



Stanowisko Rady Przejrzystości
nr 126/2025 z dnia 30 września 2025 roku
w sprawie oceny zasadności zmiany technologii medycznej w zakresie
wskazań stanowiących podstawę kwalifikacji osób dorosłych
do opieki paliatywnej i hospicyjnej

Rada Przejrzystości uznaje za zasadną zmianę technologii medycznej w zakresie wskazań stanowiących podstawę kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Uzasadnienie

Opieka paliatywna to opieka nad pacjentami z chorobami nieuleczalnymi, szczególnie, pod koniec ich życia, która ma na celu zapobieganie cierpieniu i jego łagodzenie poprzez wczesne rozpoznawanie problemów, właściwą ocenę oraz leczenie bólu i innych dolegliwości o charakterze fizycznym, psychospołecznym i duchowym. Pierwszą grupą chorych u których podjęto opiekę paliatywną były choroby nowotworowe. W kolejnych latach została ona rozszerzona na światło o niewydolności narządowe i choroby układu nerwowego, które stanowią ok. 60% świadczeń. W Polsce, choroby nowotworowe stanowią nadal ok. 90% świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, co nie odzwierciedla demografii zachorowań i zmian generowanych przez postęp medycyny. Obecny Wykaz stanowi odwracalną barierę administracyjną przed udostępnieniem tej formy opieki umierającym i cierpiącym chorym z chorobami nienowotworowymi. W innych krajach wskazania do opieki paliatywnej opiera się na dolegliwościach pacjentów, a nie na kodyfikacji ICD. Proponowane zmiany rozszerzają dostępność do świadczeń, eliminując jednocześnie świadczenia zbędne i nadużywane.

Problem decyzyjny

Aktualny problem decyzyjny obejmuje zmiany w wykazie nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, które 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 rozсіяne 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.

Dowody naukowe

Wszystkie dostępne dowody naukowe wskazują na zasadność proponowanych zmian.

Problem ekonomiczny

U chorych u schyłku życia opieka paliatywna jest znacznie tańsza niż opieka szpitalna, szczególnie w oddziałach intensywnej opieki.

Znaczną barierą przed ekspansją medycyny paliatywnej jest jej tabuizacja czyli unikanie jej zarówno przez chorych i ich rodziny, jak i przez lekarzy jako równoważnej z poddaniem się nieuchronnemu wyrokowi choroby.

Wdrożenie proponowanych zmian w zakresie świadczeń realizowanych w warunkach domowych i stacjonarnych wiązałoby się ze wzrostem maksymalnie do 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.

Oszczędności w wyniku tych zmian, wynikające z mniejszych wydatków na leczenie szpitalne choć niemierzalne są potencjalnie duże.

Budżet państwa jest przygotowany nawet na wariant maksymalny w Krajowym Planie Transformacji.

Główne argumenty decyzji:

- *Niezaspokojona potrzeba humanitarna, medyczna i demograficzna.*
- *Rozwiązania sprawdzone już w wielu krajach.*
- *Zgodne wytyczne towarzystw naukowych.*

Tryb wydania stanowiska

Stanowisko wydano na podstawie art. 31h ust. 2 pkt 3, w zw. z art. 31s ust. 6 pkt 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146), z uwzględnieniem opracowania nr: DOZKiWJ.4212.1.2025 „Zmiana technologii medycznej w zakresie wskazań stanowiących podstawę kwalifikacji osób dorosłych do opieki paliatywnej i hospicyjnej”; data ukończenia: 23.09.2025 r.