



WICEPREZES  
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI  
Ewa Polkowska

LBY.410.016.01.2018

Łukasz Szumowski  
Ministerstwo Zdrowia  
ul. Miodowa 15  
00-952 Warszawa

# WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

zmienione zgodnie z treścią uchwały nr 17/2019 Kolegium NIK z 24 kwietnia 2019 r.

P/18/063 Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

## I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia ul. Miodowa 15, 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Łukasz Szumowski, Minister Zdrowia, od 9 stycznia 2018 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Bartosz Arłukowicz, Minister Zdrowia, od 22 września 2014 r. do 15 czerwca 2015 r. Marian Zembala, Minister Zdrowia, od 16 czerwca 2015 r. do 16 listopada 2015 r. Konstanty Radziwiłł, Minister Zdrowia, od 16 listopada 2015 r. do 9 stycznia 2018 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Zorganizowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej.
Okres objęty kontrolą	2015-2018 (I połowa), z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed lub po tym okresie, jeśli zdarzenia mające wówczas miejsce miały wpływ na zjawiska będące przedmiotem kontroli lub były ich konsekwencją
Podstawa prawna podjęcia kontroli	art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli <sup>1</sup>
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Delegatura w Bydgoszczy
Kontrolerzy	1. Elżbieta Warda-Fereniec, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/157/2018 z 24 września 2018 r. 2. Leszek Murat, główny specjalista kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/158/2018 z 24 września 2018 r. 3. Beata Odjas, starszy inspektor kontroli państwowej, upoważnienie do kontroli nr LBY/159/2018 z 24 września 2018 r. 4. Anna Kapelewska, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr LBY/166/2018 z 1 października 2018 r.

(akta kontroli str. 1-4)

<sup>1</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 524 ze zm., dalej: „ustawa o NIK”.

## II. Ocena ogólna kontrolowanej działalności<sup>2</sup>

### OCENA OGÓLNA

Minister nie zorganizował systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>3</sup> umożliwiającego dostęp do odpowiednich świadczeń wszystkim pacjentom znajdującym się u kresu życia<sup>4</sup> potrzebującym takiej opieki.

Dostępu do OPH pozbawione są osoby dorosłe chorujące na inne niż nowotworowe jednostki chorobowe<sup>5</sup>. Jednocześnie NIK zwraca uwagę, że Minister nie był w stanie ocenić dostępności pacjentów do OPH, gdyż świadczeniodawcy do stycznia 2019 r. nie mieli obowiązku sprawozdawania kolejek. Zdaniem NIK, systematyczna ocena dostępności do świadczeń jest niezbędna do racjonalnego kształtowania polityki zdrowotnej państwa.

W okresie objętym kontrolą Minister nie wykorzystywał części z przysługujących mu istotnych uprawnień i m.in. nie opracował strategii rozwoju OPH, która określałaby pożądany stan tej opieki w Polsce. W ocenie NIK, dla prawidłowego funkcjonowania OPH konieczne jest opracowanie na szczeblu centralnym założeń pożądanego stanu świadczenia OPH, uwzględniających istotne elementy dla zapewnienia powszechnego dostępu do wysokiej jakości świadczeń.

Minister nie określił standardów świadczenia OPH, co uniemożliwia dokonanie rzetelnej oceny efektywności wydatkowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>6</sup> środków na OPH, które w 2017 r. istotnie zwiększono (z 457,9 mln zł w 2016 r. do 667,6 mln zł w 2017 r., tj. o 45,8%).

NIK pozytywnie ocenia wprowadzenie przez Ministra w 2018 r. przepisów zobowiązujących świadczeniodawców stacjonarnych do zatrudnienia opiekuna medycznego, w celu odciążenia personelu pielęgniarskiego. Jako prawidłowe, choć znacznie spóźnione, należy ocenić działania Ministra zmierzające do rozszerzenia obowiązku prowadzenia list oczekujących na świadczenia z zakresu OPH. Pozwoli to na monitorowanie i ocenę dostępności do świadczeń.

Pomimo wielokrotnych wniosków formułowanych przez NIK, Minister nie doprowadził do systemowego rozwiązania problemu finansowania przez NFZ świadczeń wykonanych ponad ustalone w umowach limity (tj. braku uprawnienia NFZ do zwiększania zobowiązań po zakończeniu okresu rozliczeniowego).

NIK zwraca uwagę, że celowym byłoby zapewnienie dostępu do świadczeń w opiece stacjonarnej na poziomie zalecanym przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej<sup>7</sup>, tj. 80-100 łóżek na 1 mln mieszkańców. Dotychczasowe działania Ministra w tym zakresie były niewystarczająco skuteczne. Istotne byłoby także wprowadzenie indywidualnego planu opieki, o których mowa w wytycznych Rady Europy. Umożliwia on diagnozowanie kompleksowych i indywidualnych potrzeb pacjentów, tak aby dostosować do nich świadczoną opiekę.

<sup>2</sup> Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

<sup>3</sup> Dalej także „OPH”, „opieka paliatywna”, „opieka”.

<sup>4</sup> Tj. osób, o których mowa w § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, ze zm.); dalej: „rozporządzenie w sprawie OPH”.

<sup>5</sup> Za wyjątkiem siedmiu jednostek chorobowych wymienionych w załączniku nr 1 pkt I do rozporządzenia w sprawie OPH.

<sup>6</sup> Dalej: „NFZ” lub „Centrala NFZ”.

<sup>7</sup> Dalej: „EAPC”.

### III. Opis ustalonego stanu faktycznego

#### 1. Określenie kierunków rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

Do końca okresu objętego kontrolą, tj. do 30 czerwca 2018 r., Minister nie przyjął strategii określającej pożądany stan świadczeń OPH w Polsce. Na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia<sup>8</sup> zostały opublikowane *Analizy w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla Polski oraz 16 województw*<sup>9</sup>. W dokumentach tych, w odniesieniu do zasobów kadrowych, sprzętowych, sytuacji demograficznej oraz śmiertelności, odwołano się do *Map potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego* opublikowanych 30 maja 2018 r.<sup>10</sup> Opublikowano też *Mapy potrzeb zdrowotnych dla 30 grup chorób*<sup>11</sup>. W ośmiu z nich znalazły się rozdziały poświęcone OPH<sup>12</sup>. Minister poinformował, że *Mapy potrzeb zdrowotnych* były prezentowane na seminariach konsultacyjnych organizowanych przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej w celu konsultacji przygotowanych dokumentów.

(akta kontroli str. 6-11, 372-374, 408-412, 576, 1731)

#### 2. Określenie zasad opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

2.1. Zasady funkcjonowania OPH zostały określone przede wszystkim w rozporządzeniu w sprawie OPH, zgodnie z którym do opieki paliatywnej i hospicyjnej kwalifikują się osoby dorosłe z chorobami nowotworowymi i sześcioma innymi jednostkami chorobowymi<sup>13</sup> (od 1 lipca 2018 r. z siedmioma<sup>14</sup>) oraz dzieci do ukończenia 18 roku życia z 65 jednostkami chorobowymi. Wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu OPH Minister przygotował w oparciu o art. 31a ustawy o świadczeniach oraz rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych<sup>15</sup> dotyczącą wykazów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych. Natomiast wykaz szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów dotyczących OPH został określony w załączniku nr 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej<sup>16</sup>.

(akta kontroli str. 6, 16, 331-348)

W okresie objętym kontrolą do Ministra wpływały postulaty zgłaszane m.in. przez:

- a) Konsultant Krajową w dziedzinie medycyny paliatywnej, która m.in. w pismach z 26 marca 2015 r., 7 kwietnia i 20 czerwca 2016 r. oraz 16 marca 2018 r. wносиła o przeniesienie pediatrycznej opieki paliatywnej pod nadzór konsultanta w dziedzinie pediatrii. Wskazywała w nich m.in., że od wielu lat Warszawskie

<sup>8</sup> Dalej także: „MZ”.

<sup>9</sup> <http://www.mpz.mz.gov.pl/analiza-w-zakresie-opieki-paliatywnej-i-hospicyjnej/> [dostęp 17 grudnia 2018 r.]

<sup>10</sup> <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-szpitalne-ustawowe-2016/>, <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-szpitalne-ustawowe-2018/> [dostęp 17 grudnia 2018 r.]

<sup>11</sup> <http://www.mpz.mz.gov.pl/mapy-dla-30-grup-chorob/> [dostęp 17 grudnia 2018 r.]

<sup>12</sup> Dla chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego), układu nerwowego (innych niż wieku podeszłego), układu oddechowego (przewlekłych), nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego, wrodzonych wad rozwojowych, chorób metabolicznych, nerek i dróg moczowych oraz chorób zakaźnych – HIV.

<sup>13</sup> Tj.: chorobą wywoływaną przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), następstwami zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowymi zanikami pierwotnymi zajmującymi ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatią, niewydolnością oddechową niesklasyfikowaną gdzie indziej i owrzodzeniem odleżynowym.

<sup>14</sup> Tj. stwardnieniem rozsianym.

<sup>15</sup> Dalej także: „AOTMiT” lub „Agencja”. Z dniem 1 stycznia 2015 r. na podstawie art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1138, ze zm.) Agencja Oceny Technologii Medycznych zmieniła nazwę na Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

<sup>16</sup> Dz. U. poz. 1372, ze zm., dalej: „rozporządzenie w sprawie kryteriów wyboru ofert”.

Hospicjum dla Dzieci oraz Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej zgłaszały potrzebę przeniesienia opieki do pediatrii. Opracowane zostały *Standardy prowadzenia pediatrycznej opieki paliatywnej*, w przygotowaniu których brali udział przedstawiciele hospicjów dziecięcych oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii. Konsultant krajowa w dziedzinie pediatrii przedstawiła swoje stanowisko Ministrowi pismem z 31 lipca 2018 r., wskazując, że dzieci przebywające w hospicjum powinny być pod opieką pediatrów, ale nadzór nad hospicjami byłby zbyt dużym obciążeniem dla konsultanta krajowego w dziedzinie pediatrii. Wobec stanowiska Konsultant Krajowej w dziedzinie pediatrii<sup>17</sup> wskazującego, aby nadzór nad placówkami hospicyjnymi objął inny konsultant<sup>18</sup>, Minister 5 października 2018 r. wystosował pisma z prośbą o opinię konsultantów wskazanych przez konsultanta w dziedzinie pediatrii. Na dzień 19 listopada 2018 r. Minister otrzymał stanowiska Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej, który zaproponował powołanie niezależnego konsultanta ds. pediatrycznej opieki paliatywnej lub koordynatora podlegającego konsultantowi w dziedzinie pediatrii, oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii metabolicznej, który uznał za najwłaściwsze objęcie dzieci specjalistycznym nadzorem paliatywnym;

b) Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej<sup>19</sup>, które w marcu 2016 r. wskazywało m.in. na:

- konieczność odejścia od limitowania świadczeń w opiece paliatywnej,
- zapłatę za świadczenia wykonane ponad limit w 100% wartości,
- podwyższenia wartości osobodnia oraz rozliczania procedur w opiece stacjonarnej, podwyższenia wartości osobodnia w opiece domowej do kwot wyliczonych przez AOTMiT,
- przekształcenia poradni medycyny paliatywnej w poradnię medycyny paliatywnej i leczenia wspomagającego w chorobach nowotworowych i rozliczania jak poradni specjalistycznych lub – w ramach istniejącej poradni – wydzielenia porad w poradni oraz wizyt domowych,
- wprowadzenia standardów zintegrowanej opieki onkologicznej i paliatywnej od momentu diagnostyki nowotworu po opiekę u schyłku życia,
- poprawy jakości opieki poprzez zwrócenie uwagi na kwalifikacje lekarzy, kształcenia specjalizacyjnego lekarzy medycyny paliatywnej z wykorzystaniem środków unijnych analogicznie do innych dziedzin istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, kształcenia przed i podyplomowego lekarzy w zakresie medycyny paliatywnej oraz medycyny bólu,
- uporządkowania aktów prawnych związanych z lekami stosowanymi w opiece paliatywnej,
- wprowadzenia do koszyka świadczeń gwarantowanych „dziennego ośrodka opieki paliatywnej”;

c) PTMP i Krajową Konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej, w związku z planowaną nowelizacją *rozporządzenia w sprawie OPH*, którzy w pismach odpowiednio z 4 i 8 sierpnia 2017 r. wskazywali na docelowe odstępianie od

<sup>17</sup> Pismo nr KK/PED/83/07/2018, z 31 lipca 2018 r.

<sup>18</sup> Konsultant Krajowy w dziedzinie onkologii i hematologii dziecięcej lub kardiologii dziecięcej lub chorób metabolicznych.

<sup>19</sup> Dalej: „PTMP”.

kwalifikacji opartej na rozpoznaniu ograniczonym katalogiem wskazanych jednostek chorobowych ICD-10<sup>20</sup>, jednocześnie postulując utrzymanie katalogu rozpoznań w zmienionej formie<sup>21</sup> oraz wprowadzenie karty kwalifikacji do specjalistycznej opieki paliatywnej;

- d) Fundację Wrocławskie Hospicjum dla Dzieci, która w styczniu 2018 r. wskazała na zbyt niskie wymagania kontraktowe dla hospicjów domowych dla dzieci dotyczące personelu i sprzętu, zaniżoną wycenę usług i liczby pacjentów, niepewność towarzyszącą płatnościom za nadwykonania, brak długoterminowej opieki dla dzieci oraz brak możliwości finansowych tworzenia i realizacji świadczeń w Domach Opieki Wyręczającej;
- e) Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, które w czerwcu 2017 r. zwróciło się z zapytaniem, czy i kiedy stwardnienie rozsiane zostanie włączone do wykazu nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których udzielane są świadczenia gwarantowane;
- f) Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, które w grudniu 2016 r. wnioskowało o udzielenie akredytacji w celu utworzenia ośrodka referencyjnego w dziedzinach pediatrycznej i perinatalnej opieki medycznej, upoważnionego m.in. do prowadzenia szkoleń lekarzy i psychologów, konsultowania trudnych przypadków i podejmowania wiążących decyzji, sprawowania nadzoru merytorycznego wobec innych ośrodków, opracowania standardów.

W 2009 r. Prezes NFZ wnioskował do Ministra o podjęcie działań na rzecz nowelizacji *ustawy o świadczeniach* w celu wprowadzenia regulacji szczególnej dotyczącej rozliczania wykonanych świadczeń, innych niż ratujące życie, wykonanych ponad limit określony w umowach zawieranych przez NFZ ze świadczeniodawcami. Natomiast w 2016 r. Prezes NFZ wnioskował o wprowadzenie standardów w opiece paliatywnej wskazując, że bez nich zwiększenie finansowania świadczeń OPH nie przyczyni się do podniesienia jakości ich udzielania.

(akta kontroli str. 6-41, 275-292, 372-374, 376-399, 408-421, 555-558)

W sprawie zmian w opiece paliatywnej i hospicyjnej w marcu 2017 r. wypowiedziała się również Sejmowa Komisja Polityki Senioralnej<sup>22</sup>. Postulowała ona o:

- a) finansowanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej według wyceny AOTMiT;
- b) zniesienie limitów świadczeń w opiece paliatywnej;
- c) wprowadzenie skoordynowanego modelu opieki paliatywnej definiującego zasady współpracy jednostek świadczących tę opiekę ze świadczeniodawcami podstawowej opieki zdrowotnej, opieki długoterminowej i jednostkami pomocy społecznej;
- d) zwiększenie liczby łóżek w paliatywnej opiece stacjonarnej, tak aby docelowo osiągnąć pożądany wskaźnik 80-100/1 mln mieszkańców;
- e) rozwój świadczeń ambulatoryjnych, które zapewniają wczesną diagnostykę i terapię chorych;
- f) opracowanie i wdrożenie form opieki paliatywnej, które są obecnie niedostępne, tj.: zespołów wspierających w szpitalach w celu poprawy efektywności działania systemu poprzez umożliwienie wcześniejszego obejmowania opieką chorych oraz

<sup>20</sup> Kody Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych.

<sup>21</sup> Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia osób powyżej 18 r.ż: B20-B24, C00-C97, D32-D33, D37-D48, G09, G10-G13, G35-G37, I50, J96.1., R52.1, R52.2., L89, N18.

<sup>22</sup> *Dezyderat nr 5 Komisji Polityki Senioralnej do Ministra Zdrowia w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej* uchwalony na posiedzeniu w dniu 23 marca 2017 r.; [http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/psn\\_d5/\\$file/psn\\_d5.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/psn_d5/$file/psn_d5.pdf).

ośrodków dziennej opieki paliatywnej w celu umożliwienia przedłużenia pobytu pacjenta w domu, ale też objęcie go pełną wieloprofilową opieką, której nie jest w stanie zapewnić hospicjum domowe;

g) rozszerzenie wskazań do objęcia opieką paliatywną.

(akta kontroli str. 578-580, 1754-1756)

Minister wyjaśnił, że w pierwszej kolejności skoncentrowano się na wsparciu finansowym podmiotów realizujących OPH. Przyjęto zmiany tariff, które zaczęły obowiązywać od 1 stycznia 2017 r. i na które zaplanowano wzrost wydatków z ok. 461 mln zł do 626 mln zł<sup>23</sup>. Jako przyczynę niewdrożenia części postulatów wskazał brak uzasadnienia, podparcia dowodami oraz brak spójności z obowiązującą definicją świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, np. wprowadzenie dziennych domów opieki, a także wykroczenie poza obszar działania medycyny paliatywnej, np. podawanie czynników wzrostu, zakładanie PEG<sup>24</sup>, umożliwienie specjalistom medycyny paliatywnej kierowania na badania wysokospecjalistyczne (tomografię komputerową i rezonans magnetyczny) oraz leczenie objawów choroby nowotworowej oraz objawów niepożądanych związanych z terapią onkologiczną. Rozporządzeniem z dnia 12 czerwca 2018 r. zmieniającym *rozporządzenie w sprawie OPH*<sup>25</sup> na listę jednostek chorobowych kwalifikujących do świadczeń gwarantowanych w OPH wprowadzono stwierdzenie rozsiane.

(akta kontroli str. 275-279, 282-284, 372-378, 559-563, 1732, 1863)

8 maja 2018 r. Minister zlecił Prezesowi AOTMiT ocenę zasadności „zmiany technologii medycznej” w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz wskazań będących podstawą kwalifikacji do świadczeń z tego zakresu. Na realizację tego zlecenia wyznaczył termin dwóch lat.

(akta kontroli str. 9, 18, 295, 376-378, 400-407)

W Polsce pacjenci z chorobami nienowotworowymi stanowią około 10% osób objętych opieką paliatywną<sup>26</sup>, podczas gdy według EAPC w sytuacji równego dostępu do opieki paliatywnej pacjenci z innymi niż nowotwory schorzeniami stanowiliby 60% pacjentów OPH<sup>27</sup>. Rada Europy wskazała<sup>28</sup>, że każda osoba, która wymaga opieki paliatywnej, powinna mieć do niej dostęp. Minister nie miał wiedzy o liczbie osób umierających, którym w okresie 2015-2018 (I połowa) nie zostały udzielone świadczenia OPH z powodu braku jednostki chorobowej uprawniającej do OPH. Minister wyjaśnił m.in., że rozważa rozszerzenie wykazu chorób, w których udzielane są świadczenia gwarantowane z zakresu OPH, w tym uwzględnienie takich wskazań, jak: niewydolność serca, przewlekła niewydolność serca czy zwłóknienie i marskość wątroby, dopiero po wykonaniu analizy przez AOTMiT, ponieważ zmiana populacji uprawnionej do skorzystania ze świadczeń z zakresu OPH wpływa na wydatki ponoszone z tego tytułu z budżetu płatnika publicznego. Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ wskazał, że Rada Konsultacyjna AOTMiT wydając rekomendację nr 54/16/2009 z 6 sierpnia 2009 r.

<sup>23</sup> Wartość udzielonych świadczeń wzrosła z 457,9 mln zł w 2016 r. do 667,6 mln zł w 2017 r.

<sup>24</sup> Przeszkorna gastrostomia endoskopowa.

<sup>25</sup> Dz. U. poz. 1185.

<sup>26</sup> W oparciu o dane przygotowane w trakcie kontroli przez Centralę NFZ Minister wskazał, że pacjenci z chorobami nowotworowymi stanowili 90,5% korzystających z OPH w 2015 r., 90,3% w 2016 r., 89,7% w 2017 r. oraz 88,6% w I połowie 2018 r.

<sup>27</sup> Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie: część 1. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej, 2009 r. AOTMiT „Opieka paliatywna i hospicyjna” Opracowanie na potrzeby wydania tariffy, 2015 r. Worldwide Palliative Care Alliance, WHO (Światowa Organizacja Zdrowia): Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014 r.

<sup>28</sup> Wytoczne Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej z 2003 r., str. 5, dalej: „Wytoczne OPH Rady Europy”.

uznała, że „świadczenia finansowane wówczas, tj. w 2009 r. ze środków publicznych są usankcjonowane doświadczeniem i praktyką kliniczną i należy sądzić, że zostały one umieszczone na listach świadczeń po zasięgnięciu opinii specjalistów oraz danych o istniejącej praktyce”.

(akta kontroli str. 6-10, 250, 295, 559-563, 571, 1766, 1798)

Świadczenia zdrowotne z zakresu OPH finansowane były ze środków NFZ. W ramach Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego MZ nie były prowadzone prace nad możliwością współdzielenia finansowania świadczeń z podmiotami prywatnymi. Minister nie planował wprowadzenia zasady nielimitowania świadczeń OPH i nie prowadził analiz w tym zakresie. Wyjaśnił, że ze względu na ograniczone środki finansowe, świadczenia te nie zostały wydzielone do finansowania bezlimitowego, jednakże w perspektywie wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w kolejnych latach nie wyklucza podjęcia tego typu działań w przyszłości, a postulaty zmian będą w sposób całościowy analizowane przez AOTMiT.

Minister wskazał, że na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 1 *ustawy o świadczeniach* określenie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy do zakresu działania NFZ. Zapewnienie i kontraktowanie przedmiotowych świadczeń jest procesem, który z każdym rokiem – w ocenie Ministra – poprawia ich dostępność.

(akta kontroli str. 6-10, 247-250, 295-299, 372-374, 408-409, 1747-1748)

Minister – odpowiadając na sygnalizowaną w styczniu 2018 r. przez Konsultant Krajową w dziedzinie medycyny paliatywnej ograniczoną dostępność do stacjonarnej opieki paliatywnej na terenie siedmiu województw, w których liczba łóżek w hospicjach stacjonarnych i na oddziałach medycyny paliatywnej jest niższa niż międzynarodowe zalecenia (tj. 80-100 łóżek na 1 mln mieszkańców<sup>29</sup>) i znacząco niższa od średniej krajowej (w 2016 r. 73 łóżka na 1 mln mieszkańców) – zwrócił się do OW NFZ<sup>30</sup> z prośbą o rozpatrzenie i podjęcie działań zgodnie z zakresem kompetencji wynikającym z art. 107 *ustawy o świadczeniach*. Poszczególne OW NFZ odpowiedziały, że:

- Kujawsko-Pomorski OW NFZ: zwiększył nakłady z 10 202,6 tys. zł w 2015 r. do 16 420,0 tys. zł w 2018 r., tj. o 60%, a zakontraktowana liczba łóżek według stanu na 1 stycznia 2018 r. wynosiła 131 przy dostępnych 178; liczba łóżek na 1 mln mieszkańców w 2018 r. wynosiła 63 (spadek o 6 łóżek w stosunku do 2015 r.);
- Lubuski OW NFZ: nie planował zwiększenia liczby łóżek, natomiast na bieżąco monitorował poziom zabezpieczenia i realizacji kontraktów; zakontraktował pięć umów, które pozwalały na jednoczesne objęcie opieką 55 świadczeniobiorców; liczba łóżek na 1 mln mieszkańców w 2018 r. wynosiła 70 (wzrost o 26 łóżek w stosunku do 2015 r.);
- Mazowiecki OW NFZ: według stanu na 12 lutego 2018 r. liczba łóżek zakontraktowanych wyniosła 269 przy dostępnych 388; liczba łóżek na 1 mln mieszkańców w 2018 r. wynosiła 50 (wzrost o 13 łóżek w stosunku do 2015 r.);

<sup>29</sup> Wskaźnik ten został osiągnięty w woj. małopolskim – 101, podkarpackim – 116, podlaskim – 93, świętokrzyskim – 121, wielkopolskim – 93, wskaźnik nieznacznie poniżej lub powyżej średniej ogólnokrajowej odnotowano w woj. dolnośląskim – 68, lubelskim – 70, opolskim - 75 i pomorskim – 73.

<sup>30</sup> Zachodniopomorskiego, Łódzkiego, Mazowieckiego, Lubuskiego, Śląskiego, Warmińsko-Mazurskiego i Kujawsko-Pomorskiego.

- Łódzki OW NFZ: według danych na 7 lutego 2018 r. zwiększył nakłady z 8 919 tys. zł w 2016 r. do 13 841 tys. zł w 2018 r., tj. o 55%; liczba łóżek na 1 mln mieszkańców w 2018 r. wynosiła 44 (wzrost o 11 łóżek w stosunku do 2015 r.);
- Śląski OW NFZ: zalecany wskaźnik osiągnął w wyodrębnionym przez siebie regionie południowym (97 łóżek na 1 mln mieszkańców), podczas gdy w północnym wyniósł on 53, w centralnym 63, a ogólnie w województwie 67 łóżek (wzrost o 15 łóżek w stosunku do 2015 r.). Oddział zawarł umowy z 17 świadczeniodawcami, którzy dysponowali 307 łózkami;
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ: w 2017 r. liczba łóżek wynosiła 100, a ich wykorzystanie 89,4%. Tym samym Oddział nie widział potrzeb zwiększania liczby łóżek, dostrzegając zasadność i konieczność zwiększania rozwoju poradni medycyny paliatywnej; zalecany wskaźnik w 2018 r. wyniósł 70 (wzrost o jedno łóżko w stosunku do 2015 r.);
- Zachodniopomorski OW NFZ: na terenie województwa funkcjonowały cztery hospicja stacjonarne i jeden oddział opieki paliatywnej, które dysponowały 62 łózkami, a zalecany wskaźnik wyniósł 36 (wzrost o 12 łóżek w stosunku do 2015 r.).

W latach 2015-2018 na terenie sześciu z siedmiu województw (za wyjątkiem kujawsko-pomorskiego – spadek o 9%) zwiększono liczbę zakontraktowanych łóżek (od 1% do 59%). We wszystkich województwach nakłady na opiekę stacjonarną zwiększono od 31% do 75% (w pięciu województwach o ponad 60%).

(akta kontroli str. 275-279, 349-369, 1731-1732, 1860-1862)

**2.2.** Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych zawarte są w § 9 *rozporządzenia w sprawie OPH*. W Departamencie Analiz i Strategii MZ procedowano projekt rozporządzenia zmieniającego z 12 stycznia 2018 r., w którym zaproponowano wprowadzenie karty kwalifikacji do świadczeń OPH dla osób dorosłych wypełnianej przy podejmowaniu decyzji o objęciu opieką paliatywną, zmianie formy opieki, wypisaniu z opieki paliatywnej i zmianie stanu zdrowia pacjenta. Centrala NFZ stwierdziła, że przyjęcie karty kwalifikacji w brzmieniu zawartym w projekcie rozporządzenia może spowodować utrudnienie dla ciężko chorego świadczeniobiorcy, spowodowane koniecznością dotarcia do świadczeniodawcy, który zatrudnia lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny paliatywnej, w celu uzyskania podpisanej oceny „stanu naglącego” oraz „stanu sprawności i natężenia objawów”, znaczne ograniczenie dostępności (zwłaszcza pacjentów będących w stanie ciężkim), znaczne wydłużenie kolejek, większą niż dotychczas umieralność pacjentów oczekujących na objęcie OPH, kwalifikowanie do opieki stacjonarnej (najdroższej) pacjentów, którzy mogliby korzystać ze świadczeń w warunkach domowych oraz brak możliwości przeprowadzenia kontroli przez NFZ, dotyczącej zasadności objęcia pacjenta OPH, ponieważ kryteria wskazane w karcie kwalifikacji są niejednoznaczne i niemierzalne. W wyniku procesu konsultacyjnego Minister odstąpił od wprowadzenia karty jako narzędzia do kwalifikacji pacjentów do OPH na podstawie niezbędności leczenia objawowego, wskazując jednocześnie na konieczność dalszych prac w tym zakresie.

(akta kontroli str. 6-10, 252, 261-263, 288-292, 422-480)

**2.3.** Z Centralnego Rejestru Lekarzy RP, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską, wynikało że liczba lekarzy wykonujących zawód ze specjalizacją z medycyny paliatywnej zwiększyła się z 212 według stanu na 31 grudnia 2010 r. do

462 na 30 marca 2018 r.<sup>31</sup> W trakcie uzyskiwania specjalizacji z medycyny paliatywnej według stanu na 1 października 2018 r. było 153 lekarzy, najwięcej w woj. kujawsko-pomorskim (21), mazowieckim (19) i małopolskim (17), a najmniej w woj. podkarpackim i opolskim (po 1) i świętokrzyskim (2). Wśród 462 lekarzy z tą specjalizacją, najliczniejszą grupę, ponad 50%, stanowili lekarze w wieku do 50 lat, 43% lekarze w wieku od 51 do 65 lat, 6% to lekarze w wieku powyżej 66 lat<sup>32</sup>. Najwięcej lekarzy mających tą specjalizację, według stanu na 30 marca 2018 r., było w woj. śląskim (58), dolnośląskim (57) i wielkopolskim (52), a najmniej w woj. opolskim (7), lubuskim (8) oraz w podkarpackim i podlaskim (po 13). W latach 2015-2017 spadła o 10%-13% liczba pacjentów przypadająca na jednego lekarza specjalistę medycyny paliatywnej. W 2015 r. świadczeń z zakresu OPH udzielono 86 947 pacjentom<sup>33</sup>, a więc jeden lekarz specjalista medycyny paliatywnej przypadał na 221 pacjentów, w 2016 r. 88 460 pacjentom<sup>34</sup> (jeden lekarz na 210), a w 2017 r. 91 653 pacjentom<sup>35</sup> (jeden lekarz na 199).

Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ nie miał danych dotyczących liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej zatrudnionych w OPH, ponieważ dane z Centralnego Rejestru Lekarzy RP nie wskazywały, w jakiej dziedzinie medycyny lekarze mający specjalizację udzielają świadczeń zdrowotnych. Wskazał, że świadczeń w OPH mogą udzielać także lekarze innych specjalności, którzy legitymowali się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej<sup>36</sup> lub lekarze w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej. Z danych Centrali NFZ wynikało, że w 2015 r. do realizacji umów w OPH zostało zgłoszonych 366 lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej lub w trakcie uzyskiwania specjalizacji, w 2016 r. 409, a w 2017 r. 521. System informatyczny NFZ nie umożliwiał pozyskania informacji o kursach kwalifikacyjnych lub kursach specjalistycznych ukończonych przez personel medyczny.

(akta kontroli str. 7, 43-45, 293-294, 301-304, 569, 1724-1728)

Wśród personelu pielęgniarskiego tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, według stanu na 31 grudnia 2017 r., miało 1 236 osób, w trakcie specjalizacji było 886 osób<sup>37</sup>, kurs kwalifikacyjny ukończyło 4 959 osób, a szkolenie specjalistyczne z podstaw opieki paliatywnej ukończyły 6 793 osoby<sup>38</sup>. Najwięcej pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej było w woj. śląskim (173), kujawsko-pomorskim (124), mazowieckim (118), a najmniej w woj. podlaskim (6), świętokrzyskim (9) i opolskim (30). Z danych pochodzących z systemów informatycznych NFZ przekazanych NIK wynikało, że liczba pielęgniarek ze specjalizacją z opieki paliatywnej lub w jej trakcie wykazanych w umowach na świadczenia OPH wynosiła 315 w 2015 r. i 416 w 2016 r.<sup>39</sup> W 2015 r. jedna pielęgniarka ze specjalizacją w pielęgniarstwie opieki paliatywnej lub w trakcie jej uzyskiwania przypadła na 276 pacjentów, w 2016 r. na 212 pacjentów. Minister

<sup>31</sup> W 2011 r. – 234, w 2012 r. – 279, w 2013 r. – 319, w 2014 r. – 352, w 2015 r. – 393, w 2016 r. – 420, w 2017 r. – 460.

<sup>32</sup> Odpowiednio 233, 200 i 29 lekarzy.

<sup>33</sup> Według stanu 1 stycznia 2016 r. było 18 342 pacjentów.

<sup>34</sup> Według stanu 1 stycznia 2017 r. było 19 371 pacjentów.

<sup>35</sup> Według stanu 1 stycznia 2018 r. było 19 026 pacjentów.

<sup>36</sup> Dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

<sup>37</sup> Dane z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

<sup>38</sup> Z tego z podstaw opieki paliatywnej/podstaw terapii objawowej w opiece paliatywnej 6 680 osób, natomiast z zakresu pediatrycznej domowej opieki paliatywnej 113 osób.

<sup>39</sup> System informatyczny nie umożliwia pozyskania informacji o kursach kwalifikacyjnych lub kursach specjalistycznych ukończonych przez personel medyczny. Centrala NFZ nie ma danych dotyczących pielęgniarek wykazywanych do realizacji umów w 2017 r.

nie miał danych dotyczących liczby pielęgniarek z tą specjalizacją niepracujących w OPH. Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych w MZ wyjaśniła m.in., że jest to spowodowane tym, że pielęgniarki mogą mieć nawet dwie lub więcej specjalizacji i pracować nie tylko w OPH, a świadczenia pielęgniarskie mogą realizować również osoby, które ukończyły kurs kwalifikacyjny lub specjalistyczny lub były w jego trakcie. Konsultant Krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w raporcie rocznym za 2017 r. napisała, że według danych za 2016 r. 12,6% pielęgniarek miało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 7, 66-71, 161-175, 1721-1728)

Do czasu rozpoczęcia kontroli NIK Minister nie miał danych dotyczących liczby lekarzy i pielęgniarek ze specjalizacją w medycynie paliatywnej/pielęgniarstwie opieki paliatywnej zatrudnionych w OPH, tj. nie miał danych umożliwiających rzetelne oszacowanie potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny paliatywnej. Na problem braków kadrowych zwrócili uwagę: Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz 16 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej<sup>40</sup>.

(akta kontroli str. 43-46, 70-71, 240-245, 293, 569, 1837)

Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w MZ wyjaśniła m.in., że obecnie trwają prace nad opracowaniem modelu zapotrzebowania na lekarzy specjalistów. Wynikiem prac będzie metodologia, która posłuży oszacowaniu docelowej liczby lekarzy specjalistów w poszczególnych dziedzinach medycyny.

(akta kontroli str.303, 323)

Dyrektor Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego w MZ poinformował, że Minister wydając *rozporządzenie w sprawie OPH* i ustalając wymogi dotyczące obciążenia personelu (zawarte następnie w załączniku nr 2) kierował się *zarządzeniem Prezesa NFZ nr 96/2008/DSOZ z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna*, które zostały określone w załączniku nr 3b do tego zarządzenia. W 2018 r. do *rozporządzenia w sprawie OPH* dodano przepisy umożliwiające zatrudnienie przez świadczeniodawców opiekuna medycznego. W ocenie Ministra znacznie odciążyło to personel pielęgniarski, ponieważ celem wprowadzania tego zawodu do systemu oświaty było przygotowanie osób do pracy w oddziałach szpitalnych pod nadzorem pielęgniarek.

(akta kontroli str. 8, 17, 296-327, 372-374, 528)

Dyrektor Departamentu Pielęgniarek i Położnych oraz Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w MZ poinformowali, że w celu polepszenia opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w OPH, w Ministerstwie podjęto następujące działania:

- na podstawie ustawy z 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych<sup>41</sup> wprowadzono przepisy obligujące podmioty lecznicze do stopniowego wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawody medyczne;

<sup>40</sup> Informacje pobrane w trybie art. 29 ust. 1 pkt. 2 lit. f ustawy o NIK. Pytania skierowano do łącznie 30 konsultantów wojewódzkich, spośród których 21 udzieliło informacji w tym zakresie.

<sup>41</sup> Dz. U. poz. 1473, ze zm.

- przyspieszono tempo wzrostu nakładów finansowych na publiczny system ochrony zdrowia do wysokości nie niższej niż 6% PKB;
- zapewniono refundację kosztów ponoszonych przez jednostki szkolące rezydentów na wynagrodzenia za pełnione przez nich programowe dyżury medyczne;
- wprowadzono możliwość przyznania rezydentom dodatkowej podwyżki w zamian za zobowiązanie się do przepracowania określonego czasu w podmiocie udzielającym świadczeń finansowanych ze środków publicznych<sup>42</sup>;
- w okresie objętym kontrolą zwiększeniu uległy limity przyjęć na kierunek lekarski<sup>43</sup> (pomiędzy rokiem akademickim 2014/2015 a 2017/2018 z 3 133 do 4 368, tj. o 39,4%). W siedmiu postępowaniach o odbycie szkolenia specjalizacyjnego w ramach rezydentury (przeprowadzonych w latach 2015-2018 I połowa) Minister przyznał łącznie 100 miejsc dla medycyny paliatywnej, przy zapotrzebowaniu zgłoszonym przez wojewodów na poziomie 122 miejsc<sup>44</sup>. Na szkolenie specjalizacyjne zgłosiło się siedmiu lekarzy<sup>45</sup>.

Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w MZ poinformował, że medycyna paliatywna nie cieszy się dużym zainteresowaniem lekarzy. Pomimo dużej liczby miejsc rezydenckich na poszczególne postępowania kwalifikacyjne, wnioski o rozpoczęcie specjalizacji składa bardzo nieliczna grupa lekarzy. Najczęściej medycyna paliatywna wybierana jest jako kolejna specjalizacja. Minister dysponował danymi dotyczącymi liczby miejsc przyznanych przez wojewodów na kształcenie w trybie pozarezydenckim od postępowania 1-31 października 2016 r. Wojewodowie przyznali w tym postępowaniu 28 miejsc, zakwalifikowało się 18 osób, w postępowaniu 1-31 marca 2017 r. przyznano 55 miejsc, zakwalifikowały się 34, w kolejnym 1-31 października 2017 r. odpowiednio 41 i 24, a w postępowaniu 1-31 marca 2018 r. 33 i 15<sup>46</sup>. W celu zwiększenia zainteresowania lekarzy specjalizacją w dziedzinie medycyny paliatywnej Minister rozważa uznanie tej dziedziny za dziedzinę priorytetową, co wiąże się z wyższym wynagrodzeniem dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury.

(akta kontroli str. 46, 70-74, 321-324, 495-507, 577)

W grudniu 2017 r. powołany przez Ministra zespół opracował Strategię na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce<sup>47</sup>. Dokonano w niej oceny zapewnienia społeczeństwu świadczeń pielęgniarstkich i położniczych oraz określono kierunki działań i zmian, jakie należy wdrożyć, aby zapewnić wysoką jakość, bezpieczeństwo i dostęp do opieki pielęgniarstkiej dla pacjentów we wszystkich rodzajach świadczeń zdrowotnych, w tym OPH. W celu zapewnienia odpowiedniej kadry pielęgniarstkiej do realizacji świadczeń, od roku akademickiego 2018/2019 Minister zwiększył dotacje dla uczelni nadzorowanych przez siebie na kształcenie na studiach licencjackich na kierunku pielęgniarstwo (o 3 200 tys. zł). W celu podnoszenia jakości świadczeń, w tym OPH, Minister przeznaczał środki

<sup>42</sup> Ustawa z 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1532.)

<sup>43</sup> Na jednolite studia magisterskie prowadzone w formie stacjonarnej w języku polskim.

<sup>44</sup> Najwięcej miejsc Minister przyznał w postępowaniu kwalifikacyjnym przeprowadzonym w terminie 1-31.10.2015 r. (odpowiadało ono w 100% zapotrzebowaniu zgłoszonemu przez wojewodów). Z kolei w postępowaniu przeprowadzonym w terminie 1-31.03.2017 r. Minister nie przyznał żadnego miejsca, a wojewodowie wnioskowali o 10. Wynikało to z przyjętych przez Ministra priorytetów.

<sup>45</sup> Po jednym w postępowaniach przeprowadzonych w terminach: 1-31.03.2015 r., 1-31.10.2016 r. i 1-31.10.2017 r. oraz czterech w postępowaniu trwającym w terminie 1-31.10.2015 r.

<sup>46</sup> Dane przed przyznaniem niewykorzystanych miejsc. Ministerstwo Zdrowia nie zbierało danych dotyczących przyznania przez wojewodów niewykorzystanych miejsc w trybie pozarezydenckim, które miało miejsce w ciągu dwóch miesięcy po postępowaniu głównym.

<sup>47</sup> Dz. Urz.MZ . z 2017 r. poz. 50, ze zm.

publiczne na dofinansowanie pielęgniarcom i położnym kształcenia specjalizacyjnego. Dla pielęgniarek i położnych rozpoczynających specjalizację w 2015 r. Minister określił limit miejsc szkoleniowych na poziomie 1 850, a maksymalne dofinansowanie na 4 337 zł. W latach 2016-2018 minimalna liczba miejsc szkoleniowych wynosiła 2 250, maksymalne dofinansowanie – 3 500 zł, a maksymalna kwota przeznaczona na szkolenia specjalizacyjne – 8 000 000 zł<sup>48</sup>.

Radca Ministra wyjaśniła m.in., że w 2015 r. pielęgniarstwo opieki paliatywnej było dziedziną priorytetową w czterech województwach: kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim i pomorskim, co oznaczało, że w każdym z tych województw zaplanowano kształcenie dla 25 pielęgniarek<sup>49</sup>. W województwie mazowieckim była to dziedzina rezerwowa. W 2016 r. szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie jako priorytetowe wskazano w woj. małopolskim, a w czterech była to dziedzina rezerwowa (mazowieckie, podlaskie, śląskie i świętokrzyskie). Szkolenia dla łącznie 75 pielęgniarek rozpoczęły się w woj. małopolskim, podlaskim i świętokrzyskim<sup>50</sup>. W 2017 r. w czterech województwach była to priorytetowa dziedzina pielęgniarstwa (lubelskim, mazowieckim, podkarpackim i podlaskim), a w dwóch rezerwowa (kujawsko-pomorskim i śląskim). Szkolenie rozpoczęło 147 pielęgniarek<sup>51</sup>. W 2018 r. jako dziedzinę priorytetową pielęgniarstwo opieki paliatywnej wskazano w województwach: dolnośląskim, łódzkim, mazowieckim, pomorskim, wielkopolskim, w trzech była to dziedzina rezerwowa (w województwie kujawsko-pomorskim, śląskim i świętokrzyskim). W 2015 r. 50 pielęgniarek uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej z uwzględnieniem dofinansowania ze środków publicznych, w 2016 r. – 24, w 2017 r. – 174, a w 2018 r. – 46<sup>52</sup>.

(akta kontroli str. 6-10, 66-76, 242-243, 509-512, 540-541)

W roku akademickim 2017/2018 studia na kierunku lekarskim prowadziło 19 uczelni wyższych, w tym trzy po raz pierwszy<sup>53</sup>. Medycyna paliatywna nie była odrębnym obowiązkowym przedmiotem w programie studiów na siedmiu uczelniach (36,8%)<sup>54</sup>. Podsekretarz Stanu w Ministerstwie Zdrowia podkreślił, że: „najważniejsze, aby obowiązkowe treści dotyczące zagadnień medycyny paliatywnej były nauczane w ramach kształcenia na kierunku lekarskim, nie ma znaczenia, czy będzie się to odbywało w ramach jednego przedmiotu pn. *Medycyna paliatywna*, czy w ramach kilku funkcjonujących już przedmiotów, takich jak np.: Onkologia, Rehabilitacja, Medycyna rodzinna, Anestezjologia i intensywne terapie, Uwarunkowania sytuacji życiowej i zdrowie osób starszych, Praktyczne nauczanie kliniczne – oddziały: Chirurgii Onkologicznej, Onkologii itp.”

<sup>48</sup> Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie limitów miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych oraz kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego w 2015 r. (Dz. Urz. MZ z 2014 r. poz. 79), obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2015 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2016 r. (Dz. Urz. MZ z 2015 r. poz. 84), obwieszczenie MZ z dnia 13 grudnia 2016 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2017 r. (Dz. Urz. MZ z 2016 r. poz. 130), obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2017 r. w sprawie minimalnej liczby miejsc szkoleniowych dla pielęgniarek i położnych, maksymalnej kwoty dofinansowania jednego miejsca szkoleniowego oraz maksymalnej kwoty przeznaczonej na szkolenia specjalizacyjne w 2018 r. (Dz. Urz. MZ z 2017 r. poz. 117).

<sup>49</sup> Środki finansowe dla czterech województw wynosiły 332,3 tys. zł, średnio na jedną pielęgniarzkę przeznaczono 3 322,50 zł.

<sup>50</sup> Środki finansowe dla trzech województw wynosiły 179,1 tys. zł, średnio na jedną pielęgniarzkę przeznaczono 2 388,33 zł, na czas trwania specjalizacji (15-20 miesięcy).

<sup>51</sup> W woj. kujawsko-pomorskim organizator nie zebrał 25 chętnych osób. Środki finansowe dla sześciu województw wynosiły 362,7 tys. zł, średnio na jedną pielęgniarzkę 2 470,66 zł.

<sup>52</sup> Dane uwzględniają dwie sesje egzaminacyjne – wiosenną i jesienną. Stan na 22 listopada 2018 r.

<sup>53</sup> Uczelnie Łazarskiego w Warszawie, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Puławskiego w Radomiu i Uniwersytet Opolski.

<sup>54</sup> Na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, Uniwersytecie Jana Kochanowskiego w Kielcach, Uniwersytecie Rzeszowskim, Uczelni Łazarskiego, Uniwersytecie Technologiczno-Humanistycznym im. Kazimierza Puławskiego w Radomiu, Uniwersytecie Medycznym w Lublinie.

Standardy kształcenia zostały określone przez Ministra w *rozporządzeniu z 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa*<sup>55</sup>. Zastępca dyrektora Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w MZ wyjaśniła, że zgodnie z tym rozporządzeniem lekarz w trakcie studiów nabywa wiedzę m.in. o: zasadach postępowania paliatywnego z pacjentem w stanie terminalnym, zasadach leczenia bólu, w tym bólu nowotworowego i przewlekłego, problematyce adaptacji do choroby jako sytuacji trudnej, etapach przystosowania do zagrażających wydarzeń i potrzeb pacjentów, umieraniu i procesie żałoby rodziny, a także przyczynach, objawach, zasadach diagnozowania i postępowania terapeutycznego w najczęstszych problemach medycyny paliatywnej. Wskazał, że tematyka ta omawiana jest na kierunku lekarskim niezależnie od tego, czy jest to wyodrębniony przedmiot, czy też nie. W trakcie stażu podyplomowego lekarz, zgodnie z załącznikiem nr 1 do *rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty*<sup>56</sup>, w ramach stażu częściowego z bioetyki, medycyny rodzinnej, psychiatrii i prawa medycznego nabywa wiedzę z zakresu medycyny paliatywnej. Minister nie planuje wprowadzenia do stażu podyplomowego lekarzy obowiązku odbywania stażu w oddziałach stacjonarnej opieki paliatywnej, ponieważ wymagałoby to wydłużenia czasu trwania stażu. Dyrektor Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego w MZ wyjaśnił, że zagadnienia medycyny paliatywnej realizowane są także w programach innych specjalizacji na obowiązkowych kursach dla specjalizacji<sup>57</sup>.

(akta kontroli str. 46-48, 321-324, 570)

Według danych Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, na 27 września 2018 r. szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie medycyny paliatywnej mogły prowadzić 33 jednostki organizacyjne, które dysponowały łącznie 200 miejscami szkoleniowymi.

(akta kontroli str. 43)

Minister powołał konsultantów krajowych w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Wojewodowie, w porozumieniu z Ministrem, powołali 16 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej<sup>58</sup> oraz 14 w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej<sup>59</sup>. Konsultantów z zakresu pielęgniarstwa opieki paliatywnej nie powołano w woj. opolskim i świętokrzyskim w całym okresie objętym kontrolą. Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ wyjaśniła m.in., że decyzja o powołaniu konsultanta wojewódzkiego należy do wojewody, nie zaś do ministra właściwego do spraw zdrowia.

(akta kontroli str. 6, 372-372, 408-412, , 481-484, 542-550)

**2.4.** Minister wskazał, że przy wyborze podmiotów udzielających świadczeń z zakresu OPH, istotną rolę odgrywało kryterium cenowe określone w *rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert*. Zgodnie z tym

<sup>55</sup> Dz. U. z 2018 r. poz. 345

<sup>56</sup> Dz. U. z 2014 r. poz. 474, ze zm.

<sup>57</sup> Choroby wewnętrzne, medycyna pracy, alergologia, angiologia, balneologia i medycyna fizykalna, choroby płuc, diabetologia, endokrynologia, gastroenterologia, geriatryka, hematologia, immunologia kliniczna, kardiologia, nefrologia, onkologia kliniczna, reumatologia, toksykologia kliniczna, transfuzjologia kliniczna, medycyna lotnicza oraz medycyna morska i tropikalna na obowiązkowych kursach.

<sup>58</sup> Na stanowiskach konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej dla: woj. śląskiego w okresie od 3 do 9 listopada 2015 r. oraz od 19 lutego do 7 maja 2018 r., woj. wielkopolskiego do 15 sierpnia 2016 r., woj. zachodniopomorskiego w okresie od 13 września 2016 r. do 28 marca 2017 r. wystąpiły wakaty.

<sup>59</sup> Na stanowiskach konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej w okresie objętym kontrolą tj. od 1 stycznia 2015 r. wystąpiły wakaty w woj. dolnośląskim do 30 czerwca 2016 r., woj. lubuskim do 30 listopada 2015 r., woj. małopolskim do 31 maja 2015 r., woj. śląskim do 9 czerwca 2016 r., woj. warmińsko-mazurskim do 30 września 2015 r. oraz woj. zachodniopomorskim do 15 lutego 2016 r.

rozporządzeniem, kryterium cenowe miało wysoką wartość punktową (maksymalnie 25 punktów na 100). W ocenie Ministra można oczekiwać, że oferenci biorący udział w postępowaniu o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju OPH będą obniżać oczekiwania w odniesieniu do ceny za świadczenia będące przedmiotem postępowania. Powyższe rozwiązanie umożliwi NFZ zakup większej liczby świadczeń w ramach kwoty planowanej do wydatkowania na świadczenia OPH. Prezes NFZ w piśmie skierowanym do Ministra w 2016 r. zwrócił uwagę, że zwiększenie finansowania świadczeń OPH nie przyczyni się do podniesienia jakości ich udzielania bez wprowadzenia przez Ministra standardów OPH.

(akta kontroli str. 253-254, 1852-1858)

**2.5.** Według oceny Zespołu ds. opieki paliatywnej i hospicyjnej z 2012 r., w szpitalach brakuje zespołów wspierających opiekę paliatywną, gdyż nie były one wymagane. Powoduje to, że chorzy wielokrotnie pozbawieni są właściwego leczenia dokuczliwych objawów<sup>60</sup>. W literaturze międzynarodowej wskazuje się na korzyści wynikające z takiej formy opieki<sup>61</sup>, również w wymiarze finansowym<sup>62</sup>. Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w MZ wyjaśniła m.in., że rozwiązania przyjęte w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych stanowią standard organizacyjny, który nie wyczerpuje możliwości organizacji opieki w szpitalu przez podmiot leczniczy. Zespoły wspierające opiekę paliatywną funkcjonują w podmiotach leczniczych, szczególnie przy podmiotach sprawujących opiekę onkologiczną.

(akta kontroli str. 277, 289-290, 804-821)

Wśród problemów zauważonych przez Konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej, wskazanych NIK w trakcie kontroli<sup>63</sup>, były m.in.:

- brak wiedzy personelu oddziałów szpitalnych o opiece paliatywnej, stosowanie uporczywej terapii i zbyt późne kierowanie pacjentów do OPH przez szpitale<sup>64</sup>;
- niewystarczająca edukacja społeczeństwa w zakresie wiedzy o opiece paliatywnej powodująca obawy przed zgłoszeniem się o tego rodzaju pomoc<sup>65</sup>.

(akta kontroli str. 822)

Minister wskazał, że rozwiązania wprowadzone *rozporządzeniem w sprawie OPH* stanowią standard organizacyjny, który nie wyczerpuje możliwości organizacji opieki w szpitalu przez podmiot leczniczy, oraz że nie ma uzasadnienia dla wdrożenia zespołu wspierającego OPH w każdym podmiocie leczniczym. Wskazał, że nie ma uzasadnienia dla uruchomienia ogólnopolskiego programu edukacyjno-informacyjnego dla pacjentów nieuleczalnie chorych. Informacja na temat istniejących form opieki (stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej) dla nieuleczalnie chorych pacjentów jest dostępna na stronach internetowych MZ. Informacje o dostępnych formach opieki, lokalizacji placówek jej udzielających oraz

<sup>60</sup> Podsumowanie pracy Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej (sierpień 2011 r. – czerwiec 2012 r.), str. 14.

<sup>61</sup> W postaci konsultantów lub szpitalnych zespołów wspierających opiekę paliatywną.

<sup>62</sup> Np. "Economic Impact of Early Inpatient Palliative Care Intervention in a Community Hospital Setting", *Journal of Palliative Medicine*, vol. XX, 2018.

<sup>63</sup> Informacje pobrane w trybie art. 29 ust. 1 pkt. 2 lit. f ustawy o NIK.

<sup>64</sup> Wskazane przez 16 konsultantów. Pytania skierowano do łącznie 32 konsultantów wojewódzkich i krajowych, spośród których 20 udzieliło informacji w tym zakresie.

<sup>65</sup> Wskazana przez wszystkich 22 konsultantów. Pytania skierowano do łącznie 32 konsultantów wojewódzkich i krajowych, spośród których 22 udzieliło informacji w tym zakresie.

dokumentach niezbędnych do uzyskania świadczenia umieszczają na swoich stronach internetowych także OW NFZ.

(akta kontroli str. 254, 275-279, 289, 293, 298)

**2.6.** Minister Zdrowia wskazał, że dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ mają najpełniejszą wiedzę dotyczącą zapotrzebowania na liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych w danym regionie, przy jednoczesnej odpowiedzialności za efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi kierowanych przez siebie oddziałów. Wsparcie dla obszaru ochrony zdrowia z funduszy europejskich w latach 2014-2020 prowadzone jest w oparciu o „Krajowe Ramy Strategiczne Policy Paper dla Ochrony Zdrowia na lata 2014-2020”. Za pomocą Narzędzia nr 17 możliwe jest wsparcie podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie geriatry, opieki długoterminowej oraz OPH (roboty budowlane, doposażenie). Wdrażanie tego narzędzia odbywa się w ramach Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2014-2020. Na wdrażanie tego narzędzia zaplanowano łącznie we wszystkich województwach 58 mln euro (razem z wkładem krajowym). Jak wskazał Zastępca dyrektora Departamentu Funduszy Europejskich i e-Zdrowia w MZ, z danych, którymi dysponuje Minister, wynika że dotychczas w ramach narzędzia nr 17, czyli m.in. na OPH, wykorzystano blisko 161,8 mln zł (łącznie z wkładem krajowym), na rozbudowę i budowę hospicjów lub modernizację tych obiektów. Podsekretarz Stanu w MZ wyjaśnił, że Minister nie ma szczegółowej wiedzy na temat projektów realizowanych w ramach OPH współfinansowanych ze środków UE w ramach perspektywy finansowej 2007-2013. Informacje w tym zakresie pozostają we właściwości poszczególnych instytucji zarządzających (urzędów marszałkowskich oraz Ministerstwa Inwestycji i Rozwoju).

(akta kontroli str. 208-209, 254, 275-279, 289, 293, 298, 531-539, 570)

**2.7.** Do 30 czerwca 2018 r. do przepisów regulujących zasady udzielania świadczeń OPH zgłoszone zostały Ministrowi dwa problemy interpretacyjne. Zgłaszającymi byli oddział wojewódzki NFZ oraz świadczeniodawca. Pierwsze pytanie dotyczyło interpretacji części IV „Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej” ust. 2 pkt 4 *rozporządzenia w sprawie OPH*, tj. konieczności wykazania się przez ośrodek współpracujący ze świadczeniodawcą realizującym świadczenie gwarantowane co najmniej trzyletnim doświadczeniem w pediatrycznej opiece paliatywnej z zakresu hospicjum domowego dla dzieci. Drugie pytanie dotyczyło hospicjum stacjonarnego oraz obligatoryjnego zatrudnienia opiekuna medycznego. W obu przypadkach Departament Analiz i Strategii MZ udzielił zgłaszającym odpowiedzi.

(akta kontroli str. 263-269)

**2.8.** W sprawie podejmowania działań w celu podnoszenia jakości świadczeń, w tym określenia kryteriów ocen ofert w postępowaniach o zawarcie umów o udzielanie świadczeń OPH Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ poinformował m.in., że warunki określone w *rozporządzeniu w sprawie OPH* były obowiązujące, a ich niespełnienie skutkowało odrzuceniem oferty, natomiast warunki określone w *rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert* były fakultatywne: ich niespełnienie nie wykluczało oferenta z możliwości zawarcia umowy, a jedynie skutkowało uzyskaniem mniejszej liczby punktów. Wskazał, że w *rozporządzeniu w sprawie kryteriów wyboru ofert* wprowadzono kryterium jakości, premiujące w szczególności personel o określonych kwalifikacjach, ale także np. wykazywanie się odpowiednim certyfikatem. Jako przyczynę niewprowadzenia do oceny ofert takich czynników wpływających na jakość opieki, jak kryterium zwiększonej liczby personelu, dostęp do dodatkowej pomocy, np. wolontariatu,

pomocy socjalnej czy dietetyka, zapewnienie pojazdów dla pielęgniarek<sup>66</sup>, wskazał że kryterium jakości premiowało przede wszystkim personel o określonych kwalifikacjach, a wypracowane warunki zawierały odpowiedni do danego rodzaju świadczeń, ściśle określony parametr możliwy do oceny przez komisje konkursowe NFZ.

(akta kontroli: str. 9, 254-257, 521-523)

W ramach udzielanych świadczeń OPH nie wprowadzono tzw. *Indywidualnego planu opieki*, o którym mowa w *Wytycznych OPH Rady Europy*, opracowywanego przez zespół opieki paliatywnej wspólnie z chorym i rodziną, który zawierałby potrzeby i preferencje chorego i jego rodziny, oczekiwania oraz zadania różnych opiekunów będących profesjonalistami i nieprofesjonalistami, zaangażowanych w opiekę<sup>67</sup>.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ wyjaśnił m.in., że wytyczne wskazały na konieczność uwzględnienia specyfiki kraju członkowskiego w podejmowanych przez ten kraj działaniach. Wskazał, że w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>68</sup> określono kartę indywidualnej opieki pielęgniarskiej.

(akta kontroli, str. 1752-1753, 1838)

Minister nie utworzył systemu zapewniającego jednolitą rejestrację danych niezbędnych dla kontroli jakości OPH (np. częstotliwości i skuteczności świadczonych usług, leczenia bólu i innych objawów somatycznych, adekwatności opieki do potrzeb).

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ wyjaśniła m.in., że dotychczas nie złożono do Ministra Zdrowia wniosku o utworzenie rejestru medycznego, którego celem byłoby monitorowanie jakości opieki paliatywnej.

(akta kontroli str. 7, 17, 258, 270, 293, 296-297, 316, 572, 1823)

Podległe Ministrowi Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia<sup>69</sup> nie opracowało standardów akredytacyjnych w OPH, przez co nie stworzono warunków do akredytowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 1 ust. 2 w związku z art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia<sup>70</sup>. Akredytowanie podnosi bezpieczeństwo opieki, pozwala ujednoczyć zasady sprawowania opieki nad pacjentem w oparciu o podstawy naukowe<sup>71</sup> oraz umożliwia dokonywanie oceny świadczeniodawców poprzez porównanie z wzorcami dobrego postępowania, jakimi są standardy akredytacyjne. Akredytacja pozwala też na uzyskanie informacji na temat głównych problemów, na jakie napotykają świadczeniodawcy zabiegający o certyfikat akredytacyjny, co mogłoby być wykorzystane przez Ministra do doskonalenia systemu OPH.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ wyjaśnił m.in., że przygotowanie standardów akredytacyjnych w danym obszarze medycyny jest

<sup>66</sup> Zarówno w Wytycznych Rady Europy, jak i w Zaleceniach EAPC wskazano, że zespół lekarzy i pielęgniarek powinien dopełniać m.in. pracownicy socjalni, opiekunowie duchowi, dietetycy, koordynatorzy wolontariatu i terapeuci zajęciowi.

<sup>67</sup> Str. 44-45.

<sup>68</sup> Dz. U. poz. 2069.

<sup>69</sup> Zgodnie z § 1 ust. 1 załącznika nr 1 do zarządzenia MZ z dnia 2 lipca 2010 r. w sprawie Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (Dz. Urz. MZ z 2010 poz. 59) Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

<sup>70</sup> Dz.U. z 2016 r. poz. 2135.

<sup>71</sup> Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia: *Program akredytacji dla szpitali. Przewodnik po procesie*, s. 7, [http://www.cmj.org.pl/akredytacja/przewodnik\\_akredytacja\\_szpitali.pdf](http://www.cmj.org.pl/akredytacja/przewodnik_akredytacja_szpitali.pdf)

procesem długotrwałym i dotyczy różnych zakresów udzielanych świadczeń, jak również wymaga współpracy ze środowiskiem ekspertów w danej dziedzinie medycyny. Poza tym, tak jak proces akredytacji, jest kwestią dobrowolną. Podkreślił, że do Ministra nie wpływały wnioski o podjęcie prac w celu opracowania standardów akredytacyjnych oraz, że w polskim systemie prawnym akredytacja jest nieobligatoryjna. Stanowi ona zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddających się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi. Podlega ciągłemu doskonaleniu oraz usprawnieniu, co pozwala na tworzenie nowych standardów akredytacyjnych dla kolejnych zakresów udzielanych świadczeń.

(akta kontroli str. 380, 399, 565, 572, 1720-1721, 1746-1747)

**2.9.** W piśmie z 10 kwietnia 2018 r. Prezes NFZ zwrócił się do Ministra z propozycją zmian w prowadzeniu list oczekujących oraz sprawozdawania informacji o osobach oczekujących na świadczenia. W długiej perspektywie czasowej Prezes NFZ postulował wprowadzenie terminarzy, w miejsce listy oczekujących, określających grupę świadczeniodawców realizujących świadczenia OPH, a także wprowadzenie wyjątków, w przypadku których świadczeniodawcy nie sprawozdawaliby informacji o pierwszym wolnym terminie udzielania świadczenia z uwagi na trudność w jego określeniu oraz niski walor takiej informacji dla pacjenta. Minister w odpowiedzi poinformował Prezesa NFZ, że akceptuje proponowane kierunki zmian. W dniu 20 listopada 2018 r. Rada Ministrów przyjęła przedłożony przez Ministra projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. W projekcie m.in. rozszerzono obowiązek prowadzenia list oczekujących na wszystkie świadczenia, w tym z zakresu OPH<sup>72</sup>. Od dnia wejścia ustawy w życie, tj. 11 stycznia 2019 r., świadczeniodawcy mają obowiązek monitorowania i sprawozdawania kolejek do OPH (w hospicjach domowych<sup>73</sup> oraz stacjonarnych)<sup>74</sup>. Do tego czasu, brak odpowiedniej sprawozdawczości uniemożliwiało ustalenie liczby chorych oczekujących na świadczenie, co jest warunkiem koniecznym do rozeznania potrzeb i odpowiedniego rozdziału środków publicznych przez NFZ.

(akta kontroli str. 7, 17, 258, 263-2270, 293, 296-297, 316, 329-330, 305-314, 572, 1823)

Stwierdzone  
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

**1.** Minister nie opracował strategii rozwoju OPH, tj. nie określił modelu docelowego funkcjonowania systemu udzielania świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Dla prawidłowego funkcjonowania OPH konieczne jest opracowanie na szczeblu centralnym założeń pożądanego stanu świadczenia OPH, uwzględniających istotne elementy z punktu widzenia zapewnienia powszechnego dostępu do wysokiej jakości świadczeń (np. grupę docelową pacjentów, sposób finansowania, zasady podnoszenia jakości udzielanych świadczeń).

Rada Europy postulowała utworzenie Narodowego Planu Opieki Paliatywnej, tj. strategii, której celem byłoby zabezpieczenie dostępności, równości i jakości w zapewnieniu opieki paliatywnej. Podstawowymi elementami ww. planu powinny być m.in. ocena potrzeb, definicja celów, edukacja i szkolenie, promocja

<sup>72</sup> Art. 19a ust. 1 w brzmieniu: „Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach, świadczenia specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne są udzielane każdego dnia w godzinach udzielania świadczeń, zgodnie z harmonogramem przyjętym prowadzonym przez świadczeniodawcę, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”.

<sup>73</sup> Pacjenci objęci opieką domową stanowią 63% wszystkich pacjentów OPH.

<sup>74</sup> Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2429).

dostępności opioidów, opracowanie standardów i systematyczna ocena wyników<sup>75</sup>. Natomiast Zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej<sup>76</sup> postulował w 2012 r. opracowanie Narodowego Programu Rozwoju Opieki Paliatywnej<sup>77</sup>, który pozwoliłby na określenie strategii rozwoju OPH w Polsce, m.in. w zakresie kontraktowania i finansowania oraz rozwoju i rozmieszczenia hospicjów. Na problem braku wiedzy o strategii państwa wobec OPH wskazał NIK m.in. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz 16 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz pielęgniarstwa opieki paliatywnej<sup>78</sup>.

(akta kontroli, str. 6, 8-9, 11, 13, 239, 275-276, 280-284, 299, 400-407, 564-565, 572, 804-822, 1794-1848)

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w MZ wyjaśniła m.in., że „na podstawie zgłaszanych przez ekspertów, konsultantów i towarzystwa postulatów, Minister Zdrowia powziął, że konieczna jest analiza i ocena dotychczasowych założeń i definicji OPH, aby na podstawie przeglądu rozwiązań przyjętych na świecie możliwe będzie pochylenie się nad kwestią definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej, a na jej podstawie także określenie, czy propozycje przedstawiane przez ekspertów są uzasadnione. Minister mając świadomość że ważne jest spojrzenie i doświadczenie ekspertów, w pierwszej kolejności zdecydował jednak o przygotowaniu opracowań analitycznych, które będą stanowiły punkt wyjścia do ewentualnej dyskusji z ekspertami. Przygotowane opracowanie analityczne mają też być źródłem informacji i racjonalnych argumentów niezbędnych do uzasadnienia proponowanych zmian, czego zabrakło w propozycjach przedstawianych przez ekspertów. Przygotowane opracowanie analityczne ma też stanowić punkt wyjścia do dyskusji o warunkach organizacji opieki paliatywnej i możliwym do uzyskania w warunkach polskich standardzie opieki. W tym m.in. celu zostało przekazane do AOTMiT zlecenie z maja 2018 r.”

(akta kontroli, str. 6, 8-9, 11, 13, 239, 275-276, 280-284, 299)

2. Minister nie określił standardów świadczenia OPH, pomimo takiej potrzeby wskazywanej m.in. przez Prezesa NFZ w 2016 r., a także przez AOTMiT w 2015 r. Opracowanie standardów świadczenia OPH jest jednym z warunków podniesienia jakości świadczeń. Bez standardów obowiązujących wszystkich świadczeniodawców, zwiększenie finansowania świadczeń OPH nie przyczyni się do podniesienia jakości ich udzielania.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w MZ wyjaśniła m.in., że Minister Zdrowia zlecił w maju 2018 r. AOTMiT ocenę „zasadności zmiany technologii medycznej” wszystkich świadczeń gwarantowanych OPH. Analiza umożliwi Ministrowi Zdrowia podjęcie decyzji co do ewentualnej weryfikacji warunków realizacji bądź samych świadczeń.

(akta kontroli, str. 275, 284-285, 572, 1852-1858)

NIK nie znajduje uzasadnienia dla bezczynności Ministra w opracowaniu powyższych standardów. Podjęte w tym kierunku działanie polegające na skierowaniu w 2018 r. przez Ministra wniosku do AOTMiT o wyrażenie opinii

<sup>75</sup> Wytyczne OPH Rady Europy, str. 44.

<sup>76</sup> Zespół powołany zarządzeniem z dnia 29 lipca 2011 r. Ministra Zdrowia (Dz. Urz. MZ Nr 6, poz. 50), zwany dalej „Zespołem”. Zgodnie z § 4 zarządzenia, zadaniem Zespołu było opracowanie propozycji zmian w opiece paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, w szczególności zaś: rozwiązań dotyczących struktury i organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rozwiązań odnośnie poprawy jej jakości i stanu zasobów.

<sup>77</sup> Podsumowanie pracy Zespołu MZ ds. OPH (sierpień 2011 r. – czerwiec 2012 r.), str. 17-18.

<sup>78</sup> Informacje pobrane w trybie art. 29 ust. 1 pkt. 2 lit. f ustawy o NIK. Pytania skierowano do łącznie 30 konsultantów wojewódzkich, spośród których 21 udzieliło informacji w tym zakresie.

w sprawie zasadności wprowadzenia standardów NIK ocenia jako niecelowe, albowiem w wydanym przez AOTMiT opracowaniu „opieka paliatywna i hospicyjna” (z 2015 r.) wskazano, że jednym z ograniczeń systemowych jest brak standardów postępowania i procedur medycznych z zakresu OPH<sup>79</sup>.

**3.** Dorosłym chorującym na inne niż nowotworowe jednostki chorobowe<sup>80</sup> i znajdującym się w ostatnim okresie życia nie zapewniono dostępu do świadczeń opieki paliatywnej, ze względu na wprowadzenie w załączniku nr 1 do *rozporządzenia w sprawie OPH* zawężającej listy chorób kwalifikujących do takiej opieki.

Zgodnie z Wytycznymi OPH Rady Europy opieka paliatywna nie jest związana z konkretną chorobą, a każda osoba, która wymaga opieki paliatywnej, powinna mieć do niej dostęp. O rozszerzenie wskazań do objęcia opieką postulował w 2012 r. powołany przez Ministra Zespół, jak również w 2013 r. PTMP oraz Krajowa Konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej, a w 2017 r. Sejmowa Komisja do spraw Polityki Senioralnej<sup>81</sup>.

Dopiero w 2018 r. Minister przekazał do AOTMiT zlecenie oceny zasadności zmiany technologii medycznych wszystkich świadczeń gwarantowanych OPH, choć już w 2012 r. otrzymał informację od Zespołu, że zasady przyjęcia do opieki paliatywnej oparte na załączniku nr 1 do *rozporządzenia w sprawie OPH* dyskryminują pacjentów w ostatnim okresie życia ze schorzeniami nienowotworowymi, nieujętych w załączniku oraz nie uwzględniają właściwych – zgodnych z definicją opieki paliatywnej określoną przez WHO – kryteriów dotyczących wskazań do objęcia tą opieką. W całym okresie objętym kontrolą Minister nie przeprowadzał analiz skutków limitowania świadczeń OPH, w tym uzyskanych oszczędności budżetu państwa, a także nie uzyskiwał takich danych z NFZ.

Podsekretarz Stanu w MZ Zbigniew Król wyjaśnił m.in., że propozycje przygotowane przez Zespół nie stanowiły jednoznacznych wskazań dla sformułowania nowych zasad obejmowania pacjentów opieką paliatywno-hospicyjną, ale wyznaczały główny kierunek zmian w poprawie organizacji i jakości tej opieki. Postulowane zmiany wymagały w dalszej kolejności uwzględnienia różnych perspektyw funkcjonowania OPH, a także diagnozy i analizy ograniczeń w tym zakresie. Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w MZ wyjaśniła m.in., że Minister Zdrowia dostrzega fakt, że definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej zawarta w *rozporządzeniu w sprawie OPH* może być rozbieżna z definicją WHO i o weryfikację tej definicji Minister zwrócił się w 2018 r. do AOTMiT.

(akta kontroli, str. 8, 252, 276-277, 284, 288-290, 377, 489-490, 565-567, 571-572, 804-821)

Zdaniem NIK brak jest uzasadnienia dla trwającej blisko sześć lat zwłoki Ministra w zweryfikowaniu zasadności wskazań Zespołu. Podsumowanie prac Zespołu z 2012 r. nie zapoczątkowało zmian w OPH m.in. w zakresie kryteriów kwalifikujących pacjentów do objęcia tą opieką, na co zwróciła uwagę AOTMiT w 2015 r.<sup>82</sup>

**4.** Do czasu rozpoczęcia kontroli NIK Minister nie podjął skutecznych działań w odniesieniu do wniosku o skoordynowanie OPH z opieką długoterminową oraz pomocą społeczną, zgłoszonego w marcu 2017 r. przez Sejmową Komisję Polityki

<sup>79</sup> Str. 125.

<sup>80</sup> Za wyjątkiem siedmiu jednostek chorobowych wymienionych w załączniku nr 1 pkt I do *rozporządzenia w sprawie OPH*.

<sup>81</sup> *Dezyderat nr 5 Komisji Polityki Senioralnej do Ministra Zdrowia w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej* uchwalony na posiedzeniu 23 marca 2017 r.

<sup>82</sup> *Opracowanie pt. „Opieka paliatywna i hospicyjna” z 17 października 2015 r.*, s. 126.

Senioralnej<sup>83</sup>, która wskazała że takie rozwiązanie umożliwi zachowanie ciągłości opieki w przypadku długotrwałej stabilizacji stanu chorego, pozwalając jednocześnie na racjonalizację jej kosztów. O skoordynowanie opieki wnioskował także Krajowy Konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej w piśmie z 16 marca 2018 r. Brak skoordynowania i określenia zasad takiej współpracy utrudniał pacjentom dostęp do pełnej, uzupełniającej się OPH, która jest całościową opieką i leczeniem objawowym, w tym ma łagodzić cierpienia socjalne<sup>84</sup>. W konsekwencji pacjenci lub ich opiekunowie samodzielnie musieli występować do kilku podmiotów – hospicjów, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodków pomocy społecznej – aby korzystać z różnych możliwości wsparcia oferowanych przez państwo.

Dyrektor Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ wyjaśniła m.in., że Minister Zdrowia dostrzega potrzebę ścisłej współpracy z Ministrem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej (MRPiPS) w analizowaniu możliwych działań koordynacyjnych dotyczących opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w celu zapewnienia jak najpełniejszego wsparcia dla opiekunów dzieci nieuleczalnie chorych. Realizacja tych zamierzeń jest utrudniona ze względu na odmienne podstawy prawne funkcjonowania obu systemów oraz zaangażowanie innych podmiotów odpowiedzialnych za finansowanie usług zdrowotnych i społecznych. Podsekretarz Stanu w MZ Zbigniew Król wyjaśnił m.in., że MZ prowadzi rozmowy z MRPiPS mające na celu rozpatrzenie możliwości i zakresu skoordynowania opieki paliatywno-hospicyjnej, długoterminowej oraz pomocy społecznej. W tym celu 28 listopada 2018 r. zorganizowane zostało spotkanie z przedstawicielami MRPiPS w sprawie omówienia możliwości podjęcia działań koordynacyjnych. Oczekiwany rezultatem konsultacji jest wypracowanie rozwiązań uwzględniających zarówno całościowe potrzeby osób wymagających takiej opieki i pomocy, jak również możliwości organizacyjne i finansowe systemu.

(akta kontroli str. 15-23, 52-57, 276, 278, 293, 304, 321, 324, 376, 489-490, 564-565, 572, 578-580, 1754-1756)

NIK zauważa, że skoordynowanie modelu opieki paliatywnej wymaga współdziałania Ministra Zdrowia z innymi podmiotami i organami, w szczególności z MRPiPS, zaś brak koordynacji ogranicza skuteczność funkcjonowania systemu OPH, w tym efektywność wydatkowania środków publicznych na finansowanie usług zdrowotnych i społecznych służących temu samemu celowi (udzielaniu pomocy osobom umierającym).

5. Minister nie wprowadził rozwiązań zapewniających osobom umierającym, leczonym w szpitalach, dostępu do opieki odpowiedniej dla pacjentów u kresu życia, poprzez np. nałożenie obowiązku funkcjonowania szpitalnych zespołów opieki paliatywnej lub szpitalnych konsultantów medycyny paliatywnej. O wprowadzenie szpitalnych zespołów wspierających opiekę paliatywną postulował w 2012 r. powołany przez Ministra Zespół oraz Sejmowa Komisja do spraw Polityki Senioralnej w 2017 r. Zarówno w Wytycznych OPH Rady Europy, jak i w zaleceniach EAPC szpitalne zespoły wskazywane są jako formy opieki paliatywnej. Na problem braku wiedzy personelu oddziałów szpitalnych o opiece paliatywnej, stosowania uporczywej terapii lub zbyt późnego kierowania pacjentów do OPH przez szpitale zwrócił uwagę Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny

<sup>83</sup> Dezyderat nr 5 Komisji Polityki Senioralnej do Ministra Zdrowia w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej uchwalony na posiedzeniu w dniu 23 marca 2017 r. ([http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/psn\\_d5/\\$file/psn\\_d5.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/psn_d5/$file/psn_d5.pdf)).

<sup>84</sup> Zgodnie z jej definicją zawartą w rozporządzeniu w sprawie OPH.

paliatywnej oraz 15 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz pielęgniarstwa opieki paliatywnej<sup>85</sup>.

Zastępca dyrektora Departamentu Analiz i Strategii w MZ wyjaśniła m.in., że rozwiązania przyjęte w rozporządzeniach w sprawie świadczeń gwarantowanych stanowią standard organizacyjny, który nie wyczerpuje możliwości organizacji opieki w szpitalu. Zespoły wspierające opiekę paliatywną funkcjonują w podmiotach leczniczych, szczególnie przy podmiotach sprawujących opiekę onkologiczną. Ewentualna reorganizacja świadczeń będzie możliwa po realizacji zlecenia przez AOTMiT oceny zakresu świadczeń OPH, a także zlecenia oceny „zasadności zmiany technologii medycznej” wszystkich świadczeń gwarantowanych w POZ, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz leczeniu szpitalnym.

(akta kontroli str. 277, 289-290, 804-821, 1754-1848)

**6.** Minister nierzetelnie wykonywał określony w art. 162 ust. 1 oraz art. 163 ust. 1 pkt 1 *ustawy o świadczeniach* obowiązek nadzoru nad NFZ, gdyż:

**a)** nie przeciwdziałał ryzyku podejmowania przez NFZ działań polegających na niezgodnym z prawem zwiększaniu zobowiązań. NFZ na podstawie ugód, aneksów lub tzw. rozliczeń ze świadczeniodawcami po zakończeniu okresu rozliczeniowego zwiększał swoje zobowiązania ponad limity określone w umowach w odniesieniu do świadczeń OPH nieratujących życia lub nie weryfikował prawidłowości kwalifikowania przez świadczeniodawców tych świadczeń jako ratujące/nieratujące życia<sup>86</sup>.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ wyjaśnił m.in., że możliwość sfinansowania dodatkowych świadczeń zrealizowanych ponad limit określony umową może być rozważana tylko w konkretnej sytuacji, wynikającej m.in. z dysponowania przez NFZ dodatkowymi środkami finansowymi. Jeżeli w planie finansowym oddziałów NFZ pozostają niewykorzystane środki finansowe, NFZ może dokonać stosownych zmian w umowach polegających na zwiększeniu kwoty zobowiązania i przekazaniu dodatkowych środków.

(akta kontroli str. 559-560, 572, 1731-1732)

NIK zauważa, iż wielokrotnie zwracała się do Ministra Zdrowia z wnioskami o systemowe rozwiązanie problemu finansowania świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad ustalone w umowach limity<sup>87</sup>, jednak Minister nie podjął działań w tym zakresie. Świadczenia w rodzaju OPH są szczególnego rodzaju świadczeniami, których celem jest poprawa jakości życia osobom znajdującym się u jego kresu, w związku z czym należy ograniczyć bariery prawne w ich udzielaniu.

**b)** do rozpoczęcia kontroli NIK Minister nie podjął działań w celu zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie sześciu województw<sup>88</sup>, z czego na terenie trzech<sup>89</sup> dyrektorzy OW NFZ w ogóle nie ogłosili

<sup>85</sup> Informacje pobrane w trybie art. 29 ust. 1 pkt. 2 lit. f ustawy o NIK. Pytania skierowano do łącznie 30 konsultantów wojewódzkich, spośród których 19 udzieliło informacji w tym zakresie.

<sup>86</sup> Świadczenia nieratujące życia nie spełniały warunków wynikających z art. 15 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 160 ze zm.) oraz art. 19 *ustawy o świadczeniach*. NIK dostrzega fakt, że wydatki oddziałów NFZ poniesione na sfinansowanie zobowiązań po upływie okresu rozliczeniowego – mieściły się w ramach planu finansowego. Służyły także realizacji podstawowego celu Funduszu, jakim jest zapewnienie uprawnionym dostępu do świadczeń, które są w obecnym stanie prawnym świadczeniami limitowanymi. Aneksowanie przez Oddział NFZ umów do 31 grudnia jest utrudnione m.in. z powodu dokonywania zmian w planie finansowym NFZ w II połowie grudnia oraz sprawozdawania wykonanych świadczeń za grudzień dopiero w styczniu następnego roku.

<sup>87</sup> M.in. w wystąpieniu NIK z 3 stycznia 2014 r. „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej” (KZD-4101-04-01/2013), str. 16., w informacji o wynikach kontroli pt. „Dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej” (37/2014/P/13/131/KZD) z 8 września 2014 r. oraz w informacji o wynikach kontroli pt. „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r.” (156/2018/P/18/055/KZD) z listopada 2018 r.

<sup>88</sup> Województwa: kujawsko-pomorskie, lubuskie, podlaskie, świętokrzyskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie.

konkursów na ten zakres świadczeń, pomimo że od 10 lutego 2017 r. były to świadczenia gwarantowane.

Zastępca dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w MZ wyjaśnił, że przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej należy do zakresu działania NFZ, a zgodnie z wyjaśnieniami NFZ, do udzielania świadczeń w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej nie było chętnych i przygotowanych świadczeniodawców.

(akta kontroli str. 1751-1752, 1849-1851)

Zdaniem NIK w przypadku niewłaściwego lub niewystarczającego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ Minister – z tytułu nadzoru nad NFZ sprawowanego na podstawie art. 162 ust. 1 ustawy o świadczeniach – powinien podjąć odpowiednie działania zmierzające do zapewnienia dostępu do gwarantowanych świadczeń na terenie wszystkich województw.

## IV. Wnioski

Wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia wnioski o:

1. opracowanie strategii rozwoju OPH, tj. dokumentu określającego docelowy model funkcjonowania tej opieki;
2. opracowanie standardów postępowania w opiece paliatywnej i hospicyjnej;
3. zapewnienie dostępu do OPH wszystkim potrzebującym, niezależnie od typu choroby, miejsca leczenia lub zamieszkania;
4. podjęcie we współpracy z MRPiPS skutecznych działań w celu skoordynowania OPH, opieki długoterminowej oraz pomocy społecznej;
5. systemowe rozwiązanie problemu finansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone w umowach limity w celu wyeliminowania ryzyka podejmowania przez NFZ działań sprzecznych z przepisami prawa.

## V. Pozostałe informacje i pouczenia

Prawo zgłoszenia  
zastrzeżeń

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek  
poinformowania  
NIK o sposobie  
wykorzystania uwag  
i wykonania wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 21 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań.

<sup>89</sup> Województwa: podlaskie, świętokrzyskie i zachodniopomorskie.

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 11 stycznia 2019 r.

Wiceprezes  
Najwyższej Izby Kontroli  
Ewa Polkowska  
/-/

.....  
podpis

Zmian w wystąpieniu pokontrolnym dokonał: p.o. Dyrektor Barbara Antkiewicz.

.....  
podpis