Źródło: ©Katarzyna Bialasiewicz photographee.eu – stock.adobe.com

Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

Lata 2015–2018 (I półrocze)

Najwyższa Izba Kontroli

Warszawa, wrzesień 2019 r.

01 Dlaczego podjęliśmy kontrolę?

- organizacja opieki nad osobami umierającymi to wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia
- alarmujące wskaźniki demograficzne
- liczne postulaty usprawnienia systemu
- aby ustalić, w jakim stopniu system opieki zdrowotnej zapewnia pacjentom prawo do równego dostępu do świadczeń opieki paliatywnej

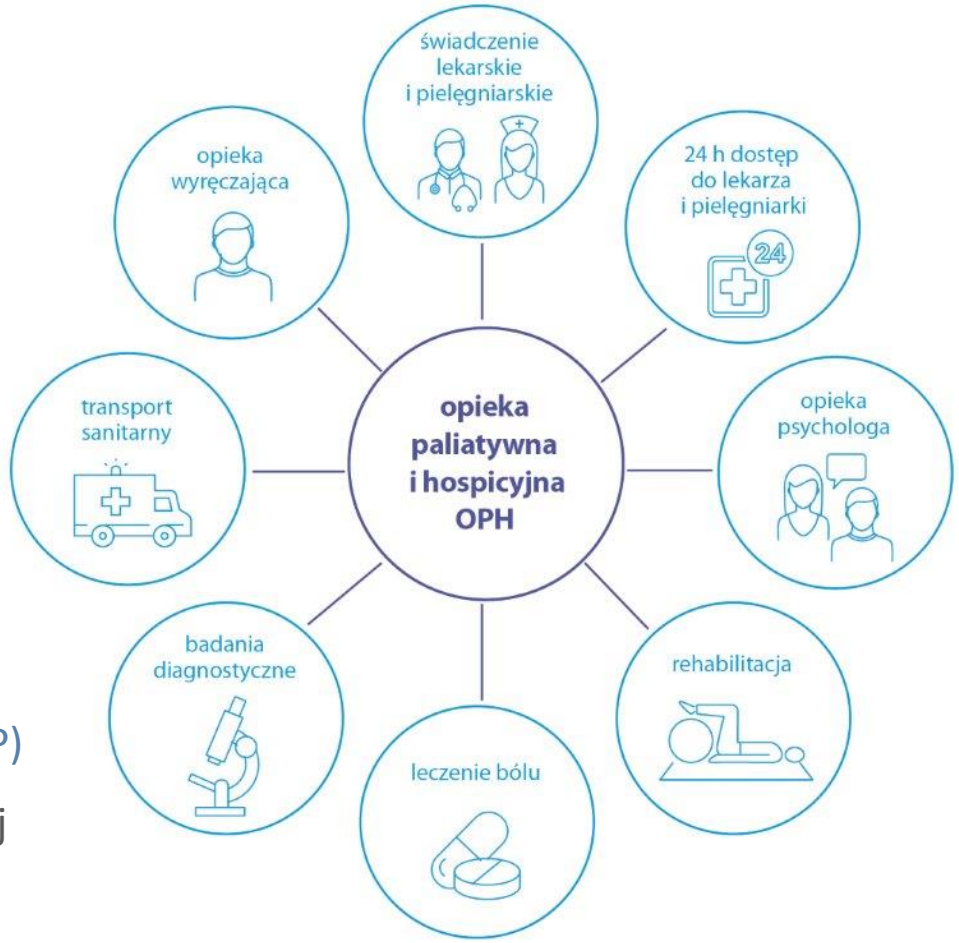
02 Co kontrolowaliśmy?

Czy organizacja i finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej zapewnia pacjentom dostęp do odpowiednich świadczeń?

- Czy planowanie świadczeń odpowiadało na potrzeby w tym zakresie?
- Czy kontraktowanie świadczeń odpowiadało na potrzeby i było przeprowadzone prawidłowo?
- Czy świadczeniodawcy prawidłowo realizowali umowy o świadczenie opieki paliatywnej i hospicyjnej?
- Czy rozliczanie tych świadczeń przeprowadzano prawidłowo?

03 Co kontrolowaliśmy?

- Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej (OPH) są udzielane w następujących formach:
  - hospicjum stacjonarnym (HS)
  - hospicjum domowym dla dorosłych (HD)
  - hospicjum domowym dla dzieci (HDD)
  - poradni medycyny paliatywnej – warunki ambulatoryjne (PMP)
  - perinatalnej opieki paliatywnej (PER)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie rozporządzenia w sprawie OPH ***dla warunków stacjonarnych i domowych, które obejmują 99% OPH.***

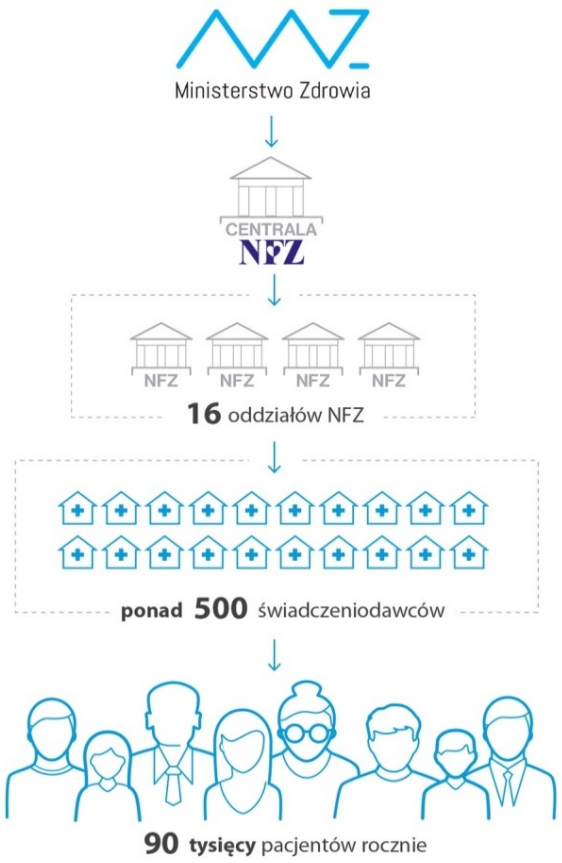
04 Kogo kontrolowaliśmy?

Łącznie 22 jednostki:

- Ministerstwo Zdrowia
- Centralę NFZ
- 5 oddziałów wojewódzkich NFZ w:
  - Olsztynie
  - Opolu
  - Szczecinie
  - Warszawie
  - Zielonej Górze
- 15 świadczeniodawców OPH z terenu 5 województw:
  - lubuskiego, mazowieckiego, opolskiego, warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego.

Uzyskaliśmy też informacje od 264 hospicjów nieobjętych kontrolą.

Schemat systemu OPH

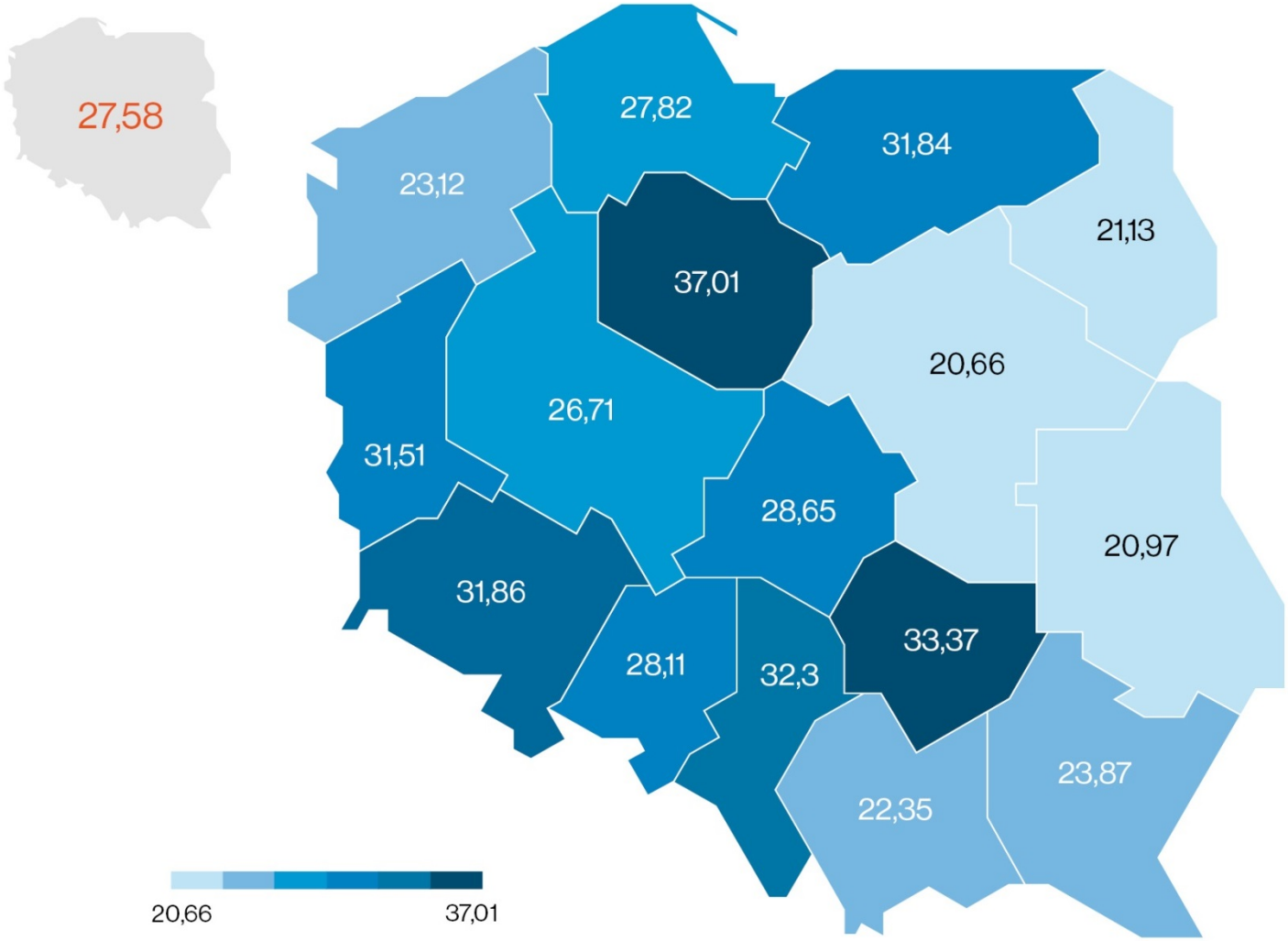


Źródło: Opracowanie własne NIK.

05 Stwierdzony stan – ograniczenia w dostępie do OPH

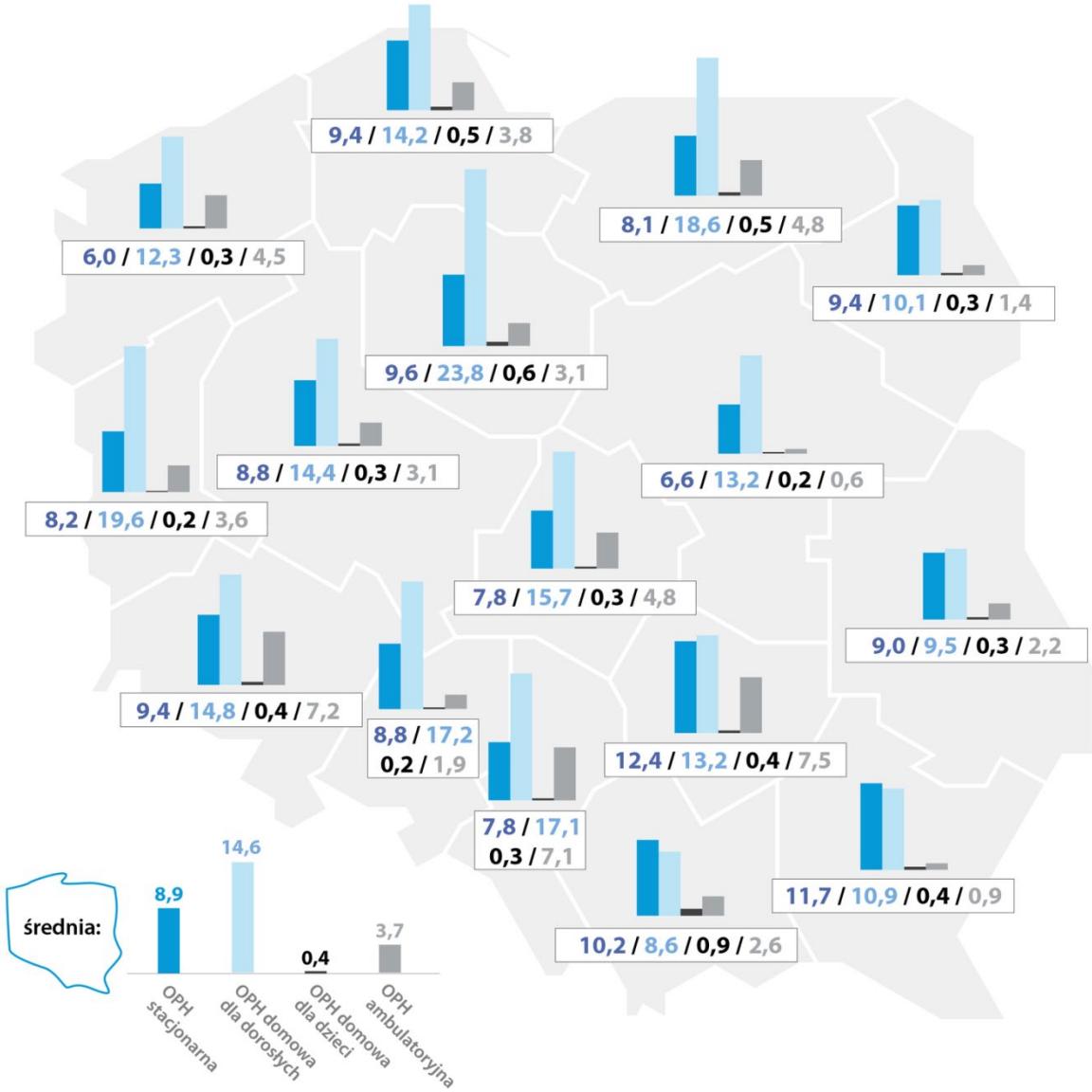
- lista chorób kwalifikujących do OPH, która nie obejmuje pacjentów jej potrzebujących
- limitowanie świadczeń
- brak dostępu do perinatalnej opieki paliatywnej w 6 województwach
- niewprowadzenie rozwiązań zapewniających funkcjonowanie w szpitalach zespołów lub konsultantów medycyny paliatywnej
- brak informacji o zapotrzebowaniu na OPH, gdyż dopiero z 1 stycznia 2020 r. przywrócony zostanie obowiązek raportowania o kolejkach
- niejednolite traktowanie przez poszczególne OW NFZ podmiotów udzielających świadczeń ponad limit (finansowały je na poziomie od 42% do 100% ceny kontraktowej)
- przyznawanie za niskich limitów świadczeń przy rocznym aneksowaniu umów na poziomie nawet 46% wykonania roku poprzedniego (przez jeden OW NFZ)
- miejsce zamieszkania ma wpływ na dostęp do OPH

Stwierdzony stan – średnioroczna liczba pacjentów na 10 tys. mieszkańców (lata 2015–2017)



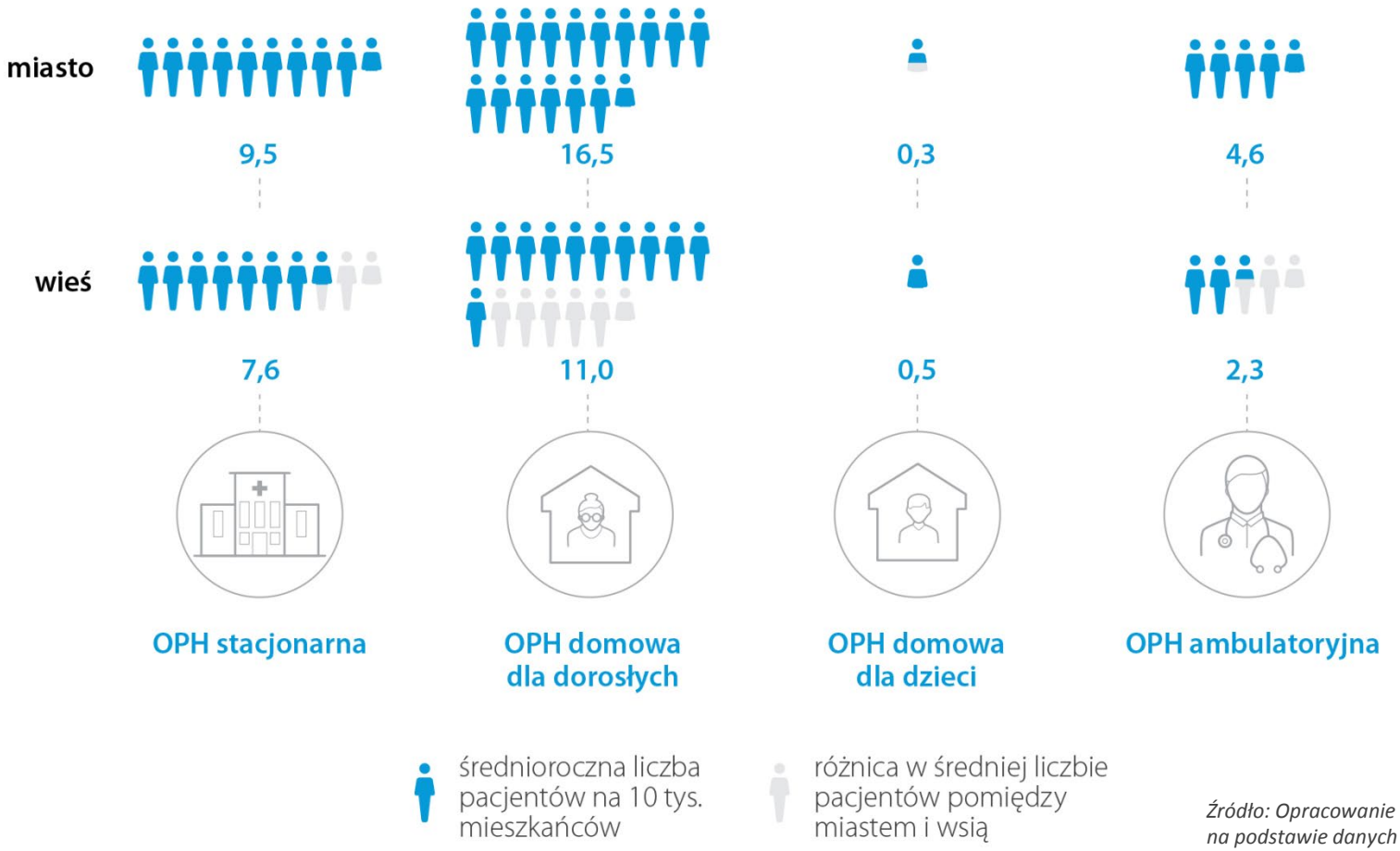
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ i GUS.

Stwierdzony stan – średnioroczna liczba pacjentów w poszczególnych zakresach OPH na 10 tys. mieszkańców w latach 2015–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ i GUS.

Stwierdzony stan – zróżnicowana skala obejmowania opieką w mieście i na wsi w latach 2015–2017 (wg średniorocznej liczby pacjentów OPH na 10 tys. mieszkańców)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ i GUS.

Stwierdzony stan – ograniczenia w jakości udzielanych świadczeń OPH

- nieopracowanie założeń systemowych i pożądanych kierunków rozwoju OPH, np. w postaci strategii
- brak standardów organizacyjnych świadczeń OPH
- nieskoordynowanie opieki z pomocą społeczną, podstawową opieką zdrowotną i opieką długoterminową
- brak indywidualnych planów opieki
- niestworzenie wystarczających warunków dla premiowania podmiotów oferujących wyższą jakość usług
- nierzetelna weryfikacja zasobów świadczeniodawców w przypadku zwiększenia limitów świadczeń (przez 2 z 5 skontrolowanych OW NFZ)
- nierzetelne sprawdzenie potencjału przy rocznym aneksowaniu umów oraz nierówne traktowanie świadczeniodawców (przez jeden OW NFZ)
- ocena potencjału poradni niezgodna z wymogami rozporządzenia w sprawie OPH (przez 4 z 5 OW NFZ)
- niewielka liczba kontroli w 4 OW NFZ – w ciągu 3,5 roku skontrolowano jedynie 12,5% świadczeniodawców

Stwierdzony stan – ograniczenia w jakości udzielanych świadczeń OPH

- w 9 hospicjach ustalono braki w liczbie odpowiedniej kadry, a w 2 z 8 hospicjów stacjonarnych nie osiągnięto wymaganego poziomu zatrudnienia pielęgniarek
- w 3 hospicjach świadczeń udzielał personel bez wymaganych kwalifikacji
- w 4 hospicjach świadczeń udzielał personel lub podwykonawcy niezgłoszeni do OW NFZ
- w 3 hospicjach wykazano w umowie personel, który nie pracował w hospicjum
- w 4 hospicjach nie zachowano wymaganej częstotliwości wizyt i porad domowych
- w 3 hospicjach stwierdzono błędy w prowadzeniu dokumentacji

Stwierdzony stan – przykłady infrastruktury w hospicjach

Budynek hospicjum stacjonarnego

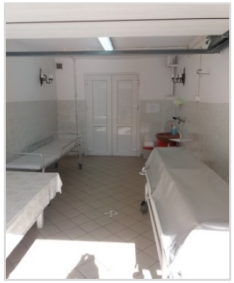
Budynek poradni

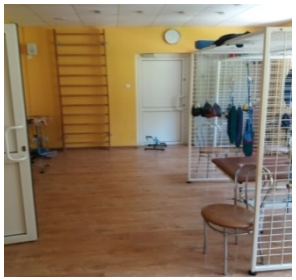
Tereny zielone i rekreacyjne

Fragment sali chorych

System do higieny ciała

Sala *pro morte*

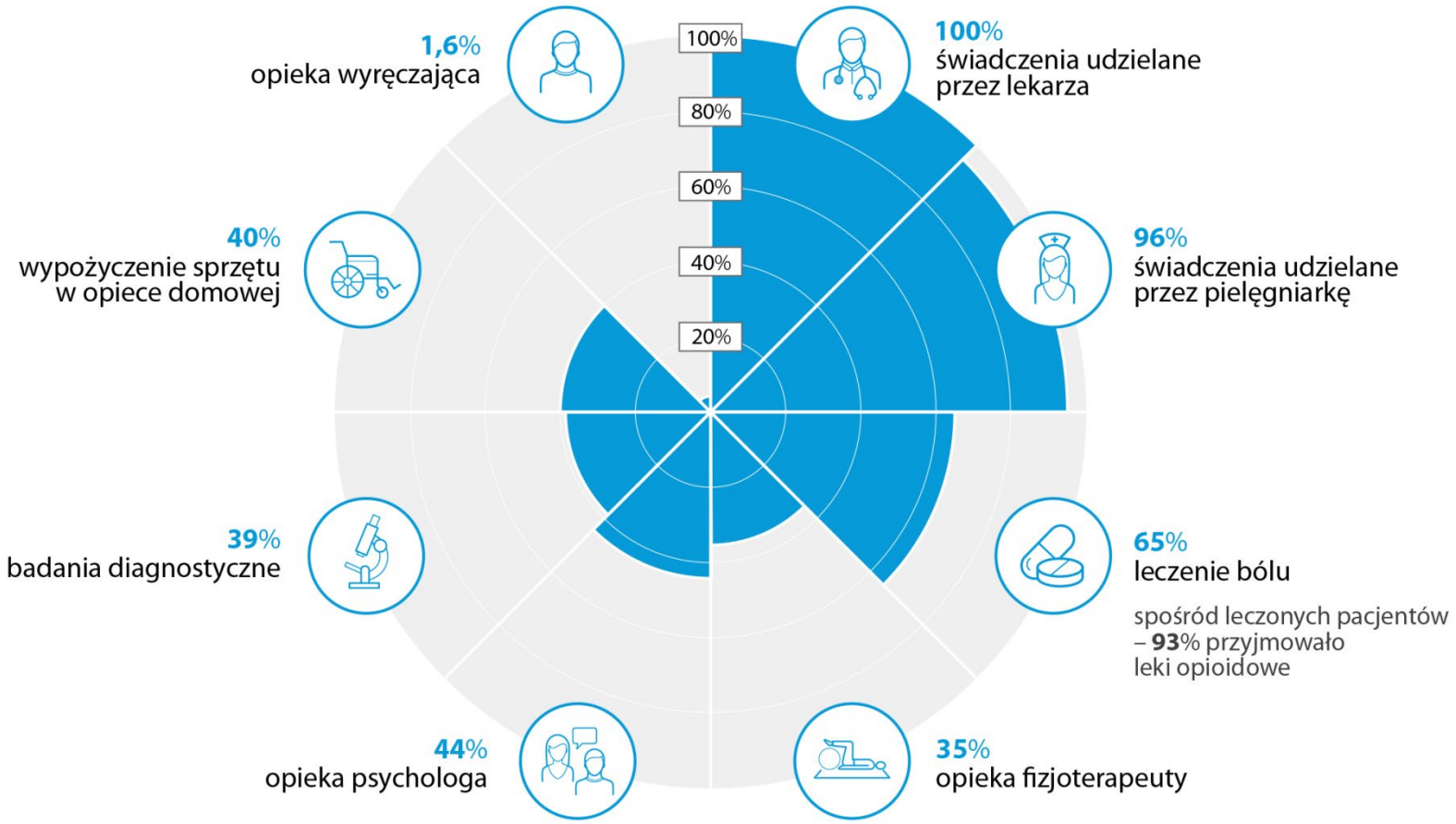




Sale do fizjoterapii

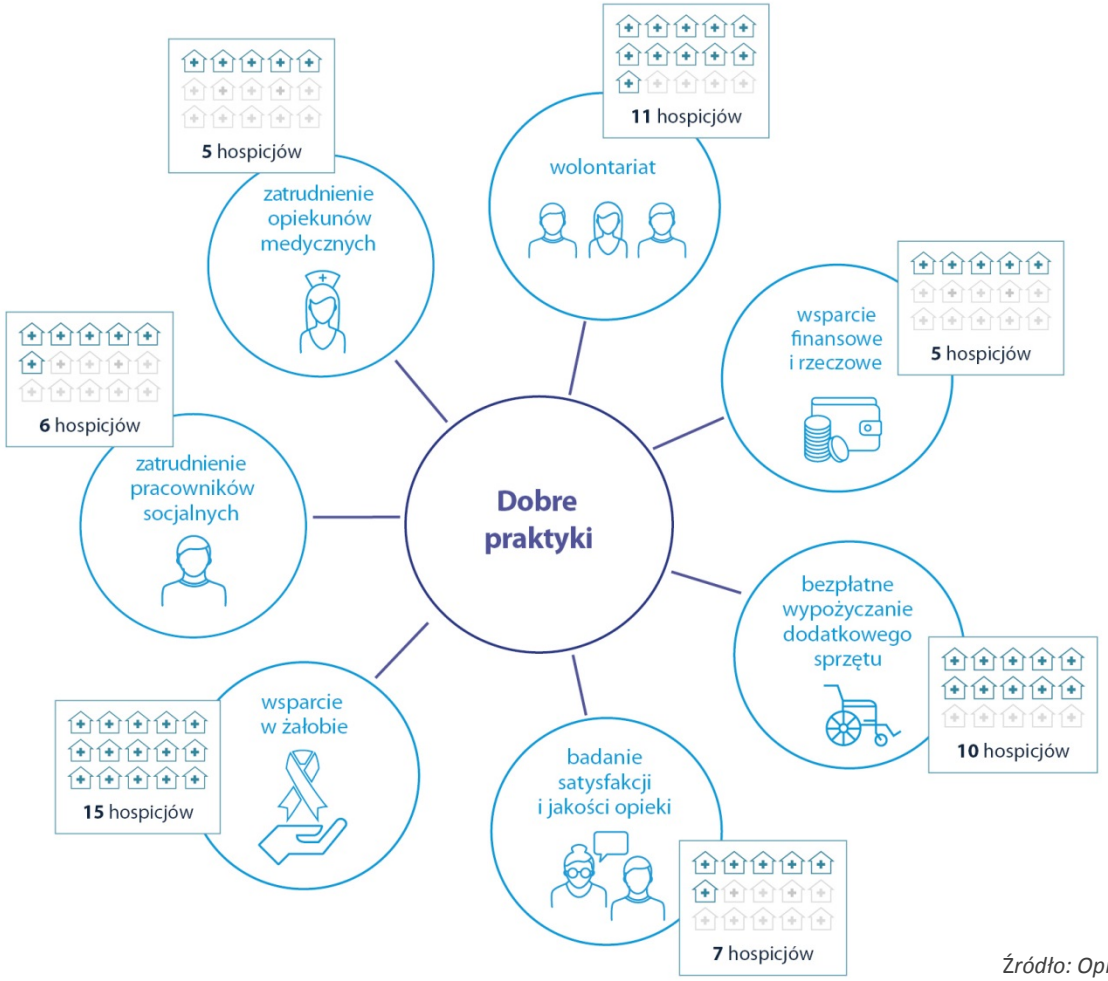
Źródło: Materiały kontrolne NIK.

Stwierdzony stan – zakres udzielonych świadczeń w ramach OPH w latach 2015–2018 (I półrocze)

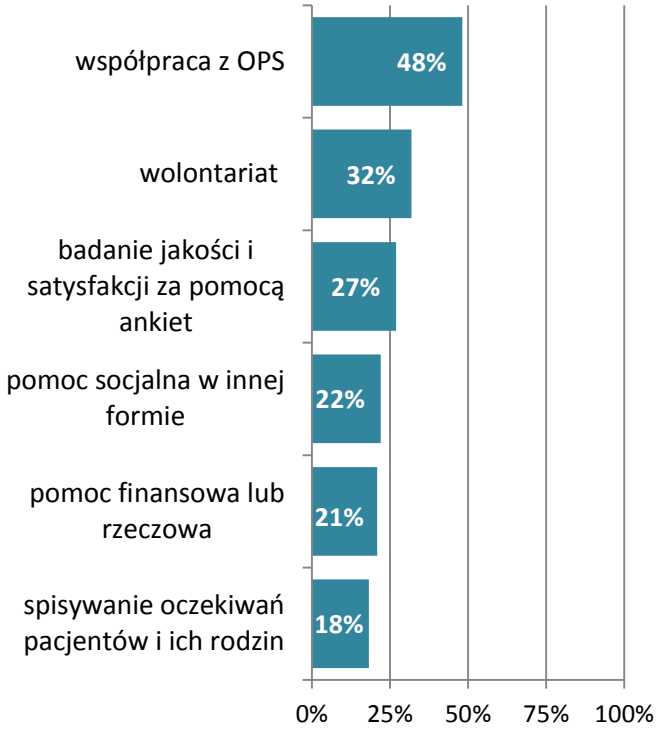


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie dokumentacji pacjentów z 15 skontrolowanych hospicjów, ***którym udzielono świadczeń w warunkach stacjonarnych, domowych oraz w poradni.***

Stwierdzony stan – przykłady dobrych praktyk w 15 skontrolowanych hospicjach

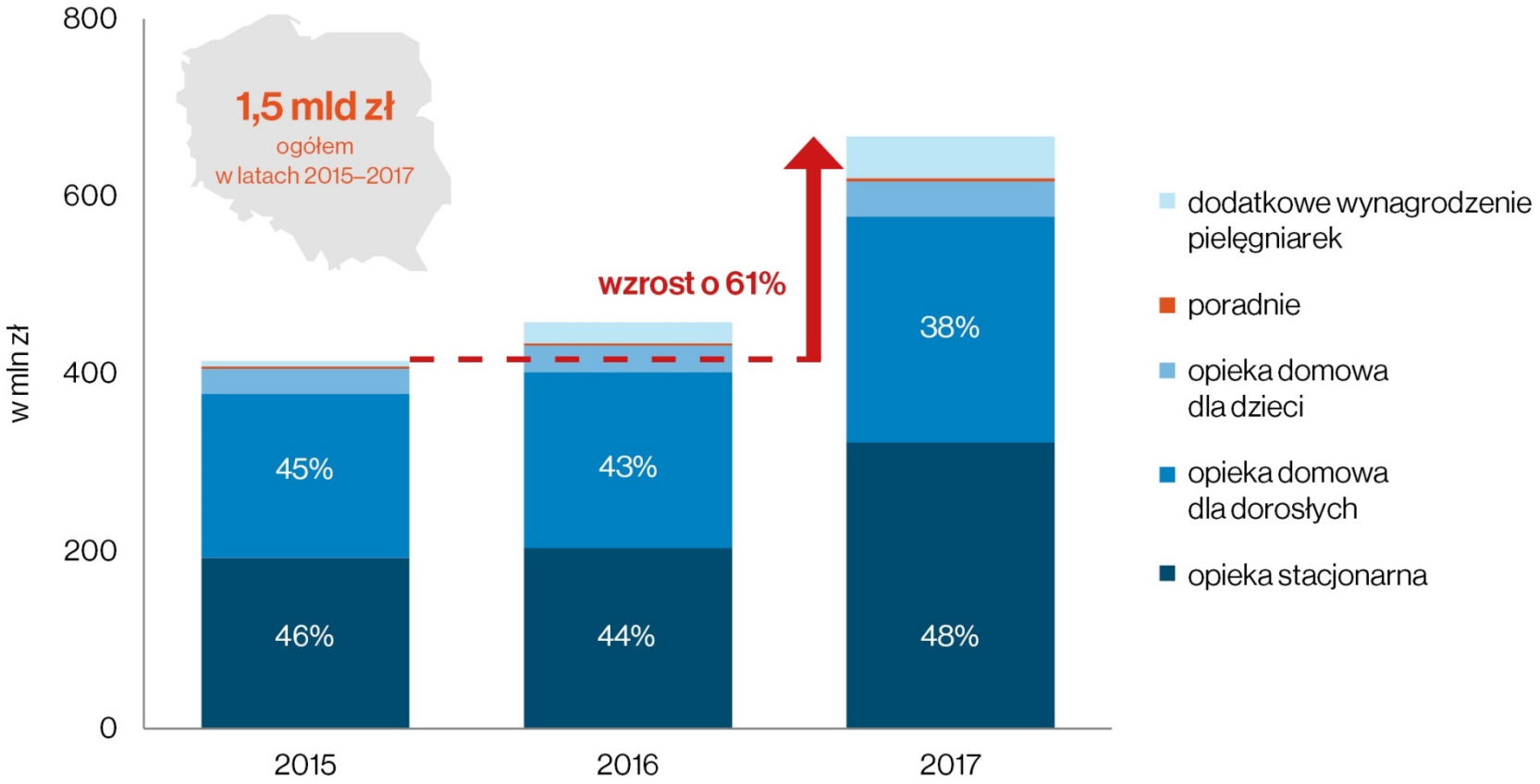


Odsetek 264 zapytanych hospicjów, które deklarują dobre praktyki



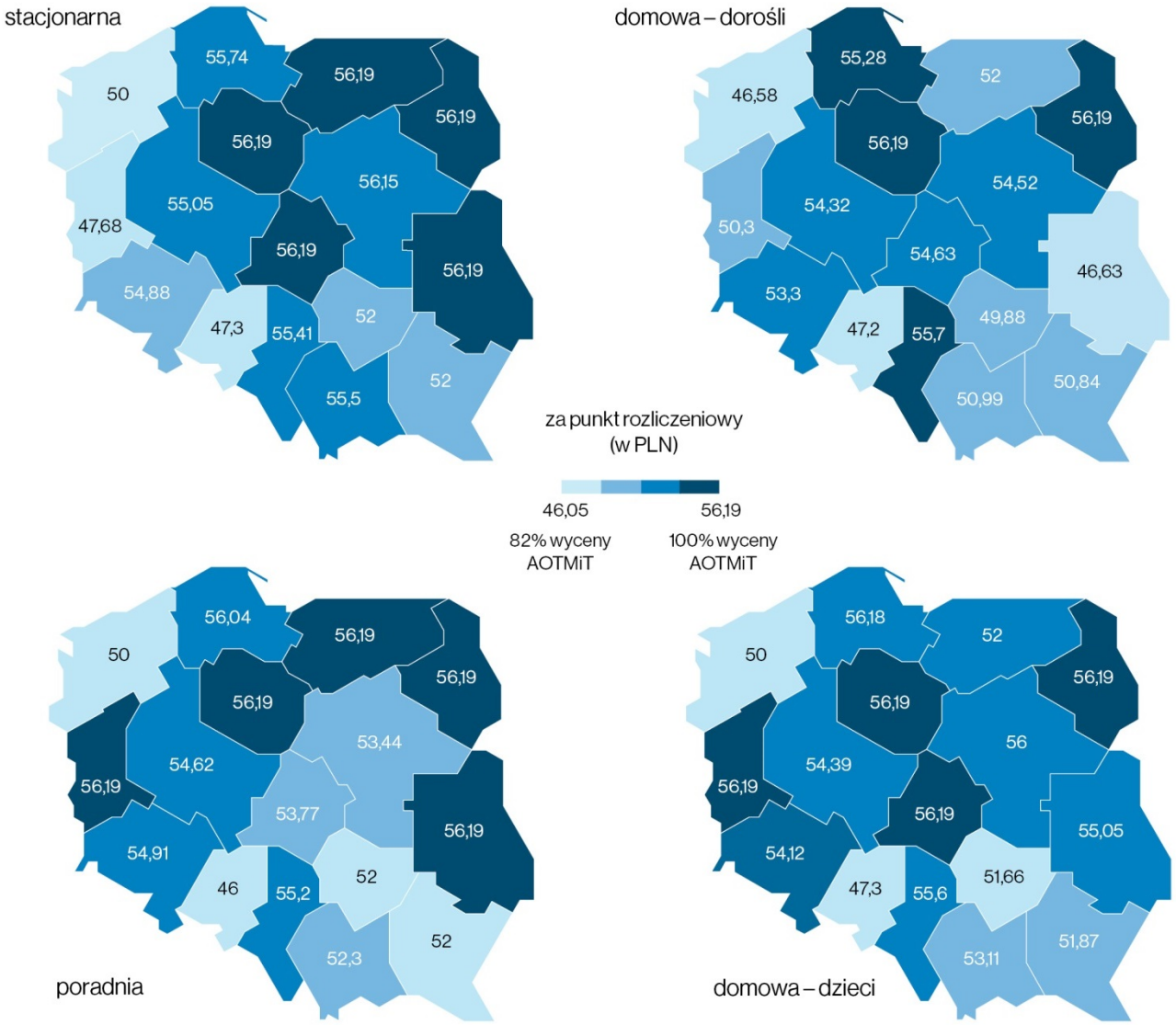
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z kontroli.

Stan stwierdzony – nakłady NFZ i udziały w poszczególnych zakresach OPH w latach 2015–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Stwierdzony stan – średnie ceny kontraktowe w 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z NFZ.

Ocena ogólna

System opieki paliatywnej i hospicyjnej nie zapewnia dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń wszystkim pacjentom, którzy potrzebują takiej opieki. Ograniczenia w dostępie do opieki paliatywnej i hospicyjnej mają charakter wielowymiarowy.

Działania Ministra Zdrowia, odpowiedzialnego za zorganizowanie systemu OPH były nieskoordynowane i fragmentaryczne. Minister Zdrowia m.in. nie opracował strategii rozwoju OPH, nie wprowadził standardów organizacyjnych OPH.

Coroczny wzrost nakładów NFZ na OPH nie zapewnił pokrycia kosztów funkcjonowania dziewięciu z 15 skontrolowanych hospicjów. Dzięki uzyskaniu dodatkowych środków niektóre z nich, z własnej inicjatywy oferowały pacjentom więcej niż były zobligowane, np. pomoc finansowo-rzeczową. W 80% skontrolowanych hospicjów wystąpiły jednak nieprawidłowości dotyczące organizacji udzielania świadczeń. Najistotniejsze z nich to niezapewnienie wymaganego personelu (w 10 z 15 hospicjów).

Ocena ogólna

W toku prowadzonych konkursów, NFZ poprawnie oceniał spełnienie przez oferentów wymogów koniecznych do udzielania świadczeń. Nieprawidłowości w działalności Oddziałów NFZ stwierdzono na etapie aneksowania kontraktów. Najistotniejsze dotyczyły nierzetelnej weryfikacji potencjału przy zmianie warunków umowy w 2 z 5 skontrolowanych OW NFZ.

Z powodu niewystarczającego nadzoru Prezesa NFZ oraz wprowadzonego przez Centralę NFZ wadliwego systemu informatycznego, 14 OW NFZ zapłaciło za świadczenia, które nie mieściły się w katalogu świadczeń gwarantowanych.

W konsekwencji wielu ograniczeń w dostępie do OPH oraz rozwoju i poprawie jakości udzielanych świadczeń, wciąż nie można dokonać oceny efektywności wydatkowanych na OPH środków, pomimo ich istotnego wzrostu (w latach 2016–2017 aż o 46% do 668 mln zł).

Wnioski de lege ferenda – do Ministra Zdrowia

- opracowanie standardów OPH jako narzędzia zapewniającego jakość udzielonych świadczeń OPH
- zmianę rozporządzenia *w sprawie OPH* zmierzającą do zapewnienia dostępu do OPH potrzebującym, niezależnie od choroby
- zmianę rozporządzenia *w sprawie OPH* zmierzającą do doprecyzowania wymogu częstotliwości wizyt i porad w warunkach domowych
- zmianę rozporządzenia *w sprawie OPH* zmierzającą do doprecyzowania pojęcia „porady lekarskiej" w domowej opiece paliatywnej jako wizyty lekarza w domu pacjenta
- zmianę rozporządzenia *w sprawie OPH* zmierzającą do zaktualizowania wymagań dotyczących personelu dopuszczonego do wykonywania rehabilitacji
- wprowadzenie do rozporządzenia *w sprawie OPH* obowiązku sporządzania indywidualnych planów opieki, określających zadania różnych opiekunów zaangażowanych w opiekę
- zmianę rozporządzenia *w sprawie kryteriów wyboru ofert*, tak aby premiowane były podmioty oferujące najlepszej jakości warunki dodatkowe świadczeń OPH

Wnioski systemowe – do Ministra Zdrowia

- określenie kierunków rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz docelowego modelu funkcjonowania tej opieki
- przeanalizowanie możliwości systemu opieki zdrowotnej pod kątem finansowania świadczeń OPH w sposób nielimitowany
- zapewnienie dostępu do OPH wszystkim potrzebującym, niezależnie od:
  - miejsca leczenia, tj. wprowadzenie szpitalnych zespołów lub konsultantów medycyny paliatywnej
  - miejsca zamieszkania, tj. wyrównanie dostępu pomiędzy terenami wiejskimi i miejskimi oraz poszczególnymi regionami w kraju
- skoordynowanie – we współpracy z ministrem właściwym ds. społecznych – opieki paliatywnej z pomocą społeczną, podstawową opieką zdrowotną oraz opieką długoterminową
- zainicjowanie zmiany wyceny świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, ewentualnie rozważenie zmiany sposobu jej organizacji
- przeprowadzenie analizy co do wymaganego poziomu zatrudnienia i kwalifikacji pielęgniarek
- przeprowadzenie analizy katalogu wymaganego sprzętu z uwzględnieniem faktycznych potrzeb pacjentów i racjonalizacji kosztów jego utrzymania

Wnioski systemowe – do Prezesa NFZ

- zapewnienie – w ramach nadzoru sprawowanego nad OW NFZ – świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie wszystkich województw
- udoskonalenie systemu informatycznego NFZ, tak aby umożliwiał prawidłową weryfikację świadczeniobiorców uprawnionych do korzystania ze świadczeń OPH

Źródło: ©Katarzyna Białasiewicz photographee.eu – stock.adobe.com

Najwyższa Izba Kontroli

Delegatura w Bydgoszczy