

Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (sierpień 2011 r. – czerwiec 2012 r.)

Summary of works of the expert task force on palliative and hospice care (August 2011 – June 2012)

Aleksandra Ciałkowska-Rysz¹, Tomasz Dzierżanowski¹, Jacek Łuczak²,
Aleksandra Kotlińska-Lemieszek³, Małgorzata Krajnik⁴, Anna Orońska⁵, Artur Pakosz⁶,
Wiesława Pokropska⁷, Jadwiga Pyszkowska⁸, Andrzej Stachowiak⁹,
Krystyna de Walden-Gałuszko¹⁰

¹Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

²Hospicjum Palium Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

³Katedra Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

⁴Katedra i Zakład Opieki Paliatywnej Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej dla województwa dolnośląskiego

⁶Hospicjum w Gliwicach, Zakład Opieki Paliatywnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

⁷Konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej

⁸Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej dla województwa śląskiego i opolskiego

⁹Pallmed sp. z o.o. prowadząca NZOZ Dom Sue Ryder w Bydgoszczy

¹⁰Prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego

Streszczenie

Zarządzeniem Ministra Zdrowia w 2011 r. został powołany Zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zadaniem Zespołu było opracowanie propozycji zmian w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, w szczególności zaś rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz poprawy jej jakości i stanu zasobów. Ważnymi propozycjami przedstawionymi przez Zespół są wprowadzenie do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej finansowanych ze środków publicznych ośrodka opieki dziennej oraz rozszerzenie listy upoważnionych do objęcia opieką pacjentów z niewydolnością nerek zdyskwalifikowanych z dializoterapii oraz pacjentów z silnym i bardzo silnym bólem przewlekłym w przebiegu chorób przewlekłych postępujących. Spośród wielu rekomendacji nowatorską propozycją jest zmiana organizacji i sposobu finansowania poradni medycyny paliatywnej i przekształcenie jej w poradnię medycyny paliatywnej i leczenia wspomagającego. Dokumentami, które powinny być upowszechnione, są karty kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną dla dorosłych i dzieci. Zespół postulował także zwiększenie nakładów na opiekę paliatywną.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, organizacja, system opieki zdrowotnej.

Abstract

In 2011, the Minister of Health set up the Expert Task Force on Palliative and Hospice Care (PHC). The aim of the Task Force was to propose changes in PHC in Poland, especially solutions regarding the structure and organization of PHC, and solutions to improve its quality and resources. Important proposals presented by the Task Force are to include daily care centers as guaranteed palliative and hospice services financed from public sources and to add the following to the list of patients eligible to PHC: patients disqualified from dialysotherapy and patients with strong and very strong chronic pain accompanying chronic progressive diseases. What is innovative among the recommendations is to change the organization and financing method of palliative out-patient clinics and transform them into palliative and supportive care out-patient clinics. Documents that should be widespread are cards of qualification for palliative care for children and adults. The Task Force also called for increasing expenditure for palliative care.

Key words: palliative care, organization, health care system.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Tomasz Dzierżanowski, Pracownia Medycyny Paliatywnej Katedry Onkologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Ciołkowskiego 2, 93-510 Łódź, e-mail: t.dzierzanowski@termedia.pl

Szanowni Państwo, choć minęły dwa lata od przygotowania poniższego dokumentu, do tej pory nie został on opublikowany, gdyż złożony w Ministerstwie Zdrowia prawdopodobnie zaległ w jakimś archiwum. Przygotowując dokument, mieliśmy nadzieję, że będzie on stanowił podstawę do wprowadzenia zmian systemowych. Niestety, do tej pory tak się nie stało. Podjęliśmy decyzję o publikacji, gdyż jest on owocem żmudnej pracy wielu osób, a wnioski wypracowane przez Zespół są ciągle aktualne. Mamy nadzieję, że upowszechnienie dokumentu zwiększy szansę na wdrożenie wypracowanych rozwiązań.

Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2011 r. został powołany Zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. Urz. MZ Nr 6 poz. 50). Zadaniem Zespołu było opracowanie propozycji zmian w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, w szczególności zaś rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz poprawy jej jakości i stanu zasobów. W skład Zespołu weszli eksperci z dziedziny medycyny paliatywnej oraz przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia. W ciągu roku pracy odbyło się jedenaście posiedzeń, w których oprócz członków Zespołu uczestniczyło wielu zaproszonych ekspertów. Ważnymi propozycjami przedstawionymi przez Zespół są wprowadzenie do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej finansowanych ze środków publicznych ośrodka opieki dziennej oraz rozszerzenie listy upoważnionych do objęcia opieką o pacjentów z niewydolnością nerek zdyskwalifikowanych z dializoterapii i pacjentów z silnym i bardzo silnym bólem przewlekłym (> 5 w skali 0–10) w przebiegu chorób przewlekłych postępujących. Spośród wielu rekomendacji nowatorską propozycją jest zmiana organizacji i sposobu finansowania poradni medycyny paliatywnej i przekształcenie jej w poradnię medycyny paliatywnej i leczenia wspomagającego. Dokumentami, które powinny być upowszechnione, są karty kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną dla dorosłych i dzieci. Zespół ekspertów postulował także zwiększenie nakładów na opiekę paliatywną. Wycena kosztów opieki stacjonarnej oparta na analizie danych z ośrodków opieki paliatywnej w Polsce jest przedmiotem oddzielnej publikacji.

I. WSTĘP

Dzięki rozpoczętemu w Polsce w 1976 r. ruchowi opieki hospicyjnej i paliatywnej, jego dynamicznemu rozwojowi w latach 90. i pierwszej dekadzie XXI wieku Polska znalazła się w czołówce europejskiej w tej dziedzinie (5. pozycja w Europie wg oceny ekspertów). Przyczyniły się do tego inicjatywy oddolne (*grass root*), działalność organizacji pozarządowych i towarzystw naukowych, szkolenia w kraju i najlepszych ośrodkach zagranicznych, a także powołanie w 1993 r. przy Ministerstwie Zdrowia Krajowej Rady Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej oraz konsultantów krajowych i konsultantów wojewódzkich. Przeprowadzenie istotnych zmian legislacyjnych umożliwiło tworzenie nowych jakościowo form opieki paliatywnej i hospicyjnej, katedr, klinik i zakładów na uniwersytetach medycznych, finansowanie działalności przez kasy chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia, powszechną dostępność podstawowych opioidów oraz kształcenie przed- i podyplomowe personelu medycznego, wprowadzenie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dla lekarzy i specjalizacji w opiece paliatywnej dla pielęgniarek.

Zarządzeniem z dnia 29 lipca 2011 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. Urz. MZ Nr 6 poz. 50). Zgodnie z § 4 tego zarządzenia zadaniem Zespołu było opracowanie propozycji zmian w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, w szczególności zaś:

- rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz
- rozwiązań dotyczących poprawy jej jakości i stanu zasobów.

W skład Zespołu weszły następujące osoby:

- 1) przewodnicząca – dr n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz – konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- 2) zastępca przewodniczącej – dr n. med. Aleksandra Kotlińska-Lemieszek – kierownik Katedry Medycyny Paliatywnej Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu;
- 3) zastępca przewodniczącej – mgr Marzena Drewniacka – naczelnik w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia;
- 4) sekretarz – dr n. med. Tomasz Dzierżanowski – przedstawiciel Hospicjum Onkologicznego w Warszawie;

5) pozostali członkowie:

- prof. dr hab. med. Krystyna de Walden-Galuszko – prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego,
- dr n. med. Jadwiga Pyszkowska – prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej, konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej dla województwa śląskiego i opolskiego,
- dr n. med. Małgorzata Krajnik – kierownik Katedry i Zakładu Opieki Paliatywnej *Collegium Medicum* Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Toruniu,
- lek. Artur Pakosz – dyrektor Hospicjum w Gliwicach, Zakład Opieki Paliatywnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego,
- prof. dr hab. n. med. Jacek Łuczak – ordynator Hospicjum Paliu Szpitala Klinicznego Przemienienia Pańskiego Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu,
- dr n. med. Anna Orońska – konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej dla województwa dolnośląskiego,
- lek. Wiesława Pokropska – konsultant wojewódzki w dziedzinie medycyny paliatywnej dla województwa warmińsko-mazurskiego,
- przedstawiciel Narodowego Funduszu Zdrowia,
- lek. Agnieszka Chycak-Kryczka – główny specjalista w Departamencie Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia,
- lek. Krystyna Czaplicka-Trojanowska – naczelnik w Departamencie Matki i Dziecka w Ministerstwie Zdrowia,
- Jolanta Skolimowska – zastępca dyrektora Departamentu Pielęgniarek i Położnych w Ministerstwie Zdrowia,
- Wioleta Drożdż – przedstawiciel Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w Ministerstwie Zdrowia.

W ramach swojej działalności zespół odbył 11 spotkań. W poszczególnych spotkaniach obok członków zespołu brali udział także zaproszeni eksperci:

- dr hab. n. med. Tomasz Dangel – Warszawskie Hospicjum dla Dzieci,
- mgr Izabela Kaptacz – konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej,
- mgr Anna Kaptacz – prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej,
- dr n. med. Jolanta Stokłosa – prezes Forum Hospicjów Polskich,
- dr n. med. Andrzej Stachowiak – dyrektor Domu Sue Ryder w Bydgoszczy,
- mgr Paulina Dorman-Okońska – radca prawny.

Zespół przedkłada następujące wyniki swoich działań:

- 1) ocenę obecnej sytuacji opieki paliatywnej w Polsce,
- 2) projekt zmian rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej,

- 3) zalecenia i rekomendacje dotyczące koniecznych zmian w organizacji i finansowaniu opieki paliatywno-hospicyjnej, a także ustanowienia płaszczyzny współpracy ze specjalnościami pokrewnymi, takimi jak: onkologia, geriatryka, opieka długoterminowa.

W trakcie swojej działalności Zespół zajął także stanowisko w bieżących kwestiach dotyczących organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce. Dotyczyły one m.in. podwyższenia nakładów finansowych na opiekę paliatywno-hospicyjną, listy leków refundowanych, leków recepturowych oraz różnorodnych recept.

W ramach zespołu powołano także grupy robocze ds.:

- 1) wyliczenia kosztów ponoszonych w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej,
- 2) zmian w programie specjalizacji lekarskiej,
- 3) określenia kryteriów objęcia chorego opieką paliatywno-hospicyjną w ramach realizacji świadczeń gwarantowanych w tym zakresie.

Zespół ds. opieki paliatywnej i hospicyjnej uznaje i docenia ważną rolę, jaką odgrywało i odgrywa Ministerstwo Zdrowia w kształtowaniu polityki zdrowotnej w Polsce, i jego wkład w tworzenie i rozwój opieki paliatywnej w naszym kraju, wyrażając jednocześnie nadzieję na dalsze wspieranie i koordynowanie wysiłków zmierzających do rozwiązywania przedstawionych problemów.

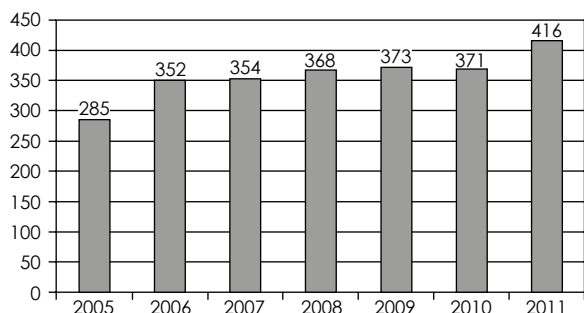
II. OCENA OBECNEJ SYTUACJI OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ W POLSCE

Medycyna paliatywna w Polsce, jako specjalność stosunkowo młoda, podlega dynamicznym zmianom. Są one podyktowane z jednej strony starzeniem się społeczeństwa i wzrostem zachorowań na tzw. choroby cywilizacyjne, a z drugiej postępowaniem w terapii wielu chorób i wprowadzaniem nowych, skutecznych metod leczenia objawowego. Niemały wpływ na zmiany sytuacji w opiece paliatywnej mają także system finansowania i rozwiązania legislacyjne w zakresie kontraktowania świadczeń.

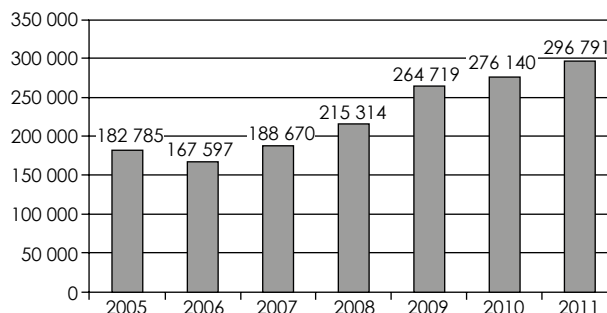
W Polsce umiera rocznie 380 tys. osób, w tym na choroby przewlekłe 320 tys., z tego na nowotwory 95 tys.

W Polsce opieka paliatywna świadczona jest obecnie w trzech podstawowych formach organizacyjnych:

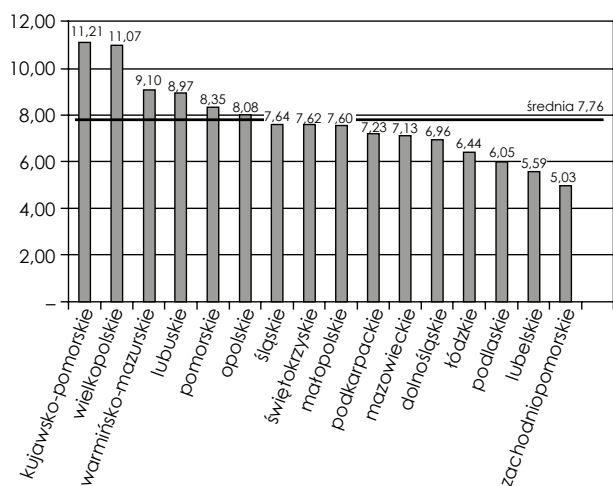
- 1) świadczenia stacjonarne w ramach hospicjów jako odrębnych podmiotów leczniczych oraz oddziałów medycyny paliatywnej w strukturach szpitali,
- 2) świadczenia ambulatoryjne – hospicjum domowe,



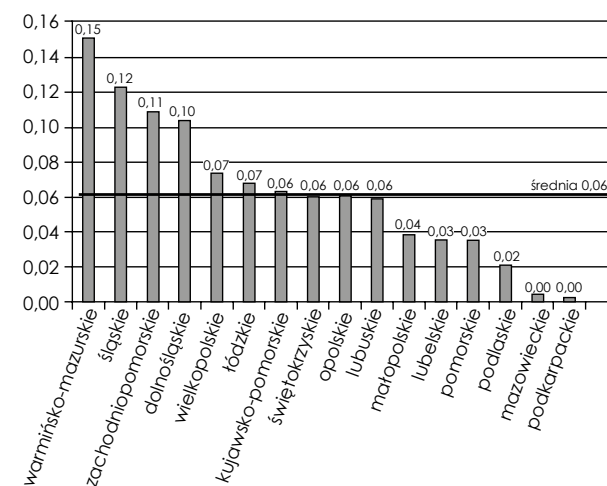
Ryc. 1. Zakłady opieki zdrowotnej (podmioty lecznicze), z którymi NFZ zawarł umowy w latach 2005–2011



Ryc. 2. Nakłady na opiekę paliatywną w latach 2005–2011 (w tys. PLN)



Ryc. 3. Nakłady na opiekę paliatywną na 1 mieszkańca w 2011 r. (w PLN)



Ryc. 4. Nakłady na poradnie medycyny paliatywnej na 1 mieszkańca w 2011 r. (w PLN)

3) świadczenia ambulatoryjne poradni medycyny paliatywnej.

Z danych z 2011 r. wynika, że w Polsce funkcjonują 442 jednostki opieki paliatywnej, z tego finansowanie ze środków publicznych otrzymuje 416 jednostek. Łącznie w 2011 r. opieką paliatywno-hospicyjną objęto ok. 100 tys. chorych.

Dynamikę zmian liczby jednostek w latach 2005–2011 przedstawia ryc. 1.

Najwięcej jednostek jest w województwach: mazowieckim, śląskim i wielkopolskim, najmniej w województwach: opolskim, świętokrzyskim i podlaskim.

Wysokość nakładów na opiekę paliatywną pochodzących ze środków publicznych w latach 2005–2011 przedstawiono na ryc. 2. W 2011 r. wyniosły one 296,791 mln zł, co w przeliczeniu na jednego mieszkańca stanowi 7,76 zł.

Nakłady na opiekę paliatywną w przeliczeniu na mieszkańca w poszczególnych województwach przedstawia ryc. 3.

Najwyższe nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca występują w województwach kujawsko-pomorskim (11,21 zł/mieszkańca) oraz wielkopolskim (11,07 zł/mieszkańca), a najniższe w zachodniopomorskim (5,03 zł/mieszkańca) oraz lubelskim (5,59 zł/mieszkańca).

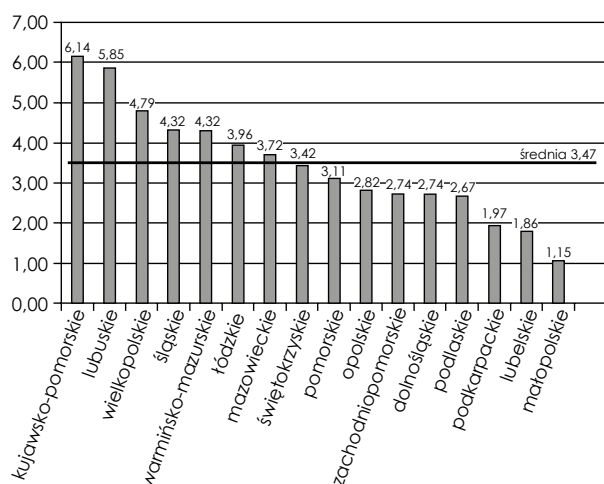
1. Struktura poszczególnych rodzajów świadczeń w regionach

1.1. Poradnie medycyny paliatywnej

W Polsce funkcjonuje obecnie 146 poradni medycyny paliatywnej (2011 r.). Największa liczba poradni jest w województwie śląskim (37), najmniejsza w województwach podlaskim (1) oraz podkarpackim (2) i mazowieckim (2). Nakłady na poradnie medycyny paliatywnej są bardzo niskie, wynoszą średnio 0,06 zł/mieszkańca (ryc. 4.).

1.2. Opieka domowa

W Polsce 322 jednostki mają kontrakty na świadczenie paliatywnej opieki domowej dla dorosłych. Najwięcej jest ich w województwach mazowieckim (35) i śląskim (40), najmniej w świętokrzyskim (8) oraz opolskim (8). W 2011 r. na opiekę domową przeznaczono 132,75 mln zł, co w przeliczeniu na jednego mieszkańca daje 3,47 zł. Najwyższe środki finansowe na opiekę domową w przeliczeniu na jednego mieszkańca przeznaczono w województwach kujawsko-pomorskim (6,14 zł/mieszkańca), lubuskim (5,85 zł/mieszkańca) i wielkopolskim (4,79 zł/mieszkańca), a najniższe w małopolskim



Ryc. 5. Nakłady na opiekę domową na 1 mieszkańca w 2011 r. (w PLN)

(1,15 zł/mieszkańca), lubelskim (1,86 zł/mieszkańca) i podkarpackim (1,97 zł/mieszkańca) (ryc. 5).

1.3. Opieka domowa dla dzieci

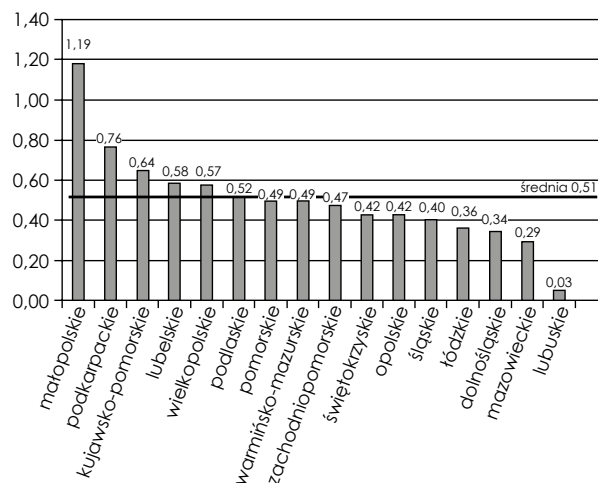
W 2011 r. zawarto kontrakty na opiekę domową dla dzieci z 51 jednostkami, z tego 11 jednostek pochodziło z województwa małopolskiego. Nakłady finansowe na tę formę opieki w przeliczeniu na mieszkańca w tym województwie wyniosły 1,19 zł, średnia ze wszystkich województw wynosi 0,51 zł/mieszkańca. Najniższe środki na opiekę domową na jednego mieszkańca w wieku 0–18 lat przeznaczono w województwie lubuskim (0,18 zł/mieszkańca) (ryc. 6).

1.4. Opieka stacjonarna

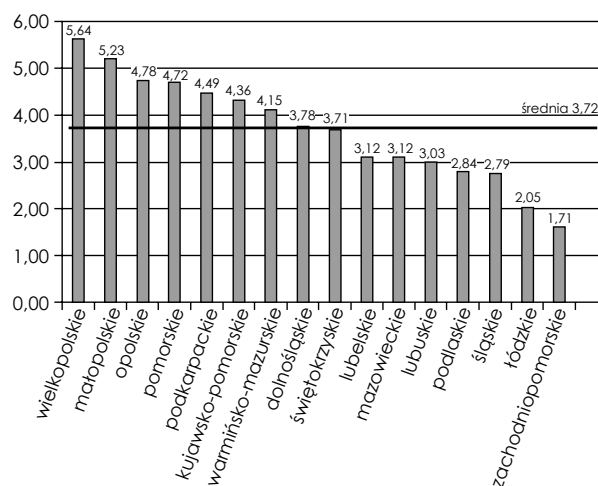
W 2011 r. podpisano umowy na świadczenia w zakresie opieki stacjonarnej ze 147 jednostkami, najwięcej w Wielkopolsce (19) i na Mazowszu (15), najmniej w województwie zachodniopomorskim (3), świętokrzyskim (4) i lubuskim (4). Na hospitalizację w ramach opieki paliatywnej przeznaczono 142 187 mln zł, w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosi to średnio 3,72 zł. Najwyższe wartości na jednego mieszkańca były w województwach wielkopolskim (5,64 zł/mieszkańca) oraz małopolskim (5,23 zł/mieszkańca), a najniższe w zachodniopomorskim (1,71 zł/mieszkańca) i łódzkim (2,05 zł/mieszkańca) (ryc. 7).

1.5. Komentarz

Na podstawie przedstawionych danych widoczne jest znaczne zróżnicowanie w zakresie liczby jednostek oraz ich struktury w poszczególnych województwach oraz istnienie białych plam w zakresie poszczególnych świadczeń. Brakuje dostępu do świadczeń, szczególnie w zakresie poradni medycyny paliatywnej i opieki stacjonarnej.



Ryc. 6. Nakłady na opiekę domową dla dzieci na 1 mieszkańca w 2011 r. (w PLN)



Ryc. 7. Nakłady na opiekę stacjonarną na 1 mieszkańca w 2011 r. (w PLN)

2. Nakłady na opiekę paliatywną

W 2011 r. w Polsce na opiekę paliatywną przeznaczono poniżej 300 mln zł. W tym samym czasie tylko na programy terapeutyczne w onkologii wydano 500 mln zł. Biorąc pod uwagę roczną zachorowalność na nowotwory w Polsce sięgającą 140 tys. i umieralność z powodu nowotworów ok. 100 tys. (70%) – zauważalna jest znaczna dysproporcja w podziale środków finansowych pomiędzy pacjentów leczonych onkologicznie a pacjentów z chorobą nowotworową skierowanych do jednostek opieki paliatywnej.

W ciągu ostatnich 4 lat nakłady na onkologię wzrosły sześciokrotnie, a na opiekę paliatywną zaledwie o 35% (ok. 76 ml zł). Wzrost ten nastąpił głównie w wyniku jednorazowego zwiększenia nakładów na opiekę paliatywną w 2008 r. (2008/2009 – +23%, 2009/2010 – +4%, 2010/2011 – +6%). W latach 2009–2011 wzrost nakładów nie uwzględniał rosnących kosztów opieki paliatywnej.

2.1. Opieka stacjonarna

W większości województw można zaobserwować ograniczenie dostępu do opieki stacjonarnej wynikające głównie z braku jednostek opieki stacjonarnej. Łączna liczba łóżek jest znacznie mniejsza od zalecanych norm [na podstawie oficjalnego stanowiska Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (EAPC) opublikowanego w *European Journal of Palliative Care* w dwóch częściach w 2009 i 2010 r., określanego mianem białej księgi w sprawie standardów i norm dla hospicjum i opieki paliatywnej w Europie, zalecane jest 80–100 łóżek na milion mieszkańców]. Przyczyną braku jednostek stacjonarnych jest zbyt niska wycena świadczeń z zakresu stacjonarnej opieki paliatywnej, co stanowi barierę w tworzeniu nowych oddziałów.

Jednostką rozliczeniową w opiece stacjonarnej jest osobodzień. Taka forma rozliczenia wydaje się korzystna w przypadku chorych z niewielkimi problemami medycznymi oraz z długim okresem hospitalizacji. Znaczna część chorych wymagających opieki paliatywnej to pacjenci ze złożonymi problemami medycznymi wymagający specjalistycznych procedur. Są to głównie chorzy po 65. roku życia wymagający także terapii schorzeń współistniejących.

Trudności finansowe pogłębia brak dodatkowego finansowania wybranych procedur. Jest to szczególnie istotne dla chorych wymagających przetoczeń krwi i preparatów krwiopochodnych oraz procedur zabiegowych i anestezyjologicznych metod leczenia bólu.

2.2. Poradnie medycyny paliatywnej

Poradnie medycyny paliatywnej nie zabezpieczają potrzeb w zakresie opieki ambulatoryjnej. Niedostateczne finansowanie poradni medycyny paliatywnej spowodowało barierę dla rozwoju, a nawet likwidację tej formy opieki. Ogółem na wszystkie poradnie medycyny paliatywnej NFZ w 2011 r. przeznaczył 2,7 mln zł. W niektórych województwach ta forma prawie nie istnieje. W województwie podkarpackim na świadczenia w jedynej istniejącej poradni medycyny paliatywnej w 2011 r. przeznaczono 8 tys. zł, w województwie podlaskim 23 tys. zł, w województwie mazowieckim 29 tys. zł. Najważniejszym czynnikiem hamującym rozwój tej formy opieki paliatywnej jest **rażąco niska wycena porady**. W poradni medycyny paliatywnej finansowana jest porada, która obejmuje konsultację lekarza specjalisty, wykonanie niezbędnych badań, a w razie potrzeby wizytę domową. Poradnia musi zatrudniać lekarza specjalistę medycyny paliatywnej, pielęgniarkę specjalistkę opieki paliatywnej oraz psychologa. Finansowanie poradni w zależności od województwa to 25–42 zł za jedno świadczenie, niezależnie od tego, czy jest to porada, porada z wykonaniem badań dodatkowych czy wizyta domowa. Kon-

sekwencją braku poradni medycyny paliatywnej jest zbyt późne obejmowanie opieką paliatywną albo zbyt wczesne włączanie pacjentów do opieki domowej lub stacjonarnej. Obie te sytuacje są nieprawidłowe, gdyż w pierwszej mamy do czynienia z ograniczonym dostępem do opieki paliatywnej, w drugiej zaś z generowaniem niepotrzebnych kosztów.

2.3. Opieka domowa

Wycena świadczeń z zakresu opieki domowej nie uwzględnia inflacji, a także rosnących kosztów dojazdu do chorego. Liczba świadczeń zakontraktowanych przez NFZ jest niewystarczająca – ok. 30% świadczeń jest wykonywanych ponad objętą kontraktem, co generuje dodatkowe koszty dla podmiotów, nier refundowane przez NFZ.

2.4. Finansowanie pierwszego i ostatniego osobodnia jako jednego

W opiece paliatywnej, gdzie wypis pacjenta w większości sytuacji jest połączony ze zgonem, pierwszy i ostatni dzień opieki są okresem wzmożonych działań i wiążą się z dużymi nakładami dotyczącymi badań, stosowanych leków i pracy ludzkiej.

3. Dostępność opieki paliatywnej

Jak wynika z przedstawionych powyżej danych, dostępność opieki paliatywnej w Polsce jest nierównomierna już ze względu na rozmieszczenie ośrodków. Istnieją jednak dodatkowe czynniki, które ją ograniczają.

3.1. Niedostateczna liczba zakontraktowanych świadczeń, limitowanie świadczeń przez NFZ

Niedostateczna liczba zakontraktowanych świadczeń oraz limitowanie świadczeń przez NFZ i **nieopłacanie wykonywanych niekiedy na poziomie dodatkowych 50% świadczeń ponadlimitowych stanowi dużą barierę i przyczynę ograniczenia dostępności**. Świadczenia opieki paliatywnej należą do wyjątkowych, w których tworzenie listy oczekujących należy uznać za nieetyczne.

3.2. Zasady przyjęcia do opieki paliatywnej

Zasady przyjęcia do opieki paliatywnej są oparte na załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, w którym są wymienione jednostki chorobowe kwalifikujące do objęcia opieką (patrz zał. 1). Lista ta dyskryminuje pacjentów w ostatnim okresie ży-

cia ze schorzeniami nienowotworowymi, nieujętych w załączniku, i nie uwzględnia właściwych kryteriów dotyczących wskazań do objęcia opieką paliatywną, zgodnych z definicją opieki paliatywnej WHO.

3.3. Braki infrastruktury – niedostateczna liczba łóżek w większości województw

Wiele jednostek opieki paliatywnej zlokalizowanych jest w budynkach wymagających remontu i modernizacji. Brakuje funduszy na uzupełnienie bazy lokalowej, modernizacje, remonty oraz sprzęt.

3.4. Brak zapewnienia dostępu do specjalistycznej opieki paliatywnej dla pacjentów przebywających w szpitalu

W szpitalach brakuje zespołów wspierających opieki paliatywnej, gdyż nie są one wymagane. Powoduje to, że wielokrotnie chorzy są pozbawieni właściwego leczenia dokuczliwych objawów.

3.5. Brak specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej

W sesji wiosennej 2012 r. specjalizację z medycyny paliatywnej uzyskało ok. 300 lekarzy. Blisko 200 z nich jest zatrudnionych w jednostkach medycyny paliatywnej. Brakuje ok. 1000 lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej.

III. ZALECENIA ZESPOŁU DOTYCZĄCE FINANSOWANIA I ORGANIZACJI ŚWIADCZEŃ

Na podstawie powyższej analizy sytuacji opieki paliatywnej w Polsce Zespół sformułował poniższe zalecenia i rekomendacje.

1. Wprowadzenie zmian w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Najważniejsze zmiany to:

- wprowadzenie kryteriów objęcia opieką pacjentów na podstawie aktualnej definicji opieki paliatywnej (WHO, EAPC),
- zmiana załącznika nr 1,
- wprowadzenie kwestionariusza oceny nasilenia objawów w załącznikach 1a i 1b (patrz zał. 2A i 2B),
- modyfikacja wymaganych kwalifikacji i norm zatrudnienia personelu,

– wprowadzenie nowych form opieki: dzienny ośrodek opieki paliatywnej, szpitalny zespół wspierający opieki paliatywnej.

2. Zwiększenie nakładów i zmiany w finansowaniu opieki paliatywnej i hospicyjnej

1. Zwiększenie liczby kontraktowanych świadczeń, tak aby odzwierciedlały faktyczne zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej.
2. Zwiększenie finansowania świadczeń w warunkach stacjonarnych poprzez podwyższenie wartości osobodnia zgodnie z załącznikiem opracowanym przez grupę roboczą zajmującą się wyceną świadczeń z zakresu opieki paliatywnej, z uwzględnieniem dodatkowego finansowania procedur, na przykład: przetoczenia krwi i produktów krwiopochodnych, dożylny wlew z bisfosfonianów, nakłucia lub drenaż otrzewnej, opłucnej, osierdzia, procedury inwazyjnego leczenia bólu, sedacja z analgezą, chirurgiczne opatrzenie ran i odleżyn.

Uzasadnienie:

Obecnie chorzy w celu przetoczenia krwi są przewożeni do innych szpitali lub oddziałów, gdzie ta procedura jest finansowana, co wiąże się nie tylko z kosztami transportu, lecz także z narażaniem na niewygodę i cierpienie ciężko chorych pacjentów. Lekarze specjaliści medycyny paliatywnej posiadają podstawową specjalizację kliniczną, najczęściej internę, onkologię, anestezjologię lub specjalizację zabiegową, mają więc kwalifikacje do wykonywania wielu procedur.

3. Przeprowadzenie analizy skutków wprowadzenia jednorodnych grup pacjentów.

4. Zmiana sposobu finansowania świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych na takich zasadach jak w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i zwiększenie środków na poradnię medycyny paliatywnej, tak aby mogły one zabezpieczyć dostęp do tego świadczenia. Rozszerzenie zakresu świadczeń w poradni medycyny paliatywnej na poradnię medycyny paliatywnej i leczenia wspomagającego w chorobach nowotworowych. Poradnia ta będzie się zajmowała leczeniem objawów choroby nowotworowej i niektórych objawów związanych z leczeniem.

Uzasadnienie:

Biorąc pod uwagę duży odsetek pacjentów, u których leczenie onkologiczne ma charakter paliatywny i w ostateczności kończy się niepomyślnie, należy zorganizować dostęp dla nich do leczenia objawowego, gdyż większość już w czasie terapii onkologicznej cierpi z powodu bólu, duszności, depresji, zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego i innych. Samo leczenie onkologiczne jest związane z licznymi

powikłaniami, które również wymagają terapii, np. neuropatie po cytostatykach, zabiegach torakotomii czy radioterapii. Psycholog zatrudniony w poradni medycyny paliatywnej może służyć wsparciem na każdym etapie choroby nowotworowej.

5. Podwyższenie wartości osobodnia w opiece domowej z uwzględnieniem wskaźnika inflacji, wymaganego zwiększenia zatrudnienia personelu (zmiana warunków realizacji świadczeń gwarantowanych) oraz wzrostu kosztów dojazdu do chorych.

6. Finansowanie pierwszego i ostatniego osobodnia jako oddzielnych dni, w sytuacji gdy ostatni osobdzień będzie zakończony zgonem pacjenta.

3. Wprowadzenie możliwości kontraktowania dziennego ośrodka opieki paliatywnej

Funkcjonowanie tych ośrodków częściowo wypełni lukę w niedoborze opieki stacjonarnej.

4. Włączenie specjalizacji z medycyny paliatywnej do specjalizacji deficytowych

W tej grupie specjalizacji znajdują się wszystkie specjalizacje związane z leczeniem pacjentów onkologicznych. Większość tych chorych trafia do opieki paliatywnej, jednak lekarzy posiadających tę specjalizację pominięto. Brak w zakresie kadry specjalistycznej wynosi ok. 1000 lekarzy. Włączenie specjalizacji z zakresu medycyny paliatywnej do specjalizacji deficytowych zwiększy zainteresowanie wśród lekarzy rozpoczynających specjalizację.

5. Opracowanie Narodowego Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej

Pierwszy taki program powstał w latach dwudziestych XX wieku. Opracowała go Krajowa Rada ds. Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej przy Ministerstwie Zdrowia, jednakże nigdy nie przeprowa-

dzono analizy jego wykonania ani jego aktualizacji. Zgodnie z Rekomendacjami Rady Europy z 2003 r. każdy kraj powinien opracować swój indywidualny model opieki paliatywnej uwzględniający system opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej, warunki socjalno-ekonomiczne, a także uwarunkowania religijne i kulturowe. Zdaniem Zespołu Narodowy Program Rozwoju Opieki Paliatywnej pozwoliłby na określenie strategii rozwoju opieki paliatywnej w Polsce. Do najważniejszych jego zadań należałoby wprowadzenie zmian nie tylko w zakresie kontraktowania i finansowania, lecz także rozwoju i rozmieszczenia nowych ośrodków. Powinien być on ponadto spójny z programem zwalczania chorób nowotworowych i z prowadzoną przez państwo polityką zdrowotną, zwłaszcza w zakresie geriatrii, opieki długoterminowej, podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej. Szczególnie istotne wydaje się ustalenie precyzyjnych, a jednocześnie elastycznych zakresów działania w tych dziedzinach. W tym celu Zespół postuluje między innymi:

- podjęcie współpracy z realizatorami Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych,
- wprowadzenie zasady zwiększania nakładów na opiekę paliatywną proporcjonalnie do wzrostu nakładów na onkologię,
- opracowanie sposobu rozwiązania problemu zapewnienia opieki dla pacjentów z zaawansowaną chorobą nowotworową z dobrze kontrolowanymi objawami, którzy nie wymagają hospitalizacji, a ich problemy mają głównie charakter socjalny. Są to chorzy, którzy wymagają opieki paliatywnej ze względu na występujące objawy, lecz objawy te można skutecznie kontrolować. Ta grupa powinna być przesunięta do świadczeń socjalnych z możliwością specjalnego trybu przyjęcia (bez długiej kolejki oczekujących). Opieka paliatywna powinna być im zapewniona w ramach opieki domowej. W tym celu należałoby powołać grupę roboczą wspólną z opieką długoterminową, geriatrią oraz pomocą społeczną.

Załącznik 1. Propozycja Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej

Załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r.
w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

**WYKAZ JEDNOSTEK CHOROBYCH, W KTÓRYCH SĄ UDZIELANE ŚWIADCZENIA
GWARANTOWANE W ZAKRESIE OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ**

I. Osoby dorosłe

ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
C00-C96 D32-33 D37-D48	Nowotwory – z objawami klinicznymi wynikającymi z choroby nowotworowej
G09-G10 G10-G13 G35-G37	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego Układowe zaniki pierwotne zajmujące OUN Choroby demielinizacyjne OUN
B20-B24	Choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
R52.1, R52.2	Silny i bardzo silny ból przewlekły (> 5 w skali 0–10) w przebiegu chorób przewlekłych postępujących
I50	Niewydolność serca – w przypadku udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego
J96.1 J96.9	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej – w przypadku udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego
L89	Owrzodzenie odleżynowe 3.–5. stopnia w skali Torrance'a, niezależnie od choroby podstawowej
N18- N19	Schyłkowa niewydolność nerek u pacjenta zdyskwalifikowanego z dializoterapii

II. Dzieci do ukończenia 18. roku życia

ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
A81	Zakażenie powolnymi wirusami ośrodkowego układu nerwowego
B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
B90-B94	Następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych
C00-C14	Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła
C15-C26	Nowotwory złośliwe narządów trawiennych
C30-C39	Nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej
C40-C41	Nowotwory złośliwe kości i chrząstki stawowej
C43-C44	Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry
C45-C49	Nowotwory złośliwe międzybłonna i tkanek miękkich
C50	Nowotwory złośliwe sutka
C51-C58	Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych
C60-C63	Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych
C64-C68	Nowotwory złośliwe układu moczowego
C69-C72	Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego
C73-C75	Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego
C76-C80	Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu
C81-C96	Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych
C97	Nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień
D00-D09	Nowotwory <i>in situ</i>
D32-D33	Nowotwory niezłośliwe opon mózgowych, mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego
D37-D48	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze
E70-E90	Choroby metaboliczne
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
G09	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego

ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
G10-G13	Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
G23	Inne choroby zwyrodnieniowe i zwójów podstawy (choroba Hellervordena-Spatza)
G70-G73	Choroby potęczeń nerwowo-mięśniowych i mięśni (G71.0 Dystrofia mięśniowa Duchenne'a, G71.2 Miopatie wrodzone, G71.3 Miopatia mitochondrialna, niesklasyfikowana gdzie indziej)
G80-G83	Porażenie mózgowe i inne zespoły porażenne (G80 Dziecięce porażenie mózgowe)
G90-G99	Inne zaburzenia układu nerwowego
I42-I43	Kardiomiopatie
I50	Niewydolność serca
I69	Następstwa chorób naczyń mózgowych
J96.1	Przewlekła niewydolność oddechowa
K72	Niewydolność wątroby niesklasyfikowana gdzie indziej
K74	Zwłóknienie i marskość wątroby
N 18.0	Schyłkowa niewydolność nerek
P07	Zaburzenia związane z krótkim czasem trwania ciąży i niską masą ciała, niesklasyfikowane gdzie indziej, w tym skrajne wcześniactwo P07.2
P10	Rozerwanie struktur śródczaszkowych i krwotok spowodowany urazem porodowym
P11	Inne porodowe urazy ośrodkowego układu nerwowego
P21	Zamartwica urodzeniowa
P27	Przewlekła choroba oddechowa rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym (P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym)
P35	Wrodzone choroby wirusowe
P37	Inne wrodzone zakażenia pasożytnicze, w tym wrodzona toksoplazmoza P37.1
P91	Inne zaburzenia mózgowe noworodka (P91.0 Niedokrwienie mózgu noworodka)
Q00-Q07	Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (Q03 Wodogłowie wrodzone, Q03.1 Zespół Dandy-Walkera, Q04.2 Przodomózgowie jednokomorowe – holoprosencephalia, Q04.3 Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek, np. gładkomózgowie – lissencephalia, Q04.8, Q04.9, Q05 Rozszczep kręgosłupa, Q05.0 Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem, Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem, Q07 Inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, Q07.0 Zespół Arnolda-Chiariego)
Q20-Q25	Wrodzone wady rozwojowe serca i dużych naczyń – dotyczy dzieci niezakwalifikowanych do leczenia operacyjnego
Q31	Wrodzone wady rozwojowe krtani
Q32	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
Q44	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby (Q44.2 Zarośnięcie przewodów żółciowych, Q44.7 Zespół Alagille'a)
Q60	Niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerwowej (Q60.4 Niedorozwój nerek, obustronny)
Q61.1	Wielotorbielowatość nerek, typu dziecięcego
Q77	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa (Q77.4 Achondroplazja – chondrodystrofia płodowa)
Q78	Inne osteochondrodysplazje (Q78.0 Kostnienie niedoskonałe – łamliwość kości wrodzona – osteogenesis imperfecta)
Q79	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q81	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
Q85	Choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy)
Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
Q89	Inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej (Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej)
Q90-Q99	Aberracje chromosomowe
R40.2	Śpiączka, nieokreślona

ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
S06	Uraz śródczaszkowy (S06.7 Uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności)
T90	Następstwa urazów głowy
T91	Następstwa urazów szyi i tułowia
T94	Następstwa urazów obejmujących mnogie okolice ciała
T96	Następstwa zatrucia lekami i substancjami biologicznymi
T97	Następstwa skutków toksycznych substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych
Y85-Y89	Następstwo przyczyny zewnętrznej powodującej zachorowanie i zgon (Y85) Następstwo wypadku komunikacyjnego (Y87.0) Następstwo umyślnego samouszkodzenia (Y88.0) Następstwo niekorzystnego działania leku, środka farmakologicznego i substancji biologicznej zastosowanych w celach leczniczych (Y88.1) Następstwo wypadku świadczeniobiorcy w trakcie zabiegów chirurgicznych i medycznych (Y89)

Załącznik 2A. Propozycja Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej

Karta kwalifikacji do specjalistycznej opieki paliatywnej

Imię i nazwisko:.....	PESEL:.....
Adres:	
Rozpoznanie choroby podstawowej:	
..... ICD-10:.....	

KWALIFIKACJA CHOROGE DO OPIEKI PALIATYWNEJ:

Podstawę kwalifikacji do ambulatoryjnej opieki paliatywnej (poradni medycyny paliatywnej i wspierającej) stanowi skierowanie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, niezależnie od rozpoznania. Pacjent może zostać przyjęty do stałej opieki lub po konsultacji odesłany pod dalszą opiekę lekarza kierującego.

Podstawę kwalifikacji do opieki paliatywnej innej niż ambulatoryjna stanowi skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta z chorobą i/lub objawami i w stanach klinicznych wyszczególnionych poniżej:

1. Choroba nowotworowa (objawy kliniczne)*	C00-C96 D32-33 D37-D48	Zaznacz właściwe
2. Następstwa chorób zapalnych OUN Układowe zaniki pierwotne zajmujące OUN, np. SLA Choroby demielinizacyjne OUN	G09 G10-G13 G35-G37	
3. Choroby wywołane przez wirus HIV	B20-B24	
4. Silny i bardzo silny ból przewlekły (> 5 w skali 0–10) w przebiegu chorób przewlekłych postępujących	R52.1, R52.2	
5. Owrzodzenie odleżynowe 3.–5. stopnia w skali Torrance'a, niezależnie od choroby podstawowej	L89	
6. Niewydolność nerek u pacjenta zdyskwalifikowanego z dializoterapii	N18-N19	
7. Niewydolność serca – w przypadku udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego	I50	
8. Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej – w przypadku udokumentowanego zakończenia leczenia przyczynowego	J96.1 J96.9	

*UWAGA: Pacjentów, u których rozpoznaje się stan naglący według tabeli 1, należy kierować do oddziałów stacjonarnych opieki paliatywnej poza kolejką oczekujących.

Tabela 1. Stany naglące związane z zaawansowaną chorobą nowotworową i jej leczeniem

Ból o natężeniu silnym i bardzo silnym (> 5 w skali 0–10)	
Duszność nasiloną i bardzo nasiloną	
Zespół żyły głównej górnej	
Zespół wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego	
Zespół ucisku rdzenia kręgowego	
Niedrożność przewodu pokarmowego zdyskwalifikowana od zabiegu operacyjnego	
Płyn w jamach ciała wymagający odbarwienia lub innego pilnego postępowania	
Hiperkalcemia	
Inne groźne dla życia zaburzenia metaboliczne lub wodno-elektrolitowe	
Działanie toksyczne leków stosowanych w celu łagodzenia objawów (opiodów/benzodwiazepin, innych)	

Zalecana forma specjalistycznej opieki paliatywnej: stacjonarna, domowa, ośrodek dzienny, ambulatoryjna

Chory/a nie został/a zakwalifikowany/a do specjalistycznej opieki paliatywnej.

Data

Podpis lekarza

Załącznik 2B. Propozycja Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej

Kwalifikacja pacjenta do leczenia przez Hospicjum Domowe dla Dzieci (HDDz)

Imię i nazwisko pacjenta:

Kryterium	Tak ✓	Uwagi
Choroba jest nieuleczalna i obarczona wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci		
Diagnoza prenatalna (prenatalna konsultacja psychologa HDDz)		
Choroba ma charakter postępujący		
Choroba nie ma charakteru postępującego, ale stan pacjenta jest ciężki, a objawy powodują zagrożenie życia		
Choroba nie ma charakteru postępującego, stan pacjenta jest stabilny, objawy nie powodują zagrożenia życia. Pacjent zostaje przyjęty do hospicjum z powodu: <input type="checkbox"/> Konieczności wsparcia rodziców w okresie adaptacji do opieki domowej <input type="checkbox"/> Trudnej sytuacji społecznej <input type="checkbox"/> Kwalifikacji prenatalnej <input type="checkbox"/>		
Lekarz hospicjum stwierdza, że dziecko wymaga leczenia objawowego oferowanego przez HDDz		
Rodzice, dziecko oraz lekarz kierujący są zgodni, że w najlepszym interesie dziecka będzie odstąpienie od leczenia w szpitalu i rozpoczęcie opieki paliatywnej w domu		
Rodzice oraz pacjent, który ukończył 16 lat, akceptują odstąpienie od leczenia przedłużającego życie (resuscytacja, intensywne leczenie onkologiczne, dializoterapia itp.)		
Rodzice w razie wystąpienia objawów zagrażających życiu wezwą pogotowie i przewiożą dziecko do szpitala		
Rodzice lub opiekunowie są w stanie sprawować całodobową opiekę nad dzieckiem w domu, szczególnie wykonywać zlecenia lekarza hospicjum		
Rodzina ma miejsce zamieszkania w rejonie działania hospicjum domowego, a warunki mieszkaniowe spełniają podstawowe wymagania sanitarne i techniczne		
Skierowanie do hospicjum zostało wystawione przez lekarza ze szpitala lub lekarza pierwszego kontaktu		
Rodzice oraz pacjent, który ukończył 16 lat, wyrażają zgodę na leczenie przez hospicjum domowe, zobowiązując się do wykonywania zleceń lekarza hospicjum oraz akceptując, że pracownicy hospicjum nie będą stosowali metod mających na celu przedłużanie życia		
Pacjent zostaje przyjęty <input type="checkbox"/> Bezterminowo <input type="checkbox"/> Na okres miesięcy		
Przyjęcie pacjenta zostaje odroczone w celu wykonania dodatkowych badań lub zabiegów		
Pacjent nie zostaje zakwalifikowany do leczenia przez HDDz		

Data:

Podpis lekarza: