



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

Zmiana technologii medycznej w zakresie wskazań stanowiących podstawę kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej

Ocena zasadności zmiany technologii medycznej

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

Nr: DOZKiWJ.4212.1.2025

Data ukończenia: 23.09.2025 r.

KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy (nazwa wnioskodawcy).

Zakres wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2022 poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2022 poz. 1233, z późn. zm.), art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2025 poz. 907)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2025 poz. 907)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Zakres wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2022 poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2022 poz. 1233, z późn. zm.) i art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2025 poz. 907)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2025 poz. 907)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem szarym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorców (nazwy przedsiębiorców innych niż wnioskodawca).

Zakres wyłączenia jawności: nie dotyczy

Podstawa prawna wyłączenia jawności: art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2022 poz. 902) w zw. z art. 11 ust. 2 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz.U. 2022 poz. 1233, z późn. zm.) i art. 35 ust. 4a - 4b ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2025 poz. 907)¹ i art. 35a ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2025 poz. 907)².

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: nie dotyczy.

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

Zakres wyłączenia jawności: dane osobowe. **Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz.U. 2022 poz. 902) w zw. z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE.L. z 2016 r.119.1).

Organ dokonujący wyłączenia jawności: Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Podmiot w interesie którego dokonano wyłączenia jawności: osoba fizyczna.

¹ podstawa prawna zakreślenia danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2025 poz. 907)

² podstawa prawna zakreślenia w analizie weryfikacyjnej Agencji danych objętych tajemnicą przedsiębiorcy będącego wnioskodawcą w rozumieniu ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. 2025 poz. 907)

Wykaz wybranych skrótów

AAHPM	<i>American Academy Of Hospice and Palliative Medicine</i>
AAN	<i>Amercian Academy of Neurology</i>
ACC	<i>American College of Cardiology</i>
ADL	Czynności życia codziennego (ang. <i>Activities of Daily Living</i>)
ADRT	Oświadczenie woli o odmowie leczenia (ang. <i>Advanced Directive to Refuse Treatment</i>)
Agencja, AOTMIT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
AGREE II	Narzędzie Oceny Wytycznych AGREE II (ang. <i>Appraisal of Guidelines Research and Evaluation II</i>)
AHA	<i>American Heart Association</i>
AIDS	Nabyty zespół upośledzenia odporności (ang. <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
ALS, SLA	Stwardnienie boczne zanikowe (ang. <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis</i>)
ALSFRS-R	Skorygowana Funkcjonalna Skala Stwardnienia Zanikowego Boczno (ang. <i>ALS Functional Rating Scale - Revised</i>)
ART	Terapia antyretrowirusowa (ang. <i>Antiretroviral Therapy</i>)
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
ATS	<i>American Thoracic Society</i>
BIP	Biuletyn Informacji Publicznej
BSPRM	<i>British Society of Physical & Rehabilitation Medicine</i>
CEA	Antygen karcynoembrionalny (ang. <i>Carcino-Embryonic Antigen</i>)
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CKD	Przewlekła choroba nerek (ang. <i>Chronic Kidney Disease</i>)
CMSC	<i>Consortium of Multiple Sclerosis Centers</i>
CSNAT	Narzędzie do oceny potrzeb w zakresie wsparcia dla opiekunów (ang. <i>Carer Support Needs Assessment Tool</i>)
DGN	<i>Deutsche Gesellschaft für Neurologie</i>
DMT	Terapia modyfikująca przebieg choroby (ang. <i>Disease-Modifying Therapy</i>)
DPS	Dom pomocy społecznej
EAN	<i>European Academy of Neurology</i>
EAPC	<i>European Association for Palliative Care</i>
EBM	Medycyna oparta na dowodach (ang. <i>Evidence-Based Medicine</i>)
EDSS	Rozszerzona Skala Niepełnosprawności (ang. <i>Expanded Disability Status Scale</i>)
eGFR	Szacunkowy wskaźnik filtracji kłębuszkowej (ang. <i>Estimated Glomerular Filtration Rate</i>)
EHCP	Plan opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach (ang. <i>Emergency Health Care Plan</i>)
EoL	Okres terminalny (ang. <i>End of Life</i>)
ERN-NMD	<i>European Reference Network for Neuromuscular Diseases</i>
ERS	<i>European Respiratory Society</i>
ESC	<i>European Society of Cardiology</i>
ESMO	<i>European Society for Medical Oncology</i>
EPUPAP	<i>European Pressure Ulcer Advisory Panel</i>
FAST	Skala oceny funkcjonalnej (ang. <i>Functional Assessment Staging</i>)
FEV₁	Natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa (ang. <i>Forced Expiratory Volume in 1 Second</i>)
FVC	Natężona pojemność życiowa (ang. <i>Forced Vital Capacity</i>)
GGPO	<i>German Guideline Program in Oncology</i>
GOLD	<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>
GSF	<i>Gold Standards Framework</i>
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HF	Niewydolność serca (ang. <i>Heart Failure</i>)
HFSA	<i>Heart Failure Society of America</i>
HIS	<i>Healthcare Improvement Scotland</i>

HIV	Ludzki wirus upośledzenia odporności (ang. <i>Human Immunodeficiency Virus</i>)
HPNA	<i>Hospice And Palliative Nurses Association</i>
HP	Pracownik opieki zdrowotnej (ang. <i>Healthcare Professional</i>)
HRQoL	Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia (ang. <i>Health-Related Quality of Life</i>)
HTA	Ocena technologii medycznych (HTA, ang. <i>Health Technology Assessment</i>)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 10 (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision</i>)
ITU	Oddziały intensywnej terapii (ang. <i>Intensive Therapy Unit</i>)
ILD	Choroba śródmiąższowa płuc (ang. <i>Interstitial Lung Disease</i>)
KDIGO	<i>Kidney Disease Improving Global Outcomes</i>
KPS	Skala sprawności według Karnofsky'ego (ang. <i>Karnofsky Performance Status</i>)
KPT	Krajowy Plan Transformacji na lata 2022-2026
KRT	Terapia nerkozastępcza (ang. <i>Kidney Replacement Therapy</i>)
KŚOZ	Karta Świadczenia Opieki Zdrowotnej
LPA	Pełnomocnictwo trwałe (ang. <i>Lasting Power of Attorney</i>)
LTNC	Długotrwale schorzenia neurologiczne (ang. <i>Long Term Neurological Conditions</i>)
LVAD	Urządzenie wspomagające pracę lewej komory serca (ang. <i>Left Ventricular Assist Device</i>)
MAC	<i>Mycobacterium avium complex</i>
MCS	Mechaniczne wspomaganie krążenia (ang. <i>Mechanical Circulatory Support</i>)
MDT	Zespół wielodyscyplinarny (ang. <i>Multidisciplinary Team</i>)
mMRC	Zmodyfikowana skala nasilenia duszności (ang. <i>Modified Medical Research Council</i>)
MND	Choroba neuronu ruchowego (ang. <i>Motor Neuron Disease</i>)
MRC	Skala nasilenia duszności (ang. <i>Medical Research Council</i>)
MS, SM	Stwardnienie rozsiane (ang. <i>Multiple Sclerosis</i>)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NCCN	<i>National Comprehensive Cancer Network</i>
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NHS	<i>National Health Service</i>
NICE	<i>The National Institute for Health and Care Excellence</i>
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
NIV	Nieinwazyjna wentylacja (ang. <i>Noninvasive Ventilation</i>)
NPIAP	<i>National Pressure Injury Advisory Panel</i>
NYHA	<i>New York Heart Association</i>
OPH	Opieka paliatywna i hospicyjna
OUN	Ośrodkowy układ nerwowy
PaCO₂	Ciśnienie parcjalne tlenu węgla(IV) we krwi tętniczej
PaO₂	Ciśnienie parcjalne tlenu we krwi tętniczej
PC	Opieka paliatywna (ang. <i>Palliative Care</i>)
PKB	Produkt krajowy brutto
POChP/COPD	Przewlekła obturacyjna choroba płuc (ang. <i>Chronic Obstructive Pulmonary Disease</i>)
POS	Skala rezultatów w opiece paliatywnej (ang. <i>Palliative Outcome Scale</i>)
POZ	Podstawowa opieka zdrowotna
PPPIA	<i>Pan Pacific Pressure Injury Alliance</i>
PPS	Skala wydajności paliatywnej (ang. <i>Palliative Performance Scale</i>)
PSA	Antygen swoisty dla stercza (ang. <i>Prostate Specific Antigen</i>)
PTMP	Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej
PTN AIDS	Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS
QOL	Jakość życia (ang. <i>Quality of Life</i>)
ReSPECT	Zalecany podsumowujący plan opieki zdrowotnej oraz leczenia w nagłych wypadkach (ang. <i>Recommended Summary Plan for Emergency Care and Treatment</i>)

RNCP	<i>Rede Nacional de Cuidados Paliativos</i>
SaO₂	Saturacja krwi
SWHPN	<i>Social Work Hospice and Palliative Care Network</i>
USA	Stany Zjednoczone Ameryki (<i>ang. United States of America</i>)
VAD	Urządzenie wspomagające pracę komór serca (<i>ang. Ventricular Assist Device</i>)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (<i>ang. World Health Organization</i>)
WHS	<i>Wound Healing Society</i>
ZOL	Zakład opiekuńczo-leczniczy

Spis treści

Wykaz wybranych skrótów	3
1. Podstawowe informacje o zleceniu.....	7
2. Streszczenie	8
3. Przedmiot i historia zlecenia.....	16
4. Problem decyzyjny	18
4.1. Problem zdrowotny	18
4.2. Opis świadczenia opieki zdrowotnej.....	20
4.3. Aktualne uwarunkowania opieki paliatywnej i hospicyjnej.....	24
4.3.1. Świadczenia gwarantowane – zakres i zasady kwalifikacji.....	24
4.3.2. Finansowanie świadczeń – uregulowania NFZ.....	25
4.4. Wcześniejsze oceny Agencji związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem	25
4.5. Rekomendacje i wytyczne kliniczne	27
4.5.1. Opieka paliatywna i hospicyjna	28
4.5.2. Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności	29
4.5.3. Nowotwory.....	31
4.5.4. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego	34
4.5.5. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy	35
4.5.6. Stwardnienie rozsiane i inne choroby demielinizacyjne	40
4.5.7. Przewlekła niewydolność oddechowa	47
4.5.8. Niewydolność serca	51
4.5.9. Schyłkowa niewydolność nerek	54
4.5.10. Owrzodzenie odleżynowe	56
4.6. Rozwiązania organizacyjne przyjęte w innych krajach.....	57
4.7. Opinie ekspertów klinicznych.....	63
5. Analiza kliniczna i ekonomiczna	82
6. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia	83
6.1. Aktualny stan realizacji świadczeń	83
6.2. Stanowisko NFZ	85
6.3. Analiza wpływu na budżet – oszacowanie własne AOTMiT	85
6.3.1. Wielkość populacji docelowej.....	85
6.3.2. Metodyka i sposób przeprowadzenia analizy	89
6.3.3. Wyniki	89
6.3.4. Wnioski i ograniczenia analizy	91
7. Bibliografia	92
8. Załączniki	95
8.1. PKB w przeliczeniu na osobę	95

1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (04.08.2025) i znak pisma zlecającego:

zlecenie Ministra Zdrowia z 4 sierpnia 2025 r. DLG.7003.2.2024.AK

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego):

Zmiana technologii medycznej w zakresie wskazań stanowiących podstawę kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Typ zlecenia:

- ☐ zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
- ☒ usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e-f ustawy o świadczeniach)
- ☐ realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- ☐ podstawowej opieki zdrowotnej
- ☐ ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- ☐ leczenia szpitalnego
- ☐ opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- ☐ rehabilitacji leczniczej
- ☐ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- ☐ leczenia stomatologicznego
- ☐ lecznictwa uzdrowiskowego
- ☐ ratownictwa medycznego
- ☒ opieki paliatywnej i hospicyjnej
- ☐ świadczeń wysokospecjalistycznych
- ☐ programów zdrowotnych

Wnioskodawca: Minister Zdrowia

na podstawie wniosku Konsultant Krajowej w dziedzinie medycyny paliatywnej

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

Nie dotyczy

2. Streszczenie

Problem decyzyjny

Celem niniejszego opracowania jest ocena zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań stanowiących podstawę kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Zgodnie z Kartą Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ) załączoną do zlecenia Ministra Zdrowia (znak: DLG.7003.2.2024.AK) z dnia 4 sierpnia 2025 r., obowiązujący wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których udzielane są świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Rozporządzenie OPH), obejmuje zarówno schorzenia spełniające kryterium choroby zagrażającej życiu i niepoddającej się leczeniu, jak i jednostki chorobowe niespełniające tego warunku.

Wnioskodawca wskazuje, że zgodnie z obowiązującymi przepisami świadczenia opieki paliatywnej są udzielane również pacjentom kwalifikującym się do opieki długoterminowej, co skutkuje obciążeniem specjalistycznych oddziałów szpitalnych pacjentami wymagającymi opieki paliatywnej. W jego ocenie, brak jednoznacznego określenia stanu klinicznego, w którym pacjent powinien zostać objęty opieką paliatywną, prowadzi do ograniczonego dostępu do tych świadczeń dla osób najbardziej ich potrzebujących.

Proponowane zmiany mają na celu zapewnienie adekwatnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów, którzy obecnie napotykają trudności w uzyskaniu tych świadczeń lub są ich całkowicie pozbawieni.

Problem zdrowotny

Zgodnie z definicją WHO 2020a, opieka paliatywna to podejście mające na celu poprawę jakości życia pacjentów oraz ich rodzin, którzy borykają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu. Celem opieki paliatywnej jest zapobieganie cierpieniu i jego łagodzenie poprzez wczesne rozpoznawanie problemów, właściwą ocenę oraz leczenie bólu i innych dolegliwości o charakterze fizycznym, psychospołecznym i duchowym. Odbywa się to m.in. poprzez zapobieganie lub łagodzenie cierpienia, pomoc pacjentom w aktywnym życiu aż do śmierci, wspieranie rodzin podczas choroby pacjenta i w okresie żałoby.

Według szacunków WHO 2020a ponad 56,8 mln osób rocznie na świecie wymaga opieki paliatywnej. Większość (67,1%) stanowią osoby dorosłe powyżej 50. roku życia, a co najmniej 7% to dzieci. 54,2% stanowią pacjenci niebędący w stanie terminalnym, którzy potrzebują opieki paliatywnej przed ostatnim rokiem życia.

Dane przywołane w KPT wskazują, że w Polsce 85% pacjentów pow. 18 r.ż. objętych opieką paliatywną to pacjenci z rozpoznaniem z grupy chorób onkologicznych. Natomiast według danych WHO 2020a, w Europie grupa ta stanowi 40%. Pozostałe 60% pacjentów wymagających opieki paliatywnej to pacjenci z rozpoznaniem choroby płuc, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca, choroby naczyń mózgowych, zwyrodnienia ośrodkowego układu nerwowego, chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego, demencji, chorób wątroby, niewydolności nerek, wad wrodzonych, urazów, zatruc i innych chorób wynikłych z przyczyn zewnętrznych, miażdżycy, zaburzeń układu mięśniowo-szkieletowego, niedożywienia białkowo-energetycznego, gorączek krwotocznych, gruźlicy, AIDS.

Zgodnie z WHO 2020a, celem określenia zapotrzebowania na opiekę paliatywną ocenia się szereg objawów takich jak: rozróżnienie między bólem łagodnym a bólem umiarkowanym i silnym, lęk/niepokój, krwawienie, splątanie/majaczenie, zaparcia, demencja, obniżony nastrój, biegunka, suchość w ustach, zmęczenie, swędzenie, nudności/wymioty, duszności, osłabienie i rany.

Aktualne postępowanie i propozycje zmian

Zgodnie z obowiązującym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2022 poz. 262), świadczenia gwarantowane dla osób dorosłych są realizowane w następujących warunkach:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej,
- domowych – w hospicjum domowym
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Zgodnie z ww. rozporządzeniem obecnie wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w przypadku osób dorosłych, obejmuje 8 jednostek chorobowych wg ICD-10:

- 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-I43 Kardiomiopatia,
- J96 Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej,
- L89 Owrzodzenie odleżynowe

Wykaz ten ma zastosowanie do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych we wszystkich trzech formach opieki: w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 54/2024/DSOZ z dnia 29.05.2024 r., dotyczącym warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, nie obowiązują limity dotyczące liczby jednostek rozliczeniowych ani kwoty zobowiązania wynikającej z realizacji umowy w tym zakresie. Oznacza to, że świadczeniodawcy mogą rozliczać świadczenia zgodnie z rzeczywistymi potrzebami pacjentów, bez ograniczeń ilościowych czy finansowych.

W niniejszym opracowaniu przeanalizowano propozycje zawarte w KŚOZ, opracowanej przez Zespół ds. przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zespół ten działał w latach 2022–2024 na podstawie Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2022 r. poz. 81, ze zm.) i był reprezentowany m.in. przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

W KŚOZ zaproponowano modyfikację ww. wykazu, polegającą na dodaniu (G36, G37, I50, J96.1, N18.0), usunięciu (D00-D31, D34, D36, I42, I43, J96) oraz dookreśleniu stopnia zaawansowania (B20-B24, C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48, G09, G10-G13, G35, G36, G37, I50, J96.1, L89, N18.0) rozpoznanych kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych. Wnioskodawca podkreślił, że świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w warunkach ambulatoryjnych powinny przysługiwać świadczeniobiorcom chorym na zagrażające życiu lub ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, również spoza zaproponowanego wykazu.

Wnioskodawca proponuje również dla wskazań: J96, I50, L89 ograniczenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej, z zaznaczeniem, iż w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W opinii Wnioskodawcy proponowane zmiany spowodują zwiększenie dostępności do opieki paliatywnej dla chorych, do tej pory jej pozbawionych, co będzie skutkowało z jednej strony zmniejszeniem liczby hospitalizacji w specjalistycznych oddziałach szpitalnych, a z drugiej poprawi jakość życia pacjentów, którzy do tej pory nie kwalifikowali się do opieki paliatywnej. Zdaniem Wnioskodawcy, doprecyzowanie czasu leczenia niektórych ze schorzeń wskazanych w proponowanym zaktualizowanym wykazie, pozwoli na przekazywanie pacjentów pod opiekę POZ po uzyskanej częściowej poprawie stanu klinicznego, a pacjenci wymagający dalszej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji będą mogli zostać objęci opieką długoterminową.

Wcześniejsze oceny Agencji związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem

W przeszłości AOTMiT opracowała 2 opracowania merytorycznie bezpośrednio związane z zakresem obecnej analizy oraz 2 opracowania dotyczące ustalenia taryfy świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Pierwszym z nich był raport nr WS.431.3.2018 z dnia 13.03.2019 dotyczący zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Rada Przejrzystości, w stanowisku nr 19/2019 z dnia 25 marca 2019 r., uznała ww. zmianę technologii za niezasadną, w uzasadnieniu wskazując, że proponowana zmiana dotyczyć ma wyłącznie działań o charakterze organizacyjnym o bardzo dużym i trudnym do precyzyjnego oszacowania skutku finansowym dla płatnika publicznego, zaznaczając przy tym brak wskazania w propozycji właściwego narzędzia umożliwiającego całościową ocenę stanu funkcjonalnego pacjenta. Rada podkreśliła, że stoi na stanowisku, iż kwalifikacja do opieki paliatywnej 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. Rada zaznaczyła, że wskazana jest całkowita rezygnacja z klasyfikacji ICD-10, jako czynnika decydującego o rozpoczęciu lub kontynuowaniu leczenia paliatywnego, sugerując wykorzystanie w celach klasyfikacyjnych i oceny efektów leczenia, skali rezultatu w opiece paliatywnej (ang. *Palliative Outcome Scale*, POS). Rada podkreśliła ponadto, że opieka paliatywna nie może zawężyć się wyłącznie do pacjentów onkologicznych.

W rekomendacji nr 16/2019 z dnia 3 kwietnia 2019 r., Prezes Agencji wydał opinię pozytywną dla proponowanej zmiany, pod warunkiem uwzględnienia uwag dotyczących opisu świadczenia. W uzasadnieniu rekomendacji wskazano, że 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. W rekomendacji podkreślono, że 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.

Zarówno Prezes Agencji, jak i Rada Przejrzystości, wydali pozytywne rekomendacje w ramach zlecenia MZ nr BIP: 031/2015, dotyczącego włączenia rozpoznania stwardnienia rozsianego (ICD-10: G35) do wykazu nieuleczalnych, postępujących ograniczających życie chorób, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rada Przejrzystości, w stanowisku nr 39/2015 z dnia 30 marca 2015 roku, wskazała, że zapewnienie chorym ze stwardnieniem rozsianym prawidłowej opieki paliatywnej oraz hospicyjnej w przypadkach, w których stan sprawności ruchowej oceniony został na 9 pkt w skali EDSS oraz w wybranych przypadkach sprawności ocenionej na 8 pkt, z nasilonymi objawami istotnie wpływającymi na jakość życia chorych, powinno być traktowane jako konieczność zarówno z medycznego, jak i etycznego punktu widzenia.

Rada podkreśliła również, że podobne potrzeby występują w przypadku szeregu innych zaburzeń o podłożu neurologicznym, także takich w których objawy w części pokrywają się z objawami w SM, a które nie mieszczą się we wskazaniu G35, jak przykładowo choroba Devica (G 36.0 lub inne stany z grupy G36) lub choroba Schildera przebiegająca z rozsianymi zmianami mieloklastycznymi (G 37.0 i inne stany z grupy G37), przy złym jednocześnie rokowaniu ogólnym.

Pozostałe dwa z opracowań, stanowią raporty w sprawie ustalenia taryfy świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (WT.521.5.2022 z dnia 23.01.2024 oraz AOTMIT-WT-5315-1/2015 z dnia 07.10.2015).

Wytyczne praktyki klinicznej

W celu odnalezienia aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej we wnioskowanych w KŚOZ wskazaniach, przeprowadzono wyszukiwanie na stronach internetowych: polskich i zagranicznych towarzystw naukowych, organizacji i instytucji zajmujących się medycyną opartą na dowodach naukowych i HTA oraz innych organizacji działających w ochronie zdrowia. W wyniku przeprowadzonego przeglądu, do analizy włączono 31 dokumentów wytycznych.

Przeanalizowane dokumenty wytycznych wskazują, że opieka paliatywna powinna być dostępna dla wszystkich pacjentów cierpiących na choroby zagrażające życiu lub ograniczające życie, od momentu ich rozpoznania. Autorzy analizowanych wytycznych klinicznych podkreślają, że opieka paliatywna może rozpocząć się już na etapie rozpoznania choroby i być prowadzona równocześnie z leczeniem przyczynowym, natomiast opieka hospicyjna rozpoczyna się po zaprzestaniu leczenia, gdy jest pewne, że pacjent nie przeżyje - zazwyczaj, gdy przewidywany czas życia wynosi 6 miesięcy lub mniej - i koncentruje się na zapewnieniu komfortu i jakości życia, a nie na leczeniu przyczynowym.

Rozwiązania organizacyjne w innych krajach

W ramach przeglądu niesystematycznego szukano informacji dotyczących rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych odnoszących się do kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej w następujących krajach: Anglia, Niemcy, Francja, USA, Chorwacja, Słowacja i Portugalia.

W Anglii, Niemczech, Słowacji, Portugalii, Francji i Chorwacji opieka ta świadczona jest osobom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące choroby, przy czym kwalifikacja odbywa się na podstawie kryteriów klinicznych, a nie w oparciu o konkretne jednostki chorobowe. W Słowacji, ambulatoryjna opieka paliatywna jest świadczona przez cały okres, w którym istnieje do niej wskazanie, a specjalistyczna opieka paliatywna w ramach opieki szpitalnej na oddziale medycyny paliatywnej przez okres maksymalnie jednego miesiąca lub opieki szpitalnej w hospicjum przez okres maksymalnie sześciu miesięcy, przy czym za zgodą kasy chorych może zostać przedłużona.

W Anglii pacjentom, u których istnieje wysokie prawdopodobieństwo zgonu w ciągu najbliższych 12 miesięcy, a także osobom z rozpoznaniem zaawansowanej, nieuleczalnej choroby, schorzeń mogących doprowadzić do nagłego zgonu oraz osobom w zagrażającym życiu ostrym stanie spowodowanym nagłym, poważnym wydarzeniem, przysługuje opieka hospicyjna (ang. *End Of Life Care*). W Słowacji ośrodki pełniące funkcje hospicjów zapewniają opiekę pacjentom jej wymagającym, czyli cierpiącym m.in. na stwardnienie rozsiane, nabyty zespół upośledzenia odporności (ang. *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, AIDS), nowotwory w zaawansowanym stadium.

W USA opieka hospicyjna przeznaczona jest dla osób nieuleczalnie chorych, z przewidywanym czasem przeżycia równym lub mniejszym niż 6 miesięcy, ocenianym na podstawie pogorszenia stanu klinicznego pacjenta. Ocena jest możliwa również na podstawie kryteriów zaawansowania poszczególnych chorób, dla których dostępne są szczegółowe opisy. W przypadku AIDS, nowotworów, stwardnienia zanikowego bocznego, niewydolności serca, przewlekłej niewydolności oddechowej schyłkowej, owrzodzeń odleżynowych oraz schyłkowej niewydolności nerek kryteria kwalifikacji są zgodne z wnioskowanymi w KŚOZ.

Opinie ekspertów

W ramach procesu konsultacyjnego wystąpiono do 15 ekspertów klinicznych z prośbą o przekazanie opinii w sprawie zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Do czasu zakończenia prac otrzymano 9 opinii eksperckich.

Większość ekspertów wyraziła zgodność z proponowanymi w Karcie Świadczenia Opieki Zdrowotnej modyfikacjami wykazu wskazań oraz kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Część ekspertów zgłosiła dodatkowe uwagi, w których doprecyzowano lub zaproponowano modyfikacje wybranych kryteriów kwalifikacyjnych.

- Dwóch ekspertów wskazało na konieczność korekty kryterium kwalifikacji pacjentów z rozpoznaniem B20-B24 zapisanego omyłkowo w KŚOZ jako kategoria 3 na kategorię C wg CDC rev. 2014.
- W przypadku wskazań G09 oraz G10-G13 dwóch ekspertów zaproponowało modyfikację pierwszego kryterium kwalifikacji z KŚOZ na zapis: pacjenci z objawami trudnymi do leczenia, nie objęci wentylacją mechaniczną inwazyjną i nieinwazyjną lub nie wyrażający na nią zgody. Ponadto eksperci ci podkreślili, że kryterium: nieodwracalne postępujące niedożywienie wysokiego stopnia dla rozpoznania G09, G10-G13 oraz G35-G37, powinno zostać usunięte, ponieważ mimo braku niedożywienia stan ogólny pacjenta może wymagać opieki paliatywnej.
- Dla rozpoznania przewlekłej niewydolności oddechowej (J96.1) dwóch ekspertów zaproponowało modyfikację kryteriów kwalifikacji:
 - jeden ekspert proponuje, aby zamiast kryterium: "gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$ lub $\text{PaCO}_2 < 60 \text{ mmHg}$ " przyjąć zapis: "pulsoksymetryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej ($\text{SpO}_2 < 85\%$)". Dodatkowo sugeruje usunięcie kryterium opartego na badaniu krwi włośniczkowej, ponieważ placówki POZ oraz hospicja domowe i stacjonarne nie posiadają aparatury do wykonania gazometrii, a czas potrzebny do dostarczenia próbki do laboratorium może być zbyt długi, aby uzyskać miarodajny wynik;
 - inny ekspert doprecyzował kryteria kwalifikacji proponując ich następujący zapis: „1) duszność o nasileniu 4 punktów w skali mMRC (ang. *modified Medical Research Council*) pomimo optymalnego leczenia przyczyny przewlekłej niewydolności oddechowej oraz 2) co najmniej

częściowa (hypoksemiczna) przewlekła niewydolność oddechowa, pomimo optymalnej tlenoterapii, przy stwierdzeniu ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi (PaO_2) <55 mmHg w badaniu gazometrycznym lub saturacji krwi (SaO_2) $<88\%$ w nieinwazyjnym badaniu pulsoksymetrycznym.” Ponadto wskazał konieczność korekty nazwy rozpoznania J96.1 w KŚOZ, która zgodnie z nomenklaturą ICD-10 ma zapis: Przewlekła niewydolność oddechowa. Dodatkowo, ekspert zaznaczył, że kryterium dot. gazometrii może być problematyczne w związku z brakiem dostępności aparatury w hospicjach i placówkach POZ.

- Dla rozpoznania niewydolność serca (I50) klasy IV według klasyfikacji NYHA, dwóch ekspertów zaproponowało dodanie zapisu o konsylium specjalistycznym, które miałyby decydować o dyskwalifikacji pacjenta z leczenia przyczynowego, intensywnej terapii i działań reanimacyjnych. Jeden ekspert podkreślił, że pacjent powinien spełniać łącznie 3 kryteria: wyczerpanie możliwości efektywnego leczenia niewydolności farmakoterapią, nieskuteczność lub brak możliwości leczenia retencji płynów dożylnymi diuretykami oraz co najmniej 2 hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy.
- W przypadku schyłkowej niewydolności nerek (N18.0) jeden z ekspertów zaproponował dodanie do wskazanego w KŚOZ kryterium (tj. $\text{eGFR} < 15 \text{ ml/min}$, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego) następującego zapisu: „...lub odmowy chorego na leczenie nerkozastępcze”, a inny ekspert zaproponował uzupełnienie o zapis: „...lub odstąpienia od wcześniej stosowanego leczenia nerkozastępczego”.

W toku konsultacji część ekspertów przedstawiła zdania odrębne dotyczące kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej:

- Jeden z ekspertów wskazał, że pacjenci z rozpoznaniem AIDS (B20-B24) nie wymagają opieki paliatywnej ze względu na wysoką skuteczność terapii lekami przeciwwirusowymi.
- Inny ekspert zaznaczył, że pacjenci z rozpoznaniem niewydolności serca (I50) szczególnie klasy IV według klasyfikacji NYHA, powinni być objęci opieką długoterminową, a nie paliatywną.
- Dwóch ekspertów wyraziło opinię, że pacjenci z rozpoznaniem owrzodzeń odleżynowych (L89) nie powinni być kierowani do opieki paliatywnej, lecz do opieki długoterminowej.

W KŚOZ dla rozpoznań J96.1, I50, L89, zaproponowano warunek ograniczenia czasu trwania leczenia w stacjonarnej lub domowej opiece paliatywnej do 180 dni, przy czym przedłużenie byłoby możliwe za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Trzech ekspertów uważa propozycję za zasadną. Dwóch podkreśliło, że w przypadku braku zgody NFZ na kontynuowanie opieki paliatywnej, płatnik powinien wskazać właściwe miejsce dalszego leczenia pacjenta. Ekspersi zaznaczyli też, że NFZ nie powinien stosować kar w stosunku do podmiotu opieki paliatywnej w sytuacji kontynuowania opieki nad pacjentem, w przypadku braku miejsc w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych.

Ekspersi są zgodni, że propozycja usunięcia części rozpoznań nowotworów łagodnych jest uzasadniona (obecnie: C00-D48, propozycja: C00- C97, D32-D33, D35, D37-D48). Część z nich podkreśliło, że wytypowane do usunięcia wskazania nowotworowe nie mają przebiegu postępującego i zagrażającego życiu. Ekspersi nie odnieśli się jednak do propozycji zawężenia wskazania J96 - Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej do rozpoznania J96.1 - Przewlekła niewydolność oddechowa, jak również do usunięcia kardiomiopatii (I42-I43) z wykazu stanowiącego załącznik do Rozporządzenia OPH.

Większość ekspertów wskazuje, że proponowane zmiany kryteriów kwalifikacji do OPH nie powinny w istotny sposób wpłynąć na budżet płatnika. 1 ekspert stwierdził, że kwalifikacja pacjentów z rozpoznaniem I50 i L89 będzie generowała dodatkowe koszty, a według innego eksperta proponowane zmiany kryteriów wpłyną na obniżenie kosztów ze względu na zmniejszenie liczby hospitalizacji pacjentów onkologicznych i kardiologicznych oraz wizyt w POZ.

Dane dotyczące oszacowania przez ekspertów rocznej liczby pacjentów, którzy kwalifikowaliby się do OPH w warunkach stacjonarnych i domowych według kryteriów z KŚOZ, podsumowano w Tabeli 22.

Stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia

Prezes NFZ, w odpowiedzi z dnia 08.09.2025 r. (pismem znak NFZ-DSOZ-SODPHS.660.42.2025), pozytywnie odniósł się do propozycji dodania dla rozpoznań ICD-10: J96, I50, L89 warunku dotyczącego czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej. W opinii NFZ, zapis wskazujący, że w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału

wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zabezpiecza przed wypisaniem pacjentów wymagających opieki.

NFZ nie odniósł się do proponowanej w KŚOZ modyfikacji kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych, jak i propozycji Wnioskodawcy o udostępnieniu świadczeń tej opieki w warunkach ambulatoryjnych dla wszystkich skierowanych pacjentów, niezależnie od rozpoznania, w przypadku potrzeby specjalistycznego leczenia objawowego. NFZ nie przedstawił także opinii dotyczącej skutków finansowych zaproponowanych przez Wnioskodawcę zmian dla systemu ochrony zdrowia.

Analiza wpływu na system ochrony zdrowia

W 2024 roku wydatki płatnika publicznego na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dorosłych przekroczyły 1,9 mld zł. Opieką objęto ponad 100 tys. pacjentów, głównie w warunkach stacjonarnych oraz domowych. W latach 2021–2024 obserwowany był systematyczny wzrost zarówno liczby pacjentów, jak i kosztów świadczeń, co wynika m.in. ze starzenia się społeczeństwa oraz rosnącej częstości występowania chorób wymagających tego rodzaju opieki.

Zgodnie z propozycją zawartą w KŚOZ, dostęp do opieki ambulatoryjnej powinien zostać rozszerzony na pacjentów z chorobami nowotworowymi i nienowotworowymi, które zagrażają życiu lub istotnie je ograniczają. Wprowadzenie takiej zmiany skutkowałoby zwiększeniem liczby pacjentów korzystających z poradni medycyny paliatywnej, a tym samym wzrostem obciążenia tych placówek oraz kosztów świadczeń. Skala tego wzrostu nie jest możliwa do precyzyjnego oszacowania na obecnym etapie.

W odniesieniu do opieki stacjonarnej i domowej, wdrożenie proponowanych zmian wiązałoby się zarówno z wyłączeniem części obecnych rozpoznań, jak i dodaniem nowych jednostek chorobowych. Wielkość populacji docelowej kwalifikującej się do tych form opieki została oszacowana na podstawie opinii ekspertów. W wariancie średnim wykorzystano dane sprawozdawcze Narodowego Funduszu Zdrowia dla wskazań onkologicznych (C00–C97, D32–D33, D35, D37–D48).

Należy podkreślić, że przedstawione przez ekspertów szacunki różnią się w zakresie liczby pacjentów wymagających opieki paliatywnej, a jedynie część danych została potwierdzona w toku analiz na podstawie dostępnych źródeł literaturowych oraz danych sprawozdawczych NFZ.

Wdrożenie proponowanych zmian w zakresie świadczeń realizowanych w warunkach domowych i stacjonarnych wiązałoby się – w zależności od przyjętego wariantu – ze znaczącymi zmianami w liczbie pacjentów kwalifikujących się do opieki paliatywnej i hospicyjnej:

- wariant minimalny – spadek liczby pacjentów o ponad 30%, co odpowiada ok. 70 tys. osób rocznie,
- wariant średni – wzrost liczby pacjentów o ok. 15%, tj. do poziomu ok. 116 tys. osób rocznie,
- wariant maksymalny – wzrost liczby pacjentów o ok. 122%, tj. do poziomu ok. 224 tys. osób rocznie.

Zmiany te miałyby bezpośrednie przełożenie na poziom wydatków płatnika publicznego, z uwagi na nielimitowany charakter świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Jednocześnie należy podkreślić, że precyzyjne oszacowanie kosztów po wdrożeniu proponowanych zmian nie jest możliwe. Wynika to z braku danych pozwalających na określenie:

- liczby osobodni pobytu pacjentów w hospicjach,
- liczby pacjentów wymagających świadczeń specjalistycznych, takich jak żywienie pozajelitowe czy dojelitowe.

Podsumowanie i wnioski

- Proponowana zmiana, polegająca na zapewnieniu dostępu do opieki hospicyjnej i paliatywnej realizowanej przez poradnie medycyny paliatywnej dla pacjentów wymagających specjalistycznego leczenia objawowego – niezależnie od rodzaju schorzenia – jest zgodna z definicją opieki paliatywnej i hospicyjnej przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), z aktualnymi wytycznymi klinicznymi oraz z rozwiązaniami funkcjonującymi w wielu krajach.
- Rozszerzenie wskazań kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych w Polsce przyczyni się do poprawy dostępności tej formy opieki dla pacjentów, którzy obecnie mają do niej ograniczony dostęp lub są jej całkowicie pozbawieni.
- Przeanalizowane wytyczne kliniczne wskazują, że opieka paliatywna powinna być dostępna dla wszystkich pacjentów cierpiących na choroby zagrażające życiu lub ograniczające jego długość

i jakość – od momentu rozpoznania, niezależnie od rodzaju schorzenia. Autorzy analizowanych wytycznych podkreślają, że opieka paliatywna może być wdrażana równolegle z leczeniem przyczynowym, natomiast opieka hospicyjna rozpoczyna się po zakończeniu leczenia przyczynowego, gdy rokowanie jest niepomyślne – zazwyczaj w sytuacji, gdy przewidywany czas życia pacjenta wynosi 6 miesięcy lub mniej.

- W Anglii, Niemczech, Słowacji, Portugalii, Francji i Chorwacji opieka paliatywna świadczona jest osobom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące choroby, a kwalifikacja do niej odbywa się na podstawie kryteriów klinicznych, a nie w oparciu o konkretne jednostki chorobowe. Opieka hospicyjna przeznaczona jest dla osób nieuleczalnie chorych, z przewidywanym czasem przeżycia równym lub mniejszym 12 miesięcy w Anglii, a w USA 6 miesięcy. Czas przeżycia oceniany jest na podstawie pogorszenia stanu klinicznego pacjenta. Możliwa jest również ocena na podstawie kryteriów zaawansowania poszczególnych chorób.
- Kryteria szczegółowe określające stopień zaawansowania dla wybranych wskazań proponowanych do wykazu stanowiącego załącznik do Rozporządzenia OPH wymagają doprecyzowania ze względu na różnice w opiniach ekspertów oraz zgłaszane przez nich uwagi dotyczące możliwych wariantów określających stan zaawansowania poszczególnych rozpoznań. Dotyczy to następujących wskazań: przewlekła niewydolność oddechowa (J96.1), schyłkowa niewydolność nerek (N18.0), następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (G09), układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (G10-G13), stwardnienie rozsiane (G35) oraz inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu (G36) i inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego (G37), jak również niewydolności serca (I50) i owrzodzenia odleżynowego (L89).
- Wnioskowane zmiany są zgodne z założeniami Krajowego Planu Transformacji na lata 2022-2026, w którym wskazano, że konieczna jest analiza i uzupełnienie wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących do objęcia świadczeniami opieki paliatywnej i hospicyjnej, ponieważ aktualny wykaz uznano za zbyt ograniczony. Wskazano przy tym, że zgodnie z analizami przeprowadzonymi przez MZ w pierwszej kolejności powinien być on rozszerzony o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek.
- Proponowane zmiany dotyczące rozszerzenia dostępu do poradni medycyny paliatywnej są zbieżne z postulatem NIK, przedstawionym w raporcie pokontrolnym z 2019 r., dotyczącym zmiany załącznika nr 1 do Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w celu zapewnienia dostępu do tej formy opieki wszystkim pacjentom, których stan kliniczny uzasadnia objęcie opieką paliatywną –niezależnie od rodzaju choroby.
- Ambulatoryjna opieka realizowana w ramach poradni medycyny paliatywnej miałaby objąć pacjentów ze wszystkimi chorobami nowotworowymi i nienowotworowymi zagrażającymi życiu. Zmiana ta przyczyniłaby się do zwiększenia liczby pacjentów objętych opieką oraz wzrostu kosztów funkcjonowania poradni. Skala wzrostu liczby pacjentów, a tym samym wpływ na wydatki płatnika publicznego, pozostaje trudna do precyzyjnego określenia ze względu na brak danych umożliwiających jednoznaczne oszacowanie zapotrzebowania na świadczenia w tej formie.
- Wdrożenie proponowanych zmian w zakresie świadczeń realizowanych w warunkach domowych i stacjonarnych wiązałoby się ze zmianą liczby pacjentów kwalifikujących się do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zmiana ta wynikałaby z:
 - usunięcia części rozpoznań z wykazu kryteriów kwalifikacyjnych,
 - doprecyzowania wymagań dotyczących stanu klinicznego pacjenta,
 - uwzględnienia dodatkowych jednostek chorobowych w wykazie.

W zależności od przyjętego wariantu, przewidywane zmiany liczby pacjentów przedstawiają się następująco:

- wariant minimalny – spadek liczby pacjentów o ponad 30%, tj. ok. 70 tys. osób rocznie,
- wariant średni – wzrost liczby pacjentów o ok. 15%, tj. ok. 116 tys. osób rocznie,
- wariant maksymalny – wzrost liczby pacjentów o ok. 122%, tj. ok. 224 tys. osób rocznie.

Oszacowany wariant maksymalny jest zbliżony do prognoz zawartych w Krajowym Planie Transformacji na lata 2022-2026 (KPT), wskazujących na potrzebę zapewnienia do roku 2050 ok. 222 tys. miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

- Należy podkreślić, że zmiany w liczbie pacjentów kwalifikujących się do opieki paliatywnej i hospicyjnej będą miały bezpośrednie przełożenie na poziom wydatków płatnika publicznego, ze względu na nielimitowany charakter tych świadczeń w obowiązującym systemie finansowania.

- Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia, na potrzeby sprawozdawczości i rozliczeń, stosuje klasyfikację ICD-10, która nie uwzględnia stopnia zaawansowania choroby. Brak tej informacji ogranicza możliwość precyzyjnego planowania świadczeń oraz oceny rzeczywistego zapotrzebowania na opiekę paliatywną i hospicyjną. Dopiero wdrożenie klasyfikacji ICD-11, zawierającej dane dotyczące stopnia zaawansowania choroby, umożliwi bardziej wiarygodne raportowanie, prognozowanie potrzeb oraz efektywne planowanie świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

3. Przedmiot i historia zlecenia

Podstawa prawna i historia zlecenia

Pismem z 4 sierpnia 2025 r., znak: DLG. 7003.2.2024.AK, Minister Zdrowia, działając na podstawie art. 31e ust. 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.), zlecił Prezesowi AOTMiT wydanie rekomendacji w sprawie zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej, z zastrzeżeniem, iż zaproponowany wykaz jednostek chorobowych i stopniów ich zaawansowania ma obowiązywać do świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych i domowych, natomiast świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane przez poradnie medycyny paliatywnej będą mogły być udzielane wszystkim skierowanym niezależnie od rozpoznania, w przypadku potrzeby specjalistycznego leczenia objawowego.

Historia korespondencji

Korespondencja z MZ

Dnia 06.08.2025 r. pismem znak: DOZKiWJ.4212.1.2025 zwrócono się z do Ministra Zdrowia z prośbą o przedłużenie terminu realizacji zlecenia, dotyczącego wydania w terminie 40 dni rekomendacji Prezesa AOTMiT w sprawie zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej - do dnia 01.10.2025 r. Dnia 13.08.2025 r. pismem znak: DLG.7003.2.2024.AK otrzymano informację o akceptacji przez Ministra Zdrowia zaproponowanego nowego terminu realizacji przedmiotowego zlecenia.

Korespondencja z NFZ

Agencja, pismem znak: DOZKiWJ.4212.1.2025.DoM z 22.08.2025 r., wystąpiła do Prezesa NFZ z prośbą o przedstawienie opinii dotyczącej skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia w przypadku zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Dnia 08.09.2025 r. pismem znak: NFZ-DSOZ-SODPHS.660.42.2025 2025.415081.MAMI otrzymano odpowiedź.

Korespondencja z ekspertami klinicznymi

W toku prac analitycznych wystąpiono do piętnastu ekspertów klinicznych z prośbą o przekazanie opinii w sprawie zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej. O przedstawienie opinii eksperckiej zostali poproszeni:

- Lek. med. Artur Pakosz – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- Prof. dr hab. n. med. Maciej Jerzy Krzakowski – Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii klinicznej;
- Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski – Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej;
- Dr n. med. Małgorzata Czajkowska-Malinowska – Konsultant Krajowa w dziedzinie chorób płuc;
- Prof. dr hab. Miłosz Parczewski – Konsultant Krajowy w dziedzinie chorób zakaźnych;
- Prof. dr hab. n. med. Waldemar Banasiak – Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii;
- Prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska – Konsultant Krajowa w dziedzinie nefrologii;
- Prof. dr hab. n. med. Bartosz Karaszewski – Konsultant Krajowy w dziedzinie neurologii;
- Mgr Agnieszka Urbańska – Konsultant Krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki długoterminowej;
- Dr hab. n. med. Marcin Wiśniewski – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
- [REDACTED];
- [REDACTED];
- [REDACTED];
- [REDACTED];

- [REDACTED].

Otrzymano 9 opinii od: Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii, Konsultant Krajowej w dziedzinie nefrologii, Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii onkologicznej, Konsultanta Krajowego w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, [REDACTED]

[REDACTED] oraz [REDACTED].

4. Problem decyzyjny

Celem niniejszego opracowania jest ocena zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań stanowiących podstawę kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Według załączonej do zlecenia Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej (KŚOZ), w załączniku nr 1 obowiązującego Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) zwanego dalej Rozporządzeniem OPH³, znajdują się zarówno schorzenia spełniające warunek choroby zagrażającej życiu, niepoddającej się leczeniu, jak i niespełniające tego kryterium. Wnioskodawca wskazuje, że zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, świadczenia opieki paliatywnej udzielane są pacjentom kwalifikującym się do objęcia opieką długoterminową, przy równoczesnym obciążeniu specjalistycznych oddziałów szpitalnych pacjentami wymagającymi opieki paliatywnej. W ocenie Wnioskodawcy, przez brak określenia stanu, w którym pacjent powinien być objęty opieką paliatywną, występuje utrudniony dostęp do niej dla pacjentów najbardziej jej wymagających.

W KŚOZ zaproponowano modyfikację wykazu *nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*⁴, m.in. poprzez dookreślenie stopnia zaawansowania poszczególnych chorób. Proponowany przez Wnioskodawcę zaktualizowany wykaz ma mieć zastosowanie do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych i domowych.

W zakresie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych (w poradni medycyny paliatywnej), Wnioskodawca proponuje by przysługiwały one świadczeniobiorcom chorym na zagrażające życiu lub ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, również te nieujęte w wykazie stanowiącym załącznik do Rozporządzenia OPH, co stanowi rozszerzenie dostępu do tej opieki względem dotychczas obowiązujących przepisów.

Proponowane zmiany mają zapewnić dostęp do tych świadczeń pacjentom wymagającym opieki paliatywnej lub hospicyjnej, dla których aktualnie jest on utrudniony lub którego są pozbawieni.

Problem decyzyjny sprowadza się do rozstrzygnięcia, czy wprowadzenie wnioskowanego rozwiązania systemowego jest zasadne i wykonalne.

4.1. Problem zdrowotny

Zgodnie z prognozą Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) na lata 2023-2060, proces starzenia ludności polskiej będzie postępował. Oznacza to, że odsetek osób powyżej 65. r.ż. będzie wzrastał, co przełoży się na wyższe zapotrzebowanie na kompleksowe wsparcie medyczne, psychologiczne i duchowe tj. na usługi oferowane przez ośrodki medycyny paliatywnej^{5,6}.

Zgodnie z definicją WHO 2020a, opieka paliatywna to podejście mające na celu poprawę jakości życia pacjentów (dorosłych i dzieci) oraz ich rodzin, którzy borykają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu. WHO 2020b wskazuje, że wszystkie osoby, niezależnie od rodzaju schorzenia, powinny mieć dostęp do opieki paliatywnej już na wczesnym etapie choroby co ogranicza liczbę niepotrzebnych hospitalizacji. Celem opieki paliatywnej jest zapobieganie cierpieniu i jego łagodzenie poprzez wczesne rozpoznawanie problemów, właściwą ocenę oraz leczenie bólu i innych dolegliwości o charakterze fizycznym, psychospołecznym i duchowym^{7,8}.

Opieka paliatywna:

- 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;

³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

⁴ Ibidem.

⁵ Główny Urząd Statystyczny, Prognoza ludności na lata 2023-2060, Warszawa 2023.

⁶ Najwyższa Izba Kontroli, Zapewnienie Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Informacja o wynikach kontroli, 2019; LB.430.003.2019, nr ewid. 146/2019/P/18/063/LBY.

⁷ World Health Organization, Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition, London, UK 2020.

⁸ World Health Organization, Palliative care, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> [data dostępu: 08.09.2025].

- 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, tj. chemioterapia lub radioterapia, i obejmuje badania niezbędne do lepszego zrozumienia niepokojących powikłań klinicznych i radzenia sobie z nimi⁹.

Według szacunków WHO 2020a ponad 56,8 mln osób rocznie na świecie wymaga opieki paliatywnej. Większość (67,1%) stanowią osoby dorosłe powyżej 50. roku życia, a co najmniej 7% to dzieci. 54,2% stanowią pacjenci niebędący w stanie terminalnym, którzy potrzebują opieki paliatywnej zanim rozpoczną ostatni rok życia. Wśród dorosłych chorobami i schorzeniami powodującymi najpoważniejsze cierpienia wymagające interwencji opieki paliatywnej są nowotwory, HIV/AIDS, choroby naczyń mózgowych, demencje i choroby płuc¹⁰.

Według danych WHO 2020a, w Europie pacjenci z rozpoznaniem choroby onkologicznej stanowią 40% pacjentów objętych OPH. Pozostałe 60% pacjentów wymagających opieki paliatywnej cierpi na choroby płuc, przewlekłą chorobę niedokrwienną serca, choroby naczyń mózgowych, zwyrodnienia ośrodkowego układu nerwowego, choroby zapalne ośrodkowego układu nerwowego, demencję, choroby wątroby, niewydolność nerek, wady wrodzone, urazy, zatrucia i inne choroby wynikłe z przyczyn zewnętrznych, miażdżycę, zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, niedożywienie białkowo-energetyczne, gorączki krwotoczne, gruźlicę, AIDS. Zgodnie z WHO 2020a, zapotrzebowania na opiekę paliatywną i hospicyjną określa się na podstawie oceny objawów takich jak: rozróżnienie między bólem łagodnym, a bólem umiarkowanym i silnym, lęk/niepokój, krwawienie, splątanie/majaczenie, zaparcia, demencja, obniżony nastrój, biegunka, suchota w ustach, zmęczenie, swędzenie, nudności/wymioty, duszności, osłabienie i rany¹¹.

Ogólna ocena Najwyższej Izby Kontroli (NIK) w raporcie pokontrolnym dotyczącym opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce wskazuje, że system OPH nie zapewnia dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń wszystkim pacjentom potrzebującym takiej opieki. NIK podkreśla, że lista wskazań kwalifikujących do OPH w Polsce jest wąska i nie uwzględnia wskazań wynikających z definicji opieki paliatywnej przyjętej przez WHO. W Polsce dostęp do opieki paliatywnej mają przede wszystkim pacjenci z rozpoznaniem z grupy chorób onkologicznych. Przywołane przez NIK dane z 2017 r. wskazują, że ta grupa pacjentów stanowiła ok. 90% pacjentów objętych OPH¹².

NIK wskazuje, że każdego roku 45 tys. pacjentów umiera z rozpoznaniem choroby nienowotworowej np. niewydolności serca lub nerek, które nie uprawniają do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną. W ocenie NIK utrzymywanie nieuzasadnionej medycznie prawnej bariery w dostępie do OPH generuje szereg negatywnych skutków dla systemu opieki zdrowotnej np. dodatkowe obciążenie systemu opieki zdrowotnej kosztami z powodu konieczności zapewnienia pacjentom, których nie obejmuje OPH, świadczeń, które nie odpowiadają ich potrzebom np. przedłużenie hospitalizacji, kierowanie do opieki długoterminowej zamiast hospicjum¹³.

W związku z powyższym, NIK wystąpiła do MZ z postulatem o zmianę załącznika nr 1 do rozporządzenia w sprawie OPH w celu zapewnienia dostępu do OPH wszystkim potrzebującym, których stan kliniczny wskazuje na potrzebę objęcia opieką paliatywną niezależnie od typu choroby¹⁴.

Dane z Map Potrzeb Zdrowotnych przedstawione w Krajowym Planie Transformacji na lata 2022-2026 (KPT) wskazują, że w 2023 r. dorośli pacjenci z rozpoznaniem choroby nowotworowej stanowili 85% pacjentów objętych OPH¹⁵. KPT uznaje za konieczną analizę i uzupełnienie wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących do objęcia świadczeniami opieki paliatywnej i hospicyjnej, który uznaje za zbyt ograniczony. Wskazuje przy tym, że zgodnie z analizami prowadzonymi przez MZ w pierwszej kolejności powinien być on rozszerzony o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek¹⁶.

⁹ World Health Organization, Global Atlas of Palliative Care 2nd Edition, London, UK 2020.

¹⁰ Ibidem.

¹¹ Ibidem.

¹² Najwyższa Izba Kontroli, Zapewnienie Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Informacja o wynikach kontroli, 2019; LB.430.003.2019, nr ewid. 146/2019/P/18/063/LBY.

¹³ Ibidem.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji krajowego planu transformacji (Dz.Urz.MZ.2024.146). <https://www.infor.pl/akt-prawny/U04.2024.366.0000146,obwieszczenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-aktualizacji-krajowego-planu-transformacji.html> [data dostępu: 11.09.2025].

¹⁶ Ibidem.

4.2. Opis świadczenia opieki zdrowotnej

Poniżej przedstawiono opis ocenianej technologii medycznej według Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej (dalej KŚOZ) przekazanej wraz ze zleceniem Ministra Zdrowia z dnia 04 sierpnia 2025 r. znak pisma DLG.7003.2.2024.AK.

Podmiot zgłaszający propozycję zmian: Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, działający w latach 2022-2024 na podstawie zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu ds. przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2022 r. poz. 81, ze zm.) reprezentowany przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Nazwa świadczenia opieki zdrowotnej: Wykaz ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej u osób dorosłych (dotyczy świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych i domowych). Zgodnie z założeniami KŚOZ, świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w warunkach ambulatoryjnych (w poradni medycyny paliatywnej) mają przysługiwać świadczeniobiorcom chorym na zagrażające życiu lub ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe (również spoza wykazu).

Wskazania do zastosowania: według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 10 (ICD-10¹⁷):

- C00-C97 Nowotwory złośliwe;
- D32 Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych;
- D33 Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego;
- D35 Nowotwór niezłośliwy innych i nieokreślonych gruczołów wydzielania wewnętrznego;
- D37 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów układu pokarmowego;
- D38 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej;
- D39 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze żeńskich narządów płciowych;
- D40 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze żeńskich narządów płciowych;
- D41 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze układu moczowego;
- D42 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze opon mózgowo rdzeniowych;
- D43 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze mózgu i ośrodkowego układu nerwowego;
- D44 Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze gruczołów wydzielania wewnętrznego;
- D45 Czerwieńca prawdziwa;
- D46 Zespoły mielodysplastyczne;
- D47 Inne nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych;
- D48 Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze o innym i nieokreślonym umiejscowieniu;
- G09 Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego;
- G10-G13 Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy;
- G35-G37 Choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego;
- J96.1 Przewlekła niewydolność oddechu;
- I50 Niewydolność serca;
- N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek;
- L89 Owrzodzenie odleżynowe.

Zakres świadczenia: opieka paliatywna i hospicyjna.

Opis proponowanego świadczenia opieki zdrowotnej: Obecnie, zgodnie z Rozporządzeniem OPH¹⁸, wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w przypadku

¹⁷ <https://remedium.md/icd10> [data dostępu: 16.09.2025].

¹⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

osób dorosłych obejmuje 8 pozycji (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-I43 Kardiomiopatia, J96 Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej, L89 Owrzodzenie odleżynowe) i ma zastosowanie do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych. Proponowane przez Wnioskodawcę zmiany w rzeczonym wykazie obejmują:

- 1) dodanie kolumny pn. „Stopień zaawansowania”,
- 2) dodanie jednostki chorobowej: N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek,
- 3) zmianę zakresu wskazań nowotworowych (jest: C00-D48, będzie: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48),
- 4) rozszerzenie grup chorób demielinizacyjnych o: G36 Inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu i G37 Inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego (jest: G35, będzie: G35-G37),
- 5) zmianę wskazań kardiologicznych: usunięcie I42-I43 Kardiomiopatia i dodanie I50 Niewydolność serca (w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV) (jest: I42-I43, będzie: I50),
- 6) doprecyzowanie rozpoznania J96 tj. usunięcie J96 Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej i w to miejsce dodanie J96.1 Przewlekła niewydolność oddechowa (jest: J96, będzie: J96.1),
- 7) dookreślenie czasu leczenia dla wskazań: J96.1, I50, L89 – z ograniczeniem czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej, z zaznaczeniem, iż w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ponadto Wnioskodawca proponuje zmianę nazwy wykazu na „Wykaz ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej” i wskazuje, iż powinien mieć zastosowanie do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach stacjonarnych i domowych. Wnioskodawca wskazuje również, że świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w warunkach ambulatoryjnych powinny przysługiwać świadczeniobiorcom chorym na zagrażające życiu lub ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, również spoza wykazu.

Tabela 1. Propozycje zmian w zakresie wskazań stanowiących podstawę kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej w warunkach stacjonarnych i domowych według KSOZ

Rozpoznanie dotychczasowe	Rozpoznanie proponowane wraz z opisem stopnia zaawansowania			Uwagi
ICD-10	ICD-10	Rozpoznanie	Stopień zaawansowania	
B20-B24	B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (ang. <i>Human Immunodeficiency Virus, HIV</i>)	AIDS (kategoria 3 ^a wg CDC rev 2014).	
C00-D48	C00-C97 D32-D33 D35 D37-D48	Nowotwory	Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego.	Usunięto: D00-D31 D34 D36
G09	G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego	Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganie oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali <i>Nutritional Risk Index</i> < 83,5 pkt).	
G10-G13	G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy	Dla rozpoznania ICD-10: G12 – pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20.	
G35	G35-G37	Stwardnienie rozsiane i inne ^b	Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8.	Dodano: G36 G37

Rozpoznanie dotychczasowe	Rozpoznania proponowane wraz z opisem stopnia zaawansowania			Uwagi
ICD-10	ICD-10	Rozpoznanie	Stopień zaawansowania	
			Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt).	
I42-I43	I50	Niewydolność serca	Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Okres leczenia do 180 dni ^c .	I42-I43 zastąpiono rozpoznaniem I50 Dookreślenie czasu leczenia
J96	J96.1	Przewlekła niewydolność oddechowa - schyłkowa ^d	Spełnione łącznie kryteria: - duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, - gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ < 55 mmHg lub PaCO₂ > 60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub policytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. Dopuszcza się badanie z krwi włóścinkowej. Okres leczenia do 180 dni ^c .	Doprecyzowanie o zmieniając J96 na J96.1 Dookreślenie czasu leczenia
L89	L89	Owrzodzenie odleżynowe	III i IV stopień według EPUAP. Okres leczenia do 180 dni ^c .	Dookreślenie czasu leczenia
-	N18.0	Schyłkowa niewydolność nerek	eGFR < 15 ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego.	Dodano nowe rozpoznanie N18.0

^a konieczna korekta kryterium kwalifikacji pacjentów z rozpoznaniem AIDS zapisanego omyłkowo w KŚOZ jako kategoria 3 zamiast kategoria C wg CDC rev. 2014.

^b sformułowanie „i inne” powinno być doprecyzowane zgodnie z opisem klasyfikacji ICD-10 tj. dla G36 Inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu, a dla G37 Inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego.

^c ograniczenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

^d konieczna korekta nazwy rozpoznania J96.1 polegająca na usunięciu dopisku „schyłkowa”, ponieważ zgodnie z klasyfikacją ICD-10 rozpoznanie dla tego kodu ma zapis: przewlekła niewydolność oddechowa.

Źródło: opracowanie własne na podstawie KŚOZ.

Uzasadnienie wskazane w KŚOZ: Wnioskodawca podkreśla, iż w załączniku nr 1 do obowiązującego Rozporządzenia OPH znajdują się zarówno schorzenia spełniające warunek choroby zagrażającej życiu, nie poddającej się leczeniu, jak i niespełniające tego kryterium. Według Wnioskodawcy dane zawarte w ww. dokumencie są bardzo ogólne, brakuje w nim określenia stanu, w którym pacjent powinien być objęty opieką paliatywną.

Wnioskodawca wskazuje, że w rzeczonym załączniku uwzględniono rozpoznania nowotworów w pełnym zakresie, obejmującym również nowotwory łagodne, podczas gdy nie wszystkie spełniają warunek choroby zagrażającej życiu.

Wnioskodawca zwraca również uwagę, iż w zakresie ICD-10 (B20-B24) Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) nie określono stopnia zaawansowania choroby. Wnioskodawca podkreśla, że w związku z tym, według obecnego stanu prawnego, każdy pacjent z rozpoznaniem AIDS, także we wczesnej fazie choroby, z możliwością skutecznego leczenia, a wymagający całodobowej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji, nie wynikających z tego schorzenia powinien być przyjmowany do opieki paliatywnej zamiast do opieki długoterminowej.

Wnioskodawca wskazuje, że w 2018 roku do załącznika nr 1 do Rozporządzenia OPH dodano rozpoznanie ICD-10 G35 Stwardnienie rozsiane. Zdaniem Wnioskodawcy, choroby sklasyfikowane jako G36 oraz G37 mają podobny przebieg, a pacjenci w zaawansowanej fazie tych chorób także wymagają opieki paliatywnej. Obecnie, zdaniem Wnioskodawcy, grupa pacjentów z tymi wskazaniami, w zależności od nasilenia objawów, może przebywać w oddziałach neurologii, intensywnej terapii lub opieki długoterminowej.

Wnioskodawca wskazuje, że w ww. załączniku uwzględniono rozpoznania kardiomiopatii (ICD-10 I42-I43), których kryteria rozpoznania sprawiają, iż w praktyce trudno jest zweryfikować podstawy skierowania. Jednocześnie, jak zauważa Wnioskodawca, brak jest rozpoznania schyłkowej niewydolności serca na różnym tle (I50), w której pacjenci, zdaniem Wnioskodawcy, mają jednoznacznie wskazania do objęcia opieką paliatywną. Jak zaznacza Wnioskodawca, obecnie pacjenci z rozpoznaniem ciężkiej niewydolności serca przebywają na oddziałach kardiologicznych oraz oddziałach chorób wewnętrznych.

W zakresie rozpoznania ICD-10 J96 Niewydolności oddechowej niesklasyfikowanej gdzie indziej, Wnioskodawca wskazuje brak precyzyjnego określenia stanu klinicznego pacjenta kwalifikowanego do opieki paliatywnej. Obecnie, jak wskazuje Wnioskodawca, pacjenci z tym rozpoznaniem są objęci opieką oddziałów pulmonologicznych oraz chorób wewnętrznych. Wnioskodawca zwraca również uwagę, że w przypadku rozpoznania odleżyn (L89) brak jest określenia stopnia ich zaawansowania. W ocenie Wnioskodawcy, skutkuje to sytuacją, w której każdy pacjent, nawet z odleżyną bez przerwania powłok skórnych, spełnia kryteria przyjęcia do opieki paliatywnej.

Zaproponowane przez Wnioskodawcę zmiany załącznika nr 1 do Rozporządzenia OPH modyfikują zakres wskazań, dostosowując je do schorzeń spełniających kryteria objęcia opieką paliatywną.

Wnioskodawca wskazuje, iż w ramach proponowanej zmiany z wykazu wskazań kwalifikujących osoby dorosłe do opieki paliatywnej usunięto rozpoznania nowotworów będących zmianami łagodnymi i we wczesnej fazie choroby. Wnioskodawca ponadto proponuje doprecyzowanie w ww. wykazie rozpoznania niewydolności oddechowej oraz określenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym, z możliwością wydłużenia czasu opieki po uzyskaniu zgody Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek lekarza prowadzącego. Zdaniem Wnioskodawcy rozwiązanie to umożliwi przekazywanie chorych pod opiekę POZ, lub do podmiotów domowej lub stacjonarnej opieki długoterminowej po stabilizacji stanu zdrowia w stopniu umożliwiającym zakończenie sprawowania specjalistycznej opieki paliatywnej, jednakże wymagających dalszej opieki.

Wnioskodawca proponuje zastąpienie w wykazie wskazań kwalifikujących osoby dorosłe do objęcia opieką paliatywną rozpoznania kardiomiopatii (I42-43) rozpoznaniem niewydolności serca (I50) z doprecyzowaniem stopnia zaawansowania klinicznego NYHA IV oraz ograniczeniem czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym z umożliwieniem wydłużenia czasu opieki po uzyskaniu zgody Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek lekarza prowadzącego. Wnioskodawca proponuje również dodanie do ww. wykazu rozpoznania schyłkowej niewydolności nerek z doprecyzowaniem kryterium ($eGFR < 15$ ml/min w przypadku niestosowania leczenia nerkozastępczego). Jak wskazuje Wnioskodawca, jest to grupa chorych z szacowanym krótkim czasem przeżycia oraz z nasilonymi objawami wynikającymi ze stopnia zaawansowania choroby, a objęcie ich specjalistyczną opieką paliatywną pozwoli na poprawę jakości ich życia.

Wnioskodawca proponuje również doprecyzowanie czasu leczenia owrzodzeń odleżynowych (L89) do 180 dni w roku kalendarzowym z umożliwieniem wydłużenia czasu opieki po uzyskaniu zgody Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek lekarza prowadzącego. Wnioskodawca proponuje również by opieką paliatywną byli objęci pacjenci z odleżynami III i IV stopnia według EPUAP, co, zdaniem Wnioskodawcy, pozwoli na leczenie specjalistyczne pacjentów rzeczywiście tego wymagających.

Kolejna proponowana przez Wnioskodawcę modyfikacja polega na doprecyzowaniu stopnia zaawansowania choroby wywołanej przez ludzki wirus upośledzenia odporności stanowiącej kryterium kwalifikacji do opieki paliatywnej. Celem tej zmiany jest kierowanie do opieki paliatywnej tylko chorych w zaawansowanym stadium choroby.

Wnioskodawca proponuje również rozszerzenie w wykazie wskazań kwalifikujących osoby dorosłe do objęcia opieką paliatywną rozpoznania stwardnienia rozsianego o inne schorzenia demielinizacyjne z doprecyzowaniem kryterium zakończenia lub niezakwalifikowania do terapii modyfikującej przebieg choroby. Zdaniem Wnioskodawcy spowoduje to, że z opieki paliatywnej będą mogli korzystać pacjenci w zaawansowanej fazie różnych schorzeń demielinizacyjnych, skutkujących pogorszeniem jakości życia.

W opinii Wnioskodawcy proponowane zmiany spowodują zwiększenie dostępności do opieki paliatywnej dla chorych, do tej pory jej pozbawionych, co będzie skutkowało z jednej strony zmniejszeniem niepotrzebnych hospitalizacji w specjalistycznych oddziałach szpitalnych, a z drugiej poprawi jakość życia pacjentów, którzy do tej pory nie kwalifikowali się do opieki paliatywnej. Zdaniem Wnioskodawcy doprecyzowanie czasu leczenia niektórych ze schorzeń wskazanych w proponowanym zaktualizowanym załączniku nr 1 do Rozporządzenia OPH pozwoli na przekazanie pacjentów pod opiekę POZ po uzyskanej częściowej poprawie stanu klinicznego, a pacjenci wymagający dalszej opieki, pielęgnacji i rehabilitacji będą mogli być objęci opieką długoterminową.

4.3. Aktualne uwarunkowania opieki paliatywnej i hospicyjnej

4.3.1. Świadczenia gwarantowane – zakres i zasady kwalifikacji

Zgodnie z Rozporządzeniem OPH, świadczenia gwarantowane dla osób dorosłych są realizowane w warunkach stacjonarnych (w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej), domowych (w hospicjum domowym) lub ambulatoryjnych (w poradni medycyny paliatywnej).

Według Rozporządzenia OPH wykaz jednostek chorobowych, dla których udzielane są świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej u osób dorosłych obejmuje wskazania wymienione w Tabeli 2. Zgodnie z § 3 ust. 2 Rozporządzenia OPH świadczenia gwarantowane przysługują osobom z rozpoznaniem nieuleczalnych, postępujących i ograniczających życie chorób. Według § 9 Rozporządzenia OPH, do realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej konieczne jest przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Rozporządzenie nie określa maksymalnego okresu objęcia pacjenta opieką stacjonarną lub domową.

Tabela 2. Wykaz chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej u osób dorosłych

Lp.	Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
1	B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
2	C00-D48	Nowotwory
3	G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
4	G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
5	G35	Stwardnienie rozsiane
6	I42-I43	Kardiomiopatia
7	J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
8	L89	Owrodzenie odleżynowe

Źródło: Rozporządzenie OPH, Załącznik nr 1

Według § 3 ust. 1 Rozporządzenia OPH opieka paliatywna i hospicyjna jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. W tabeli poniżej zestawiono zakres świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych i domowych.

Tabela 3. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach stacjonarnych i warunkach domowych

Lp.	Świadczenie	Warunki stacjonarne	Warunki domowe
1	świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy	TAK	TAK
2	świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarzy	TAK	TAK
3	leczenie farmakologiczne	TAK	NIE
4	leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej	TAK	TAK
5	leczenie innych objawów somatycznych	TAK	TAK
6	opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną	TAK	TAK
7	rehabilitacja	TAK	TAK
8	zapobieganie powikłaniom	TAK	TAK
9	badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej	TAK	NIE
10	zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej	TAK	NIE
11	opieka wyręczająca obejmująca przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni	TAK	NIE
12	badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym	NIE	TAK
13	ordynacja leków	NIE	TAK
14	bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych wymienionych w ust. 3 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia	NIE	TAK

Źródło: Rozporządzenie OPH, § 5 i § 6.

4.3.2. Finansowanie świadczeń – uregulowania NFZ

Świadczenia przysługujące pacjentom dorosłym w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych, zawarte w Załączniku 1 do Zarządzenia Prezesa NFZ 54/2024/DSOZ¹⁹ wskazano w Tabela 4.

Zgodnie z § 12 ust. 9 Zarządzenia Prezesa NFZ 54/2024/DSOZ nie ma określonych limitów dla liczby jednostek rozliczeniowych oraz dla kwoty zobowiązania z tytułu realizacji umowy w zakresie.

Tabela 4. Katalog świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej – warunki stacjonarne i domowe

Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	Waga punktowa produktu rozliczeniowego	Taryfa
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	Osobodzeń w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000146	-	7,19
	Porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego	5.15.00.0000234	-	1,74
	Żywienie dojelitowe w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000235	1,83	-
	Kompletne żywienie pozajelitowe w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000236	3,65	-
Świadczenia w hospicjum domowym	Osobodzeń w hospicjum domowym	5.15.00.0000149	-	1,08
	Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	5.15.00.0000237	-	2,77
Porada w poradni medycyny paliatywnej	Porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej (nie mniej niż 20 min)	5.15.00.0000239	-	1,50
	Wizyta pielęgniarki w poradni medycyny paliatywnej (nie mniej niż 20 min)	5.15.00.0000240	-	1,16
	Porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej (nie mniej niż 40 min)	5.15.00.0000241	-	1,11
	Porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej (nie mniej niż 50 min)	5.15.00.0000242	-	1,72
	Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5.15.00.0000243	-	2,85
	Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5.15.00.0000244	-	1,52
	Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5.15.00.0000245	-	1,36

Źródło: Zarządzenie Prezesa NFZ 54/2024/DSOZ

4.4. Wcześniejsze oceny Agencji związane merytorycznie z przedmiotowym zleceniem

Przedmiot niniejszego opracowania analitycznego wiąże się merytorycznie z czterema wcześniejszymi analizami AOTMiT, tj.:

- 1) Opracowaniem analitycznym AOTMiT nr: WS.431.3.2018 z dnia 13.03.2019 dotyczącym zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 2) Raportem w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.521.5.2022 z dnia 23.01.2024 pt. „Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej”;
- 3) Raportem w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr AOTMIT-WT-5315-1/2015 z dnia 07.10.2015 pt. „Opieka paliatywna i hospicyjna” Opracowanie na potrzeby wydania taryfy;
- 4) Opracowaniem analitycznym AOTMiT (nr BIP: 31/2015) dotyczącym włączenia rozpoznania jednostki chorobowej stwardnienie rozsiane (ICD-10: G35) do wykazu nieuleczalnych, postępujących ograniczających życie chorób, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegóły dotyczące wymienionych opracowań.

¹⁹ Zarządzenie nr 54/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (54/2024/DSOZ).

Tabela 5. Rekomendacje Agencji dotyczące wnioskowanej technologii

Nr BIP	Uzasadnienie rekomendacji	Rekomendacja/ Stanowisko
83/2018	Opinia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr 16/2019 z dnia 3 kwietnia 2019 roku 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.	Pozytywna
	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. <u>Uzasadnienie:</u> Według Rady, 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 do obowiązujących w Europie rekomendacji oraz przyjętej przez WHO definicji, jest bardzo potrzebne. Według Rady, w zaproponowanym brzmieniu dotyczyć 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. W opinii Rady, 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”, a 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. W opinii Rady, 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. <i>Palliative Outcome Scale</i>). Według Rady, opieka paliatywna nie może zaważać się wyłącznie do pacjentów onkologicznych, a decyzja o rozpoczęciu opieki może być w koniecznych przypadkach konsultowana z lekarzem specjalistą wraz określeniem zasad kontynuacji terapii wysokospecjalistycznej, nie wykluczając leczenia przyczynowego. Według Rady, cenną propozycją jest promowanie opieki domowej i ambulatoryjnej oraz przyjęcie rozwiązań ułatwiających ten sposób opieki nad pacjentem. W opinii Rady 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. Rada podkreśla brak podstawowych szacunków oceniających skutki ekonomiczne zaproponowanych zmian, zarówno z perspektywy pacjenta jak i płatnika publicznego.	Negatywna
2/2024	Raport dotyczył przygotowania projektu taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej identyfikowanych produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna, określonymi w załączniku 1 do <i>Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna</i>: • osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym (kod produktu: 5.15.00.0000146); • osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo (kod produktu: 5.15.00.0000147); • osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo (kod produktu: 5.15.00.0000148); • osobodzień w hospicjum domowym (kod produktu: 5.15.00.0000149); • osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci (kod produktu: 5.15.00.0000150); • porada w poradni medycyny paliatywnej (kod produktu: 5.15.00.0000151); • porada w domu świadczeniobiorcy (kod produktu: 5.15.00.0000159); • porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki (kod produktu: 5.15.00.0000161); zwane opieką paliatywną i hospicyjną. Przedmiotem raportu było również wydanie opinii w sprawie stosowania u pacjentów, w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej, procedur: • przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych; • podawanie bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną;	Nie dotyczy

Nr BIP	Uzasadnienie rekomendacji	Rekomendacja/ Stanowisko
	podawanie preparatów zawierających czynniki wzrostu; wobec których Zespół MZ ds. OPH wnioskował o możliwość dosumowania do osobodnia.	
24/2016	Celem opracowania była weryfikacja wyceny punktowej świadczeń opieki zdrowotnej przyjętej przez NFZ w oparciu o rzeczywiste koszty ponoszone przez świadczeniodawców i zaproponowanie nowych taryf punktowych odzwierciedlających wzajemne relacje kosztowe, z wykorzystaniem danych historycznych wybranych świadczeniodawców za 2013 i 2014 rok, zgodnie z przyjętą metodyką. Przedmiotem opracowania są świadczenia w rodzaju opieka paliatywno-hospicyjna, zgodnie z planem taryfikacji zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w dniu 10 marca 2015 r. - świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych; - świadczenia realizowane w warunkach domowych; - świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych.	Nie dotyczy
031/2015	Rekomendacja nr 27/2015 z dnia 30 marca 2015 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zakwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej we wskazaniu stwardnienie rozsiane (kod ICD-10: G35) do wykazu nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej” jako świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej Prezes Agencji rekomenduje zakwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej we wskazaniu stwardnienie rozsiane (kod ICD-10: G35) do wykazu nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej” jako świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej.	Pozytywna
	Stanowisko Rady Przejrzystości nr 39/2015 z dnia 30 marca 2015 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego Rada Przejrzystości uznaje za zasadne włączenie rozpoznania stwardnienie rozsiane (kod ICD-10: G35) do wykazu nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, u chorych z tym wskazaniem, z niewydolnością ruchową ocenioną na ponad 8 pkt w skali EDSS. <u>Uzasadnienie:</u> Według Rady, nie opracowano dotychczas metod terapii przyczynowej, umożliwiającej wyleczenie pacjenta ze stwardnieniem rozsianym lub całkowite zatrzymanie postępu tej choroby. W opinii Rady, w wielu przypadkach opieka nad pacjentem wpływa na organizację życia oraz sytuację ekonomiczną całej jego rodziny. Według Rady, zapewnienie chorym z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego prawidłowej opieki paliatywnej oraz hospicyjnej w przypadkach, w których stan sprawności ruchowej oceniony został na 9 pkt w skali EDSS oraz w wybranych przypadkach sprawności ocenionej na 8 pkt, z nasilonymi objawami istotnie wpływającymi na jakość życia chorych, powinno być traktowane jako imperatyw zarówno z medycznego, jak i etycznego punktu widzenia. W opinii Rady, dotyczy to również szeregu innych zaburzeń o podłożu neurologicznym, także takich w których objawy w części pokrywają się z objawami stwardnienia rozsianego, a które nie mieszczą się we wskazaniu G35, jak przykładowo choroba Devica (G 36.0 lub inne stany z grupy G36) lub choroba Schildera przebiegająca z rozszanymi zmianami mieloklastycznymi (G 37.0 i inne stany z grupy G37), przy złym jednocześnie rokowaniu ogólnym. W opinii Rady, opieka hospicyjna oraz paliatywna, zarówno w warunkach leczenia stacjonarnego, jak i w warunkach domowych, może przyczynić się nie tylko do poprawy jakości życia chorego z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego, ale stanowić również element wsparcia psychologicznego dla członków jego rodziny. Według Rady, zakres wskazań oraz świadczeń w ramach opieki paliatywnej oraz hospicyjnej dla chorych na stwardnienie rozsiane powinien być ustalony przez konsultantów krajowych w odpowiednich dziedzinach, z zasięgnięciem opinii Towarzystw Naukowych i w porozumieniu z płatnikiem publicznym.	Pozytywna

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT na podstawie:

https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2018/883-materiały-2018/5510-83-2018-zlc?highlight=WyJ3cy40MzEuMy4yMDE4IIQ=,https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/taryfikacja/raporty/2024/Publikacja_OPH.zip,https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/taryfikacja/raporty/2016/24-2016.zip,https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2015/829-materiały-2015/3959-031-2015-zlc [data dostępu: 03.09.2025].

4.5. Rekomendacje i wytyczne kliniczne

W celu odnalezienia aktualnych wytycznych praktyki klinicznej dotyczących kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej we wnioskowanych wskazaniach, w dniach 04–08.08.2025 r. oraz 22–28.08.2025 r. przeprowadzono wyszukiwanie na stronach internetowych: polskich i zagranicznych towarzystw naukowych,

wybranych organizacji i instytucji zajmujących się medycyną opartą na dowodach naukowych (ang. *Evidence-Based Medicine*, EBM) i HTA oraz innych organizacji działających w ochronie zdrowia. Podczas wyszukiwania zastosowano następujące słowa kluczowe: *palliative care*, *hospice care*, *end of life care* oraz słowa kluczowe związane z jednostkami chorobowymi wskazanymi w KŚOZ. Do analizy włączano dokumenty opublikowane w języku polskim oraz angielskim.

W wyniku przeglądu wytycznych praktyki klinicznej, do analizy włączono 31 dokumentów, które opisano w kolejnych rozdziałach.

4.5.1. Opieka paliatywna i hospicyjna

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował modyfikację wskazań i kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych²⁰ z doprecyzowaniem stopnia zaawansowania choroby. Poniżej przedstawiono analizę zasadności proponowanych w KŚOZ zmian w kontekście zidentyfikowanych wytycznych klinicznych.

Do analiz włączono dokument wytycznych *European Association for Palliative Care* (EAPC 2022), który stanowi międzynarodowe wytyczne na poziomie europejskim.

W wytycznych EAPC 2022 wskazano, że opieka paliatywna powinna być dostępna dla wszystkich pacjentów cierpiących na choroby zagrażające życiu lub ograniczające życie, od momentu ich rozpoznania. Wytyczne EAPC 2022 nie wartościują wskazań pod względem zasadności objęcia opieką paliatywną i hospicyjną. Autorzy wytycznych EAPC 2022 podkreślają, że ważne jest, aby poznać preferencje pacjentów dotyczące miejsca opieki, gdyż część pacjentów może chcieć pozostać do śmierci pod opieką we własnych domach, podczas gdy inni mogą preferować hospicja lub inne placówki.

Tabela 6. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
EAPC 2022²¹ European Association for Palliative Care <i>Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study</i> Europa	- W wytycznych EAPC 2022 wskazano, że opieka paliatywna nie powinna być dostępna tylko dla pacjentów z określonymi rozpoznaniem, ale dla wszystkich pacjentów cierpiących na choroby zagrażające życiu lub ograniczające życie, od momentu ich rozpoznania. <i>Population served: Available to all with life-threatening diseases: Palliative care is not restricted to patients with predefined diagnoses but should be available for all patients with life-threatening diseases.</i> - Autorzy wytycznych EAPC 2022 podkreślają, że zasadne jest objęcie opieką paliatywną pacjentów od momentu rozpoznania choroby zagrażającej życiu lub ograniczającej życie. <i>Disease stage: Appropriate for all with life-threatening or life-limiting condition: Palliative care is appropriate for all patients from the time of diagnosis with a life-threatening or life-limiting condition.</i> - W wytycznych EAPC 2022 podkreślono, że ważne jest, aby poznać preferencje pacjentów dotyczące miejsca opieki, gdyż część pacjentów może chcieć pozostać do śmierci pod opieką we własnych domach, podczas gdy inni mogą preferować hospicja lub inne placówki. <i>Preferred place of care: patients may wish to be cared for in their own homes until the time of death, but some patients might prefer to remain in a hospice or other institution until death. It is important to elicit the preference of patients in regards to where they wish to receive care, and for this to be an on-going conversation between health professionals, patients and family members.</i> <i>Preferred place of care: Acknowledged and discussed with patient and family: The preferred place of care and place of death should be acknowledged and discussed with the patient and family, and measures taken to comply with these preferences, wherever possible.</i> - Autorzy wytycznych EAPC 2022 wskazują, że w krajach europejskich opieka paliatywna jest zapewniana przede wszystkim pacjentom z chorobami onkologicznymi, dlatego też podkreślają jako priorytet konieczność zapewniania wysokiej jakości opieki paliatywnej również pacjentom z innymi rozpoznaniem (neurologicznymi czy niewydolnością serca, nerek, płuc). <i>Population served: Needs and Access: In all European countries, palliative care is predominantly delivered to patients with advanced cancer. Patients with other diseases, such as neurological diseases, or with cardiac, pulmonary or renal failure, may have the same palliative care needs as cancer patients, but find it much harder to access palliative care.</i> <i>Population served: National and European health policy priority: Providing access to high quality palliative care for non-cancer patients should be a priority of national and European health policy development.</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

²⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

²¹ S. Payne et al., Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study, *Palliat Med.* 2022;36(4):680-697.

4.5.2. Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował dla rozpoznania B20-B24 (choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)) dookreślenie, w wykazie wskazań kwalifikujących do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych²², stopnia zaawansowania kwalifikującego do tych świadczeń na „AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014)”. Poniżej przedstawiono analizę zasadności proponowanej w KŚOZ zmiany w kontekście zidentyfikowanych wytycznych klinicznych.

Do analiz włączono dokumenty Polskiego Towarzystwa Naukowego (PTN AIDS 2025) oraz Światowej Organizacji Zdrowia (WHO 2021, WHO 2016). Odnalezione wytyczne nie uzależniają objęcia pacjentów żyjących z HIV/AIDS opieką paliatywną lub hospicyjną od stadium klinicznego wg którejkolwiek z obowiązujących skal oceny (w tym wg CDC wskazywanej w KŚOZ). W wytycznych nie zidentyfikowano również rekomendacji w zakresie kryteriów kwalifikacji pacjentów zakażonych HIV lub pacjentów z rozpoznaniem AIDS do opieki paliatywnej w warunkach stacjonarnych i domowych.

Wytyczne WHO 2021 podkreślają, że w wyniku wdrożenia skutecznej terapii antyretrowirusowej zmienił się profil osób chorych na AIDS wymagających opieki paliatywnej – wzrosła liczba starzejących się osób żyjących z HIV, z których wiele ma współistniejące choroby przewlekłe. Według autorów wytycznych WHO 2021, dostępne dane wskazują, że znaczna część osób chorych na AIDS umiera z powodu ciężkich chorób współistniejących, w tym nowotworów, chorób układu krążenia, infekcji, chorób wątroby.

W wytycznych PTN AIDS 2025 wskazano, że opieka paliatywna jest możliwa do wdrożenia na każdym etapie choroby, zgodnie z potrzebami chorych. Autorzy wytycznych WHO 2021 zaznaczają, że osoby żyjące z HIV powinny mieć dostęp do opieki paliatywnej na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej oraz w warunkach domowych, podkreślając przy tym, że zgodnie ze zidentyfikowanym przez nich przeglądem systematycznym, domowa opieka paliatywna i stacjonarna opieka hospicyjna znacząco poprawiają wyniki pacjentów w zakresie kontroli bólu i objawów, lęku, samoświadomości i dobrego samopoczucia duchowego.

Tabela 7. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z HIV/AIDS do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
PTN AIDS 2025²³ Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS <i>Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV</i> Polska	Opieka paliatywna - Wytyczne PTN AIDS 2025 zaznaczają, że opieka paliatywna stanowi aktywną, całościową opiekę zapewnianą pacjentom w każdym wieku z cierpieniem związanym ze stanem zdrowia i poważną chorobą, zwłaszcza blisko końca życia. - Wytyczne PTN nie uzależniają zasadności zastosowania opieki paliatywnej u pacjentów chorych na AIDS od zaawansowania choroby. Autorzy wytycznych PTN podkreślają, że opieka paliatywna jest możliwa do wdrożenia na każdym etapie choroby, zgodnie z potrzebami chorych. - Wytyczne PTN podkreślają, że opieka paliatywna jest możliwa do wdrożenia we wszystkich miejscach sprawowania opieki zdrowotnej. - Zgodnie z wytycznymi PTN, postępowanie paliatywne (leczenie objawowe) powinno być wdrażane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną przez każdego specjalistę chorób zakaźnych w uzupełnieniu leczenia przyczynowego w okresie, kiedy przewlekłej chorobie towarzyszą dokuczliwe objawy. Według wytycznych PTN, ww. objawy mogą być wynikiem obecności HIV i zakażeń oportunistycznych oraz rozwoju nowotworów, jak również działań niepożądanych leków antyretrowirusowych. Do objawów uzasadniających rozważenie wdrożenia opieki paliatywnej, w ocenie autorów PTN, należą m.in.: utrata masy ciała i wyniszczenie, ból, zaburzenia poznawcze czy duszność i inne objawy ze strony układu oddechowego. - Wytyczne PTN wskazują, że decyzja o rodzaju stosowanego leczenia objawowego jest zależna od stanu chorego, rokowania czy interakcji z aktualnie stosowaną terapią antyretrowirusową. Zgodnie z wytycznymi PTN, opieka paliatywna powinna być komplementarną składową postępowania, nie wykluczającą dalszego leczenia przyczynowego w poradni nabytych niedoborów odporności. Opieka nad chorym umierającym Wytyczne PTN wyjaśniają, że w tym określeniu zawiera się opieka nad pacjentem w ostatnich tygodniach, dniach i godzinach życia: - Zgodnie z wytycznymi PTN, na tym etapie choroby największe znaczenie ma objęcie chorego możliwie wszechstronną opieką, uwzględniającą jego potrzeby psychiczne i duchowe oraz umożliwienie obecności i wsparcia osoby bliskiej – rodziny lub przyjaciół chorego (stała obecność przy chorym nie więcej niż 1-2 osób). [nie podano klasyfikacji zaleceń]

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

²³ M. Bociąga-Jasik et al., Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS Warszawa–Kraków 2025. https://ptnaids.pl/wp-content/uploads/2025/06/Rekomendacje_PTNAIDS_2025_2.pdf [data dostępu: 06.08.2025].

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
WHO 2021²⁴ World Health Organization <i>Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach</i> Świat	6.17 Opieka paliatywna <i>6.17 Palliative care</i> • Autorzy wytycznych WHO 2021 podkreślają, że opieka paliatywna jest niezbędnym elementem kompleksowej opieki klinicznej nad osobami żyjącymi z HIV, wskazując że jej celem jest zapobieganie i łagodzenie cierpienia oraz optymalizacja jakości życia. <i>An essential component of comprehensive clinical management for people living with HIV is the palliative care to prevent and relieve suffering and optimize quality of life.</i> • Wytyczne WHO 2021 wskazują, że w wyniku wdrożenia skutecznej terapii antyretrowirusowej zmienił się profil osób chorych na AIDS wymagających opieki paliatywnej – wzrosła liczba starzejących się osób żyjących z HIV, z których wiele ma współistniejące choroby przewlekłe. Według autorów wytycznych WHO 2021, dostępne dane wskazują, że znaczna część osób chorych na AIDS umiera z powodu ciężkich chorób współistniejących, w tym nowotworów, chorób układu krążenia, infekcji, chorób wątroby. <i>Successful ART has resulted in a growing population of ageing people living with HIV, many of whom have multimorbidity, meaning that the people who need palliative care are changing. [...]The successes of ART have led to improved survival and quality of life, but an increasing proportion of deaths among people living with HIV is attributable to chronic noncommunicable diseases in many settings (290). By 2030, people living with HIV are estimated to be likely to have an average of three noncommunicable diseases (291). A longitudinal study of mortality among people living with HIV in the United Kingdom found that only 58% of the deaths were from AIDS-defining illness, 19% cancer, 19% cardiovascular diseases, 18% infections, 12% liver disease, 6% substance misuse, 5% suicide, 5% accidents and 17% other causes (more than one option and the total therefore exceeds 100%) (292). In a multisite study from Cambodia, India, Indonesia, Malaysia, Thailand and Viet Nam, 47% of deaths among adults and children with HIV were non-AIDS infections (293)</i> • Autorzy wytycznych WHO 2021 podkreślają, że zdecydowana większość osób żyjących z HIV, które mogłyby skorzystać z opieki paliatywnej, nie znajduje się u kresu życia, ale żyje z HIV, chorobami współistniejącymi oraz ich konsekwencjami biopsychospołecznymi. <i>The great majority of people living with HIV who would benefit from palliative care are not at the end of life but are living with HIV and its comorbidities and biopsychosocial consequences.</i> Wytyczne WHO 2021 wskazują, że osoby żyjące z HIV powinny mieć dostęp do opieki paliatywnej na wszystkich poziomach systemu opieki zdrowotnej oraz w warunkach domowych. <i>The guidance for planning palliative care services states that people living with HIV should have access to palliative care at all levels of health-care systems and in the home.</i> • Wytyczne WHO 2021 podkreślają, że w szpitalach pracownicy ochrony zdrowia powinni zapewnić opiekę paliatywną osobom, które jej potrzebują, łagodzić w możliwie największym stopniu wszelkie rodzaje cierpienia oraz opracowywać plany wypisu dla osób powracających do domu pod koniec życia, aby chronić je przed cierpieniem. <i>In hospitals, health-care providers should initiate palliative care for people in need, relieve any type of suffering as completely as possible and create discharge plans for people returning home at the end of life to protect them from suffering.</i> • Wytyczne WHO 2021 wskazują, że korzystnym jest by w ośrodkach podstawowej opieki zdrowotnej zatrudniony był co najmniej jeden pracownik ochrony zdrowia posiadający podstawowe przeszkolenie w zakresie opieki paliatywnej, do którego zadań należałoby rozpoczęcie opieki paliatywnej i zaplanowanie oraz kontynuowanie opieki rozpoczętej w szpitalu, monitorowanie niekontrolowanych objawów, wizyty domowe w razie konieczności czy przedłużanie recept i kierowanie pacjentów do placówek wyższego szczebla w razie potrzeby. <i>Primary health-care centres would benefit from having at least one health-care worker with at least basic palliative care training. The tasks could include initiating palliative care and planning treatment for people living with HIV with uncomplicated needs, continuing palliative care begun in a hospital, surveillance for uncontrolled symptoms with help from community health workers, home visits when necessary and feasible, prescription refills and referral to higher levels as needed.</i> • Zgodnie z wytycznymi WHO 2021, jeśli to możliwe, ośrodki podstawowej opieki zdrowotnej mogą zapewnić opiekę hospicyjną osobom żyjącym z HIV, których objawy są dobrze kontrolowane, ale które nie mogą być odpowiednio pielęgnowane w domu. <i>If possible, primary health-care centres can provide inpatient hospice care for people living with HIV whose symptoms are well controlled but are unable to be cared for adequately at home.</i> • Autorzy WHO 2021 wskazują, że zgodnie ze zidentyfikowanym przez nich przeglądem systematycznym, domowa opieka paliatywna i stacjonarna opieka hospicyjna znacząco poprawiają wyniki w zakresie kontroli bólu i objawów, lęku, samoświadomości i dobrego samopoczucia duchowego. <i>A systematic review found that home palliative care and inpatient hospice care significantly improve outcomes in the domains of pain and symptom control, anxiety, insight and spiritual well-being.</i> • Wytyczne WHO 2021 podkreślają, że opieka paliatywna powinna być zintegrowana z profilaktyką, wczesną diagnostyką i leczeniem zakażeń HIV oraz schorzeń z nimi związanych.

²⁴ WHO, Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, World Health Organization 2021. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593> [data dostępu: 08.08.2025].

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
	<i>Palliative care: should be integrated with and complement prevention, early diagnosis and treatment of HIV infection and associated conditions;</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]
WHO 2016²⁵ World Health Organization <i>Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers.</i> Świat	3.2 Organizacja domowej opieki paliatywnej <i>3.2 Setting up a home-based palliative care service</i> - Zgodnie z wytycznymi WHO 2016, domowa opieka paliatywna zapewnia opiekę osobom cierpiącym na przewlekłe, ograniczające życie schorzenia, takie jak nowotwory, zaawansowane choroby serca, nerek i układu oddechowego, HIV/AIDS oraz przewlekłe zaburzenia neurologiczne. <i>Home-based palliative care provides care to people with chronic, life-limiting health problems such as cancer, advanced cardiac, renal and respiratory diseases, HIV/AIDS and chronic neurological disorders, in the home in which the patient lives.</i> - Autorzy wytycznych WHO 2016, wśród zalet opieki paliatywnej prowadzonej w warunkach domowych, wymieniają większy komfort pacjenta oraz zaangażowanie w proces opieki członków rodziny pacjenta, co zapewnia mu łatwy dostęp do opieki. <i>There are a number of advantages to home-based palliative care in many situations. For instance, many patients feel more comfortable in their home than in a health-care setting. A home-based service means that family members are integrated into the process, which in turn means that the patient has easy access to care.</i> 3.4. Organizacja szpitalnej opieki paliatywnej <i>3.4 Setting up a hospital-based palliative care service</i> - Wytyczne WHO 2016 wskazują, że szpitalna opieka paliatywna poprawia wyniki leczenia pacjentów - dostępność różnych specjalizacji i procedur diagnostycznych na miejscu ułatwia kontrolowanie objawów i sprawia, że opieka jest bardziej kompleksowa. W ocenie autorów wytycznych WHO 2016, opieka szpitalna zazwyczaj skraca czas pobytu pacjenta w szpitalu i umożliwia płynne przejście do opieki środowiskowej. <i>A hospital-based palliative care service improves patient outcomes. The on-site availability of various specialties and diagnostic procedures makes the care more comprehensive and makes it easier to control symptoms. Hospital-based palliative care also facilitates the discussion of the patient's values, diagnosis, prognosis and agreement about the goals of care. A hospital-based service, in fact, generally reduces a patient's length of stay in hospital and enables a smooth transition to care in the community</i> 3.6 Organizacja niezależnego ośrodka opieki paliatywnej lub hospicjum <i>3.6 Setting up a stand-alone palliative care centre or hospice</i> - Wytyczne WHO 2016 podkreślają, że kryteria przyjęcia do każdego z hospicjów mogą się różnić w zakresie kwalifikujących do opieki hospicyjnej schorzeń - ośrodki mogą świadczyć opiekę wyłącznie dla pacjentów z rozpoznaniem nowotworu, demencji czy dla osób z HIV/AIDS albo przyjmować pacjentów z wszelkimi przewlekłymi schorzeniami skracającymi życie, wymagającymi opieki paliatywnej. <i>Target group of patients: The palliative care centre or hospice needs clarity on the types of patients it will accept since this will help determine the kind of care provided. For instance, the focus of the palliative care centre may be: The disease: Some palliative care centres may focus on cancer patients, others on HIV/AIDS, or strokes and dementia. Other hospices accept patients with any chronic life-limiting condition in need of palliative care. A decision should also be made as to whether children or adults, or both, should be accepted.</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]

Źródło: Opracowanie własne AOTMIT

4.5.3. Nowotwory

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował usunięcie części rozpoznań łagodnych nowotworów (D00-D31, D34, D36) z wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych²⁶. W KŚOZ wskazano następujące rozpoznania nowotworowe, które uprawniałyby pacjentów do ww. opieki: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48. Dodatkowo, Wnioskodawca zaproponował dookreślenie stopnia zaawansowania kwalifikującego do ww. świadczeń na pacjentów wymagających leczenia objawowego i wspomagającego. Poniżej przedstawiono analizę zasadności proponowanych w KŚOZ zmian w kontekście zidentyfikowanych wytycznych klinicznych.

Do analiz włączono dokumenty *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN 2025), *American Society of Clinical Oncology* (ASCO 2024), *The European Society for Medical Oncology* (ESMO 2021) i *German Guideline Program in Oncology* (GGPO 2015). Odnalezione dokumenty wskazują, że opieka paliatywna

²⁵ WHO, Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584> [data dostępu: 27.08.2025].

²⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

powinna być wdrażana niezależnie od stadium choroby nowotworowej, czy potrzeby innych terapii. Wytyczne są zgodne, iż opieka paliatywna jest podejściem skoncentrowanym na pacjencie i jego opiekunach, ukierunkowanym na leczenie objawowe, samodzielne lub w połączeniu z leczeniem przyczynowym. Dodatkowo, zgodnie z odnalezionymi rekomendacjami, opieka obejmuje wsparcie psychospołeczne i duchowe. Wytyczne ESMO, dotyczące populacji pacjentów w końcowej fazie życia, również wskazują, że głównym celem opieki paliatywnej jest zapewnienie komfortu, łagodzenie objawów i wsparcie psychologiczne.

Odnalezione dokumenty wytycznych postępowania klinicznego dotyczą populacji pacjentów z rozpoznaniem chorób onkologicznych w różnym stopniu zaawansowania. Wytyczne NCCN i ASCO są dedykowane ogólnej populacji pacjentów z chorobą nowotworową, rekomendacje GGPO dotyczą pacjentów z rozpoznaniem choroby terminalnej, a ESMO – opieki u kresu życia. Powyższe dokumenty nie odnoszą się wprost do populacji z łagodnymi nowotworami. Wytyczne nie wskazują jakie rozpoznania powinny albo nie powinny stanowić podstawę do kwalifikacji do opieki paliatywnej lub hospicyjnej.

Tabela 8. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z rozpoznaniem choroby nowotworowej do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
NCCN 2025²⁷ National Comprehensive Cancer Network <i>Palliative Care</i> USA	Opieka paliatywna to podejście do opieki zdrowotnej skoncentrowane na pacjencie, rodzinie i opiekunach, które skupia się na optymalnym leczeniu uciążliwych objawów, jednocześnie uwzględniając wsparcie psychospołeczne i duchowe zgodnie z potrzebami, wartościami, przekonaniami i kulturą pacjenta, rodziny i opiekunów. Celem opieki paliatywnej jest przewidywanie, zapobieganie i zmniejszanie cierpienia; wspieranie adaptacyjnego radzenia sobie; oraz zapewnianie jak najlepszej jakości życia pacjentom, ich rodzinom i opiekunom – niezależnie od stadium choroby czy potrzeby innych terapii. Opieka paliatywna może rozpocząć się już w momencie potwierdzenia rozpoznania; być prowadzona równolegle z leczeniem ukierunkowanym na chorobę i przedłużającym życie; a także wspierać autonomię pacjenta, dostęp do informacji i możliwość dokonywania wyborów. Opieka paliatywna staje się głównym celem leczenia dopiero wtedy, gdy terapie ukierunkowane na chorobę i przedłużające życie przestają być skuteczne, właściwe lub pożądane. <i>Palliative care is an approach to patient/family/caregiver-centered health care that focuses on optimal management of distressing symptoms, while incorporating psychosocial, spiritual support according to patient/family/caregiver needs, values, beliefs, and cultures. The goal of palliative care is to anticipate, prevent, and reduce suffering; promote adaptive coping; and support the best possible quality of life for patients/families/caregivers, regardless of the stage of the disease or the need for other therapies. Palliative care can begin at diagnosis; be delivered concurrently with disease-directed, life-prolonging therapies; and facilitate patient autonomy, access to information, and choice. Palliative care only becomes the main focus of care when disease-directed, life-prolonging therapies are no longer effective, appropriate, or desired.</i> Standardy opieki paliatywnej (wybrane) Wszyscy pacjenci onkologiczni powinni być poddawani ocenie potrzeb w zakresie opieki paliatywnej podczas pierwszej wizyty, w odpowiednich odstępach czasu oraz zgodnie ze wskazaniami klinicznymi. <i>All patients with cancer should be screened for palliative care needs at their initial visit, at appropriate intervals, and as clinically indicated</i> Zespół onkologiczny dokonuje oceny obejmującej nasilenie objawów (m.in. ból, duszność, anoreksja/kacheksja, nudności/wymioty, zaparcia, biegunka), a także bilans korzyści i obciążeń leczenia przeciwnowotworowego, sprawność funkcjonalną, aspekty psychiczne, społeczne i duchowe. <i>Assessment by oncology team: Benefits/burdens of cancer therapy; Symptoms (E.g. pain, dyspnea, anorexia/cachexia, nausea/vomiting, constipation, diarrhea); Functional status; Psychosocial, spiritual distress.</i> Następnie zespół onkologiczny decyduje o wprowadzeniu odpowiednich interwencji m.in. w zakresie leczenia: przyczynowego, objawowego, schorzeń współistniejących, jak również wsparcia psychospołecznego i duchowego oraz decyzji o przejściu do opieki hospicyjnej. <i>Interventions: Cancer therapy; Appropriate treatment of comorbid physical and psychosocial, spiritual conditions; Symptom management; Psychosocial, spiritual support; Transition to end-of-life care including hospice referral as appropriate</i> [Klasyfikacja zaleceń: 2A] <i>All recommendations are category 2A.</i>
ASCO 2024²⁸ American Society of Clinical Oncology	Zalecenia <i>Recommendations</i> Lekarze powinni kierować pacjentów z zaawansowanymi guzami łagodnymi i nowotworami hematologicznymi do specjalistycznych, interdyscyplinarnych zespołów opieki paliatywnej, które

²⁷ A. M. Walling et al., NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Palliative Care Version 2.2025 — March 31, 2025., https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf [data dostępu: 02.09.2025].

²⁸ J. J. Sanders et al., Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. JCO 42, 2336-2357(2024). <https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.24.00542> [data dostępu: 02.09.2025].

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia																
<i>Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update</i> USA	zapewniają opiekę stacjonarną i ambulatoryjną we wczesnym stadium choroby, równolegle z aktywnym leczeniem nowotworu. [Oparte na dowodach; Umiarkowane; Silne]. <i>Clinicians should refer patients with advanced solid tumors and hematologic malignancies to specialized interdisciplinary palliative care teams that provide inpatient and outpatient care early in the course of disease, alongside active treatment of their cancer. [Evidence based; Moderate; Strong]</i> Pacjenci z zaawansowanym nowotworem powinni być kierowani do opieki paliatywnej, której jednym z elementów jest zarządzanie objawami, cierpieniem i stanem funkcjonalnym (np. ból, duszność, zmęczenie, zaburzenia snu, nastroj, nudności lub zaparcia). [Nieformalny konsensus; Średnio zaawansowany; Umiarkowany] <i>Patients with advanced cancer should receive palliative care services, which may include a referral to a palliative care provider. Essential components of palliative care include: e.g. symptom, distress, and functional status management (e.g. pain, dyspnea, fatigue, sleep disturbance, mood, nausea, or constipation). [Informal consensus; Intermediate; Moderate]</i> W przypadku pacjentów z chorobą nowotworową, u których nie rozwiązano problemów fizycznych, psychospołecznych lub duchowych, programy opieki onkologicznej powinny zapewniać dedykowane specjalistyczne usługi opieki paliatywnej, uzupełniające istniejące lub nowe interwencje opieki wspomagającej. [Nieformalny konsensus; Niski; Słaby] <i>Among patients with cancer with unaddressed physical, psychosocial, or spiritual distress, cancer care programs should provide dedicated specialist palliative care services to complement existing or emerging supportive care interventions. [Informal consensus; Low; Weak]</i> W przypadku pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową Panel ekspertów zaleca wczesne włączenie do specjalistycznej opieki paliatywnej, szczególnie w przypadku pacjentów z niekontrolowanymi objawami i/lub problemami z jakością życia (QOL). [Nieformalny konsensus; Niski; Słaby] <i>For patients with advanced cancer, the Expert Panel recommends early specialist palliative care involvement, especially for patients with uncontrolled symptoms and/or QOL concerns. [Informal consensus; Low; Weak]</i> Tabela 1. Definitions for Quality of Evidence Grades²⁹ <table> <tr> <th>Grade</th><th>Definition</th></tr> <tr> <td>High</td><td>We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.</td></tr> <tr> <td>Moderate</td><td>We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different</td></tr> <tr> <td>Low</td><td>Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.</td></tr> <tr> <td>Very Low</td><td>We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.</td></tr> </table> <i>When the body of evidence is intermediate with respect to a particular factor, the decision about whether a study falls above or below the threshold for up- or downgrading the quality (by one or more factors) depends on judgment³⁰.</i> Tabela 2. Definitions for Strength of Recommendation³¹ <table> <tr> <th>Strength of Recommendation</th><th>Definition</th></tr> <tr> <td>Strong</td><td>In recommendations for an intervention, the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects. In recommendations against an intervention, the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects. All or almost all informed people would make the recommended choice for or against an intervention.</td></tr> <tr> <td>Conditional/Weak^a</td><td>In recommendations for an intervention, the desirable effects probably outweigh the undesirable effects, but appreciable uncertainty exists. In recommendations against an intervention, the undesirable effects probably outweigh the desirable effects, but appreciable uncertainty exists. Most informed people would choose the recommended course of action, but a substantial number would not.</td></tr> </table> ^a The label 'Weak' was previously used to label these recommendations. This term has now been replaced by 'Conditional.' Both labels have the same definition in the context of ASCO strength of the recommendation.	Grade	Definition	High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.	Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different	Low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.	Very Low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.	Strength of Recommendation	Definition	Strong	In recommendations for an intervention, the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects. In recommendations against an intervention, the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects. All or almost all informed people would make the recommended choice for or against an intervention.	Conditional/Weak ^a	In recommendations for an intervention, the desirable effects probably outweigh the undesirable effects, but appreciable uncertainty exists. In recommendations against an intervention, the undesirable effects probably outweigh the desirable effects, but appreciable uncertainty exists. Most informed people would choose the recommended course of action, but a substantial number would not.
Grade	Definition																
High	We are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.																
Moderate	We are moderately confident in the effect estimate: The true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different																
Low	Our confidence in the effect estimate is limited: The true effect may be substantially different from the estimate of the effect.																
Very Low	We have very little confidence in the effect estimate: The true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.																
Strength of Recommendation	Definition																
Strong	In recommendations for an intervention, the desirable effects of an intervention outweigh its undesirable effects. In recommendations against an intervention, the undesirable effects of an intervention outweigh its desirable effects. All or almost all informed people would make the recommended choice for or against an intervention.																
Conditional/Weak ^a	In recommendations for an intervention, the desirable effects probably outweigh the undesirable effects, but appreciable uncertainty exists. In recommendations against an intervention, the undesirable effects probably outweigh the desirable effects, but appreciable uncertainty exists. Most informed people would choose the recommended course of action, but a substantial number would not.																
ESMO 2021³² The European Society for Medical Oncology	Pacjenci z chorobą nowotworową u schyłku życia powinni być poddani holistycznej ocenie przez zespół multidyscyplinarny, który ustala cele opieki w zakresie: racjonalizacji leczenia, zarządzania objawami (m.in. zmęczenie, ból, nudności i wymioty, duszność, delirium) oraz zapewnienia opieki (m.in. opieka pielęgniarska, zespół multidyscyplinarny, wsparcie psychologiczne, duchowe i społeczne) [nie podano klasyfikacji zalecenia]. <i>Total care of the adult cancer patient at the end of life -> Assess and diagnose impending death or dying -> Set goals of care following MDT holistic assessment:</i>																

²⁹ ASCO Guidelines Methodology Manual <https://cdn.bfdr.com/KOIH2Q3/as/q3p3jw3xfmq2svntp76hpbm/Guidelines-Methodology-Manual> [data dostępu: 09.09.2025].

³⁰ GRADE handbook <https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html> [data dostępu: 09.09.2025].

³¹ ASCO Guidelines Methodology Manual <https://cdn.bfdr.com/KOIH2Q3/as/q3p3jw3xfmq2svntp76hpbm/Guidelines-Methodology-Manual> [data dostępu: 09.09.2025].

³² G.B. Crawford et al., ESMO Guidelines Committee, Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines, ESMO Open, 2021;6(4):1-13.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
<i>Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines</i> Europa	• <i>Rationalise treatments: Anti-cancer therapies, Routes of drug administration, Nutrition and hydration, Medication and intervention review, Anticoagulation, Antibiotics, Blood transfusion, Route of administration.</i> • <i>Manage symptoms: Cancer-related fatigue, Pain, Nausea and vomiting, Dyspnoea, Noisy breathing, Delirium, Intractable symptom management and palliative sedation, Social and psychological distress, Spiritual and existential distress.</i> • <i>Provide care: Nursing care, MDT, Nutrition & hydration, Complementary therapies, Psychological support, Spiritual care, Social support, Legacy planning, funeral and rituals.</i>
GGPO 2015³³ German Guideline Program in Oncology <i>Evidenced-based Guideline: Palliative care for patients with incurable cancer</i> Niemcy	W opiece paliatywnej kluczowe znaczenie ma jakość życia pacjenta dotkniętego nieuleczalną chorobą nowotworową i jego opiekunów rodzinnych. [LoE: ST (EC)] <i>In palliative care, the quality of life of the patient affected by incurable cancer and their family carers is of central importance. [LoE: ST (EC)]</i> W leczeniu objawowym w opiece paliatywnej u pacjentów z nieuleczalną chorobą nowotworową należy stosować się do następujących zasad: • przeprowadzenie odpowiedniej diagnostyki różnicowej w celu ustalenia przyczyn objawu, umożliwiającej celowaną terapię i identyfikację potencjalnie odwracalnych przyczyn; • zastosowanie działań zapobiegawczych oraz leczenie odwracalnych przyczyn – jeśli jest to możliwe i zasadne; • wdrożenie leczenia objawowego – samodzielnie lub równoległe z leczeniem przyczynowym; • rozważenie zastosowania działań ukierunkowanych na nowotwór (np. radioterapii, zabiegów operacyjnych, leczenia farmakologicznego) w celu łagodzenia objawów jako głównego lub jedynego celu terapeutycznego. Warunkiem jest interdyscyplinarna współpraca odpowiednich specjalistów i zespołu opieki paliatywnej; • rozważenie korzyści i obciążeń wynikających z wyżej wymienionych działań w otwartej i szczerzej rozmowie z pacjentem, a w razie potrzeby także z jego bliskimi. [LoE: EC] <i>The following principles must be applied in palliative care symptom control in patients with incurable cancer:</i> • <i>Consider an appropriate differential diagnosis for the cause of the symptom to enable targeted therapy and the detection of potentially reversible causes;</i> • <i>Treat reversible causes when possible and appropriate;</i> • <i>Implement a symptomatic therapy on its own or parallel to a causal therapy;</i> • <i>Assess tumour specific measures (e.g. radiotherapy, operative procedures, drug-based cancer therapy) with the primary or sole therapy goal of relieving symptoms. A requirement for this is the interdisciplinary cooperation between the various specialities and palliative care;</i> • <i>Assess the benefit and risk of the aforementioned measures in an open and honest exchange with patients and, if necessary, their family carers. [LoE: EC]</i> Wszystkim po rozpoznaniu nieuleczalnej choroby nowotworowej należy zaoferować opiekę paliatywną, niezależnie od tego, czy prowadzone jest leczenie ukierunkowane na nowotwór. [LoE: EC] <i>All patients must be offered palliative care following the diagnosis of incurable cancer, regardless of whether cancer-specific therapy is being implemented. [LoE: EC]</i> LoE - Level of Evidence ST - Statement EC - Expert Consensus

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.5.4. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował dla rozpoznania G09 następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego³⁴ dookreślenie kryteriów wskazujących na potrzebę kwalifikacji pacjenta do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wskazał, że powinni to być chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganie oddychania oraz chorzy z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (< 83,5 pkt wg skali *Nutritional Risk Index*).

Odnaleziono wytyczne dotyczące leczenia i rozpoznawania zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, w których uwzględniono też opiekę nad pacjentami z rozpoznaniem następstw tej choroby. Wytyczne WHO 2025 wskazują, że u pacjentów z rozpoznaniem zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych mogą wystąpić powikłania i następstwa prowadzące do niepełnosprawności i ograniczenia funkcjonowania. Wśród nich wyróżnia się następstwa neurologiczne tj. upośledzenie słuchu, wzroku, zaburzenia neurokognitywne.

³³ German Guideline Program in Oncology, Evidenced-based Guideline: Palliative care for patients with incurable cancer Short version 1.1 – May 2015 AWMF-Registration number: 128/001OL https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/migrated/content/uploads/Guideline_Palliative_Care_Short_Version_01.pdf [data dostępu: 05.09.2025].

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

Autorzy dokumentu WHO 2025 podkreślają, że pacjenci z rozpoznaniem następstw zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych mogą wymagać długotrwałej opieki i rehabilitacji. Wskazują ponadto, że takich pacjentów należy skierować do ośrodków właściwych do zaopiekowania się danym stanem klinicznym, z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego. Wytyczne WHO 2025 nie formułują zaleceń dotyczących kryteriów kwalifikacji i warunków dotyczących opieki paliatywnej dla pacjentów z rozpoznaniem następstw zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.

Nie odnaleziono wytycznych klinicznych dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej u pacjentów obciążonych następstwami innych chorób zapalnych OUN.

Tabela 9. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z następstwami zapalnych chorób OUN do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
WHO 2025³⁵ World Health Organization <i>WHO guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care</i> Świat	Dzieci i dorośli z ostrym zapaleniem opon mózgowych, niezależnie od przyczyny, powinni zostać zbadani przez lekarza pod kątem następstwa choroby przed wypisaniem ze szpitala i podczas wizyty kontrolnej. [zalecenie silne, bardzo niski poziom pewności dowodów] Ocena kliniczna podczas wizyty kontrolnej powinna zostać przeprowadzona co najmniej raz w ciągu czterech tygodni od wypisania ze szpitala. W przypadku wykrycia następstw należy skierować pacjenta do odpowiednich ośrodków. Jeśli to możliwe, należy zapewnić wsparcie psychologiczne zarówno osobie chorej na zapalenie opon mózgowych, jak i jej opiekunom. <i>Children and adults with acute meningitis from any cause should be reviewed for sequelae by a health-care provider prior to discharge and at follow-up. [Strong recommendation. Very low certainty of evidence.]</i> <i>A clinical assessment at follow-up should be performed at least once within four weeks of discharge.</i> <i>When sequelae are detected, referral to the appropriate services should be arranged.</i> <i>When available, psychological support should be offered to both the person with meningitis and their caregivers.</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

4.5.5. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował dla rozpoznań G10-G13 Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy³⁶ dookreślenie kryteriów kwalifikacji pacjenta do opieki paliatywnej. Wskazał, że powinni to być chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiami oddychania oraz chorzy z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (< 83,5 pkt wg skali *Nutritional Risk Index*). W przypadku rozpoznania G12, Wnioskodawca proponuje dodanie warunku: pacjenci z rozpoznaniem zaawansowanego ALS tj. wynikiem oceny stopnia sprawności ≤ 20 według skali ALSFRS-R.

W Polsce każdy pacjent z rozpoznaniem ALS spełnia kryteria kwalifikacji do opieki paliatywnej³⁷. Według PTMP 2018 o skierowaniu pacjenta z rozpoznaniem ALS do hospicjum decydują następujące czynniki: trudne do opanowania w warunkach domowych objawy, wskazanie do inwazyjnego wspomaganego oddychania lub do założenia gastrostomii endoskopowej, wskazania socjalne.

Odnaleziono wytyczne w zakresie wskazań dotyczących układowych zaników pierwotnych zajmujących ośrodkowy układ nerwowy obejmują: chorobę nerwu ruchowego (ang. *Motor Neuron Disease*, MND) w tym stwardnienie boczne zanikowe (ang. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, ALS) – kod ICD-10 G12.2 (EAN/ERN-NMD 2024, BSPRM 2022, DGN 2023, AAN 2022, NICE 2019, EAPC/EAN 2016), chorobę Huntingtona – kod ICD-10 G10 (BSPRM 2023, EAPC/EAN 2016) oraz ataksje rdzeniowo-mózdkowe – kody ICD-10 G11.0 i G11.1 (BSPRM 2023).

Zgodnie z NICE 2019 zalecane jest rozważenie skierowanie pacjentów z rozpoznaniem ALS do specjalistycznego zespołu opieki paliatywnej, jeśli mają oni obecnie lub mogą mieć w przyszłości złożone potrzeby związane z doświadczeniem cierpienia o charakterze psychicznym i społecznym, z uciążliwymi lub szybko postępującymi objawami oraz w zakresie planowania opieki.

³⁵ WHO, WHO Guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care, World Health Organization 2025.

³⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

Wytyczne DGN 2023 i NICE 2019 zaznaczają, że opieka paliatywna u pacjentów z rozpoznaniem ALS powinna być rozpoczęta jak najwcześniej, natomiast EAPC/EAN 2016 wskazuje, że powinna ona być rozważana na wczesnym etapie choroby.

Wytyczne BSPRM 2022 wymieniają czynniki wskazujące na pogorszenie stanu pacjenta i zwiększenie ryzyka zgonu, które uzasadniają kwalifikację do opieki hospicyjnej m.in. problemy z połykaniem połączone z utratą masy ciała o $\geq 10\%$; duszność i utrzymująca się hipowentylacja przy natężonej pojemności życiowej poniżej 50% u osób z nerwowo-mięśniowym upośledzeniem funkcji oddechowych.

Wytyczne DGN 2023 wskazują, że w celu skontrolowania objawów u pacjentów z terminalną niewydolnością oddechową można rozważyć leczenie stacjonarne w oddziałach opieki paliatywnej albo w hospicjach.

Zgodnie z AAN 2022 pacjent z rozpoznaniem ALS powinien zostać skierowany do hospicjum, jeśli przewidywany czas przeżycia wynosi 6 miesięcy lub mniej. Jednocześnie autorzy AAN 2022 podkreślają, że oszacowanie czasu przeżycia może być trudne w przypadku chorób przewlekłych, postępujących takich jak stwardnienie zanikowe boczne.

Odnalezione dokumenty wytycznych nie uzależniają objęcia pacjentów opieką paliatywną od stopnia zaawansowania choroby.

Tabela 10. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z rozpoznaniem układowych zaników pierwotnych zajmujących OUN do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
PTMP 2018³⁸ Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej <i>Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczące kwalifikacji do opieki paliatywnej i postępowania z pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym i stwardnieniem rozsianym</i> Polska	Stwardnienie zanikowe boczne (SLA) - W przypadku SLA podstawową skalą oceny sprawności chorych jest zrewidowana skala ALS Functional Rating Scale (ALSFRS-R). Postępowanie od momentu rozpoznania jest wyłącznie objawowe, stąd wskazania do objęcia chorego na SLA opieką paliatywną. Poradnia medycyny paliatywnej - Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia MZ z 12 czerwca 2018 r., kryteria kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną spełnia każdy pacjent z rozpoznaniem SLA. - Lekarz dokonuje kwalifikacji, opierając się na rozpoznaniu i towarzyszących objawach (ból, duszność, zaparcia, nudności, wymioty, wyniszczenie, zaburzenia połykania, zaburzenia mowy, niedowłady, odleżyny). - Narastające objawy choroby nie są wskazaniem do stałej opieki szpitalnej. Hospicjum domowe Lekarz dokonuje kwalifikacji na podstawie objawów oraz określa wspólnie z pacjentem priorytety i zakres opieki oraz miejsce jej sprawowania. - Do domowej opieki paliatywnej lub hospicjum domowego powinni być kwalifikowani chorzy, którzy nie mogą dotrzeć do poradni medycyny paliatywnej i z różnych powodów nie mogą być objęci wspomaganiami oddychania (np. brak wystarczającej opieki w domu lub brak zgody chorego). Oddział stacjonarny (medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne) - Kwalifikacja – wskazania do hospitalizacji: - chorzy z objawami trudnymi do opanowania w warunkach domowych; - chorzy wymagający kwalifikacji do nieinwazyjnego wspomagania oddychania lub założenia gastrostomii endoskopowej; - chorzy ze wskazaniami socjalnymi: - konieczność zapewnienia odpoczynku rodzinie lub choremu; - samotność umierających chorych pozbawionych jakiegokolwiek opieki.

³⁸ A. Adamczyk et al., Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczące kwalifikacji do opieki paliatywnej i postępowania z pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym i stwardnieniem rozsianym, Medycyna Paliatywna, 2018;10(3):115-130.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
EAN/ERN-NMD 2024³⁹ European Academy of Neurology/European Reference Network for Neuromuscular Diseases <i>European Academy of Neurology (EAN) guideline on the management of amyotrophic lateral sclerosis in collaboration with European Reference Network for Neuromuscular Diseases (ERN EURO-NMD)</i> Europa	Stwardnienie zanikowe boczne (SLA) - Ocena stanu pacjenta przez zespół wielodyscyplinarny powinna być oparta o skalę ALSFRS-R (ang. <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis Functional Rating Scale-Revised</i>). [++] <i>The MDT should use the ALSFRS-R to longitudinally assess the functioning of the patient. [++]</i> - Pacjenci niezdolni do wizyty w ośrodku zapewniającym opiekę paliatywną powinni mieć zapewniony dostęp do opieki realizowanej zdalnie lub w warunkach domowych. [++] <i>The MDT should: Provide coordinated care for people who cannot attend the clinic, according to the person's needs, offering remote and/or home-based visits [++]</i> - Opieka paliatywna powinna obejmować kompleksowy zestaw działań, w tym w zakresie odżywiania pozajelitowego [+] i zapewnienia oddychania wspomaganego [++] <i>In cases where gastrostomy is not feasible, consider parenteral feeding. [new recommendation added by EAN] [+]</i> <i>Non-invasive ventilation (NIV) should be offered to all patients with ALS with either symptoms, signs, or laboratory investigations supportive of respiratory insufficiency. [++]</i> - Świadczenia opieki paliatywnej powinny obejmować również wsparcie w zakresie potrzeb pacjentów u schyłku życia (ang. <i>end-of-life care needs</i>). [++] <i>Provide additional support as the end of life approaches, for example, additional psychological, social, or nursing care to enable informal carers and family to reduce their carer responsibilities and spend time with the person with ALS. [++]</i> <i>Strong recommendation in favour: For most patients the benefits outweigh the harms. This means that all or virtually all, patients will want and benefit from the recommended intervention. Represented as ++ in the text.</i> <i>Weak recommendation in favour: It is less clear that the benefits outweigh the harms. Many patients would still benefit and prefer the recommended intervention, but there may be greater individual variation. Represented as + in the text.</i>
EAPC/EAN 2016⁴⁰ European Association of Palliative Care / European Academy of Neurology <i>A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease</i> Europa	Postępujące choroby neurologiczne W przeglądzie uwzględniono zespół Parkinsona, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne, choroba Huntingtona, zanik wieloukładowy, postępujące porażenie nadjądrowe, udary mózgu i pierwotne guzy mózgu. - Udział opieki paliatywnej będzie się różnić w zależności od rozpoznania i naturalnego przebiegu choroby. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>The involvement of palliative care will differ with the diagnosis and depends on the natural history of the disease.</i> - Opieka paliatywna powinna być rozważana na wczesnym etapie choroby w zależności od rozpoznania. [poziom rekomendacji: C] <i>Palliative care should be considered early in the disease trajectory, depending on the underlying diagnosis (Level C).</i> - Ocena stanu zdrowia i opieka nad pacjentem powinna być zapewniona przez zespół wielodyscyplinarny w ramach opieki paliatywnej. [poziom rekomendacji: B] <i>Patients should have a multidisciplinary palliative care assessment and access to specialist palliative care for ongoing management (Level B)</i> - Wczesne planowanie opieki jest wysoce zalecane, szczególnie gdy w przebiegu choroby możliwe są zaburzenia komunikacji i pogorszenie funkcji poznawczych. [poziom rekomendacji: C] <i>Early advance care planning is strongly recommended, especially when impaired communication and cognitive deterioration are possible as part of disease progression. (Level C)</i>
DGN 2023⁴¹ Deutsche Gesellschaft für Neurologie <i>Guideline "Motor neuron diseases" of the German Society of Neurology (Deutsche Gesellschaft für Neurologie)</i> Niemcy	Stwardnienie zanikowe boczne - Celem terapii objawowej (paliatywnej) jest utrzymanie jakości życia i autonomii, wczesne informowanie o możliwym przebiegu choroby oraz przygotowanie wytycznych dotyczących postępowania w przypadku nieuleczalnej choroby. Wytyczne dotyczące postępowania w przypadku nieuleczalnej choroby powinny być opracowane i regularnie weryfikowane, a dostęp do opieki paliatywnej powinien być zapewniony na odpowiednio wczesnym etapie zaawansowania choroby. [nie podano klasyfikacji] <i>Aims of symptomatic (palliative) therapy are maintenance of quality of life and autonomy, early information about the disease and preparation of advance directives.</i> <i>Advance directives should be created and regularly reviewed and access to palliative care should be initiated early enough.</i> - Dalsze leczenie pacjentów z ALS, w tym koordynacja leczenia objawowego i opieki, a także planowanie opieki z wyprzedzeniem, powinno odbywać się w interdyscyplinarnym centrum

³⁹ P. Van Damme et al., European Academy of Neurology (EAN) guideline on the management of amyotrophic lateral sclerosis in collaboration with European Reference Network for Neuromuscular Diseases (ERN EURO-NMD), Eur J Neurol. 2024;31:1-16.

⁴⁰ D. J. Oliver, et al., A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. Eur. J. Neurol., 2016;23(1):30-38.

⁴¹ S. Petri et al., Guideline "Motor neuron diseases" of the German Society of Neurology (Deutsche Gesellschaft für Neurologie). Neurol. Res. and Pract., 2023;5(25):1-9.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
	specjalizującym się w prowadzeniu pacjentów z rozpoznaniem ALS. Należy omówić indywidualne cele i ograniczenia leczenia oraz zaproponować możliwość sporządzenia planu postępowania w przypadku nieuleczalnej choroby. W razie potrzeby należy zorganizować specjalistyczną ambulatoryjną opiekę paliatywną. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Further treatment of ALS patients including coordination of symptomatic treatment measures and care as well as advance care planning should also take place in an interdisciplinary ALS center. Individual treatment aims and limitations should be discussed and the option to create advanced directives should be offered. Specialized outpatient palliative care should be organized if needed</i> • W celu kontroli objawów u pacjentów z terminalną niewydolnością oddechową można rozważyć leczenie stacjonarne w oddziałach opieki paliatywnej lub hospicjach. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>For symptom control in patients with terminal respiratory insufficiency, inpatient treatment in palliative care wards or hospices can be considered.</i>
BSPRM 2022⁴² British Society of Physical & Rehabilitation Medicine <i>The role of palliative care interventions for people living with long term neurological conditions</i> Wielka Brytania	Przewlekłe choroby neurologiczne (ang. long term neurological conditions, LTNC) Dokument dotyczy opieki paliatywnej w następujących wskazaniach: stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, choroba nerwu ruchowego, urazowe uszkodzenie mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego, mózgowie porażenie dziecięce, choroba Huntingtona, zanik wieloukładowy, postępujące porażenie nadjądrowe, zwyrodnienie korowo-podstawne, zespół Creutzfeldta-Jakoba, choroby obwodowego układu nerwowego, dystrofie mięśniowe, dystrofia miotoniczna, ataksje rdzeniowo-mózdzkowe, udar mózgu. <i>Population: Adults with one of the following long-term neurological conditions: Multiple sclerosis, Parkinson's Disease, Motor Neurone Disease, Traumatic Brain Injury, Spinal Cord Injury, Cerebral Palsy, Huntington's Disease, Multiple System Atrophy, Supranuclear Palsy, Progressive, Cortico basal degeneration, Creutzfeldt-Jakob Syndro, Peripheral Nervous System Diseases, Muscular Dystrophies, Myotonic Dystrophy, Spinocerebellar Ataxias, Stroke.</i> • Dwa główne rodzaje interwencji w ramach opieki paliatywnej okazały się pomocne w leczeniu osób z rozpoznaniem LTNC. 1. Planowanie wsparcia i opieki na koniec życia: Pacjenci z rozpoznaniem LTNC, którzy zbliżają się do końca życia, odnoszą korzyści z interwencji w ramach opieki paliatywnej. Obejmuje to udzielanie informacji i wsparcia pacjentom i ich opiekunom, pomoc w podejmowaniu decyzji o odmowie leczenia (ADRT), sporządzaniu oświadczeń woli, pełnomocnictw trwałych (LPA), sporządzanie planów opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach (EHCP), w tym pomoc w wypełnianiu formularza ReSPECT (ang. (Recommended Summary Plan for Emergency Care and Treatment) oraz pomoc w przygotowaniu testamentów. Zespoły opieki paliatywnej mają również doświadczenie w wspieraniu opiekunów i rodzin w okresie końca życia i żałoby. 2. Krótkie interwencje w ramach opieki paliatywnej: Osoby z rozpoznaniem LTNC, nawet jeśli nie są w fazie końcowej życia, często doświadczają objawów, takich jak trudny do opanowania ból, duszności, ślinotok, zaparcia, depresja i pobudzenie, w których opanowaniu mogą pomóc doraźne specjalistyczne interwencje w ramach opieki paliatywnej. Skierowanie do specjalistycznych zespołów opieki paliatywnej może pomóc w leczeniu tych objawów. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Two main types of palliative care interventions are found to be helpful in the management of people living with LTNC</i> 1. Planning for end-of-life support and care: Patients living with LTNC who approach end of life will benefit from palliative care interventions This includes provision of information and support to the patients and carers, assisting them to make advance decisions to refuse treatment (ADRT), Advance Statements, lasting power of attorney (LPA), emergency health care plans (EHCP) including completing a ReSPECT form (Recommended Summary Plan for Emergency Care and Treatment), and wills. The palliative care teams also have expertise in supporting carers and families during the end-of-life and bereavement process. 2. Brief palliative care interventions: People living with LTNC even though they are not at the end-of-life stage often experience symptoms such as intractable pain, breathlessness, drooling, constipation, depression and agitation which may benefit from brief specialist palliative care interventions. Referral to the specialist palliative care teams may help in management of these symptoms. Wytyczne definiują LTNC jako chorobę, która oddziałuje na pacjenta i jego rodzinę do końca życia. Pacjenci w późnych stadiach LTNC powinni otrzymywać kompleksowy zakres usług opieki paliatywnej, kiedy ich potrzebują, w celu kontrolowania objawów, zapewnienia zmniejszenia nasilenia bólu oraz zaspokojenia ich potrzeb osobistych, społecznych, psychologicznych i duchowych. <i>The NSF for LTNC (NSF 2005) defines a LTNC as 'disease of, injury or damage to the body's nervous system (i.e. the brain, spinal cord and/or their peripheral nerve connections) which will affect the individual and their family in one way or another for the rest of their life'. It broadly categorises LTNC as sudden onset, stable, progressive, or intermittent conditions (Table-2). It lists 11 'Quality requirements, of which 'No. 9 – Palliative care' states that people in the later stages of LTNC 'are to receive a comprehensive range of palliative care services when they need them to control symptoms;</i>

⁴² K.P.S Nair et al., The role of palliative care interventions for people living with long term neurological conditions, British Society of Physical & Rehabilitation Medicine, 2022, <https://www.bsprbm.org.uk/mp-files/palliative-care-position-paper.pdf> [data dostępu: 12.08.2025].

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
	<i>offer pain relief and meet their needs for personal, social, psychological and spiritual support, in line with the principles of palliative care</i> (NSF 2005). - Objawy/czynniki wskazujące na pogorszenie stanu pacjenta i zwiększone ryzyko zgonu w najbliższych tygodniach lub miesiącach, co uzasadnia kwalifikację do opieki hospicyjnej, obejmują [E2, silna]: ≥ dwa nieplanowane przyjęcia do szpitala w trybie nagłym w ciągu 6 miesięcy; - epizod zachłystowego zapalenia płuc u pacjenta z ogólnym pogorszeniem stanu zdrowia; - problemy poznawcze i komunikacyjne mogące utrudniać prowadzenie rozmów; - problemy z polykaniem połączone z utratą masy ciała o ≥ 10%; - duszność i utrzymująca się hipowentylacja przy natężonej pojemności życiowej poniżej 50% u osób z nerwowo-mięśniowym upośledzeniem funkcji oddechowych; - znaczny spadek sprawności funkcjonalnej; - szacowana długość życia krótsza niż 12 miesięcy; - rozważanie lub rozpoczęcie nowej interwencji, takiej jak gastrostomia lub wspomaganie wentylacji. <i>The medical team should be proactive and initiate discussion on end-of-life care is essential if there are signs that the patient is at risk of dying in the coming weeks or months. For example, the following should trigger urgent discussion.</i> - Two or more unplanned emergency hospital admissions in 6 months - An episode of aspiration pneumonia with general deterioration - Cognitive and communication issues likely to interfere with meaningful discussions - Swallowing problems with weight loss of 10% or more - Dyspnoea and persistent hypoventilation with forced vital capacity of less than 50% in people with neuromuscular respiratory compromise - Marked decline in functional status - Estimated life expectancy of less than 12 months - When considering or starting a new intervention, such as gastrostomy or ventilator support [E2 Strong] - Należy rozważyć uzyskanie pomocy specjalisty ds. opieki paliatywnej w leczeniu trudnych do opanowania objawów u osób z LTNC, takich jak: [E2, Bardzo silne] - Ból [P1] - Duszności [P2] - Nudności i wymioty [P3] - Nietrzymanie moczu [R1] - Zaparcia [R1] - Zaburzenia snu [R2] - Niepokój i pobudzenie. - Cierpienie psychospołeczne i duchowe <i>Consider obtaining specialist palliative care input for management of difficult to treat symptoms in people with LTNC such as: [E2, Very Strong]</i> - Pain [P1] - Breathlessness [P2] - Nausea and vomiting [P3] - Continence [R1] - Constipation [R1] - Sleep disturbances [R2] - Restlessness and agitation. - Psychosocial and spiritual distress <i>E2 Professional or other stakeholder opinion</i> <i>P1 Primary research using quantitative approaches</i> <i>P2 Primary research using qualitative approaches</i> <i>P3 Primary research using mixed methods (qualitative and quantitative)</i> <i>R1 Systematic reviews of existing research</i> <i>R2 Descriptive or summary reviews of existing research</i>
NICE 2019⁴³	MND (ang. <i>Motor Neurone Disease</i>), w tym SLA 1.5.4 W skład zespołu wielodyscyplinarnego zajmującego się pacjentem z chorobą nerwu ruchowego (ang. <i>Motor Neuron Disease</i>, MND) powinien wchodzić pracownik posiadający wiedzę

⁴³ NICE, Motor neurone disease: assessment and management, National Institute for Health and Care Excellence 2019, <https://www.nice.org.uk/guidance/ng42>, [data dostępu: 13.08.2025].

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
National Institute for Health and Care Excellence <i>Motor neurone disease: assessment and management</i> Wielka Brytania	specjalistyczną w zakresie opieki paliatywnej (neurolog, pielęgniarka lub specjalista w dziedzinie opieki paliatywnej). <i>A healthcare professional with expertise in palliative care (MND palliative care expertise may be provided by the neurologist or nurse in the multidisciplinary team, or by a specialist palliative care professional).</i> 1.5.5. Zespół wielodyscyplinarny powinien zapewnić szybki dostęp m.in. do specjalistycznej opieki paliatywnej. <i>The multidisciplinary team should have established relationships with, and prompt access to, the following: • Specialist palliative care.</i> 1.5.2 Pacjentom, którzy nie są w stanie dotrzeć do ośrodka należy zapewnić skoordynowaną opiekę, zgodnie z ich indywidualnymi potrzebami. <i>The multidisciplinary team should: provide coordinated care for people who cannot attend the clinic, according to the person's needs.</i> 1.5.11 Należy rozważyć skierowanie do specjalistycznego zespołu opieki paliatywnej pacjentów, którzy mają obecnie lub mogą mieć w przyszłości poważne lub złożone potrzeby związane z cierpieniem psychicznym lub społecznym, uciążliwymi lub szybko postępującymi objawami oraz złożonymi potrzebami w zakresie planowania opieki w przyszłości. <i>Consider referral to a specialist palliative care team for people with current or anticipated significant or complex needs, for example, psychological or social distress, troublesome or rapidly progressing symptoms and complex future care planning needs.</i> 1.7.7 Pod koniec życia należy zapewnić szybki dostęp specjalistycznej opieki paliatywnej, o ile nie została ona wcześniej zapewniona. <i>Towards the end of life, ensure there is prompt access to the following, if not already provided: Specialist palliative care.</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]
AAN 2022⁴⁴ American Academy of Neurology, American Neurological Association, and Child Neurology Society <i>Clinical Guidance in Neuropalliative Care</i> <i>An AAN Position Statement</i> USA	Opieka neuropaliatywna - Wytyczne dotyczące skierowań do hospicjum sugerują, że pacjent powinien zostać skierowany do hospicjum, jeśli przewidywane przeżycie wynosi 6 miesięcy lub mniej, ale ocena tego może być trudna w przypadku pacjentów z przewlekłymi, postępującymi chorobami, takimi jak demencja, choroba Parkinsona, stwardnienie zanikowe boczne lub stwardnienie rozsiane. <i>Hospice referral guidelines suggest that a patient should be referred to hospice if the anticipated survival is 6 months or less, but this can be challenging to assess in patients with chronic progressive diseases such as dementia, Parkinson disease, or multiple sclerosis.</i> - Z etycznego punktu widzenia, gdy cele opieki są zgodne z zakresem usług świadczonych w hospicjum, lekarz może i powinien rozważyć skierowanie pacjenta do hospicjum, uwzględniając fakt, że hospicjum co kilka miesięcy ponownie oceni rokowania u pacjenta i utrzyma pacjenta w programie, jeśli rokowanie dotyczące szacowanego czasu życia wynoszącego 6 miesięcy nadal będzie wydawało się trafne, lub wypisze pacjenta z programu opieki hospicyjnej, jeśli rokowanie ulegnie poprawie. <i>From an ethical standpoint, when the goals of care are in line with hospice services, a clinician can and should err on the side of hospice referral, recognizing that the hospice will reassess prognosis every few months, and will continue enrollment if the estimate of 6 months still appears accurate, or disenroll the patient if prognosis appears to be improving.</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.5.6. Stwardnienie rozsiane i inne choroby demielinizacyjne

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował dla rozpoznania G35 Stwardnienie rozsiane⁴⁵ dookreślenie kryteriów wskazujących na potrzebę kwalifikacji pacjenta do opieki paliatywnej, a także proponuje rozszerzyć katalog rozpoznań o G36 Inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu i G37 Inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego. Wnioskodawca jako kryteria kwalifikacji dla tych rozpoznań wskazał: zakończoną terapię modyfikującą przebieg choroby lub niezakwalifikowanie do niej oraz nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (< 83,5 pkt wg skali *Nutritional Risk Index*), a dodatkowo w przypadku rozpoznanego stwardnienia rozsianego stopień niepełnosprawności ruchowej ≥ 8 według skali EDSS.

W Polsce każdy pacjent z rozpoznaniem MS spełnia kryteria kwalifikacji do opieki paliatywnej⁴⁶. Według PTMP 2018 o skierowaniu pacjenta z rozpoznaniem MS do opieki stacjonarnej decydują następujące czynniki: wynik > 8 w skali EDSS oraz trudne do opanowania w warunkach domowych objawy, wskazanie

⁴⁴ L. P Taylor et al., Clinical Guidance in Neuropalliative Care: An AAN Position Statement. *Neurology*, 2022;98(10):409–416.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

⁴⁶ Ibidem.

do założenia gastrostomii endoskopowej, ewentualnie wskazanie do nieinwazyjnego wspomagania oddychania, wskazania socjalne.

Autorzy wytycznych EAN 2020 podkreślają, że nie istnieje wystandaryzowana definicja ciężkiej postaci MS. Uznają, że stan ten dotyczy pacjentów wymagających stałego wsparcia np. laski, kuli, ortezy w celu przejścia 20 metrów bez odpoczynku (> 6 według EDSS) lub pacjentów z wyższym stopniem niepełnosprawności. Znaczna część takich pacjentów, według EAN 2020, wymaga urządzeń wspomagających i jest narażona na zgon z powodu zachyłstowego zapalenia płuc, infekcji dróg moczowych, powikłań upadków i złamań oraz sepsy wtórnej do odleżyn. Według wytycznych PTMP 2018 stwardnienie rozsiane jest uznawane za zaawansowane stadium choroby przy stopniu niepełnosprawności ruchowej pacjenta ≥ 8 według skali EDSS. Autorzy wytycznych NICE 2022 definiują zaawansowaną (ciężką) postać MS, jako stan trwałego upośledzenia fizycznego lub poznawczego, w którym chorzy nie są w stanie wykonywać samodzielnie większości codziennych czynności.

Wytyczne BSPRM 2022 zalecają wdrażanie opieki paliatywnej u osób z rozpoznaniem LTNC (ang. *Long Term Neurological Conditions*), w tym stwardnienia rozsianego (ang. *Multiple Sclerosis*, MS). CMSC 2019 i EAPC/EAN 2016 wskazują, że opiekę paliatywną należy wdrożyć na wczesnym etapie leczenia pacjentów z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego.

CMSC 2019 zaznacza, że w przypadku stwardnienia rozsianego do opieki paliatywnej kwalifikują się pacjenci w każdym wieku, bez ograniczeń w aspekcie rozpoznania i rokowania, przy czym równocześnie z opieką paliatywną może być prowadzona terapia modyfikująca przebieg choroby. CMSC 2019 wskazuje, że do opieki hospicyjnej zakwalifikowani mogą być pacjenci w każdym wieku, u których szacowany czas przeżycia jest mniejszy niż 6 miesięcy. Według CMSC 2019 należy rozważyć wdrożenie podstawowej opieki paliatywnej w przypadku pacjentów, u których występują następujące czynniki: obciążenie objawami (ból, zmęczenie, pogorszenie sprawności ruchowej, izolacja społeczna, depresja, pogorszenie funkcji poznawczych, lęk lub obawy przed śmiercią i umieraniem), obciążenie opiekuna, potrzeba dogłębnej dyskusji na temat celów opieki, częste hospitalizacje, pogorszenie funkcji poznawczych lub zmiany behawioralne/psychiczne, znaczny spadek wydolności funkcjonalnej, coraz większa liczba chorób współistniejących, prośba pacjenta o wcześniejsze planowanie opieki, zmiany opcji opieki bądź terapii, potrzeba wsparcia duchowego.

Wytyczne BSPRM 2022 wymieniają czynniki wskazujące na pogorszenie stanu pacjenta i zwiększenie ryzyka zgonu, które uzasadniają kwalifikację do opieki hospicyjnej m.in.: problemy z połykaniem połączone z utratą masy ciała o $\geq 10\%$; duszność i utrzymująca się hipowentylacja przy natężonej pojemności życiowej poniżej 50% u osób z nerwowo-mięśniowym upośledzeniem funkcji oddechowych.

Zgodnie z AAN 2022 pacjent powinien zostać skierowany do hospicjum, jeśli przewidywane przeżycie wynosi 6 miesięcy lub mniej, ale ocena tego może być trudna w przypadku pacjentów z przewlekłymi, postępującymi chorobami, takimi jak stwardnienie rozsiane.

Nie odnaleziono wytycznych specyficznych dla wskazań G36 Inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu i G37 Inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego, których dodanie do Załącznika nr 1 Rozporządzenia OPH⁴⁷ zaproponowano w KŚOZ.

Tabela 11. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z rozpoznaniem stwardnienia rozsianego do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
PTMP 2018⁴⁸ Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej <i>Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczące kwalifikacji do opieki paliatywnej i postępowania</i>	Stwardnienie rozsiane - Podstawowym narzędziem służącym do określania stopnia niepełnosprawności i nasilenia objawów u chorych na SM jest Rozszerzona Skala Niepełnosprawności Ruchowej (ang. <i>Expanded Disability Status Scale</i>; EDSS). Poradnia medycyny paliatywnej - Lekarz dokonuje kwalifikacji na podstawie rozpoznania i towarzyszących objawów (ból, również choroby w trakcie aktywnego leczenia SM z bólem neuropatycznym, duszność, zaparcia, nudności, wymioty, wyniszczenie, zaburzenia połykania, zaburzenia mowy, niedowłady, odleżyny). - W przypadku pacjentów z rozpoznaniem zaawansowanej fazy SM, z EDSS > 8, z towarzyszącymi objawami możliwa jest wizyta konsultacyjna w domu pacjenta z ustaleniem terapii objawowej.

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

⁴⁸ A. Adamczyk et al., Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczące kwalifikacji do opieki paliatywnej i postępowania z pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym i stwardnieniem rozsianym, *Medycyna Paliatywna*, 2018;10(3):115-130.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
z pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym i stwardnieniem rozsianym Polska	- W zaawansowanej fazie SM (EDSS > 8) lekarz powinien ustalić preferencje pacjenta co do miejsca umierania (dom, szpital, hospicjum). - Narastające objawy choroby nie są wskazaniem do stałej opieki szpitalnej. Hospicjum domowe - Ze względu na fakt, że okres niepełnosprawności w SM (EDSS > 7–8) poprzedzający śmierć może trwać kilka lat, podstawowym miejscem opieki powinien być dom lub zakład opieki długoterminowej – jeżeli chory przebywa w domu lub domu pomocy społecznej, może być objęty domową opieką paliatywną – jeżeli chory przebywa w zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym, to opieka paliatywna może być realizowana wyłącznie w formie konsultacji lekarza specjalisty medycyny paliatywnej opłacanej przez ww. placówkę. - W zaawansowanej fazie SM (EDSS > 8) lekarz powinien ustalić preferencje pacjenta co do miejsca umierania (dom, szpital, hospicjum). - Narastające objawy choroby nie są wskazaniem do stałej opieki szpitalnej. - Do hospicjum domowego lub domowej opieki paliatywnej powinni być kwalifikowani chorzy, którzy nie mogą dotrzeć do poradni medycyny paliatywnej i z różnych powodów nie mogą być objęci wspomaganiami oddychania (np. brak wystarczającej opieki w domu lub brak zgody chorego). Oddział stacjonarny (medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne) - Wskazania do hospitalizacji: - Chorzy z EDSS>8, z trudnymi do oponowania w warunkach domowych objawami: nudności i wymioty, problemy z jamą ustną, spastyczność, ból ostry, przewlekły, przewlekłe zmęczenie, depresja, zaburzenia snu, dysfunkcje pęcherza moczowego, drżenie, przewlekłe zawroty głowy, drgawki i inne objawy napadowe, zaburzenia czynności seksualnych, drżenie i ataksja. - Chorzy wymagający założenia PEG, ewentualnie wymagający kwalifikacji do nieinwazyjnego wspomaganiami oddychania. - Chorzy ze wskazaniami socjalnymi: konieczność zapewnienia odpoczynku rodzinie lub choremu; samotność umierających chorych, pozbawionych jakiegokolwiek opieki. - Wybór pacjenta dotyczący miejsca umierania (faza terminalna w SM definiowana jest jako unieruchomienie w łóżku z zaburzeniami poznawczymi). - Jeżeli pacjent z SM rokuje przeżycie powyżej 6 miesięcy, to nie powinien być przyjmowany na oddział na stałe.
EAN 2020⁴⁹ European Academy of Neurology <i>EAN guideline on palliative care of people with severe, progressive multiple sclerosis</i> Europa	Ciężka, postępująca postać stwardnienia rozsianego - Nie istnieje jednolita definicja ciężkiego SM: w niniejszych wytycznych mowa jest o pacjentach wymagających stałego, obustronnego wsparcia (laski, kuli lub orczy), aby przejść 20 m bez odpoczynku (tj. wynik w skali EDSS > 6,0) lub z wyższym stopniem niepełnosprawności. Znaczna część takich pacjentów wymaga urządzeń wspomagających i jest narażona na zgon z powodu zachłystowego zapalenia płuc, infekcji dróg moczowych, powikłań upadków i złamań oraz sepsy wtórnej do odleżyn. <i>No uniform definition of severe MS exists: in this guideline, patients needing constant bilateral support (cane, crutch or braces) to walk 20 m without resting [i.e. Expanded Disability Status Scale (EDSS) score > 6.0 [3]] or higher disability are referred to. A significant proportion of such patients need assistive devices [4] and they are at risk of death from aspiration pneumonia, urinary tract infections, complications of falls and fractures, and sepsis secondary to pressure ulcers [5,6].</i> - Zapewnienie opieki paliatywnej zostało zaproponowane w celu pomocy w reagowaniu na złożone i zróżnicowane potrzeby biopsychospołeczne pacjentów z ciężkim SM, dla których obecnie dostępnych jest niewiele opcji leczenia, które mogłyby opóźnić lub zapobiec dalszemu pogorszeniu stanu klinicznego. <i>PC seeks to improve the quality of life of patients and their families facing a life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual [27]</i> - Sugeruje się, aby pacjentom z ciężkim SM oferowano domową opiekę paliatywną przez specjalistów opieki zdrowotnej (ang. <i>healthcare professionals</i>) posiadających dobre podstawowe umiejętności i wiedzę w zakresie opieki ogólnej opieki paliatywnej), albo przez wielodyscyplinarne zespoły specjalistów ds. opieki paliatywnej (specjalistyczna opieka paliatywna) [rekomendacja słaba, niski poziom dowodów]. <i>Recommendation: It is suggested that home-based PC is offered to patients with severe MS, either by HPs with good basic PC skills and knowledge (general PC) or by multi-professional teams of PC specialists (specialist PC) (weak recommendation, low certainty evidence).</i> - Pacjentom z ciężkim SM zaleca się leczenie paliatywne w trybie stacjonarnym lub ambulatoryjnym. Należy wziąć pod uwagę preferencje pacjenta, warunki mieszkaniowe i dostępność usług opieki paliatywnej [dobra praktyka kliniczna]. <i>Good practice statement: It is suggested that inpatient or outpatient PC is offered to patients with severe MS. Patient preference, living conditions and availability of PC services should be taken into account.</i>

⁴⁹ A. Solari, et al., EAN guideline on palliative care of people with severe, progressive multiple sclerosis, Eur. J. Neurol., 2020; 27(8):1510–1529.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
EAPC/EAN 2016⁵⁰ European Association of Palliative Care / European Academy of Neurology <i>A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease</i> Europa	Postępujące choroby neurologiczne W przeglądzie uwzględniono zespół Parkinsona, stwardnienie rozsiane, stwardnienie zanikowe boczne, choroba Huntingtona, zanik wieloukładowy, postępujące porażenie nadjądrowe, udary mózgu i pierwotne guzy mózgu. • Udział opieki paliatywnej będzie się różnić w zależności od rozpoznania i naturalnego przebiegu choroby. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>The involvement of palliative care will differ with the diagnosis and depends on the natural history of the disease.</i> • Opieka paliatywna powinna być rozważana wcześniej w przebiegu choroby, w zależności od rozpoznania. [poziom rekomendacji: C] <i>Palliative care should be considered early in the disease trajectory, depending on the underlying diagnosis (Level C)</i> • Ocena stanu zdrowia i opieka nad pacjentem powinna być zapewniona przez zespół wielodyscyplinarny w ramach opieki paliatywnej. [poziom rekomendacji: B] <i>Patients should have a multidisciplinary palliative care assessment and access to specialist palliative care for ongoing management (Level B)</i> • Wczesne planowanie opieki jest wysoce zalecane, szczególnie gdy w przebiegu choroby możliwe są zaburzenia komunikacji i pogorszenie funkcji poznawczych. [poziom rekomendacji: C] <i>Early advance care planning is strongly recommended, especially when impaired communication and cognitive deterioration are possible as part of disease progression. (Level C)</i> <i>Level A (established as effective), Level B (probably effective), Level C (possibly effective).</i>
BSPRM 2022⁵¹ British Society of Physical & Rehabilitation Medicine <i>The role of palliative care interventions for people living with long term neurological conditions, British Society of Physical & Rehabilitation Medicine</i> Wielka Brytania	Przewlekłe choroby neurologiczne (ang. long term neurological conditions, LTNC) Dokument dotyczy opieki paliatywnej w następujących wskazaniach: stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, choroba nerwu ruchowego, urazowe uszkodzenie mózgu, uszkodzenie rdzenia kręgowego, mózgowie porażenie dziecięce, choroba Huntingtona, zanik wieloukładowy, postępujące porażenie nadjądrowe, zwyrodnienie korowo-podstawne, zespół Creutzfeldta-Jakoba, choroby obwodowego układu nerwowego, dystrofie mięśniowe, dystrofia miotoniczna, ataksje rdzeniowo-mózdkowe, udar mózgu. • Dwa główne rodzaje interwencji w ramach opieki paliatywnej okazały się pomocne w leczeniu osób z rozpoznaniem LTNC. 1. Planowanie wsparcia i opieki na koniec życia: Pacjenci z rozpoznaniem LTNC, którzy zbliżają się do końca życia, odnoszą korzyści z interwencji w ramach opieki paliatywnej. Obejmuje to udzielanie informacji i wsparcia pacjentom i ich opiekunom, pomoc w podejmowaniu decyzji o odmowie leczenia (ADRT), sporządzaniu oświadczeń woli, pełnomocnictw trwałych (LPA), sporządzanie planów opieki zdrowotnej w nagłych wypadkach (EHCP), w tym pomoc w wypełnianiu formularza ReSPECT (ang. <i>Recommended Summary Plan for Emergency Care and Treatment</i>) oraz pomoc w przygotowaniu testamentów. Zespoły opieki paliatywnej mają również doświadczenie w wspieraniu opiekunów i rodzin w okresie końca życia i żałoby. 2. Krótkie interwencje w ramach opieki paliatywnej: Osoby z rozpoznaniem LTNC, nawet jeśli nie są w fazie końcowej życia, często doświadczają objawów, takich jak trudny do opanowania ból, duszności, ślinotok, zaparcia, depresja i pobudzenie, w których opanowaniu mogą pomóc doraźne specjalistyczne interwencje w ramach opieki paliatywnej. Skierowanie do specjalistycznych zespołów opieki paliatywnej może pomóc w leczeniu tych objawów. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Two main types of palliative care interventions are found to be helpful in the management of people living with LTNC</i> <i>1.Planning for end-of-life support and care: Patients living with LTNC who approach end of life will benefit from palliative care interventions This includes provision of information and support to the patients and carers, assisting them to make advance decisions to refuse treatment (ADRT), Advance Statements, lasting power of attorney (LPA), emergency health care plans (EHCP) including completing a ReSPECT form (Recommended Summary Plan for Emergency Care and Treatment), and wills. The palliative care teams also have expertise in supporting carers and families during the end-of-life and bereavement process.</i> <i>2.Brief palliative care interventions: People living with LTNC even though they are not at the end-of-life stage often experience symptoms such as intractable pain, breathlessness, drooling, constipation, depression and agitation which may benefit from brief specialist palliative care interventions. Referral to the specialist palliative care teams may help in management of these symptoms.</i> • Wytyczne definiują LTNC jako chorobę, która oddziałuje na pacjenta i jego rodzinę do końca życia. Pacjenci w późnych stadiach LTNC powinni otrzymywać kompleksowy zakres usług opieki

⁵⁰ D. J. Oliver, et al., A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. Eur. J. Neurol., 2016;23(1):30–38.

⁵¹ K.P.S Nair et al., The role of palliative care interventions for people living with long term neurological conditions, British Society of Physical & Rehabilitation Medicine, 2022, <https://www.bsprbm.org.uk/mp-files/palliative-care-position-paper.pdf/> [data dostępu: 12.08.2025].

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
	paliatywnej, kiedy ich potrzebują, w celu kontrolowania objawów, zapewnienia zmniejszenia nasilenia bólu oraz zaspokojenia ich potrzeb osobistych, społecznych, psychologicznych i duchowych. <i>The NSF for LTNC (NSF 2005) defines a LTNC as 'disease of, injury or damage to the body's nervous system (i.e. the brain, spinal cord and/or their peripheral nerve connections) which will affect the individual and their family in one way or another for the rest of their life'. It broadly categorises LTNC as sudden onset, stable, progressive, or intermittent conditions (Table-2). It lists 11 'Quality requirements, of which 'No. 9 – Palliative care' states that people in the later stages of LTNC 'are to receive a comprehensive range of palliative care services when they need them to control symptoms; offer pain relief and meet their needs for personal, social, psychological and spiritual support, in line with the principles of palliative care'(NSF 2005).</i> • Objawy/czynniki wskazujące na pogorszenie stanu pacjenta i zwiększone ryzyko zgonu w najbliższych tygodniach lub miesiącach, co uzasadnia kwalifikację do opieki hospicyjnej, obejmują: 1. $\geq$ dwa nieplanowane przyjęcia do szpitala w trybie nagłym w ciągu 6 miesięcy; 2. epizod zachyłkowego zapalenia płuc u pacjenta z ogólnym pogorszeniem stanu zdrowia; 3. problemy poznawcze i komunikacyjne mogące utrudniać prowadzenie rozmów; 4. problemy z połykaniem połączone z utratą masy ciała o $\geq 10\%$; 5. duszność i utrzymująca się hipowentylacja przy natężonej pojemności życiowej poniżej 50% u osób z nerwowo-mięśniowym upośledzeniem funkcji oddechowych; 6. znaczny spadek sprawności funkcjonalnej; 7. szacowana długość życia krótsza niż 12 miesięcy; 8. rozważanie lub rozpoczęcie nowej interwencji, takiej jak gastrostomia lub wspomaganie wentylacji. [E2, silna] <i>The medical team should be proactive and initiate discussion on end-of-life care is essential if there are signs that the patient is at risk of dying in the coming weeks or months. For example, the following should trigger urgent discussion.</i> 1. Two or more unplanned emergency hospital admissions in 6 months 2. An episode of aspiration pneumonia with general deterioration 3. Cognitive and communication issues likely to interfere with meaningful discussions 4. Swallowing problems with weight loss of 10% or more 5. Dyspnoea and persistent hypoventilation with forced vital capacity of less than 50% in people with neuromuscular respiratory compromise 6. Marked decline in functional status 7. Estimated life expectancy of less than 12 months 8. When considering or starting a new intervention, such as gastrostomy or ventilator support [E2 Strong] • Należy rozważyć uzyskanie pomocy specjalisty ds. opieki paliatywnej w leczeniu trudnych do opanowania objawów u osób z LTNC, takich jak: [E2, Bardzo silne] - o Ból [P1] - o Duszności [P2] - o Nudności i wymioty [P3] - o Nietrzymanie moczu [R1] - o Zaparcia [R1] - o Zaburzenia snu [R2] - o Niepokój i pobudzenie. - o Cierpienie psychospołeczne i duchowe <i>Consider obtaining specialist palliative care input for management of difficult to treat symptoms in people with LTNC such as: [E2, Very Strong]</i> - o Pain [P1] - o Breathlessness [P2] - o Nausea and vomiting [P3] - o Continence [R1] - o Constipation [R1] - o Sleep disturbances [R2] - o Restlessness and agitation. - o Psychosocial and spiritual distress <i>E2 Professional or other stakeholder opinion</i> <i>P1 Primary research using quantitative approaches</i> <i>P2 Primary research using qualitative approaches</i> <i>P3 Primary research using mixed methods (qualitative and quantitative)</i> <i>R1 Systematic reviews of existing research</i> <i>R2 Descriptive or summary reviews of existing research</i>

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
NICE 2022⁵² The National Institute for Health and Care Excellence <i>Multiple sclerosis in adults: management</i> Wielka Brytania	Stwardnienie rozsiane (MS) Wytoczne NICE definiują stwardnienie rozsiane w stadium zaawansowanym, jako etap choroby, w którym u osoby nią dotkniętej występują poważne objawy i znaczne, utrzymujące się upośledzenie fizyczne lub poznawcze (zwykle dotyczy to późnych stadiów pierwotnie i wtórnie postępującego SM). Osoby z zaawansowaną chorobą nie są w stanie samodzielnie wykonywać większości codziennych czynności i potrzebują pomocy innych osób. Termin ten stosowany jest do opisu stopnia obciążenia chorobą, a nie jej rodzaju lub czasu trwania MS. <i>MS is described as 'advanced' when it has progressed to the point where a person is severely affected by their symptoms and has significant ongoing physical or cognitive impairment (this typically happens in the late stages of primary and secondary progressive MS). People with advanced MS are unable to carry out most of their usual activities of daily living independently and need other people to assist them. The term is used to describe the level of burden rather than the type or duration of the MS.</i> 1.2.16 Należy wyjaśnić osobom z zaawansowaną postacią MS oraz członkom ich rodzin lub opiekunom, jakie usługi są dostępne (na przykład terapię zajęciową, opiekę paliatywną i usługi socjalne) i udzielić im wsparcia w dostępie do nich, jeśli zajdzie taka potrzeba. <i>1.2.16 Explain to people with advanced MS and their family members or carers about the services available (for example, occupational therapy, palliative care and social services) and give them support to access them if needed. [2022]</i> 1.6.10 W razie potrzeby zaleca się kierować pacjentów z rozpoznaniem MS do placówek opieki paliatywnej w celu kontroli objawów i opieki u schyłku życia. <i>1.6.10 Refer people with MS to palliative care services for symptom control and for end of life care when appropriate. [2014]</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]
AAN 2022⁵³ American Academy of Neurology, American Neurological Association, and Child Neurology Society <i>Clinical Guidance in Neuropalliative Care: An AAN Position Statement. Neurology</i> USA	Opieka neuropaliatywna Wytoczne dotyczące skierowań do hospicjum sugerują, że pacjent powinien zostać skierowany do hospicjum, jeśli przewidywane przeżycie wynosi 6 miesięcy lub mniej, ale ocena tego może być trudna w przypadku pacjentów z przewlekłymi, postępującymi chorobami, takimi jak demencja, choroba Parkinsona, stwardnienie zanikowe boczne lub stwardnienie rozsiane. <i>Hospice referral guidelines suggest that a patient should be referred to hospice if the anticipated survival is 6 months or less, but this can be challenging to assess in patients with chronic progressive diseases such as dementia, Parkinson disease, or multiple sclerosis.</i> Z etycznego punktu widzenia, gdy cele opieki są zgodne z zakresem usług świadczonych w hospicjum, lekarz może i powinien rozważyć skierowanie pacjenta do hospicjum, uwzględniając fakt, że hospicjum co kilka miesięcy ponownie oceni rokowania u pacjenta i utrzyma pacjenta w programie, jeśli rokowanie dotyczące szacowanego czasu życia wynoszącego 6 miesięcy nadal będzie wydawało się trafne, lub wypisze pacjenta z programu opieki hospicyjnej, jeśli rokowanie ulegnie poprawie. <i>From an ethical standpoint, when the goals of care are in line with hospice services, a clinician can and should err on the side of hospice referral, recognizing that the hospice will reassess prognosis every few months, and will continue enrollment if the estimate of 6 months still appears accurate, or disenroll the patient if prognosis appears to be improving.</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]
CMSC 2019⁵⁴ Consortium of Multiple Sclerosis Centers <i>Comprehensive palliative care in MS: CMSC consensus statement and proposed guidelines</i> Kanada	Stwardnienie rozsiane Wg definicji przyjętej przez CMSC opieka paliatywna to podejście lub system opieki wspomagającej, który można wdrożyć na wczesnym etapie rozwoju MS. <i>Palliative care - is an approach or system of supportive care that can be started early in the trajectory of MS. "Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual."</i> W opiece paliatywnej nie trzeba rezygnować z leczenia, które mogłoby wyleczyć lub złagodzić poważną chorobę. Na przykład, w przypadku pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, opieka paliatywna może być oferowana równolegle z terapiami modyfikującymi przebieg choroby, ukierunkowanymi na kontrolę objawów, poprawę funkcjonowania lub zapobieganie nawrotom/progresji. Opieka paliatywna może być pomocna na każdym etapie choroby, i może być rozważana od momentu rozpoznania, w zależności od pacjenta, jego objawów oraz obaw rodziny i opiekunów. [nie podano klasyfikacji zaleceń] <i>In palliative care, you do not have to give up treatment that might cure or mitigate a serious illness. As an example for patients with MS, palliative care can be offered alongside disease-modifying therapies focused on symptom control, improving function or preventing relapses/progression. Palliative care can be helpful at any stage of illness,4 and it may be considered from the point of</i>

⁵² NICE, Multiple sclerosis in adults: management, National Institute for Health and Care Excellence 2022, www.nice.org.uk/guidance/ng220, [data dostępu: 8.08.2025].

⁵³ L. P Taylor et al., Clinical Guidance in Neuropalliative Care: An AAN Position Statement. Neurology, 2022;98(10):409–416.

⁵⁴ CMSC, Comprehensive palliative care in MS: CMSC consensus statement and proposed guidelines, Consortium for MS Centers 2019, <https://www.msccare.org/2019-cmsc-practical-guidelines-for-the-selection-of-disease-modifying-therapies-in-multiple-sclerosis/>, [data dostępu: 11.08.2025].

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia												
	<i>diagnosis depending upon the patient, his or her symptoms, and concerns of the family and caregivers. Patients and clinicians may be more open to receiving "supportive care" rather than "palliative care," even if they are identical terms.</i> - Opieka hospicyjna – koncentruje się na pełnej współczucia opiece terminalnej nad ciężko chorymi pacjentami. Zespoły hospicyjne zapewniają pacjentom i ich rodzinom fachową opiekę medyczną, leczenie bólu, wsparcie emocjonalne i duchowe oraz dostęp do wysokiej jakości opieki zapewniającej komfort osobom u schyłku życia. Opieka hospicyjna różni się od opieki paliatywnej tym, że koncentruje się na osobach, których oczekiwana długość życia wynosi miesiące, a nie lata. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Hospice care – focuses on compassionate, end-of-life care for severely ill patients. Hospice teams provide patients and their families with expert medical care, pain management, emotional and spiritual support and access to quality comfort care for individuals at the end of life. Hospice care is differentiated from palliative care as it focuses on individuals with a life expectancy of months, not years.</i> - Zarówno opieka paliatywna, jak i hospicyjna są uważane za opiekę dającą komfort. Celem obu rodzajów opieki jest redukcja stresu i zapewnienie kompleksowej ulgi w objawach związanych z ciężką chorobą. Obie obejmują ocenę i zapewnienie ulgi fizycznej i psychospołecznej. Opiekę paliatywną można rozważyć w momencie postawienia rozpoznania, w trakcie leczenia i obserwacji lub u schyłku życia. Alternatywnie, opieka hospicyjna to rodzaj opieki komfortu, przeznaczony specjalnie dla osób z chorobą terminalną, które nie szukają leczenia radykalnego i których rokowanie wynosi sześć miesięcy lub krócej. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Both palliative care and hospice care are both considered comfort care. The objective of both types of care is to reduce stress and to offer complex symptom relief associated with serious illness. Both involve assessing and providing physical and psychosocial relief. Palliative care may be considered at the time of diagnosis, concurrently during treatment and follow-up or at the end of life. Alternatively, hospice care is a type of comfort care that is specifically for those with a terminal illness who are not seeking curative treatment and have a prognosis of six months or less.</i> Tabela 1. Porównanie opieki paliatywnej i hospicyjnej <table><tr><th></th><th>Opieka paliatywna</th><th>Opieka hospicyjna</th></tr><tr><td>Model opieki <i>Model of care</i></td><td>Zespół wielodyscyplinarny Główny cel: jakość życia i ulga w cierpieniu <i>Interdisciplinary team</i> <i>Primary goal: Quality of life and relief of suffering.</i></td><td>Zespół wielodyscyplinarny Główny cel: jakość życia i ulga w cierpieniu <i>Interdisciplinary team</i> <i>Primary goal: Quality of life and relief of suffering</i></td></tr><tr><td>Kryteria kwalifikacji <i>Eligibility</i></td><td>Pacjenci w każdym wieku z jakąkolwiek diagnozą i rokowaniem Może być prowadzone jednocześnie leczenie (terapia) <i>Patients of all ages and with any diagnosis and any prognosis</i> <i>Concurrent curative treatments</i></td><td>Pacjenci w każdym wieku z szacunkowym spodziewanym przeżyciem <6 miesięcy, jeśli choroba przebiega zgodnie z normalnym przebiegiem Łagodzenie objawów <i>Patients of all ages who have a prognosis of <6 months if the disease follows its usual course</i> <i>Symptom relief</i></td></tr><tr><td>Miejsce <i>Place</i></td><td>Szpital, opieka ambulatoryjna, opieka pielęgniarska w domu, opieka domowa. <i>Hospital, Outpatient Clinics, Nursing homes, Home</i></td><td>Szpital. Opieka domowa, opieka pielęgniarska w domu, hospicjum stacjonarne. <i>Hospital, Home, Nursing home, Residential hospice facilities</i></td></tr></table> - Należy wdrożyć opiekę paliatywną na wczesnym etapie leczenia pacjentów ze stwardnieniem rozsianym, a dane naukowe wskazują, że może to poprawić zarówno leczenie objawowe jak zwiększyć satysfakcję pacjenta i jego rodziny. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Initiate palliative care early in the management of patients with MS; evidence shows it can improve symptom management and improve patient and family satisfaction.</i> - W niektórych przypadkach można rozważyć wdrożenie opieki w momencie postawienia rozpoznania. - Należy rozważyć wdrożenie strategii podstawowej opieki paliatywnej, w przypadku pacjentów u których występują następujące czynniki [nie podano klasyfikacji zalecenia]: - o znaczne obciążenie objawami (ból, zmęczenie, pogorszenie sprawności ruchowej, izolacja społeczna, depresja, pogorszenie funkcji poznawczych, lęk lub obawy przed śmiercią i umieraniem) - o obciążenie/wsparcie opiekuna - o potrzeba dogłębnej dyskusji na temat celów opieki - o częste hospitalizacje - o pogorszenie funkcji poznawczych lub zmiany behawioralne/psychiatryczne - o znaczny spadek wydolności funkcjonalnej - o pacjenci z coraz większą liczbą chorób współistniejących - o prośba pacjenta o wcześniejsze planowanie opieki		Opieka paliatywna	Opieka hospicyjna	Model opieki <i>Model of care</i>	Zespół wielodyscyplinarny Główny cel: jakość życia i ulga w cierpieniu <i>Interdisciplinary team</i> <i>Primary goal: Quality of life and relief of suffering.</i>	Zespół wielodyscyplinarny Główny cel: jakość życia i ulga w cierpieniu <i>Interdisciplinary team</i> <i>Primary goal: Quality of life and relief of suffering</i>	Kryteria kwalifikacji <i>Eligibility</i>	Pacjenci w każdym wieku z jakąkolwiek diagnozą i rokowaniem Może być prowadzone jednocześnie leczenie (terapia) <i>Patients of all ages and with any diagnosis and any prognosis</i> <i>Concurrent curative treatments</i>	Pacjenci w każdym wieku z szacunkowym spodziewanym przeżyciem <6 miesięcy, jeśli choroba przebiega zgodnie z normalnym przebiegiem Łagodzenie objawów <i>Patients of all ages who have a prognosis of <6 months if the disease follows its usual course</i> <i>Symptom relief</i>	Miejsce <i>Place</i>	Szpital, opieka ambulatoryjna, opieka pielęgniarska w domu, opieka domowa. <i>Hospital, Outpatient Clinics, Nursing homes, Home</i>	Szpital. Opieka domowa, opieka pielęgniarska w domu, hospicjum stacjonarne. <i>Hospital, Home, Nursing home, Residential hospice facilities</i>
	Opieka paliatywna	Opieka hospicyjna											
Model opieki <i>Model of care</i>	Zespół wielodyscyplinarny Główny cel: jakość życia i ulga w cierpieniu <i>Interdisciplinary team</i> <i>Primary goal: Quality of life and relief of suffering.</i>	Zespół wielodyscyplinarny Główny cel: jakość życia i ulga w cierpieniu <i>Interdisciplinary team</i> <i>Primary goal: Quality of life and relief of suffering</i>											
Kryteria kwalifikacji <i>Eligibility</i>	Pacjenci w każdym wieku z jakąkolwiek diagnozą i rokowaniem Może być prowadzone jednocześnie leczenie (terapia) <i>Patients of all ages and with any diagnosis and any prognosis</i> <i>Concurrent curative treatments</i>	Pacjenci w każdym wieku z szacunkowym spodziewanym przeżyciem <6 miesięcy, jeśli choroba przebiega zgodnie z normalnym przebiegiem Łagodzenie objawów <i>Patients of all ages who have a prognosis of <6 months if the disease follows its usual course</i> <i>Symptom relief</i>											
Miejsce <i>Place</i>	Szpital, opieka ambulatoryjna, opieka pielęgniarska w domu, opieka domowa. <i>Hospital, Outpatient Clinics, Nursing homes, Home</i>	Szpital. Opieka domowa, opieka pielęgniarska w domu, hospicjum stacjonarne. <i>Hospital, Home, Nursing home, Residential hospice facilities</i>											

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
	- o zmiany opieki - o potrzeba wsparcia duchowego - o problemy społeczne/rodzinne - o pacjenci wyrażający zainteresowanie pomocą lekarską w procesie umierania. <i>Consider initiation of primary palliative care strategies when patients exhibit identified triggers including:</i> » <i>High symptom burden (pain, fatigue, mobility decline, social isolation, depression, cognitive decline, fear of or concerns about death and dying)</i> » <i>caregiver burden/support</i> » <i>need for in-depth goals of care discussions</i> » <i>frequent hospitalizations,</i> » <i>cognitive decline or behavioral/psychiatric changes</i> » <i>psychosocial support</i> » <i>major decrease in functional capacity</i> » <i>patients acquiring greater number of comorbidities over time,</i> » <i>patient request for advance care planning</i> » <i>care transitions</i> » <i>spiritual support</i> » <i>social/family issues</i> » <i>patients with questions about or expressed interest in physician aid in dying</i> • Należy wprowadzić opiekę paliatywną w okresach przejściowych (przerwanie lub zmiana terapii modyfikującej przebieg SM, identyfikacja zmian w skali EDSS lub progresja choroby). Lekarz może wówczas rozważyć wdrożenie opieki paliatywnej, wyjaśnić korzyści płynące z tego podejścia pacjentowi i rodzinie oraz ocenić cztery obszary: fizyczny psychologiczny, społeczny i duchowy. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Introduce palliative care during periods of transition (stopping or changing DMTs; identifying changes in EDSS or disease progression).</i> • Należy rozważyć skierowanie do specjalistycznej opieki paliatywnej w przypadku bardziej złożonych lub opornych problemów. W przypadku potrzeby wsparcia w poradzeniu sobie z trudną sytuacją rodzinną, z problemami egzystencjalnymi lub w przypadku objawów opornych na leczenie, warto zwrócić się do specjalisty opieki paliatywnej. Gdy specjalista opieki paliatywnej zapewni potrzebną opiekę i pomoc, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej lub inny członek zespołu opieki nad chorymi na MS może zająć się bieżącymi potrzebami w zakresie opieki paliatywnej. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Consider referral to specialty palliative care for more complex or refractory problems. When specialty skills such as negotiating a difficult family situation, addressing existential distress, or managing refractory symptoms are needed, it can be of value to call on a palliative care specialist. Once the palliative care specialist provides the requested care and assistance, the primary care physician or another member of the MS care team can handle ongoing palliative care needs.</i>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

4.5.7. Przewlekła niewydolność oddechowa

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował usunięcie rozpoznania J96 (Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej) jako kwalifikującego do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych⁵⁵, w jego miejsce wnioskując dodanie wskazania J96.1 (przewlekła niewydolność oddechowa). Ponadto, dla rozpoznania J96.1, w KŚOZ wnioskowane jest ograniczenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej. Poniżej przedstawiono analizę zasadności proponowanych w KŚOZ zmian w kontekście zidentyfikowanych wytycznych klinicznych.

Nie odnaleziono dokumentów odnoszących się ściśle do kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej u pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową. Do analiz włączono 4 dokumenty, odnoszące się do postępowania w zakresie opieki paliatywnej u pacjentów z zaawansowaną przewlekłą chorobą układu oddechowego (NHS England 2019, ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022), przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) (ERS 2023) i śródmiąższową chorobą płuc (ang. *Interstitial Lung Disease*, *ILD*) (ERS 2023). Wybór dokumentów został oparty na analizie charakterystyki przewlekłej niewydolności oddechowej oraz przyczyn jej powstawania, takich jak POChP i śródmiąższowe choroby płuc⁵⁶.

⁵⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

⁵⁶ M. Jankowski, W. Królikowski, Interna, Przewlekła niewydolność oddechowa, Medycyna Praktyczna, <https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.1.2> [data dostępu: 03.09.2025].

Wytyczne ERS 2023, NHS England 2019 i ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022 zalecają rozważenie objęcia opieką paliatywną pacjentów ze schorzeniami, które mogą prowadzić do rozwoju przewlekłej niewydolności oddechowej, np. POChP i ILD, podkreślając, że kwalifikacja i postępowanie w opiece paliatywnej powinny się odbywać według indywidualnych potrzeb i preferencji pacjenta. Wytyczne NHS England 2019 precyzują, że opieka paliatywna u osób z rozpoznaniem zaawansowanej choroby układu oddechowego powinna się opierać na potrzebach klinicznych, a nie na rokowaniu, ze względu na trudności w prognozowaniu rozwoju choroby. Wytyczne ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022 zalecają zapewnienie specjalistycznej opieki paliatywnej pacjentom z rozpoznaniem poważnej choroby układu oddechowego podczas całego przebiegu choroby zamiast ograniczania jej do ostatnich miesięcy/tygodni życia.

Żadne, z analizowanych wytycznych, nie uzależniają objęcia pacjentów opieką paliatywną od stopnia zaawansowania przewlekłej niewydolności oddechowej, ani nie formułują rekomendacji dotyczących kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej/hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych u pacjentów z takim rozpoznaniem (ERS 2023, NHS 2019 i ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022). Przytaczają natomiast kryteria kwalifikacji do opieki paliatywnej najczęściej wymieniane w źródłach literaturowych przeanalizowanych przez autorów wytycznych (ERS 2023, ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022), a także wskaźniki prognozujące ostatni rok życia pacjenta (NHS England 2019), dotyczące osób z poważnymi chorobami płuc, np. POChP, ILD lub nowotworem płuc:

- Status wydolności oddechowej:
 - $FEV_1 < 30\%$ wartości należnej (ERS 2023, NHS 2019, ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022: specjalistyczna opieka paliatywna) lub $FEV_1 < 50\%$ wartości należnej (ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022: podstawowa opieka paliatywna);
 - Niewydolność oddechowa (ERS 2023);
 - Stopień ciężkości obturacji 3-4 wg skali GOLD tj. klasyfikacji stopnia zaawansowania POChP na podstawie wyników badania spirometrycznego, gdzie stopień 3 oznacza ciężki: $30\% \leq FEV_1 < 50\%$ wartości należnej, a stopień 4 oznacza bardzo ciężki: $FEV_1 < 30\%$ wartości należnej); (ERS 2023);
- Dusznosc (NHS England 2019: stopień 4 wg skali nasilenia duszności wg *Medical Research Council* (ang. MRC) po przejściu 100 metrów po płaskiej powierzchni; ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022: stopień 2-3 w skali mMRC oznaczający umiarkowaną duszność – podstawowa opieka paliatywna, stopień 4 w skali mMRC oznaczający duszność oporną na leczenie – specjalistyczna opieka paliatywna);
- Konieczność stosowania zaawansowanej terapii oddechowej np. tlenoterapia domowa lub wentylacja inwazyjna/nieinwazyjna (ERS 2023, NHS England 2019, ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022), kwalifikacja do przeszczepu płuc (ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022);
- Nowe rozpoznanie specyficzne dla ILD (ERS 2023);
- Progresja choroby np. pogarszająca się funkcja płuc, niewydolność serca, niski poziom albumin, wielochorobowość (ERS 2023);
- Częstość hospitalizacji, np. z powodu zaostrzeń choroby (ERS 2023, ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022, NHS England 2019: co najmniej 3 w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu POChP);
- Występowanie chorób współistniejących, np. nowotworów, niewydolności nerek, cukrzycy (ERS 2023), niewydolności serca (NHS England 2019) lub kombinacja wielu czynników np. anoreksji, opornych drobnoustrojów, wcześniejszej nieinwazyjnej wentylacji/pobytu na oddziale intensywnej opieki medycznej (NHS England 2019);
- Rokowanie (np. oczekiwana długość życia $< 6-12$ miesięcy) (ERS 2023);
- Opieka u schyłku życia np. opieka terminalna, brak opcji terapeutycznych (ERS 2023), liczne potrzeby wsparcia i opieki wytchnieniowej dla opiekunów (ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022);
- Skierowanie na przeszczep serca (ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022);
- Niezamierzona utrata masy ciała lub wyniszczenie (ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022: o ponad 10% w ciągu ostatnich 6 miesięcy);
- Ponad 6 tygodni ogólnoustrojowej steroidoterapii z powodu POChP w ciągu ostatnich 6 miesięcy (NHS 2019);
- Obniżona sprawność funkcjonalna ($6MWD < 400m$) lub kacheksja/znaczną utratę masy ciała (ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022);
- Inne, np. osłabienie (ERS 2023).

Tabela 12. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z rozpoznaniem chorób układu oddechowego mogących prowadzić do przewlekłej niewydolności oddechowej i wymagać opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
ERS 2023⁵⁷ European Respiratory Society <i>European Respiratory Society clinical practice guideline: palliative care for people with COPD or interstitial lung disease</i> Europa	Sugerowane jest rozważenie zastosowania opieki paliatywnej dla osób z rozpoznaniem POChP lub ILD i ich nieformalnych opiekunów z niezaspokojonymi potrzebami fizycznymi, psychologicznymi, społecznymi lub duchowymi/egzystencjalnymi. Potrzeby należy oceniać na podstawie informacji przekazanych przez osobę chorą lub jej nieformalnego opiekuna. Zastępcze wskaźniki dotyczące stopnia ciężkości choroby i/lub korzystania z usług zdrowotnych mogą być pomocne w identyfikacji osób, które mogą mieć niezaspokojone potrzeby [jakość dowodów naukowych: niska; zalecenie: warunkowe]. <i>Recommendations</i> <i>We suggest that a palliative care approach should be considered when people with COPD or ILD and their informal caregivers have physical, psychological, social or spiritual/existential unmet needs. Needs should be assessed using report from the person with illness, or their informal caregiver report, but surrogate markers of disease severity and/or health service utilisation may help identify those likely to have unmet needs.</i> <i>Conditional recommendation (low quality of evidence)</i> Opieka paliatywna: jest stosowana w całym przebiegu choroby, w zależności od potrzeb, w połączeniu z wszelkimi terapiami modyfikującymi przebieg choroby. <i>Palliative care: is applicable throughout the whole disease trajectory according to need, in conjunction with any disease-modifying therapies.</i> Kryteria kwalifikacji do opieki paliatywnej w literaturze przeanalizowanej przez autorów ERS 2023, dotyczące osób z zaawansowanymi chorobami spowodowanymi POChP lub śródmiąższową chorobą płuc (ILD) oparte na obrazie choroby i korzystaniu z usług opieki zdrowotnej • Hospitalizacje (np. przyjęcia na oddział, częstość hospitalizacji, hospitalizacje z powodu zaostrzeń); • Status wydolności oddechowej (np. FEV1 <30% wartości należnej, niewydolność oddechowa, stopień ciężkości obturacji 3-4 wg skali GOLD tj. klasyfikacji stopnia zaawansowania POChP na podstawie wyników badania spirometrycznego, gdzie stopień 3 oznacza ciężki: 30% ≤ FEV1 < 50% wartości należnej, a stopień 4 bardzo ciężki: FEV1 < 30% wartości należnej); • Zaawansowane terapie oddechowe (np. wentylacja inwazyjna/nieinwazyjna, tlenoterapia domowa); • Progresa choroby (np. pogarszające się funkcjonowanie płuc, niewydolność serca, niski poziom albumin, wielochorobowość); • Rokowanie (np. oczekiwana długość życia <6–12 miesięcy); • Występowanie chorób współistniejących (np. nowotworów, niewydolności nerek, cukrzycy); • Nowe rozpoznanie (specyficzne dla ILD); • Opieka u schyłku życia (np. opieka terminalna, brak opcji terapeutycznych); • Inne (np. osłabienie). <i>TABLE 3 Categories of palliative care referral criteria across literature for people with serious illness due to COPD or interstitial lung disease (ILD) (with examples) [52, 62]</i> <i>Disease-based/health service utilisation criteria</i> • Hospital use (e.g. admission, frequency of admission, admission for exacerbation) • Respiratory status (e.g. FEV1 <30% pred, respiratory insufficiency, GOLD stage 3–4) • Advanced respiratory therapies (e.g. invasive/noninvasive ventilation, home oxygen use) • Disease progression (e.g. deteriorating lung function, heart failure, low albumin, multimorbidity) • Prognosis (e.g. “surprise question” [70], life expectancy <6–12 months) • Comorbidities (e.g. cancer, renal failure, diabetes) • New diagnosis (ILD specific) • End-stage care (e.g. terminal care, lack of treatment options) • Other (e.g. frailty)
NHS England 2019⁵⁸ National Health Service <i>Symptom control, palliative care & referral guidelines for patients with chronic respiratory disease</i>	Oszacowanie rokowania w zaawansowanej chorobie układu oddechowego jest trudne, a holistyczne, paliatywne podejście do opieki powinno opierać się na potrzebach klinicznych, a nie na rokowaniu. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Estimating Prognosis and Advance Care Planning</i> <i>Estimating prognosis is challenging in advanced respiratory disease, and a holistic, palliative care approach should be based on clinical need rather than prognosis.</i> Pacjenci powinni być kierowani do specjalistycznych placówek opieki paliatywnej zgodnie z kryteriami kierowania określonymi przez <i>Cheshire & Merseyside Palliative & End of Life Care Network</i>. Skierowanie może być wystawione przez pracowników opieki zdrowotnej i opieki społecznej w przypadku:

⁵⁷ D. J. A. Janssen, et. al., European Respiratory Society clinical practice guideline: palliative care for people with COPD or interstitial lung disease. Eur. Respir. J. 2023;62(2):1-22.

⁵⁸ NHS England: Symptom Control, Palliative Care & Referral Guidelines for Patients with Chronic Respiratory Disease, National Health Service England 2019. https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/5/2019/02/Network_Palliative_Care-Respiratory_Guidelines_June_2016_final_V1.2.pdf [data dostępu: 11.08.2025].

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
Anglia	• pacjentów z zaawansowaną, postępującą, nieuleczalną, złośliwą i niezłośliwą chorobą, którzy mają złożone potrzeby fizyczne, psychiczne, duchowe, społeczne lub opiekuńcze; • w przypadku, gdy powyższe potrzeby pacjenta i/lub rodziny nie mogą być zaspokojone przez pracowników opieki zdrowotnej w obecnym środowisku opieki i mogą być zaspokojone przez specjalistyczną placówkę opieki paliatywnej; • w przypadku, gdy obecni pracownicy opieki zdrowotnej wymagają wsparcia i porady ze strony specjalistycznej placówki opieki paliatywnej, np. w przypadku pacjentów umierających z powodu złożonych potrzeb, trudnych dylematów etycznych lub złożonych problemów komunikacyjnych. <i>Patients with advanced respiratory disease and their family/carers should have access to a full range of services offered by multi-professional specialist palliative care teams including where appropriate referral and admission to hospice services [NICE COPD Guidelines 2010]. Patients should be referred to specialist palliative care services according to the Cheshire & Merseyside Palliative & End of Life Care Network referral criteria:</i> Referral can be made by health and social care professionals for: • <i>Patients with advanced, progressive, incurable, malignant and non-malignant disease who have complex physical, psychological, spiritual, social or carer needs</i> • <i>Where the above patient and/or family needs are unable to be met by health professionals in the current care setting and may be met by a specialist palliative care service</i> • <i>Where the current health professionals require support and advice of the specialist palliative care service for e.g. patients dying with complex needs, challenging ethical dilemmas or complex communication issues</i> Jeśli dwa lub więcej z poniższych wskaźników prognostycznych tzw. <i>Gold Standards Framework</i> (system opieki paliatywnej stosowany w Wielkiej Brytanii, który pomaga w planowaniu i koordynacji opieki nad pacjentami z zaawansowanymi chorobami) dotyczy pacjenta z POChP, sugeruje to, że pacjent może wchodzić w ostatni rok życia: • choroba oceniona jako ciężka (np. FEV1 <30% wartości należnej), • powtarzające się hospitalizacje (co najmniej 3 w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu POChP), • spełnienie kryteriów kwalifikacji do długotrwałej tlenoterapii, • stopień 4/5 wg skali nasilenia duszności MRC duszność po przejściu 100 metrów po płaskim terenie lub w ograniczonej przestrzeni domu, • objawy niewydolności prawej komory serca, • połączenie innych czynników, np. anoreksja, wcześniejszy pobyt na oddziale intensywnej opieki medycznej/nieinwazyjna wentylacja, obecność opornych drobnoustrojów, • ponad 6 tygodni ogólnoustrojowej steroidoterapii z powodu POChP w ciągu ostatnich 6 miesięcy. <i>Estimating Prognosis and Advance Care Planning</i> <i>If two or more of the following GSF prognostic indicators apply to a patient with COPD, this suggests that a patient may be entering the last year of life:</i> • <i>Disease assessed to be severe (e.g. FEV1 <30% predicted)</i> • <i>Recurrent hospital admissions (at least 3 in last 12 months due to COPD)</i> • <i>Fulfills long term oxygen therapy criteria</i> • <i>MRC grade 4/5 – shortness of breath after 100 metres on the level, or confined the house</i> • <i>Signs and symptoms of right heart failure</i> • <i>Combination of other factors e.g. anorexia, previous ITU/NIV, resistant organisms</i> • <i>More than 6 weeks of systemic steroids for COPD in preceding 6 months.</i>
ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022⁵⁹ American Thoracic Society, American Academy Of Hospice and Palliative Medicine, Hospice And Palliative Nurses Association and Social Work Hospice and Palliative Care Network <i>Palliative Care Early in the Care Continuum among Patients with Serious Respiratory Illness: An Official</i>	Zalecenie 1: Opieka paliatywna udzielana w przypadku pacjentów z rozpoznaniem poważnej choroby układu oddechowego rozpoczyna się od podstawowej opieki paliatywnej świadczonej przez lekarzy pulmonologów i specjalistów ds. intensywnej terapii. Jest zintegrowana z typowym leczeniem modyfikującym przebieg choroby i powinna być w razie potrzeby uzupełniona wieloprofesjonalną, specjalistyczną opieką paliatywną. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Recommendation 1: The spectrum of palliative care in serious respiratory illness begins with primary palliative care delivered by pulmonary and critical care clinicians that is integrated concomitantly with usual disease modifying therapies and should be complemented by interprofessional secondary or specialist palliative care expertise when necessary.</i> Zalecenie 2: Kompleksowa, zindywidualizowana ocena objawów i potrzeb powinna odbywać się podczas każdej rutynowej wizyty klinicznej. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Recommendation 2: Comprehensive, individualized assessment of symptoms and needs should occur at every routine clinical encounter.</i> Podstawowa i drugorzędowa lub specjalistyczna opieka paliatywna powinna być zapewniana przez cały okres trwania choroby, gdy zajdzie taka potrzeba, zintegrowana z leczeniem ukierunkowanym na chorobę i nie powinna być ograniczona do pacjentów w ostatnich miesiącach lub tygodniach życia. <i>Fundamental Values and Principles of Palliative Care in Serious Respiratory Illness</i>

⁵⁹ R.D. Sullivan et. al., Palliative Care Early in the Care Continuum among Patients with Serious Respiratory Illness An Official ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN Policy Statement. Eur. Respir. J. 2023;62(2): e44-e69.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN Policy Statement USA	<i>Primary and secondary or specialist palliative care should be provided throughout the course of the illness when needs arise, integrated with illness-directed treatment, and should not be limited to patients in the final months or weeks of life.</i> Potencjalne czynniki mogące uzasadniać rozważenie rozpoczęcia podstawowej i specjalistycznej (wtórnej) opieki paliatywnej u pacjentów z rozpoznaniem poważnej choroby układu oddechowego, opisane w literaturze przeanalizowanej przez autorów wytycznych ATS AAHPM HPNA SWHPN 2022: • Czynność płuc: ◦ Podstawowa opieka paliatywna: FVC lub FEV₁ <50% wartości należnej ◦ Specjalistyczna opieka paliatywna: FVC lub FEV₁ <30% wartości należnej • Objawy: ◦ Podstawowa opieka paliatywna: umiarkowana duszność (mMRC = 2–3) ◦ Specjalistyczna opieka paliatywna: duszność oporna na leczenie (mMRC = 4) • Potrzeby w zakresie opieki: ◦ Podstawowa opieka paliatywna: obniżona sprawność funkcjonalna (6MWD < 400 m) ◦ Specjalistyczna opieka paliatywna: kacheksja/znaczną utratę masy ciała • Zaostrzenie choroby: ◦ Podstawowa opieka paliatywna: wielokrotne hospitalizacje ◦ Specjalistyczna opieka paliatywna: przyjęcie na oddział intensywnej terapii • Potrzeba zaawansowanej terapii: ◦ Podstawowa opieka paliatywna: tlenoterapia domowa ◦ Specjalistyczna opieka paliatywna: kwalifikacja do przeszczepu płuc • Opiekunowie: ◦ Podstawowa opieka paliatywna: liczne potrzeby wsparcia (wg CSNAT) ◦ Specjalistyczna opieka paliatywna: skomplikowany przebieg żałoby/potrzeba opieki wytchnieniowej. <i>Triggers for Initiating Primary and Secondary Palliative Care in Serious Respiratory Illness: The Levers Model:</i> • Lung function ◦ Primary Palliative Care: FVC or FEV1 <50% ◦ Secondary Palliative Care: FVC or FEV1 <30% • Symptoms ◦ Primary Palliative Care: Moderate Breathlessness (mMRC = 2–3) ◦ Secondary Palliative Care: Refractory Breathlessness (mMRC = 4) • Care needs ◦ Primary Palliative Care: Reduced Functional Status (6MWD <400m) ◦ Secondary Palliative Care: Cachexia/Extreme Weight Loss • Exacerbations ◦ Primary Palliative Care: Multiple Hospitalizations ◦ Secondary Palliative Care: ICU Admission • Advanced Therapies ◦ Primary Palliative Care: Supplemental Oxygen ◦ Secondary Palliative Care: Lung Transplant Referral • Caregivers ◦ Primary Palliative Care: Many Support Needs (via CSNAT) ◦ Secondary Palliative Care: Complicated Bereavement/Respite Needs

Źródło: Opracowanie własne AOTMIT

4.5.8. Niewydolność serca

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował dodanie rozpoznania I50 Niewydolność serca do wykazu wskazań kwalifikujących do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych⁶⁰, proponując jednocześnie następujące kryteria kwalifikacji: klasa IV według klasyfikacji NYHA, pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Wnioskodawca zaproponował dodatkowo ograniczenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi

⁶⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania leczenia mógłby zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Odnalezione wytyczne (AHA 2025, ESC 2021, AHA/ACC/HFSA 2022, EAPC 2019) dotyczące opieki paliatywnej u dorosłych chorych z rozpoznaną niewydolnością serca zalecają wdrażanie opieki paliatywnej na wczesnym etapie przebiegu choroby, niezależnie od jej stadium klinicznego. Analizowane wytyczne nie ograniczają wskazań do wdrożenia tej formy opieki wyłącznie do pacjentów z rozpoznaną niewydolnością serca sklasyfikowaną jako klasa IV według klasyfikacji NYHA, pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwóch hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy, jak wnioskowano w KŚOZ. Ponadto, odnalezione rekomendacje nie określają maksymalnego czasu trwania leczenia paliatywnego u pacjentów z niewydolnością serca. Analizowane dokumenty zalecają natomiast zapewnienie ciągłości opieki przez cały okres utrzymywania się istotnych potrzeb pacjenta, począwszy od momentu rozpoznania choroby, aż do końcowego etapu życia.

Tabela 13. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z rozpoznaniem niewydolności serca klasy IV według NYHA do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
ESC 2021⁶¹ European Society of Cardiology <i>2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure</i> Europa	Wielu pacjentów z niewydolnością serca mogłoby odnieść korzyści z wczesnej integracji podejścia paliatywnego i wspierającego w ramach opieki świadczonej przez wszystkich członków wielodyscyplinarnego zespołu zajmującego się leczeniem niewydolności serca. Opiekę paliatywną i wspierającą należy rozważyć u wszystkich pacjentów z niewydolnością serca, niezależnie od stadium choroby. Pacjenci w zaawansowanym stadium oraz ci kwalifikowani do mechanicznego wspomagania krążenia lub przeszczepienia serca powinni odbyć konsultację z zespołem opieki paliatywnej przed wdrożeniem tych interwencji. [nie podano klasyfikacji zaleceń] <i>Many patients with HF would derive benefit from the early integration of a palliative and supportive approach within the care provided by all members of the HF multidisciplinary team. 312,313 Palliative and supportive care should be thought about for all patients with HF, regardless of stage of their illness. Patients in the advanced stages and those considered for mechanical circulatory support (MCS) or heart transplantation should receive a palliative care consultation before such interventions as a matter of protocol.</i> Pacjenci z niewydolnością serca, u których należy rozważyć opiekę końca życia (hospicyjna): • postępujący spadek sprawności funkcjonalnej (fizycznej i psychicznej) oraz zależność w większości czynności życia codziennego • ciężkie objawy niewydolności serca i niska jakość życia pomimo optymalnego leczenia farmakologicznego i nefarmakologicznego • częste hospitalizacje lub inne poważne epizody dekompensacji pomimo optymalnej terapii. • wykluczenie możliwości przeszczepienia serca lub zastosowania mechanicznego wspomagania krążenia; • kacheksja sercowa; • ocena kliniczna wskazująca na zbliżanie się do końca życia [nie podano klasyfikacji zaleceń] <i>Patients with heart failure in whom end-of-life care should be considered:</i> • <i>Progressive functional decline (physical and mental) and dependence in most activities of daily living.</i> • <i>Severe heart failure symptoms with poor QOL despite optimal pharmacological and non-pharmacological therapies.</i> • <i>Frequent admissions to hospital or other serious episodes of decompensation despite optimal treatment.</i> • <i>Heart transplantation and MCS ruled out.</i> • <i>Cardiac cachexia.</i> • <i>Clinically judged to be close to end of life.</i>
EAPC 2020⁶² European Association for Palliative Care <i>Palliative care for people living with heart failure:</i>	Towarzystwa naukowe reprezentujące dziedziny opieki paliatywnej i kardiologii, w tym <i>European Association for Palliative Care (EAPC)</i> oraz <i>European Society of Cardiology</i>, zalecają opiekę paliatywną dla osób z zaawansowaną niewydolnością serca w celu poprawy jakości życia oraz umierania. <i>Scientific societies representing palliative care (PC), including the European Association for Palliative Care (EAPC), and cardiology, including the European Society of Cardiology recommend PC for people with advanced HF in order to improve their quality of life (QoL) and dying.</i>

⁶¹ T. McDonagh et al., 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur. Heart J. 2021;42(36):3599-3726. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368> [data dostępu: 02.09.2025].

⁶² P. Sobanski et al., Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. Cardiovasc. Res. 2020;116(1):12–27.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
<i>European Association for Palliative Care Task Force expert position statement</i> Europa	Zaleca się zapewnienie dostępu do opieki paliatywnej przez cały okres trwania niewydolności serca, zgodnie z indywidualnymi potrzebami pacjenta. <i>Access to PC throughout the whole course of HF, accordingly to needs, has been advocated.</i> Poprawa dostępu do opieki paliatywnej dla osób z zaawansowaną niewydolnością serca może przyczynić się do zmniejszenia ich cierpienia oraz cierpienia ich bliskich, a także ograniczyć liczbę ponownych hospitalizacji. <i>Improving access to PC for people with advanced HF might reduce their suffering and that of their loved ones, as well as decrease hospital readmissions.</i> Objawy niewydolności serca utrzymujące się pomimo optymalnego leczenia kardiologicznego zgodnego z wytycznymi powinny stanowić wskazanie do włączenia opieki paliatywnej. Objawy te powinny być leczone z taką samą uwagą, jak poprawa funkcji serca i wydłużenie przeżycia. Jest to szczególnie istotne w zaawansowanej chorobie, w tym u pacjentów oczekujących na przeszczepienie lub implantację mechanicznego wspomaganie pracy komór. <i>Symptoms that persist despite optimal guideline-directed cardiologic treatment should trigger a PC approach or involvement. These symptoms should be treated with as much attention as improving heart function and prolonging survival. This is particularly pertinent in advanced disease, including those awaiting transplantation or ventricular assist device (VAD) implantation.</i> Wytyczne dotyczące niewydolności serca podkreślają znaczenie opieki paliatywnej jako opcji dla pacjentów z zaawansowaną lub końcową fazą niewydolności serca bądź znajdujących się u kresu życia, zaznaczając jednak, że optymalnie opieka paliatywna powinna być wprowadzana we wczesnym etapie przebiegu choroby i intensyfikowana w miarę jej postępu. Dlatego podejście oparte na ocenie potrzeb i objawów jest bardziej odpowiednim modelem integracji opieki paliatywnej z opieką kardiologiczną niż rozpoznawanie schyłku życia. <i>HF guidelines reinforce the focus on PC as an option for patients with advanced/end-stage HF, or those who are at the EoL, indicating however that ideally, PC should be introduced early in the disease trajectory and increased as the disease progresses, so a needs and symptoms assessment-based approach is a more suitable model for integration of PC into cardiac care, than recognizing EoL.</i> Rozmowy na temat celów opieki, oceny potrzeb w zakresie opieki paliatywnej oraz rozważania dotyczące konieczności jej włączenia do bieżącej opieki można rozpocząć podczas corocznych wizyt kontrolnych związanych z niewydolnością serca w mniej zaawansowanych stadiach niewydolności serca lub po każdym znaczącym zdarzeniu związanym ze stanem zdrowia w bardziej zaawansowanych stadiach. <i>Conversations about the goals of care, assessment of PC needs and considerations of the need to include PC in the ongoing care can be initiated at annual HF review visits in less advanced stages of HF, or after each significant health-related events in more advanced stages.</i> Integracja opieki paliatywnej powinna rozpocząć się w momencie pojawienia się i utrzymywania się objawów i problemów oraz powinna być zapewniona równolegle z leczeniem modyfikującym przebieg choroby. <i>PC integration should start when the symptoms and problems begin to emerge and persist and be provided alongside disease modifying treatments.</i>
AHA 2025⁶³ American Heart Association <i>Palliative Care and Advanced Cardiovascular Disease in Adults: Not Just End-of-Life Care: A Scientific Statement From the American Heart Association</i> USA	Ze względu na somatyczne i psychiczne konsekwencje niewydolności serca, zaleca się wdrażanie opieki paliatywnej na każdym etapie choroby, z udziałem wyspecjalizowanych zespołów paliatywnych w opiece nad pacjentami z zaawansowaną niewydolnością serca. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>Because of the physical and mental sequelae associated with HF, leading cardiovascular organizations, including the American Heart Association, recommend that PC be provided throughout the HF trajectory, with specialty PC practitioners included in the care team that supports advanced HF.</i> Opieka paliatywna jest powszechnie stosowana w przypadku zaawansowanej niewydolności serca. [nie podano klasyfikacji zalecenia] <i>PC is commonly used for advanced heart failure (HF).</i>
AHA/ACC/HFSA 2022⁶⁴ American Heart Association / American College of Cardiology / Heart Failure Society of America <i>2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart</i>	U pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca, jeśli jest to zgodne z celami leczenia pacjenta, zaleca się terminowe skierowanie do specjalistycznej opieki kardiologicznej w celu przeglądu leczenia niewydolności serca oraz oceny kwalifikacji do leczenia zaawansowanej niewydolności serca (np. LVAD, przeszczepienie serca, opieka paliatywna i paliatywne leki inotropowe) [klasa zalecenia: 1 – silne zalecenie; poziom wiarygodności: C-LD – ograniczone dane pochodzące z obserwacji lub rejestrów klinicznych] LVAD – <i>Left Ventricular Assist Device</i>, urządzenie wspomagające pracę lewej komory serca <i>In patients with advanced HF, when consistent with the patient's goals of care, timely referral for HF specialty care is recommended to review HF management and assess suitability for advanced HF therapies (eg, LVAD, cardiac transplantation, palliative care, and palliative inotropes).</i> GOALS OF CARE

⁶³ L. J. Graven et al., Palliative Care and Advanced Cardiovascular Disease in Adults: Not Just End-of-Life Care: A Scientific Statement From the American Heart Association, *Circulation* 2025;151:e1030-e1042.

⁶⁴ P. A. Heidenreich et al., 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2022;145:e895-e1032.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
<i>Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines</i> USA	U wszystkich pacjentów z niewydolnością serca opieka paliatywna i wspierająca, obejmująca wysokiej jakości komunikację, przekazanie informacji o rokowaniu, doprecyzowanie celów opieki, wspólne podejmowanie decyzji, leczenie objawowe oraz wsparcie dla opiekunów, powinna być zapewniona w celu poprawy jakości życia i łagodzenia cierpienia. [klasa zalecenia: 1 – silne zalecenie; poziom wiarygodności: C-LD – ograniczone dane pochodzące z obserwacji lub rejestrów klinicznych] <i>For all patients with HF, palliative and supportive care—including high-quality communication, conveyance of prognosis, clarifying goals of care, shared decision-making, symptom management, and caregiver support—should be provided to improve QOL and relieve suffering.</i> U pacjentów z niewydolnością serca, u których rozważa się wdrożenie lub już wdrożono terapie przedłużające życie, możliwość ich przerwania powinna być przewidywana i omawiana na każdym etapie leczenia, w tym już przy w momencie ich rozpoczęcia, a także ponownie oceniana w kontekście zmieniającego się stanu klinicznego i aktualnych celów opieki. [klasa zalecenia: 1 – silne zalecenie; poziom wiarygodności: C-LD – ograniczone dane pochodzące z obserwacji lub rejestrów klinicznych] <i>For patients with HF being considered for, or treated with, life-extending therapies, the option for discontinuation should be anticipated and discussed through the continuum of care, including at the time of initiation, and reassessed with changing medical conditions and shifting goals of care.</i> U pacjentów z niewydolnością serca, szczególnie w stadium D według klasyfikacji AHA, kwalifikowanych do zaawansowanych terapii, wymagających wsparcia inotropowego lub tymczasowego mechanicznego wspomaganie krążenia, doświadczających niekontrolowanych objawów, podejmujących istotne decyzje medyczne lub z chorobami współistniejącymi, zespołem słabości i zaburzeniami poznawczymi, konsultacja ze specjalistycznym zespołem opieki paliatywnej może być pomocna w celu poprawy jakości życia i łagodzenia cierpienia. [klasa zalecenia: 2a – umiarkowane zalecenie; poziom wiarygodności: B-R – dane pochodzące z badań klinicznych z randomizacją o umiarkowanej jakości] <i>For patients with HF—particularly stage D HF patients being evaluated for advanced therapies, patients requiring inotropic support or temporary mechanical support, patients experiencing uncontrolled symptoms, major medical decisions, or multimorbidity, frailty, and cognitive impairment—specialist palliative care consultation can be useful to improve QOL and relieve suffering.</i> U pacjentów z niewydolnością serca sporządzenie dyrektyw dotyczących przyszłej opieki medycznej (ang. <i>Advance Care Directives</i>) może być pomocne w celu lepszego udokumentowania preferencji terapeutycznych, zapewnienia opieki zorientowanej na potrzeby pacjenta oraz umożliwienia śmierci w preferowanym miejscu. [klasa zalecenia: 2a – umiarkowane zalecenie; poziom wiarygodności: C-LD – ograniczone dane pochodzące z obserwacji lub rejestrów klinicznych] <i>For patients with HF, execution of advance care directives can be useful to improve documentation of treatment preferences, delivery of patient-centered care, and dying in preferred place.</i> U pacjentów z zaawansowaną niewydolnością serca, u których oczekiwana długość przeżycia wynosi poniżej 6 miesięcy, terminowe skierowanie do hospicjum może być korzystne dla poprawy jakości życia. [klasa zalecenia: 2a – umiarkowane zalecenie; poziom wiarygodności: C-LD – ograniczone dane pochodzące z obserwacji lub rejestrów klinicznych] <i>In patients with advanced HF with expected survival <6 months, timely referral to hospice can be useful to improve QOL.</i>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

4.5.9. Schyłkowa niewydolność nerek

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował dodanie rozpoznania N18.0 (Schyłkowa niewydolność nerek) do wykazu wskazań kwalifikujących do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych według Rozporządzenia OPH, proponując jednocześnie dookreślenie stopnia zaawansowania jako „eGFR < 15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego”. Poniżej przedstawiono analizę zasadności proponowanej w KŚOZ zmiany w kontekście zidentyfikowanych wytycznych klinicznych.

Odnalezione wytyczne nie wskazują eGFR <15 ml/min/1,73 m² jako kryterium kwalifikującego pacjentów z przewlekłą chorobą nerek do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Jednakże, wytyczne HIS 2025, opisujące postępowanie z pacjentem z rozpoznaniem ostrej albo przewlekłej choroby nerek w ostatnich dniach życia, obejmują pacjentów w stadium 4–5 (co odpowiada eGFR <30 ml/min/1,73 m²). Wytyczne KDIGO 2024 natomiast zalecają kompleksową opiekę zachowawczą (ang. *comprehensive conservative management*) nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek, którzy podejmują decyzję o odstąpieniu od terapii nerkozastępczej. Ponadto autorzy wytycznych KDIGO 2024 zaznaczają, że do takiej opieki kwalifikują się również pacjenci, u których wprowadzenie terapii nerkozastępczej jest niemożliwe z powodu przeciwwskazań medycznych lub ograniczonych zasobów.

Według autorów wytycznych KDIGO 2024 określenie i ocena objawów u pacjentów z postępującą przewlekłą chorobą nerek (m.in. monitorowanie mocznicy) są istotne dla decyzji o zmianach w postępowaniu klinicznym, przekierowaniu leczenia w kierunku postępowania skoncentrowanego na pacjencie i mogą być pomocne w ustaleniu opcji opieki wspomagającej (ang. *supportive care*).

Autorzy wytycznych KDIGO 2024 podkreślają, że opieka wspomagająca oznacza opiekę skupioną na poprawie jakości życia związanej ze zdrowiem u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby i wieku, która może być świadczona wraz z terapiami mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak dializa. Według autorów KDIGO 2024, chociaż opieka wspomagająca jest zwykle rozważana u pacjentów z zaawansowaną chorobą nerek, może być stosowana także u pacjentów z wcześniejszymi stadiami przewlekłej choroby nerek.

Tabela 14. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z rozpoznaniem schyłkowej niewydolności nerek do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
HIS 2025⁶⁵ Healthcare Improvement Scotland <i>Renal disease in the last days of life</i> Szkocja	Wytyczne HIS 2025 obejmują pacjentów z ostrą lub przewlekłą chorobą nerek w stadium 4–5 (eGFR <30 ml/min), niezależnie od tego, czy otrzymują dializoterapię, czy nie. <i>This guideline applies to patients with stage 4 to 5 acute or chronic kidney disease (eGFR below 30ml/min) whether receiving dialysis or not.</i> Według wytycznych HIS 2025 planowanie opieki z wyprzedzeniem (ang. <i>advanced care planning</i>) powinno mieć miejsce przed rozważeniem zakończenia dializoterapii. Zgodnie z rekomendacjami mediana przeżycia po zaprzestaniu dializoterapii wynosi 9 dni, jednak niektórzy pacjenci z zachowaną resztkową funkcją nerek mogą żyć znacznie dłużej i wymagają dalszej opieki. Jeżeli oddają mocz, prawdopodobnie będą żyć dłużej niż pacjenci z minimalną diurezą. <i>Advance care planning should take place prior to consideration of stopping dialysis. Median survival after renal dialysis withdrawal is 9 days, but some patients with residual renal function may live much longer and need continuing care. If they pass urine they are likely to live longer than if they have minimal urine output.</i> Według wytycznych HIS 2025 rozpoznanie fazy terminalnej może być trudne. Potencjalnie odwracalne przyczyny pogorszenia stanu klinicznego obejmują hiperkalcemię, infekcje oraz toksyczność opioidów. Objawy kliniczne obejmują: unieruchomienie w łóżku oraz senność lub stan półśpiączkowy, możliwość przyjmowania jedynie łyków płynów lub trudności z połykaniem tabletek, słabą tolerancję leczenia nerkozastępczego, wcześniejsze stopniowe pogarszanie się stanu pacjenta. <i>Diagnosis of the terminal phase can be difficult. Potentially reversible causes of deterioration include hypercalcaemia, infection, and opioid toxicity. Clinical signs include: bed-bound and drowsy or semi-comatose only able to take sips of fluid or having difficulty swallowing tablets poor tolerance of renal replacement therapy background of deterioration.</i> [nie podano klasyfikacji zaleceń]
KDIGO 2024⁶⁶ Kidney Disease: Improving Global Outcomes - Chronic Kidney Disease Work Group <i>Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease</i> Świat	5.5.2: Według wytycznych KDIGO 2024 kompleksowa opieka zachowawcza powinna być dostępną opcją dla pacjentów z rozpoznaną przewlekłą chorobą nerek, którzy podejmują decyzję o odstąpieniu od terapii nerkozastępczej. [Practice point] <i>Practice Point 5.5.2: Support comprehensive conservative management as an option for people who choose not to pursue KRT.</i> Według autorów wytycznych KDIGO 2024, kompleksowa opieka zachowawcza (ang. <i>comprehensive conservative management</i>) odnosi się do aktywnej opieki medycznej nad pacjentami z niewydolnością nerek, którzy podejmują decyzję o odstąpieniu od leczenia nerkozastępczego. <i>Whereas comprehensive conservative management is usually referred to as active medical management in people with kidney failure who choose not to have KRT.</i> Według autorów wytycznych KDIGO 2024, kompleksowa opieka zachowawcza stosowana jest u 3 grup pacjentów: • gdy taka opieka została wybrana przez pacjenta lub zalecona z medycznego punktu widzenia; • u pacjenta, u którego ograniczenia zasobów uniemożliwiają lub ograniczają dostęp do leczenia nerkozastępczego, w związku z tym nie można uznać, że pacjent dokonał świadomego wyboru opieki zachowawczej; • przy obecności przewlekłej niewydolności nerek w stadium 5, która nie została rozpoznana, w związku z tym nie można uznać, że pacjent dokonał wyboru opieki zachowawczej. <i>There are 3 distinct groups of people with kidney failure who receive comprehensive conservative care because provision of supportive care differs for each.</i> • <i>Conservative care that is chosen or medically advised.</i> • <i>Conservative care for person in whom resource constraints prevent or limit access to KRT; therefore, a choice for conservative care cannot be recognized.</i>

⁶⁵ Healthcare Improvement Scotland, Renal disease in the last days of life, HIS 2025. <https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/last-days-of-life/renal-disease-in-the-last-days-of-life/> [data dostępu: 02.09.2025].

⁶⁶ Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney international, 105(4S), S117–S314.

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
	• <i>CKD is present but has not been recognized or diagnosed; therefore, a choice for conservative care cannot be recognized.</i> 5.2.2.1: Według wytycznych KDIGO 2024, u pacjenta z postępującą przewlekłą chorobą nerek należy przeprowadzać wywiad na temat występowania objawów mocznicy (np. obniżonego apetytu, nudności, nasilenia zmęczenia/letargu) przy okazji każdej konsultacji medycznej, z zastosowaniem ustandaryzowanego, zwalidowanego narzędzia oceny objawów mocznicy. [Practice point] <i>Practice Point 5.2.2.1: Ask people with progressive CKD about uremic symptoms (e.g., reduced appetite, nausea, and level of fatigue/lethargy) at each consultation using a standardized validated assessment of uremic symptoms tool.</i> Według autorów wytycznych KDIGO 2024 określenie i ocena objawów u pacjentów z postępującą przewlekłą chorobą nerek są istotne dla decyzji o zmianach w postępowaniu klinicznym, przekierowaniu leczenia w kierunku postępowania skoncentrowanego na pacjencie i mogą być pomocne w ustaleniu opcji opieki wspomagającej (ang. <i>supportive care</i>). <i>The identification and assessment of symptoms in people with progressive CKD are important for highlighting changes in clinical management, redirecting treatment toward patient-centered management, and may lead to discussion about appropriate supportive care options.</i> Według autorów wytycznych KDIGO 2024 opieka wspomagająca oznacza opiekę skupioną na poprawie jakości życia związanej ze zdrowiem u pacjentów z przewlekłą chorobą nerek, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby i wieku, która może być świadczona wraz z terapiami mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak dializa. Według autorów KDIGO 2024, chociaż opieka wspomagająca jest zwykle rozważana u pacjentów z zaawansowaną chorobą nerek, może być stosowana także u pacjentów z wcześniejszymi stadiami przewlekłej choroby nerek. <i>The term supportive care in nephrology means care that is focused on improving the HRQoL for people with CKD at any severity or age and can be provided along with therapies intended to prolong life, such as dialysis. Although typically considered in people with advanced kidney disease, supportive care may be applicable to people in earlier CKD stages.</i>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

4.5.10. Owrzodzenie odleżynowe

Zgodnie z KŚOZ, Wnioskodawca zaproponował dla rozpoznania L89 (owrzodzenie odleżynowe) dookreślenie stopnia zaawansowania kwalifikującego do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych⁶⁷ na „III i IV stopień według EPUAP”. Ponadto, dla rozpoznania L89, w KŚOZ wnioskowane jest ograniczenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej. Poniżej przedstawiono analizę zasadności proponowanych w KŚOZ zmian w kontekście zidentyfikowanych wytycznych klinicznych.

Do analiz włączono wspólny dokument wytycznych trzech organizacji: *European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel i Pan Pacific Pressure Injury Alliance* (EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019). Powyższe organizacje poinformowały również o zaplanowanej na listopad 2025 roku publikacji aktualizacji ww. wytycznych, jednak w momencie opracowywania niniejszego raportu, opublikowany został jedynie ich rozdział poświęcony prewencji, dlatego z uwagi na zakres prowadzonych prac nie został on włączony do analiz. Zidentyfikowano również dwa dokumenty wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran („Profilaktyka odleżyn – zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran” (Część I oraz Część II), których nie uwzględniono w analizach z uwagi na brak odniesień do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wytyczne EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019 nie uzależniają objęcia pacjentów z rozpoznaniem owrzodzeniem odleżynowym opieką paliatywną lub hospicyjną od zaawansowania choroby wg którejkolwiek z obowiązujących skal oceny (w tym wg EPUAP wskazywanej w KŚOZ). W wytycznych nie zidentyfikowano również rekomendacji w zakresie kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej w warunkach stacjonarnych i domowych.

Zgodnie z wytycznymi EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019, opieka paliatywna może rozpocząć się już na etapie rozpoznania choroby i być prowadzona równocześnie z leczeniem przyczynowym, natomiast opieka hospicyjna rozpoczyna się po zaprzestaniu leczenia choroby, gdy jest pewne, że pacjent nie przeżyje choroby (zazwyczaj, gdy przewidywany czas życia wynosi 6 mies. lub mniej) i koncentruje się na zapewnieniu komfortu i jakości życia, a nie na leczeniu przyczynowym.

⁶⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262> [data dostępu: 27.08.2025].

Tabela 15. Zestawienie zaleceń dotyczących kwalifikacji dorosłych z rozpoznaniem owrzodzenia odleżynowego do opieki paliatywnej

Organizacja, rok (kraj/region)	Zalecenia
WHS 2023⁶⁸ Wound Healing Society <i>WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers—2023 update</i> USA	10. Paliatywna opieka nad ranami u ciężko chorych pacjentów z owrzodzeniami odleżynowymi <i>10. Palliative wound care for seriously ill patients with pressure ulcers</i> Wytyczne WHS 2023 wskazują, że paliatywna opieka nad ranami dotyczy łagodzenia objawów ran i cierpienia w kontekście poważnej choroby, podkreślając, że w tej nowej dziedzinie opieki istnieją różne definicje i kryteria włączenia. <i>Palliative wound care refers to the relief of wound symptoms and suffering in the context of a serious illness. In this emerging area of pressure ulcer care for patients with a serious illness, there are varying definitions and inclusion criteria.</i>
EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019⁶⁹ European Pressure Ulcer Advisory Panel/ National Pressure Injury Advisory Panel/ Pan Pacific Pressure Injury Alliance <i>Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline</i> Świat	Osoby otrzymujące opiekę paliatywną <i>Individuals Receiving Palliative Care</i> - Zgodnie z wytycznymi EPUAP 2019, opieka paliatywna może rozpocząć się już na etapie rozpoznania choroby i być prowadzona równocześnie z leczeniem przyczynowym. <i>Palliative care can begin at diagnosis, and at the same time as treatment for serious illness.</i> - Opieka hospicyjna/okresu końca życia, zgodnie z wytycznymi EPUAP 2019, rozpoczyna się po zaprzestaniu leczenia choroby, gdy jest pewne, że pacjent nie przeżyje choroby (zazwyczaj, gdy przewidywany czas życia wynosi 6 mies. lub mniej) i koncentruje się na zapewnieniu komfortu i jakości życia, a nie na leczeniu przyczynowym. <i>Hospice care offers supportive care to individuals in the final phase of a terminal illness and focuses on comfort and quality of life, rather than cure. The goal is to enable patients to be comfortable and free of pain, so that they live each day as fully as possible. End-of-life/hospice care begins after treatment of the disease is stopped and when it is clear that the person is not going to survive the illness (usually when the person is expected to live 6 months or less).</i> Wyznaczanie celów leczenia w opiece paliatywnej/nad osobami w ostatnim okresie życia <i>Setting treatment goals in palliative/end-of-life care</i> - Według wytycznych EPUAP 2019, jeżeli jest to zgodne z życzeniami pacjenta, gojenie odleżyny może być celem opieki, nawet w stadium opieki paliatywnej, natomiast jeśli odleżyna nie można wyleczyć lub leczenie nie prowadzi do jej zamknięcia/wygojenia, należy skoncentrować się na poprawie jakości życia. W ocenie autorów EPUAP 2019, wielodyscyplinarne podejście obejmujące leczenie objawowe, wsparcie żywieniowe i postępowanie z raną, może zwiększyć szanse na wygojenie odleżyn w warunkach opieki paliatywnej. <i>If consistent with the individual's wishes, healing the pressure injury can be a care goal, even in the palliative care stages. If the pressure injury cannot be healed or treatment does not lead to closure/healing, focus on goals to enhance quality of life.[...] A multidisciplinary approach that addresses medical symptomology, nutrition and wound management may improve the potential for pressure injuries to heal in palliative care settings.</i> - Autorzy wytycznych EPUAP 2019 wskazują, że zgodnie z przeanalizowanymi przez nich badaniami, część owrzodzeń odleżynowych stopnia I, II i III ulega zagojeniu przed śmiercią pacjentów objętych opieką hospicyjną, jednak w żadnym przypadku nie doszło do wyleczenia odleżyn IV stopnia. <i>In a prospective study of participants with advanced disease (n = 282), Maida et al. (2012)²¹ found that 18.9% of participants with Category/Stage I pressure injuries and 10.4% of participants with Category/Stage II pressure injuries achieved complete healing before death. However, only 4% (one participant) with a Category/Stage III pressure injury showed complete healing, and none of the participants with Category/Stage IV or unstageable pressure injuries achieved healing²¹ (Level 3). In a similar study, terminally ill nursing home residents receiving end-of-life care (n = 117, 64 of whom had pressure injuries) were followed to evaluate healing and factors that contributed to pressure injury development.²² This study found that some Category/Stage I, II or III pressure injuries healed before death (46%, 29.8% and 20% respectively); however, no Category/Stage IV or unstageable pressure injuries achieved healing by the time of death (Level 4).</i>

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

4.6. Rozwiązania organizacyjne przyjęte w innych krajach

W dniach 25-29.08.2025 r. przeprowadzono wyszukiwanie niesystematyczne rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych dotyczących kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Dokonano wyszukiwania wolnotekstowego na stronach internetowych instytucji działających w ochronie zdrowia przy użyciu następujących słów kluczowych: *palliative care, qualification for palliative care, legal acts, law, regulation*, oraz ich odpowiedników w językach urzędowych analizowanych krajów. W ramach przeglądu szukano informacji dotyczących rozwiązań organizacyjnych i refundacyjnych w następujących krajach: Anglia,

⁶⁸ L. J. Gould et al., WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers-2023 update. Wound Repair and Regeneration, 2024; 32(1):6–33.

⁶⁹ E. Haesler (red.), Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline, European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance 2019. <https://internationalguideline.com/2019> [data dostępu: 12.08.2025].

Niemcy, Francja, USA. Przedmiotem analizy były także rozwiązania organizacyjne krajów europejskich o zbliżonym Produkcie Krajowym Brutto (PKB) *per capita* do Polski: Chorwacja, Słowacja i Portugalia.

Dane dotyczące PKB w przeliczeniu na osobę w wybranych krajach w roku 2024 przedstawiono w Załączniku 8.1.

Poniżej przedstawiono najważniejsze odnalezione informacje odnoszące się merytorycznie do zakresu przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia.

Tabela 16. Rozwiązania organizacyjne w wybranych krajach

Kraj/Region	Rozwiązanie organizacyjne
Anglia ^{70,71}	Opieką paliatywną w Anglii mogą być objęte osoby cierpiące na nieuleczalną chorobę, a jej celem jest poprawa komfortu pacjenta poprzez łagodzenie bólu i innych objawów oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego, społecznego i duchownego zarówno pacjentowi, jak i jego bliskim. Opieka paliatywna jest dostępna w Anglii od momentu rozpoznania choroby terminalnej i może być stosowana równolegle z terapiami mającymi na celu leczenie choroby. Szczególną formą angielskiej opieki paliatywnej jest opieka w ostatnim okresie życia (ang. <i>End Of Life Care</i>), dedykowana pacjentom, u których istnieje wysokie prawdopodobieństwo zgonu w ciągu najbliższych 12 miesięcy, a także osobom, które cierpią na: • zaawansowaną nieuleczalną chorobę, taką jak nowotwór, demencja lub stwardnienie zanikowe boczne; • schorzenia, które mogą doprowadzić do nagłego kryzysu zdrowotnego skutkującego zgonem; • zagrażający życiu ostry stan spowodowany nagłym, poważnym wydarzeniem, takim jak wypadek lub udar mózgu. W Anglii pacjenci objęci opieką w ostatnim okresie życia mają prawo do wysokiej jakości opieki niezależnie od miejsca jej świadczenia – w domu, domu opieki, hospicjum lub szpitalu.
Niemcy ^{72,73,74}	Osoby ubezpieczone w Niemczech mają prawo do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej w Niemczech jest nieuleczalna, postępująca, ograniczająca długość życia choroba. Wykaz chorób kwalifikujących do pobytu w hospicjum na terenie Niemiec obejmuje grupę chorób nowotworowych oraz szerokie spektrum chorób nieonkologicznych, np. AIDS, choroby neurologiczne, przewlekłą chorobę nerek, serca, przewodu pokarmowego lub płuc. Nie jest to wyczerpujący wykaz wskazań, które uprawniają ubezpieczonych do pobytu w hospicjum w Niemczech. Inne rozpoznania również mogą być brane pod uwagę, jeśli pacjent spełnia określone kryteria: • cierpi na nieuleczalną, postępującą chorobę o ograniczonej oczekiwanej długości życia wynoszącej dni, tygodnie lub kilka miesięcy; • leczenie szpitalne nie jest w jego przypadku konieczne; • opieka ambulatoryjna w gospodarstwie domowym, w rodzinie, u mieszkańców placówki opieki stacjonarnej lub placówki stacjonarnej integracyjnej nie jest wystarczająca, ponieważ opieka paliatywna i medyczna lub psychospołeczna wynikająca z choroby przekracza możliwości dotychczasowych opiekunów.
Francja ⁷⁵	We Francji każda osoba chora, której stan tego wymaga, ma prawo do opieki paliatywnej oraz wsparcia. Zgodnie z obowiązującym francuskim prawem, opieka paliatywna to aktywna i ciągła forma pomocy świadczona przez interdyscyplinarny zespół zarówno w placówce medycznej jak i w warunkach domowych, której celem jest łagodzenie bólu, ukojenie cierpienia psychicznego, zachowanie godności osoby chorej oraz wsparcie jej bliskich. Francuskie przepisy nie określają jednoznacznie jednostek chorobowych kwalifikujących pacjenta do objęcia opieką paliatywną.
USA ^{76,77}	W USA opieka hospicyjna przeznaczona jest dla osób nieuleczalnie chorych, z przewidywanym czasem przeżycia równym albo mniejszym niż 6 miesięcy (prognozowanym w oparciu o naturalny przebieg choroby). Ocena rokowania odbywa się na podstawie obserwacji pogorszenia stanu pacjenta, gdzie brane są pod uwagę: 1. postęp choroby udokumentowany pogorszeniem stanu klinicznego, objawów i wyników badań laboratoryjnych: a) stan kliniczny:

⁷⁰ Anglia 2022a: Health and Care Act 2022 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/body/enacted> [data dostępu: 28.08.2025].

⁷¹ Anglia 2022b: <https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/> [data dostępu: 28.08.2025].

⁷² Niemcy 2025: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/angebote-fuer-sterbenskranken.html> [data dostępu: 26.08.2025].

⁷³ Niemcy 2019: Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung, 2019. <https://md-bund.de/themen/weitere-themen/palliativversorgung.html> [data dostępu: 26.08.2025].

⁷⁴ Niemcy 2022: Gemeinsamer Bundesausschuss, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL, 2022. <https://www.g-ba.de/richtlinien/64/#:~:text=Die%20Richtlinie%20regelt%20die%20Verordnung%20von%20spezialisierter%20ambulanter,Umfang%20der%20Leistungen%20und%20die%20Zusammenarbeit%20der%20Leistungserbringer.> [data dostępu: 26.08.2025].

⁷⁵ Francja 2025: Code de la santé publique: *Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006103419/#LEGISCTA000006103419 [data dostępu: 28.08.2025].

⁷⁶ USA 2024: <https://www.cms.gov/medicare/payment/fee-for-service-providers/hospice> [data dostępu: 26.08.2025].

⁷⁷ USA 2025: <https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?LCDId=34538> [data dostępu: 27.08.2025].

Kraj/Region	Rozwiązanie organizacyjne
	i) nawracające lub trudne do wyleczenia infekcje, takie jak zapalenie płuc, sepsa lub infekcje górnych dróg moczowych; ii) postępujące wycieńczenie, udokumentowane: (1) utratą masy ciała niespowodowaną odwracalnymi stanami, takimi jak depresja lub stosowanie diuretyków; (2) zmniejszeniem wymiarów antropometrycznych (obwodu ramienia w połowie długości, obwodu brzucha), niespowodowanym czynnikami odwracalnymi, takimi jak depresja lub stosowanie diuretyków; (3) obniżeniem stężenia albuminy lub cholesterolu w surowicy; iii) dysfagia prowadząca do nawracającej aspiracji lub niewystarczającego spożycia pokarmów udokumentowana zmniejszeniem spożycia pokarmów; b) objawy: i) duszność z przyspieszeniem częstości oddechów; ii) uporczywy kaszel; iii) nudności/ wymioty słabo reagujące na leczenie; iv) uporczywa biegunka; v) ból wymagający zwiększania dawek silnie działających leków przeciwbólowych przez dłuższy czas; vi) spadek skurczowego ciśnienia krwi poniżej 90 mmHg lub postępujące niedociśnienie ortostatyczne; vii) wodobrzusze; viii) niedrożność żył, tętnic lub naczyń limfatycznych spowodowana miejscowym postępem choroby nowotworowej lub przerzutami; ix) obrzęki; x) wysięk opłucnowy/ osierdziowy; xi) osłabienie; xii) zmiana stanu świadomości; c) wyniki badań laboratoryjnych (jeśli jest możliwość ich wykonania – badania laboratoryjne nie są wymagane do kwalifikacji do opieki hospicyjnej): i) wzrost pCO₂, spadek pO₂ lub spadek SaO₂; ii) wzrost stężenia wapnia, kreatyniny lub wyników badań czynności wątroby; iii) wzrost stężenia markerów nowotworowych (np. CEA (antygen karcynoembrionalny, ang. <i>Carcino-Embryonic Antigen</i>), PSA (antygen swoisty dla stercza, ang. <i>Prostate Specific Antigen</i>)); iv) postępujący spadek lub wzrost stężenia sodu w surowicy lub wzrost stężenia potasu w surowicy; 2. spadek stopnia w skali sprawności według Karnofsky'ego (KPS) lub stopnia sprawności wg PPS (ang. <i>Palliative Performance Scale</i>) poniżej 70%; 3. wzrost liczby wizyt na oddziale ratunkowym, hospitalizacji lub wizyt lekarskich związanych z głównym rozpoznaniem hospicyjnym; 4. postępujący spadek oceny w skali FAST (ang. <i>Functional Assessment Staging</i>) z oceny ≥7A (w przypadku demencji); 5. postępująca zależność od pomocy w czynnościach życia codziennego (ADL, ang. <i>Activities of Daily Living</i>): a) jedzenie; b) poruszanie się/chodzenie; c) kontrolowanie funkcji fizjologicznych; d) przemieszczanie się; e) kąpiel; f) ubieranie się; 6. postępujące odleżyny w stopniu 3-4 pomimo odpowiedniej opieki. Alternatywnie, ocena jest możliwa na podstawie kryteriów zaawansowania poszczególnych chorób, opisanych szczegółowo w analizowanym dokumencie (nowotwory, stwardnienie zanikowe boczne, demencja, niewydolność serca, AIDS, niewydolność wątroby, niewydolność oddechowa, niewydolność nerek, udar mózgu i śpiączka), oraz poniższych czynników (oba muszą być spełnione jednocześnie): 1) fizjologiczne pogorszenie stanu funkcjonowania wykazane przez stopień w skali sprawności według Karnofsky'ego (KPS) lub stopień sprawności wg PPS <70%. W przypadku konkretnych rozpoznań (AIDS, udar mózgu i śpiączka) próg KPS lub PPS jest niższy; 2) zależność od pomocy w wykonywaniu co najmniej dwóch ww. czynności życia codziennego (ADL). AIDS Pacjenci zostaną uznani za znajdujących się w terminalnej fazie choroby (oczekiwana długość życia wynosząca sześć miesięcy lub mniej), jeśli spełnią poniższe kryteria, przy czym kryteria z punktów 1 i 2 muszą być spełnione, natomiast kryteria z punktu trzeciego stanowią dodatkowe potwierdzenie: 1. Wartość CD4+ 100 000 kopii/ml oraz jedno z poniższych: a) chłoniak ośrodkowego układu nerwowego; b) nieleczone lub utrzymujące się pomimo leczenia wyniszczenie (utrata co najmniej 10% beztłuszczowej masy ciała); c) zakażenie bakteryjne wywołane przez <i>Mycobacterium avium complex</i> (MAC) – nieleczone, oporne na leczenie lub odmowa leczenia; d) postępująca wieloogniskowa leukoencefalopatia; e) chłoniak systemowy z zaawansowanym AIDS i częściową odpowiedzią na chemioterapię; f) mięsaki Kaposiego narządów wewnętrznych oporne na leczenie; g) niewydolność nerek bez dializoterapii; h) zakażenie <i>Cryptosporidium</i>; i) toksoplazmowa oporna na leczenie. 2. Obniżony stan sprawności, mierzony w skali Karnofsky'ego, wynoszący ≤50%.

Kraj/Region	Rozwiązanie organizacyjne
	3. Dokumentacja dodatkowych czynników potwierdzających kwalifikację do opieki hospicyjnej: a) przewlekła, utrzymująca się przez rok biegunka; b) utrzymujące się stężenie albuminy w surowicy <2,5 g/dl; c) aktywne uzależnienie od substancji psychoaktywnych; d) wiek powyżej 50 lat; e) brak skutecznej terapii antyretrowirusowej, chemioterapeutycznej i profilaktycznej związanej z zakażeniem HIV lub oporność na taką terapię; f) zaawansowany zespół otępienny związany z AIDS; g) toksoplazmoza; h) zastoinowa niewydolność serca objawowa w spoczynku; i) zaawansowana choroba wątroby. Rozpoznanie nowotworu 1. choroba z obecnymi przerzutami w momencie rozpoznania, lub 2. postęp choroby od stadium wcześniejszego do przerzutowego, z jednym z poniższych: a) stałe pogarszanie się stanu pomimo leczenia; b) odmowa przez pacjenta dalszego leczenia ukierunkowanego na chorobę. Niektóre nowotwory o złym rokowaniu (np. drobnokomórkowy rak płuca, nowotwór mózgu i rak trzustki) mogą kwalifikować się do opieki hospicyjnej bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów określonych w niniejszej sekcji. Stwardnienie boczne zanikowe (ang. <i>Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS</i>) Pacjenci zostaną uznani za znajdujących się w terminalnej fazie choroby (oczekiwana długość życia wynosząca sześć miesięcy lub mniej), jeśli spełnią kryterium 1, 2 lub 3 z wymienionych poniżej: 1. Pacjent powinien wykazywać krytycznie upośledzoną wydolność oddechową, która charakteryzuje się poniższymi cechami występującymi w ciągu 12 miesięcy poprzedzających pierwszą kwalifikację do hospicjum: a) pojemność życiowa płuc poniżej 30% normy (jeśli dostępna); b) duszność spoczynkowa; c) pacjent odmawia wentylacji mechanicznej; wentylacja zewnętrzna stosowana wyłącznie w celu zapewnienia komfortu. 2. Pacjent powinien wykazywać zarówno szybki postęp ALS, jak i krytyczne zaburzenia odżywiania: a) szybki postęp ALS, potwierdzony wszystkimi poniższymi cechami występującymi w ciągu 12 miesięcy poprzedzających pierwszą kwalifikację do hospicjum: i) postęp od samodzielnego poruszania się do poruszania się na wózku inwalidzkim, a następnie do stanu leżącego, ii) postęp od normalnej mowy do mowy ledwo zrozumiałej lub niezrozumiałej, iii) postęp od normalnej diety do diety płynnej, iv) postęp od samodzielności w większości lub wszystkich czynnościach życia codziennego (ADL) do konieczności znacznej pomocy opiekuna; b) krytyczne zaburzenia odżywiania, potwierdzone występowaniem wszystkich poniższych cech w ciągu 12 miesięcy poprzedzających pierwszą kwalifikację do hospicjum: i) spożycie pokarmów i płynów niewystarczające do podtrzymania życia, ii) ciągła utrata masy ciała, iii) odwodnienie lub hipowolemia, iv) brak sztucznych metod żywienia, wystarczających do podtrzymania życia, ale nie do zaspokojenia głodu. 3. Pacjent powinien wykazywać zarówno szybki postęp ALS, jak i zagrażające życiu powikłania: a) szybki postęp ALS opisano w punkcie 2a powyżej; b) zagrażające życiu powikłania, potwierdzone występowaniem jednej z poniższych cech w ciągu 12 miesięcy poprzedzających pierwszą kwalifikację do hospicjum: i) nawracające aspiracyjne zapalenie płuc (z karmieniem przez sondę lub bez), ii) infekcja górnych dróg moczowych, np. odmiedniczkowe zapalenie nerek, iii) sepsa, iv) nawracająca gorączka po antybiotykoterapii, v) owrzodzenia odleżynowe w stopniu 3 lub 4. Choroby serca Pacjenci zostaną uznani za znajdujących się w terminalnej fazie choroby (oczekiwana długość życia wynosząca sześć miesięcy lub mniej), jeśli spełnią poniższe kryteria, przy czym kryteria z punktów 1 i 2 muszą być spełnione, natomiast kryteria z punktu trzeciego stanowią dodatkowe potwierdzenie: 1. W momencie pierwszej lub kolejnej kwalifikacji do hospicjum pacjent jest lub był już optymalnie leczony z powodu choroby serca, lub nie kwalifikuje się do zabiegu chirurgicznego, lub odmówił poddania się zabiegowi. (Optymalne leczenie oznacza, że pacjenci, którzy nie przyjmują leków rozszerzających naczynia krwionośne, mają ku temu medyczne przeciwwskazania, np. niedociśnienie lub choroba nerek). 2. Pacjent z chorobą sklasyfikowaną jako klasa IV według klasyfikacji NYHA oraz z możliwymi poważnymi objawami niewydolności serca lub dławicy piersiowej w spoczynku. Znaczną zastoinową niewydolność serca można udokumentować za pomocą frakcji wyrzutowej ≤20%, ale nie jest to wymagane, jeśli dane nie są dostępne.

Kraj/Region	Rozwiązanie organizacyjne
	3. Dokumentacja dodatkowych, niewymaganych czynników potwierdzających kwalifikację do opieki hospicyjnej: a) objawowe nadkomorowe lub komorowe zaburzenia rytmu serca oporne na leczenie; b) historia zatrzymania akcji serca lub resuscytacji; c) historia niewyjaśnionych omdleń; d) zator mózgowy pochodzenia sercowego; e) współistniejąca zakażenie HIV. Choroba płuc Pacjenci zostaną uznani za znajdujących się w terminalnej fazie choroby (oczekiwana długość życia wynosząca sześć miesięcy lub mniej), jeśli spełnią poniższe kryteria. Kryterium 1 oraz kryterium 2 albo 3 powinny być obecne; kryteria powyżej 4 stanowią uzupełnienie dokumentacji. 1. Ciężka przewlekła choroba płuc udokumentowana kryteriami a i b: a) duszność spoczynkowa, nieodpowiadająca lub słabo odpowiadająca na leczenie lekami rozszerzającymi oskrzela, powodująca obniżone funkcjonowanie (np. ograniczenie do przebywania w łóżku/w pozycji siedzącej, zmęczenie, kaszel) (udokumentowane poprzez FEV₁ po przyjęciu leków rozszerzających oskrzela – wartość mniejsza niż 30% przewidywanej objętości jest obiektywnym dowodem wskazującym na duszność spoczynkową powodującą obniżone funkcjonowanie; dane te nie są jednak konieczne do otrzymania); b) progresja schyłkowej niewydolności oddechowej, na co wskazuje zwiększona liczba wizyt na oddziale ratunkowym lub hospitalizacji w związku z infekcjami układu oddechowego, lub niewydolność oddechowa lub zwiększona liczba lekarskich wizyt domowych (dokumentacja obniżenia FEV₁ > 40 ml/rok jest obiektywnym dowodem na progresję choroby, dane te nie są jednak konieczne do otrzymania). 2. Hipoksemia przy spoczynku w temperaturze pokojowej, na co wskazuje pO₂ ≤55 mmHg lub saturacja ≤88%, oznaczona na podstawie gazometrii tętnicznej lub monitorów saturacji, albo hiperkapnia, na co wskazuje pCO₂ ≥50 mmHg. 3. Niewydolność prawokomorowa wynikająca z choroby płuc (<i>cor pulmonale</i>). 4. Nieintencjonalna, postępująca utrata masy ciała większa niż 10% masy ciała przez ostatnie 6 miesięcy. 5. Tachykardia spoczynkowa >100/min. Przewlekła niewydolność nerek Pacjenci zostaną uznani za znajdujących się w terminalnej fazie choroby (oczekiwana długość życia wynosząca sześć miesięcy lub mniej), jeśli spełnią poniższe kryteria. Kryterium 1 oraz kryterium 2 albo 3 powinny być obecne; kryteria powyżej 4 stanowią uzupełnienie dokumentacji. 1. Pacjent nie oczekuje na dializoterapię albo przeszczepienie nerki, albo zaprzestaje dializoterapii; 2. GFR na podstawie klirensu kreatyniny <15 ml/min/1,73 m²; 3. Stężenie kreatyniny w surowicy >8,0 mg/dl (>6,0 mg/dl dla pacjentów z rozpoznaniem cukrzycy); 4. Obecność objawów niewydolności nerek: a) podwyższone stężenie mocznika we krwi; b) oliguria; c) hiperkaliemia (>7,0) nieodpowiadająca na leczenie; d) mocznicowe zapalenie osierdzia; e) zespół wątrobowo-nerkowy; f) przeciążenie płynami nieodpowiadające na leczenie. Pacjenci o cechach nieopisanych w analizowanym dokumencie również mogą otrzymać opiekę hospicyjną, jeśli zostanie udowodnione, że ich stan kliniczny wskazuje na rokowanie ≤6 miesięcy.
Chorwacja ^{78,79,80}	W Chorwacji każda osoba ubezpieczona posiada prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym również do opieki paliatywnej. Obowiązujące chorwackie akty prawne nie precyzują jednak konkretnych jednostek chorobowych kwalifikujących pacjenta do tego rodzaju wsparcia.
Słowacja ^{81,82,83}	Opieka paliatywna według przepisów prawnych w Słowacji jest definiowana jako opieka zdrowotna świadczona osobie cierpiącej na nieuleczalną i postępującą chorobę, która zazwyczaj prowadzi do zgonu, w celu złagodzenia cierpienia i zachowania jakości życia tej osoby. Kwalifikacja pacjenta do opieki paliatywnej opiera się głównie na ocenie stanu zdrowia pacjenta i jego potrzeb przez lekarza prowadzącego.

⁷⁸ Chorwacja 2020: NN 52/2020 (29.4.2020.), Pravilnik o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. <https://www.zakon.hr/c/podzakonski-propis/44394/nn-52-2020-%2829.4.2020.%29%2C-pravilnik-o-normativima-i-standardima-za-obavljanje-zdravstvene-djelatnosti> [data dostępu: 29.08.2025].

⁷⁹ Chorwacja 2018: Zakon o zdravstvenoj zaštiti. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html [data dostępu: 29.08.2025].

⁸⁰ Chorwacja 2013: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_80_1666.html [data dostępu: 29.08.2025].

⁸¹ Słowacja 2025a: Národná rada Slovenskej republiky, Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, schválený dňa 21.10.2004, vyhlásený dňa 01.11.2004. <https://www.slov-lex.sk/ezbierky/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/576/> [data dostępu: 27.08.2025].

⁸² Słowacja 2025b: <https://www.hospic.eu/pred-prijatim/> [data dostępu: 28.08.2025].

⁸³ Słowacja 2025c: <https://hestia.sk/sluzby/> [data dostępu: 28.08.2025].

Kraj/Region	Rozwiązanie organizacyjne
	paliatywnej przez okres maksymalnie jednego miesiąca lub opieki szpitalnej w hospicjum przez okres maksymalnie sześciu miesięcy, a za zgodą kasy chorych może zostać przedłużona. Ośrodki pełniące funkcje hospicjów zapewniają opiekę osobom zależnym od pomocy innych osób, osobom z różnymi stopniami niepełnosprawności, oraz pacjentom wymagającym opieki hospicyjnej, czyli cierpiącym m.in. na stwardnienie rozsiane, zespół nabytego niedoboru odporności (ang. <i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i> , AIDS), nowotwory w zaawansowanym stadium. Hospicja w Słowacji nie definiują jednoznacznych kryteriów kwalifikacji pacjentów do opieki nad nimi na podstawie listy wskazań i stopnia zaawansowania choroby.
Portugalia ^{84,85,86}	W Portugalii opieka paliatywna jest uznawana za niezbędny element systemu ochrony zdrowia i przysługuje wszystkim pacjentom w każdym wieku, którzy cierpią na ciężką, zaawansowaną i postępującą chorobę, niezależnie od jej rodzaju. Kwalifikacja do Krajowej Sieci Opieki Paliatywnej (pt. <i>Rede Nacional de Cuidados Paliativos</i> , RNCP) odbywa się na podstawie kryteriów klinicznych, a nie konkretnych jednostek chorobowych. RNCP zapewnia równy dostęp do opieki, obejmującej leczenie domowe, szpitalne i długoterminowe, a także wsparcie rodzin.

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT

Podsumowanie rozwiązań organizacyjnych w innych krajach

W Anglii, Niemczech, Słowacji, Portugalii, Francji i Chorwacji opieka paliatywna świadczona jest osobom cierpiącym na nieuleczalne, postępujące choroby, przy czym kwalifikacja odbywa się na podstawie kryteriów klinicznych, a nie w oparciu o konkretne jednostki chorobowe. W większości z poddanych analizie krajów, opieka paliatywna świadczona jest w warunkach ambulatoryjnych, stacjonarnych, jak i domowych. W Słowacji, ambulatoryjna opieka paliatywna jest świadczona przez cały okres, w którym istnieje do niej wskazanie, a specjalistyczna opieka paliatywna świadczona jest w ramach opieki szpitalnej na oddziale medycyny paliatywnej przez okres maksymalnie jednego miesiąca lub opieki szpitalnej w hospicjum przez okres maksymalnie sześciu miesięcy i za zgodą kasy chorych może zostać przedłużona.

W Anglii pacjentom, u których istnieje wysokie prawdopodobieństwo zgonu w ciągu najbliższych 12 miesięcy, a także osobom z rozpoznaniem zaawansowanej, nieuleczalnej choroby, schorzeń mogących doprowadzić do nagłego zgonu oraz osobom w zagrażającym życiu ostrym stanie spowodowanym nagłym, poważnym wydarzeniem, przysługuje opieka hospicyjna (ang. *End Of Life Care*). W Słowacji ośrodki pełniące funkcje hospicjów zapewniają opiekę osobom jej potrzebującym, czyli cierpiącym m.in. na stwardnienie rozsiane, nabyty zespół upośledzenia odporności (ang. *Acquired Immunodeficiency Syndrome*, AIDS), nowotwory w zaawansowanym stadium.

W przypadku USA opieka hospicyjna przeznaczona jest dla osób nieuleczalnie chorych, z przewidywanym czasem przeżycia równym lub mniejszym niż 6 miesięcy, ocenianym na podstawie pogorszenia stanu klinicznego. Ocena jest również możliwa na podstawie kryteriów zaawansowania poszczególnych chorób, dla których dostępne są szczegółowe opisy. W przypadku AIDS, nowotworów, stwardnienia zanikowego bocznego, niewydolności serca, przewlekłej niewydolności oddechowej schyłkowej, owrzodzeń odleżynowych oraz schyłkowej niewydolności nerek kryteria kwalifikacji są zgodne z wnioskowanymi w KŚOZ.

⁸⁴ Portugalia 2018: Portaria n.º 66/2018 de 6 de março <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/66-2018-114822275> [data dostępu: 27.08.2025].

⁸⁵ Portugalia 2012: Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841> [data dostępu: 27.08.2025].

⁸⁶ Portugalia 2023: RNCP <https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/04/Folheto-Rede-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf> [data dostępu: 28.08.2025].

4.7. Opinie ekspertów klinicznych

W ramach prowadzonych prac, z prośbą o ocenę zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej, wystąpiono do 15 ekspertów. Otrzymano odpowiedzi od następujących ekspertów:

- (Ekspert 1) Prof. dr hab. n. med. Waldemar Banasiak – Konsultant Krajowy w dziedzinie kardiologii;
- (Ekspert 2) Prof. dr hab. n. med. Magdalena Krajewska – Konsultant Krajowa w dziedzinie nefrologii;
- (Ekspert 3) Lek. med. Artur Pakosz – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- (Ekspert 4) [REDACTED];
- (Ekspert 5) [REDACTED];
- (Ekspert 6) [REDACTED];
- (Ekspert 7) Prof. dr hab. n. med. Wojciech Zegarski – Konsultant Krajowy w dziedzinie chirurgii onkologicznej;
- (Ekspert 8) Dr hab. n. med. Marcin Wiśniewski – Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
- (Ekspert 9) [REDACTED];

Każdy z ekspertów mógł udzielić odpowiedzi w wybranych obszarach, jeżeli pytania wykraczały poza zakres jego specjalizacji. W poniższej tabeli przedstawiono otrzymane opinie eksperckie. Na niebiesko zaznaczono kryteria kwalifikacji proponowane w KŚOZ.

Tabela 17. Podsumowanie opinii ekspertów

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka	
Proszę o stanowisko dotyczące wskazań oraz dodatkowych kryteriów zaproponowanych w KŚOZ w kontekście kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanej w warunkach stacjonarnych i domowych.	Ekspert 1	Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) <i>Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy.</i> 2) <i>Okres leczenia do 180 dni.*</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania.
	Ekspert 2	Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: <i>eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego.</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, doprecyzowując zapis następująco: „eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego lub odstąpienia od wcześniej stosowanego leczenia nerkozastępczego”.
	Ekspert 3	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: <i>AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014).</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Zaznaczył jednak konieczność korekty omyłki pisarskiej polegającej na zapisaniu stopnia zaawansowania choroby jako kategoria 3 zamiast kategorii C wg CDC rev 2014. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: <i>Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego.</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria:

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka
	<i>1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt).</i> <i>2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20.</i> Ekspert wskazuje na konieczność przeformułowania kryterium 1 oraz usunięcia kryterium 2. Ekspert proponuje następujący zapis kryterium kwalifikacji: „Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, nie objęci wentylacją mechaniczną inwazyjną i nieinwazyjną, lub nie wyrażający na nią zgody”. Jako uzasadnienie wskazanej zmiany ekspert podaje, że: „Brak niedożywienia nie może wykluczać chorych z dostępu do opieki paliatywnej. Powodem przyjęcia może być np. ból przewlekły, spastyczność, wzmożona sekrecja śliny u chorego już żywionego dojelitowo dietą przemysłową, u którego uprzednio wyłoniono gastrostomię. Dopisano także brak zgody chorego na leczenie wspomagające oddychanie tak, aby nie wykluczać z opieki paliatywnej tej grupy pacjentów.” Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: <i>1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt).</i> <i>2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20.</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, przy czym zaznacza, że kryterium 1 powinno zostać przeformułowane w następujący sposób: „chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wentylacją mechaniczną inwazyjną i nieinwazyjną, lub nie wyrażają na nie zgody”. Jako uzasadnienie wskazanej zmiany ekspert podaje, że: „Brak niedożywienia nie może wykluczać chorych z dostępu do opieki paliatywnej. Powodem przyjęcia może być np. ból przewlekły, spastyczność, wzmożona sekrecja śliny u chorego już żywionego dojelitowo dietą przemysłową, u którego uprzednio wyłoniono gastrostomię. Dopisano także brak zgody chorego na leczenie wspomagające oddychanie tak, aby nie wykluczać z opieki paliatywnej tej grupy pacjentów.” Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: <i>1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby.</i> <i>2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8.</i> <i>3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt).</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami 1 i 2, natomiast proponuje usunięcie kryterium 3. Propozycję usunięcia uzasadnia następująco: „Brak niedożywienia nie może wykluczać chorych z dostępu do opieki paliatywnej. Powodem przyjęcia może być np. ból przewlekły, spastyczność, wzmożona sekrecja śliny u chorego już żywionego dojelitowo dietą przemysłową, u którego uprzednio wyłoniono gastrostomię. Dopisano także brak zgody chorego na leczenie wspomagające oddychanie tak, aby nie wykluczać z opieki paliatywnej tej grupy pacjentów.” Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: <i>1) Spełnione łącznie kryteria:</i> • duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, • gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ <55 mmHg lub PaCO₂ <60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. <i>2) Dopuszcza się badanie z krwi włośniczkowej.</i> <i>3) Okres leczenia do 180 dni.*</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, przy czym proponuje zamianę kryterium dotyczącego gazometrycznych wskaźników ciężkiej niewydolności oddechowej na: „pulsoksymetryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (Sp. O₂ < 85%) ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią, pomimo tlenoterapii albo niemożność zastosowania tlenoterapii”. Dodatkowo ekspert proponuje usunięcie kryterium 2. Wskazane zmiany ekspert uzasadnia w następujący sposób: „Podczas gdy wykonanie przez oddział szpitalny, kierujący pacjenta do opieki paliatywnej, badania gazometrii nie stanowi problemu, problem pojawia się w przypadku kierowania pacjenta przez lekarza POZ. Podobnie kwalifikacja do kontynuowania opieki paliatywnej może stanowić problem dla hospicjów domowych i stacjonarnych, nie dysponujących własną aparaturą do wykonania

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka
	badania gazometrycznego. Czas potrzebny do dostarczenia próbki do laboratorium może być zbyt duży do uzyskania miarodajnego wyniku. Miarodajne wyniki badania gazometrycznego uzyskuje się w przypadku dostarczenia próbki do laboratorium w czasie do 1 godziny, co może być niemożliwe do spełnienia. Zmienione kryteria (obniżony wynik badania pulsoksymetrycznego poniżej 85% oraz wykładniki prawokomorowej niewydolności serca) są wystarczające do określenia zaawansowania choroby.” Ekspert proponuje również uzupełnienie uzasadnienia dotyczącego warunku okresu leczenia do 180 dni o następujący zapis: „W przypadku braku zgody wskazanie przez płatnika miejsca dalszego leczenia z czasową zgodą na kontynuację leczenia do czasu przeniesienia do wskazanego miejsca”. Uzasadnia to następująco: „W przypadku braku zgody NFZ na kontynuowanie opieki paliatywnej, płatnik powinien wskazać właściwe miejsce dalszego leczenia pacjenta, który nie może wrócić do domu np. z powodów socjalnych oraz całkowitej niemożności samodzielnego życia. W warunkach naszego kraju są to zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze lub opiekuńczo-lecznicze. W sytuacji długich kolejek oczekujących do tych placówek NFZ nie może karać podmiotu opieki paliatywnej za kontynuowanie opieki w sytuacji, gdy ustały wskazania do jej kontynuowania, a podmiot nie może z powodów oczywistych niezwłocznie przekazać pacjenta do wyżej wymienionych placówek.” Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) <i>Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy.</i> 2) <i>Okres leczenia do 180 dni.*</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, przy czym proponuje dodanie jako kryterium 2 zapisu: „Konsylium specjalistyczne – decydujące o bezwzględnej dyskwalifikacji od leczenia przyczynowego i intensywnych działań zabiegowych i reanimacyjnych.” Ekspert wskazuje, że „dopisanie punktu 2 ma na celu uchronienie podmiotów opieki paliatywnej przed ewentualnymi roszczeniami rodzin domagających się intensywnej terapii u pacjentów w trakcie prowadzenia opieki paliatywnej”. Ponadto ekspert proponuje uzupełnienie uzasadnienia dotyczącego warunku okresu leczenia do 180 dni o następujący zapis: „W przypadku braku zgody wskazanie przez płatnika miejsca dalszego leczenia z czasową zgodą na kontynuację leczenia do czasu przeniesienia do wskazanego miejsca”. Uzasadnia to następująco: „W przypadku braku zgody NFZ na kontynuowanie opieki paliatywnej, płatnik powinien wskazać właściwe miejsce dalszego leczenia pacjenta, który nie może wrócić do domu np. z powodów socjalnych oraz całkowitej niemożności samodzielnego życia. W warunkach naszego kraju są to zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze lub opiekuńczo-lecznicze. W sytuacji długich kolejek oczekujących do tych placówek NFZ nie może karać podmiotu opieki paliatywnej za kontynuowanie opieki w sytuacji, gdy ustały wskazania do jej kontynuowania, a podmiot nie może z powodów oczywistych niezwłocznie przekazać pacjenta do wyżej wymienionych placówek.” Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: <i>eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego.</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami doprecyzowując zapis następująco: „eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego lub odmowy chorego na tego rodzaju leczenie”. Komentarz: Należy uwzględnić także pacjentów, którzy nie wyrazili zgody na leczenie nerkozastępcze. Owrzodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) <i>III i IV stopień według EPUAP.</i> 2) <i>Okres leczenia do 180 dni.*</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, przy czym proponuje uzupełnienie uzasadnienia dotyczącego warunku okresu leczenia do 180 dni o następujący zapis: „W przypadku braku zgody wskazanie przez płatnika miejsca dalszego leczenia z czasową zgodą na kontynuację leczenia do czasu przeniesienia do wskazanego miejsca”. Uzasadnia to następująco: „W przypadku braku zgody NFZ na kontynuowanie opieki paliatywnej, płatnik powinien wskazać właściwe miejsce dalszego leczenia pacjenta, który nie może wrócić do domu np. z powodów socjalnych oraz całkowitej niemożności samodzielnego życia. W warunkach naszego kraju są to zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze lub opiekuńczo-lecznicze. W sytuacji długich kolejek oczekujących do tych placówek NFZ nie może karać podmiotu opieki paliatywnej za kontynuowanie opieki w sytuacji, gdy ustały wskazania do jej kontynuowania, a podmiot nie może z powodów oczywistych niezwłocznie przekazać pacjenta do wyżej wymienionych placówek.”
Ekspert 4	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: <i>AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014).</i>

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka
	Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: <i>Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego.</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: 1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: 1) Spełnione łącznie kryteria: - duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, - gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ <55 mmHg lub PaCO₂ <60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włośniczkowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert nie zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Ekspert zaznaczył, że kod ICD-10 J96.1. oznacza przewlekłą niewydolność oddechową. Nie ma w pneumonologii nozologicznego rozpoznania „niewydolność oddechowa schyłkowa”. Jest natomiast częściowa (hipoksemiczna) lub całkowita (hipoksemiczno-hiperkapnicza). Zapis „lub PaCO₂ < 60 mmHg” może oznaczać, że do hospicjum będą kwalifikowani pacjenci z całkowitą – hipoksemiczno-hiperkapniczną niewydolnością oddechową (kryteria gazometryczne rozpoznania: PaO₂ < 60 mmHg i PaCO₂ ≥ 45 mmHg). Pacjenci z całkowitą niewydolnością oddechową najczęściej wymagają mechanicznej wentylacji w specjalistycznych ośrodkach. Leczenie paliatywne często jest konieczne już na etapie częściowej, nieodwracalnej lub słabo odwracalnej niewydolności oddechowej z objawami drastycznie ograniczającymi sprawność funkcjonalną (4 st. duszności w klasyfikacji mMRC). Saturacja 88% odpowiada mniej więcej PaO₂ we krwi około 55 mmHg (krzywa dysocjacji oksyhemoglobiny). Wykonanie gazometrii (co prawda referencyjnej metody diagnostycznej) jako wymogu przy kwalifikacji do hospicjum w warunkach POZ albo weryfikacji wskazań do dalszej opieki hospicyjnej w czasie pobytu w hospicjum ambulatoryjnym lub stacjonarnym może być bardzo problematyczne (choćby z powodu ograniczonej, a praktycznie żadnej dostępności aparatów gazometrycznych w tych podmiotach leczniczych.) Ekspert proponuje usunięcie słowa „schyłkowa” z nazwy wskazania oraz zmianę kryteriów kwalifikacji na: „Spełnione łącznie kryteria: 1) duszność o nasileniu 4 punktów w skali mMRC (<i>modified Medical Research Council</i>) pomimo optymalnego leczenia przyczyny przewlekłej niewydolności oddechowej oraz

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka
	2) co najmniej częściowa (hypoksemiczna) przewlekła niewydolność oddechowa, pomimo optymalnej tlenoterapii, przy stwierdzeniu ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi (PaO₂) < 55 mmHg w badaniu gazometrycznym lub saturacji krwi (SaO₂) < 88% w nieinwazyjnym badaniu pulsoksymetrycznym. Dopuszcza się badanie gazometryczne krwi arterializowanej (włośniczkowej)." Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert nie zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Ekspert proponuje zmianę kryteriów kwalifikacji na: „Utrzymująca się niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV i spełnienie wszystkich 3 kryteriów: 1) wyczerpanie możliwości efektywnego leczenia niewydolności lekami z grupy: inhibitorów kotransportera sodowo-glukozowego typu 2, inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę, inhibitorów neprylizyny, antagonistów receptora angiotensynowego, antagonistów receptora mineralokortykoidowego i/lub blokerów receptora β; 2) nieskuteczność lub brak możliwości leczenia retencji płynów w przebiegu niewydolności dożylnymi diuretykami; 3) dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy.” Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Owrrzodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania.
Ekspert 5	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014). Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, zaznaczając konieczność zmiany zapisu kategorii AIDS z 3 na C wg CDC rev 2014. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganie oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert proponuje usunięcie części kryterium 1 dotyczącej niedożywienia. Zaznacza, że „jeśli wcześniej zostanie włączone leczenie żywieniowe to pacjenci mogą nie spełnić tego kryterium a jednocześnie z powodu stanu ogólnego oraz innych uporczywych objawów powinien być objęty opieką paliatywną”. Ekspert wskazuje również, że jeśli w podanym zakresie nie mieszczą się chorzy, którzy nie wyrazili zgody na wentylację mechaniczną inwazyjną i nieinwazyjną, to należałoby ich uwzględnić w kryterium. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganie oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka
	Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, przy czym proponuje usunięcie części kryterium 1 dotyczącej niedożywienia. Zaznacza, że „jeśli wcześniej zostanie włączone leczenie żywieniowe to pacjenci mogą nie spełnić tego kryterium a jednocześnie z powodu stanu ogólnego oraz innych uporczywych objawów powinien być objęty opieką paliatywną”. Ekspert wskazuje również, że jeśli w podanym zakresie nie mieszczą się chorzy, którzy nie wyrazili zgody na wentylację mechaniczną inwazyjną i nieinwazyjną, to należałoby ich uwzględnić w kryterium. Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: 1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index $< 83,5$ pkt). Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, ale proponuje usunięcie kryterium 3, ponieważ: „jeśli wcześniej zostanie włączone leczenie żywieniowe to pacjenci mogą nie spełnić tego kryterium a jednocześnie z powodu stanu ogólnego oraz innych uporczywych objawów powinien być objęty opieką paliatywną”. Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: 1) Spełnione łącznie kryteria: • duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, • gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej ($PaO_2 < 55$ mmHg lub $PaCO_2 < 60$ mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub policytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włósniczkowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Ekspert nie ma dodatkowych uwag. Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, ale w celu uniknięcia sytuacji konfliktowych dla tej grupy chorych proponuje dodanie kryterium: „Dyskwalifikacja od leczenia przyczynowego, intensywnej terapii oraz reanimacji – decyzja wydana przez Zespół (Konsylium) specjalistów w zakresie kardiologii, intensywne) terapii oraz medycyny paliatywnej”. Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: $eGFR < 15$ ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Owrodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania.
Ekspert 6	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014). Ekspert nie zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Ekspert zaznacza, że ze względu na wysoką skuteczność terapii lekami przeciwwirusowymi, ta grupa chorych nie wymaga opieki paliatywnej. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka
	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganie oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganie oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: 1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: 1) Spełnione łącznie kryteria: - duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, - gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ <55 mmHg lub PaCO₂ <60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włóściskowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Owrzodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert nie zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Zaznacza, że rozpoznanie owrzodzeń odleżynowych nie powinno stanowić kryterium kwalifikacji chorych do opieki paliatywnej, ponieważ pacjenci z tym rozpoznaniem mogą być leczeni w innych jednostkach ochrony zdrowia.
Ekspert 7	Ekspert zgadza się ze wszystkimi zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami w kontekście kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej.
Ekspert 8	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014).

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka
	Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: <i>Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego.</i> Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: 1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: 1) Spełnione łącznie kryteria: - duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, - gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ <55 mmHg lub PaCO₂ <60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włośniczkowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert nie zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Zaznacza, że pacjenci z tej grupy powinni być objęci opieką długoterminową. Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Owrzodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert nie zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Zaznacza, że pacjenci z tej grupy powinni być objęci opieką długoterminową.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka	
	Ekspert 9	Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego. Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania. Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert zgadza się z zaproponowanymi w KŚOZ kryteriami odnośnie do wskazania, twierdząc, że proponowane zapisy są bardzo praktyczne.
	<i>* Ograniczenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.</i>	
KŚOZ zakłada usunięcie wybranych wskazań onkologicznych (jest: C00-D48, proponowane: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48) z wykazu uprawniającego dotychczas do opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanej w warunkach stacjonarnych i domowych. Czy w Pana opinii zmiana ta jest uzasadniona i dlaczego?	Ekspert 3	Zmiana jest uzasadniona, ponieważ z zestawienia rozpoznań onkologicznych usunięto choroby, które nie mają charakteru postępującego, ograniczającego życie, o niekorzystnym rokowaniu lub znajdują się we wczesnej fazie choroby i wymagają leczenia przyczynowego (np. nowotwory „in situ”, niezłośliwe, znamiona barwnikowe).
	Ekspert 4	Kody C00-C97 to zdiagnozowane histopatologicznie nowotwory złośliwe, najczęściej o agresywnym, inwazyjnym przebiegu, a D32, D33, D35 oznaczają nowotwory histologicznie niezłośliwe, ale mogące charakteryzować się znaczną miejscową inwazyjnością i złośliwością kliniczną (mogą rosnąć i uszkadzać sąsiadujące narządy, np. OUN), więc utrzymanie ich w karcie jest uzasadnione. Kody D00–D31 dotyczą nowotworów in situ, czyli przedinwazyjnych (tzw. stany przedrakowe) lub łagodnych, najczęściej niegroźnych nowotworów, więc usunięcie ich z karty jest zasadne. Kody D37-D48 oznaczają nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze różnych narządów – rozpoznanie takie stawia się, gdy nie można przeprowadzić diagnostyki histopatologicznej, gdyż pacjent ma przeciwwskazania do inwazyjnych metod diagnostycznych lub jego ciężki stan zdrowia nie rokuje szans na wdrożenie leczenia onkologicznego i diagnostyka histopatologiczna jest niecelowa, więc utrzymanie ich w karcie jest uzasadnione.
	Ekspert 5	Zmiany ICD 10 są uzasadnione, ale błąd w punkcie 2. zamiast D37-D4, powinno być D37-D48. Zaproponowane zmiany eliminują rozpoznania chorób, które nie zagrażają życiu i nie przebiegają z uciążliwymi objawami, takie jak nowotwory in situ czy nowotwory łagodne.
	Ekspert 6	Nowotwory łagodne nie stanowią wskazania do objęcia opieką paliatywną z wyjątkiem lokalizacji w OUN (D32, D33) i w gruczołach wydzielania wewnętrznego (D35).
	Ekspert 7	Wprowadzone zmiany są w pełni uzasadnione z uwagi na fakt, że usunięte wskazania onkologiczne stanowią raki <i>in situ</i> oraz nowotwory niezłośliwe.
	Ekspert 8	Tak, ze względu na ograniczony dostęp do ośrodków opieki paliatywnej już aktualnie nie jesteśmy zapewnić objęcia opieką chociażby pacjentów z nowotworowymi złośliwymi (rozpoznanie z gr. C). Ponadto wydłużył się czas przeżycia pacjentów już objętych opieką paliatywną, co przy ograniczonych zasobach kadrowych powoduje wydłużanie się kolejki pacjentów we wszystkich ośrodkach opieki paliatywnej.
	Ekspert 9	Proponowane wskazania zdefiniowane jako: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48 realnie reprezentują grupę pacjentów wymagających w sposób szczególny opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanej w warunkach stacjonarnych i domowych. Zapis taki doprecyzuje realne potrzeby kliniczne tej grupy chorych, umożliwi uniknięcie niepotrzebnych wątpliwości przy kwalifikacji klinicznej.
We wskazaniach:	Ekspert 1	TAK – w zakresie: niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50),

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka	
• przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), • niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), • owrzodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), w KŚOZ zaproponowano ograniczenie czasu trwania leczenia w stacjonarnej lub domowej opiece paliatywnej do 180 dni w roku kalendarzowym (z możliwością jego przedłużenia po uzyskaniu zgody Narodowego Funduszu Zdrowia na wniosek lekarza prowadzącego). Czy w Pani/ Pana opinii zmiana ta jest uzasadniona i dlaczego?	Ekspert 3	Zmiana jest uzasadniona, ponieważ ograniczenie czasu trwania opieki paliatywnej dla wymienionych rozpoznań do 180 dni pozwoli w przypadku długotrwałej stabilizacji stanu pacjentów na wypisywanie ich z opieki paliatywnej i kierowanie pod opiekę lekarza POZ lub do opieki długoterminowej. Wprowadzenie limitu czasu uzasadnione jest tylko w przypadku usprawnienia systemu przekazywania chorych pomiędzy jednostkami opieki paliatywnej a jednostkami opieki długoterminowej. Jednocześnie w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku braku zgody NFZ na kontynuowanie opieki paliatywnej, płatnik powinien wskazać właściwe miejsce dalszego leczenia pacjenta, który nie może wrócić do domu np. z powodów socjalnych oraz całkowitej niemożności samodzielnego życia. NFZ nie może karać podmiotu opieki paliatywnej za kontynuowanie opieki w sytuacji, gdy ustały wskazania do jej kontynuowania, a podmiot nie może z powodów oczywistych niezwłocznie przekazać pacjenta do wyżej wymienionych placówek (brak miejsc w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych).
	Ekspert 4	Tylko w przypadku odleżyn (L89) jest to uzasadnione, gdyż owrzodzenia mogą długo się goić i nawracać, a pacjenci mogą mieć – w zależności od choroby podstawowej – długi czas przeżycia. W przypadku J96.1 i I50 pacjenci mają nikłe szanse na przeżycie 6 miesięcy, a chorzy którym się to ewentualnie uda nie mają szans na poprawę stanu zdrowia, która dyskwalifikowała by ich z dalszej opieki hospicyjnej/paliatywnej.
	Ekspert 5	Jest to zasadne w przypadku usprawniania systemu przekazywania chorych pomiędzy jednostkami opieki paliatywnej a jednostkami opieki długoterminowej lub DPS. W innym przypadku, taka sytuacja może pozbawić potrzebującego pacjenta ciągłości świadczeń. Należy dodać procedurę postępowania z pacjentem w przypadku stanowiska lekarza dotyczącego potrzeby przedłużenia opieki paliatywnej i braku zgody płatnika na kontynuowanie opieki. Należy dodać procedurę dotyczącą miejsca pobytu i finansowania pobytu pacjenta niesamodzielnego, nie posiadającego opiekuna, lub niezdolnego do czynności prawnych (procedura Sądu Opiekuńczego trwa ok. 6 miesięcy) na czas oczekiwania na ZOL lub DPS po upływie 180 dni opieki. W przypadku ustania wskazań i braku możliwości przekazania pacjenta do ZOL czy DPS, moim zdaniem pacjent powinien pozostać w dotychczasowym miejscu pobytu (Hospicjum, Oddziale Medycyny Paliatywnej), a jego pobyt powinien być finansowany np. 80 % kwoty lub analogiczne jak w ZOL.
	Ekspert 6	Powód wprowadzenia ograniczenia leczenia do 180 dni w wymienionych rozpoznaniach nie jest zrozumiały, nasuwa się pytanie, dlaczego dotyczy jedynie tych trzech rozpoznań, a nie wszystkich. Zespół Ministerstwa Zdrowia ds. długoterminowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej przyjął wymóg konieczności weryfikacji przez lekarza zasadności leczenia chorych w opiece stacjonarnej i domowej, co 90 dni dla wszystkich pacjentów, co wydaje się właściwym i wystarczającym rozwiązaniem w zakresie czasu i zasadności obejmowania chorych specjalistyczną opieką paliatywną domową i stacjonarną.
	Ekspert 7	W przypadku ICD-10: L89 wprowadzona zmiana wydaje się być zasadna, z uwagi na długi czas (180 dni) terapii zmian odleżynowych, z możliwością jego przedłużenia w wybranych, pomyślnie rokujących przypadkach. Zakres rekomendacji dot. ICD-10 J96.1 oraz I50 - wykracza poza specjalizację chirurgiczną.
	Ekspert 8	W przypadku pacjentów z niewydolnością serca i owrzodzeniami odleżynowymi uważam, że powinny być wykreślone z katalogu rozpoznań ponieważ są to pacjenci, których czas przeżycia jest długi, a proponowane zmiany pozwolą na nadużycia w postaci przenoszenia pacjentów z jednej formy opieki do drugiej na kolejne cykle po 180 dni. Pacjenci ci powinni być objęci opieką długoterminową.
	Ekspert 9	Zgadzam się z propozycją. W zakresie niewydolności serca jest możliwa poprawa kliniczna, niemniej jeśli jej nie będzie, lekarz prowadzący może wnioskować o przedłużenie świadczenia.
Proszę o oszacowanie rocznej liczby pacjentów w poszczególnych wskazaniach, którzy kwalifikowaliby się do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych wg kryteriów z KŚOZ.	Ekspert 1	Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) <i>Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostření niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy.</i> 2) <i>Okres leczenia do 180 dni.*</i> Ekspert, w szacowanej populacji w warunkach domowych zaznaczył, że w Stanach Zjednoczonych od 1982 r. leczenie hospicyjne jest finansowane w ramach programu Medicare. Aktualnie choroby serca są powodem ok. 12% przyjęć do amerykańskich hospicjów. W Zjednoczonym Królestwie odsetek ten wynosi 10%. Okazuje się, że nawet w krajach z najbardziej rozwiniętą opieką medyczną oraz z największym doświadczeniem w opiece paliatywnej pozostaje ona dla większości chorych z niewydolnością serca niedostępna. Ekspert nie oszacował populacji dla warunków stacjonarnych.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka	
	Ekspert 2	Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: <i>eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego.</i> Ekspert oszacował populację na 500-1 500 osób w warunkach stacjonarnych oraz 500-1 500 osób w warunkach domowych.
	Ekspert 3	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: <i>AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014).</i> Ekspert oszacował populację na <50 osób w warunkach stacjonarnych oraz <50 osób w warunkach domowych. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: <i>Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego.</i> Ekspert oszacował populację na 38 000 osób w warunkach stacjonarnych oraz 66 000 osób w warunkach domowych. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert oszacował populację na 50 osób w warunkach stacjonarnych oraz 50 osób w warunkach domowych. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert oszacował populację na 250 osób w warunkach stacjonarnych oraz 350 osób w warunkach domowych. Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: 1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). Ekspert oszacował populację na 150 osób w warunkach stacjonarnych oraz 300 osób w warunkach domowych. Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: 1) Spełnione łącznie kryteria: - duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, - gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ <55 mmHg lub PaCO₂ >60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włóśniczkowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 1 500 osób w warunkach stacjonarnych oraz 2 500 osób w warunkach domowych. Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 315 (dane dla wszystkich kardiomiopatii) osób w warunkach stacjonarnych oraz 1 700 (dane dla wszystkich kardiomiopatii) osób w warunkach domowych.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka	
		Owrozdzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 3 000 osób w warunkach stacjonarnych oraz 5 000 osób w warunkach domowych.
	Ekspert 5	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014). Ekspert oszacował populację na <50 osób w warunkach stacjonarnych oraz <50 osób w warunkach domowych. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego. Ekspert oszacował populację na 36 000-4 0000 osób w warunkach stacjonarnych oraz 65 000-68 000 osób w warunkach domowych. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert oszacował populację na 50 osób w warunkach stacjonarnych oraz 50 osób w warunkach domowych. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert oszacował populację na 250 osób w warunkach stacjonarnych oraz 350 osób w warunkach domowych. Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: 1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). Ekspert oszacował populację na 200 osób w warunkach stacjonarnych oraz 300 osób w warunkach domowych. Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: 1) Spełnione łącznie kryteria: - duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, - gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ <55 mmHg lub PaCO₂ <60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włośniczkowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 1 500 osób w warunkach stacjonarnych oraz 2 500 osób w warunkach domowych. Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 350 osób w warunkach stacjonarnych oraz <2 700 osób w warunkach domowych.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka
	Owrodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 3 500 osób w warunkach stacjonarnych oraz 5 000 osób w warunkach domowych.
	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014). Ekspert oszacował populację na 0 osób w warunkach stacjonarnych oraz 0 osób w warunkach domowych. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego. Ekspert oszacował populację na 35 000 osób w warunkach stacjonarnych oraz 75 000 osób w warunkach domowych. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert oszacował populację na 300 osób w warunkach stacjonarnych oraz 600 osób w warunkach domowych. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Ekspert oszacował populację na 300 osób w warunkach stacjonarnych oraz 600 osób w warunkach domowych. Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: 1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). Ekspert oszacował populację na 500 osób w warunkach stacjonarnych oraz 1 500 osób w warunkach domowych. Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: 1) Spełnione łącznie kryteria: - duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, - gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ <55 mmHg lub PaCO₂ >60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włosniczkowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 1 000 osób w warunkach stacjonarnych oraz 1 000 osób w warunkach domowych. Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 5 000 osób w warunkach stacjonarnych oraz 10 000 osób w warunkach domowych.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka	
		Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: <i>eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego.</i> Ekspert oszacował populację na 3 000 osób w warunkach stacjonarnych oraz 5 000 osób w warunkach domowych Owrzodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 5 000 osób w warunkach stacjonarnych oraz 10 000 osób w warunkach domowych.
	Ekspert 7	Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: <i>Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego.</i> Ekspert oszacował populację na ok. 36 000 osób w warunkach stacjonarnych oraz ok. 55 000 osób w warunkach domowych.
	Ekspert 8	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV) (ICD-10: B20-B24), kryteria: <i>AIDS (kategoria 3 wg CDC rev 2014).</i> Ekspert oszacował populację na 20 osób w warunkach stacjonarnych oraz 200 osób w warunkach domowych. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), kryteria: <i>Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego.</i> Ekspert oszacował populację na 3 300 osób w warunkach stacjonarnych oraz 136 000 osób w warunkach domowych. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13), kryteria: 1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20. Stwardnienie rozsiane i inne (choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego) (ICD-10: G35-G37), kryteria: 1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). Ekspert oszacował łączoną populację dla powyższych trzech grup wskazań neurologicznych na 300 osób w warunkach stacjonarnych oraz 3 000 osób w warunkach domowych. Przewlekła niewydolność oddechowa – schyłkowa (ICD-10: J96.1), kryteria: 1) Spełnione łącznie kryteria: - duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, - gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO₂ <55 mmHg lub PaCO₂ >60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włóśniczkowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 500 osób w warunkach stacjonarnych oraz 4 500 osób w warunkach domowych.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka	
		Niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (ICD-10: I50), kryteria: 1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 300 osób w warunkach stacjonarnych oraz 3 000 osób w warunkach domowych. Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0), kryteria: eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego. Ekspert oszacował populację na 100 osób w warunkach stacjonarnych oraz 1 000 osób w warunkach domowych. Owrzodzenie odleżynowe (ICD-10: L89), kryteria: 1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.* Ekspert oszacował populację na 1 500 osób w warunkach stacjonarnych oraz 10 000 osób w warunkach domowych.
	* Ograniczenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.	
Proszę o wskazanie i ocenę możliwych skutków finansowych dla płatnika publicznego wynikających z wprowadzenia, proponowanych w KŚOZ, zmian w zakresie wskazań i dodatkowych kryteriów kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej.	Ekspert 1	Brak danych, aproksymacja oparta o dane z innych krajów jest obciążona dużym ryzykiem błędu.
	Ekspert 2	Wprowadzenie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów ze schyłkową niewydolnością nerek u których nie wprowadza się, lub odstępuje się od wcześniej prowadzonego leczenia nerkozastępczego potencjalnie może zmniejszyć ilość osób hospitalizowanych w oddziałach nefrologicznych, u których, ze względu na przeciwwskazania medyczne, nie jest stosowane leczenie nerkozastępcze, a ze względu na objawy mocznicy, konieczne jest łagodzenie objawów jej towarzyszących, poprawiających komfort życia.
	Ekspert 3	Procedowane zmiany nie powinny w znaczący sposób wpłynąć na budżet płatnika. Możliwy wzrost populacji świadczeniobiorców z rozpoznaniem chorób nowotworowych będzie równoważony poprzez dookreślenie kryteriów kwalifikacji dla pozostałych rozpoznań oraz wskazanie okresu leczenia <180 dni dla rozpoznań (L89, J96.1, zmianę I42 na I50) stanowiących istotny odsetek długich pobyków w opiece paliatywnej.
	Ekspert 5	Powyższe zmiany nie powinny w znaczącym stopniu wpłynąć na budżet płatnika. Ze względu na rosnącą liczbę pacjentów z rozpoznaniem nowotworu spowodowaną zwiększoną zachorowalnością oraz wydłużeniem okresu przeżycia pacjentów w zaawansowanych stadiach nowotworów zapotrzebowanie na opiekę paliatywną w tej populacji pacjentów będzie rosła, niezależnie od proponowanych zmian. Doprecyzowanie wskazań może ten wzrost spowolnić, gdyż w przypadku stabilizacji stanu pacjenta możliwe będzie przesunięcie pacjenta do opieki mniej kosztownej dla systemu np. DPS + poradnia medycyny paliatywnej, lub hospicjum domowe. Pozostałe grupy pacjentów obecnie nie stanowią dużej populacji, a zaproponowane zmiany raczej je ograniczają, więc nie należy zakładać wzrostu nakładów
	Ekspert 6	Wydaje się, że nie nastąpi istotna zmiana w zakresie kosztów, natomiast kwalifikacja chorych do specjalistycznej opieki paliatywnej będzie oparta o znacznie lepiej zdefiniowane kryteria.
	Ekspert 7	Uważam, że proponowane zmiany nie przyniosą istotnych zmian w zakresie pacjentów kierowanych do opieki paliatywnej.
	Ekspert 8	Pozostawienie w wykazie pacjentów z rozpoznaniem I50 i L89 będzie generowało koszty niewspółmierne do kwot wynikających z umów zawartych z płatnikiem. Koszty te będą szczególnie odczuwalne dla ośrodków realizujących opiekę w warunkach stacjonarnych.
	Ekspert 9	Proponowane wskazania onkologiczne i kardiologiczne (tj. niewydolność serca) umożliwiają uniknięcie hospitalizacji (z powodu duszności, obrzęków, ogólnego osłabienia itp.) oraz wizyt u lekarza rodzinnego, który z pewnością posiłkowałby się, zlecając dodatkowe konsultacje specjalistyczne (kardiologiczne, pneumonologiczne, nefrologiczne, neurologiczne, psychiatryczne a może nawet onkologiczne). W moim przekonaniu nowe zapisy zmniejszą koszty dla całego systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Elementy stanowiska eksperckiego	Opinia ekspercka	
Pozostałe uwagi eksperta (np. dotyczące treści KŚOZ).	Ekspert 5	Zaproponowane zmiany doprecyzowują i porządkują wskazania do opieki paliatywnej co jest istotne dla lekarzy wystawiających skierowania do tej opieki, szczególnie POZ oraz oddziałów internistycznych. Obecnie kilka procent skierowanych pacjentów nie może być objęta opieką, gdyż lekarze kierujący nie rozumieją kryteriów objęcia opieką paliatywną.
	Ekspert 6	Przyjęcie proponowanych zmian poprawi dostępność i pozwoli na bardziej trafną kwalifikację do specjalistycznej opieki paliatywnej chorym wymagającym takiej opieki z kompleksowymi problemami, zwłaszcza z rozpoznaniem innymi niż nowotwory.
	Ekspert 9	Bazując na swojej praktyce codziennej w pełni popieram proponowane zmiany w zakresie onkologii i kardiologii.
Czy korzystał Pan z narzędzia AI przy przygotowaniu przedmiotowej opinii/ stanowiska?	Żaden z ekspertów nie zadeklarował korzystania z narzędzi AI przy przygotowywaniu przedmiotowej opinii/stanowiska.	
W przypadku odpowiedzi „TAK” w powyższym pytaniu, należy wskazać: a) przy pomocy jakiego narzędzia AI (np. ChatGPT, Copilot, Grok) została przygotowana opinia/ stanowisko? b) które fragmenty opinii/ stanowiska zostały przygotowane przy pomocy narzędzi AI? c) czy sprawdził/a Pani/ Pan poprawność i prawdziwość treści wygenerowanych przez narzędzie AI zawartych w opinii/ stanowisku?	Nie dotyczy	

Źródło: Opracowanie własne AOTMiT.

Podsumowanie opinii ekspertów

Eksperci odnieśli się do propozycji modyfikacji listy wskazań i kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych opisanych w KŚOZ. Poniżej zestawiono podsumowanie uwag ekspertów tym zakresie.

1. AIDS (ICD-10: B20-B24)

6 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji kryteriów kwalifikacji do OPH dla rozpoznania B20- B24. 2 ekspertów wskazało konieczność modyfikacji kryterium kwalifikacji zapisanego omyłkowo w KŚOZ jako kategoria 3 na kategorię C wg CDC rev. 2014. 3 ekspertów zgodziło się z kryteriami kwalifikacji proponowanymi w KŚOZ. W opinii jednego eksperta, populacja pacjentów z rozpoznaniem AIDS nie wymaga opieki paliatywnej ze względu na wysoką skuteczność terapii lekami przeciwwirusowymi.

2. Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego (ICD-10: G09)

6 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji kryteriów kwalifikacji do OPH dla rozpoznania G09. 2 ekspertów zaproponowało modyfikację pierwszego kryterium kwalifikacji z KŚOZ na zapis: pacjenci z objawami trudnymi do leczenia, nie objęci wentylacją mechaniczną inwazyjną i nieinwazyjną lub nie wyrażający na nią zgody. Ponadto eksperci Ci podkreślili, że kryterium: nieodwracalne postępujące niedożywienie wysokiego stopnia, powinno zostać usunięte, ponieważ mimo braku niedożywienia stan ogólny pacjenta może wymagać opieki paliatywnej. 4 ekspertów zgodziło się z zapisami KŚOZ.

3. Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy (ICD-10: G10-G13)

6 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji kryteriów kwalifikacji do OPH dla rozpoznania G10-G13. 1 ekspert wskazał zasadność modyfikacji pierwszego kryterium analogicznie jak dla rozpoznania G09. 2 ekspertów wskazało na konieczność wykreślenia kryterium dotyczącego niedożywienia wysokiego stopnia. 4 ekspertów zgodziło się z kryteriami kwalifikacji zaproponowanymi w KŚOZ.

4. Stwardnienie rozsiane i inne choroby demielinizacyjne (ICD-10: G35-G37)

6 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji kryteriów kwalifikacji do OPH dla rozpoznania G35-G37. 2 ekspertów wskazało zasadność usunięcia kryterium dotyczącego nieodwracalnego postępującego niedożywienia wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego. 4 ekspertów zgodziło się z zapisami KŚOZ.

5. Przewlekła niewydolność oddechowa (ICD-10: J96.1)

6 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji kryteriów kwalifikacji do OPH dla rozpoznania J96.1. 2 ekspertów zaproponowało modyfikację kryteriów kwalifikacji:

- ekspert nr 3 zamiast kryterium: "gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg}$ lub $\text{PaCO}_2 < 60 \text{ mmHg}$)" proponuje zapis: "pulsoksymetryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej ($\text{SpO}_2 < 85\%$)". Dodatkowo sugeruje usunięcie kryterium dot. badania z krwi włosniczkowej, ponieważ placówki POZ oraz hospicja domowe i stacjonarne nie posiadają aparatury do wykonania gazometrii, a czas potrzebny do dostarczenia próbki do laboratorium może być zbyt długi, aby uzyskać miarodajny wynik.
- ekspert 4 doprecyzował kryteria kwalifikacji proponując ich następujący zapis: „1) duszność o nasileniu 4 punktów w skali mMRC (ang. *modified Medical Research Council*) pomimo optymalnego leczenia przyczyny przewlekłej niewydolności oddechowej oraz 2) co najmniej częściowa (hypoksemiczna) przewlekła niewydolność oddechowa, pomimo optymalnej tlenoterapii, przy stwierdzeniu ciśnienia parcjalnego tlenu we krwi (PaO_2) $< 55 \text{ mmHg}$ w badaniu gazometrycznym lub saturacji krwi (SaO_2) $< 88\%$ w nieinwazyjnym badaniu pulsoksymetrycznym.” Ponadto wskazał konieczność korekty nazwy rozpoznania J96.1 w KŚOZ, która zgodnie z nomenklaturą ICD-10 ma zapis: Przewlekła niewydolność oddechowa. Dodatkowo, ekspert zaznaczył, że kryterium dot. gazometrii może być problematyczne w związku z brakiem dostępności aparatury w hospicjach i placówkach POZ.

4 ekspertów zgodziło się z propozycjami z KŚOZ dotyczącymi kryteriów szczegółowych kwalifikacji do OPH dla rozpoznania J96.1. Eksperci nie odnieśli się do propozycji zawężenia wskazania J96 Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej do J96.1 Przewlekła niewydolność oddechowa w wykazie stanowiącym załącznik do Rozporządzenia OPH.

6. Niewydolność serca (ICD-10: I50)

8 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji kryteriów kwalifikacji do OPH dla rozpoznania I50. 2 ekspertów zaproponowało dodanie do kryteriów kwalifikacji zapisu o konsylium specjalistycznym, które miałoby decydować o dyskwalifikacji pacjenta z leczenia przyczynowego, intensywnej terapii i działań reanimacyjnych. 1 ekspert zaproponował modyfikację kryteriów kwalifikacji wskazując, że pacjent powinien spełniać wszystkie 3 kryteria dotyczące: wyczerpania możliwości efektywnego leczenia niewydolności farmakoterapią, nieskuteczności lub braku możliwości leczenia retencji płynów dożylnymi diuretykami oraz odbicia 2 hospitalizacji z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. Inny ekspert nie zgadza się z kryteriami z KŚOZ wskazując, że pacjenci z rozpoznaniem niewydolności serca klasy IV według klasyfikacji NYHA powinni być objęci opieką długoterminową. 4 ekspertów zgodziło się z kryteriami zaproponowanymi w KŚOZ. Eksperci nie odnieśli się do propozycji usunięcia kardiomiopatii (I42-I43) z wykazu stanowiącego załącznik do Rozporządzenia OPH.

7. Schyłkowa niewydolność nerek (ICD-10: N18.0)

7 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji kryteriów kwalifikacji do OPH dla rozpoznania N18.0. 1 ekspert proponuje dodanie - do kryteriów kwalifikacji z KŚOZ (tj. eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego) – zapisu: „...lub odmowy chorego na leczenie nerkozastępcze”, a inny ekspert zaproponował uzupełnienie o zapis: „...lub odstąpienia od wcześniej stosowanego leczenia nerkozastępczego”. 5 ekspertów zgadza się z zapisami proponowanymi w KŚOZ.

8. Owrzodzenie odleżynowe (ICD-10: L89)

6 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji kryteriów kwalifikacji do OPH dla rozpoznania L89. 2 ekspertów nie zgodziło się z kryteriami kwalifikacji zaproponowanymi w KŚOZ wskazując, że ta populacja pacjentów nie powinna być objęta OPH. Jeden z tych ekspertów wyjaśnił, iż w jego opinii ta grupa pacjentów powinna zostać objęta opieką długoterminową. 4 ekspertów uznało kryteria kwalifikacji zapisane w KŚOZ za właściwe.

9. Nowotwory (ICD-10: C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48)

7 ekspertów udzieliło opinii dotyczących propozycji zmian w zakresie rozpoznań nowotworowych kwalifikujących do OPH (jest: C00-D48, będzie: C00- C97, D32-D33, D35, D37-D48). Eksperci są zgodni, że propozycja usunięcia części rozpoznań nowotworów łagodnych jest uzasadniona. 3 ekspertów podkreśliło, że wytypowane do usunięcia wskazania nowotworowe nie mają przebiegu postępującego i zagrażającego życiu.

10. Ograniczenie czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i w stacjonarnej opiece paliatywnej

W KŚOZ dla rozpoznań J96.1, I50, L89, zaproponowano warunek ograniczenia czasu trwania leczenia w stacjonarnej lub domowej opiece paliatywnej do 180 dni. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, zgodnie z KŚOZ. 8 ekspertów udzieliło opinii odnośnie do tej propozycji.

3 ekspertów uważa, że propozycja jest zasadna, z czego 2 osoby zaznaczyły, że zmiana wymagałaby usprawnienia systemu przekazywania chorych pomiędzy jednostkami opieki paliatywnej a jednostkami opieki długoterminowej, aby zapewnić pacjentowi ciągłość świadczeń. Ci sami eksperci podkreślili, że w przypadku braku zgody NFZ na kontynuowanie opieki paliatywnej, płatnik powinien wskazać właściwe miejsce dalszego leczenia pacjenta, który jest np. niesamodzielny lub z powodów socjalnych nie może wrócić do domu. Dodatkowo, zgodnie z opinią ekspertów, NFZ nie powinien stosować kar w stosunku do podmiotu opieki paliatywnej w sytuacji kontynuowania opieki nad pacjentem w przypadku braku miejsc w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych lub opiekuńczo-leczniczych.

1 ekspert odniósł się jedynie do rozpoznania I50 wskazując, że proponowane w KŚOZ ograniczenie czasowe jest zasadne. 2 ekspertów uważa, że zapis jest słuszny tylko dla rozpoznania L89. 2 ekspertów zaopiniowało propozycję jako nieadekwatną dla rozpoznania I50, z czego 1 ekspert zaznaczył, że nie jest ona zasadna także dla rozpoznania L89. Ten sam specjalista wskazał, że pacjenci z rozpoznaniem I50 lub L89 mają długi czas przeżycia, przez co powinni być objęci opieką długoterminową. Inny ekspert przekazał w opinii, że Zespół ds. długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, powołany przez MZ, przyjął wymóg konieczności weryfikacji przez lekarza zasadności leczenia chorych w opiece stacjonarnej i domowej co 90 dni, wskazując, że jest to właściwe rozwiązanie.

11. Skutki finansowe dla płatnika publicznego

7 ekspertów odniosło się w swoich opiniach do skutków finansowych proponowanych w KŚOZ modyfikacji kryteriów kwalifikacji do OPH. Zdaniem 5 ekspertów proponowane zmiany nie powinny w istotny sposób wpłynąć na budżet płatnika. 1 ekspert stwierdził, że kwalifikacja do OPH pacjentów z rozpoznaniem I50 i L89 będzie generowała koszty. Według innego eksperta zaproponowane w KŚOZ zmiany kryteriów kwalifikacji do OPH wpłyną na obniżenie kosztów, ponieważ zmniejszy się liczba hospitalizacji (pacjentów onkologicznych i kardiologicznych) oraz wizyt u lekarzy POZ.

12. Oszacowania rocznej liczby pacjentów

Dane dotyczące oszacowania rocznej liczby pacjentów, którzy kwalifikowaliby się do OPH w warunkach stacjonarnych i domowych według kryteriów z KŚOZ, przekazało w opiniach 7 ekspertów, przy czym nie każdy ekspert odniósł się do wszystkich wskazań. Nie wszyscy eksperci są zgodni między sobą, a w przekazanych oszacowaniach widoczne są pewne rozbieżności. W poniższej tabeli zestawiono dane przekazane w opiniach ekspertów.

Tabela 18. Dane dotyczące oszacowania rocznej liczby pacjentów, którzy kwalifikowaliby się do OPH w warunkach stacjonarnych i domowych według kryteriów z KŚOZ, przekazane w opiniach ekspertów

ICD-10	Warunki	Ekspert 1	Ekspert 2	Ekspert 3	Ekspert 5	Ekspert 6	Ekspert 7	Ekspert 8
B20-B24	stacjonarne	-	-	<50	<50	0	-	20
	domowe	-	-	<50	<50	0	-	200
G09	stacjonarne	-	-	50	50	300	-	wartość łączna ^b
	domowe	-	-	50	50	600	-	
G10-G13	stacjonarne	-	-	250	250	300	-	
	domowe	-	-	350	350	600	-	
G35-G37	stacjonarne	-	-	150	200	500	-	
	domowe	-	-	300	300	1 500	-	
J96.1	stacjonarne	-	-	1 500	1 500	1 000	-	500
	domowe	-	-	2 500	2 500	1 000	-	4 500
I50	stacjonarne	- ^a	-	315	350	5 000	-	300
	domowe	-	-	1 700	<2 000	10 000	-	3 000
N18	stacjonarne	-	500-1 500	-	-	3 000	-	100
	domowe	-		-	-	5 000	-	1 000
L89	stacjonarne	-	-	3 000	3 500	5 000	-	1 500
	domowe	-	-	5 000	5 000	10 000	-	10 000
C00-97, D32-33, D35, D37-D48	stacjonarne	-	-	38 000	36 000-40 000	35 000	36 000	3 300
	domowe	-	-	66 000	65 000-68 000	75 000	55 000	136 000

^a Choroby serca są powodem ok. 12% przyjęć do amerykańskich hospicjów. W Zjednoczonym Królestwie odsetek ten wynosi 10%.

^b Łącznie dla G09-13 i G35-37 – warunki stacjonarne: 300. Łącznie dla G09-13 i G35-37 – warunki domowe: 3 000.

Źródło: opracowanie własne na podstawie opinii eksperckich

5. Analiza kliniczna i ekonomiczna

Zgodnie z art. 31g z ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2024 r. poz. 146 ze zm.), Prezes Agencji po otrzymaniu zlecenia Ministra właściwego do spraw zdrowia, jeśli dotyczy ono art. 31e Usuwanie świadczeń opieki zdrowotnej z koszyka świadczeń gwarantowanych lub zmiana technologii medycznej, może przygotować raport pełny albo skrócony. Z uwagi na charakter zlecenia, zdecydowano się przygotować skrócony raport.

W ramach skróconego raportu analizę kliniczną oparto na przeglądzie wytycznych praktyki klinicznej oraz rozwiązań organizacyjnych w innych krajach, ponieważ przedmiotowa zmiana technologii medycznej odnosi się do populacji uprawnionej do korzystania ze świadczeń ujętych w wykazie świadczeń gwarantowanych dostępnych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych.

Ze względu na skrócony charakter opracowania odstąpiono od przeprowadzenia analizy ekonomicznej. Opracowanie danych kosztowych związanych z ocenianą technologią znajduje się w rozdziale 6.3

6. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

6.1. Aktualny stan realizacji świadczeń

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę dorosłych pacjentów (unikalne numery PESEL), dla których w latach 2021–2024 sprawozdano świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w trzech zakresach:

- 15.4180.021.02 - świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym,
- 15.2180.027.02 - świadczenia w hospicjum domowym,
- 15.1180.007.02 - porada w poradni medycyny paliatywnej.

Liczba pacjentów, dla których zrealizowano powyższe świadczenia w ramach NFZ, w analizowanym okresie wzrasta, do poziomu ponad 107 tys. unikalnych pacjentów w roku 2024.

Tabela 19. Liczba dorosłych pacjentów, dla których w latach 2021-2024 sprawozdano świadczenie 15.4180.021.02, 15.2180.027.02 lub 15.1180.007.02 oraz wartość rozliczonych świadczeń

	Rok			
	2021	2022	2023	2024
Liczba unikalnych pacjentów	90 168	95 116	102 257	107 029
Wartość rozliczonych świadczeń [zł]	689 933 858	983 775 530	1 535 590 005	1 973 631 266

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Tabela poniżej przedstawia liczbę i odsetek pacjentów z rozpoznaniem stanowiącymi 90% obciążenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w roku 2024, dla których sprawozdano co najmniej jedno z ww. świadczeń. W tabeli wskazano również, jaki odsetek ogółu pacjentów z rozliczonymi ww. świadczeniami, stanowili pacjenci w poszczególnych wskazaniach.

Tabela 20. Liczba dorosłych pacjentów oraz struktura rozpoznań, dla których w roku 2024 sprawozdano świadczenie z zakresu świadczeń 15.4180.021.02, 15.2180.027.02 lub 15.1180.007.02

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów
ICD-10	Nazwa		
C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	15 808	13,99%
C50	Nowotwór złośliwy piersi	8 045	7,12%
L89	Owrzodzenie odleżynowe	7 692	6,81%
C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	6 720	5,95%
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	6 060	5,36%
C25	Nowotwór złośliwy trzustki	3 863	3,42%
C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	3 837	3,40%
J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	3 796	3,36%
D38	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	3 542	3,13%
C16	Nowotwór złośliwy żołądka	3 495	3,09%
C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	3 394	3,00%
D37	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów układu pokarmowego	3 122	2,76%
C71	Nowotwór złośliwy mózgu	2 588	2,29%
C56	Nowotwór złośliwy jajnika	2 444	2,16%
C80	Nowotwór złośliwy bez określenia umiejscowienia	2 014	1,78%
I42	Kardiomiopatia	1 970	1,74%

Rozpoznanie główne		Liczba pacjentów	Odsetek pacjentów
ICD-10	Nazwa		
C64	Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej	1 957	1,73%
C79	Wtórny nowotwór złośliwy o innym umiejscowieniu	1 833	1,62%
C54	Nowotwór złośliwy trzonu macicy	1 767	1,56%
C22	Nowotwór złośliwy wątroby i przewodów żółciowych wewnątrzwątrobowych	1 450	1,28%
C53	Nowotwór złośliwy szyjki macicy	1 395	1,23%
C90	Szpiczak mnogi i nowotwory złośliwe z komórek plazmatycznych	1 381	1,22%
C78	Wtórny nowotwór złośliwy układu oddechowego i pokarmowego	1 364	1,21%
D48	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze o innym i nieokreślonym umiejscowieniu	1 341	1,19%
C15	Nowotwór złośliwy przełyku	1 232	1,09%
C43	Czerniak złośliwy skóry	1 226	1,08%
C32	Nowotwór złośliwy krtani	1 128	1,00%
C44	Inne nowotwory złośliwe skóry	1 052	0,93%
C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	866	0,77%
D41	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze układu moczowego	813	0,72%
C24	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części dróg żółciowych	770	0,68%
D43	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze mózgu i ośrodkowego układu nerwowego	704	0,62%
C49	Nowotwór złośliwy tkanki łącznej i innych tkanek miękkich	639	0,57%
C02	Nowotwór złośliwy innych i nieokreślonych części języka	506	0,45%
C09	Nowotwór złośliwy migdałka	493	0,44%
C91	Białaczka limfatyczna	483	0,43%
C85	Inne i nieokreślone postacie chłoniaka nieziarniczego	476	0,42%
G35	Stwardnienie rozsiane	458	0,41%

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

W roku 2024, rozpoznania nowotworowe stanowiły 86,6% wszystkich sprawozdanych jednostek chorobowych w opiece paliatywnej i hospicyjnej wśród pacjentów dorosłych, a rozpoznania nienowotworowe - 13,8%. Największy odsetek rozpoznań stanowił nowotwór złośliwy oskrzela i płuca (14,0%), rak piersi (7,1%) i owrzodzenia odleżynowe (6,8%).

Spośród wskazań zaproponowanych w KŚOZ do usunięcia z wykazu rozpoznań kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych, w powyższej tabeli znalazła się kardiomiopatia (I42) z liczbą pacjentów 1 970 (w tym 1 959 w warunkach stacjonarnych lub domowych). W ramach kodu J96, zliczeni zostali pacjenci z rozpoznaniem J96 innym niż J96.1 (J96, J96.0, J96.9 – łącznie 1 959 pacjentów, w tym 1 904 w warunkach stacjonarnych lub domowych), jak i J96.1 (1 948, w tym 1 913 w warunkach stacjonarnych lub domowych), którego dodanie do wykazu zaproponowano w KŚOZ.

Pozostałe ze wskazań, proponowane do usunięcia, a nieuwjęte w powyższej tabeli (z uwagi na niewielki udział rozpoznań) stanowią: I43 (97 pacjentów, w tym 96 w warunkach stacjonarnych lub domowych) oraz D00-D31, D34 i D36 (łącznie 382 pacjentów, w tym 354 w warunkach stacjonarnych lub domowych).

Struktura wydatków w opiece paliatywnej i hospicyjnej

W poniższej tabeli przedstawiono wartość rozliczonych świadczeń oraz liczbę pacjentów w analizowanych zakresach świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej w roku 2024.

Tabela 21. Liczba pacjentów oraz struktura wydatków ponoszonych przez płatnika publicznego w zależności od warunków realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, rok 2024

Zakres świadczeń	Liczba unikalnych pacjentów	Wartość rozliczona [zł]
Poradnia medycyny paliatywnej 15.1180.007.02	11 626	8 203 169
Hospicjum domowe 15.2180.027.02	67 163	821 775 331
Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne 15.4180.021.02	45 598	1 143 652 767
SUMA	107 029	1 973 631 266

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Zgodnie z danymi NFZ, w roku 2024 świadczenie opieki paliatywnej lub hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych (15.4180.021.02 lub 15.2180.027.02) sprawozdano dla 100 734 unikalnych pacjentów.

W roku 2024, największa liczba pacjentów uzyskiwała świadczenia w ramach opieki w warunkach domowych (ponad 67 tys. unikalnych pacjentów), natomiast największe wydatki płatnik poniósł na realizację świadczeń w warunkach stacjonarnych (ponad 1,1 mld zł). Łącznie świadczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej, niezależnie od warunków realizacji, w roku 2024 uzyskało ponad 100 tys. unikalnych pacjentów, generując przy tym wydatki dla płatnika na poziomie blisko 2 mld zł.

6.2. Stanowisko NFZ

NFZ, w odpowiedzi z dnia 08.09.2025 r. (pismem znak NFZ-DSOZ-SODPHS.660.42.2025), pozytywnie odniósł się do propozycji określenia dla rozpoznania ICD-10: J96, I50, L89 czasu leczenia do 180 dni w roku kalendarzowym w domowej opiece paliatywnej i do 180 dni w roku kalendarzowym w stacjonarnej opiece paliatywnej. Według NFZ, przedmiotowe rozpoznania często są powodem przedłużających się pobytów w opiece paliatywnej i hospicyjnej. NFZ wskazuje, że część pacjentów można byłoby przenieść do innej formy opieki adekwatnej do ich potrzeb zdrowotnych, poprawiając dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej dla najciężiej chorych pacjentów.

Według NFZ, możliwe jest skrócenie kolejki dla najciężiej chorych pacjentów: wskutek działań w 2023 r. udało się przekierować 209 pacjentów do innych form opieki, a tym samym skrócić kolejkę o ok. 7%. NFZ wskazuje, że wprowadzenie zmiany byłoby działaniem systemowym o wiele skuteczniejszym od doraźnych działań NFZ w zakresie poprawy dostępności od świadczeń.

Według NFZ, zapis wskazujący, że w przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego, czas trwania leczenia może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego, za pisemną zgodą dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, zabezpiecza przed wypisaniem pacjentów wymagających opieki.

NFZ nie odniósł się do proponowanej w KŚOZ modyfikacji kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych, jak i propozycji Wnioskodawcy o udostępnieniu świadczeń tej opieki w warunkach ambulatoryjnych dla wszystkich skierowanych pacjentów, niezależnie od rozpoznania, w przypadku potrzeby specjalistycznego leczenia objawowego. NFZ nie przedstawił także opinii dotyczącej skutków finansowych zaproponowanych przez Wnioskodawcę zmian dla systemu ochrony zdrowia.

6.3. Analiza wpływu na budżet – oszacowanie własne AOTMiT

W poniższym rozdziale przedstawiono oszacowanie przewidywanych skutków dla systemu ochrony zdrowia, związanych z ewentualnym wprowadzeniem proponowanych w KŚOZ zmian w zakresie kwalifikacji pacjentów do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych.

6.3.1. Wielkość populacji docelowej

Zgodnie z KŚOZ, pacjenci z rozpoznaniem ujętymi w wykazie (Tabela 1) powinni zostać objęci opieką paliatywną i hospicyjną w warunkach stacjonarnych lub domowych, natomiast dostęp do świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych powinien przysługiwać świadczeniobiorcom chorym na

zagrożające życiu lub ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, również spoza zaproponowanego wykazu.

Z uwagi na proponowany w KŚOZ nieograniczony dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych niezależnie od rodzaju schorzenia i stopnia zaawansowania choroby zagrażającej życiu lub ograniczającej życie, oszacowanie populacji pacjentów mogących korzystać z tej opieki w warunkach ambulatoryjnych nie jest możliwe. Należy jednak spodziewać się wzrostu obciążenia poradni ambulatoryjnych realizujących świadczenia z rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Dane o liczbie pacjentów w poszczególnych wskazaniach spełniających kryteria kwalifikacji do opieki w warunkach stacjonarnych i domowych zaproponowane w KŚOZ pochodzą z opinii ekspertów klinicznych.

Dla części rozpoznań zidentyfikowano dane literaturowe określające liczebność pacjentów w danym stopniu zaawansowania (L89, N18.0) lub dane sprawozdawcze NFZ (G35, J96.1, C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48). Odnalezione dane wykorzystano w celu weryfikacji przedziałów liczebności populacji wskazanych przez ekspertów.

Do oszacowań liczebności populacji w scenariuszu nowym, w wariancie średnim, wykorzystano dane sprawozdawcze NFZ dla wskazań onkologicznych (C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48), natomiast ze względu na szczegółowy charakter kryteriów klinicznych proponowanych w KŚOZ dla pozostałych rozpoznań, oszacowanie populacji pacjentów na podstawie dostępnych danych nie było możliwe.

Poniższa tabela przedstawia oszacowaną, na podstawie opinii ekspertów, liczbę pacjentów z poszczególnymi rozpoznaniem mającymi stanowić kryterium kwalifikacji do opieki w warunkach stacjonarnych i domowych.

Tabela 22. Liczba pacjentów oszacowana na podstawie opinii ekspertów

Wskazanie	Stopień zaawansowania	Liczba pacjentów					
		w warunkach stacjonarnych i domowych		w warunkach stacjonarnych		w warunkach domowych	
		wariant minimalny	wariant maksymalny	wariant minimalny	wariant maksymalny	wariant minimalny	wariant maksymalny
B20-B24 Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)	AIDS (kategoria C wg CDC rev 2014)	0	220	0	20	0	200
C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48 Rozpoznania onkologiczne	Chorzy wymagający leczenia objawowego i wspomagającego	58 300	176 000	3 300	40 000	55 000	136 000
G09 Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego	1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20.	100	900	50	300	50	600
G10-13 Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy	1) Chorzy z objawami trudnymi do leczenia, którzy nie mogą być objęci wspomaganiem oddychania i z nieodwracalnie postępującym niedożywieniem wysokiego stopnia, pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt). 2) Dla rozpoznania ICD-10: G12 - pacjenci z zaawansowanym SLA wynik ALSFRS-R ≤ 20.	600	900	250	300	350	600
G35 Stwardnienie rozsiane	1) Zakończenie lub niezakwalifikowanie do terapii modyfikującej przebieg choroby. 2) Dla rozpoznania ICD-10: G35, pacjenci z zaawansowanym SM, wynik EDSS ≥ 8. 3) Nieodwracalnie postępujące niedożywienie wysokiego stopnia pomimo stosowania leczenia żywieniowego (wg skali Nutritional Risk Index < 83,5 pkt).	450	2 000	150	500	300	1 500
G36 Inne rozsiane procesy demielinizacyjne o ostrym przebiegu							
G37 Inne choroby demielinizacyjne ośrodkowego układu nerwowego							
I50 Niewydolność serca	1) Niewydolność serca NYHA IV pomimo stosowania dożylnych diuretyków pętlowych oraz dwie hospitalizacje z powodu zaostrzenia niewydolności serca w ciągu ostatnich 12 miesięcy. 2) Okres leczenia do 180 dni.	2 000	15 000	300	5 000	1 700	10 000

Wskazanie	Stopień zaawansowania	Liczba pacjentów					
		w warunkach stacjonarnych i domowych		w warunkach stacjonarnych		w warunkach domowych	
		wariant minimalny	wariant maksymalny	wariant minimalny	wariant maksymalny	wariant minimalny	wariant maksymalny
J96.1 Przewlekła niewydolność oddechowa	1) Spełnione łącznie kryteria: • duszność spoczynkowa, nie ustępująca pomimo stosowania terapii choroby, która doprowadziła do niewydolności oddechowej, • gazometryczne wskaźniki ciężkiej niewydolności oddechowej (PaO ₂ <55 mmHg lub PaCO ₂ <60 mmHg ze współistniejącymi wykładnikami prawokomorowej niewydolności serca lub polycytemią) pomimo tlenoterapii, albo niemożność zastosowania tlenoterapii. 2) Dopuszcza się badanie z krwi włóśniczkowej. 3) Okres leczenia do 180 dni.	1 500	6 000	500	1 500	1 000	4 500
L89 Owrzodzenie odleżynowe	1) III i IV stopień według EPUAP. 2) Okres leczenia do 180 dni.	6 500	15 000	1 500	5 000	5 000	10 000
N18.0 Schyłkowa niewydolność nerek	eGFR<15ml/min, z klinicznymi objawami mocznicy, w przypadku niestosowania (dyskwalifikacji) leczenia nerkozastępczego.	600	8 000	100	3 000	500	5 000
SUMA		70 050	224 020	6 150	55 620	63 900	168 400

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie KŚOZ i opinii eksperckich

Według danych NFZ, świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych w 2024 r. sprawozdano dla 86 348 dorosłych pacjentów z rozpoznaniem onkologicznymi C00-C97, D32-D33, D35 i D37-D48. Zdaniem ekspertów, po wdrożeniu zmian proponowanych w KŚOZ, populacja ta może liczyć od 58 300 do 176 000 pacjentów. Minimum i maksimum podane przez ekspertów wykorzystano do oszacowania wariantów minimalnego i maksymalnego, natomiast w wariancie średnim (wariant II) przyjęto liczbę pacjentów na podstawie danych sprawozdawczych.

Dokonano również szacowania liczby dorosłych pacjentów z rozpoznaniem, które zgodnie z KŚOZ mają zostać usunięte z listy wskazań kwalifikujących do świadczeń z zakresu OPH w warunkach stacjonarnych i domowych. Poniższa tabela przedstawia liczbę tych pacjentów, ze wskazaniem struktury rozpoznania głównych dla których rozliczono świadczenia. W tabeli wskazano również, jaki odsetek ogółu pacjentów ze sprawozdanymi ww. świadczeniami, stanowili pacjenci w poszczególnych wskazaniach.

Tabela 23. Liczba dorosłych pacjentów, dla których w roku 2024 sprawozdano świadczenia w ramach zakresów 15.4180.021.02 lub 15.2180.027.02 z rozpoznaniem, które zgodnie z KŚOZ mają zostać usunięte z listy wskazań kwalifikujących do świadczeń w warunkach stacjonarnych i domowych

Rozpoznanie główne	Liczba unikalnych pacjentów	Odsetek pacjentów
D00-D31, D34, D36 z rozszerzeniami Rozpoznanie onkologiczne	354	0,35%
I42 z rozszerzeniami Kardiomiopatia	1 959	1,94%
I43 z rozszerzeniami Kardiomiopatia w przebiegu chorób sklasyfikowanych gdzie indziej	96	0,10%
J96 z rozszerzeniami J96, J96.0, J96.9* Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	1 904	1,89%
SUMA	4 305	4,27%

*Z uwagi na proponowane w KŚOZ doprecyzowanie zmieniające J96 na J96.1 w wykazie rozpoznania kwalifikujących do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną w warunkach stacjonarnych i domowych, oszacowano populację pacjentów z pozostałymi rozpoznaniem z grupy J96 objętych tą formą opieki w roku 2024.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

6.3.2. Metodyka i sposób przeprowadzenia analizy

Poniżej przedstawiono założenia i metodykę analizy potencjalnych skutków finansowych w przypadku wprowadzenia wnioskowanych w KŚOZ zmian.

Założenia ogólne: W analizie wpływu na budżet przedstawiono:

- scenariusz istniejący bazujący na stanie obecnym, w którym – na podstawie danych sprawozdawczych NFZ – przedstawiono wydatki płatnika publicznego związane z rozliczaniem świadczeń realizowanych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej z zastosowaniem produktów rozliczeniowych 15.4180.021.02 (świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym), 15.2180.027.02 (świadczenia w hospicjum domowym), 15.1180.007.02 (porada w poradni medycyny paliatywnej).
- nowy scenariusz, w którym przyjęto kryteria kwalifikacji do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych, zgodnie z propozycją Wnioskodawcy; wielkość populacji obliczono na podstawie opinii ekspertów. Do oszacowania populacji w wariancie średnim wykorzystano dane sprawozdawcze NFZ dla wskazań onkologicznych (C00-C97, D32-D33, D35, D37-D48).

6.3.3. Wyniki

Scenariusz istniejący

Informacje o zakresie obecnej realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych, na podstawie danych sprawozdawczych NFZ za rok 2024, zestawiono w poniższej tabeli.

Tabela 24. Scenariusz istniejący

Wariant obecnie istniejący	Liczba unikalnych pacjentów	Wartość rozliczona w 2024 r. [zł]
opieka paliatywna i hospicyjna ogółem	107 029	1 973 631 266
opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach stacjonarnych i domowych	100 734	1 965 428 097
opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach ambulatoryjnych	11 626	8 203 169

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych NFZ

Scenariusz nowy - opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach stacjonarnych i domowych

Jako scenariusz istniejący, przyjęto przedstawione w Tabeli 24 sumaryczne dane dla opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanej w warunkach stacjonarnych i domowych: 100 734 unikalnych pacjentów, generujących wydatki płatnika publicznego na poziomie 1 965 428 097 zł (w warunkach stacjonarnych – 45 598 pacjentów i 1 143 652 767 zł, warunkach domowych - 67 163 pacjentów i 821 775 331 zł).

Dla scenariusza nowego przyjęto trzy warianty obciążenia świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych: minimalny (wariant I), średni (wariant II) i maksymalny (wariant III). Szacunkowe obciążenie ww. świadczeniodawców, po wdrożeniu zmian proponowanych w KŚOZ, ze wskazaniem szacowanej związanej z tym zmiany liczby pacjentów w porównaniu do roku 2024, przedstawia poniższa tabela.

Tabela 25. Scenariusz nowy - wyniki oszacowania liczby pacjentów

Warunki opieki	Wariant	Liczba pacjentów	Zmiana liczby pacjentów w porównaniu do 2024 r.
Warunki stacjonarne i domowe	Wariant I (minimalny)	70 050	Spadek o 30,46%
	Wariant II (średni)	116 233	Wzrost o 15,39%
	Wariant III (maksymalny)	224 020	Wzrost o 122,39%
Warunki stacjonarne	Wariant I (minimalny)	6 150	Spadek o 86,51%
	Wariant II (średni)	16 533	Spadek o 63,74%
	Wariant III (maksymalny)	55 620	Wzrost o 21,97%
Warunki domowe	Wariant I (minimalny)	63 900	Spadek o 4,86%
	Wariant II (średni)	82 527	Wzrost o 22,88%
	Wariant III (maksymalny)	168 400	Wzrost o 150,73%

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie opinii eksperckich i danych NFZ

Zgodnie z powyższymi szacunkami, po wdrożeniu proponowanych w KŚOZ zmian w zakresie opieki realizowanej w warunkach stacjonarnych i domowych, należałoby się spodziewać zmiany liczby pacjentów: w wariantie minimalnym – obniżenia o ok. 30% (rocznie ok. 70 tys. pacjentów), w wariantie średnim – wzrostu o ponad 15% (rocznie ok. 116 tys. pacjentów), a w maksymalnym – wzrostu o ok. 122% (rocznie ok. 224 tys. pacjentów), które wpłyną na wysokość wydatków płatnika publicznego. Należy przy tym podkreślić, że zmniejszenie liczby pacjentów w wariantie minimalnym wynikałoby nie tylko z usunięcia wybranych rozpoznań z wykazu, ale również z określenia stopnia zaawansowania danej jednostki chorobowej kwalifikującego do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych i domowych.

Oszacowany wariant maksymalny jest zbliżony do prognoz przedstawionych w Krajowym Planie Transformacji na lata 2022-2026 (KPT), wskazujących na potrzebę do roku 2050 zapewnienia ok. 222 tys. miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej⁸⁷.

Szczegółowe oszacowanie wpływu wprowadzenia proponowanych w KŚOZ zmian na poziom wydatków płatnika publicznego obarczone byłoby istotnymi ograniczeniami, dlatego też od niego odstąpiono. Ograniczenia wynikają m.in. z faktu, że w ramach analizowanych zakresów świadczeń rozliczane są różne produkty jednostkowe, co uniemożliwia precyzyjne określenie zarówno liczby pacjentów wymagających danego świadczenia (np. żywienie pozajelitowe, dojelitowe), jak i przewidywanej liczby osobodni ich pobytu w hospicjum.

⁸⁷ Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji krajowego planu transformacji (Dz.Urz.MZ.2024.146). <https://www.infor.pl/akt-prawny/U04.2024.366.0000146.obwieszczenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-aktualizacji-krajowego-planu-transformacji.html> [data dostępu: 11.09.2025].

Scenariusz nowy - opieka paliatywna i hospicyjna w warunkach ambulatoryjnych

W zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych, odstąpiono od szacowania szczegółowych kosztów wnioskowanej zmiany dla płatnika publicznego z powodu braku możliwości oszacowania populacji pacjentów mających kwalifikować się do tej formy opieki po wdrożeniu proponowanych w KŚOZ zmian.

W roku 2024, obciążenie świadczeniodawców zapewniających tę formę opieki, wyniosło 11 626 pacjentów, co przełożyło się na wydatki płatnika publicznego na poziomie 8 203 169 zł. Należy się spodziewać wzrostu wydatków dla płatnika publicznego związanych z pacjentami ambulatoryjnymi, których populacja jest obecnie ograniczona ujętym w Rozporządzeniu OPH wykazem rozpoznań kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej, jednakże skala wzrostu wydatków jest niemożliwa do oszacowania.

6.3.4. Wnioski i ograniczenia analizy

- Wydatki płatnika związane z realizacją świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej dla osób dorosłych w 2024 r. wyniosły ponad 1,97 mld zł, z czego 8,2 mln zł stanowiły świadczenia realizowane w ramach opieki ambulatoryjnej (poradnia medycyny paliatywnej). Liczba pacjentów dorosłych objętych opieką paliatywną i hospicyjną w analizowanych zakresach świadczeń wyniosła ponad 107 tys. Świadczenia w trybie stacjonarnym lub domowym udzielono ponad 100 tys. pacjentów, a w trybie ambulatoryjnym – ponad 11 tys. osób.
- Liczba pacjentów oraz koszty udzielonych im świadczeń w latach 2021-2024 wzrastają. Trend ten jest związany ze zmianami demograficznymi, w szczególności starzeniem się społeczeństwa i częstszym występowaniem chorób wymagających opieki paliatywnej.
- Zgodnie z propozycją KŚOZ, dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, powinien przysługiwać świadczeniobiorcom chorym na zagrażające życiu lub ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, na podstawie skierowania. Obecnie, do tej formy opieki dostęp jest ograniczony do pacjentów z rozpoznaniem ujętymi w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do Rozporządzenia OPH. Należy spodziewać się, że wdrożenie proponowanej w KŚOZ zmiany spowoduje wzrost obciążenia poradni medycyny paliatywnej, a w konsekwencji wzrost wydatków płatnika publicznego. Wielkość populacji, która byłaby objęta świadczeniem jest niemożliwa do precyzyjnego określenia.
- Wdrożenie proponowanych w KŚOZ zmian w zakresie opieki realizowanej w warunkach stacjonarnych i domowych wiązałoby się ze zmianą liczby pacjentów - zmianą liczby pacjentów w związku z usunięciem części rozpoznań z wykazu kryteriów oraz doprecyzowaniem stanu klinicznego i równocześnie uwzględnieniem w wykazie dodatkowych jednostek chorobowych.

Populację docelową, która byłaby objęta opieką paliatywną i hospicyjną w warunkach stacjonarnych i domowych oszacowano na podstawie opinii ekspertów oraz danych NFZ. Należy podkreślić, że tylko część wskazanych przez nich informacji była możliwa do zweryfikowania w danych literaturowych. Ponadto w danych przedstawionych przez ekspertów występują rozbieżności dotyczące szacunkowej liczby pacjentów wymagających danej opieki.

Oszacowania na podstawie danych podanych przez ekspertów wskazują, że w wariancie minimalnym należałoby spodziewać się zmniejszenia liczby pacjentów o ponad 30% (rocznie ok. 70 tys. pacjentów, co wynikałoby z usunięcia części rozpoznań oraz doprecyzowania kryteriów klinicznych zawężających liczbę osób spełniających warunki kwalifikacji), w wariancie średnim – wzrostu o ok. 15% (rocznie ok. 116 tys. pacjentów), a w maksymalnym – wzrostu o ok. 122% (rocznie ok. 224 tys. pacjentów). Zmiana liczby pacjentów będzie miała bezpośrednie przełożenie na poziom wydatków płatnika, z uwagi na nielimitowany charakter świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ograniczenia oszacowań dot. kosztów proponowanych zmian w warunkach stacjonarnych i domowych wynikają z możliwości rozliczania w ramach analizowanych zakresów świadczeń różnych produktów rozliczeniowych oraz z braku możliwości precyzyjnego określenia liczby pacjentów wymagających danego świadczenia (np. żywienie pozajelitowe, dojelitowe), a także przewidywanej liczby osobodni ich pobytu w hospicjum.

7. Bibliografia

Wytyczne praktyki klinicznej	
AAN 2022	L. P Taylor et al., Clinical Guidance in Neuropalliative Care: An AAN Position Statement. <i>Neurology</i> ;2022; 98(10):409–416.
AHA 2025	L. J. Graven et al., Palliative Care and Advanced Cardiovascular Disease in Adults: Not Just End-of-Life Care: A Scientific Statement From the American Heart Association, <i>Circulation</i> 2025;151:e1030-e1042.
AHA/ACC/HFSA 2022	P. A. Heidenreich et al., 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. <i>Circulation</i> 2022;145:e895-e1032.
ASCO 2024	J. J. Sanders et al., Palliative Care for Patients With Cancer: ASCO Guideline Update. <i>JCO</i> 2024;42:2336-2357. https://ascopubs.org/doi/10.1200/JCO.24.00542 [data dostępu: 02.09.2025].
ASCO Guidelines	ASCO Guidelines Methodology Manual https://cdn.bfldr.com/KOIHB2Q3/as/gr3piw3xfmq2svntp76hpbm/Guidelines-Methodology-Manual [data dostępu: 09.09.2025].
ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN 2022	R.D. Sullivan et. al., Palliative Care Early in the Care Continuum among Patients with Serious Respiratory Illness An Official ATS/AAHPM/HPNA/SWHPN Policy Statement. <i>Eur. Respir. J.</i> 2023;62(2):e44-e69.
BSPRM 2022	K.P.S Nair et al., The role of palliative care interventions for people living with long term neurological conditions, British Society of Physical & Rehabilitation Medicine, 2022, https://www.bsprbm.org.uk/mp-files/palliative-care-position-paper.pdf/ [data dostępu: 12.08.2025].
CMSC 2019	CMSC, Comprehensive palliative care in MS: CMSC consensus statement and proposed guidelines, Consortium for MS Centers 2019, https://www.msccare.org/2019-cmsc-practical-guidelines-for-the-selection-of-disease-modifying-therapies-in-multiple-sclerosis/ [data dostępu: 11.08.2025].
DGN 2023	S. Petri et al., Guideline "Motor neuron diseases" of the German Society of Neurology (Deutsche Gesellschaft für Neurologie). <i>Neurol. Res. and Pract.</i> , 2023;5(25):1-9.
EAN 2020	A. Solari, et al., EAN guideline on palliative care of people with severe, progressive multiple sclerosis, <i>Eur. J. Neurol.</i> , 2020;27(8):1510–1529.
EAN/ERN-NMD 2024	P. Van Damme et al., European Academy of Neurology (EAN) guideline on the management of amyotrophic lateral sclerosis in collaboration with European Reference Network for Neuromuscular Diseases (ERN EURO-NMD), <i>Eur J Neurol.</i> 2024;31:1-16.
EAPC 2020	P. Sobanski et al., Palliative care for people living with heart failure: European Association for Palliative Care Task Force expert position statement. <i>Cardiovasc. Res.</i> 2020;116(1):12–27.
EAPC 2022	S. Payne et al., Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study, <i>Palliat Med.</i> 2022;36(4):680-697.
EAPC/EAN 2016	D. J. Oliver, et al., A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. <i>Eur. J. Neurol.</i> , 2016;23(1):30–38.
EPUAP/NPIAP/PPPIA 2019	E. Haesler (red.), Prevention and Treatment of Pressure Ulcers/Injuries: Clinical Practice Guideline. The International Guideline, European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance 2019. https://internationalguideline.com/2019 [data dostępu: 12.08.2025].
ERS 2023	D. J. A. Janssen, et. al., European Respiratory Society clinical practice guideline: palliative care for people with COPD or interstitial lung disease. <i>Eur. Respir. J.</i> 2023;62(2):1-22.
ESC 2021	T. McDonagh et al., 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. <i>Eur. Heart J.</i> 2021;42(36):3599-3726. https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368 [data dostępu: 02.09.2025].
ESMO 2021	G.B. Crawford et al., ESMO Guidelines Committee, Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines, <i>ESMO Open</i> , 2021;6(4):1-13.
GGPO 2015	German Guideline Program in Oncology, Evidenced-based Guideline: Palliative care for patients with incurable cancer Short version 1.1 – May 2015 AWMF-Registration number: 128/001OL https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/fileadmin/migrated/content/uploads/Guideline_Palliative_Care_Short_Version_01.pdf [data dostępu: 05.09.2025].
HIS 2025	Healthcare Improvement Scotland, Renal disease in the last days of life, HIS 2025. https://rightdecisions.scot.nhs.uk/scottish-palliative-care-guidelines/last-days-of-life/renal-disease-in-the-last-days-of-life/ [data dostępu: 02.09.2025].
KDIGO 2024	Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group (2024). KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. <i>Kidney international</i> , 105(4S), S117–S314.
NCCN 2025	A. M. Walling et al., NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Palliative Care Version 2.2025 — March 31, 2025., https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/palliative.pdf [data dostępu: 02.09.2025].
NHS England 2019	NHS England: Symptom Control, Palliative Care & Referral Guidelines for Patients with Chronic Respiratory Disease, National Health Service England 2019. https://www.england.nhs.uk/commissioning/wp-content/uploads/sites/5/2019/02/Network_Palliative_Care-Respiratory_Guidelines_June_2016_final_V1.2.pdf [data dostępu: 11.08.2025].

NICE 2019	NICE, Motor neurone disease: assessment and management, National Institute for Health and Care Excellence 2019, https://www.nice.org.uk/guidance/ng42 , [data dostępu: 13.08.2025].
NICE 2022	NICE, Multiple sclerosis in adults: management, National Institute for Health and Care Excellence 2022, www.nice.org.uk/guidance/ng220 , [data dostępu: 8.08.2025].
PTMP 2018	A. Adamczyk et al., Stanowisko Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej dotyczące kwalifikacji do opieki paliatywnej i postępowania z pacjentem ze stwardnieniem zanikowym bocznym i stwardnieniem rozsianym, Medycyna Paliatywna, 2018; 10(3):115-130.
PTN AIDS 2025	M. Bociąga-Jasik et al., Zasady opieki nad osobami żyjącymi z HIV. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Naukowego AIDS, Polskie Towarzystwo Naukowe AIDS Warszawa–Kraków 2025. https://ptnaids.pl/wp-content/uploads/2025/06/Rekomendacje_PTNAIDS_2025_2.pdf [data dostępu: 06.08.2025].
WHO 2016	WHO, Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers, World Health Organization 2016. https://apps.who.int/iris/handle/10665/250584 [data dostępu: 27.08.2025].
WHO 2021	WHO, Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, World Health Organization 2021. https://www.who.int/publications/item/9789240031593 [data dostępu: 08.08.2025].
WHO 2025	WHO, WHO Guidelines on meningitis diagnosis, treatment and care, World Health Organization 2025.
WHS 2023	L. J. Gould et al., WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers-2023 update. Wound Repair and Regeneration, 2024;32(1):6–33.

Rozwiązania organizacyjne w innych krajach

Anglia 2022a	Health and Care Act 2022 https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/body/enacted [data dostępu: 28.08.2025].
Anglia 2022b	https://www.nhs.uk/tests-and-treatments/end-of-life-care/what-it-involves-and-when-it-starts/ [data dostępu: 28.08.2025].
Chorwacja 2013	Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_80_1666.html [data dostępu: 29.08.2025].
Chorwacja 2018	Zakon o zdravstvenoj zaštiti. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html [data dostępu: 29.08.2025].
Chorwacja 2020	NN 52/2020 (29.4.2020.), Pravilnik o normativima i standardima za obavljanje zdravstvene djelatnosti. https://www.zakon.hr/c/podzakonski-propis/44394/nn-52-2020-%2829.4.2020.%29%2C-pravilnik-o-normativima-i-standardima-za-obavljanje-zdravstvene-djelatnosti [data dostępu: 29.08.2025].
Francja 2025	Code de la santé publique: <i>Partie législative (Articles L1110-1 à L6441-1)</i> . https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006103419/#LEGISCTA000006103419 [data dostępu: 28.08.2025]
Niemcy 2019	Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen, Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) und stationäre Hospizversorgung, 2019. https://md-bund.de/themen/weitere-themen/palliativversorgung.html [data dostępu: 26.08.2025].
Niemcy 2022	Gemeinsamer Bundesausschuss, Spezialisierte Ambulante Palliativversorgungs-Richtlinie/SAPV-RL, 2022. https://www.g-ba.de/richtlinien/64/#:~:text=Die%20Richtlinie%20regelt%20die%20Verordnung%20von%20spezialisierten%20ambulanten,Umfang%20der%20Leistungen%20und%20die%20Zusammenarbeit%20der%20Leistungserbringer [data dostępu: 26.08.2025].
Niemcy 2025	https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/angebote-fuer-sterbenskranken.html [data dostępu: 26.08.2025].
Portugalia 2012	Lei n.º 52/2012, de 5 de setembro https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/52-2012-174841 [data dostępu: 27.08.2025].
Portugalia 2018	Portaria n.º 66/2018 de 6 de março https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/66-2018-114822275 [data dostępu: 27.08.2025].
Portugalia 2023	Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), https://apmgf.pt/wp-content/uploads/2023/04/Folheto-Rede-Nacional-de-Cuidados-Paliativos.pdf [data dostępu: 28.08.2025].
Słowacja 2025a	Národná rada Slovenskej republiky, Zákon č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov, schválený dňa 21.10.2004, vyhlásený dňa 01.11.2004. https://www.slov-lex.sk/ezbierky/pravne-predpisy/SK/ZZ/2004/576/ [data dostępu: 27.08.2025].
Słowacja 2025b	https://www.hospic.eu/pred-prijatim/ [data dostępu: 28.08.2025].
Słowacja 2025c	https://hestia.sk/sluzby/ [data dostępu: 28.08.2025].
USA 2024	https://www.cms.gov/medicare/payment/fee-for-service-providers/hospice [data dostępu: 26.08.2025].
USA 2025	https://www.cms.gov/medicare-coverage-database/view/lcd.aspx?LCDId=34538 [data dostępu: 27.08.2025].

Akty prawne

KPT	Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie aktualizacji krajowego planu transformacji (Dz.Urz.MZ.2024.146). https://www.infor.pl/akt-prawny/U04.2024.366.0000146.obwieszczenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-aktualizacji-krajowego-planu-transformacji.html [data dostępu: 11.09.2025].
-----	---

Rozporządzenie OPH	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000262 [data dostępu: 27.08.2025].
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2024 poz. 146 ze zm.) https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20240000146/U/D20240146Lj.pdf [data dostępu: 31.07.2025].
Zarządzenie Prezesa NFZ 54/2024/DSOZ	Zarządzenie nr 54/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.
Pozostałe	
BIP 031/2015	https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2015/829-materialy-2015/3959-031-2015-zlc [data dostępu: 03.09.2025].
BIP 2/2024	https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/taryfikacja/raporty/2024/Publikacja_OPH.zip [data dostępu: 03.09.2025].
BIP 24/2016	https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/taryfikacja/raporty/2016/24-2016.zip [data dostępu: 03.09.2025].
BIP 83/2018	https://bip.aotm.gov.pl/zlecenia-mz-2018/883-materialy-2018/5510-83-2018-zlc?highlight=Wvj3cy40MzEuMy4yMDE4IIO= [data dostępu: 03.09.2025].
ICD-10	https://remedium.md/icd10 [data dostępu: 16.09.2025].
GRADE	GRADE handbook https://gdt.gradepro.org/app/handbook/handbook.html [data dostępu: 09.09.2025].
GUS	Główny Urząd Statystyczny, Prognoza ludności na lata 2023-2060, Warszawa 2023.
NIK	Najwyższa Izba Kontroli, Zapewnienie Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Informacja o wynikach kontroli, 2019; LB.Y.430.003.2019, nr ewid. 146/2019/P/18/063/LBY.
WBG	https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD [data dostępu: 22.08.2025].
WHO 2020a	World Health Organization, Global Atlas of Palliative Care 2 nd Edition, London, UK 2020.
WHO 2020b	World Health Organization, Palliative care, https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care [data dostępu: 08.09.2025].
Interna	M. Jankowski, W. Królikowski, Interna, Przewlekła niewydolność oddechowa, Medycyna Praktyczna, https://www.mp.pl/interna/chapter/B16.II.3.1.2 [data dostępu: 03.09.2025].

8. Załączniki

8.1. PKB w przeliczeniu na osobę

Tabela 26. Dane dotyczące PKB w przeliczeniu na osobę w wybranych krajach w roku 2024

Kraj	Realny Produkt Krajowy Brutto (realny PKB) na osobę (<i>per capita</i>) [USD]
dane za rok	2024
Chorwacja	23 932
Polska	25 023
Słowacja	26 148
Portugalia	28 844
Francja	46 150
Wielka Brytania	52 637
Niemcy	55 800
USA	85 810

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie: <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD> [data dostępu: 22.08.2025].