LBY.430.003.2019
Nr ewid. 146/2019/P/18/063/LBY

Informacja o wynikach kontroli

ZAPEWNIENIE OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

DELEGATURA W BYDGOSZCZY

MISJĄ
Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej

WIZJĄ
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Informacja o wynikach kontroli
Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej

p.o. Dyrektor Delegatury w Bydgoszczy

Oliwia Bar

Akceptuję:
Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Ewa Polkowska

Zatwierdzam:
Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Krzysztof Kwiatkowski
Warszawa, dnia 26.07.2019r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

WYKAZ STOSOWANYCH SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ 4

1. WPROWADZENIE 6

2. OCENA OGÓLNA 7

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI 9

4. WNIOSKI 14

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI 17

5.1. Planowanie świadczeń 17
5.2. Kontraktowanie świadczeń 30
5.2.1. Centrala NFZ 30
5.2.2. Skontrolowane Oddziały NFZ 33
5.3. Realizacja świadczeń 38
5.4. Rozliczanie świadczeń 55
5.4.1. Centrala NFZ 56
5.4.2. Skontrolowane Oddziały NFZ 63
5.4.3. Skontrolowani świadczeniodawcy 68

6. ZAŁĄCZNIKI 69

6.1. Wyniki badania kwestionariuszowego 69
6.2. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe 75
6.3. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych 79
6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności 94
6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli 96
6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli 97
6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra 101

Zdjęcie na okładce:
Katarzyna Bialasiewicz photographee.eu

Wykaz stosowanych skrótów, skrótowców i pojęć

AOTMiT, Agencja	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;
EAPC	(ang. *European Association for Palliative Care)* Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej – organizacja międzynarodowa zajmująca się promocją i rozwojem opieki paliatywnej w Europie;
hospicjum domowe	opieka paliatywna i hospicyjna prowadzona w domu chorego, najczęściej przy udziale rodziny lub innego opiekuna;
ICD-10	(ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych;
konsultanci	konsultanci w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej;
NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia;
OW NFZ *lub* **Oddziały NFZ**	Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia;
objawy somatyczne	ból, nudności, senność, brak apetytu, duszność, drętwienie itp.;
opieka paliatywna i hospicyjna, OPH	wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych[1];
perinatalna opieka paliatywna	jeden z zakresów opieki paliatywnej i hospicyjnej, polegający na zapewnieniu wszechstronnego wsparcia rodzicom płodów i noworodków z wadami letalnymi[2] oraz opieki noworodkom z tymi wadami, nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią[3];
poradnia OPH	Poradnia Medycyny Paliatywnej – miejsce udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych;
PTMP	Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej;
rozporządzenie *w sprawie kryteriów wyboru ofert*	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. *w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1372, ze zm.);
rozporządzenie *w sprawie OPH*	rozporządzenie 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.);
rozporządzenie *w sprawie ogólnych warunków umów*	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.);

---

1 Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia *w sprawie OPH*.

2 Wada letalna (łac. *letalis*) u płodu lub noworodka to: (1) zaburzenie rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu niewczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego; (2) zaburzenie rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, bez względu na zastosowane leczenie; oraz (3) zaburzenie rozwojowe zakwalifikowane do przerwania ciąży zgodnie z obowiązującą ustawą. Zaburzenia należące do trzeciej kategorii mogą, ale nie muszą, pokrywać się z objętymi kategorią pierwszą i drugą. Jednak we wszystkich trzech sytuacjach wada bezpośrednio lub pośrednio okazuje się letalną.

3 http://archiwalna.oipip-poznan.pl/akt1892.pdf [dostęp 31 maja 2019 r.]

standardy OPH, standardy opieki	standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczącej sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności z udzielaniem świadczeń zdrowotnych z rodzaju OPH;
świadczenia OPH	świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej; pojedyncze świadczenie jest tu rozumiane jako osobodzień opieki (w warunkach domowych i stacjonarnych) lub liczba porad (w warunkach ambulatoryjnych);
Świadczeniodawca	podmiot udzielający świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej;
Świadczeniobiorca	pacjent znajdujący się pod opieką paliatywną i hospicyjną;
ustawa *o działalności leczniczej*	ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.);
ustawa *o prawach pacjenta*	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i rzeczniku Praw Pacjenta o prawach pacjenta* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.);
ustawa *o świadczeniach*	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.);
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia;
Wytyczne OPH Rady Europy	Wytyczne Komitetu Ministrów Rady Europy dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej z 2003 r.;
Zalecenia EAPC	Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej zawarte w raportach opublikowanych w 2009 r. i 2010 r.;
zakresy świadczeń OPH	udzielanie świadczeń OPH w warunkach 1) stacjonarnych – HS, 2) domowych (dla dorosłych – HD i dla dzieci – HDD), 3) ambulatoryjnych – PMP oraz 4) perinatalnej opieki paliatywnej – PER;
Zespół MZ ds. OPH	powołany przez Ministra Zdrowia w 2011 r. zespół do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej, którego zadaniem było opracowanie propozycji zmian w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz poprawy jej jakości i stanu zasobów.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

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

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

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

Jednostki kontrolowane

Ministerstwo Zdrowia

Centrala NFZ

pięć OW NFZ

15 świadczeniodawców

Jednostki objęte badaniem kwestionariuszowym

264 świadczeniodawców

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

Organizacja opieki nad chorymi w zaawansowanej fazie nieuleczalnej choroby stanowi wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Rozpoczęty w Polsce w 1976 r. ruch opieki hospicyjnej i paliatywnej rozwijał się dynamicznie w latach 90-tych ubiegłego wieku i pierwszej dekadzie obecnego i spowodował, że w tej dziedzinie Polska znalazła się w czołówce krajów europejskich. Przyczyniły się do tego np. inicjatywy oddolne, działalność organizacji pozarządowych i towarzystw naukowych, a także działania rządowe, takie jak powołanie konsultantów krajowych i wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

Od 2009 r. opieka paliatywna jest odrębnym gwarantowanym świadczeniem zdrowotnym, finansowanym ze środków publicznych. Ukształtowany model tej opieki został oparty o świadczenia realizowane w czterech formach: opieki stacjonarnej, domowej, ambulatoryjnej oraz perinatalnej (finansowanej ze środków NFZ od 2018 r.). W ostatnich latach corocznie świadczeniami OPH objętych było 90 tysięcy osób, na które NFZ ponosił nakłady w wysokości średnio 600 mln zł rocznie. W 2017 r. znacznie podniesiono cenę jednostkową świadczeń, zaś w 2018 r. do katalogu chorób uprawniających do świadczeń OPH dodano jedną jednostkę chorobową.

W europejskich rankingach rozwoju opieki paliatywnej Polska zajmuje nadal wysoką pozycję[4], jednak w ostatnich latach notuje największy spadek[5]. W Polsce wskaźniki demograficzne są szczególnie alarmujące. Szybko postępujące starzenie się społeczeństwa wymaga znaczącego zwiększenia nakładów na opiekę paliatywną i reorganizacji systemu opieki. Medyczne środowisko opieki paliatywnej od lat postuluje wprowadzenie istotnych zmian w systemie tej opieki.

Według międzynarodowych standardów, opieka paliatywna ma na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich, zmagających się z problemami związanymi z postępującą chorobą zagrażającą życiu. W ramach tej opieki pacjent może liczyć na uśmierzenie bólu i innych objawów somatycznych oraz na pomoc w rozwiązaniu problemów psychosocjalnych i duchowych. Światowa Organizacja Zdrowia zaleca, aby opieką paliatywną obejmować chorych jeszcze podczas leczenia choroby zasadniczej oraz nie ograniczać się tylko do pacjentów z chorobą nowotworową. Tymczasem w Polsce opieką paliatywną objęci są głównie pacjenci z chorobami nowotworowymi, którzy stanowią 90% wszystkich pacjentów OPH.

Mając na uwadze te okoliczności oraz liczne postulaty zmian zgłaszane przez środowiska medyczne, Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrolę organizacji i finansowania systemu opieki paliatywnej i hospicyjnej, aby ustalić, w jakim stopniu zapewniono pacjentom prawo do równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych[6] w końcowym stadium chorób terminalnych.

---

[4] W 2015 r. jakość opieki paliatywnej uplasowała Polskę na 26 miejscu w świecie i najwyżej w odniesieniu do krajów o podobnym PKB per capita: The Economist, The 2015 Quality of Death Index Ranking Palliative Care Across the World, s. 15.

[5] Spośród 19 krajów UE objętych rankingiem spadła z 9 miejsca w 2013 r. na 14 w 2015 r. (tj. o pięć pozycji, najwięcej obok Węgier).

[6] Prawo takie wynika z art. 68 ust. 2 *Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.), dalej: „Konstytucja RP".

2. OCENA OGÓLNA

System OPH nie zapewnia dostępu do odpowiednich świadczeń wszystkim potrzebującym pacjentom

W ocenie NIK, 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:

- **lista chorób** kwalifikujących do OPH jest wąska. Blisko 90% pacjentów objętych tą opieką (83 tys. w 2017 r.) to chorzy na nowotwory. NIK zauważa, że corocznie 45 tys. pacjentów umiera ze zdiagnozowanymi chorobami nienowotworowymi[7] – na przykład cierpiących na niewydolność serca lub nerek, które to choroby nie uprawniają do OPH;
- **miejsce zamieszkania** ma wpływ na dostęp do OPH. Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów na 10 tys. mieszkańców istotne różnice w dostępie występują zarówno pomiędzy pacjentami pochodzącymi z terenów miejskich oraz wiejskich, jak i pomiędzy mieszkańcami poszczególnych województw. Ze świadczeń OPH korzystało o ponad 30% mniej pacjentów z gmin wiejskich niż miejskich. Najlepszy dostęp do OPH mieli mieszkańcy województw kujawsko-pomorskiego i świętokrzyskiego, a najtrudniejszy – mazowieckiego, lubelskiego i podlaskiego (różnice sięgały nawet 79%);
- **limitowanie świadczeń** OPH. Świadczenia te nie mogą być sfinansowane przez NFZ ponad limit określony w kontrakcie, ponieważ przepisy przewidują taką możliwość jedynie w odniesieniu do świadczeń ratujących życie. Tymczasem świadczenia OPH to świadczenia szczególne, ponieważ nie są ukierunkowane na ratowanie życia, lecz na zapewnienie godnych warunków w ostatnim stadium choroby terminalnej. W całym okresie objętym kontrolą, tylko w przypadku 10 skontrolowanych hospicjów, 763 osoby, które oczekiwały na OPH, zmarły nie otrzymawszy tej opieki.

NIK zwraca uwagę na **brak dostępu do perinatalnej opieki paliatywnej** na terenie sześciu województw, spośród których w trzech w ogóle nie przeprowadzono konkursu, aby wyłonić świadczeniodawców.

Działania Ministra Zdrowia na rzecz poprawy jakości i dostępności OPH były nieskoordynowane i fragmentaryczne. Nie opracowano założeń systemowych i pożądanych kierunków rozwoju tej opieki. Minister nie wykorzystywał też przysługujących mu uprawnień dla wspierania rozwoju OPH, nie stworzył np. warunków dla premiowania świadczeniodawców oferujących wyższą jakość usług.

Planowanie świadczeń OPH odbywało się przy braku informacji o zapotrzebowaniu na opiekę paliatywną, gdyż dopiero z dniem 1 stycznia 2020 r. zostanie przywrócony obowiązek przesyłania raportów dotyczących kolejek pacjentów oczekujących do hospicjów domowych i stacjonarnych[8].

Ograniczeniami w rozwoju OPH i w poprawie jakości udzielanych świadczeń są:

- **brak standardów OPH** jako wzorców postępowania, które ujednolicają zasady sprawowania opieki oraz służą ocenie skuteczności i jakości udzielanych świadczeń. Część świadczeniodawców spełniała jedynie minimalne wymogi określone w rozporządzeniu *w sprawie OPH*;
- **nieskoordynowanie opieki** pomiędzy różnymi instytucjami publicznymi (np. NFZ, samorządami, pomocą społeczną). Pacjenci lub ich opiekunowie, aby skorzystać z różnych form wsparcia oferowanych przez państwo

[7] Patrz str. 18 informacji.

[8] W związku z nowelizacją ustawy *o świadczeniach* (art. 20 ust. 1). Obowiązek monitorowania kolejek został zniesiony na początku 2015 r.

osobom w zaawansowanej fazie nieuleczalnych chorób, muszą samodzielnie występować o pomoc do hospicjów, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej czy ośrodków pomocy społecznej;

– **brak indywidualnych planów opieki** dostosowanych do sytuacji pacjentów, opracowanych przez zespół opieki paliatywnej po analizie potrzeb chorego, we współpracy z nim i jego rodziną. Rekomendowany przez Radę Europy tzw. *Indywidualny plan opieki*[9] powinien określać zadania różnych opiekunów zaangażowanych w opiekę. Spośród 15 skontrolowanych przez NIK hospicjów tylko trzy z własnej inicjatywy prowadziły takie plany opieki lub karty potrzeb socjalnych.

Zdaniem NIK, w konsekwencji tych wszystkich ograniczeń, mimo że nakłady na OPH w okresie objętym kontrolą corocznie wzrastały (w latach 2016–2017 aż o 46%, z 458 mln zł do 668 mln zł), wciąż nie można dokonać oceny efektywności wydatkowania tych środków przez NFZ.

Coroczny wzrost nakładów NFZ na OPH nie zapewnił pokrycia kosztów funkcjonowania dziewięciu z 15 skontrolowanych hospicjów. Musiały one finansować swoją działalność dodatkowo z innych źródeł, np. z odpisu 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego. Między innymi dzięki tym środkom niektóre z nich, z własnej inicjatywy, oferowały pacjentom więcej, niż były zobligowane, np. pomoc finansową, bezpłatne wypożyczenie dodatkowego sprzętu, czy wsparcie pracownika socjalnego. W 80% skontrolowanych hospicjów stwierdzono naruszenia warunków udzielania świadczeń OPH określonych w umowach z NFZ. Najistotniejsze z nich dotyczyły niezapewnienia wymaganego personelu (w 10 z 15 skontrolowanych hospicjów) oraz niezachowania minimalnej częstotliwości wizyt domowych (w czterech z 15).

NFZ prawidłowo przeprowadzał konkursy na wybór świadczeniodawców OPH i poprawnie oceniał spełnienie przez oferentów wymogów koniecznych do udzielania tych świadczeń. Nieprawidłowości w działalności NFZ stwierdzono na etapie aneksowania umów oraz rozliczania świadczeń. Najistotniejsze dotyczyły nierzetelnej weryfikacji zasobów przy zmianie warunków umowy w dwóch z pięciu skontrolowanych OW NFZ. Z powodu niewystarczającego nadzoru Prezesa NFZ oraz wprowadzonego przez Centralę NFZ systemu informatycznego zawierającego błędy, 14 OW NFZ zapłaciło 2,6 mln zł za świadczenia, które nie mieściły się w katalogu świadczeń gwarantowanych.

[9] Wytyczne OPH Rady Europy, str. 9, 44–45.

3. SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI

Ograniczenia objęcia pacjentów OPH z rozpoznaniem innym niż onkologiczne

Zasady kwalifikowania do objęcia opieką paliatywną nie uwzględniały wskazań wynikających z definicji opieki paliatywnej przyjętej przez WHO. Obowiązujące w Polsce w okresie objętym kontrolą rozwiązania prawne umożliwiały dostęp do opieki paliatywnej głównie pacjentom z chorobami onkologicznymi, którzy stanowili prawie 90% wszystkich objętych OPH. Tymczasem corocznie 45 tys. pacjentów umiera ze zdiagnozowanymi chorobami nienowotworowymi[10] – na przykład cierpiących na niewydolność serca lub nerek, które to choroby nie kwalifikują do OPH. Konsultanci krajowi i wojewódzcy wskazali te choroby jako jednostki, o które w pierwszej kolejności powinien być rozszerzony wykaz chorób kwalifikujący do objęcia opieką paliatywną. Utrzymywanie nieuzasadnionej medycznie prawnej bariery w dostępie do opieki paliatywnej generuje szereg negatywnych skutków, które dotykają całego systemu opieki zdrowotnej. Należy do nich przede wszystkim obciążenie systemu dodatkowymi kosztami z powodu konieczności zapewnienia pacjentom, których nie obejmuje opieka paliatywna, świadczeń nie zawsze odpowiadających ich potrzebom (np. przedłużanie pobytu w szpitalu). Obciąża to także inne rodzaje świadczeń (np. pacjenci zamiast do hospicjów trafiają do opieki długoterminowej) i powoduje ograniczenie dostępności do tychże świadczeń pacjentom, którym są one najbardziej potrzebne. Ograniczenie dostępu do świadczeń wynika także z tego, że aktualnie nie ma prawnej możliwości jednoczesnego korzystania ze świadczeń OPH oraz innych, np. z wentylacji mechanicznej w warunkach domowych. Wyjątkiem jest np. żywienie pozajelitowe oraz tlenoterapia. [str. 18]

Brak w szpitalach zespołów lub konsultantów opieki paliatywnej

Minister Zdrowia nie wprowadził rozwiązań zapewniających pacjentom w zaawansowanym stadium choroby terminalnej leczonym w szpitalach, dostępu do odpowiedniej dla nich opieki. Nie nałożył obowiązku funkcjonowania szpitalnych zespołów opieki paliatywnej ani szpitalnych konsultantów medycyny paliatywnej. Minister Zdrowia nie podejmował takich działań, pomimo że mogły zmniejszyć finansowe obciążenie systemu zdrowia. O wprowadzenie tej formy opieki wnioskował w 2012 r. powołany przez Ministra zespół ekspertów, a w 2017 r. o to samo zabiegała Sejmowa Komisja do spraw Polityki Senioralnej. [str. 24]

Zróżnicowana dostępność do świadczeń OPH

Przeprowadzona przez NIK analiza dostępności (na podstawie liczby pacjentów przypadających na 10 tys. mieszkańców) wykazała, że ze świadczeń OPH korzystało o ponad 30% mniej pacjentów z gmin wiejskich niż miejskich. Nawet 79% sięgała różnica liczby pacjentów korzystających z OPH w poszczególnych województwach (na 10 tys. mieszkańców). Najwięcej takich pacjentów było w województwach: kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim, a najmniej w województwach: mazowieckim, lubelskim i podlaskim. W większości województw nie zapewniono minimalnej – według wskazań EAPC (tj. 80–100 łóżek na 1 mln mieszkańców) – liczby łóżek w paliatywnej opiece stacjonarnej. Mimo że liczba łóżek zwiększyła się w latach 2015–2018 o 23%, to w 2018 r. w 10 województwach brakowało łącznie 443 łóżek. [str. 23, 58, 61]

[10] Patrz str. 18 niniejszej informacji.

Hospicja perinatalne nie we wszystkich województwach

Oddziały NFZ nie zapewniły świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie sześciu województw. Na terenie trzech województw w ogóle nie ogłoszono konkursów na te świadczenia[11], zaś w pozostałych trzech nie wyłoniono świadczeniodawcy, który spełniał wymagania. Prezes NFZ, który nadzoruje realizację zadań OW NFZ, niewystarczająco monitorował zapewnienie dostępu do tych świadczeń, które od lutego 2017 r. stały się świadczeniami gwarantowanymi. [str. 62]

Limitowanie świadczeń OPH

Świadczenia OPH są objęte limitem, mimo że są to świadczenia szczególne, które nie tyle ratują życie, co zapewniają pomoc i godną opiekę w zaawansowanym stadium chorób terminalnych. Objęcie tych świadczeń limitem powoduje powstawanie kolejek do hospicjów i sprawia, że część pacjentów nie doczekuje takiej pomocy. W okresie objętym kontrolą tylko w przypadku 10 skontrolowanych hospicjów zmarło 763 pacjentów, którzy oczekiwali na przyjęcie. Objęcie limitem powodowało też permanentną niepewność, czy otrzymane z NFZ środki pokryją koszty udzielania opieki pacjentom, którym świadczeniodawcy zdecydowali się, mimo wszystko, udzielić pomocy. [str. 26]

Nieokreślenie standardów OPH

Minister Zdrowia nie określił standardów OPH, pomimo że wskazywał na taką potrzebę zarówno Prezes NFZ (w 2016 r.), jak i AOTMiT (w 2015 r.). Ponad 100 hospicjów[12] zgłosiło NIK brak standardów opieki paliatywnej jako jeden z problemów jej funkcjonowania. Standardy stanowiłyby dobre wzorce postępowania i umożliwiłyby ocenę skuteczności oraz jakości świadczonej opieki. [str. 21]

Brak indywidualnych planów opieki

W obowiązujących przepisach nie przewidziano tzw. *Indywidualnego planu opieki*, o którym mowa w Wytycznych OPH Rady Europy[13]. Indywidualny plan opieki powinien być opracowany przez zespół opieki paliatywnej wspólnie z chorym i rodziną. Powinien uwzględniać potrzeby oraz preferencje chorego i jego rodziny, oczekiwania oraz zadania zajmujących się pacjentem różnych opiekunów, zarówno będących profesjonalistami, jak i tych bez profesjonalnego przygotowania. Trzy hospicja spośród 15 skontrolowanych wprowadziły z własnej inicjatywy indywidualne plany opieki lub karty potrzeb socjalnych.

Zdaniem NIK wprowadzenie indywidualnego planu opieki zapewniłoby większą elastyczność opieki paliatywnej, która powinna być na tyle zindywidualizowana i zaplanowana, aby odpowiadała na potrzeby oraz oczekiwania chorego i jego rodziny. Na problem braku elastyczności OPH wskazała NIK połowa z 279 hospicjów[14], w opinii których część pacjentów nie potrzebuje tylu wizyt, ile określa rozporządzenie *w sprawie OPH*[15]. [str. 29]

---

[11] Dotyczyło to Podlaskiego OW NFZ, Świętokrzyskiego OW NFZ i Zachodniopomorskiego OW NFZ (objętego kontrolą jednostkową).

[12] Spośród których osiem stanowiły jednostki kontrolowane, zaś 96 jednostki niekontrolowane, w których zasięgnięto informacji na podstawie art. 29 ust. 1 pkt. 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. *o Najwyższej Izbie Kontroli* (Dz. U. z 2019 r. poz. 489, ze zm.), dalej: „ustawa o NIK".

[13] Str. 9, 44–45.

[14] Poza skontrolowanymi 15 świadczeniodawcami NIK uzyskała, w trybie art. art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy o NIK, informacje od 264 świadczeniodawców nieobjętych kontrolą.

[15] Część II pkt 4 załącznika nr 2.

Nieskoordynowanie OPH

Opieka paliatywna nie została skoordynowana z opieką długoterminową oraz pomocą społeczną. W konsekwencji pacjenci lub ich opiekunowie, aby skorzystać z pomocy oferowanej przez państwo, muszą samodzielnie występować do kilku podmiotów – hospicjów, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodków pomocy społecznej. Brak skoordynowania i określenia zasad takiej współpracy utrudnia pacjentom uzyskanie dostępu do OPH, która – według rozporządzenia *w sprawie OPH* – jest opieką całościową i ma na celu m.in. „łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych". [str. 23]

Brak wizji rozwoju OPH

Działania Ministra na rzecz poprawy jakości i dostępności OPH były nieskoordynowane i fragmentaryczne. Nie opracowano założeń systemowych i pożądanych kierunków rozwoju tej opieki, w szczególności w sytuacji postępującego procesu starzenia społeczeństwa w Polsce. W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie podejmował działań zmierzających do wprowadzenia obligatoryjnej i ustandaryzowanej sprawozdawczości liczby pacjentów oczekujących na świadczenie OPH (w hospicjach domowych i stacjonarnych). W konsekwencji nie można było rzetelnie ustalić liczby chorych oczekujących na takie świadczenie. [str. 17]

Niestworzenie warunków dla premiowania świadczeniodawców oferujących wyższą jakość usług

Określona przez Ministra procedura wyłaniania świadczeniodawców niewystarczająco premiowała podmioty o większym potencjale oraz oferujących dodatkowe usługi, takie jak np. wsparcie socjalne dla pacjenta i rodziny, wolontariat, zwiększoną liczbę personelu, zapewnienie pojazdów dla pielęgniarek. Skontrolowane hospicja, w ramach sprawowanej opieki, z własnej inicjatywy i szerszego rozumienia opieki paliatywnej – oferowały swoim pacjentom więcej, aniżeli gwarantowały to przepisy. Organizowały pomoc finansową (pięć hospicjów), zapewniały dodatkowe usługi wykonywane przez wolontariuszy (11 hospicjów) lub stosowały inne praktyki mające na celu osiągnięcie jak najwyższej jakości życia chorych oraz wsparcie ich rodzin w żałobie. [str. 30]

Poprawna ocena oferentów przez OW NFZ, ale nieprawidłowe aneksowanie umów

Oddziały NFZ, w ramach dostępnych środków i właściwości terytorialnej, w różnym stopniu zapewniały dostępność do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. W toku prowadzonych konkursów OW NFZ poprawnie oceniały spełnienie przez oferentów wymogów koniecznych do udzielania świadczeń. Nieprawidłowości w działalności Oddziałów NFZ stwierdzono na etapie aneksowania kontraktów. Najistotniejsze dotyczyły nierzetelnej weryfikacji zasobów przy zmianie warunków umowy w dwóch z pięciu skontrolowanych OW NFZ.

NFZ w każdym roku płacił coraz więcej za zakontraktowane świadczenia OPH (wzrost w latach 2015–2017 o 61%). W okresie objętym kontrolą za poniesione przez NFZ nakłady w wysokości 1871,1 mln zł udzielono przede wszystkim 17 milionów świadczeń w warunkach domowych dla dorosłych (stanowiły 41% kosztów) oraz 3,3 miliony świadczeń w warunkach stacjonarnych (stanowiły 47% kosztów). Nakłady NFZ zapewniły dostęp do opieki paliatywnej 257 tys. pacjentów.

[str. 30, 33, 35, 56]

Rozliczanie świadczeń przez NFZ bez wystarczającego nadzoru

Wprowadzony przez Centralę NFZ, zawierający błędy, system informatyczny oraz niewystarczający nadzór Prezesa NFZ nad rozliczaniem świadczeń skutkował zapłatą przez NFZ 2,6 mln zł za świadczenia, które nie mieściły się w katalogu świadczeń gwarantowanych. Świadczeniodawcy w zgłoszonych do rozliczenia raportach, w przypadku części pacjentów nie wykazali jednostek chorobowych kwalifikujących do opieki paliatywnej (według wymogów załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie OPH*). Wykazali jednostki, które nie kwalifikowały do OPH lub w ogóle takiej jednostki nie podali. Dotyczyło to od 12 do 14 OW NFZ. Do 23 maja 2019 r. Oddziały NFZ odzyskały od świadczeniodawców nienależne im środki w kwocie 66,5 tys. zł.

Niewielka liczba kontroli przeprowadzonych przez cztery skontrolowane przez NIK Oddziały NFZ – w ciągu trzech i pół roku skontrolowano jedynie 12,5% świadczeniodawców – nie sprzyja realizacji funkcji prewencyjnej kontroli.

Skontrolowani świadczeniodawcy otrzymali z NFZ za udzielone świadczenia OPH łącznie 97,1 mln zł. Większość z nich (11 z 15) prawidłowo rozliczała się z OW NFZ. W dziewięciu z 15 hospicjów kwota ta nie zapewniła jednak pokrycia kosztów związanych z udzielaniem świadczeń, co oznacza, że działalność ta dodatkowo finansowana musiała być z innych źródeł, np. z odpisu 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego.

[str. 39, 62, 64, 68]

Nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń

W 80% skontrolowanych hospicjów wystąpiły nieprawidłowości w organizacji udzielania świadczeń. Kontrola wykazała, że w 10 hospicjach nie we wszystkich miesiącach objętych badaniem zapewniono obecność wymaganego personelu. Licząc łączny czas opieki należnej chorym, ograniczono go o ponad 200 godzin – w przypadku lekarzy, 250 godzin – w przypadku psychologów, 70 godzin – w przypadku fizjoterapeutów, a o 20 godzin – w przypadku pielęgniarek. W stosunku do pacjentów przebywających w domach, czterech świadczeniodawców nie zachowało wymaganej rozporządzeniem *w sprawie OPH* minimalnej częstotliwości[16] wizyt pielęgniarskich, a w dwóch z nich również porad lekarskich. [str. 40–46]

Rozbieżności w interpretacji rozporządzenia w sprawie OPH i jego niedostosowanie do rzeczywistych potrzeb

Cztery objęte kontrolą Oddziały NFZ, w umowach o udzielenie świadczeń OPH w warunkach ambulatoryjnych nie zapewniły wymaganego rozporządzeniem *w sprawie OPH* czasu pracy pozostałego personelu, tj. psychologa i pielęgniarki. Wynikało to z przyjętej przez OW NFZ i świadczeniodawców interpretacji przepisów, która była odmienna od wykładni Ministra Zdrowia. Rozbieżności interpretacyjne dotyczyły także wymogu częstotliwości wizyt i porad przy sprawowaniu opieki w warunkach domowych.

NIK wskazuje, że przyjęta w rozporządzeniu *w sprawie OPH* definicja fizjoterapeuty jest niezgodna z ustawą z dnia 25 września 2015 r. *o zawodzie fizjoterapeuty*[17], albowiem jest szersza od definicji zawartej w tej ustawie i pozwala

[16] Przyjmując najbardziej korzystną dla świadczeniodawców interpretację przepisów, tj. wzięto pod uwagę przypadki, które jednocześnie nie spełniają przepisów według wykładni Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ.

[17] Dz. U. z 2019 r. poz. 952, dalej: „ustawa o zawodzie fizjoterapeuty".

na wykonywanie świadczeń z zakresu fizjoterapii osobom, które nie spełniają wymogów ustawowych. Stwierdzono także, iż rozporządzenie *w sprawie OPH* z jednej strony wymaga od świadczeniodawców posiadania sprzętu, który nie jest wykorzystywany w praktyce, a którego utrzymanie generuje niepotrzebne koszty, z drugiej strony nie wymaga sprzętu niezbędnego w opiece, który świadczeniodawcy wypożyczają wyłącznie w ramach dobrych praktyk. Środowisko medyczne wskazuje również na zawarte w tym rozporządzeniu niewłaściwe wymogi dla pielęgniarek. W ich opinii na jeden etat pielęgniarki przypada zbyt wysoka liczba pacjentów i za niski jest też wskaźnik kwalifikacyjny pielęgniarek. [str. 29, 36, 41, 46, 47]

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia

W związku z ustaleniami kontroli, mając na celu usprawnienie funkcjonowania opieki paliatywnej i hospicyjnej, Najwyższa Izba Kontroli występuje do Ministra Zdrowia z następującymi wnioskami *de lege ferenda*:

1) opracowanie standardów OPH jako narzędzia zapewniającego należytą jakość udzielanych świadczeń, na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*;

2) zmianę załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie OPH* zmierzającą do zapewnienia dostępu do OPH wszystkim potrzebującym, niezależnie od typu choroby, których stan kliniczny wskazuje na potrzebę objęcia opieką paliatywną;

3) zmianę załącznika nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* zmierzającą do doprecyzowania wymogu częstotliwości wizyt i porad opieki prowadzonej w warunkach domowych, tak aby metodyka obliczania minimalnej liczby wizyt domowych przysługujących pacjentom objętym tą opieką była jednoznaczna i możliwa do sprawnego monitorowania.

   Potrzeba doprecyzowania wynika z różniących się interpretacji Ministra Zdrowia i NFZ dotyczących częstotliwości wizyt pielęgniarskich „nie rzadziej niż 2 w tygodniu" oraz częstotliwości porad lekarskich „nie rzadziej niż 2 w miesiącu"; [str. 47]

4) zmianę załącznika nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* zmierzającą do doprecyzowania pojęcia „porady lekarskiej" w domowej opiece paliatywnej jako wizyty lekarza w domu pacjenta.

   Według obowiązujących przepisów ustawowych[18] za poradę lekarską można uznać poradę telefoniczną lub wystawienie recepty bez zbadania pacjenta. Tymczasem w opinii Ministra Zdrowia[19] ze względu na bezpieczeństwo pacjenta porady powinny być udzielane osobiście przez lekarza w domu pacjenta; [str. 47];

5) zaktualizowanie załącznika nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* w zakresie wymagań dotyczących personelu wykonującego rehabilitację, w związku z wejściem w życie ustawy *o zawodzie fizjoterapeuty*; [str. 29]

6) wprowadzenie do rozporządzenia *w sprawie OPH* obowiązku sporządzania indywidualnych planów opieki, określających zadania różnych opiekunów zaangażowanych w opiekę nad chorym, zgodnie z potrzebami jego lub jego rodziny, analogicznie do Wytycznych OPH Rady Europy.

   Na rozpowszechnienie zasługują dobre praktyki stosowane przez trzech z 15 skontrolowanych przez NIK świadczeniodawców, polegające m.in. na prowadzeniu planów opieki;

7) zmianę rozporządzenia *w sprawie kryteriów wyboru ofert*, tak aby premiowane były podmioty oferujące najlepszej jakości warunki dodat-

[18] Art. 42 ust 1 i 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, ze zm.).

[19] Wyrażonej w piśmie (z 29 stycznia 2019 r.) skierowanym do jednego ze skontrolowanych przez NIK świadczeniodawców w sprawie interpretacji obowiązku udzielania porad lekarskich w domowej OPH.

kowe udzielania świadczeń OPH, jak np. wsparcie socjalne dla pacjenta i rodziny, udział wolontariatu w opiece, zwiększona liczba personelu, zapewnienie pojazdów dla pielęgniarek.

Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje też o:

1) określenie kierunków rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz docelowego modelu funkcjonowania tej opieki, aby optymalnie wykorzystać dostępne zasoby i oceniać efektywność podejmowanych działań;

2) przeanalizowanie możliwości systemu opieki zdrowotnej pod kątem finansowania świadczeń OPH w sposób nielimitowany, z uwagi na to, że są to świadczenia szczególne, które mają zapewnić pacjentom godną opiekę w końcowym stadium chorób terminalnych;

3) zapewnienie dostępu do OPH wszystkim potrzebującym, niezależnie od:

   a) miejsca leczenia, tj. poprzez dostęp do profesjonalnej opieki paliatywnej dla pacjentów w zaawansowanym stadium choroby terminalnej leczonym w szpitalach, dzięki szpitalnym zespołom opieki paliatywnej lub szpitalnym konsultantom medycyny paliatywnej;

   b) miejsca zamieszkania, tj. wyrównanie dostępu do świadczeń opieki paliatywnej pomiędzy terenami wiejskimi i miejskimi oraz poszczególnymi regionami w kraju;

4) skoordynowanie – we współpracy z ministrem właściwym ds. społecznych – opieki paliatywnej z pomocą społeczną, podstawową opieką zdrowotną oraz opieką długoterminową, co ułatwi dostęp pacjentów do różnej pomocy oferowanej przez państwo. Brak koordynacji ogranicza skuteczność funkcjonowania systemu OPH, w tym efektywność wydatkowania środków publicznych;

5) zainicjowanie zmiany wyceny świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, ewentualnie rozważenie zmiany sposobu organizacji tej poradni.

   Obecnie, zgodnie z obowiązującym załącznikiem nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* poradnia jest czynna co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godziny 18:00. Wymagania dotyczące personelu to lekarz, pielęgniarka i psycholog z odpowiednimi kwalifikacjami. Ujawnione w czterech z pięciu objętych kontrolą OW NFZ nieprawidłowości polegały na podpisaniu ze świadczeniodawcami umów mimo niezapewnienia przez nich pracy pozostałego personelu (pielęgniarki i psychologa) przez minimum 7,5 godziny tygodniowo. W opinii Ministra Zdrowia – wyrażonej w trakcie kontroli NIK – przepis oznacza, że pracujący w poradni OPH zespół (tj. lekarz, pielęgniarka i psycholog) powinien być dostępny w godzinach pracy poradni OPH. Uzasadnia to holistyczny charakter opieki paliatywnej i niemożliwość przewidzenia, czy pacjent, który przyjdzie do poradni OPH będzie potrzebował bardziej np. porady lekarza czy porady psychologa. Tymczasem konsultanci, i inni eksperci OPH, NFZ oraz świadczeniodawcy wskazują na niezasadność takiej interpretacji przepisów dotyczących organizacji poradni, która może prowadzić do likwidacji 80% poradni OPH i tym samym do braku

dostępności do tego świadczenia. Podnoszą, że wycena świadczeń przewidywała dominujący udział lekarza, a także zapłatę za wykonane świadczenie – poradę, a nie za gotowość do jej udzielenia. Wskazują, że ze względu na charakter organizacyjny jednoczesna opieka poszczególnych członków zespołu nie jest możliwa.

Zmianę wyceny świadczeń uzasadniają również wyniki kontroli, które wskazują, że przynajmniej co dziesiąty pacjent będący pod opieką hospicjum domowego, mógłby zdaniem świadczeniodawców być przeniesiony do poradni medycyny paliatywnej. Wymaganym warunkiem jest jednak większa dostępność poradni OPH związana z wyższą wyceną takich świadczeń;

6) przeprowadzenie analizy poziomu zatrudnienia i kwalifikacji pielęgniarek – wynikających z rozporządzenia *w sprawie OPH* – z uwzględnieniem faktycznych potrzeb pacjentów i opinii ekspertów oraz wprowadzenie w nim odpowiednich zmian.

   Obecnie według rozporządzenia *w sprawie OPH* w opiece domowej na jeden etat pielęgniarki przypada 15 pacjentów dorosłych lub 12 dzieci, gdy np. według ekspertów w pediatrycznej opiece na jeden etat powinno przypadać czterech lub ewentualnie sześciu pacjentów. Z kolei Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej co roku wnioskował do Ministra Zdrowia o sukcesywną zmianę wskaźnika kwalifikacyjnego pielęgniarek, tak aby w okresie pięciu lat 100% pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy posiadało specjalizację lub ukończony kurs specjalistyczny w zakresie OPH (obecnie wymóg ten obejmuje 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek u danego świadczeniodawcy). Wskazywał on również na potrzebę określenia w opiece stacjonarnej limitu jednego etatu pielęgniarki na łóżko (lub 0,75 etatu przy zatrudnieniu opiekuna medycznego).

7) przeprowadzenie analizy zawartego w załączniku nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* katalogu wymaganego sprzętu z uwzględnieniem faktycznych potrzeb pacjentów i racjonalizacji kosztów jego utrzymania.

Prezes NFZ

Ze względu na konieczność zapewnienia powszechnego dostępu do wysokiej jakości świadczeń OPH, NIK wnioskuje do Prezesa NFZ o:

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

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. Planowanie świadczeń

Organizowanie systemu

Rozpoznanie potrzeb w zakresie OPH, zaplanowanie modelu docelowego i kolejnych etapów jego osiągnięcia jest niezbędne dla umożliwienia oceny skuteczności działania, ale także dla rzetelnego podziału środków finansowych. Odpowiedzialny za zorganizowanie systemu OPH Minister Zdrowia nie opracował strategii rozwoju OPH, nie wprowadził standardów OPH. Dotychczas podejmowane działania usprawniające były nieskoordynowane i fragmentaryczne. Z powodu nieokreślenia przez Ministra Zdrowia długofalowej polityki państwa w zakresie OPH, opieka paliatywna rozwija się nierównomiernie, zróżnicowana jest jakość świadczeń, zaś hospicja funkcjonują w stanie niepewności co do zasad ich działania w przyszłości.

Minister Zdrowia nie opracował strategii rozwoju OPH

Minister Zdrowia nie opracował strategii rozwoju OPH, która określałaby pożądany stan tej opieki w Polsce. W związku z tym utrudnione jest ustalenie, czy dokonywane zmiany zmierzają we właściwym kierunku oraz ocena ich skuteczności. Opracowanie strategii jest niezbędne m.in. z powodu: zmian w zapotrzebowaniu na świadczenia związanych ze starzeniem się społeczeństwa, postępu w dziedzinie medycyny paliatywnej, ograniczonych możliwości finansowania OPH.

Mimo zaleceń Rady Europy[20], nie ma w Polsce podmiotu, który sporządza coroczne raporty dotyczące organizacji i funkcjonowania opieki paliatywnej. Raporty powinny służyć weryfikowaniu wdrażania strategii oraz wskazywaniu, które z założeń strategii wymagają modyfikacji.

Zdaniem NIK, do czasu określenia długofalowej polityki państwa, system opieki paliatywnej będzie obarczony zwiększonym ryzykiem nieefektywnego wydatkowania środków publicznych. Rzetelnie opracowana strategia rozwoju OPH przyczyniłaby się do stabilizacji zasad sprawowania tej opieki, dzięki temu, że ograniczałaby możliwość dokonywania doraźnych zmian. Zwiększenie przewidywalności wpłynęłoby korzystnie na uczestników systemu, albowiem z wyprzedzeniem mogliby planować swoje działania. Na problem braku wiedzy o strategii państwa wobec OPH wskazał Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, 16 konsultantów wojewódzkich[21], a także 198 hospicjów (tj. 71% spośród tych, które udzieliły NIK odpowiedzi). Opracowanie strategii rozwoju OPH jest też postulatem zarówno Rady Europy, jak i powołanego przez Ministra Zespołu do spraw opieki paliatywnej i hospicyjnej, którego zdaniem opracowany przez Ministra program opieki paliatywnej powinien być zintegrowany z prowadzoną przez państwo polityką zdrowotną, zwłaszcza dotyczącą geriatrii, opieki długoterminowej, podstawowej opieki zdrowotnej, a także opieki społecznej. Według Rady Europy opracowanie strategii, powinno służyć zabezpieczeniu dostępności, równości i jakości w zapewnieniu opieki paliatywnej. Aby spełnić ten cel, podstawowymi elementami planu powinny być m.in. ocena potrzeb, definicja celów, edukacja i szkolenie, promocja dostępności opioidów, opracowanie standardów i systematyczna ocena wyni-

[20] Wytyczne OPH Rady Europy, str. 7.

[21] 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.

ków[22]. W okresie objętym kontrolą Minister Zdrowia nie był w stanie ocenić dostępności pacjentów do OPH, gdyż zarówno hospicja stacjonarne jak i domowe do stycznia 2020 r. nie mają obowiązku sprawozdawania kolejek. W ocenie NIK, systematyczna ocena dostępności do świadczeń jest niezbędna dla racjonalnego kształtowania polityki zdrowotnej państwa.

Minister Zdrowia dotychczas nie opracował strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej pomimo, że postulował o to w 2012 r. powołany przez niego zespół ekspertów. Na potrzebę opracowania strategii wskazuje też powołany przez Ministra Zdrowia Krajowy konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej, a także 16 wojewódzkich konsultantów i ponad 70% hospicjów. Strategia jest jednym z zaleceń Rady Europy.

Źródło: ©wladimir1804 - stock.adobe.com.

Ograniczenia dla osób z chorobami nieonkologicznymi

Obecnie polskie rozwiązania prawne umożliwiają dostęp do OPH głównie pacjentom z chorobami onkologicznymi. Według rozporządzenia *w sprawie OPH* opieka ta jest skierowana do pacjentów z określonymi jednostkami chorobowymi, nierokującymi na wyleczenie, które zostały enumeratywnie wyliczone. Taki sposób kwalifikacji do opieki dyskryminuje pacjentów w ostatnim okresie życia ze schorzeniami nienowotworowymi, nieujętymi w rozporządzeniu i nie uwzględnia – zgodnych z definicją opieki paliatywnej przyjętą przez WHO – kryteriów dotyczących wskazań do objęcia opieką paliatywną[23]. Zgodnie z zalecaniami Rady Europy opieka paliatywna nie jest bowiem związana z konkretną chorobą, a każda osoba, która wymaga opieki paliatywnej, powinna mieć do niej dostęp[24].

W wyniku niedopuszczania do systemu osób z chorobami nienowotworowymi (tj. niewymienionymi w rozporządzeniu *w sprawie OPH*[25]), osoby z chorobami nowotworowymi stanowią prawie 90% pacjentów OPH. Tymczasem WHO szacuje, że w Europie pacjenci z chorobami nowotworowymi potrzebującymi opieki paliatywnej stanowią jedynie 39% wszystkich potrzebujących[26]. Konsultanci krajowi i wojewódzcy (16)[27] wskazali NIK jednostki chorobowe, o które w pierwszej kolejności powinien być rozszerzony wykaz chorób kwalifikujący do objęcia opieką paliatywną. Z ich powodu corocznie umiera 45 tys. pacjentów.

[22] Wytyczne OPH Rady Europy, str. 44.

[23] Opinia Zespołu MZ ds. OPH.

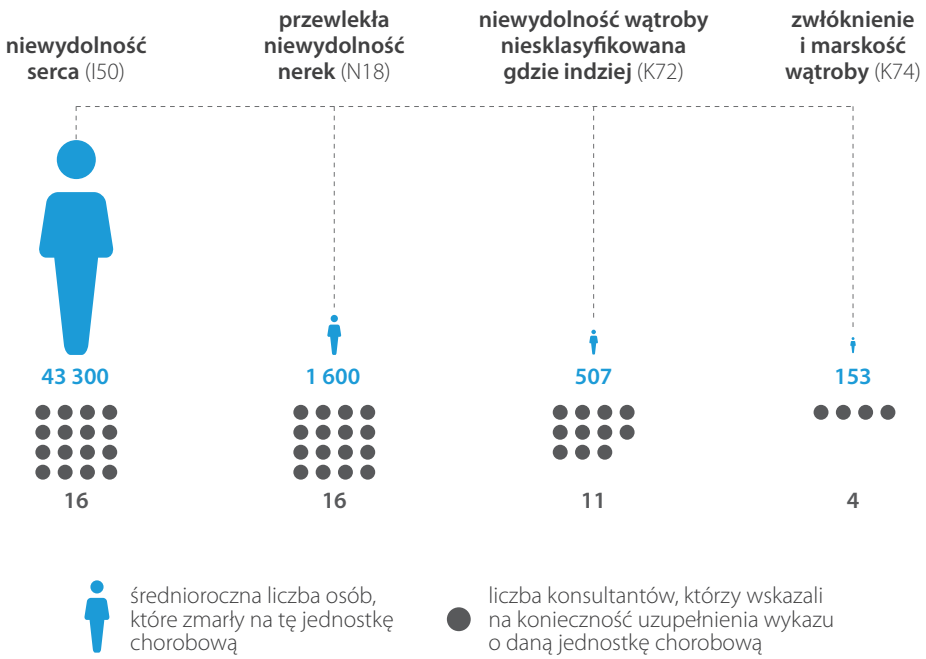
[24] Wytyczne OPH Rady Europy, str. 5.

[25] Za wyjątkiem siedmiu jednostek chorobowych wymienionych w części I załącznika nr 1 do rozporządzenia *w sprawie OPH*.

[26] Ibidem, str. 8, Worldwide Palliative Cares Alliance, WHO, Global Atlas of Palliative Care at the end of Life, 2014.

[27] Informacje pobrane w trybie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy *o NIK*. Pytania skierowano do łącznie 30 konsultantów wojewódzkich i 2 krajowych, spośród których 25 udzieliło informacji w tym zakresie.

Infografika nr 1
Jednostki chorobowe do uzupełnienia według konsultantów jako kwalifikujące do OPH



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS[28] oraz opinii konsultantów.

Z przekazanej NIK opinii konsultantów wynika, że problem nieobjęcia OPH dotyczy przede wszystkim pacjentów chorujących na: niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek. Trzech z nich zaznaczyło, że o przyjęciu do OPH powinny decydować objawy i wskazania kliniczne. Jednocześnie 15 konsultantów podkreśliło potrzebę wykreślenia z wykazu obecnie funkcjonującej jednostki chorobowej kardiomiopatii (I42–43).

Wielowymiarowy charakter ograniczeń dostępu do świadczeń wynikał również z tego, że co do zasady NFZ nie finansuje opieki paliatywnej łączonej z innymi świadczeniami, np. z wentylacją mechaniczną w warunkach domowych. W konsekwencji zakwalifikowanie do opieki paliatywnej zamyka lub znacząco utrudnia dostęp do innych świadczeń. Wyjątkiem jest np. żywienie dojelitowe i pozajelitowe oraz tlenoterapia.

Dopiero w 2018 r. Minister Zdrowia przekazał do AOTMiT zlecenie oceny zasadności zmiany technologii medycznych wszystkich świadczeń gwarantowanych OPH, choć już w 2012 r. otrzymał informację od Zespołu MZ ds. OPH, że zasady przyjęcia do opieki paliatywnej dyskryminują pacjentów w ostatnim okresie życia ze schorzeniami nienowotworowymi i nie uwzględniają właściwych – zgodnych z definicją opieki paliatywnej określoną przez WHO – kryteriów dotyczących wskazań do objęcia tą opieką. Zdaniem NIK, brak jest uzasadnienia dla trwającej blisko sześć lat zwłoki Ministra Zdrowia w zweryfikowaniu zasadności wskazań powołanych przez siebie ekspertów. Od tego czasu rozszerzenie wskazań do objęcia opieką postulowało również PTMP (2013 r.), Krajowa Konsultant w dziedzinie

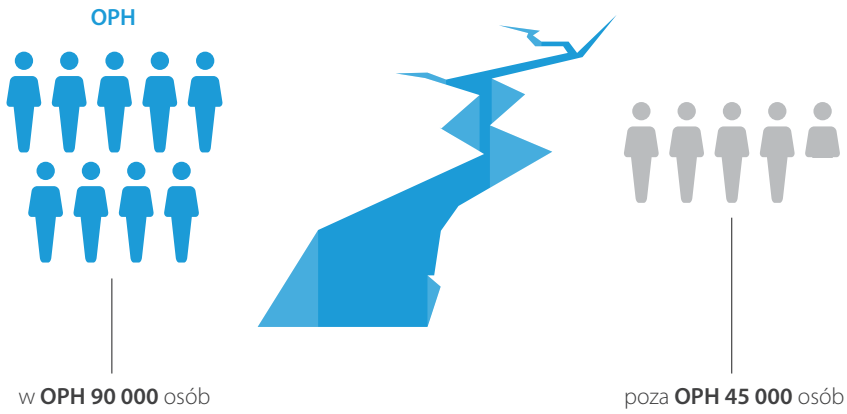
[28] Dane za 2015 i 2016 r., pozyskane z GUS przez NIK na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2 lit. f ustawy *o NIK*.

medycyny paliatywnej (2013 r.) oraz Sejmowa Komisja do spraw Polityki Senioralnej (2017 r.)[29], zaś na problem w kwalifikowaniu pacjentów zwróciła uwagę także AOTMiT (2015 r.)[30].

W trakcie kontroli NIK Minister Zdrowia nie przedstawił przekonujących argumentów na rzecz utrzymywania ograniczeń prawnych w dostępie do OPH. Minister nie przeprowadził analiz skutków limitowania świadczeń OPH, w tym uzyskanych oszczędności dla budżetu państwa, a także nie uzyskiwał takich danych z NFZ.

Minister Zdrowia poinformował NIK, że dostrzega fakt, iż definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej zawarta w rozporządzeniu *w sprawie OPH* może być rozbieżna z definicją WHO i dlatego o weryfikację tej definicji zwrócił się (w maju 2018 r.) do AOTMiT. Agencja przekaże wyniki swoich ustaleń do 2020 r. W konsekwencji wieloletnich zaniedbań w systemowym rozwiązaniu problemu kwalifikowania pacjentów do OPH przez kolejne dwa lata około 90 tysięcy pacjentów z terminalnymi chorobami nienowotworowymi nie ma szans na otrzymanie opieki paliatywnej[31].

Infografika nr 2
Nierówny dostęp do OPH w zależności od choroby



Dorosłym chorującym na inne niż nowotworowe jednostki chorobowe i znajdującym się w ostatnim okresie życia nie zapewniono dostępu do świadczeń opieki paliatywnej. Przyczyną jest wprowadzenie w rozporządzeniu *w sprawie OPH* zawężającej listy chorób kwalifikujących do takiej opieki. Tymczasem corocznie 45 tys. pacjentów umiera ze zdiagnozowanymi chorobami nienowotworowymi – na przykład cierpiących na niewydolność serca lub nerek, które to choroby nie kwalifikują do OPH.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych GUS[32] oraz opinii konsultantów.

[29] *Dezyderat nr 5 Komisji Polityki Senioralnej do Ministra Zdrowia w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej* uchwalony na posiedzeniu 23 marca 2017 r. (http://orka.sejm.gov.pl/opinie8.nsf/nazwa/psn_d5/$file/psn_d5.pdf), dostęp: 4 kwietnia 2019 r.

[30] Opracowanie pt. „Opieka paliatywna i hospicyjna" z 17 października 2015 r., s. 126.

[31] Zakładając, że rozporządzenie będzie zmienione w 2020 r., zaś świadczeniodawcy obejmą potrzebujących już w 2021. Zob. infografika nr 1.

[32] Dane GUS za 2015 i 2016 r.

Skutki ograniczeń w dostępie do OPH

Utrzymywanie nieuzasadnionej medycznie prawnej bariery w dostępie do opieki paliatywnej generuje szereg negatywnych skutków dotykających cały system opieki zdrowotnej. Należą do nich:

a) obciążenie systemu dodatkowymi kosztami z powodu konieczności zapewnienia pacjentom, których nie obejmuje OPH, świadczeń które nie zawsze odpowiadają ich potrzebom i są bardziej kosztowne (np. przedłużanie pobytu w szpitalu);
b) obciążanie innych rodzajów świadczeń (zwłaszcza opieki długoterminowej, POZ), które przejmują opiekę nad pacjentami w schyłkowej fazie życia, których nie obejmuje OPH, co nie tylko prowadzi do udzielania świadczeń nie w pełni dostosowanych do potrzeb (z punktu widzenia medycznego), ale także skutkuje ograniczeniem dostępności do tychże świadczeń pacjentom, którym są one najbardziej potrzebne (na przykład chorującym na chorobę przewlekłą i wymagającym opieki długoterminowej);
c) odmowy udzielania świadczeń opieki paliatywnej pacjentom, których nie obejmuje OPH, co może rodzić dylematy etyczne personelu hospicjów (np. art. 30 *Kodeksu Etyki Lekarskiej*[33] stanowi, że lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Lekarz winien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia; natomiast *Kodeks Etyki Zawodowej Pielęgniarki i Położnej Rzeczypospolitej Polskiej*[34] stanowi, że pielęgniarka/położna powinna dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić pacjentowi humanitarną opiekę terminalną, godne warunki umierania wraz z poszanowaniem uznawanych przez niego wartości[35]).

Minister Zdrowia nie określił standardów OPH

Pomimo potrzeby wskazywanej m.in. przez Prezesa NFZ w 2016 r., a także przez AOTMiT w 2015 r., Minister Zdrowia nie określił standardów w opiece paliatywnej dla dorosłych, w pediatrycznej opiece paliatywnej i w perinatalnej opiece paliatywnej. Bez standardów obowiązujących wszystkich świadczeniodawców, zwiększenie finansowania świadczeń OPH nie przyczyni się do podniesienia jakości ich udzielania. Brak standardów opieki został zgłoszony jako jeden z problemów funkcjonowania opieki paliatywnej przez ośmiu spośród 15 objętych kontrolą świadczeniodawców, a także przez 96 spośród 264 świadczeniodawców, od których w trakcie kontroli NIK zasięgała informacji.

NIK nie znajduje uzasadnienia dla bezczynności Ministra w opracowaniu standardów. Podjęte w tym kierunku działanie polegające na skierowaniu w 2018 r. przez Ministra wniosku do AOTMiT o wyrażenie opinii 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[36].

[33] https://www.nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej [dostęp 10 maja 2019 r.]

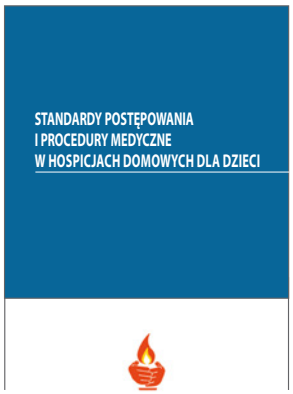
[34] https://nipip.pl/prawo/samorzadowe/krajowy-zjazd-pielegniarek-i-poloznych/kodeks-etyki-zawodowej-pielegniarki-i-poloznej-rzeczypospolitej-polskiej/ [dostęp 10 maja 2019 r.]

[35] CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA. Pielęgniarka/położna a pacjent, pkt 7.

[36] Str. 125.

W OPH nie wprowadzono akredytacji

W ramach nadzoru nad ośrodkiem akredytacyjnym, jakim jest Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia[37], Minister Zdrowia nie doprowadził do opracowania przez Centrum standardów akredytacyjnych w OPH, przez co nie zapewniono warunków do akredytowania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych[38]. Akredytowanie podnosi bezpieczeństwo opieki, pozwala ujednolicić zasady sprawowania opieki nad pacjentem w oparciu o podstawy naukowe[39] 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 Zdrowia do doskonalenia systemu OPH.



Wobec braku działań Ministra Zdrowia jeden skontrolowany świadczeniodawca opracował własne standardy, które zawierają m.in. zasady wypisywania pacjentów z hospicjum domowego dla dzieci, minimalne warunki funkcjonowania hospicjum domowego dla dzieci (np. standard czasu dojazdu w nagłych wypadkach do dwóch godzin), podstawowe zasady organizacji pracy (np. stałe przydzielenie do każdego pacjenta pielęgniarki, która koordynuje wszystkie działania zespołu hospicjum), rotację pielęgniarek polegającą na zamianie pacjentów co sześć miesięcy – co zapobiega rutynie zawodowej i powstawaniu zbyt silnej więzi emocjonalnej; zasady przeprowadzania odpraw zespołu dyżurnego. Opracował też procedury diagnostyczne i terapeutyczne oraz metodę oceny jakości świadczeń hospicjum domowego dla dzieci.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie dokumentacji.

Minister Zdrowia nie stworzył systemu zapewniającego jednolitą rejestrację danych niezbędnych dla kontroli jakości opieki paliatywnej (np. częstotliwości i skuteczności świadczonych usług, leczenia bólu i innych objawów somatycznych, adekwatności opieki do potrzeb), przez co nie zastosował się do zalecenia Rady Europy, aby utworzyć przynajmniej na poziomie krajowym jednolitą rejestrację podstawowych danych – „Minimalny Zestaw Danych”[40] w celu ułatwienia kontroli jakości opieki paliatywnej. Utworzenie systemu zapewniającego jednolitą rejestrację mogłoby przyczynić się do usprawnienia kontroli jakości świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwłaszcza przy ukierunkowaniu go na mierzenie stopnia implementacji standardów opieki, pozwalając dzięki temu na ocenę skuteczności udzielanych świadczeń (np. leczenia bólu). System rejestrować też powinien dane o zapotrzebowaniu (w tym oczekiwaniu na świadczenia), o faktycz-

[37] 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 r. poz. 59) Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia jest państwową jednostką budżetową podległą ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

[38] 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* (Dz.U. z 2016 r. poz. 2135).

[39] Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia: *Program akredytacji dla szpitali. Przewodnik po procesie*, s. 7, http://www.cmj.org.pl/akredytacja/przewodnik_akredy tacja_szpitali.pdf; dostęp 17 kwietnia 2019 r.

[40] Będzie na przykład zawierał dane epidemiologiczne, dane o wykonywaniu usług w ramach opieki paliatywnej z uwzględnieniem poszczególnych grup oraz dane o dostępności usług w różnych regionach: Wytyczne OPH Rady Europy, str. 30.

nej dostępności do OPH w układzie regionalnym, wiekowym czy jednostek chorobowych. Podaną przez Ministra przyczyną braku utworzenia systemu zapewniającego jednolitą rejestrację danych był brak wniosku o utworzenie rejestru medycznego, w celu monitorowania jakości opieki paliatywnej. NIK zauważa, że Minister Zdrowia ma uprawnienie do tworzenia rejestrów medycznych[41] i do skorzystania z niego nie jest wymagane złożenie wniosku przez odrębny podmiot[42].

Spóźnione działania w sprawie sprawozdawczości kolejek

W okresie objętym kontrolą, Minister Zdrowia nie był w stanie ocenić dostępności pacjentów do OPH, gdyż świadczeniodawcy nie mieli obowiązku sprawozdawania kolejek do hospicjów domowych i stacjonarnych. Działania zmierzające do wprowadzenia sprawozdawczości kolejek podjął dopiero po otrzymaniu w 2018 r. od Prezesa NFZ wniosku w tym zakresie[43]. W konsekwencji nie było możliwe dokonanie rzetelnego ustalenia liczby chorych oczekujących na świadczenie, w tym oszacowania, ilu chorych zmarło oczekując w kolejce. Tylko w 10 skontrolowanych przez NIK hospicjach, które prowadziły ewidencję kolejek, w całym okresie objętym kontrolą oczekując na udzielenie pierwszego świadczenia zmarły 763 osoby.

W latach 2015–2018 zniesiono obowiązek prowadzenia sprawozdawczości kolejek do hospicjów domowych oraz stacjonarnych. Brak odpowiedniej sprawozdawczości uniemożliwiał ustalenie liczby chorych oczekujących na świadczenie, co jest warunkiem koniecznym dla odpowiedniego rozdziału środków publicznych przez NFZ.

Źrodło: ©pairhandmade - stock.adobe.com.

OPH nie skoordynowano z pomocą społeczną

Opieki paliatywnej nie skoordynowano z opieką długoterminową, podstawową opieką zdrowotną oraz pomocą społeczną. Do czasu rozpoczęcia kontroli NIK Minister Zdrowia nie podjął skutecznych działań w odniesieniu do wniosku o skoordynowanie OPH, zgłoszonego w marcu 2017 r. przez Sejmową Komisję Polityki Senioralnej[44]. Wskazała ona, że takie rozwiązanie umożliwi zachowanie ciągłości opieki w przypadku długotrwałej stabilizacji stanu chorego, pozwalając jednocześnie na racjonalizację jej kosztów. Podobny wniosek sformułował także w 2018 r. Krajowy Konsultant w dziedzinie medycyny paliatywnej. Brak skoordynowania i określenia zasad takiej współpracy utrudniał pacjentom dostęp do OPH, która – według rozporządzenia *w sprawie OPH* – jest opieką całościową i ma na celu m.in. „łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych". 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.

[41] Wynikające z art. 19 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. *o systemie informacji w ochronie zdrowia* (Dz. U. z 2019 r. poz. 408, ze zm.), dalej: „ustawa o systemie informacji".

[42] Zgodnie z art. 19 ust. 1b ustawy *o systemie informacji* utworzenie rejestru medycznego, o którym mowa w ust. 1, może nastąpić na wniosek podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy *o działalności leczniczej*, NFZ albo innych jednostek podległych lub nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

[43] Obowiązek sprawozdawania o kolejkach wprowadzono od 1 stycznia 2020 r.

[44] Patrz przypis nr 29.

NIK zauważa, że skoordynowanie modelu opieki paliatywnej wymaga współdziałania Ministra Zdrowia z ministrem właściwym do spraw społecznych (MRPiPS) oraz innymi podmiotami i organami (np. samorządy, organizacje pożytku publicznego, osoby prywatne). 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 w końcowym stadium terminalnej choroby). Minister Zdrowia poinformował NIK, że prowadzi rozmowy z MRPiPS mające na celu rozpatrzenie możliwości i zakresu skoordynowania opieki paliatywno-hospicyjnej, długoterminowej oraz pomocy społecznej. Oczekiwanym rezultatem konsultacji jest wypracowanie rozwiązań uwzględniających zarówno całościowe potrzeby osób wymagających takiej opieki i pomocy, jak również możliwości organizacyjne i finansowe systemu.

Rada Europy zaleca, aby rządy państw członkowskich podjęły programowe, legislacyjne i inne działania konieczne dla opracowania ram dla spójnych i wszechstronnych narodowych regulacji w opiece paliatywnej. Sformułowała też zasadę, że powinny być powołane struktury i osoby odpowiedzialne za kierowanie rozwojem opieki paliatywnej na poziomie krajowym oraz zapewniona właściwa koordynacja ośrodków świadczących tę opiekę, z jasnym podziałem obowiązków i odpowiedzialności[45].

Minister nie wprowadził szpitalnych zespołów wsparcia lub konsultantów medycyny paliatywnej

Minister Zdrowia nie wprowadził rozwiązań zapewniających osobom chorym terminalnie, 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. Dzięki zespołom szybciej może być wdrażane leczenie objawowe (np. leczenie bólu), zaś pacjenci i ich rodziny dowiedzą się o zasadach sprawowania tej opieki. Wsparcie otrzymają również lekarze specjaliści, którzy będą mieli możliwość bieżącego korzystania z profesjonalnej konsultacji.

O wprowadzenie szpitalnych zespołów wspierających opiekę paliatywną postulował w 2012 r. powołany przez Ministra Zespół oraz – w 2017 r. – Sejmowa Komisja do spraw Polityki Senioralnej[46]. 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 paliatywnej, 15 konsultantów wojewódzkich[47], wszyscy (15) objęci kontrolą świadczeniodawcy, a także 189 spośród 264 świadczeniodawców, od których w trakcie kontroli NIK zasięgała informacji. Potrzebę wprowadzenia zmian

[45] Wytyczne OPH Rady Europy, str. 6.

[46] Patrz przypis nr 29.

[47] 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.

sygnalizowały również towarzystwa naukowe: Sekcja Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, PTMP, Towarzystwo Internistów Polskich oraz Polskie Towarzystwo Opieki Duchowej w Medycynie[48].

Płynne przechodzenie chorych z leczenia szpitalnego do opieki hospicyjnej ogranicza wykonywanie niedostosowanych do potrzeb a bardziej kosztownych świadczeń szpitalnych. Na przykład wczesne włączanie do opieki paliatywnej pacjentów onkologicznych wymagających leczenia objawowego równolegle z przyczynowym, zgodnie z wynikami badań przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych, obniża całkowite koszty leczenia pacjentów[49]. Dodatkowo, zespoły takie mogły przyczynić się do zapewnienia pacjentom opieki w warunkach pozaszpitalnych. W latach 2015–2017 szpital był miejscem zgonu dla 51% osób zmarłych, a dom dla 36%[50].

Zespoły wsparcia są rozpowszechnione na przykład w Wielkiej Brytanii i znajdują się we wszystkich większych szpitalach[51]. W Polsce możliwość tego rodzaju konsultacji istnieje np.: w Samodzielnym Publicznym Szpitalu klinicznym im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym nr 2 im. H. Święcickiego w Poznaniu oraz w Beskidzkim Centrum Onkologii-Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej[52].

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy jest jednym z nielicznych w Polsce, w którym istnieje możliwość konsultacji lekarskiej specjalisty medycyny paliatywnej na rzecz pacjentów przebywających w szpitalu. W krajach Europy Zachodniej szpitalne zespoły wsparcia są rozpowszechnione: na przykład w Wielkiej Brytanii znajdują się we wszystkich większych szpitalach. Według Ministra w Polsce nie ma uzasadnienia dla wdrożenia zespołu wspierającego OPH w każdym podmiocie leczniczym a ewentualna reorganizacja świadczeń będzie możliwa po dokonaniu przez AOTMiT oceny zakresu świadczeń OPH (w 2020 r.).

Źródło: Zasoby własne NIK.

[48] Deklaracja medycznego środowiska kardiologicznego, paliatywnego i internistycznego wskazująca na znaczenie opieki paliatywnej w kompleksowej opiece nad chorymi z niewydolnością serca, przyjęta przez ekspertów uczestniczących w warsztatach „Opieka paliatywna nad osobami z niewydolnością serca" 30 listopada 2017 r. w Bydgoszczy, zorganizowanych w ramach konferencji „Winter Summit in Palliative Medicine: Heart and Spirit in Palliative Care": http://www.medycynapaliatywna.org/Deklaracja-medycznego-srodowiska-kardiologicznego-paliatywnego-i-internistycznego-wskazujaca-na-znaczenie-opieki-paliatywnej-w-kompleksowej-opiece-nad-chorymi-z-niewydolnoscia-serca,177.html [dostęp 17 kwietnia 2019 r.]

[49] Np. P. May, C. Normand, J. Cassel, E. Fabbro, R. Fine, R. Menz, C. Morrison, J. Penrod, C. Robinson, R. Morrison: "Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness", *JAMA Internal Medicine,* 2018; P. May, M. Garrido, J. Cassel, A. Kelley, D. Meier, C. Normand, T. Smith, R. Morrison: "Cost analysis of a prospective multi-site cohort study of palliative care consultation teams for adults with advanced cancer: Where do cost-savings come from?", *Palliative Medicine* I-9, 2017; J. Fitzpatrick, M. Mavissakalian, T. Luciani, Y. Xu, A. Mazurek: "Economic Impact of Early Inpatient Palliative Care Intervention in a Community Hospital Setting", *Journal of Palliative Medicine*, volume XX, 2018.

[50] Na podstawie danych GUS.

[51] J. Jarosz, R. Wikłacz, M. Grzejszczak, M. Czerwik-Kulpa, B. Smolik, J. Opieka, A. Markowska-Gąsiorowska, M. Majewska: *Ocena zapotrzebowania na działalność szpitalnego zespołu wsparcia w szpitalu onkologicznym*, „Medycyna Paliatywna" nr 1/ 2010, s. 18–24.

[52] http://publicznecentraonkologii.pl/pacjent/czym-jest-i-jak-dziala-wspierajacy-zespol-opieki-paliatywnej/ [dostęp 17 kwietnia 2019 r.]

Świadczenia OPH były limitowane

Opieka paliatywna to szczególne świadczenie zdrowotne, albowiem ma za cel nie tyle ratowanie życia, co zapewnienie umierania w spokoju i godności, w możliwie najwyższym komforcie psychosomatycznym. Sensem opieki paliatywnej jest objęcie opieką pacjenta w tym czasie, w którym jest mu ona potrzebna. Tymczasem świadczenia OPH należą do tzw. świadczeń limitowanych, co powoduje, że nie wszystkie osoby wymagające opieki mogą z niej korzystać. Zorganizowanie systemu opieki zdrowotnej w taki sposób, że opieka dotycząca początku życia (opieka położnicza) nie jest limitowana, a opieka końcowego czasu życia podlega limitowaniu, budzi sprzeciw środowiska medycznego jako nieetyczne i niesprawiedliwe społecznie[53]. Pomimo wielokrotnie formułowanych postulatów odejścia od limitowania świadczeń w opiece paliatywnej (zgłaszane np. w 2016 r. przez PTMP, w 2017 r. przez Sejmową Komisję do spraw Polityki Senioralnej) Minister Zdrowia nie prowadził analiz w tym zakresie. Jak podał Minister świadczenia te nie zostały wydzielone do finansowania bezlimitowego ze względu na ograniczone środki finansowe, jednakże w perspektywie wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w kolejnych latach nie wyklucza podjęcia tego typu działań w przyszłości. NIK wielokrotnie zwracała się do Ministra Zdrowia z wnioskami o systemowe rozwiązanie problemu finansowania świadczeń zdrowotnych wykonanych ponad ustalone w umowach limity[54]. Pomimo tego Minister 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.

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. Tymczasem, świadczenia OPH są świadczeniami limitowanymi, a obecny stan prawny nie daje podstaw do finansowania przez NFZ świadczeń udzielonych ponad określone w umowach limity. Pomimo to Oddziały NFZ finansowały takie świadczenia w łącznej kwocie 78,5 mln zł mając na uwadze najwyższą wartość, jaką jest udostępnianie świadczeń pacjentom w końcowym stadium choroby terminalnej. NIK – uznając zasadność tej argumentacji – odstąpiła od sformułowania wniosków w kontrolach NFZ i jednocześnie powtórnie zwróciła się do Ministra o podjęcie działań zmierzających do systemowego rozwiązania problemu finansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone w umowach limity, w celu wyeliminowania ryzyka podejmowania przez NFZ działań sprzecznych z przepisami prawa.

Źródło: sebastiangauert - stock.adobe.com.

[53] Eksperci: należy znieść limitowanie świadczeń w opiece paliatywnej, rynekzdrowia.pl, http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Eksperci-nalezy-zniesc-limitowanie-swiadczen-w-opiece-paliatywnej,189736,8.html [dostęp: 17 kwietnia 2019 r.]

[54] 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.

Już w 2009 r. Prezes NFZ – realizując wniosek pokontrolny NIK – zwrócił się do Ministra o podjęcie działań na rzecz wprowadzenia regulacji szczególnej pozwalającej OW NFZ na zawieranie ugód pozasądowych mających stanowić podstawę prawną do przekazywania środków finansowych za świadczenia wykonane ponad limit określony w umowach o świadczenia OPH.

Łączna wartość ugód i aneksów zwiększających wszystkie zobowiązania Funduszu, zawieranych po zakończeniu okresu rozliczeniowego (dotycząca świadczeń OPH udzielonych w latach 2015–2017), wyniosła 78,5 mln zł. Kontrola wykazała też, że świadczeniodawcy udzielający świadczeń ponad limity określone w umowach byli traktowani niejednolicie[55]. W części województw ze świadczeniodawcami zawierano aneksy (według 100% stawki kontraktowej), a w innych ugody wg różnej[56] stawki procentowej ceny kontraktowej (najmniej 42%)[57].

Braki kadrowe jednym z problemów OPH

Do czasu rozpoczęcia kontroli NIK Minister Zdrowia nie dysponował danymi dotyczącymi liczby lekarzy i pielęgniarek ze specjalizacją w medycynie paliatywnej/pielęgniarstwie opieki paliatywnej zatrudnionych w OPH. Dane takie są niezbędne do rzetelnego szacowania potrzeb kadrowych w dziedzinie medycyny paliatywnej. Tymczasem na problem braków kadrowych zwrócili uwagę: Konsultanci Krajowi w dziedzinie medycyny paliatywnej i w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, 16 konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarstwa opieki paliatywnej[58] oraz 68% zapytanych o to hospicjów[59]. W roku akademickim 2017/2018 studia na kierunku lekarskim prowadziło 19 uczelni wyższych, w tym trzy po raz pierwszy[60], medycyna paliatywna nie była odrębnym obowiązkowym przedmiotem w programie studiów na siedmiu uczelniach (37%)[61]. W planach Ministra Zdrowia nie było również wprowadzenia do stażu podyplomowego lekarzy obowiązku odbywania go w oddziałach stacjonarnej opieki paliatywnej, ponieważ wymagałoby to wydłużenia czasu trwania stażu.

---

55 W 2015 r. w dziewięciu województwach podpisano aneksy, w pięciu ugody, w jednym obydwa rodzaje dokumentów, a w jednym w ogóle nie płacono za świadczenia zrealizowane ponad limity. W 2016 r. w pięciu województwach podpisano aneksy, w ośmiu ugody, a w trzech obydwa rodzaje dokumentów. W 2017 r. w dwóch województwach podpisano aneksy, w 10 ugody, a w czterech obydwa rodzaje dokumentów.

56 Np. stawki na poziomie 100% płacono w województwach: opolskim, podkarpackim i śląskim, podczas gdy w kujawsko-pomorskim płacono na poziomie od 50% do 66% (nie licząc 100% dla poradni w 2017 r.), a świętokrzyskim od 50% do 53% w warunkach domowych i 100% w stacjonarnych.

57 Średnia z najniższych stawek w poszczególnych latach i zakresach wyniosła 56%. Patrz str. 63 informacji.

58 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.

59 Skontrolowanych – 27%, pozostałych – 71%.

60 Uczelnia Łazarskiego w Warszawie, Uniwersytet Technologiczno-Humanistyczny im. Kazimierza Puławskiego w Radomiu i Uniwersytet Opolski.

61 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.

Liczba lekarzy wykonujących zawód ze specjalizacją z medycyny paliatywnej zwiększyła się z 352 według stanu na 31 grudnia 2014 r. do 462 na 30 marca 2018 r.[62] W trakcie specjalizacji według stanu na 1 października 2018 r. było 153 lekarzy.

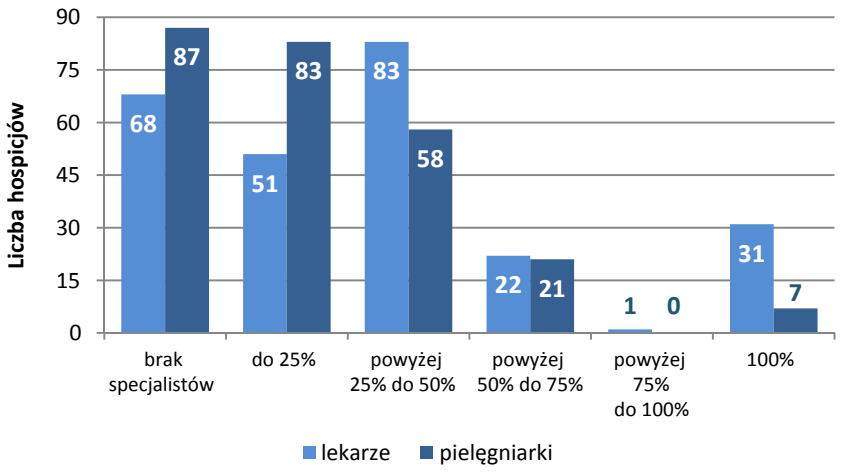
Wśród personelu pielęgniarskiego tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, według stanu na 31 grudnia 2017 r., miało 1236 osób[63], w trakcie uzyskiwania specjalizacji było 886 osób[64], kurs kwalifikacyjny ukończyło 4959 osób, a szkolenie specjalistyczne z podstaw opieki paliatywnej ukończyły 6793 osoby[65].

Z danych uzyskanych od 264 hospicjów wynika, że co trzeci pracujący lekarz uzyskał specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej, a co piąta pielęgniarka – w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Aż w 68 hospicjach żaden z lekarzy udzielających świadczeń nie ukończył takiej specjalizacji, a w 87 żadna z pielęgniarek. Jedynie w pięciu hospicjach (2%) specjalizacje takie ukończyło ponad 50% personelu.

Przepisy umożliwiają udzielanie świadczeń przez lekarzy i pielęgniarki bez uzyskania specjalizacji, jednak kilkunastogodzinny kurs nie może stanowić substytutu dla specjalizacji obejmującej również staż.

Jako kolejny problem OPH świadczeniodawcy (72%[66]) wskazali zbyt duże obciążenie personelu. Stwierdzili oni, że kadra jest przeciążona pracą, wzrasta średnia wieku personelu, zaś wynagrodzenia są nieatrakcyjne.

Wykres nr 1
Struktura zatrudnienia personelu z ukończoną specjalizacją w zapytanych hospicjach



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie otrzymanych danych.

[62] Według Centralnego Rejestru Lekarzy RP, prowadzonego przez Naczelną Izbę Lekarską. Najwięcej lekarzy mających tą specjalizację 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).

[63] Najwięcej pielęgniarek ze specjalizacją w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej było w woj. śląskim (173), kujawsko-pomorskim (124), mazowieckim (118), a najmniej w woj. podlaskim (sześć), świętokrzyskim (dziewięć) i opolskim (30).

[64] Dane z Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych.

[65] Z tego z podstaw opieki paliatywnej/podstaw terapii objawowej w opiece paliatywnej 6680 osób, natomiast z zakresu pediatrycznej domowej opieki paliatywnej 113 osób.

[66] Skontrolowanych – 47%, pozostałych – 73%.

Rozporządzenie w sprawie OPH niedostosowane do ustawy o zawodzie fizjoterapeuty

Zapisy rozporządzenia *w sprawie OPH*[67] w odniesieniu do fizjoterapeutów nie są dostosowane do ustawy *o zawodzie fizjoterapeuty*. W rozporządzeniu *w sprawie OPH* wymagania dla osoby zatrudnionej jako fizjoterapeuta nie zmieniły się od czasu jego wejścia w życie 5 grudnia 2013 r. Natomiast ustawa *o zawodzie fizjoterapeuty* jest aktem późniejszym, w którym po raz pierwszy uregulowano prawo do wykonywania zawodu fizjoterapeuty. Zmiana rozporządzenia pozwoliłaby świadczeniodawcom na zatrudnienie fizjoterapeutów w oparciu o dane zawarte w Rozdziale 4. „Krajowy Rejestr Fizjoterapeutów" ustawy *o zawodzie fizjoterapeuty* bez konieczności dodatkowej weryfikacji uprawnień zatrudnianej osoby. Dopuszczanie do udzielania świadczeń z zakresu fizjoterapii osoby bez prawa wykonywania zawodu, a mającej kwalifikacje wymienione w rozporządzeniu niesie za sobą odpowiedzialność karną określoną w Rozdziale 8. „Przepisy karne" ustawy *o zawodzie fizjoterapeuty*.

Wnioski w sprawie pediatrycznej opieki paliatywnej

Od 2015 r. do 30 czerwca 2018 r. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej czterokrotnie wnioskował do Ministra Zdrowia o przeniesienie pediatrycznej opieki paliatywnej pod nadzór konsultanta w dziedzinie pediatrii. Wskazywał, że konieczność ta wynika m.in. ze zdecydowanie innego profilu pacjenta niż ma to miejsce w opiece paliatywnej nad dorosłymi, a dotyczącymi głównie chorób o długotrwałym przebiegu. Podobne rekomendacje wystosowały Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej i Polskie Towarzystwo Pediatryczne oraz Warszawskie Hospicjum dla Dzieci. Wśród skontrolowanych hospicjów domowych dla dzieci przeważają głosy (sześć z dziewięciu) o zasadności przeniesienia pediatrycznej opieki paliatywnej pod nadzór pediatrii lub wydzielenia takiej opieki. Konsultanci są różnego zdania, mimo że większość z nich widzi problemy w obecnie funkcjonującym modelu. Wskazywali m.in., że opiekę paliatywną nad dziećmi i dorosłymi różni wiele: charakter podstawowych schorzeń, długość opieki, na pewnym etapie także niektóre cele, potrzeby pacjentów i sposoby leczenia. Jednocześnie oba te działy mają wspólne obszary takie jak nastawienie na poprawę jakości życia, a nie ratowanie go za wszelką cenę, zagadnienia etyczne, opieka nad rodziną i bliskimi oraz pewne aspekty psychologiczne, które odróżniają je od reszty medycyny. Za wydzieleniem lub przeniesieniem OPH nad dziećmi do pediatrii jest 14 z 15 konsultantów w dziedzinie medycyny paliatywnej. W przypadku konsultantów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej dominują głosy (osiem z 10) o niewyodrębnianiu, które może skutkować rozdrobnieniem i zmniejszeniem jej dostępności. Jako alternatywa podawana jest propozycja włączenia pediatrów do nadzoru nad tym zakresem OPH. Do zakończenia kontroli NIK kwestia ta nie została rozwiązana.

Nie wprowadzono indywidualnego planu opieki

Do polskiego systemu prawnego nie wprowadzono tzw. *Indywidualnego planu opieki*, o którym mowa w Wytycznych OPH Rady Europy (str. 44–45) 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. Tym samym nie wpro-

[67] W części I pkt 1 ppkt 4, w części II pkt 1 ppkt 4 oraz pkt. 2 ppkt 4 załącznika nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH*.

wadzono obowiązku diagnozowania i rejestrowania kompleksowych, indywidualnych potrzeb pacjentów. Spośród 15 skontrolowanych hospicjów, trzy z własnej inicjatywy wprowadziły indywidualne plany opieki lub karty potrzeb socjalnych. Zostały one opracowane przez zespół opiekujący się chorym we współpracy rodziną i zawierały listę potrzeb i preferencji pacjenta oraz podział zadań pomiędzy opiekunami. Zdaniem NIK, aby podnieść jakość świadczeń zasadne jest wprowadzenie obowiązku diagnozowania i rejestrowania potrzeb pacjentów.

Procedura wyłaniania świadczeniodawców niewystarczająco premiowała jakość opieki

Określona przez Ministra Zdrowia procedura wyłaniania świadczeniodawców niewystarczająco premiuje podmioty o większym potencjale oraz oferujące dodatkowe usługi, takie jak np. wsparcie socjalne dla pacjenta i rodziny, wolontariat, zwiększoną liczbę personelu, zapewnienie pojazdów dla pielęgniarek lub sprzętu usprawniającego prace personelu. Wyniki kontroli NIK pokazały, że jakość sprawowanej opieki była różna i zależała od możliwości finansowych podmiotów, w tym ich skuteczności w uzyskaniu dodatkowych środków. Dla przykładu pięć podmiotów wspierało pacjentów finansowo, 10 bezpłatnie wypożyczało sprzęt niewymagany przepisami i tyle samo opiekę rozszerzyło o wsparcie wolontariuszy.

5.2. Kontraktowanie świadczeń

Istotność kontraktowania

Kontraktowanie wywiera istotny wpływ na efektywność systemu OPH. Jego zadaniem jest wyłonienie we właściwym czasie świadczeniodawców dających rękojmię realizacji wysokiej jakości świadczeń. W toku prowadzonych konkursów NFZ poprawnie oceniał spełnienie przez oferentów wymogów koniecznych do udzielania świadczeń. Nieprawidłowości stwierdzono na etapie aneksowania kontraktów. Najistotniejsze dotyczyły nierzetelnej weryfikacji zasobów przy zmianie warunków umowy w dwóch z pięciu skontrolowanych OW NFZ. W okresie objętym kontrolą NFZ coraz więcej środków przeznaczał na świadczenia OPH (wzrost w latach 2015–2017 o 61%), co wynikało z istotnego wzrostu cen jednostkowych świadczeń. Niemniej jednak do 2018 r. tylko w dwóch województwach osiągnięto poziom taryf określony przez AOTMiT dla wszystkich zakresów.

5.2.1. Centrala NFZ

Na lata 2015–2018 NFZ zakontraktował łącznie ponad 2276,8 mln zł na świadczenia OPH. W stosunku do 2015 r., łączna kwota zakontraktowanych w 2018 r. środków wzrosła o blisko 80%, w tym najwięcej w województwach dolnośląskim oraz lubelskim.

Średnie ceny jednostkowych poniżej wyceny AOTMiT

NFZ w każdym roku płacił coraz więcej za zakontraktowane jednostkowe świadczenia[68]:

– w warunkach stacjonarnych nastąpił wzrost z 216,35 zł[69] w 2015 r. do 328,91 zł[70] w I połowie 2018 r.[71] Średnie ceny w latach 2017–2018 (I połowa) stanowiły odpowiednio 93,6% i 96% wyceny AOTMiT;

[68] Największy wzrost nastąpił w 2017 r. w związku z nową wyceną AOTMiT.

[69] Najwyższa w woj. łódzkim 242,68 zł, a najniższa w pomorskim 199,70 zł.

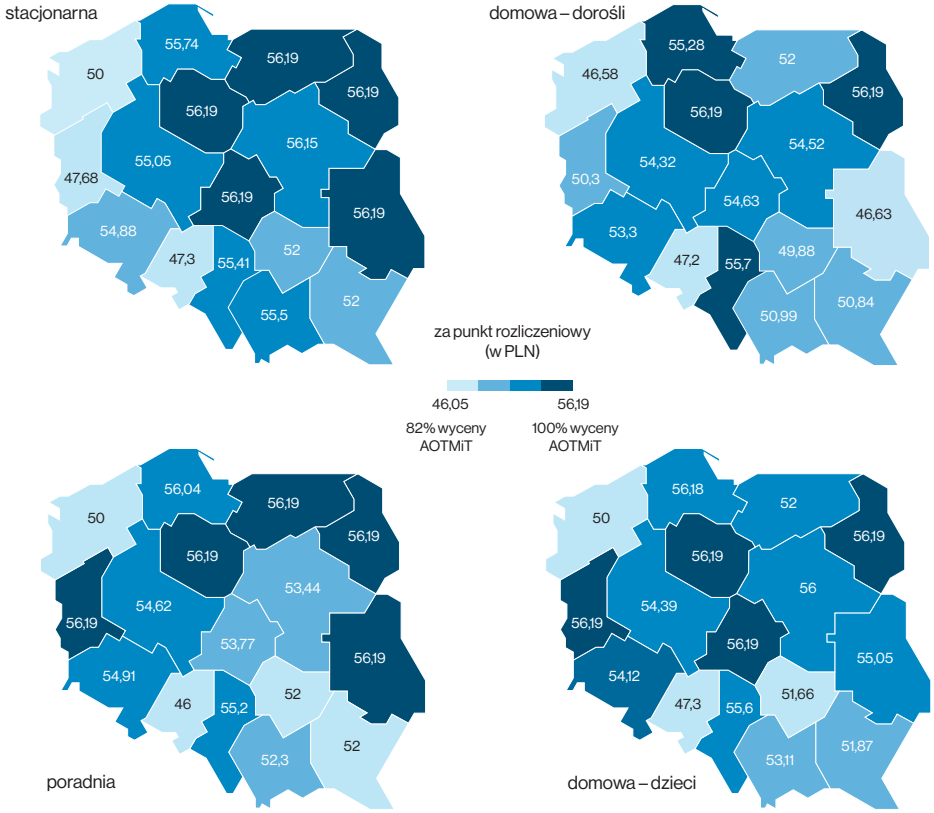
[70] W przypadku pacjenta żywionego dojelitowo średni koszt osobodnia wyniósł 428,66 zł, a dla pacjenta żywionego pozajelitowo 528,41 zł.

[71] Tj. 53,92 zł za punkt rozliczeniowy. Najwyższa cena w woj. kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, podlaskim i warmińsko-mazurskim – 56,19 zł, a najniższa 47,30 zł w woj. opolskim.

– w warunkach domowych (dorośli) nastąpił wzrost z 41,45 zł[72] w 2015 r. do 52,16 zł w I połowie 2018 r.[73] Średnie ceny w latach 2017–2018 (I połowa) stanowiły odpowiednio 91,1% i 92,8% wyceny AOTMiT;
– w warunkach domowych (dzieci) nastąpił wzrost z 75,34 zł[74] w 2015 r. do 86,21 zł w 2018 r.[75] Średnie ceny w latach 2017–2018 (I połowa) stanowiły odpowiednio 94,3% i 95,9% wyceny AOTMiT;
– średnia cena porady ambulatoryjnej wzrosła z 35,49 zł[76] w 2015 r. do 53,30 zł w I półroczu 2018 r.[77]. Średnie ceny w latach 2017–2018 (I połowa) stanowiły odpowiednio 94% i 95,8% wyceny AOTMiT.

Przeciętna paliatywna opieka perinatalna kosztowała 1424,23 zł (za cały okres opieki), co stanowiło 98,2% wyceny AOTMiT[78].

Infografika nr 3
Średnie ceny kontraktowe (za punkt rozliczeniowy) w 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie kontroli w NFZ.

[72] Najwyższa cena w woj. podkarpackim 47,41 zł i wielkopolskim 47,47 zł, a najniższa w woj. podlaskim 37,00 zł.

[73] Najwyższa cena za punkt rozliczeniowy w woj. kujawsko-pomorskim i podlaskim – 56,19 zł, a najniższa 46,58 zł w woj. zachodniopomorskim i 46,63 zł w woj. lubelskim.

[74] Najwyższa cena w woj. dolnośląskim 87,00 zł, a najniższa 65,66 zł w woj. w małopolskim.

[75] Najwyższa cena za punkt rozliczeniowy w woj. kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, podlaskim – 56,19 zł, a najniższa 47,30 w woj. opolskim.

[76] Najwyższa cena w woj. kujawsko-pomorskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, warmińsko-mazurskim – 40,00 zł, a najniższa w 2015 r. w woj. podlaskim i świętokrzyskim – 30,00 zł.

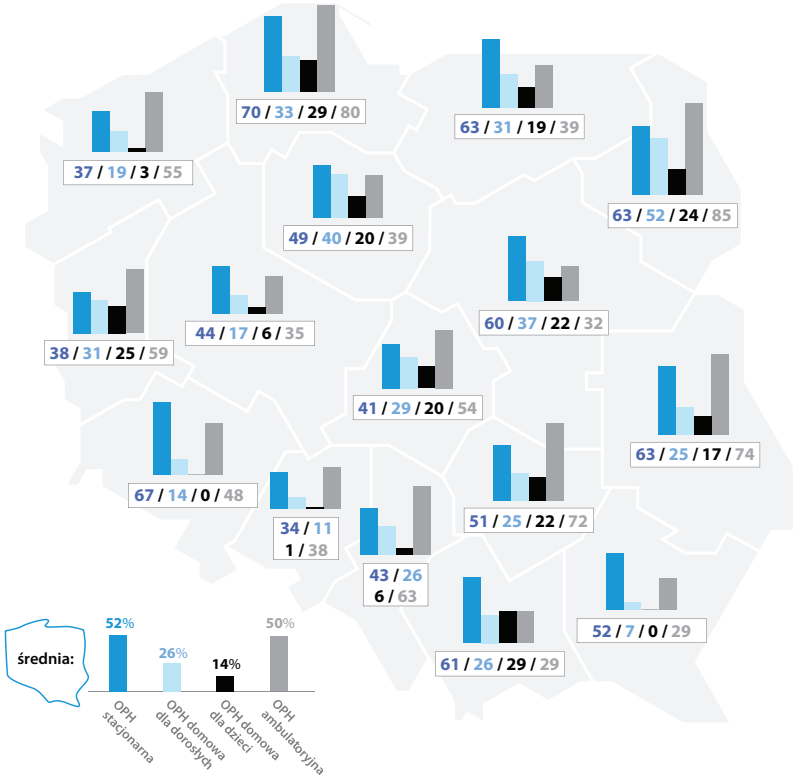
[77] Najwyższa cena za punkt rozliczeniowy w woj. kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, podlaskim i warmińsko mazurskim – 56,19 zł, a najniższa w opolskim – 46,05 zł.

[78] Wyłącznie w 2018 r. I połowa – Średni punkt rozliczeniowy w perinatalnej opiece paliatywnej wynosił 55,16 zł.

Wzrost cen jednostkowych w poszczególnych zakresach OPH

Największy wzrost cen jednostkowych pomiędzy latami 2015 i 2018 wystąpił w odniesieniu do hospicjów stacjonarnych, tj. o 52% (największy wzrost w województwie pomorskim – o 70%, a najmniejszy w województwie opolskim – o 34%) oraz w odniesieniu do poradni medycyny paliatywnej – o 50% (największy wzrost w województwie podlaskim – o 85%, a najmniejszy w województwach podkarpackim i małopolskim – o 29%). W przypadku hospicjów domowych dla dorosłych przyrost cen wyniósł 26% (największy w województwie podlaskim – o 52%, a najmniejszy w województwie podkarpackim – o 7%). Dla hospicjów domowych dla dzieci podwyżka wyniosła 14% (największa w województwach małopolskim i pomorskim – o 29%, w województwach dolnośląskim i podkarpackim ceny się nie zmieniły, a w opolskim wzrosty o 1%).

Infografika nr 4
Wzrost cen kontraktowych 2015/2018 (w %)

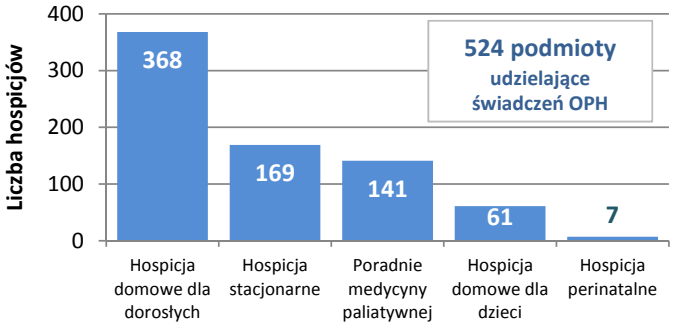


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie kontroli w NFZ.

Spośród świadczeniodawców największy udział stanowiły hospicja domowe dla dorosłych

Umowy na udzielanie świadczeń podpisano z 524 podmiotami (według Regon, a z 551 podmiotami według kodów świadczeniodawców NFZ). Ich liczba różniła się w zależności od regionu od 11 w województwie opolskim do 66 w województwie mazowieckim. W I półroczu 2018 r., pod względem zakresu świadczeń, najwięcej podmiotów udzielało świadczeń w warunkach domowych dla dorosłych – 385, stacjonarnych – 180 i ambulatoryjnych – 145, a najmniej w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej – 7 i warunkach domowych dla dzieci – 64. Ponad 70% stanowiły podmioty niepubliczne.

Wykres nr 2
Średnia liczba podmiotów udzielająca świadczeń OPH w latach 2015–2018 (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie kontroli w NFZ.

5.2.2. Skontrolowane Oddziały NFZ

Skontrolowane OW NFZ zakontraktowały świadczenia na blisko 412 mln zł

W latach objętych kontrolą pięć skontrolowanych przez NIK Oddziałów NFZ zakontraktowało ze 146 świadczeniodawcami realizację świadczenia OPH na blisko 412 mln zł. W tym celu przeprowadziły one 262 postępowania na wybór świadczeniodawców[79], w ramach których oceniono 502 oferty. Ponad 8% z tych postępowań zostało unieważnionych, czego przyczyną było brak ofert lub niespełnienie przez oferentów wymaganych warunków. Prawie 10% ofert OW NFZ odrzuciły. W 19 przypadkach skutkowało to złożeniem protestu na działalność komisji konkursowych, a w 13 odwołaniem się wnioskodawców do dyrektorów OW NFZ. Uznano trzy protesty[80] oraz uwzględniono jedno odwołanie.

OW NFZ prawidłowo prowadziły postępowania

Na podstawie próby 57 postępowań (99 ofert) NIK stwierdziła, że wybór świadczeniodawcy dokonywany był zgodnie z obowiązującymi przepisami[81]. Prawidłowo powołane – z jednym wyjątkiem – komisje konkursowe sprawdzały oferty pod względem formalno-prawnym i we wszystkich wymaganych przypadkach, gdy oferty nie zawierały kompletu dokumentów, wezwały oferentów do uzupełnienia. W toku postępowania konkursowego komisje przeprowadziły 32 weryfikacje u oferentów, polegające na wizytacji oraz porównaniu danych z ofert z dokumentami źródłowymi. Kontrole takie przeprowadzono u wszystkich oferentów, którzy przedtem nie mieli zawartej z OW NFZ umowy.

Prawidłowo przydzielono punkty za spełnienie poszczególnych warunków udzielania świadczeń. Nieprawidłowości stwierdzono w czterech OW NFZ[82].

[79] W tym 169 w latach 2015–2018 (I półrocze).

[80] W Lubuskim i Mazowieckim OW NFZ dotyczące: odrzucenia całej oferty pomimo, że braki powstałe w wyniku omyłki pisarskiej dotyczyły jedynie części oferty; odrzucenia oferty w całości z powodu niespełniania wymaganych warunków dotyczących sprzętu oraz nieprzyznania punktów za spełnianie warunków dotyczących lekarzy z co najmniej 5-letnim doświadczeniem pracy w OPH.

[81] M.in. rozporządzenia *w sprawie kryteriów wyboru ofert*, rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897), dalej: „rozporządzenie w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy" oraz procedur wewnętrznych NFZ.

[82] Mazowiecki OW NFZ, Opolski OW NFZ, Warmińsko-Mazurski OW NFZ, Zachodniopomorski OW NFZ.

Dotyczyły one kwestii oceny zasobów poradni OPH[83], nieprawidłowego składu komisji konkursowej[84] oraz braku pisemnych uzasadnień do zmian propozycji cenowych[85].

Nieprawidłowy skład komisji konkursowej w jednym OW NFZ

W jednym Oddziale NFZ[86], w składzie komisji konkursowych powołanych w 2018 r. do rozstrzygnięcia trzech z pięciu badanych postępowań nie zapewniono przynajmniej jednej osoby z wyższym wykształceniem i tytułem zawodowym magistra lub równorzędnym w dziedzinie nauk medycznych[87]. Zamiast tego, do pracy w tych komisjach skierowano osoby z wyższym wykształceniem na kierunku pielęgniarstwo lub zdrowie publiczne[88].

Brak pisemnych uzasadnień komisji konkursowej w jednym OW NFZ

W innym Oddziale NFZ[89] w dokumentacji wszystkich badanych siedmiu postępowań brak było pisemnych uzasadnień komisji konkursowej do zmian propozycji ofertowych[90], co ograniczało przejrzystość prowadzonych postępowań.

Oddziały NFZ corocznie zwiększały środki na OPH

Oddziały corocznie zwiększały środki przeznaczone na kontraktację, aneksując umowy o udzielanie świadczeń OPH, niewygasające z końcem okresu rozliczeniowego. Zwiększeniu kwot w większości przypadków towarzyszył wzrost liczby świadczeń od 0,1% do 17% w 2016 r. oraz do 235% w 2017 r.[91] Spadek liczby świadczeń miał miejsce w pięciu województwach w zakresie poradni OPH (o maksymalnie 9%) oraz dwóch innych zakresach w województwie zachodniopomorskim (o 2% w warunkach domowych dla dzieci i o 0,1% w warunkach stacjonarnych).

Szczegółowe badanie aneksowania wybranych umów (85) wykazało, że wszystkim świadczeniodawcom przedstawiono propozycje kwot zobowiązań i warunków finansowania w terminie (tj. do 31 października roku poprzedniego) oraz uzgodniono ostateczne warunki (do 30 listopada roku poprzedniego).

Za niskie limity w aktualizowanych umowach w jednym OW NFZ

Jeden Oddział NFZ[92] określał niektórym świadczeniodawcom wielkości limitów poniżej poziomu realizacji świadczeń w roku poprzednim i bieżącym. Dotyczyło to limitów na lata 2017 i 2018 dla odpowiednio trzech i ośmiu

[83] Mazowiecki OW NFZ, Opolski OW NFZ, Warmińsko-Mazurski OW NFZ.

[84] Zachodniopomorski OW NFZ.

[85] Opolski OW NFZ.

[86] Zachodniopomorski OW NFZ.

[87] Stosownie do § 6 ust. 2 rozporządzenia *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy*.

[88] W obowiązującym do 30 września 2018 r. stanie prawnym, pielęgniarstwo i zdrowie publiczne należały do dziedziny nauk o zdrowiu, która jest dziedziną odrębną od dziedziny nauk medycznych, wskazanej w wykazie stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 8 sierpnia 2011 r. *w sprawie obszarów wiedzy, dziedzin nauki i sztuki oraz dyscyplin naukowych i artystycznych* (Dz. U. Nr 179, poz. 1065) – uchylone z dniem 1 października 2018 r. przez art. 169 pkt 2 ustawy z dnia 3 lipca 2018 r. *Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. poz. 1669). Zgodnie z tym wykazem, do dziedziny nauk medycznych zalicza się medycynę, stomatologię i biologię medyczną.

[89] Opolski OW NFZ.

[90] Pomimo tego wymogu wynikającego z pkt 3.2.1.2. określonej przez Prezesa NFZ *Procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*.

[91] Największa skala zwiększenia liczby świadczeń miała miejsce w województwie opolskim (o ponad 15% w czterech z ośmiu przypadków). Wzrost o 235% dotyczy istotnego wzrostu świadczeń w poradni OPH.

[92] Zachodniopomorski OW NFZ.

świadczeniodawców udzielających świadczeń w warunkach domowych. Limity te pozwalały świadczeniodawcom wykonać świadczenia na poziomie jedynie 65% lub nawet 46,4% wykonania z poprzedniego roku. Naruszono tym samym § 32 ust. 3 pkt 2 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów*, który nakazywał przy opracowywaniu propozycji uwzględnianie m.in. realizacji świadczeń w bieżącym i poprzednich okresach rozliczeniowych.

Nierówne traktowanie świadczeniodawców przez jeden OW NFZ

NIK stwierdziła, że jeden z pięciu skontrolowanych Oddziałów NFZ[93] nierówno traktował świadczeniodawców udzielających świadczeń OPH. W latach 2016–2017 w trakcie okresu rozliczeniowego z czteroma podmiotami zawierano aneksy uwzględniające świadczenia udzielone ponad limit, podczas gdy siedmiu innych świadczeniodawców na rozpatrzenie podobnych wniosków musiało czekać do końca okresu rozliczeniowego (dotyczyło to warunków domowych dla dorosłych). Skutki tego postępowania ujawniły się przy rozliczaniu świadczeń udzielonych ponad limit za rok 2016: po zakończeniu tego okresu rozliczeniowego Oddział zawarł ze świadczeniodawcami ugody płacąc 80% ceny kontraktowej za zrealizowane świadczenia ponad limit, podczas gdy w aneksach zawartych w trakcie roku z ww. czteroma świadczeniodawcami, uzyskali oni poziom 100% ceny kontraktowej. W konsekwencji osiągnęli oni przychody o 53 tys. zł wyższe niż gdyby mieli płacone stawką z ugód. Powyższe działanie mogło – w ocenie NIK – wpływać na pozycję konkurencyjną podmiotów leczniczych.

Nieprzestrzeganie obowiązku weryfikacji zasobów przy rocznym aneksowaniu umów przez jeden ze skontrolowanych OW NFZ

W procesie aktualizacji umów wieloletnich na kolejny okres rozliczeniowy (lata 2017 i 2018) jeden z pięciu skontrolowanych OW NFZ[94] nierzetelnie weryfikował zasoby świadczeniodawców. Dotyczyło to ośmiu świadczeniodawców (kontrakty z tymi świadczeniodawcami wyniosły na 2017 r. 1538,2 tys. zł, a za I półrocze 2018 r. 422,8 tys. zł). W konsekwencji nierzetelnej weryfikacji Oddział pozytywnie ocenił zasoby świadczeniodawców, mimo że zadeklarowane przez nich warunki realizacji świadczeń nie odpowiadały wymogom załącznika nr 2 rozporządzenia *w sprawie OPH*. W hospicjach domowych NIK stwierdziła np. brak wykazania wymaganej liczby koncentratorów tlenu i ssaków elektrycznych w przeliczeniu na 10 świadczeniobiorców. W poradniach OPH nie wykazano udzielania świadczeń przez pielęgniarkę o wymaganych kwalifikacjach, dostępności personelu innego niż lekarski w minimalnym wymiarze czasu pracy poradni oraz dostępności poradni OPH przynajmniej w jeden dzień w tygodniu w godzinach popołudniowych, czyli do godziny 18:00.

Nierzetelna weryfikacja zasobów przy zwiększeniu limitu świadczeń przez dwa OW NFZ

Dwa Oddziały NFZ[95] zwiększając limit świadczeń nierzetelnie sprawdzały, czy zasoby świadczeniodawców były wystarczające w stosunku do większej niż pierwotnie w umowach zakładano liczby pacjentów. Na przykład Zachodniopomorski Oddział NFZ zawierając 11 aneksów do czterech umów o udzielanie świadczeń OPH zwiększył przewidziane umową limity świadczeń na ponad wskazane przez świadczeniodawców możliwości (w zakre-

[93] Zachodniopomorski OW NFZ.

[94] Zachodniopomorski OW NFZ.

[95] Warmińsko-mazurski OW NFZ i Zachodniopomorski OW NFZ.

sie personelu do 42%, a sprzętu do 62%). Nie zweryfikowano przy tym, czy zasoby wskazane do umowy uległy zmianie. Wartość zwiększenia kontraktów ponad limity wynikające z określonych umowami zasobów wyniosła: dla świadczeń w warunkach domowych – 637,9 tys. zł, a dla świadczeń w warunkach stacjonarnych – 299,3 tys. zł[96]. Podkreślić należy, że żaden z tych świadczeniodawców nie był w latach 2017–2018 kontrolowany przez Oddział.

Oddziały NFZ, szczególnie w przypadku zwiększania limitów świadczeń, winny weryfikować zasoby (kadry i sprzęt) świadczeniodawców, niezbędny do prawidłowego wypełniania warunków kontraktów, niezależnie od obowiązku dotyczącego aktualizacji tych danych, nałożonego na świadczeniodawców. W przeciwnym razie świadczenia udzielone ponad limit obarczone będą ryzykiem, że zostaną udzielone w warunkach niezgodnych z wymogami prawnymi. To z kolei mogłoby się przyczynić się do obniżenia jakości wszystkich świadczeń.

Źródło: ©Blue Planet Studio - stock.adobe.com.

Weryfikacja zasobów poradni OPH niezgodnie z rozporządzeniem w sprawie OPH przez cztery OW NFZ

Cztery objęte kontrolą Oddziały NFZ[97] w zawartych z 16 świadczeniodawcami umowach o udzielenie świadczeń OPH w warunkach ambulatoryjnych nie zapewniły wymaganego rozporządzeniem *w sprawie OPH*[98] czasu pracy pozostałego personelu, tj. psychologa i pielęgniarki. Było to konsekwencją nieprawidłowej oceny ofert przez komisje konkursowe oraz nierzetelnej weryfikacji zasobów w przypadku corocznych renegocjacji umów, w wyniku przyjętej interpretacji przepisów. W okresie objętym kontrolą dotyczyło to umów na łączną kwotę 446,5 tys. zł.

Zdaniem NIK istnieje potrzeba zmiany wyceny świadczeń w poradni OPH lub rozważenia przez Ministra Zdrowia zmiany organizacji tej poradni. Obecnie zgodnie z obowiązującym załącznikiem nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* poradnia jest czynna co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godziny 18:00. Wymagania dotyczące personelu to lekarz, pielęgniarka i psycholog z odpowiednimi kwalifikacjami. Według wykładni Ministra Zdrowia pracujący w poradni OPH zespół (tj. lekarz, pielęgniarka i psycholog) powinien być dostępny w godzinach pracy poradni OPH, tj. co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godziny 18:00. Uzasadnia to holistyczny charakter opieki paliatywnej i niemożliwość przewidzenia, czy pacjent, który przyjdzie do poradni OPH będzie potrzebował bardziej np. porady lekarza czy porady psychologa. Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz PTMP[99] alarmowali w 2019 r., że interpretacja Ministra Zdrowia grozi likwidacją ok. 80% poradni medycyny paliatywnej. Podnoszą, że wycena świadczeń przewidywała dominujący udział lekarza, a także

[96] Tj. odpowiednio 28,1% i 7,7% wartości zawartych kontraktów z tymi świadczeniodawcami.

[97] Mazowiecki OW NFZ, Opolski OW NFZ, Warmińsko-Mazurski OW NFZ, Zachodniopomorski OW NFZ.

[98] W części III załącznika nr 2.

[99] http://www.medycynapaliatywna.org/Komunikat-Prezesa-Polskiego-Towarzystwa-Medycyny-Paliatywnej,198.html; dostęp 17 kwietnia 2019 r.

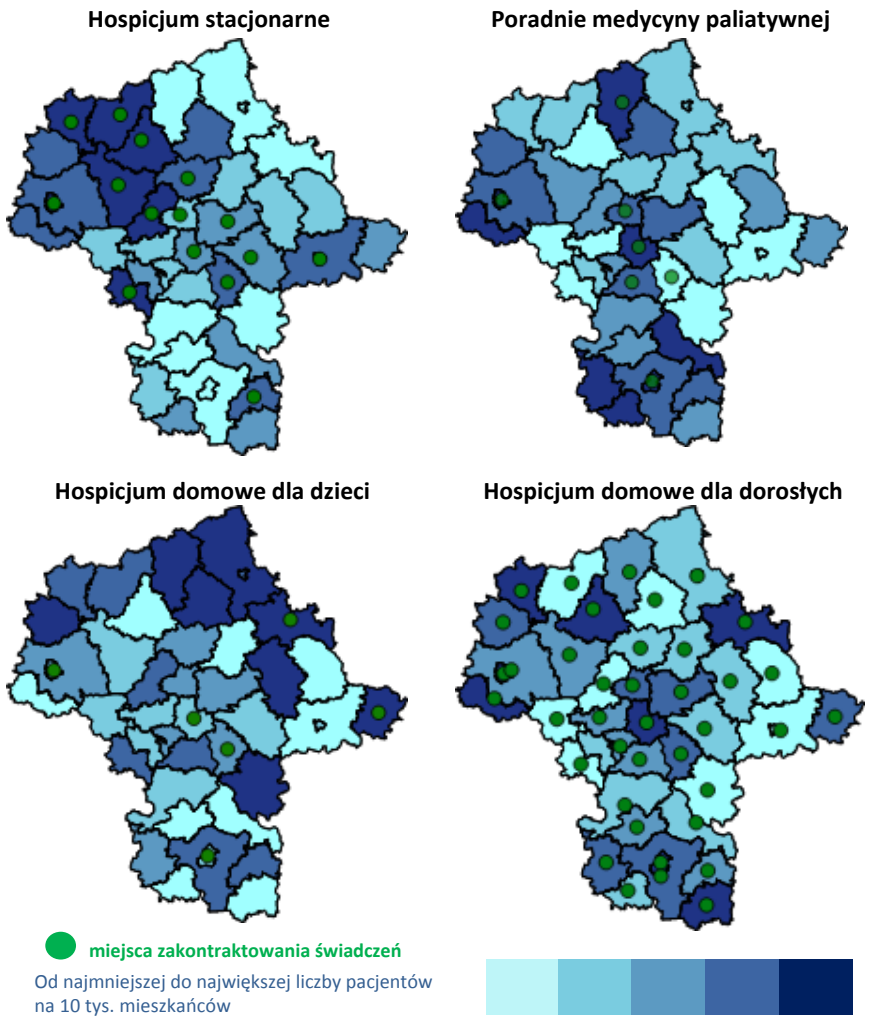
zapłatę za wykonane świadczenie – poradę, a nie za gotowość do jej udzielenia. Wskazują, że ze względu na charakter organizacyjny jednoczesna opieka poszczególnych członków zespołu nie jest możliwa.

Miejsca zakontraktowania świadczeń determinowały dostępność

Wszystkie skontrolowane Oddziały NFZ zakontraktowały świadczenia OPH (z wyjątkiem opisanej niżej opieki perinatalnej) na całym obszarze województw. Niemniej jednak fakt ten nie oznacza zapewnienia równego dostępu na całym terenie województwa. Dla rzeczywistej dostępności do świadczeń istotne znaczenie miało bowiem miejsce udzielania świadczeń. Poniżej wyniki analizy dla województwa mazowieckiego.

W niektórych ogłaszanych przez Mazowiecki Oddział NFZ postępowaniach nie zgłaszali się chętni do świadczenia OPH. Przeprowadzona przez NIK analiza dostępności świadczeń w poszczególnych powiatach województwa mazowieckiego wykazała, że pacjenci z powiatów nieobjętych kontraktem uzyskiwali świadczenia u świadczeniodawców spoza terenu zamieszkania. Najwięcej takich przypadków dotyczyło świadczeń w warunkach stacjonarnych (1535 pacjentów).

Infografika nr 5
Dostępność do świadczeń OPH w województwie mazowieckim w 2018 r.



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

Zaniechanie konkursu w sprawie opieki perinatalnej przez jeden skontrolowany OW NFZ

Trzy spośród pięciu skontrolowanych przez NIK Oddziałów NFZ zawarły umowy na udzielanie świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej. Natomiast na terenie dwóch województw nie zostały zapewnione te świadczenia:

- Lubuski Oddział NFZ w 2017 r. ogłosił postępowania konkursowe, ale unieważnił je z powodu niewpłynięcia ofert lub niespełniania wymogów prawnych100. Ze względu na brak ofert równie nieskuteczne okazało się postępowanie ogłoszone w IV kwartale 2018 r.;
- Zachodniopomorski Oddział NFZ nie zaplanował środków i nie ogłosił postępowania na udzielanie tych świadczeń. Tłumaczył to wiedzą, że nie ma chętnych na wykonywanie tego rodzaju świadczeń. NIK wskazuje, że dopiero ogłoszenie postępowania pozwoliłoby na obiektywną weryfikację zainteresowania podmiotów udzielaniem świadczeń. Niewykluczone jest bowiem, że do konkursu przystąpiłby oferent spoza terenu województwa bądź realizacją świadczeń mógł być zainteresowany nowy podmiot spełniający warunki.

5.3. Realizacja świadczeń

Udzielanie świadczeń

Skontrolowane hospicja udzielały świadczeń OPH na podstawie umów zawartych z Oddziałami NFZ oraz przepisów ogólnych. W dziewięciu hospicjach otrzymane kwoty nie zapewniły pokrycia kosztów ich funkcjonowania. W ramach sprawowanej opieki niektórzy świadczeniodawcy oferowali swoim pacjentom więcej, aniżeli gwarantowały przepisy rozporządzenia *w sprawie OPH*. Stwierdzone w 80% skontrolowanych hospicjów nieprawidłowości polegały przede wszystkim na udzieleniu świadczeń niezgodnie z wymaganymi warunkami.

Dla ponad połowy świadczeniodawców OPH stanowiła główny rodzaj udzielanych świadczeń

Większość z 15 objętych kontrolą hospicjów (87%) funkcjonuje ponad 10 lat (sześć najstarszych nawet 24–31 lat). Często rozpoczynały swoją działalność jako hospicja stacjonarne lub domowe, aby następnie rozszerzyć swoją działalność o kolejne formy[101]. Dla ponad połowy świadczeniodawców opieka paliatywna stanowiła główny rodzaj udzielanych świadczeń[102].

Łącznie w latach 2015–2018 (I półrocze) za udzielone świadczenia OPH skontrolowani świadczeniodawcy otrzymali 97,1 mln zł, co stanowiło ponad 5% kwot przeznaczonych przez NFZ na OPH w kraju. Największa otrzymana kwota wyniosła 14,2 mln zł, a najmniejsza 1,4 mln zł. Najwięcej środków otrzymano na opiekę stacjonarną – 40,9 mln zł, następnie na domową dla dorosłych – 37,6 mln zł i dla dzieci – 15,7 mln zł. Najniższe kwoty uzyskano za prowadzenie poradni medycyny paliatywnej – 251 tys. zł oraz za perinatalną opiekę paliatywną 129 tys. zł (funkcjonującą od 2018 r.). Pozostała kwota to koszty na podwyżki wynagrodzenia pielęgniarek.

[100] Z powodu nieprzedstawienia przez oferenta wszystkich wymaganych dokumentów; po wezwaniu do usunięcia braków formalnych, OW NFZ otrzymał od oferenta informację o niemożności usunięcia ww. braków I odstąpieniu od składania oferty.

[101] Żadne z nich nie udzielało świadczeń we wszystkich zakresach. Najwięcej, bo sześć z nich udzielało świadczeń w dwóch formach (jako formę przyjęto zakresy udzielania świadczeń OPH, z tym że w ramach warunków domowych wyodrębniono dwie formy – dla dzieci i dla dorosłych), pięć w trzech, a trzy w czterech. Jedno skontrolowane hospicjum udzielało świadczeń w jednej formie – w warunkach domowych dla dorosłych.

[102] Tj. udział kwoty otrzymanej z NFZ z tytułu świadczeń OPH w kwocie otrzymanej z NFZ ze wszystkich rodzajów świadczeń wyniósł ponad 60%.

Łączne koszty opieki przewyższały otrzymane z NFZ środki aż w dziewięciu hospicjach (o od 0,2% do 582%), co oznaczało, że działalność ta dodatkowo finansowana była z innych źródeł. Dziesięć hospicjów otrzymało łącznie 23,8 mln zł z odpisu 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego. Pokryły one 20% kosztów opieki. Tylko dwa hospicja uzyskały środki unijne[103] (łącznie 307,7 tys. zł).

W dziewięciu hospicjach środki z NFZ były niewystarczające

Uzyskane środki publiczne oraz niepubliczne pozwoliły na objęcie w latach 2015–2018 (I półrocze) opieką ponad 18 tys. pacjentów, z których co drugiemu udzielono opieki w warunkach domowych. Hospicja rocznie[104] obejmowały od 47 do 844 pacjentów (w jednym momencie[105] – od 23 pacjentów do 283), za które otrzymali od 0,8 mln zł do 4,6 mln zł.

Przeciętne skontrolowane hospicjum za udzielanie świadczeń OPH otrzymuje z NFZ rocznie 2,4 mln zł, w tym 45% za prowadzenie hospicjum stacjonarnego, a 42% za prowadzenie hospicjum domowego dla dorosłych. Opieką obejmuje jednocześnie 92 pacjentów (rocznie 380). Uzyskane z NFZ środki nie są wystarczające na pokrycie kosztów opieki. Dodatkowo na swoją działalność hospicjum uzyskuje 1,6 mln zł z odpisu 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego, ale nie korzysta ze środków UE.

Przez większość skontrolowanego okresu spełnia minimalne wymagania co do zatrudnienia personelu, który z reguły ma przynajmniej 3-letnie doświadczenie, ale tylko co piąty lekarz lub co czwarta pielęgniarka ukończyła specjalizację. Praca w hospicjum nie stanowi ich jedynego miejsca pracy.

Źródło: ©xy - stock.adobe.com.

Obliczony przez NIK przeciętny okres oczekiwania na przyjęcie do skontrolowanych hospicjów wyniósł pięć dni, w tym: pięć dni do hospicjum stacjonarnego, siedem do hospicjum domowego dla dorosłych, cztery dni do hospicjum dla dzieci i trzy dni do poradni OPH. Najdłuższe terminy oczekiwania wyniosły 76 dni w hospicjum stacjonarnym, 134 w domowym dla dorosłych i 34 w domowym dla dzieci. Świadczenia w poradniach udzielane były na bieżąco. Według stanu na 30 czerwca 2018 r. w 10 hospicjach, które prowadziły ewidencje kolejek, na przyjęcie oczekiwało 106 osób. Tylko w latach 2015–2018 (I półrocze) oczekując na udzielenia pierwszego świadczenia zmarły 763 osoby.

Przeciętny okres oczekiwania do hospicjum wyniósł pięć dni

Hospicjum było ostatnim miejscem pobytu 69% podopiecznych skontrolowanych świadczeniodawców. Niektórzy pacjenci w ostatniej fazie życia trafiali do szpitala lub innego podmiotu leczniczego (18%) lub w pojedynczych przypadkach rezygnowali z dalszej opieki.

[103] Jeden projekt dotyczył rozbudowy hospicjum w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubuskiego na lata 2014–2020 (278 tys. zł). Drugi projekt obejmował wsparcie w ramach opieki perinatalnej (niefinansowanej jeszcze wówczas z NFZ) z RPO Województwa Opolskiego na lata 2014–2020 (29,7 tys. zł).

[104] Na przykładzie 2017 r.

[105] Na przykładzie 31 grudnia 2017 r.

Zdjęcie nr 1 i 2
Wejście do hospicjum stacjonarnego i poradni

Źródło: Materiały kontrolne NIK.

Niezapewnienie wymaganego personelu w 10 hospicjach

W skontrolowanych hospicjach pracowało[106] 94 lekarzy, 218 pielęgniarek, 40 psychologów, 39 fizjoterapeutów. Nie zawsze zapewniały one określony rozporządzeniem *w sprawie OPH*[107] minimalny poziom zatrudnienia personelu, tj. odpowiednią liczbę lekarzy, pielęgniarek, psychologów i fizjoterapeutów. Niezapewnienie wymaganego personelu, tj. braki w liczbie odpowiedniej kadry lub dopuszczenie do udzielania świadczeń przez personel niemający wymaganych kwalifikacji NIK stwierdziła w 10 hospicjach.

Niezachowanie równoważników etatu (60% hospicjów)

W dziewięciu hospicjach (60%) nie zachowano minimalnych równoważników etatu przeliczeniowego określonych dla personelu w rozporządzeniu *w sprawie OPH*, z tego w sześciu w warunkach domowych dla dorosłych (46%), dwa w warunkach domowych dla dzieci (22%) i trzy w warunkach stacjonarnych (38%). W siedmiu hospicjach dotyczyło to psychologów, w pięciu – lekarzy oraz w pięciu – fizjoterapeutów Dwa hospicja nie zapewniły wymaganego personelu przez wszystkie cztery miesiące objęte badaniem NIK[108], a sześć przez dwa z czterech miesięcy[109]. Niedobory wynosiły od 6% do 56% wymaganego prawem poziomu zatrudnienia[110]. Nieprawidłowości nie stwierdzono jedynie co do liczby pracujących pielęgniarek w warunkach domowych dla dzieci.

Stwierdzone nieprawidłowości niezachowania minimalnych równoważników etatu przeliczeniowego określonych dla personelu dotyczyły 8% badanych przypadków[111]. Przeciętne skontrolowane hospicjum zatrudniało (w przeliczeniu na etaty) sześciu lekarzy, 15 pielęgniarek oraz po trzech psychologów i fizjoterapeutów, co dawało średnio:

[106] W przeliczeniu na etaty wg stanu na 31 grudnia 2017 r.

[107] Patrz str. 86 informacji.

[108] Tj. luty 2015 r., lipiec 2016 r., październik 2017 r. i maj 2018 r.

[109] Ponadto jedno hospicjum nie zapewniło wymaganego personelu przez trzy miesiące, a kolejne w jednym miesiącu. Niezachowanie wymogów w lutym 2015 r. dotyczyło 7 hospicjów, a w kolejnych miesiącach po pięć hospicjów.

[110] Największe braki wyniosły: HS – lekarze od 15–21%, psychologowie 12%, fizjoterapeuci 16%; HD – lekarze 6%, pielęgniarki 11%, psychologowie od 10–44%, fizjoterapeuci 12–32%, HDD – lekarze od 20–56%, psychologowie 14–52%, fizjoterapeuci 28%.

[111] W 34 przypadkach spośród 428 objętych badaniem, tj. w 15 skontrolowanych hospicjach iloczyn miesięcy objętych badaniem oraz rodzaju personelu osobno w opiece stacjonarnej, domowej dla dorosłych i dzieci.

a) w opiece stacjonarnej: 0,15 etatu lekarza, 0,53 etatu pielęgniarek, 0,05 etatu psychologa i 0,06 etatu fizjoterapeuty – na łóżko;

b) w opiece domowej dla dorosłych: 0,06 etatu lekarza, 0,1 etat pielęgniarki oraz po 0,03 etatu psychologa i fizjoterapeuty – na pacjenta;

c) w opiece domowej dla dzieci: 0,11 etatu lekarza, 0,19 etatu pielęgniarek, 0,07 etatu psychologa i 0,05 etatu fizjoterapeuty – na pacjenta.

Były to wielkości – w niektórych przypadkach – prawie dwukrotnie wyższe niż wynikały z minimalnych równoważników etatu przeliczeniowego.

Niewłaściwe wymogi minimalne co do personelu

Wyniki kontroli wskazują, że minimalny poziom zatrudnienia personelu w opiece paliatywnej określony w rozporządzeniu *w sprawie OPH*, jest niewspółmiernie niski w stosunku do potrzeb. Szczególnym tego przykładem jest równoważnik etatu przeliczeniowego dla pielęgniarki w opiece domowej określony na poziomie 1 etatu na 15 i 12 świadczeniobiorców (odpowiednio w odniesieniu do dorosłych i dzieci). Przy przeprowadzeniu minimalnej liczby wizyt (tj. dwóch wizyt w tygodniu, bez żadnych wizyt interwencyjnych) oznacza on odpowiednio przeznaczenie co najwyżej 1,3 i 1,6 godzin na wizytę u pacjenta, co w rzeczywistości jest czasem krótszym, albowiem mieszczą się w tym również inne obowiązki, np. odprawy personelu, wypełnienie dokumentacji, dojazd do pacjenta. Problem dojazdów jest szczególnie widoczny na terenach (np. obszary górzyste), na których pacjenci są bardziej rozproszeni (dojazd do pacjenta w odległości do 100 km). Według standardów opracowanych w 2015 r. przez pediatryczne hospicjum z Warszawy[112] obecny równoważnik etatu jest trzykrotnie za niski, a równoważnik powinien wynosić jeden etat na czterech pacjentów. Natomiast według standardów Ogólnopolskiego Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej i Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego[113] powinien on wynosić 1 etat na sześciu pacjentów (obecny jest dwukrotnie za niski). O zmniejszenie liczby pacjentów przypadających na etat pielęgniarki w corocznych raportach postulował Krajowy Konsultant w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Wnioskował on także o wprowadzenie do rozporządzenia *w sprawie OPH* równoważnika dla pielęgniarek w opiece stacjonarnej – 1 etat przeliczeniowy na 1 łóżko lub 0,75 etatu przy zatrudnieniu opiekuna medycznego.

W dziewięciu hospicjach stwierdzono braki w zapewnieniu liczby wymaganego przepisami rozporządzenia w sprawie OPH personelu, które wyniosły do 56% wymaganego poziomu zatrudnienia. Licząc łączny czas opieki należnej chorym, ograniczono go o ponad: w przypadku lekarzy – 200 godzin, psychologów – 250 godzin, fizjoterapeutów – 70 godzin, a pielęgniarek – 20 godzin.

Źródło: ©thodonal - stock.adobe.com.

Wyżej wymieniony Konsultant wielokrotnie zwracał Ministrowi Zdrowia również uwagę na niski wskaźnik kwalifikacyjny pielęgniarek. Pacjenci objęci OPH wymagają systematycznej, wnikliwej i całościowej oceny i leczenia oraz profesjonalnej opieki pielęgniarskiej. Z uwagi na duże znaczenie

[112] https://hospicjum.waw.pl/pliki/Artykul/1313_standardy-2015.pdf [dostęp 18 kwietnia 2019 r.]

[113] http://ofpop.pl/wp-content/uploads/standardy-ofpop-i-ptp-2016.pdf [dostęp] 18 kwietnia 2019 r.

w założeniach tej opieki roli pielęgniarki zasadnym jest zapewnienie przygotowanego, co za tym idzie wykształconego personelu pielęgniarskiego. Obecny wymóg jest jego zdaniem niewystarczający: co najmniej 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy powinno uzyskać specjalizację lub ukończyć kurs specjalistyczny. Konsultant w 2015 r. postulował zwiększenie wskaźnika do 50% w ciągu dwóch lat i osiągnięcie 100% w ciągu pięciu lat. Zdaniem NIK niezbędne jest przeprowadzenie analizy poziomu zatrudnienia i kwalifikacji pielęgniarek – wynikających z rozporządzenia w *sprawie OPH* – z uwzględnieniem faktycznych potrzeb pacjentów i opinii ekspertów oraz wprowadzenie w nim odpowiednich zmian.

Nieosiągnięcie norm dla zatrudnienia pielęgniarek w opiece stacjonarnej (25% hospicjów)

W co czwartym hospicjum stacjonarnym nie osiągnięto norm zatrudnienia pielęgniarek[114]. Brakowało w nich od 0,60 do 1,96 etatu pielęgniarki, co wyjaśniano coraz większymi trudnościami w zatrudnieniu pielęgniarek o odpowiednich kwalifikacjach. W jednym hospicjum minimalne wymagania wyliczono na podstawie łącznej pracy pielęgniarek i opiekunek medycznych, zamiast samych pielęgniarek. Dodatkowo, do jej obliczenia przyjęto liczbę zarejestrowanych łóżek zamiast średniej liczby pacjentów za poprzedni rok kalendarzowy, posługiwano się również danymi z marca 2017 r. zamiast danymi z 2016 r.

Udzielanie świadczeń przez personel bez kwalifikacji (20% hospicjów)

W trzech hospicjach co czwartemu pacjentowi[115] świadczeń udzielał personel (siedmiu lekarzy i dwóch fizjoterapeutów) bez minimalnych kwalifikacji wymaganych załącznikiem nr 2 rozporządzenia *w sprawie OPH*. W jednym z tych hospicjów opiekę sprawowali dwaj lekarze bez specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz bez kursu zgodnego z programem tej specjalizacji. Udzielili oni 37 porad lekarskich ośmiu pacjentom będących w opiece stacjonarnej. Porady te nie miały jednak charakteru specjalistycznych konsultacji medycznych, a obejmowały przede wszystkim ogólną ocenę stanu chorego oraz zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym. W innym hospicjum opiekę nad 22 pacjentami sprawowało pięciu lekarzy, którzy ukończyli kurs z zakresu opieki paliatywnej, ale był on niezgodny z wymogami rozporządzenia *w sprawie OPH*, gdyż został przeprowadzony przez jednostki niemające akredytacji. W kolejnym hospicjum w 2015 r. dwóm pacjentom świadczeń udzielały osoby zatrudnione jako fizjoterapeuci, choć nie ukończyły przynajmniej trzymiesięcznego kursu specjalizacyjnego z rehabilitacji lub szkoły dającej uprawnienia technika fizjoterapii[116]. Od lipca 2015 r. hospicjum to zatrudniło fizjoterapeutów spełniających wymogi rozporządzenia *w sprawie OPH*.

Udzielanie świadczeń przez personel lub podwykonawców niezgłoszonych OW NFZ (27% hospicjów)

Jedna trzecia personelu udzielającego świadczeń w trzech hospicjach[117] nie została zgłoszona do OW NFZ. W związku z tym Oddziały nie miały wiedzy o kwalifikacjach personelu udzielającego świadczeń pacjentom.

---

[114] Wyliczonych przez te hospicja na podstawie pozostałych przepisów, tj.: rozporządzenie *w sprawie OPH* nie określało minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w opiece stacjonarnej. Ich wymagany poziom określały inne przepisy, tj. art. 50 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej* oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. *w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami* (Dz. U z 2012 r. poz. 1545, ze zm.).

[115] Tj. 32 ze 120 których dokumentacja została objęta badaniem.

[116] Jedna osoba ukończyła studia na kierunku wychowanie fizyczne, druga ukończyła szkołę policealną.

[117] Nieprawidłowość dotyczyła łącznie 32 osób (lekarzy, pielęgniarzy i fizjoterapeutów).

Było to niezgodne z rozporządzeniem *w sprawie ogólnych warunków umów*[118] i naruszało obowiązki określone w umowie. Uniemożliwiało to Oddziałom rzetelne rozeznanie skali zatrudnienia personelu medycznego w różnych podmiotach i jego faktycznego obciążenia obowiązkami. W jednym hospicjum do NFZ nie zgłoszono również podwykonawców, z udziałem których udzielano świadczeń w opiece stacjonarnej i domowej[119], pomimo obowiązku określonego w zarządzeniu Prezesa NFZ[120] oraz umowie zawartej z OW NFZ.

Wykazanie w umowie personelu niepracującego w hospicjum (20% hospicjów)

Trzy hospicja wykazywały do NFZ jako personel udzielający świadczeń OPH osoby, które w rzeczywistości tam nie pracowały. Proceder ten dotyczył łącznie ośmiu osób[121] (stanowiących 10% personelu tych świadczeniodawców, w tym w jednym stanowiących nawet 33% personelu) i trwał od sześciu miesięcy do 3,5 roku. Podanie prawdziwych danych przez dwa z tych hospicjów mogłoby skutkować zmniejszeniem kontraktu z NFZ, albowiem nie spełniały minimalnych warunków zasobów kadrowych.

Średnio 78% personelu miało przynajmniej 3-letnie doświadczenie w opiece paliatywnej

Przeciętnie co piąty lekarz skontrolowanych hospicjów uzyskał specjalizację z dziedziny medycyny paliatywnej, a co czwarta pielęgniarka uzyskała specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. W jednym z hospicjów żaden lekarz i żadna pielęgniarka takiej specjalizacji nie ukończyli, a w kolejnych czterech żadna pielęgniarka. Średnio 78% personelu (od 45% do 100%) miało przynajmniej 3-letnie doświadczenie w opiece paliatywnej[122].

Dla przeważającej części personelu praca w hospicjum nie stanowiła jedynego miejsca pracy (było tak jedynie w przypadku 16% lekarzy, 49% pielęgniarek, 20% psychologów i 20% fizjoterapeutów). Dodatkowo, cztery skontrolowane hospicja nie interesowały się, czy zatrudnienie w hospicjum stanowi jedyne miejsce pracy, tj. w ogóle nie miało takiej wiedzy lub zdobyło ją w trakcie kontroli.

Przeciętny pacjent hospicjum to chorujący na nowotwór 71-latek. Na opiekę do hospicjum czekał pięć dni. Jeśli trafi do hospicjum stacjonarnego to będzie przebywał tam 29 dni, a jeśli domowego to 82 dni. Poza opieką lekarza i pielęgniarki w hospicjum stacjonarnym może liczyć na opiekę psychologa, rehabilitację, badania diagnostyczne. Jako pacjent hospicjum domowego – najprawdopodobniej takich świadczeń nie otrzyma. Zostanie mu za to wypożyczony sprzęt pomocny do opieki, ale wynikać to będzie z dobrej praktyki hospicjum. Jego opiekunowie nie będą jednak mogli liczyć na pomoc w postaci tymczasowego przeniesienia do hospicjum stacjonarnego.

Źródło: ©Africa Studio - stock.adobe.com.

[118] Tj. § 6 ust. 1 i 2 załącznika do rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów, zgodnie z którym zmiany w harmonogramie dotyczące osób udzielających świadczeń wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego NFZ najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia.

[119] W okresie objętym kontrolą w hospicjum tym 436 pacjentom (14%) wykonano łącznie 1540 badań laboratoryjnych.

[120] Tj. § 7 zarządzenia nr 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna* (NFZ, poz. 73, ze zm.), dalej: „zarządzenie Prezesa NFZ nr 73".

[121] Tj. cztery pielęgniarki oraz po dwóch lekarzy i psychologów.

[122] W tym od 38% do 100% lekarzy, od 67% do 100% pielęgniarek, od 33% do 100% psychologów i od 48% do 100% fizjoterapeutów.

Zachowano pozostałe warunki udzielania świadczeń

Świadczeniodawcy spełniali wybrane do kontroli warunki udzielania świadczeń, tj.:

a) w opiece domowej – zapewnili całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę, a w opiece stacjonarnej całodobowe świadczenia udzielane przez pielęgniarkę;
b) w opiece ambulatoryjnej – poradnie OPH czynne były przynajmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych. Przeciętnie 46% porad stanowiły porady w domu świadczeniobiorcy[123];
c) w opiece perinatalnej – hospicja współpracowały ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii[124], z położną POZ oraz lekarzem specjalistą w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Miały także co najmniej trzyletnie doświadczenie w pracy w pediatrycznej opiece paliatywnej lub współpracowały z ośrodkiem mającym doświadczenie w pracy w pediatrycznej opiece paliatywnej.

Zakres udzielanych świadczeń skontrolowano na podstawie dokumentacji 598 pacjentów

Kontrola dokumentacji medycznej 598 pacjentów[125] wykazała m.in., że:

- 93% pacjentów objętych leczeniem bólu otrzymywało leki opioidowe;
- opieką psychologa objęto średnio 44% pacjentów. W jednym hospicjum opieką taką nie objęto żadnego pacjenta, a w trzech – objęto ponad 90% pacjentów. Znaczące różnice zanotowano pomiędzy opieką stacjonarną (68%) a domową dla dorosłych (24%). Aż w pięciu z 13 hospicjów domowych dla dorosłych (39%) psychologa nie skierowano do żadnego z pacjentów. Działo się tak również pomimo faktu, że w dokumentacji medycznej pacjentów odnotowywano[126] takie objawy jak m.in. depresyjny nastrój, drażliwość, poczucie beznadziejności, lęk, zaburzenia świadomości. Zdaniem NIK takie przypadki wskazują na potrzebę ujednolicenia monitorowania stanu psychicznego pacjentów i uregulowania postępowania sytuacji, w których konsultacja psychologiczna jest niezbędna. Najlepszym rozwiązaniem byłoby, gdyby ocena wszystkich pacjentów dokonywana była cyklicznie przez psychologa w ustandaryzowany sposób. W obecnej sytuacji dostęp do psychologa jest nierówny i zależy w znacznym stopniu od podejścia indywidualnych świadczeniodawców do swoich pacjentów.
  Częściej z pomocy psychologa mogły skorzystać dzieci znajdujące się w opiece domowej lub ich opiekunowie – 43%.

  Wyniki badania kwestionariuszowego potwierdzają niski udział obejmowania opieką psychologa pacjentów dorosłych w ich domach. Częściej niż w co trzecim ze 177 hospicjów domowych dla dorosłych opieką psychologa obejmowano nie więcej niż 5% pacjentów;

[123] W tym w dwóch poradniach żadna porada nie była w domu pacjenta, a w jednym wszystkie.
[124] Trzeci poziom referencyjny oraz neonatologii, w warunkach leczenia szpitalnego.
[125] W tym 129 w warunkach stacjonarnych, 282 w warunkach domowych dla dorosłych, 124 w warunkach domowych dla dzieci, 63 w warunkach ambulatoryjnych.
[126] W dwóch hospicjach w przypadku 37 z 43 pacjentów.

- rehabilitację (lub przynajmniej konsultacje) zapewniono częściej niż co trzeciemu – uprawnionemu do tego[127] – pacjentowi. Najlepszy dostęp do rehabilitacji miały dzieci hospicjów domowych (55%) oraz dorośli przebywający w hospicjach stacjonarnych (37%). Najrzadziej rehabilitant pojawiał się u pacjentów dorosłych w ich domach (13%). W pięciu z 13 hospicjów domowych dla dorosłych (39%) opieką fizjoterapeuty nie objęto żadnego pacjenta. Podobnie jak w przypadku opieki psychologa, dostęp do fizjoterapeuty jest nierówny i zależy w znacznym stopniu od podejścia indywidualnych świadczeniodawców do swoich pacjentów. Tymczasem wykorzystanie ruchu jako czynnika leczniczego uznaje się za wskazane we wszystkich stadiach choroby nowotworowej, albowiem fizjoterapia wpływa na poprawę stanu psychofizycznego pacjentów paliatywnych[128].

Wyniki badania kwestionariuszowego potwierdzają niski udział obejmowania opieką fizjoterapeuty pacjentów dorosłych w ich domach. W prawie co czwartym ze 177 hospicjów domowych dla dorosłych opieką fizjoterapeuty obejmowano nie więcej niż 5% pacjentów;

Dostęp do opieki psychologów i fizjoterapeutów jest nierówny i zależy w znacznym stopniu od indywidualnego podejścia świadczeniodawców i lekarzy do pacjentów. Obowiązujący wymóg – według rozporządzenia w sprawie OPH – wprowadza zróżnicowany dostęp do tego rodzaju świadczeń dla pacjentów dorosłych (jeden etat na 60 pacjentów hospicjum domowego w stosunku do 40 pacjentów hospicjum stacjonarnego, tj. różnice na poziomie 50%). W rzeczywistości różnice te sięgały średnio ponad 180%. Zdaniem NIK istnieje potrzeba ujednolicenia monitorowania stanu pacjentów i uregulowania postępowania w sytuacji, w których konsultacja psychologiczna i fizjoterapeutyczna jest niezbędna. Optymalnym rozwiązaniem byłoby, gdyby ocena wszystkich pacjentów dokonywana była cyklicznie przez psychologa i fizjoterapeutę w ustandaryzowany sposób.

Źródło: Katarzyna Bialasiewicz Photographee.eu

- 39% pacjentom wykonywano badania diagnostyczne, najczęściej przebywającym w hospicjach stacjonarnych (56%)[129]. Żadnego badania nie zlecono w trzech z 13 hospicjów domowych dla dorosłych oraz w czterech z dziewięciu hospicjów dla dzieci;
- 40% pacjentów z hospicjów domowych skorzystało z możliwości wypożyczenia sprzętu medycznego. Odsetek ten był istotnie wyższy dla dzieci (71%), podczas gdy dla dorosłych wyniósł 26%. Wypożyczano głównie sprzęt medyczny i pomocniczy wskazany w rozporządzeniu *w sprawie OPH*, ale także materace przeciwodleżynowe, koflatory, pulsoksymetry, łóżka ortopedyczne, podnośniki do wanny i łóżka;

[127] Rehabilitacja nie jest świadczeniem gwarantowanym w ramach poradni.

[128] https://www.zwrotnikraka.pl/rehabilitacja-w-opiece-paliatywnej/ Zwiększa sprawność funkcjonalną, poprawia lokomocję, utrzymuje aktywność fizyczną na optymalnym poziomie i wpływa na obniżenie poziomu duszności: Wpływ fizjoterapii na stan pacjentów z chorobą nowotworową objętych opieką paliatywną, 2016 r., https://www.termedia.pl/Wplyw-fizjoterapii-na-stan-pacjentow-z-choroba-nowotworowa-objetych-opieka-paliatywna,59,28489,0,0.html; Rehabilitacja pacjenta onkologicznego w opiece paliatywnej, 2014 r. https://www.zwrotnikraka.pl/rehabilitacja-w-opiece-paliatywnej/ [dostęp: 13 lutego 2019 r.]

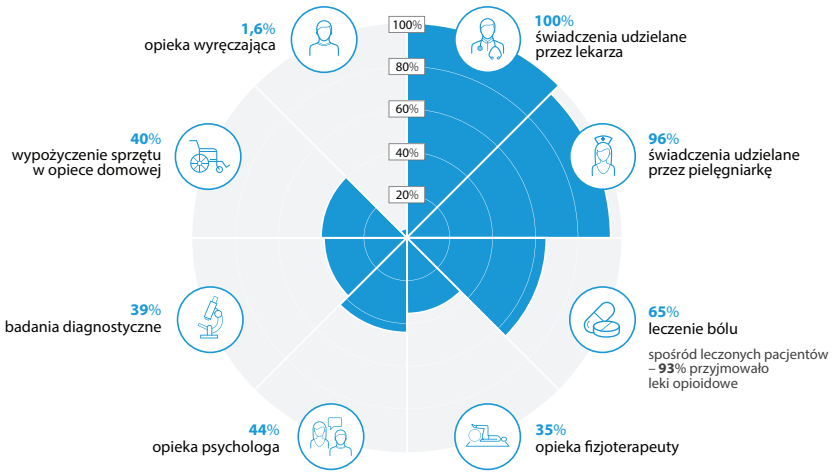
[129] W przypadku pacjentów hospicjum domowego dla dorosłych – 29%, a dla dzieci 32% dzieci. Były to najczęściej badania laboratoryjne, rzadziej inne badania w tym obrazowe.

- opiekę wyręczającą dla opiekunów chorych, polegającą na możliwości tymczasowego przeniesienia pacjentów z hospicjum domowego do hospicjum stacjonarnego (na okres nie dłuższy niż 10 dni) oferowały dwa z 15 hospicjów. Z opieki tej skorzystało siedmiu z ośmiu opiekunów, którym ją zaproponowano. Skala tej pomocy była jednak niewielka, albowiem dotyczyła niecałych 2% pacjentów[130]. Zdaniem NIK może to świadczyć o niewielkiej świadomości opiekunów – na których spoczywa faktyczna całodobowa opieka nad chorymi w ich domach – możliwości skorzystania z opieki wyręczającej, która jest finansowana przez NFZ.

Oferowano sprzęt niewymagany, sprzęt wymagany nie był wykorzystywany

Kierownicy dziewięciu z 13 skontrolowanych hospicjów domowych dla dorosłych[131] (69%) wskazali, że w ogóle nie używają pomp infuzyjnych, mimo że według rozporządzenia *w sprawie OPH* sprzęt ten jest wymaganych w liczbie jeden na 20 pacjentów. Sprzęt taki starzeje się i wymaga ponoszenia kosztów konserwacji. Wskazywali również na niskie wykorzystanie sprzętu takiego, jak wózki inwalidzkie, balkoniki, laski i kule. Jednocześnie 10 hospicjów z własnej inicjatywy wypożyczało bezpłatnie sprzęt niewymagany przepisami (np. materace przeciwodleżynowe, koflatory, pulsoksymetry, łóżka ortopedyczne). Wyniki kontroli wskazują na potrzebę analizy aktualności wykazu sprzętu zawartego w rozporządzeniu *w sprawie OPH*. Analiza wyposażenia powinna również obejmować sprzęt ułatwiający i usprawniający prace personelu.

Infografika nr 6
Zakres udzielonych świadczeń OPH (w opiece domowej, stacjonarnej i ambulatoryjnej) w odniesieniu do uprawnionych pacjentów



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie dokumentacji pacjentów z 15 skontrolowanych hospicjów.

Niezachowanie częstotliwości wizyt domowych (27% hospicjów)

Kontrola wykazała, że czterech świadczeniodawców nie zachowało w stosunku do pacjentów przebywających w domach wymaganej rozporządzeniem *w sprawie OPH*[132] minimalnej częstotliwości wizyt pielęgniarskich (przynajmniej dwa razy w tygodniu), a w dwóch z nich również porad

[130] Bez pacjentów w warunkach stacjonarnych.

[131] Kierownicy pozostałych czterech hospicjów wskazali, że sprzęt używają wg potrzeb, ale w badanej próbie dokumentacji pacjentów nie odnotowano wykorzystania pompy infuzyjnej.

[132] Część II pkt 4 załącznika nr 2.

lekarskich (przynajmniej dwa razy w miesiącu). Łącznie 63% pacjentów[133] tych hospicjów pozbawiono 17 gwarantowanych porad lekarskich i prawie 400 wizyt pielęgniarskich. Ograniczanie liczby wizyt hospicja tłumaczyły okresami ustawowo wolnymi od pracy, mniejszymi potrzebami chorych znajdujących się w lepszej kondycji lub odmowami ich otrzymania (przypadki te nie zostały jednak udokumentowane).

Różnice interpretacyjne wymogu dotyczącego częstotliwości wizyt domowych

NIK zauważa, że określony w rozporządzeniu *w sprawie OPH* wymóg częstotliwości wizyt jest różnie interpretowany. Według wykładni autentycznej (Ministra Zdrowia) „okres tygodnia" powinien być rozumiany jako siedem kolejno następujących po sobie dni, zaś okres miesiąca może rozpocząć się od dnia przyjęcia świadczeniobiorcy do placówki. Natomiast według interpretacji Prezesa NFZ przepis tego rozporządzenia daje możliwość uwzględnienia liczby porad lub wizyt w odniesieniu do tygodnia oraz miesiąca kalendarzowego (również ze względu na jednoznaczne i łatwiejsze przeliczenie), zaś liczba wizyt w niepełnym tygodniu powinna być liczona proporcjonalnie. Według jednego ze skontrolowanych świadczeniodawców przestrzeganie tego wymogu należy rozumieć jako zachowanie średniej liczby wizyt na tydzień lub miesiąc dla danego pacjenta w całym okresie objęcia opieką. Podmiot ten zwrócił również uwagę, że w przypadku lekarzy wymóg częstotliwości dotyczy „porady", a nie „wizyty", tak jak ma to miejsce w odniesieniu do pielęgniarek. W opinii Ministra Zdrowia zgodnie z art. 42 ust. 1 i 2 ustawy *o zawodzie lekarza* poradę lekarską stanowią zarówno rozmowa telefoniczna bez zbadania pacjenta, jak i wystawienie recepty stanowiące poradę recepturową bez zbadania pacjenta. Z powyższych względów NIK wskazuje na konieczność doprecyzowania wymogu częstotliwości wizyt i porad lekarskich w hospicjach domowych.

Ujawnione przez NIK przypadki ograniczenia wizyt i porad (17 gwarantowanych porad lekarskich i prawie 400 wizyt pielęgniarskich) naruszały jednocześnie wymóg częstotliwości wizyt w rozumieniu NFZ (w ujęciu tygodnia/miesiąca kalendarzowego) oraz w rozumieniu Ministra Zdrowia (w ujęciu tygodnia/miesiąca obejmujących siedem lub 30 dni opieki). Na przykład w jednym z hospicjów nie udzielono 84 wizyt. Liczba ta byłaby jednak wyższa (o 85%) gdyby przyjąć tylko rozumienie kalendarzowe (155 wizyt).

Świadczeniodawcy stosowali dobre praktyki

W ramach sprawowanej opieki niektóre hospicja oferowały swoim pacjentom więcej, aniżeli określono w rozporządzeniu *w sprawie OPH*. Organizowały pomoc finansową, zapewniały dodatkowe usługi wykonywane przez wolontariuszy lub stosowały inne praktyki mające na celu osiągnięcie i utrzymanie jak najwyższej jakości życia chorych.

[133] Tj. 72 spośród 114 pacjentów hospicjum domowego, których dokumentacja została objęta kontrolą.

Gdyby wszystkie hospicja wykazywały podobną aktywność w zaangażowanie wolontariatu, tak jak 10% liderów zapytanych przez NIK, wówczas do pomocy w opiece nad osobami chorymi terminalnie uda się włączyć ponad 9 tys. osób. Mogliby oni poświecić pacjentom łącznie 2,3 mln godzin, tj. 25 godzin każdemu choremu. Zwiększenie zaangażowania wolontariatu wymaga inicjatywy poszczególnych hospicjów i nie każde hospicjum jest w stanie uczynić to skutecznie. Uwidacznia się tu potencjalna rola w zdobywaniu wolontariuszy takich podmiotów, jak jednostki samorządowe, jednostki pozarządowe, organizacje kościelne, lokalne stowarzyszenia. Oznacza to, że hospicja w ograniczonym zakresie korzystają z potencjału dobroczynności. Stopień zaangażowania obywatelskiego w bezinteresowne udzielanie pomocy uwarunkowany jest stopniem świadomości obywatelskiej, której kształtowanie zależy także od państwa.

Źródło: ©bnorbert3 - stock.adobe.com.

Z wolontariatu korzystało 11 hospicjów

Z pomocy wolontariuszy korzystało 11 skontrolowanych hospicjów, w tym sześć hospicjów domowych. W 2017 r. w wolontariacie zaangażowanych było około 300 osób, a średnioroczny poświęcony przez nich czas wyniósł od 300 do ponad 8000 godzin. Stosowano także wolontariat akcyjny (ponad 2000 osób w roku), który wspierał hospicja w organizowaniu akcji charytatywnych.

Wolontariusze przyczyniali się do poprawy komfortu pacjentów. Do ich zadań należało m.in. asystowanie przy pielęgnacji, czytanie książek, organizowanie spacerów, udzielanie pomocy w załatwianiu codziennych spraw. W ośmiu hospicjach planowaniem zadań dla wolontariuszy zajmowali się koordynatorzy wolontariatu, co wskazuje na to, że stali się oni istotną częścią personelu hospicyjnego.

Opiekunowie medyczni zatrudnieni w pięciu hospicjach

Przed wprowadzeniem z dniem 1 lipca 2018 r. prawnego wymogu[134] zatrudnienia opiekunów medycznych, pięć skontrolowanych hospicjów zatrudniało takie osoby (od jednej do dziewięciu). Ich zadaniem była m.in. pielęgnacja pacjentów.

Pomoc finansowa i rzeczowa udzielana przez pięć hospicjów

Pięć objętych kontrolą hospicjów oferowało swoim pacjentom pomoc finansową lub rzeczową. Pomoc obejmowała m.in. finansowanie: leków, środków pielęgnacyjnych i czystości, jednorazowego sprzętu medycznego i rehabilitacyjnego, remontów i prac adaptacyjnych w dostosowaniu warunków lokalowych do potrzeb chorego; wyjazdów rodzeństwa chorych dzieci. Rekordzista w tym zakresie na pomoc taką przeznaczył ponad jeden milion złotych. Ponadto jedno hospicjum przekazywało pomoc okazjonalnie (paczki świąteczne, na dzień dziecka, zbiórka darów).

[134] Wynikającego z części II pkt. 1 ppkt 5 załącznika nr 2 rozporządzenia *w sprawie OPH*.

Jeden skontrolowany świadczeniodawca udzielał pomocy socjalnej w postaci refundacji leków i środków pielęgnacyjnych, a w sytuacjach szczególnych wypłacał zasiłki celowe (np. na zakup opału, żywności, drobnego sprzętu medycznego). Finansował także remonty i prace adaptacyjne w miejscu zamieszkania dziecka lub dostarczał specjalne kontenery mieszkalne (na zdjęciu) stwarzające odpowiednie warunki do opieki paliatywnej w warunkach domowych.

Udzielana pomoc była możliwa dzięki skutecznemu uzyskiwaniu wsparcia finansowego spoza NFZ (w latach 2015–2018 I półrocze – 28 mln zł). Pozwoliło to udzielić pomocy także innym hospicjom.

W celu zwiększania jakości życia chorych hospicjum wprowadziło standardy opieki paliatywnej w hospicjach domowych dla dzieci i inicjowało rozszerzenie tych standardów na cały kraj.

Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie dokumentacji.

Pracownicy socjalni zatrudnieni w sześciu hospicjach

Pomimo braku prawnego obowiązku, pracownika socjalnego zatrudniło sześć hospicjów. Ich zadaniem była współpraca z ośrodkami pomocy społecznej, urzędami gmin, przychodniami rejonowymi, parafiami oraz organizacjami pozarządowymi w celu zapewniania pomocy w rozwiązywaniu różnego rodzaju problemów materialno-bytowych.

Indywidualne plany opieki i potrzeb w trzech hospicjach

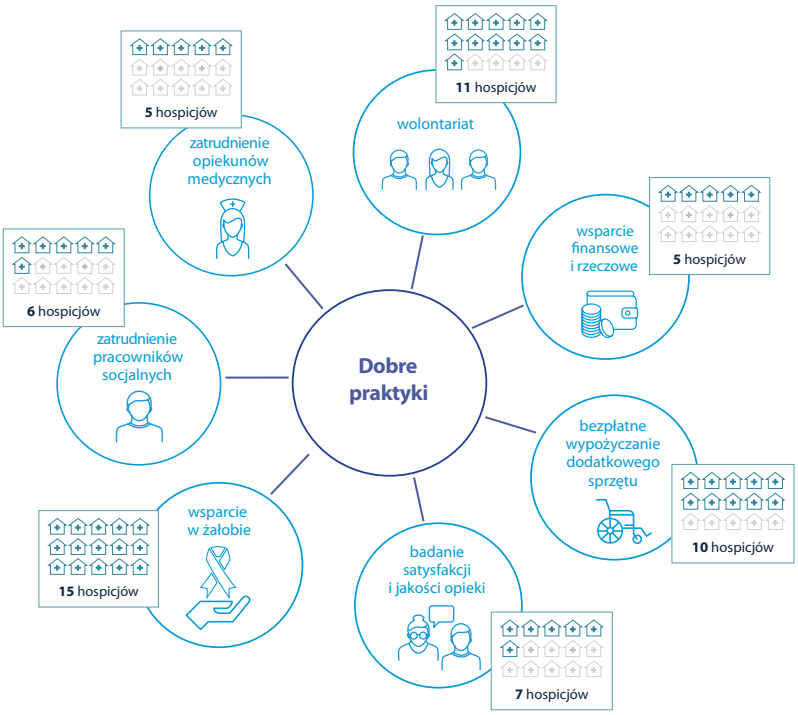
Zindywidualizowane podejście do pacjentów w postaci stosowania – niewymaganego przepisami – indywidualnego planu opieki lub karty potrzeb socjalnych stwierdzono w trzech hospicjach. Zostały one opracowane przez zespół opiekujący się chorym we współpracy z rodziną i zawierały listę potrzeb i preferencji pacjenta oraz podział zadań. Zdaniem NIK diagnozowanie i rejestrowanie potrzeb pacjentów jest niezbędne dla dostosowania opieki do sytuacji danego pacjenta podniesienia jakości świadczeń i optymalnego wykorzystania zasobów.

Pozostałe dobre praktyki stosowane przez hospicja

Jako inne ponadstandardowe, dobre praktyki NIK stwierdziła w kontroli:

- bezpłatne wypożyczenie sprzętu innego niż wymagany przepisami (w 10 hospicjach);
- przygotowanie i przekazanie pacjentom broszury informacyjnej zawierającej pomocne dane o świadczeniach gwarantowanych oraz o możliwości zaspakajania innych potrzeb (10 hospicjów);
- zapewnienie dietetyka (cztery hospicja stacjonarne i dwa domowe);
- zaspakajanie potrzeb estetycznych poprzez usługi fryzjera, kosmetyczki (sześć hospicjów);
- badanie satysfakcji i jakości opieki za pomocą ankiet (siedem hospicjów);
- udzielanie pomocy w przeżywaniu żałoby, polegająca m.in. na pomocy w zorganizowaniu pogrzebu, obecności przedstawiciela hospicjum na pogrzebie, prowadzeniu grup wsparcia (wszystkie);
- zorganizowanie grup wsparcia/pomocy psychologicznej dla personelu hospicjum (osiem hospicjów).

Infografika nr 7
Przykłady dobrych praktyk w opiece paliatywnej



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie wyników kontroli w 15 hospicjach.

Niewystarczająca współpraca z pomocą społeczną

Za niewystarczającą NIK uznaje współpracę hospicjów z ośrodkami pomocy społecznej. Co prawda tylko trzy hospicja przyznały się do braku współpracy z takimi ośrodkami, ale jedynie pięć wskazało konkretną liczbę pacjentów (od jednego do 14) objętych współpracą[135]. W większości współpraca sprowadzała się do wymiany informacji na temat zasad przyznawania pomocy, a także na pomocy w załatwieniu formalności związanych z uzyskaniem zasiłków czy też orzeczenia o niepełnosprawności. Zdaniem NIK, lepiej zorganizowana współpraca z ośrodkami pomocy społecznej mogłaby przyczynić się do podniesienia komfortu życia pacjentów i efektywności wykorzystania środków przekazanych przez państwo.

Dokumentacja w 40% hospicjów prowadzana była elektronicznie

Kontrola próby dokumentacji 617 pacjentów wykazała m.in., że:

a) dokumentacja medyczna zawierała informacje dotyczące stanu choroby, procesu diagnostycznego, leczniczego, pielęgnacyjnego lub rehabilitacji;
b) dokumentacja prowadzona była w postaci papierowej (60% hospicjów) lub elektronicznej (40% hospicjów). Poza nielicznymi przypadkami odnotowywane w niej były wszystkie udzielone porady lub wizyty personelu medycznego;
c) we wszystkich przypadkach do dokumentacji załączone było skierowanie stanowiące podstawę objęcia opieką;
d) wizyty personelu medycznego w domu chorego były niezwłocznie potwierdzone w kartach wizyt (poza stwierdzonymi przypadkami w jednym hospicjum).

[135] Dokumentacja 617 pacjentów jedynie w przypadku trzech hospicjów potwierdziła taką współpracę, którą objęto od 2,5% do 33%.

Błędy w dokumentacji

W dokumentacji trzech hospicjów stwierdzono nieprawidłowości w jej prowadzeniu. Najistotniejszą nieprawidłowością był brak odnotowania wizyt członków personelu na wymaganych zarządzeniem Prezesa NFZ[136] kartach wizyt. Dotyczyło to 123 wizyt lekarzy i pielęgniarek u 31 z 40 pacjentów (78%) jednego z hospicjum. Przedmiotowe karty są jedynym potwierdzeniem zachowania wymaganej częstotliwości świadczeń i stanowią podstawę do uzyskania zapłaty ze strony NFZ. W konsekwencji błędy w ich prowadzeniu uniemożliwiają weryfikację faktu udzielenia świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

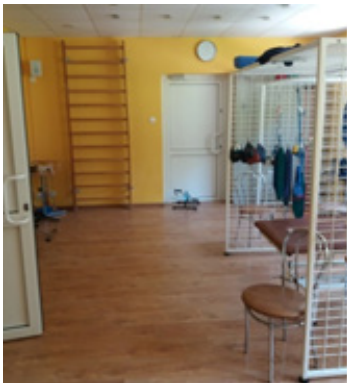
Inną stwierdzoną nieprawidłowością było nieodnotowywanie wizyt w dokumentacji medycznej pacjentów. W jednym hospicjum nie odnotowano 15 wizyt lekarzy lub pielęgniarek u siedmiu pacjentów, a w kolejnym nie odnotowano wizyty psychologa i fizjoterapeuty u dwóch pacjentów.

W trzecim hospicjum w dokumentacji dziewięciu pacjentów stwierdzono braki lub pomyłki polegające m.in. na nieodnotowaniu trybu i godziny ich przyjęcia do hospicjum stacjonarnego, oznaczenia i podpisu lekarza, przeniesienia do innej placówki, okresu pobytu w hospicjum oraz daty zgonu.

Kontrole OPH podmiotów zewnętrznych prawie we wszystkich hospicjach

Prawie wszystkie hospicja zostały skontrolowane przez podmiot zewnętrzny. W trzech hospicjach kontrolę przeprowadził NFZ. Jedna z nich dotyczyła prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń, a dwie – ordynacji leków. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły błędów w dokumentacji medycznej i ordynacji leków. Nałożone kary finansowe wyniosły łącznie 18,6 tys. zł. Poza tym w 10 hospicjach kontrolę przeprowadził SANEPID, a w 11 – inne podmioty (urzędy wojewódzkie, konsultanci wojewódzcy, ZUS, wojewódzki inspektorat farmaceutyczny, audytorzy ISO).

Zdjęcie nr 3 i 4
Sale do fizjoterapii w skontrolowanych hospicjach



Źródło: Materiały kontrolne NIK.

Wszystkie hospicja wskazały na problemy w działalności

Najwięcej skontrolowanych przez NIK hospicjów, zapytanych o problemy w działalności wskazywało na: brak wiedzy personelu oddziałów szpitalnych o OPH, stosowanie uporczywej terapii i zbyt późne kierowanie pacjen-

[136] § 11 ust. 2 pkt 2 zarządzenia Prezesa NFZ nr 73 oraz w § 9 ust. 2 zarządzenia nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna* (NFZ, poz. 54, ze zm.).

tów do OPH[137] (100%), niedofinansowanie opieki (87%), niepewność co do sfinansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone limity oraz brak wiedzy co do strategii państwa odnośnie do OPH (po 80%), brak standardów OPH (53%). Mniej podmiotów wskazywało natomiast na: zbytnie obciążenie personelu, brak ośrodka referencyjnego, niejasność przepisów, nieelastyczność modelu opieki, brak możliwości uzyskania dodatkowych środków na opiekę (po 47%), konieczność ponoszenia kosztów przez wolontariuszy (33%), i braki kadrowe (27%)[138].

Ograniczenia w rozwoju poradni OPH

Spośród 15 podmiotów, w których prowadzona była opieka paliatywna w warunkach domowych 11 uznało, że stan zdrowia pacjentów pozwoliłby na przeniesienie części z nich (28%)[139], do poradni medycyny paliatywnej. Wskazywanym warunkiem jest jednak większa dostępność poradni OPH (związana z wyższą wyceną takich świadczeń). Świadczeniodawcy poinformowali, że wizyta dojazdowa w ramach poradni OPH powinna być wówczas wyceniona na poziomie od 100 zł do 150 zł plus koszty przejazdu[140]. Obecnie obowiązująca średnia stawka to 53,30 zł (średnia 44,52 zł w okresie objętym kontrolą, a najniższa nawet 30 zł).

Świadczenia wykonywane w poradniach OPH stanowią najtańszą formę opieki paliatywnej[141]. Niemniej jednak rozwój poradni ogranicza sposób jej wyceniania – według stałej stawki za poradę niezależnie od miejsca udzielenia[142] (maksymalnie 445,03 zł miesięcznie). W konsekwencji zachęca to do przenoszenia przez świadczeniodawców pacjentów w stanie stabilnym, którzy mogliby korzystać z wizyt domowych w ramach poradni OPH, do bardziej kosztownych i lepiej wycenionych świadczeń w warunkach domowych (maksymalnie 1685,70 zł miesięcznie) lub stacjonarnych (maksymalnie 10 282,80 zł miesięcznie). Problem ten zasygnalizowali w kwietniu 2019 r. Ministrowi Zdrowia Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz PTMP[143].

---

[137] Pacjenci nie są informowani w jakim celu kierowani są do hospicjum, a zbyt późne skierowanie powoduje, że personel hospicjum nie ma możliwości przygotowania pacjentów i ich rodzin do śmierci lub nie może pomóc w opanowaniu objawów somatycznych kiedy pacjenci tego najbardziej potrzebowali.

[138] Porównaj dane co do problemów zgłoszonych przez 264 zapytanych świadczeniodawców.

[139] Średnia dla 15 kontrolowanych świadczeniodawców wyniosła 28%, a zapytanych 264 – 11%.

[140] Średnia dla zapytanych 264 hospicjów wyniosła 142 zł, z tym że liczne były głosy o różnicowaniu wizyt: lekarskich –162 zł i pozostałego personelu – 92 zł.

[141] Zapłata za poradę zamiast np. jak hospicjum domowym za każdy dzień dostępu do świadczeń.

[142] Tj. 55,63 zł za poradę.

[143] http://www.medycynapaliatywna.org/Komunikat-Prezesa-Polskiego-Towarzystwa-Medycyny-Paliatywnej,198.html [dostęp 17 kwietnia 2019 r.]

Gdyby 10% pacjentów ze skontrolowanych przez NIK hospicjów domowych dla dorosłych zostało przeniesionych do poradni OPH, wówczas – uwzględniając niższe koszty świadczeń ambulatoryjnych nawet przy istotnym zwiększeniu wyceny jednostkowego świadczenia – oszczędności NFZ mogłyby sięgnąć jednego miliona złotych[144]. W odniesieniu do całego systemu dałoby to rocznie oszczędności na poziomie od 4 mln zł do 8 mln zł.

Źródło: stock.adobe.com

Oględziny w hospicjach stacjonarnych

W skontrolowanych przez NIK hospicjach stacjonarnych znajdowało się od pięciu do 14 sal chorych, w tym jedno, dwu, trzy i czteroosobowe (od 1,8 do 3,5 pacjentów na salę). Wyposażone były łącznie w 14–28 łóżek, których obłożenie wynosiło średnio 95% w ciągu roku. Łóżka miały funkcję regulowania wysokości, wyposażone były w wysięgniki do podnoszenia pacjentów oraz materace przeciwodleżynowe. W salach znajdowały się telewizory i meble służące do przechowywania rzeczy osobistych pacjentów. Poza jednym hospicjum, przy każdym łóżku znajdowały się sprawne przyciski instalacji przywoławczej. W trzech z ośmiu hospicjów sale były klimatyzowane. Intymność podczas wykonywania zabiegów zapewniały przenośnie parawany. Nie wszystkie sale miały bezpośredni dostęp do toalet i łazienek, ale znajdowały się w nich umywalki. Uwagi NIK w jednym przypadku dotyczyły braku instalacji przywoławczej w postaci dzwonków.

Zdjęcie nr 5 i 6
Łazienka i system do higieny ciała w skontrolowanym hospicjum

Źródło: Materiały kontrolne NIK.

Oddziały wyposażone były w sprzęt wymagany rozporządzeniem w sprawie OPH, tj. m.in. w: sprzęt ułatwiający pielęgnację, koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, inhalatory, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia, zestawy do udzielania pierwszej pomocy, kule, laski, balkoniki, wózki inwalidzkie, aparaty EKG. Pacjenci hospicjum mogli korzystać z sali do rehabi-

[144] 10% z 10 660 pacjentów to 1066 pacjentów. Przeciętnie pacjent przebywa w hospicjum domowym przez 82 dni w roku, za co NFZ zapłacił przeciętnie 4277,12 zł (52,16 zł x 82 dni), tj. za wszystkich pacjentów 4559,4 tys. zł. W tym okresie pacjenta 23 razy odwiedza pielęgniarka oraz sześć razy lekarz. Brak elastyczności co do częstotliwości wizyt wykazana była przez hospicja jako jeden z problemów funkcjonowania OPH. Zgodnie z ww. postulatem, przeniesienie pacjenta do poradni i ograniczenie w takich przypadkach częstotliwość wizyt domowych do jednej wizyty w tygodniu pielęgniarki oraz do jednej wizyty w miesiącu lekarza, przynajmniej przez połowę pobytu w hospicjum domowym spowodowałoby, że NFZ za tak sprawowaną opiekę w poradni zapłaciłby 1450 zł (7,25 wizyty x 200 zł) przy maksymalnej żądanej stawce wizyty oraz 725 zł przy minimalnej 7,25 wizyty x 100 zł). Dla 1066 pacjentów dałoby to łącznie 1545,7 tys. zł i 772,9 tys. zł, tj. oszczędności za 41 dni na poziomie od 0,7 mln zł do 1,5 mln zł.

litacji, świetlicy, kuchni i kaplicy. W hospicjach wyodrębniono też sale pro morte[145]. Przy budynkach hospicjum znajdowały się zagospodarowane tereny zielone, z których mogli korzystać chorzy i odwiedzający.

Zdjęcie nr 7, 8 i 9
Tereny zielone przy skontrolowanych hospicjach

Źródło: Materiały kontrolne NIK.

Pacjent poza hospicjum

Oględziny w jednym hospicjum wykazały, że jeden z pacjentów został umieszczony poza hospicjum w zakładzie opiekuńczo-leczniczym. Dyrektor wyjaśniła, że pacjentów, którzy byli w stosunkowo dobrej kondycji (pozwalającej na udział w terapii lub w pełni świadomych) umieszczano w indywidualnych przypadkach w tym zakładzie, z uwagi na ich komfort psychiczny, możliwość przebywania z pacjentami będącymi w podobnym stanie. Jej zdaniem w takich sytuacjach kierowano się wyłącznie dobrem pacjenta. W opinii NIK jeżeli pacjent jest zakwalifikowany do opieki w jednej komórce organizacyjnej, to powinien mieć udzielone świadczenia w miejscu do tego przeznaczonym, spełniającym odpowiednie wymogi.

Zdjęcie nr 10 i 11
Fragment sali chorych i sala *pro morte* w skontrolowanym hospicjum

Źródło: Materiały kontrolne NIK.

[145] Pomieszczenie, w którym przechowuje się zwłoki pacjenta.

Początki perinatalnej opieki paliatywnej

Perinatalna opieka paliatywna stała się świadczeniem gwarantowanym od lutego 2017 r. Pierwsze pacjentki zostały nią objęte dopiero w 2018 r. Skontrolowane przez NIK hospicja objęły refundowaną przez NFZ opieką 88% wszystkich pacjentek w kraju (90 ze 101), w tym jeden świadczeniodawca przyjął 89 pacjentek. Ponadto w latach 2015–2018 (I półrocze) opieką taką objął on także 1554 innych pacjentek z całego kraju, ale świadczenia te nie były finansowane z NFZ. Do końca 2018 r. Oddziały NFZ podpisały umowy o świadczenie perinatalnej opieki paliatywnej z 15 świadczeniodawcami (w sześciu województwach świadczenia takie wciąż nie zostały zakontraktowane). Największą część świadczeń w Polsce (82%) realizował ww. podmiot.

W skontrolowanym hospicjum świadczeń opieki perinatalnej udzielał jeden lekarz oraz od trzech do czterech psychologów. W ramach koordynacji opieki pracownicy świadczeniodawcy kontaktowali się z lekarzami i położnymi udzielającymi świadczeń w placówkach wskazanych przez ciężarne pacjentki, a wsparcie po porodzie rozciągało się poza wymagane prawnie 28 dni, dzięki czemu rodzice zmarłego dziecka mogli uczestniczyć w spotkaniach grupy wsparcia w żałobie w zależności od potrzeb. Podmiot ten weryfikował wstępne diagnozy postawione w innych ośrodkach medycznych i w przypadku potwierdzenia śmiertelnej wady płodu, oferował opiekę w ramach hospicjum perinatalnego.

Wnioski po kontroli

Do 10 z 15 skontrolowanych hospicjów NIK skierowała łącznie 26 wniosków dotyczących usunięcia stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowości. Wnoszono m.in. o:

- zapewnienie minimalnej liczby personelu medycznego według równoważników etatu przeliczeniowego wymaganych rozporządzeniem *w sprawie OPH* (do sześciu hospicjów);
- zapewnienie pacjentom wymaganej przepisami prawa minimalnej częstotliwości wizyt domowych personelu medycznego (do trzech hospicjów);
- zapewnienie udzielania świadczeń przez lekarzy mających wymagane kwalifikacje (do dwóch hospicjów);
- prawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej (do trzech hospicjów);
- prawidłowe rozliczanie udzielonych świadczeń, tj. raportowanie jedynie zrealizowanych świadczeń udzielonych pacjentom z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi się do OPH według obowiązujących przepisów (do trzech hospicjów);
- bieżące raportowanie do NFZ zmian stanu zatrudnienia (do czterech hospicjów);
- wyliczenie minimalnej normy zatrudnienia pielęgniarek w opiece stacjonarnej zgodnie z przepisami oraz podjęcie działań w celu dostosowania liczby zatrudnionych pielęgniarek do ustalonych norm (jedno hospicjum).

5.4. Rozliczanie świadczeń

Rozliczanie, monitorowanie, kontrola

Z powodu wadliwego systemu informatycznego oraz niewystarczającego nadzoru Prezesa NFZ, Oddziały NFZ za prawidłowe uznały świadczenia na kwotę 2,6 mln zł niemieszczące się w katalogu świadczeń gwarantowanych. Niewielka liczba kontroli przeprowadzonych przez cztery skontrolowane przez NIK Oddziały NFZ – w ciągu trzech i pół roku skontrolowano

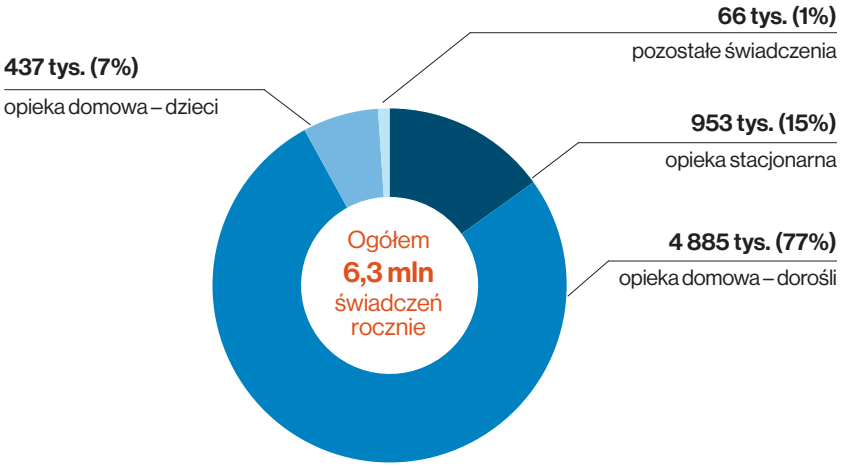
jedynie 12,5% świadczeniodawców – nie sprzyja realizacji funkcji prewencyjnej kontroli. Poza tym pomimo iż NFZ sygnalizował Ministrowi Zdrowia konieczność podniesienia jakości świadczeń OPH poprzez opracowanie standardów, sam nie skorzystał z możliwości podniesienia jakości świadczeń poprzez opracowanie kwestionariusza jakości.

5.4.1. Centrala NFZ

Wśród OPH dominowały świadczenia dla dorosłych w warunkach domowych (77%)

W okresie objętym kontrolą NFZ sfinansował kwotą 1871,1 mln zł: 17 mln świadczeń[146] w warunkach domowych dla dorosłych oraz 3,3 mln świadczeń w warunkach stacjonarnych, 1,5 mln świadczeń domowych dla dzieci, 230,1 tys. porad w warunkach ambulatoryjnych (średnio 65,7 tys. rocznie) oraz 101 kompleksowych świadczeń opieki perinatalnej (w I półroczu 2018 r.).

Wykres nr 3
Średnioroczna struktura świadczeń OPH w latach 2015–2018 (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

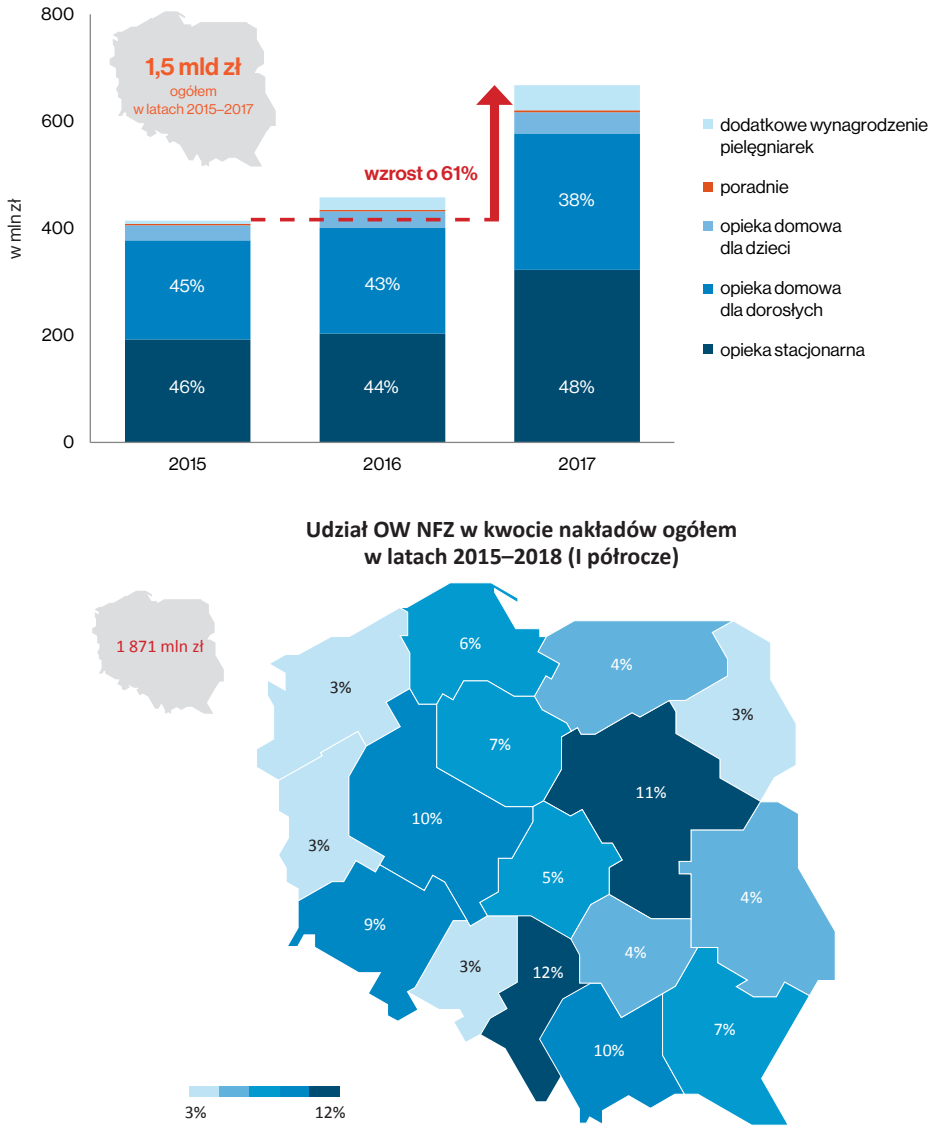
Najwyższe nakłady przeznaczono na opiekę stacjonarną

Roczne nakłady NFZ na świadczenia OPH wyniosły od 414,4 mln zł w 2015 r. do 667,6 mln zł w 2017 r.[147] Najwyższe nakłady przeznaczano na opiekę w warunkach stacjonarnych (880,2 mln zł) i domowych dla dorosłych (758,7 mln zł). Na opieką domową dla dzieci wydatkowano 117 mln zł, na poradnie OPH 9,8 mln zł, zaś na opiekę perinatalną 153,6 tys. zł. Pozostałą kwotę przeznaczono na dodatkowe wynagrodzenie dla pielęgniarek we wszystkich zakresach świadczeń. Największe nakłady poniesiono w województwach śląskim i mazowieckim, a najniższe w lubuskim, opolskim, podlaskim i zachodniopomorskim.

[146] Liczba świadczeń w warunkach domowych i stacjonarnych oznacza tu liczbę osobodni w opiece.

[147] 748,9 mln zł w 2018 r. według danych z systemu informatycznego NFZ z maja 2019 r.

Infografika nr 8
Nakłady na OPH w poszczególnych zakresach w latach 2015–2017



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

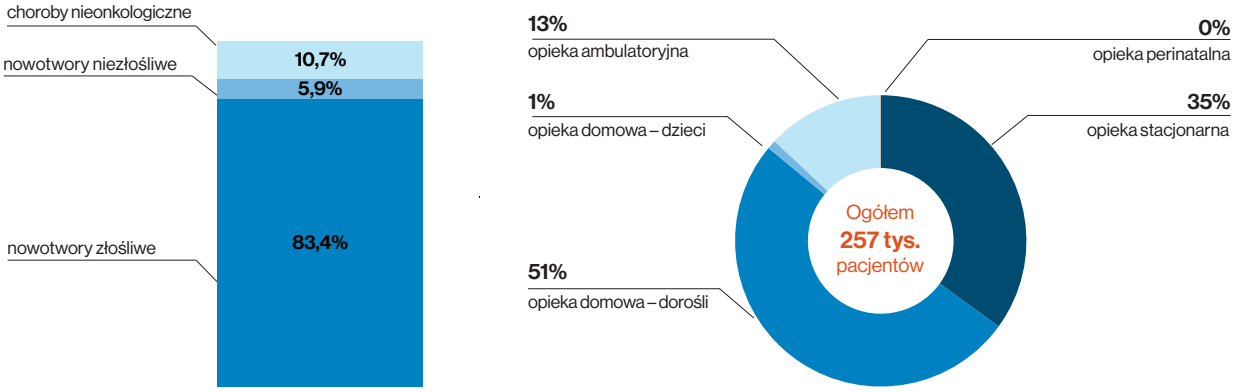
W latach 2015–2018 (I półrocze) z OPH skorzystało 257 tys. osób. Pacjenci dorośli najczęściej korzystali z opieki domowej dla dorosłych (159 tys. pacjentów), następnie stacjonarnej (111 tys.) i ambulatoryjnej (40 tys.). Domową opieką paliatywną objęto ponad 3 tys. dzieci. Opieką perinatalną wsparto 101 rodzin. Część pacjentów (56 tys.) korzystała z więcej niż jednego zakresu świadczeń. Rocznie opieką paliatywną objętych było 55,6 tys. pacjentów dorosłych w hospicjach domowych, 34 tys. pacjentów w hospicjach stacjonarnych, 14,3 tys. pacjentów w poradniach OPH oraz 1,8 tys. dzieci w hospicjach domowych.

W latach 2015–2018 (I półrocze) z OPH skorzystało 257 tys. pacjentów

Przyczyną skierowania do opieki były głównie choroby onkologiczne (89,3%), zwłaszcza układu pokarmowego (22% pacjentów) oraz płuc (17%). Wśród pacjentów cierpiących na choroby nienowotworowe dominujące było owrzodzenie odleżynowe (4,6% pacjentów).

Wśród przyczyn skierowania do OPH dominowały choroby nowotworowe

Wykres nr 4
Struktura pacjentów wg jednostek chorobowych oraz zakresów udzielania świadczeń OPH (lata 2015–2017)



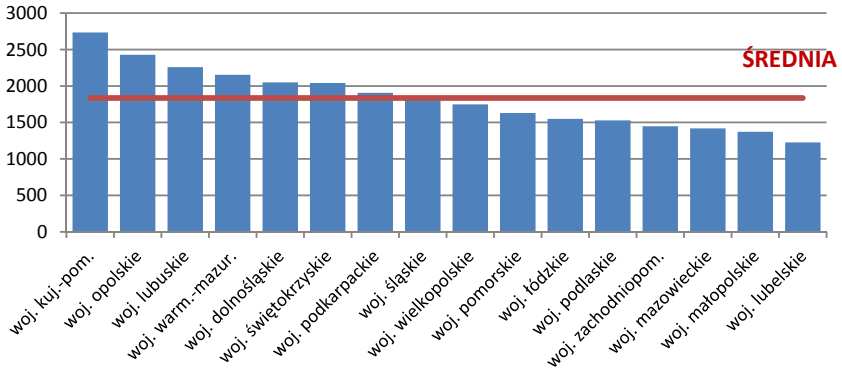
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Najdłużej opieką paliatywną były objęte dzieci – średnio rok i pięć miesięcy, następnie dorośli w warunkach domowych – 3,5 miesiąca. Przeciętny okres przebywania w hospicjum stacjonarnym wyniósł niecały miesiąc.

Zróżnicowana dostępność do świadczeń – liczba świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych

Ze względu na brak obowiązku sprawozdawania o kolejkach[148] NFZ określał dostępność przede wszystkim za pomocą wskaźnika liczby świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych. Średnioroczna liczba świadczeń w latach 2015–2017 dla kraju wyniosła nieco ponad 1800. W odniesieniu do tej średniej istotnie wyższą liczbę świadczeń udzielono w województwie kujawsko-pomorskim, a następnie opolskim. Poniżej średniej udzielono świadczeń w ośmiu województwach, w tym najmniej w województwach lubelskim, małopolskim, mazowieckim i zachodniopomorskim.

Wykres nr 5
Średnioroczna liczba świadczeń OPH w latach 2015–2017



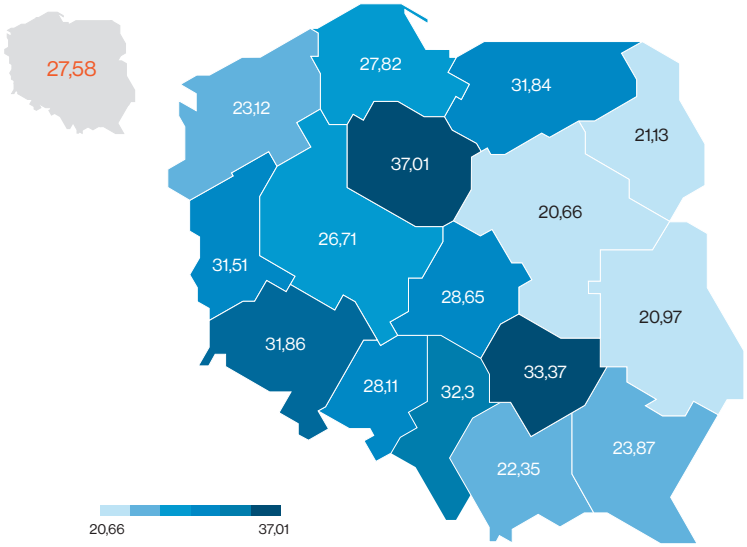
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

[148] Obowiązek kolejkowania w hospicjach stacjonarnych i domowych wprowadzono od 1 stycznia 2020 r. w wyniku zmiany art. 20 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*, na podstawie art. 4 pkt. 3 lit. a ustawy 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).
W wyniku wprowadzonej zamiany świadczeniodawcy zostali zobowiązani do przekazywania do NFZ danych dotyczących list oczekujących na świadczenie zgodnie z § 8 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).

Zróżnicowana dostępność do świadczeń – liczba pacjentów na 10 tys. mieszkańców

Ponieważ wskaźnik liczby świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych nie jest w pełni miarodajny (nie odnosi się bowiem do liczby pacjentów), NIK przeprowadziła własną analizę dostępności do świadczeń OPH w oparciu o liczbę pacjentów OPH przypadających na 10 tys. mieszkańców w każdym województwie[149]. Średnia krajowa tego wskaźnika dla OPH ogółem wzrosła z 27,00 w 2015 r. do 28,20 w 2017 r. (średnia z trzech lat wyniosła 27,58). Najwięcej pacjentów było w województwach: kujawsko-pomorskim i świętokrzyskim, a najmniej w województwach: mazowieckim, lubelskim i podlaskim. Różnice pomiędzy województwami sięgają nawet **79%.**

Infografika nr 9
Średnioroczna liczba pacjentów na 10 tys. mieszkańców (2015–2017) – OPH ogółem



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

Znaczne różnice w dostępności w poszczególnych zakresach OPH

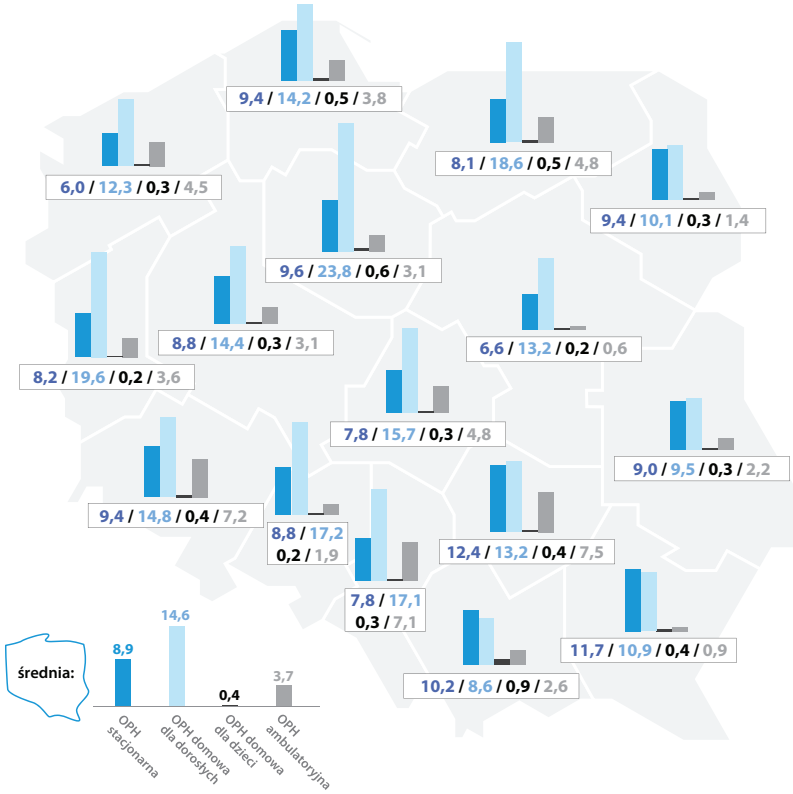
Różnice w średniej tego wskaźnika były znaczące w przypadku poszczególnych zakresów:

- w warunkach stacjonarnych wyniosły **do 105%** (najwyższy wskaźnik osiągnięto w województwie świętokrzyskim, podkarpackim i małopolskim, a najniższy w zachodniopomorskim i mazowieckim);
- w hospicjach domowych dla dorosłych wyniosły **do 176%** (najwyższy wskaźnik zanotowało województwo kujawsko-pomorskie, a najniższy województwa: małopolskie i lubelskie);
- w hospicjach domowych dla dzieci różnice były **6-krotne** (najwięcej pacjentów w województwie małopolskim, a najmniej w lubuskim);
- w poradniach medycyny paliatywnej różnice były nawet **12-krotne** (najwyższy wskaźnik osiągnięto w województwie śląskim i dolnośląskim, a najniższe w mazowieckim i podkarpackim).

Najbliżej średniej wartości krajowej (uwzględniając wszystkie zakresy) plasowało się województwo pomorskie.

[149] Liczba pacjentów bez powtórzeń co do roku, identyfikatora, kodu świadczenia i OW NFZ. Pacjent, któremu udzielane były w danym roku świadczenia w różnych zakresach liczony był dwukrotnie i pacjent, któremu udzielane były w danym roku świadczenia w dwóch lub więcej województwach liczony był dwukrotnie (tak aby nie było poszkodowane żadne województwo i żaden zakres udzielanych świadczeń). Natomiast pacjent, któremu udzielany był wielokrotnie w danym roku ten sam zakres świadczenia w jednym województwie liczony był jeden raz.

Infografika nr 10
Średnioroczna liczba pacjentów OPH na 10 tys. mieszkańców (2015–2017) – w poszczególnych zakresach OPH



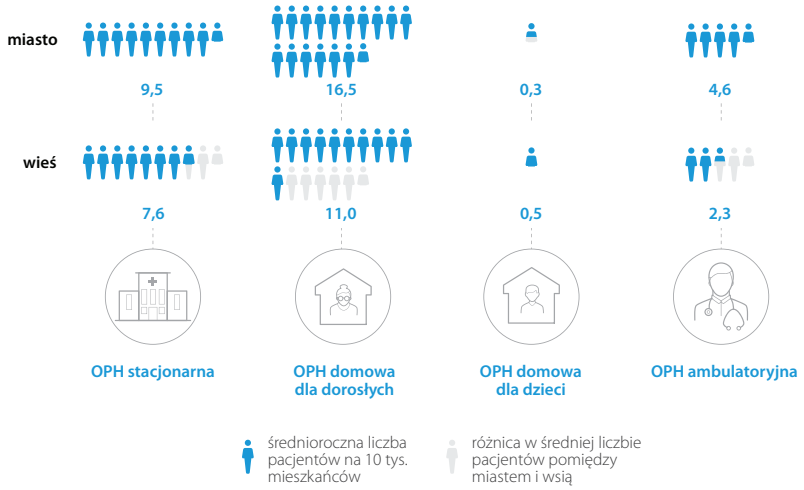
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ i GUS.

Trudniejsza dostępność na terenach wiejskich

Żaden podmiot publiczny nie prowadził analiz dostępności do OPH na terenach wiejskich. Analiza NIK wykazała, że ze świadczeń OPH korzystało o ponad 45% więcej pacjentów z gmin miejskich niż wiejskich. Średni wskaźnik liczby pacjentów na 10 tys. mieszkańców w OPH ogółem wyniósł od 30,35 w 2015 r. do 31,47 w 2017 r. dla gmin miejskich i odpowiednio 20,89 i 22,04 dla gmin wiejskich. Średnia liczba pacjentów z miast, którym udzielono porady w poradni medycyny paliatywnej była prawie dwukrotnie wyższa od średniej dla pacjentów z gmin wiejskich. Natomiast średnia dla pacjentów korzystających z hospicjum domowego dla dorosłych z gmin miejskich była o 50% wyższa niż średnia dla gmin wiejskich. Dla świadczeń w warunkach stacjonarnych różnica ta wynosiła 25%.

Sytuacja była odmienna w przypadku hospicjów domowych dla dzieci. Częściej korzystali z nich pacjenci, którzy mieszkali w gminach wiejskich – średnia od 0,41 w 2015 r. do 0,44 w 2016 r. i 0,50 w 2017 r. Dla gmin miejskich wartości te wynosiły w poszczególnych latach: 0,31, 0,32 i 0,37.

Infografika nr 11
Zróżnicowana skala obejmowania opieką w mieście i na wsi (według średniorocznej liczby pacjentów OPH na 10 tys. mieszkańców)



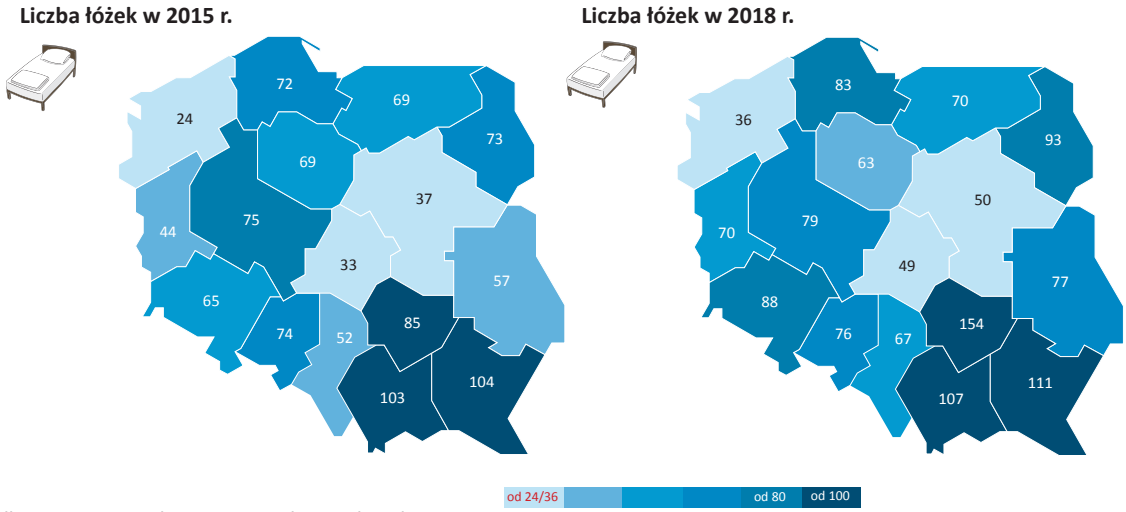
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ oraz GUS.

Niejednolitość podejścia do wskaźnika liczby łóżek

EAPC szacuje, że na każdy milion mieszkańców potrzeba zapewnić 80–100 łóżek w opiece paliatywnej. Wyniki kontroli pokazały, że w 2015 r. wskaźnik ten nie był osiągnięty w 13 województwach (brakowało wówczas łącznie 791 łóżek), a w 2018 r. w 10 województwach[150] (brakowały w nich łącznie 443 łóżka). Niemniej jednak liczba łóżek zwiększyła się o 23%. NIK zwraca uwagę na niejednolitość obliczania zalecanego wskaźnika liczby łóżek na 1 milion mieszkańców. Minister Zdrowia, Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz Oddziały NFZ uwzględniają we wskaźniku jedynie łóżka zapewnione w ramach OPH, podczas gdy według Centrali NFZ należy uwzględniać także łóżka zapewnione w ramach opieki długoterminowej. Według Centrali NFZ pacjenci mogą otrzymać inną formę opieki (np. podstawową opieką zdrowotną, pielęgniarską opieką długoterminową) i w związku z tym żaden pacjent nie pozostaje bez opieki. Nie kwestionując tego, że pacjenci mają prawo do różnych świadczeń, to nie zastąpią one specjalistycznej pomocy z dziedziny medycyny paliatywnej. Problem ten mógł zostać rozwiązany przez Ministra w strategii OPH.

[150] Tj.: kujawsko-pomorskim, lubuskim, lubelskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, śląskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim.

Infografika nr 12
Liczba łóżek na 10 tys. mieszkańców w 2015 r. i 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych z MZ.

Niewystarczający nadzór nad OW NFZ

Działania nadzorcze Prezesa Funduszu wobec OW NFZ były nieskuteczne, ponieważ:

trzy OW NFZ zaniechały przeprowadzenia procedury konkursowej na opiekę perinatalną

a) Oddziały NFZ nie zapewniły realizacji świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie sześciu województw[151]. Na terenie trzech województw[152] w ogóle nie ogłoszono konkursów na te świadczenia, zaś w pozostałych trzech nie wyłoniono świadczeniodawcy, który spełniał wymagania prawne. Zdaniem NIK, Prezes NFZ w ramach sprawowanego nadzoru powinien monitorować zapewnienie realizacji świadczeń OPH we wszystkich województwach i podejmować działania ukierunkowane na zapewnienie dostępu tych świadczeń w danym regionie;

Oddziały NFZ sfinansowały świadczenia OPH niemieszczące się w katalogu

b) wykorzystując ustalone przez Centralę NFZ reguły weryfikacyjne w systemie informatycznym Oddziały finansowały świadczenia OPH, niemieszczące się w katalogu świadczeń gwarantowanych. System nie weryfikował poprawności wprowadzania niektórych danych, w związku z tym NFZ zapłacił 2595,5 tys. zł za świadczenia, które nie mieściły się w katalogu świadczeń gwarantowanych, tj. tych, których kody zostały wskazane w wykazie określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia *w sprawie OPH* jako jednostki chorobowe kwalifikujące do OPH. W zależności od zakresu OPH dotyczyło to od 12 do 14 OW NFZ. Do 23 maja 2019 r. Oddziały NFZ odzyskały od świadczeniodawców nienależne im środki w kwocie 66,5 tys. zł;

niejednolite traktowanie świadczeniodawców udzielających opieki ponad ustalone limity

c) Oddziały NFZ podpisywały po zakończeniu okresu rozliczeniowego ugody oraz aneksy pomimo tego, że część ze sfinansowanych świadczeń mogła nie spełniać warunków wynikających z art. 15 ustawy *o działalności leczniczej* oraz z art. 19 ustawy *o świadczeniach*. Prezes NFZ nie określił jednolitych zasad finansowania świadczeń w taki sposób, aby nie było konieczności zwiększania zobowiązań Oddziałów po zakończeniu okresu rozliczeniowego. Kierował do Oddziałów coroczne wytyczne w sprawie zwiększania zobowią-

[151] Tj. woj. kujawsko-pomorskiego, woj. lubuskiego, woj. podlaskiego, woj. świętokrzyskiego, woj. wielkopolskiego, woj. zachodniopomorskiego.

[152] Tj. w woj. podlaskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim.

zań Funduszu. Łączna wartość ugód i aneksów zwiększających zobowiązanie Funduszu, a zawieranych po zakończeniu okresu rozliczeniowego (dotycząca świadczeń udzielonych w latach 2015–2017), wyniosła 78,5 mln zł.

Świadczeniodawcy udzielający świadczeń ponad limity określone w umowach byli traktowani niejednolicie[153]: w części województw ze świadczeniodawcami zawierano aneksy (według 100% stawki kontraktowej), a w innych ugody wg różnej[154] stawki procentowej ceny kontraktowej (najmniej 42%)[155].

Prezes NFZ nie określił kwestionariusza jakości

Prezes NFZ nie opracował kwestionariusza jakości udzielanych świadczeń OPH choć miał takie uprawnienia, wynikające z § 3 ust. 4 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów*. Kwestionariusz stanowić może, w opinii NIK, ważny warunek w zapewnieniu należytej jakości udzielanych świadczeń, w sytuacji braku opracowania przez Ministra Zdrowia standardów świadczenia opieki paliatywnej, których potrzebę sygnalizował Ministrowi Prezes NFZ w pismach z 2016 r. Kwestionariusz mógłby przyczynić się do ustandaryzowania świadczeń, podniesienia ich jakości i poprawy nadzoru nad wykonywaniem świadczeń przez OW NFZ.

Prezes Funduszu nierzetelnie realizował obowiązek określania jakości i dostępności świadczeń OPH. Pomimo tego, że NFZ sygnalizował Ministrowi Zdrowia konieczność podniesienia jakości świadczeń OPH poprzez opracowanie standardów, sam nie skorzystał z możliwości podniesienia jakości świadczeń poprzez opracowanie kwestionariusza jakości.

Źródło: ©anyaberkut - stock.adobe.com

NIK zauważa, że brak określenia kwestionariusza skutkuje niemożliwością wypełnienia przez świadczeniodawców nakazu sformułowanego w § 3 ust. 4 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów*, tj. stosowania kwestionariusza jakości.

5.4.2. Skontrolowane Oddziały NFZ

OW NFZ na różnym poziomie finansowały świadczenia

W okresie objętym kontrolą skontrolowane Oddziały NFZ za udzielone świadczenia OPH zapłaciły łącznie 413,6 mln zł, w tym ponad 32 mln zł stanowiły kwoty zapłacone za świadczenia wykonane ponad ustalone limity. Finansowano je na poziomie od 42% do 100% cen kontraktowych. Najwięcej świadczeń ponad limit dotyczyło świadczeń w warunkach domowych dla dorosłych. Jednocześnie 36 świadczeniodawców zrealizowało świadczenia poniżej 90% kontraktu. W większości przypadków niewykonania dotyczyły poradni medycyny paliatywnej oraz hospicjów domowych dla dorosłych. Oddziały NFZ monitorowały poziom realizacji umów OPH poprzez

[153] W 2015 r. w dziewięciu województwach podpisano aneksy, w pięciu ugody, w jednym obydwa rodzaje dokumentów, a w jednym w ogóle nie płacono za świadczenia zrealizowane ponad limity. W 2016 r. w pięciu województwach podpisano aneksy, w ośmiu ugody, a w trzech obydwa rodzaje dokumentów. W 2017 r. w dwóch województwach podpisano aneksy, w 10 ugody, a w czterech obydwa rodzaje dokumentów.

[154] Np. w 2015 r. w czterech województwach ugody były płacone na poziomie od 42% do 80% w zależności od zakresu, w jednym od 59% do 100% w zależności od zakresu, a w jednym 100% we wszystkich zakresach.

[155] Średnia z najniższych stawek w poszczególnych latach i zakresach wyniosła 56%.

comiesięczne analizy raportów[156], ustalając na ich podstawie stan realizacji świadczeń (w tym przekroczenia bądź niewykonania kontraktu). W trakcie roku zdarzały się przypadki, że OW NFZ zwiększał pierwotnie określone limity, ale praktyka ta była niejednolita, ponieważ nie dotyczyła wszystkich województw i wszystkich świadczeń udzielonych ponad limity. Na przykład za świadczenia udzielone w 2016 r. ponad ustalone limity:

Przykłady

W warunkach stacjonarnych **Zachodniopomorski OW NFZ** finansował je na poziomie **80%** cen kontraktowych, podczas gdy Warmińsko-Mazurski OW NFZ jedynie na poziomie **50%** (przy niższej od średniej krajowej cenie kontraktowej[157]).

W warunkach domowych dla dorosłych **Lubuski OW NFZ** finansował je na poziomie **99%** cen kontraktowych, podczas gdy Warmińsko-Mazurski OW NFZ na poziomie jedynie **50%** (przy niższej od średniej krajowej cenie kontraktowej[158]).

W warunkach ambulatoryjnych **Warmińsko-Mazurski OW NFZ** finansował je na poziomie **100%** cen kontraktowych, podczas gdy Zachodniopomorski na poziomie **80%** (przy najniższej w kraju cenie kontraktowej[159]).

Niejednolite podejście do finansowania świadczeń udzielonych ponad limit utrwala u świadczeniodawców poczucie finansowej niepewności i jest czynnikiem zniechęcającym ich do przyjmowania pacjentów ponad ustalone w umowach limity, albowiem wiąże się z tym ryzyko finansowe. Na problem niepewności co do sfinansowania świadczeń wykonanych ponad ustalone limity uwagę zwróciło 80% skontrolowanych hospicjów.

Zinformatyzowana weryfikacja sprawozdań statystycznych

Weryfikacja przez Oddziały NFZ sprawozdań statystycznych przedkładanych przez świadczeniodawców, poprzedzających wystawienie faktury, odbywała się głównie automatycznie. Stosowany w Oddziałach system informatyczny sprawdzał m.in.: współwystępowanie świadczeń, których sumowanie jest niedozwolone (tzw. koincydencje).

Niewystarczająco skuteczny monitoring

Łącznie Oddziały NFZ zakwestionowały w badanym okresie świadczenia o wartości 4,7 mln zł, co stanowiło nieco ponad 1% kwoty zapłaconej. O niewystarczającej skuteczności NFZ w monitorowaniu realizacji umów świadczy jednak fakt zidentyfikowania przez NIK w pięciu OW NFZ przypadków zapłaty (łącznie 418 tys. zł) za świadczenia spoza katalogu uprawniającego do OPH oraz nieprawidłowości stwierdzone w 12 z 15 skontrolowanych hospicjów.

Nieczęste kontrole NFZ u świadczeniodawców

Świadczeniodawcy byli rzadko kontrolowani przez NFZ. Pięć Oddziałów NFZ przeprowadziło przez 3,5 roku łącznie 26 kontroli[160]. Skontrolowano od 8% do 27% podmiotów: najwięcej hospicjów domowych dla dorosłych (21), a najmniej poradni OPH (2). W ramach kontroli planowa-

[156] Dotyczące okresu, liczby i wartości udzielonych świadczeń w rozbiciu na świadczeniodawców i na zakresy świadczeń.

[157] Tj. 212 zł przy średniej krajowej 216 zł.

[158] Tj. 39,69 zł przy średniej krajowej 41,33 zł.

[159] Tj. 32 zł przy średniej krajowej 37 zł.

[160] W tym 16 Mazowiecki OW NFZ. Pozostałe oddziały skontrolowały od dwóch do trzech podmiotów.

nych sprawdzano realizację świadczeń, harmonogram czasu pracy i kwalifikacje personelu, sposób objęcia opieką, wyposażenie w sprzęt, kwalifikowanie pacjentów do świadczeń. W następstwie kontroli NFZ zobowiązał świadczeniodawców do skorygowania świadczeń – pomniejszenia o wartość 16,2 tys. zł oraz zapłacenia kar w łącznej kwocie 64 tys. zł.

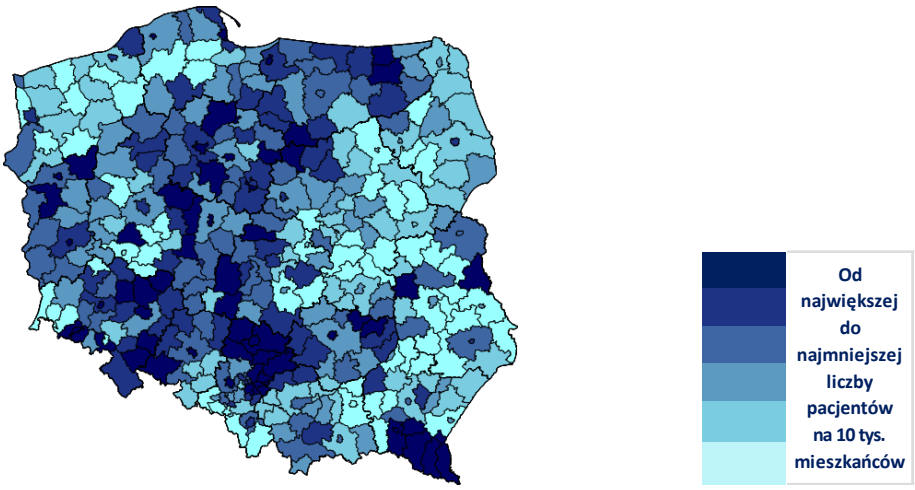
Niewielka liczba kontroli przeprowadzonych przez cztery skontrolowane przez NIK Oddziały NFZ[161] – w ciągu trzech i pół roku skontrolowano jedynie 12,5% świadczeniodawców – nie sprzyja realizacji funkcji prewencyjnej kontroli. Np. w województwie zachodniopomorskim w ciągu tego okresu nie skontrolowano żadnego hospicjum stacjonarnego, hospicjum domowego dla dzieci oraz poradni OPH, nie przeprowadzono też kontroli w żadnym z pięciu podmiotów, na które zostały złożone skargi, oraz w żadnym z czterech podmiotów w przypadku zwiększania limitów świadczeń ponad wykazane w umowach zasoby. Również w województwie lubuskim tych trzech zakresów w ogóle nie kontrolowano, a w warmińsko-mazurskim nie przeprowadzano kontroli warunków stacjonarnych i domowych dla dzieci. Ponadto kontrole NFZ odnosiły się głównie do aspektów formalnych. Jeden z zapytanych przez NIK świadczeniodawców stwierdził, że kontrola NFZ *sprowadza się jedynie do kwestii formalnych i poszukiwania możliwości nałożenia kar. Istotnym jest przede wszystkim kompletność dokumentacji, wymogi formalne co do personelu a nie dostępność i jakość oraz kompleksowość świadczeń.*

Ponad 60% skarg pacjentów uznano za zasadne

W okresie objętym kontrolą, na 29 świadczeniodawców złożono skargi do NFZ. Ponad 60% z nich zostało uznanych za zasadne. NFZ potwierdził brak należytego zaangażowania i empatii personelu podczas opieki, niezapewnienie sprzętu, odmowy objęcia opieką, pobranie opłaty za transport sanitarny, brak gromadzenia informacji z wizyt domowych, brak wizyty lekarskiej. W pięciu z 29 przypadków w celu rozpatrzenia skarg NFZ przeprowadziło kontrole u świadczeniodawców.

Infografika nr 13

Średnioroczna liczba pacjentów na 10 tys. mieszkańców (2015–2017) – OPH ogółem dla powiatów



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

[161] Lubuski OW NFZ, Opolski OW NFZ, Warmińsko-Mazurski OW NFZ i Zachodniopomorski OW NFZ.

Zróżnicowana dostępność na wybranych terenach

Dostępność do świadczeń OPH liczona za pomocą liczby pacjentów w przeliczeniu na liczbę mieszkańców na obszarze danego Oddziału NFZ była zróżnicowana. W latach 2015–2017 najwyższy wskaźnik uzyskano w województwie warmińsko-mazurskim – 31,84, a najniższy w województwie mazowieckim – 20,66. Różnice występowały również na poszczególnych terenach skontrolowanych pięciu województw.

Przykłady

Na przykład wskaźnik dla grupy pięciu powiatów, na terenie których nie było poradni medycyny paliatywnej (łobeski, drawski, stargardzki, choszczeński i wałecki), był o odpowiednio 66%, 46% i 54% niższy niż w pozostałych powiatach **województwa zachodniopomorskiego** (od 12 do 14 pacjentów, podczas gdy dla pozostałej grupy powiatów od 20 do 21).

Żaden mieszkaniec z dziewięciu powiatów (na 42) nie uzyskał świadczenia w poradni medycyny paliatywnej sfinansowanego przez **Mazowiecki OW NFZ** (wskaźnik 0, natomiast w przypadku powiatu przasnyskiego wskaźnik ten wyniósł w 2017 r. ponad 14). W 10 powiatach żadne dziecko nie uzyskało świadczenia w hospicjum domowym. W przypadku świadczeń w warunkach stacjonarnych w 25 powiatach wskaźnik liczby udzielonych świadczeń znajdował się poniżej średniej województwa (6,55), a w czterech wyniósł od 16 do prawie 30[162]. Najniższe wskaźniki dla wszystkich zakresów OPH (na poziomie ok. 50% średnich dla województwa) osiągnięto w czterech powiatach: sochaczewskim, sokołowskim, ostrołęckim i wyszkowskim.

Województwo warmińsko-mazurskie należy do województw, w którym liczba pacjentów obejmowanych OPH jest najwyższa, lecz również notuje istotne różnice. Najwięcej pacjentów korzystało ze świadczeń OPH z powiatu węgorzewskiego, a najmniej z powiatu szczycieńskiego (różnice na poziomie 270%). Liczba pacjentów hospicjum domowego dla dorosłych na 10 tys. mieszkańców wg powiatów kształtowała się na poziomie od 10 do 32. Najmniej pacjentów było w powiatach iławskim i oleckim. Wpływ na dostępność świadczeń w warunkach ambulatoryjnych miała lokalizacja poradni OPH. Nie było jej w ośmiu powiatach (ostródzkim, oleckim, gołdapskim, mrągowskim, piskim, szczycieńskim, lidzbarskim i elbląskim), w których liczba pacjentów była najniższa. Różnice dla warunków stacjonarnych były wielokrotne. Najmniej pacjentów pochodziło z powiatów: iławskiego, nowomiejskiego, szczycieńskiego i ełckiego, a najwięcej z powiatu działdowskiego.

W **województwie lubuskim** najmniej pacjentów OPH było mieszkańcami powiatu wschowskiego, a najwięcej powiatów strzelecko-drezdeńskiego, sulęcińskiego i Gorzowa (różnice wyniosły nawet 100%). Najmniej osób korzystających z usług poradni OPH również pochodziło z powiatu wschowskiego (odległość od Wschowy do najbliższej poradni w Zielonej Górze wynosi 65 km). Ze świadczeń w ramach hospicjum domowego dla dzieci korzystali pacjenci z siedmiu spośród 14 powiatów[163]. Odległości od siedziby najbliższego świadczeniodawcy wynosiły nawet 91 kilometrów. NIK zauważa, że od lat województwo to w tym zakresie świadczeń znajduje się na ostatnim miejscu w liczbie pacjentów (na poziomie jedynie $^{1}/_{3}$ średniej krajowej). Problem ten dotyczył przede wszystkim południowego obszaru województwa i był również widoczny w kontroli świadczeniodawcy, który nie mógł przyjąć trzech pacjentów z tego terenu, ze względu na brak możliwości faktycznego objęcia opieką.

[162] Powiat ciechanowski, mławski, żuromiński i żyrardowski.

[163] Powiat krośnieński, międzyrzecki, sulęciński, wschowski, zielonogórski, żagański, żarski.

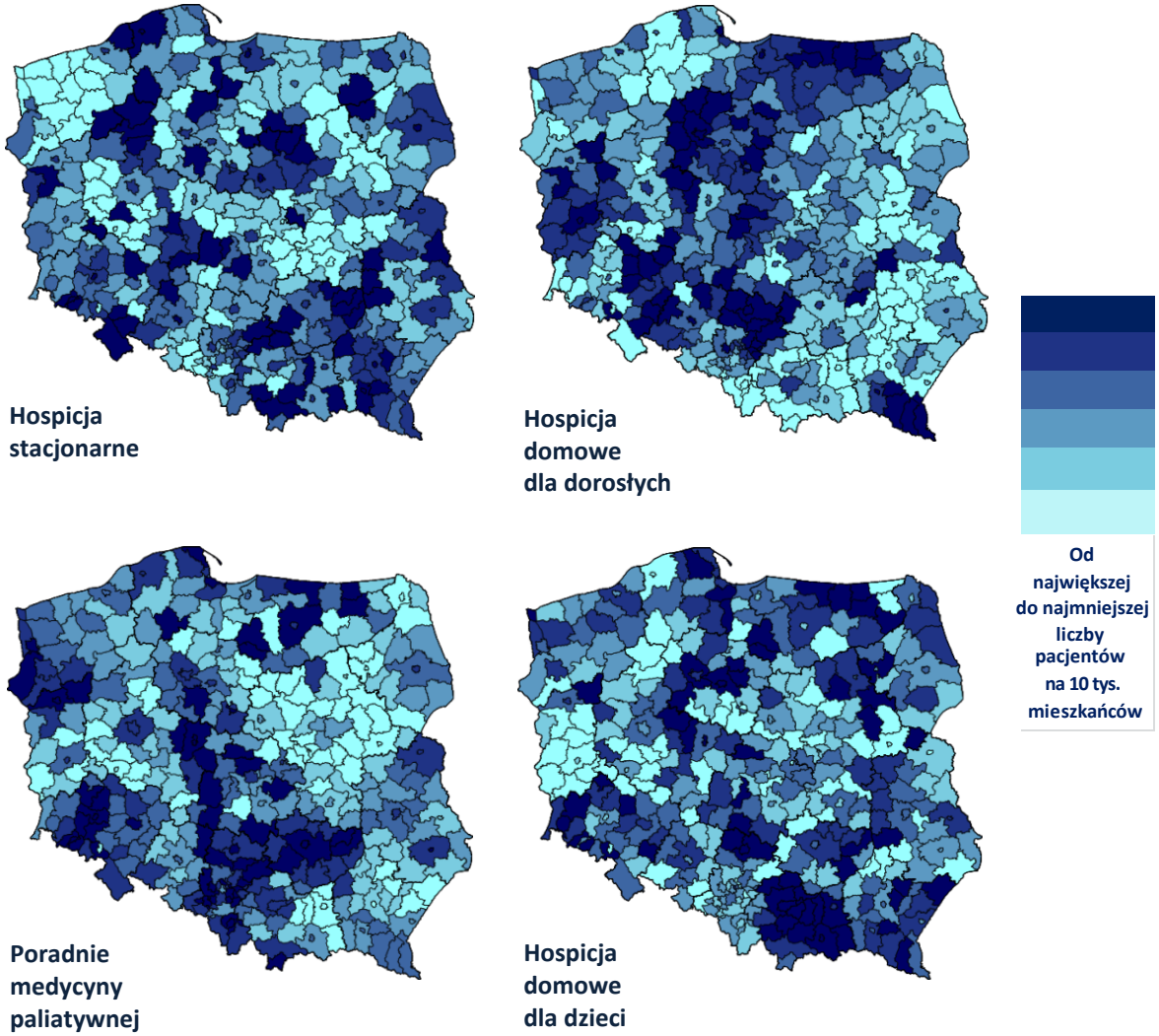
Mimo iż województwo opolskie należy do województw, w których odsetek mieszkańców korzystających z OPH jest wyższy od średniej krajowej, to aby zwiększyć dostępność do świadczeń jeden ze skontrolowanych świadczeniodawców zawarł umowę z gminą, która finansowała opiekę paliatywną dla jej mieszkańców (w poradni OPH i hospicjum domowym). W latach 2015–2018 na jej podstawie gmina zobowiązała się do sfinansowania świadczeń w kwocie ponad 1 mln zł.

Źródło: ©vegefox.com - stock.adobe.com.

Wskaźnik liczby pacjentów na 10 tys. mieszkańców dla **województwa opolskiego** był 2,5-krotnie wyższy w Opolu (średnio prawie 40 pacjentów) niż w powiatach strzeleckim i głubczyckim (średnio 15 pacjentów). Prawie 7-krotne różnice występowały w warunkach stacjonarnych (najmniej w kędzierzyńsko-kozielskim i głubczyckim – trzech, a najwięcej w namysłowskim – 23). Dla poradni OPH różnice były nawet 14-krotne.

Infografika nr 14

Średnioroczna liczba pacjentów na 10 tys. mieszkańców (2015–2017) – w poszczególnych zakresach OPH dla powiatów



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

5.4.3. Skontrolowani świadczeniodawcy

Hospicja zazwyczaj prawidłowo raportowały do NFZ o udzielonych świadczeniach

Podstawą rozliczenia i płatności z NFZ były – poza dokumentacją medyczną i pomocniczą – raporty statystyczne przekazywane do Oddziałów NFZ drogą elektroniczną w miesięcznych okresach sprawozdawczych. Zawierały one m.in. informacje o świadczeniobiorcach oraz o liczbie osobodni w miesiącu przypadających na każdego pacjenta. Na podstawie badania danych w raportach dotyczących świadczeń udzielonych 617 pacjentom w latach 2015–2018 (I półrocze) NIK stwierdziła, że co do zasady prawidłowo wykazywano dni opieki, z uwzględnieniem przerw w opiece (głównie na czas udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców). Składane raporty podlegały automatycznej weryfikacji przez systemy informatyczne NFZ. Kontrola NIK w NFZ wykazała, że Oddziały na terenie pięciu województw[164], na którym działały kontrolowane hospicja zakwestionowały od 0,1% do 8% kwoty udzielonych świadczeń, z powodu koincydencji[165] lub innych błędów w ich rozliczeniu.

Nieprawidłowości w rozliczeniach z NFZ (27% hospicjów)

Pomimo weryfikacji NFZ, NIK stwierdziła w czterech hospicjach błędy w rozliczeniach. W trzech hospicjach dotyczyły one wykazania do zapłaty świadczeń, których nie udzielono (łącznie na ponad 1,2 tys. zł). W jednym hospicjum błędne podanie okresów udzielania świadczeń spowodowało zaniżenie należnego hospicjum wynagrodzenia o prawie 1,4 tys. zł. W kolejnym hospicjum w rozliczeniu czterech pacjentów omyłkowo wskazano jednostki chorobowe niekwalifikujące do świadczeń gwarantowanych OPH.

[164] Lubuskiego, mazowieckiego, opolskiego, warmińsko-mazurskiego, zachodniopomorskiego.

[165] Koincydencja świadczeń to sytuacja, w której jednemu pacjentowi zostały udzielone świadczenia zdrowotne jednoczasowo przez dwóch różnych lub więcej świadczeniodawców.

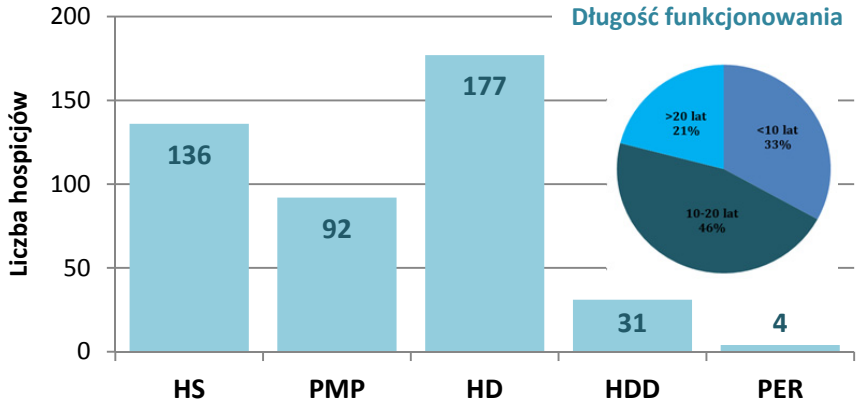
6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. Wyniki badania kwestionariuszowego

Zapytane hospicja

Poza skontrolowaniem 15 świadczeniodawców NIK uzyskała informacje od 264 świadczeniodawców nieobjętych kontrolą[166]. Najwięcej z nich prowadziło hospicja domowe dla dorosłych (177), a co drugi – hospicja stacjonarne (136).

Wykres nr 6
Zapytane hospicja w podziale na zakresy udzielania świadczeń i długość funkcjonowania



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie otrzymanych od hospicjów danych.

Finansowanie świadczeń

W okresie objętym kontrolą przeciętne hospicjum otrzymało od NFZ 4,6 mln zł (od 6,5 tys. zł do blisko 30 mln zł). W połowie hospicjów kwoty te były wystarczające do pokrycia kosztów. Przeciętne koszty stanowiły 117% otrzymanych z NFZ środków. W przypadku poradni medycyny paliatywnej przeciętne koszty były pięciokrotnie wyższe od kwot zapłaconych przez NFZ.

Jedynie co czwarte hospicjum uzyskało wsparcie z odpisu 1% podatku dla organizacji pożytku publicznego (łącznie w latach 2015–2018 79,7 mln zł; od 2,5 tys. zł do 10 779,7 tys. zł). Blisko połowa hospicjów otrzymała natomiast inne darowizny, w tym rzeczowe (np. z CIT, WOŚP) na łączną kwotę 96,3 mln zł (od 200 zł do 494,8 tys. zł). Hospicja przeznaczały wsparcie finansowe m.in. na sprzęt medyczny, pojazdy lub cele inwestycyjne.

Jedynie 14 z 264 hospicjów (5%) uzyskało środki UE na działalność OPH (do 30 czerwca 2018 r. łącznie 10,9 mln zł), pochodzące najczęściej z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. Wykorzystano je głównie na budowę i remonty oraz informatyzację. Część z tej kwoty dotyczyła projektów wspierających także inne rodzaje świadczeń, w tym opiekę długoterminową.

Okres oczekiwania

Przeciętny okres oczekiwania do objęcia opieką wyniósł siedem dni, z tego: siedem dni w opiece stacjonarnej, dziewięć dni w opiece domowej dla dorosłych i pięć dni dla dzieci oraz dwa dni w opiece ambulatoryjnej.

Odmowy udzielania świadczeń

W latach 2015–2018 (I półrocze) **hospicja odmówiły przyjęcia 12 854 osób** (5,7% wszystkich pacjentów objętych przez te hospicja w tym okresie). Przyczyny były różne.

[166] Kwestionariusze dotyczące danych o funkcjonowaniu opieki paliatywnej skierowano do wszystkich pozostałych świadczeniodawców nieobjętych kontrolą, tj. do 509 spośród 524.

Przykłady

W **2764 przypadkach (22%) przyczyną był zbyt niski kontrakt z NFZ;** Podmioty, które nie odmawiały świadczeń z tego powodu wskazywały, że w miarę możliwości przyjmowano pacjentów ponad wartość wynikającą z umowy z NFZ, kredytując wykonane świadczeń i licząc na ich rozliczenie z NFZ w ramach nadwykonań. W praktyce, z powodu terminalnego stadium choroby wiele z tych osób nie doczekuje dnia, w którym mogą otrzymać świadczenie finansowane ze środków publicznych i umiera.

W **1412 przypadkach (11%) przyczyną było miejsce zamieszkania pacjenta na obszarze nieobjętym właściwością podmiotu.** W tych przypadkach kierowano pacjentów do innych hospicjów.

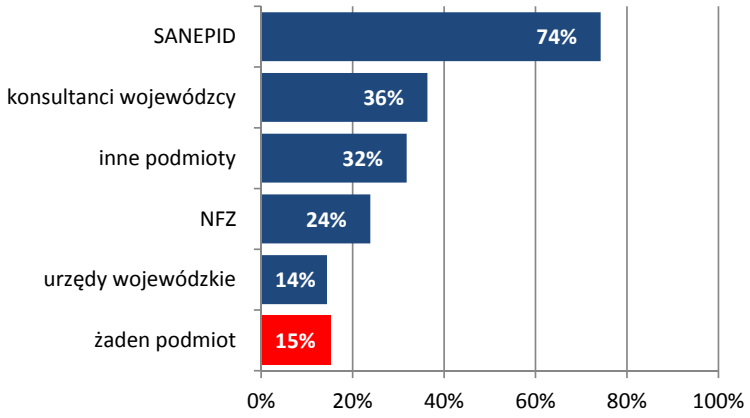
W **2 558 przypadkach (20%) przyczyną były jednostki chorobowe niewymienione w rozporządzeniu *w sprawie OPH*.** Dotyczyło to osób, które nie miały wskazań do objęcia OPH, np. kwalifikowały się do objęcia opieką w ramach ZOL lub POZ lub nie spełniały kryterium z rozporządzenia *w sprawie OPH* dotyczącego postępującej i niepoddającej się leczeniu przyczynowemu choroby, ale także pacjentów z silnym bólem lub innymi jednostkami chorobowymi spoza katalogu rozporządzenia *w sprawie OPH*.

W **6120 przypadkach (47%) – z innych przyczyn** takich jak np. brak wolnych miejsc.

Personel

Przeciętne hospicjum zatrudniało średnio sześciu lekarzy i 14 pielęgniarek. Odpowiednio co trzecia i co piąta pracująca osoba uzyskała specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej lub w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Aż w 68 hospicjach żaden z lekarzy udzielających świadczeń nie ukończył takiej specjalizacji, a w 87 – żadna z pielęgniarek. W jedynie pięciu hospicjach (2%) specjalizacje takie ukończyło ponad 50% personelu.

Wykres nr 7
Odsetek zapytanych hospicjów, w których przeprowadzono kontrole zewnętrzne w latach 2015–2018 (I półrocze)



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie otrzymanych danych.

Kontrole zewnętrzne

W latach 2015–2018 (I półrocze) żadnego postępowania kontrolnego lub audytu nie przeprowadzono w 40 hospicjach. W pozostałych przeprowadzono średnio po 6. Najczęściej inspekcje prowadził SANEPID (852 razy[167]).

[167] W tym najczęściej hospicja stacjonarne – 563, następnie domowe dla dorosłych – 300, poradnie – 174 i domowe dla dzieci – 63.

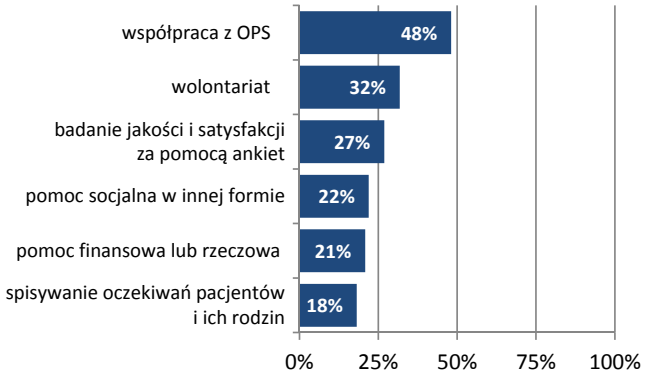
Częściej niż NFZ (76 kontroli) świadczeniodawców wizytowali konsultanci (157 razy). Wśród innych podmiotów wymienić można np. urzędy wojewódzkie (45), ZUS (35), inspektoraty farmaceutyczne (18), audytorzy, w tym ISO (18), inspekcję pracy (10) i jednostki samorządu terytorialnego (11).

Przykłady

W ramach sprawowanej opieki niektóre hospicja udzielały swoim pacjentom pomoc wykraczającą poza zagwarantowaną przepisami rozporządzenia *w sprawie OPH*. Według uzyskanych informacji:

- 55 hospicjów (21%) udzielało – zwłaszcza dzieciom – pomocy finansowej lub rzeczowej, np. zakupów leków, żywności, środków pielęgnacyjnych, opału, turnusów rehabilitacyjnych, wypoczynków wakacyjnych, wsparcia edukacyjnego. Szczególnym rodzajem wsparcia były stypendia, dofinansowanie zajęć dodatkowych, kolonii dary rzeczowe dla dzieci osieroconych (dotyczyło to trzech hospicjów);
- 58 hospicjów (22%) udzielało pomocy w nawiązywaniu współpracy z innymi organizacjami, w tym w celu uzyskaniu renty, zasiłków, dodatków, dofinansowania do sprzętu rehabilitacyjnego;
- 71 hospicjów (27%) badało jakość i satysfakcję z opieki na podstawie ankiet (z tego 38 hospicjów stacjonarnych, 32 domowych dla dorosłych, 11 domowych dla dzieci i 14 poradni). Była nimi objęta średnio prawie połowa pacjentów lub ich opiekunów;
- 48 hospicjów (18%) spisywało oczekiwania pacjentów lub ich rodzin przed objęciem opieką;
- 84 hospicja (32%) stosowały wolontariat medyczny lub wspierający (towarzyszący)[168]. W 2017 r. w wolontariacie zaangażowanych było prawie 2,2 tys. osób, a średnioroczny poświęcony przez nich czas wyniósł prawie 4 tys. godzin (od 20 do ponad 120 tys. godzin). Do szczególnej grupy wolontariuszy należeli więźniowie. Biorąc pod uwagę łączną liczbę pacjentów będących pod opieką w 2017 r. (średnio 289), w próbie NIK jeden wolontariusz przypadał na 11 pacjentów i poświęcał każdemu z nich 14 godzin swojego czasu. Dodatkowo 81 hospicjów stosowało wolontariat akcyjny, który wspierał hospicja w organizowaniu akcji charytatywnych. Udało się do niego zaangażować prawie 16,5 tys. osób (średnio 207), w tym 40% w trzech hospicjach;
- 128 hospicja (48%) deklarowało współpracę z ośrodkami pomocy społecznej.

Wykres nr 8
Odsetek zapytanych hospicjów, które deklarują dobre praktyki



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie otrzymanych danych.

[168] Z tego 56 hospicja stacjonarne, 35 domowe dla dorosłych, 12 domowych dla dzieci, osiem poradni.

Niewystarczająca edukacja społeczeństwa

Na niewystarczającą edukację społeczeństwa wskazało 86% hospicjów. W opinii zapytanych hospicjów społeczeństwo jest coraz lepiej zorientowane w zadaniach opieki paliatywnej, ale nadal ma obawy przed uzyskaniem pomocy. W związku z tym istnieje konieczność tworzenia i wspierania programów edukacyjnych kierowanych zwłaszcza do szkół.

Niepewność co do sfinansowania świadczeń zrealizowanych ponad ustalone limity

Taki sam odsetek hospicjów (86%) wciąż jako problem uznaje niepewność sfinansowania świadczeń realizowanych ponad ustalone limity. Świadczenia te bywają refundowane z opóźnieniem, często na poziomie niższym niż cena kontraktowa[169].

Niedofinansowanie opieki ze środków NFZ

Na niedofinansowanie świadczeń wskazało 77% hospicjów. Podkreślana jest wciąż zbyt niska wycena poradni w stosunku do ponoszonych kosztów osobowych i rzeczowych[170], w tym wobec wymagań personelu, a przede wszystkim jednakowa stawka dla wizyty w poradni i wizyty w domu pacjenta.

Zwrócono uwagę, że zarówno w hospicjum domowym jak i poradni środki finansowe są niewystarczające do wyposażenia personelu w środki transportu oraz oprogramowanie i sprzęt informatyczny do wykorzystania w środowisku mobilnym.

Hospicja zwróciły także uwagę na późne wprowadzenie przez OW NFZ podwyżek cen jednostkowych (w 2018 r.) według wyceny AOTMiT wobec podwyżek cen elementów składowych kosztów udzielania świadczeń (np. energii, leków). Postulowały także rozliczenie ostatniego dnia opieki zakończonego zgonem[171] oraz transportu medycznego na zasadach jak w podstawowej opiece zdrowotnej. Ponadto według hospicjów wprowadzenie możliwości sumowania procedur medycznych do wartości osobodnia (przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych, podawanie bisfosfonianów, zakładanie PEG, zabiegowe metody leczenia bólu) pozwoliłoby na poprawienie jakości obsługi pacjenta oraz obniżenie kosztów transportu.

Wybrane opinie zapytanych hospicjów:

- *Ułomnością procesu negocjacyjnego w zakresie OPH jest stawianie pytania o możliwość obniżenia przez świadczeniodawcę tzw. ceny oczekiwanej. W naszej opinii cena oczekiwana, wyliczona wcześniej przez ekspertów finansowych, powinna posiadać status minimalnej płacy zasadniczej, która nie podlega obniżeniu. Obniżanie ceny oczekiwanej, oznacza obniżanie jakości i dostępności świadczeń i skutkuje odejściem wartościowych i wykształconych pielęgniarek z regionalnego rynku pracy.*
- *NFZ nie uwzględnia i nie finansuje całości procesu opieki paliatywnej, która nie kończy się wypisaniem pacjenta z opieki. Do etosu ruchu hospicyjnego należy także pomoc osobom osieroconym i przeżywającym żałobę.*
- *Koszty ponoszone przez Hospicjum powinny być korygowane w zależności od miejsca zamieszkania pacjentów. Wycena świadczeń dla pacjenta do którego dojeżdżamy 5 km jest taka sama jak przy dojazdach 80–100 km.*

[169] Patrz str. 63 informacji.

[170] Np. konieczność zapewnienia diagnostyki laboratoryjnej.

[171] Obecnie pierwszy i ostatni dzień opieki rozliczany jest jako jeden dzień.

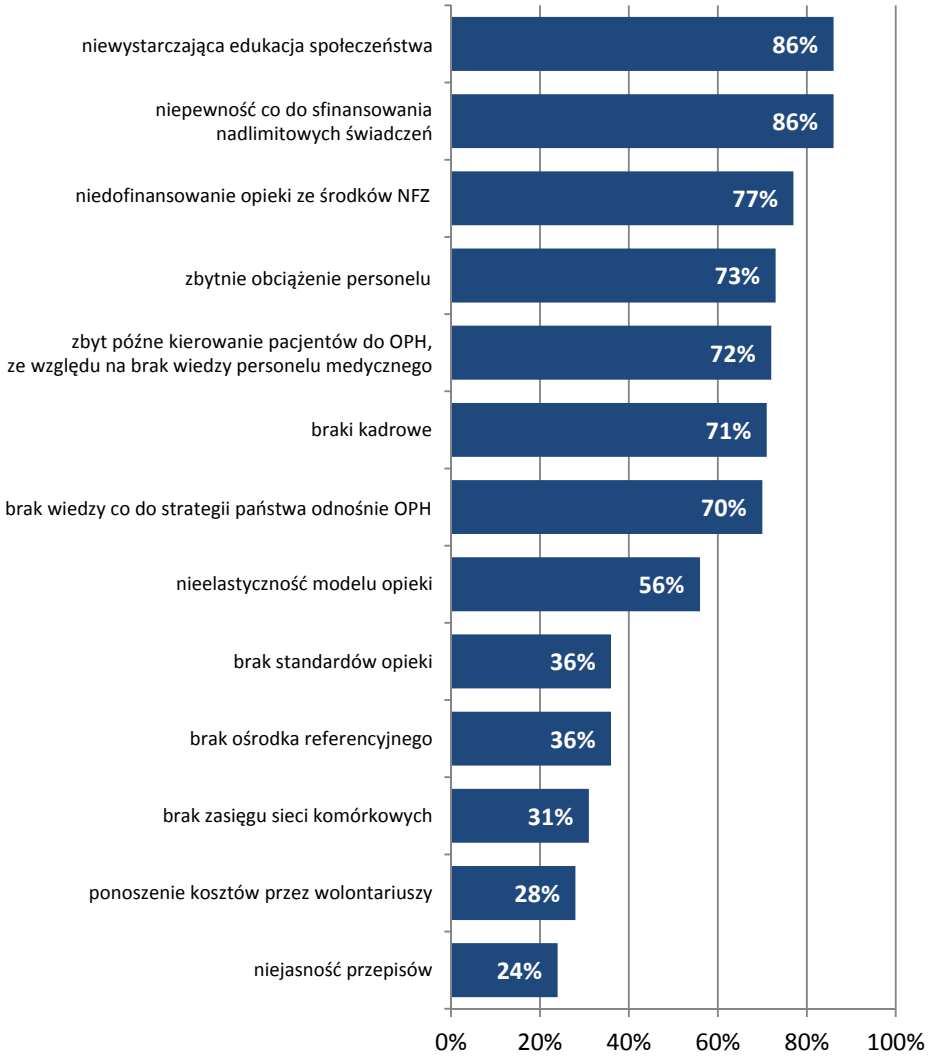
Jeden ze świadczeniodawców zasygnalizował nierówności w wycenie świadczeń różnych zakresów powodujące ograniczenie rozwoju niektórych świadczeń – zakład opieki zdrowotnej dla opieki długoterminowej (ZOL):

- *Dokonane podwyżki w zapłacie świadczeń hospicyjnych są – w naszej ocenie – wręcz zawyżone w – w hospicjum stacjonarnym – w stosunku do innych form opieki długoterminowej, której prowadzenie byłoby niemożliwe bez łączenia działalności ZOL/Hospicjum. Tylko takie połączenie umożliwia utrzymanie świadczeń w ramach Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Poziom finansowania powoduje, iż powstają nowe hospicja a upadają, bądź nie powstają nowe ZOL-e, choć potrzeba tej formy leczenia drastycznie rośnie.*

Zbytnie obciążenie personelu

Na zbyt duże obciążenie personelu wskazało 73% hospicjów. Wskazano przy tym, że wzrasta średnia jego wieku, zaś wynagrodzenia pozostają nieatrakcyjne, przy dużych wymaganiach (samodzielność, dyspozycyjność, mobilność). Wskazano także na zbyt wysoki limit pacjentów przypadający na etat przeliczeniowy.

Wykres nr 9
Odsetek zapytanych hospicjów, które wskazały na dany problem



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie otrzymanych danych.

Zbyt późne objęcie opieką

Prawie 72% hospicjów wskazało na brak wiedzy personelu medycznego w innych podmiotach o opiece paliatywnej, powodujący z jednej strony stosowanie uporczywej terapii (np. w szpitalach) i zbyt późne kierowanie pacjentów do OPH, a z drugiej – kierowanie pacjentów bez objawów, wymagających leczeniu (np. przez lekarzy POZ).

Braki kadrowe

Podobny odsetek hospicjów (71%) wskazał na braki kadrowe. Zasygnalizowano również o trudnościach związanych z uzyskaniem specjalizacji – wymagany staż w jednostce z akredytacją do prowadzenia specjalizacji – przez lekarzy i pielęgniarki pracujących poza takim ośrodkiem. W jednym hospicjum – z województwa podkarpackiego – ze względu na te braki umowę z NFZ realizowano jedynie do połowy 2017 r.

Dodatkowe problemy

Rzadziej hospicja wskazywały na inne problemy takie jak:

- brak standardów opieki i ośrodka referencyjnego, np. co w ich opinii powoduje brak ustalonych jasnych wskazań określających konieczność przyjęcia lub odmowy leczenia pacjentów z rozpoznaniami zgodnymi z jednostkami chorobowymi ICD;
- brak wiedzy co do strategii państwa w odniesieniu do OPH;
- brak zasięgu sieci komórkowych;
- zbyt duży obszar terytorialny do opieki – np. całe województwo (dotyczy szczególnie dzieci), co jest trudne i kosztowne w realizacji;
- brak programów celowanych (środki UE, programy rządowe) na zakup sprzętu informatycznego i odpowiedniego oprogramowania (na wprowadzenie dokumentacji medycznej);
- brak możliwości zaparkowania w miejscu uprzywilejowanym (wizyty domowe);
- odmawianie opieki ciężko chorym pacjentom z powodu rozpoznania chorobowego niekwalifikującego do OPH;
- systemowy brak przeciwdziałania zespołowi wypalenia personelu.

6.2. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe

Cel główny kontroli

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

Cele szczegółowe

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

Zakres podmiotowy

Badania kontrolne zostały przeprowadzone w 22 jednostkach: w Ministerstwie Zdrowia, Centrali NFZ, pięciu Oddziałach NFZ i 15 świadczeniodawców.

Kryteria kontroli

Kontrolę w Ministerstwie Zdrowia, Centrali i OW NFZ przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 1 ustawy *o NIK* z uwzględnieniem kryteriów: legalności, gospodarności, celowości i rzetelności. Kontrolę świadczeniodawców przeprowadzono na podstawie art. 2 ust. 3 ustawy *o NIK* z uwzględnieniem kryteriów legalności i gospodarności, a w dwóch z nich na podstawie art. 2 ust. 2 ustawy *o NIK*, tj. także według kryterium rzetelności.

Okres objęty kontrolą

Lata 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. Czynności kontrolne prowadzono od 29 sierpnia 2018 r. do 11 stycznia 2019 r.

Działania na podstawie art. 29 ustawy *o NIK*

W ramach przygotowania przedkontrolnego zasięgano informacji od: AOTMiT w sprawie wyceny świadczeń, Centrali NFZ w sprawie danych statystycznych dotyczących świadczeń OPH oraz od Recznika Praw Obywatelskich oraz Rzecznika Praw Pacjenta w sprawie zgłoszonych im skarg na sposób realizacji świadczeń.

W trakcie kontroli zasięgano informacji od 32 konsultantów, przede wszystkim w sprawie problemów w organizacji OPH, wykazu jednostek chorobowych, wyodrębnienia pediatrycznej opieki paliatywnej oraz raportów rocznych z działalności konsultantów.

Od 264 świadczeniodawców nieobjętych kontrolą uzyskano informacje dotyczące charakterystyki hospicjów i ich funkcjonowania[172]. Wyniki badania zostały przedstawione w załączniku nr 6.1 do niniejszej informacji.

Analiza przedkontrolna

Kontrola została podjęta z inicjatywy własnej NIK i należy do kategorii kontroli wykonania zadań. W zakresie opieki paliatywnej NIK przeprowadziła dotychczas kontrolę na terenie województwa dolnośląskiego (P/14/118)[173]. Wyniki tej kontroli wykorzystano w toku analizy przedkontrolnej, do której użyto także ustalenia kontroli rozpoznawczej, która

[172] Kwestionariusze dotyczące danych o funkcjonowaniu opieki paliatywnej skierowano do wszystkich pozostałych świadczeniodawców nieobjętych kontrolą, tj. do 509 spośród 524.

[173] *Funkcjonowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa dolnośląskiego*, kontrola przeprowadzona przez Delegaturę NIK we Wrocławiu.

swoim zakresem obejmowała udzielanie świadczeń OPH w warunkach domowych (R/17/004)[174]. Przygotowując program kontroli wykorzystano także skargi, które wpłynęły do NIK.

Panel ekspertów

W ramach przygotowania kontroli zorganizowano panel ekspertów, w którym uczestniczyło prawie 50 zaproszonych gości. Wzięli w nim udział przedstawiciele Ministra Zdrowia, NFZ, Rzecznika Praw Pacjenta, Rzecznika Praw Obywatelskich, PTMP oraz konsultanci i świadczeniodawcy. Przedmiotem panelu były problemy i wyzwania w obecnym systemie opieki paliatywnej. Wnioski z panelu zostały w istotnym stopniu wykorzystane do zaprojektowania kontroli.

Kryteria doboru jednostek do kontroli

Cele kontroli wymagały przeprowadzenia kontroli w Ministerstwie Zdrowia, a także Centrali NFZ. Przy wyborze regionów do kontroli kierowano się zapewnieniem ich różnorodności co do skali udzielanych świadczeń (w tym kwot wydatkowanych oraz liczby pacjentów objętych opieką). Istotnym wyznacznikiem był też stosowany przez NFZ wskaźnik liczby świadczeń na 10 tys. mieszkańców. Typując poszczególnych świadczeniodawców do kontroli kierowano się zapewnieniem różnorodności podmiotów co do wielkości kontraktu, formy i położenia terytorialnego w województwie, przy jednoczesnym dążeniu do skontrolowania jak największej liczby zakresów OPH w jednym podmiocie. Do kontroli wybrano łącznie 15 świadczeniodawców (ich kontrakty w okresie objętym kontrolą stanowiły 23% wysokości kontraktów OPH w pięciu województwach objętych kontrolą).

Wyniki kontroli przedstawiono w 22 wystąpieniach pokontrolnych. W 17 z nich sformułowano wnioski w sprawie usunięcia nieprawidłowości, których było ogółem 45.

Stan realizacji wniosków w sprawie usunięcia nieprawidłowości

Z informacji o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych wynika, że zrealizowano 27 wniosków (60%), podjęto działania w celu realizacji kolejnych 17 wniosków (38%), a nie zrealizowano jednego wniosku.

Złożone zastrzeżenia do wystąpień pokontrolnych i sposób ich rozpatrzenia

Kierownicy czterech jednostek kontrolowanych złożyli ogółem 17 zastrzeżeń do zawartych w skierowanych do nich wystąpieniach: ocen, do stwierdzonych nieprawidłowości, a także opisów stanów faktycznych.

Minister Zdrowia w piśmie z 5 lutego 2019 r.[175] wniósł ogółem pięć zastrzeżeń do oceny ogólnej i opisu stanu faktycznego zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z 11 stycznia 2019 r. Kolegium NIK uchwałą z 24 kwietnia 2019 r. uwzględniło jedno zastrzeżenie odnoszące się do opisu stanu faktycznego. Wskutek jego uznania zmieniono zapis wystąpienia, co do przepisów regulujących zasady funkcjonowania OPH.

Prezes NFZ w piśmie z 5 lutego 2019 r. wniósł ogółem pięć zastrzeżeń do oceny ogólnej, cząstkowej i stwierdzonych nieprawidłowości zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z 11 stycznia 2019 r. Zespół Orzekający

[174] Zapewnienie opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych w województwie kujawsko-pomorskim, ze szczególnym uwzględnieniem powiatu bydgoskiego, kontrola przeprowadzona przez Delegaturę NIK w Bydgoszczy.

[175] Kolejnym pismem Minister złożył dodatkowe zastrzeżenia, które nie były rozstrzygane ze względu na złożenie ich po ustawowym terminie.

Komisji Rozstrzygającej uchwałą z 18 kwietnia 2019 r. uwzględnił w całości jedno zastrzeżenie oraz w części trzy zastrzeżenia. Wskutek uznania zastrzeżeń wykreślono nieprawidłowość dotyczącą planowania, związany z nią wniosek oraz zmieniono odpowiednio ocenę ogólną i cząstkową. Pozostałe zmiany polegały na doprecyzowaniu lub zmianach językowych w nieprawidłowości i ocenie ogólnej.

Dyrektor Zachodniopomorskiego OW NFZ w piśmie z 30 stycznia 2019 r. wniósł cztery zastrzeżenia do oceny ogólnej, cząstkowych i stwierdzonych nieprawidłowości zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z 9 stycznia 2019 r. Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej uchwałą z 3 kwietnia 2019 r. uwzględnił dwa zastrzeżenia, co skutkowało wykreśleniem nieprawidłowości dotyczących planowania świadczeń oraz oceny oferty i wniosku z tym związanego, jak również odpowiednią zmianą ocen.

Dyrektor Opolskiego OW NFZ w piśmie z 17 stycznia 2019 r. wniósł trzy zastrzeżenia do oceny ogólnej, cząstkowych i stwierdzonych nieprawidłowości zawartych w wystąpieniu pokontrolnym z 21 grudnia 2018 r. Zespół Orzekający Komisji Rozstrzygającej uchwałą z 14 lutego 2019 r. uwzględnił dwa zastrzeżenia, co skutkowało wykreśleniem nieprawidłowości dotyczących planowania świadczeń oraz zapłaty za świadczenia z jednostkami chorobowymi spoza katalogu uprawniającego do objęcia opieką, wniosków z nimi związanych i odpowiednią zmianą ocen.

Finansowe rezultaty kontroli

W trakcie kontroli stwierdzono nieprawidłowości finansowe na kwotę 84 255,7 tys. zł, dotyczące finansowych skutków nieprawidłowości, z tego:

- 78 536,1 tys. zł dotyczyło kwoty zapłaconej przez NFZ, na podstawie ugód i aneksów nieprawidłowo zwiększających zobowiązanie Funduszu, już po zakończeniu okresu rozliczeniowego;
- 3118,7 tys. zł obejmowało wartości kontraktów lub zwiększeń kontraktów ponad ustalone w nich wcześniej limity zawartych przez cztery OW NFZ ze świadczeniodawcami mimo niespełniania warunków koniecznych do realizacji świadczeń wynikających z rozporządzenia *w sprawie OPH*;
- 2595,5 tys. zł dotyczyło zapłaconej przez NFZ kwoty za świadczenia o kodach rozpoznania spoza katalogu jednostek chorobowych uprawniających do świadczeń OPH;
- 5,4 tys. zł dotyczyło kwoty nienależnie uzyskanej przez trzech świadczeniodawców w związku z przedstawieniem do rozliczenia świadczeń, których nie udzielono, lub dla których nie wykazano uprawniających do OPH jednostek chorobowych.

W następstwie przeprowadzonej przez NIK kontroli do 23 maja 2019 r. Oddziały NFZ odzyskały od świadczeniodawców nienależne im środki w kwocie 66,5 tys. zł. Zwrot był konsekwencją wykazania do NFZ świadczeń niekwalifikujących się do zapłaty w ramach umów o udzielanie świadczeń OPH.

Wykaz jednostek kontrolowanych

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Delegatura NIK w Bydgoszczy	Ministerstwo Zdrowia	Łukasz Szumowski[176]
		Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia	Andrzej Jacyna[177]
		Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ w Szczecinie	Dariusz Ruczyński
2.	Delegatura NIK w Olsztynie	Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki NFZ w Olsztynie	Andrzej Zakrzewski
		Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Długoterminowej w Olecku	Emilia Urbanowicz
		Hospicjum niepubliczne w Olsztynie	
		Hospicjum niepubliczne w Elblągu	
3.	Delegatura NIK w Opolu	Opolski Oddział Wojewódzki NFZ w Opolu	Robert Bryk
		Hospicjum niepubliczne w Nysie	
		Hospicjum niepubliczne w Opolu	
		Hospicjum niepubliczne w Opolu	
4.	Delegatura NIK w Warszawie	Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ w Warszawie	Filip Nowak
		Hospicjum niepubliczne w Płocku	
		Hospicjum niepubliczne w Radomiu	
		Hospicjum niepubliczne w Warszawie	
5.	Delegatura NIK w Szczecinie	Hospicjum niepubliczne w Szczecinie	
		Hospicjum niepubliczne w Szczecinie	
		Hospicjum niepubliczne w Nowogardzie	
6.	Delegatura NIK w Zielonej Górze	Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ w Zielonej Górze	Piotr Bromber[178]
		Hospicjum niepubliczne w Gorzowie Wielkopolskim	
		Hospicjum niepubliczne w Sulechowie	
		Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sulęcinie	Agnieszka Zaręba

Nazwy przedsiębiorstw zawierają nazwiska osób fizycznych, podawanie ich do publicznej wiadomości nie jest konieczne do realizacji celu kontroli.

Zgodnie z założeniami do programu kontroli we wszystkich jednostkach sformułowano oceny opisowe.

[176] W okresie objętym kontrolą Ministrami Zdrowia byli: Bartosz Arłukowicz (od 22 września 2014 r. do 15 czerwca 2015 r.), Marian Zembala (od 16 czerwca do 16 listopada 2015 r.) i Konstanty Radziwiłł (od 16 listopada 2015 r. do 9 stycznia 2018 r.).

[177] W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Tomasz Jędrzejczyk – Prezes od 3 czerwca 2014 r. do 14 marca 2016 r. oraz Andrzej Jacyna – p.o. Prezes od 14 marca 2016 r. do 15 czerwca 2018 r.

[178] Dyrektor OWNFZ od 31 grudnia 2015 r. Poprzednio funkcję kierownika jednostki pełnił: Stanisław Łobacz, dyrektor OW NFZ w okresie od 15 maja 2008 r. do 30 grudnia 2015 r.

6.3. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno-ekonomicznych

Uwarunkowania organizacyjno-ekonomiczne

Przeznaczenie OPH

Celem opieki paliatywnej i hospicyjnej jest poprawa jakości życia, jakości umierania, kontrola objawów, ocena i zaspokojenie potrzeb pacjenta we wszystkich wymiarach ludzkiej egzystencji w sposób zindywidualizowany. W Polsce wskaźniki demograficzne są szczególnie alarmujące: szybko postępujące starzenie się społeczeństwa wymagać będzie znaczącego zwiększenia nakładów na opiekę paliatywną. Pacjenci po 65. r.ż. stanowią bowiem 65%–70% wszystkich chorych dorosłych obejmowanych tą opieką. Szacuje się, że w Europie corocznie opieki tej potrzebuje blisko 4,2 mln osób dorosłych i ponad 35 tys. dzieci[179].

Z historii opieki paliatywnej

Pierwsze nowoczesne hospicjum powstało w Wielkiej Brytanii w 1967 r. staraniem Cicely Saunders. Model opieki hospicyjnej, ukierunkowanej na zapewnienie godnej śmierci rozwinął się szczególnie mocno w Stanach Zjednoczonych, gdzie w 1987 r. uznano medycynę paliatywną za odrębną specjalność medyczną, zaś uczelnie medyczne zaczęły tworzyć zakłady i kliniki medycyny paliatywnej (w Polsce status specjalizacji szczegółowej medycyna paliatywna uzyskała w 2003 r.)[180]. Rozwój opieki paliatywnej jest odpowiedzią na rosnące potrzeby onkologii, geriatrii czy kardiologii. W Polsce ruch hospicyjny ma swoje początki w latach osiemdziesiątych XX wieku. W 1983 r. ks. Eugeniusz Dutkiewicz założył hospicjum w Gdańsku, zaś w drugiej połowie lat 80-tych zaczęły powstawać zespoły opieki paliatywnej. Poznański zespół opieki paliatywnej współpracujący z Poradnią Walki z Bólem oraz Klinika Opieki Paliatywnej przy katedrze Onkologii Akademii Medycznej w Poznaniu były pierwszymi tego rodzaju instytucjami w Europie Środkowo-Wschodniej.

Zakres OPH

Od 2009 r. model opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce, w oparciu o koszyk specjalistycznych świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych, jest realizowany w ramach stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej opieki paliatywnej i hospicyjnej. W 2017 r. rozszerzono go o czwarty zakres: opiekę perinatalną. Choć opieka paliatywna nie jest związana z konkretną chorobą, skierowana jest do pacjentów z określonymi w rozporządzeniu *w sprawie OPH* jednostkami chorobowymi, nierokującymi na wyleczenie. W przypadku dorosłych są to głównie nowotwory, a także choroby nienowotworowe, takie jak niewydolność oddechowa, AIDS czy owrzodzenie odleżynowe. W przypadku dzieci katalog ten jest zdecydowanie szerszy i zawiera 65 jednostek chorobowych.

Opracowana przez Światową Organizację Zdrowia definicja opieki paliatywnej uznaje ją za całościowe postępowanie, mające na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z problemami związanymi z zagrażającą życiu, postępującą chorobą. Świadczenia polegają na zapobieganiu i łagodzeniu cierpienia przez wczesne rozpoznanie, całościową ocenę i leczenie, uwzględniające uśmierzanie bólu, duszności i innych obja-

[179] AOTMiT, *Opieka paliatywna i hospicyjna*, 7 października 2015 r., s. 8.

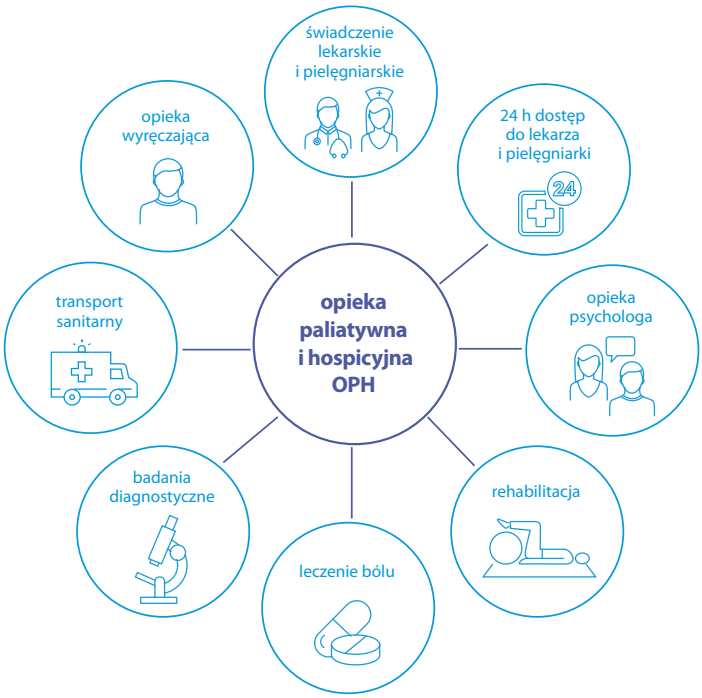
[180] P. Krakowiak (red.), A. Modlińska(red.), *Podręcznik wolontariusza hospicyjnego*, Gdańsk 2008, s. 21.

wów somatycznych, pomoc w rozwiązywaniu problemów psychosocjalnych i duchowych oraz wsparcie rodziny chorego podczas trwania choroby, a także w okresie żałoby. WHO wskazuje, aby opieką paliatywną obejmować chorych jeszcze podczas leczenia oraz nie ograniczać się tylko do pacjentów z chorobą nowotworową. Jednak w Polsce opieką paliatywną objęci są głównie pacjenci z chorobami nowotworowymi, stanowiąc 90% wszystkich pacjentów. Mimo to opieka paliatywna w Polsce uważana jest za stosunkowo dobrze rozwiniętą. W 2015 r. jakość opieki paliatywnej uplasowała Polskę na 26 miejscu w świecie i najwyżej w odniesieniu do krajów o podobnym PKB per capita[181].

Koszyk świadczeń gwarantowanych OPH

Zakres świadczeń różni się w zależności od pacjentów, do których są kierowane (dorośli, dzieci, dzieci w okresie prenatalnym) oraz warunków w jakich są udzielane. Szczegółowy zasięg oferowanych usług przedstawiono na str. 82 niniejszej informacji. Poniżej uproszczona rozpiętość usług dla warunków obejmujących najwięcej pacjentów, tj. stacjonarnych i domowych.

Infografika nr 15
Świadczenia gwarantowane OPH w warunkach stacjonarnych i domowych



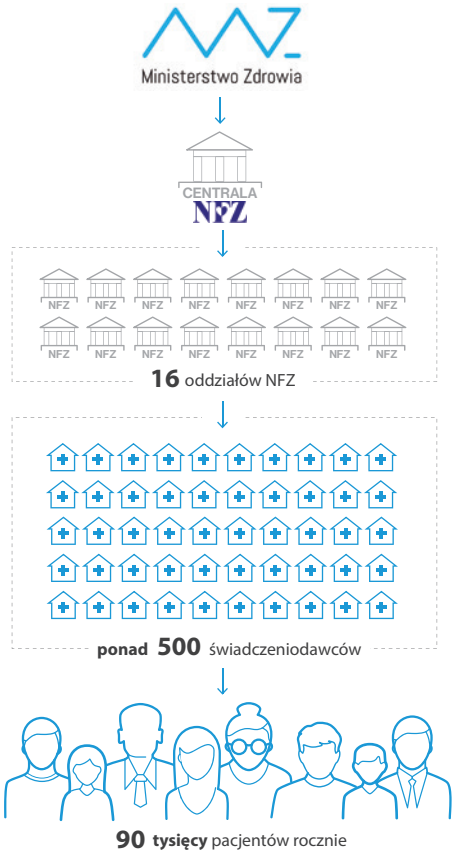
Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie rozporządzenia w sprawie OPH.

System OPH

Odpowiedzialnym za zasady funkcjonowania system OPH jest Minister Zdrowia. Świadczenia finansuje NFZ. Oddziały NFZ w każdym województwie wyłaniają świadczeniodawców, finansują świadczenia, monitorują realizację świadczeń i sprawują kontrolę udzielania świadczeń. Centrala NFZ sprawuje nadzór nad oddziałami. Prezes NFZ jest odpowiedzialny m.in. za zapewnienie jednolitości Oddziałów w realizacji ustawowych obowiązków.

[181] The Economist, The 2015 Quality of Death Index Ranking palliative care across the world, s. 15.

Infografika nr 16
Schemat systemu OPH

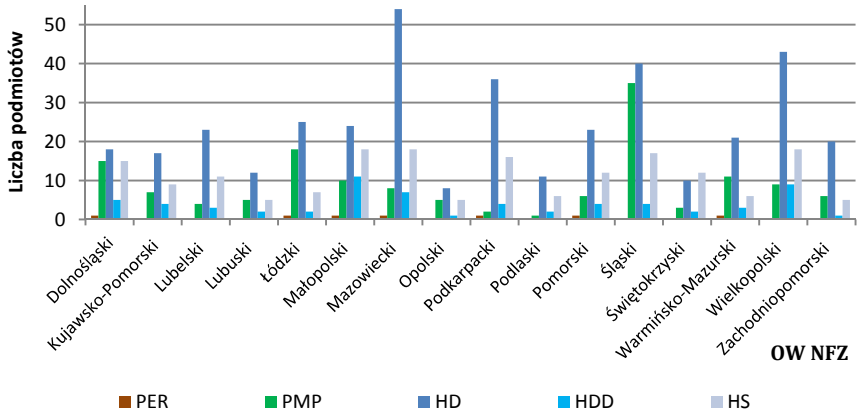


Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie danych NFZ.

Charakterystyka podmiotów

W latach 2015–2018 (I półrocze) świadczeń OPH udzielało ogółem ponad 500 świadczeniodawców (524 według numeru Regon i 551 podmiotów według kodów świadczeniodawców NFZ). W I półroczu 2018 r. , pod względem zakresu świadczeń, najwięcej podmiotów udzielało świadczeń w warunkach domowych dla dorosłych – 385, stacjonarnych – 180 i ambulatoryjnych – 145, a najmniej w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej – siedem i warunkach domowych dla dzieci – 64. Ponad 70% stanowiły podmioty niepubliczne.

Wykres nr 10
Liczba podmiotów udzielających świadczeń OPH w 2018 r.



Źródło: Opracowanie własne NIK na podstawie kontroli w NFZ.

Kwoty przeznaczone na OPH

Roczne nakłady[182] NFZ na OPH wynosiły od 414 mln zł w 2015 r. do 749 mln zł w 2018 r. (łączne koszty OPH w latach 2015–2018 wyniosły 2283,4 mln zł). Największe nakłady na OPH przeznaczano na opiekę w warunkach stacjonarnych (1080,4 mln zł) i domowych dla dorosłych (922,1 mln zł). Na opieką domową dla dzieci przeznaczono 142,5mln zł, poradnie 11,8 mln zł, zaś na opiekę perinatalną 0,4 mln zł. Pozostała kwota (126,3 mln zł) dotyczyła dodatkowego wynagrodzenia dla pielęgniarek.

Liczba pacjentów

Rocznie opieką OPH objętych było średnio 89 tys. pacjentów. W tym samym momencie[183] w hospicjach przebywało przeciętnie 18,5 tys. osób.

Czas trwania opieki

Pacjenci w hospicjach stacjonarnych przebywają średnio do jednego miesiąca, dorośli pacjenci w hospicjach domowych ponad trzech i pół miesięcy, zaś dzieci w hospicjach domowych – przeciętnie rok i 5 miesięcy.

Sygnały zgłaszane do Rzecznika Praw Pacjentów

W latach 2015–2018 (I półrocze) Rzecznik Praw Pacjentów otrzymał blisko 800 zgłoszeń dotyczących OPH, które stanowiły 0,5% zgłoszeń we wszystkich rodzajach świadczeń. Dotyczyły one najczęściej ograniczonego dostępu do świadczeń, ale także ich niskiej jakości[184].

Opieka perinatalna

Opieka perinatalna polega na zapewnieniu wszechstronnej opieki kobiecie ciężarnej po prenatalnym rozpoznaniu wady letalnej płodu. Przed porodem opieka perinatalna obejmuje całościową opiekę nad rodzicami: medyczną, psychologiczną i duchową, jak również wsparcie w żałobie niezależnie od okresu straty dziecka. Po porodzie obejmuje paliatywną opiekę neonatologiczną, domową opiekę paliatywną oraz opiekę długoterminową i w tym względzie stanowi alternatywę wobec eugenicznej aborcji oraz uporczywej terapii. Mimo zagwarantowania świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej od lutego 2017 r., pierwsze świadczenia zostały sfinansowane ze środków NFZ dopiero w I półroczu 2018 r.

Analiza stanu prawnego

Prawo do ochrony zdrowia

Zgodnie z art. 68 *Konstytucji RP*, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. System opieki zdrowotnej oparty jest o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw. Wśród nich szczególne znaczenie ma ustawa *o świadczeniach*, która określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Z ustawy tej wynika, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obciąża władze publiczne, a głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Organizacja systemu ochrony zdrowia

Zgodnie z art. 6 pkt 1 i 2 ustawy *o świadczeniach* zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności tworzenie warunków funkcjonowania systemu

[182] Według danych z systemu informatycznego NFZ na 22 maja 2019 r.

[183] Dane według stanu na 1 stycznia danego roku.

[184] Ograniczenia częstotliwości wizyt, niedziałające dzwonki, zastrzeżenia odnośnie zakresu świadczeń, zaniedbania w higienie i karmieniu zgodnym z potrzebami pacjentów, brak empatii, zarzuty uporczywej terapii.

ochrony zdrowia oraz dokonywanie analiz i ocen potrzeb zdrowotnych. Określenie zasad organizacji opieki zdrowotnej znajduje się w kompetencji Ministra Zdrowia[185] Ma on także uprawnienia do kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych (art. 11 ust. 1 pkt 3a ustawy *o świadczeniach*).

Na NFZ nałożono obowiązek określania jakości i dostępności oraz analizowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy *o świadczeniach*); przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz monitorowanie ich realizacji i rozliczanie (art. 97 ust. 3 pkt 2 ustawy *o świadczeniach*); a także finansowanie świawdczeń gwarantowanych (art. 97 ust. 3 pkt 2b ustawy *o świadczeniach*). Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu. Większość jego zadań wiąże się z prowadzeniem gospodarki finansowej oraz sprawowaniem nadzoru nad realizacją zadań przez Oddziały NFZ. Prezes Funduszu ustala też jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez Oddziały, w tym w sprawach zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 102 ust. 5 ustawy *o świadczeniach*). Natomiast dyrektorzy OW NFZ decydują o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także mają udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa (art. 107 ustawy *o świadczeniach*).

Organizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej

Zgodnie z ustawą *o prawach pacjenta*, pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych (art. 20 ust. 1 ustawy *o prawach pacjenta*). Prawo do poszanowania godności obejmuje także prawo do umierania w spokoju i godności (art. 20 ust. 2 tej ustawy). Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa rozporządzenie *w sprawie OPH*. Rozporządzenie definiuje świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej jako wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych (§ 3 ust. 1 rozporządzenia *w sprawie OPH*). Perinatalna opieka paliatywna została natomiast zdefiniowana jako zapewnienie wsparcia rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej, opieki nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodkom (chodzi o dzieci z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu)[186].

[185] Zgodnie z art. 33 ust 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. *o działach administracji rządowej* (Dz. U. z 2018 r. poz. 762, ze zm.) w związku z § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. *w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia* (Dz. U. poz. 95) Minister kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, który obejmuje sprawy ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej.

[186] § 2 pkt 3 rozporządzenia *w sprawie OPH*.

Rozporządzenie *w sprawie OPH* a standardy

Przepisy rozporządzenia *w sprawie OPH* nie dają podstaw, aby uznać je za standardy świadczeń OPH. Uprawnienie Ministra Zdrowia do określenia standardów jest zawarte w art. 22 ust. 5 ustawy *o działalności leczniczej*. Zgodnie z tym przepisem Minister Zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub w określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Standardy organizacyjne opieki zdrowotnej dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych (art. 22 ust. 4c tej ustawy). Przykładem wprowadzenia takiego standardu jest np. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. *w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej*[187], czy rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. *w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii*[188]. Rozporządzenie *w sprawie OPH* zostało wydane na innej podstawie prawnej (art. 31d ustawy *o świadczeniach*) i nie stanowi standardów w rozumieniu ustawy *o działalności leczniczej*.

Cztery zakresy udzielania świadczeń OPH

Rozporządzenie *w sprawie OPH* określa w § 4, że świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach: **stacjonarnych** – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej; **domowych** – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia; **ambulatoryjnych** – w poradni medycyny paliatywnej; oraz – od 10 lutego 2017 r. – **perinatalnej opieki paliatywnej** – w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują według rozporządzenia (§ 5) m.in. świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki; leczenie farmakologiczne; leczenie bólu; leczenie innych objawów somatycznych; opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną; rehabilitację; zapobieganie powikłaniom; opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych

Świadczenia są przeznaczone dla świadczeniobiorców, których stan ogólny jest stabilny oraz którzy mogą przybyć do poradni medycyny paliatywnej sami lub którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się wymagają porad lub wizyt w domu. Obejmują według rozporządzenia (§ 7) porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego; porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy; świadczenia pielęgniarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

[187] Dz. U. poz. 1756.

[188] Dz. U. poz. 2218, ze zm.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują według rozporządzenia (§ 6) świadczenia udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, leczenie bólu, leczenie innych objawów somatycznych, opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitację i zapobieganie powikłaniom oraz badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych wymienionych w ust. 3 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej

Świadczenie są realizowane do 28. dnia po porodzie i obejmują według rozporządzenia (§7a) porady i konsultacje lekarskie w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci lub hospicjum stacjonarnym; porady psychologa w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym oraz koordynację opieki przez m.in. zapewnienie współpracy z hospicjum domowym dla dzieci lub z hospicjum stacjonarnym, pozwalającej na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem w przypadku zaistnienia możliwości wypisu z oddziału, na którym przebywa dziecko oraz zapewnienie ciągłości leczenia stosownie do stanu zdrowia, po zakończeniu realizacji świadczenia gwarantowanego w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, w tym w uzasadnionych przypadkach opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka oraz wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez udział w grupie wsparcia w żałobie.

Warunki kwalifikacji pacjentów do OPH

W § 9 rozporządzenia *w sprawie OPH* określono warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, do których należy: przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego; wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie, a w przypadku perinatalnej opieki paliatywnej – ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalna choroba zagrażająca życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, w szczególności zaburzenia rozwojowe prowadzące do poronienia samoistnego, porodu przedwczesnego lub zgonu wewnątrzmacicznego, zaburzenia rozwojowe prowadzące do przedwczesnej śmierci żywo urodzonego dziecka, określone w szczególności jednostkami chorobowymi, o których mowa w części III załącznika nr 1 do rozporządzenia.

Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych albo hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych (§ 8 ust. 3 rozporządzenia *w sprawie OPH*).

Jednostki chorobowe kwalifikujące do OPH

Zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia *w sprawie OPH* świadczenia gwarantowane z zakresu OPH osobom dorosłym udziela się w przypadku, gdy chorują one na jedną z ośmiu wymienionych jednostek chorobowym

(m.in. na nowotwory, chorobę wywołaną przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), stwardnienie rozsiane (od 1 lipca 2018 r.), owrzodzenia odleżynowe. W odniesieniu do dzieci do leczenia kwalifikuje łącznie 65 jednostek chorobowych, w tym m.in. całościowe zaburzenia rozwojowe, nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych, schyłkowa niewydolność nerek, niewydolność serca, następstwa urazów głowy. Do leczenia perinatalnego kwalifikują natomiast wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym oraz wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenie i aberracje chromosomowe.

Świadczeniodawcy zostali zobowiązani, aby w zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych nieodpłatnie zapewnili badania diagnostyczne, zaś w odniesieniu do świadczeń w warunkach stacjonarnych także leki i wyroby medyczne (§ 8 ust. 1 rozporządzenia *w sprawie OPH*). Szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa załącznik nr 2 do rozporządzenia. Reguluje on np. minimalne wymogi odnośnie personelu.

Wymagania względem lekarzy

W warunkach stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych wymagane jest (załącznikiem nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH*), aby świadczenia osobom dorosłym wykonywał lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie uzyskiwania tej specjalizacji, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną mającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę mającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej[189]. W przypadku dzieci, świadczenia w opiece domowej udzielać może lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii, lub neonatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych lub kursu z zakresu opieki paliatywnej nad dziećmi, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną mającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę mającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Przepisy różnicują maksymalne obciążenie personelu lekarskiego: w warunkach stacjonarnych istnieje konieczność zapewnienia równoważnika jednego etatu przeliczeniowego lekarza na 10 łóżek, zaś w warunkach

[189] Porad w poradni OPH może udzielać lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie tej specjalizacji.

domowych dla dorosłych równoważnika jednego etatu przeliczeniowego lekarza na 30 świadczeniobiorców, a w przypadku dzieci – na 20 świadczeniobiorców. W warunkach opieki perinatalnej istnieje konieczność zapewnienia lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, lub perinatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii, lub anestezjologii i reanimacji, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej, mającego udokumentowany co najmniej dwuletni staż pracy w opiece paliatywnej oraz co najmniej roczny staż pracy w ośrodku zajmującym się perinatalną opieką paliatywną.

Wymagania względem pielęgniarek

W odniesieniu do pielęgniarek rozporządzenie *w sprawie OPH* (załącznik nr 2) przewiduje możliwość świadczenia opieki przez pielęgniarki, które ukończyły specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo są w trakcie tej specjalizacji lub ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu, albo ukończyły kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej albo są w trakcie tego kursu. W przypadku opieki nad dziećmi w warunkach domowych pielęgniarka może też ukończyć specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo ukończyć specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i jest w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej. Opiekę mogą sprawować także pielęgniarki, które ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo ukończyły kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i są w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej.

Przepisy różnicują maksymalne obciążenie personelu pielęgniarskiego: w warunkach stacjonarnych pielęgniarki z ww. kwalifikacjami powinny stanowić co najmniej 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy; w warunkach domowych dla dorosłych co najmniej 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy oraz równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców; natomiast w warunkach domowych dla dzieci – co najmniej 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy oraz równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców.

Wymagania względem pozostałego personelu

Ponadto rozporządzenie *w sprawie OPH* określa obowiązek świadczeniodawców zapewnienia dostępu do psychologa, fizjoterapeuty (w warunkach stacjonarnych i domowych) oraz opiekuna medycznego (w warunkach stacjonarnych), wyznaczając minimalne kwalifikacje oraz obciążenie pracą.

Wymagania sprzętowe

Świadczeniodawcy opieki stacjonarnej i domowej mają obowiązek zapewnienia sprzętu medycznego i pomocniczego w rodzaju i w liczbie określonej w rozporządzeniu. Wymogi dotyczą m.in. materacy przeciwodleżynowych, sprzętu ułatwiającego pielęgnację (zintegrowanego systemu do higieny ciała, podnośników, parawanów, pasów ślizgowych), zestawu do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej, pomp infuzyjnych.

Wymagania pozostałe

W załączniku nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* uregulowano minimalną częstotliwość udzielania świadczeń:

w warunkach stacjonarnych:

- całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza,
- całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez siedem dni w tygodniu;

w warunkach domowych:

- całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza i pielęgniarkę;
- porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż dwie w miesiącu;
- wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż dwie w tygodniu;
- pozostały personel – porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza;

w warunkach ambulatoryjnych:

- świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują nie więcej niż dwie porady lub wizyty w tygodniu w domu świadczeniobiorcy.

Kontraktowanie świadczeń – zasady ogólne

Sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; składania ofert; powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania oraz tryb pracy reguluje rozporządzenie *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy*. Obowiązkiem dyrektora OW NFZ jest zamieszczenie ogłoszenia o postępowaniu na stronie internetowej Oddziału NFZ. Ogłoszenie powinno zawierać m.in. datę ogłoszenia o postępowaniu i jego kod nadany przez dyrektora Oddziału; określenie wartości i przedmiotu zamówienia; określenie obszaru terytorialnego, dla którego jest przeprowadzane postępowanie; określenie maksymalnej liczby umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (zwanych dalej „umowami"), które zostaną zawarte po przeprowadzeniu tego postępowania, zgodnie z planem finansowym Oddziału i planem zakupu świadczeń opieki zdrowotnej (§ 3). Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia składane w toku postępowania wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności (§ 5 ust. 1).

Komisja konkursowa

Dyrektor OW NFZ, powołując komisję konkursową spośród pracowników Oddziału w liczbie nieparzystej, nie mniejszej niż trzech członków[190], określa jej właściwość rzeczową. Skład oraz liczbę członków komisji konkursowej ustala się odpowiednio do przedmiotu i trybu postępowania prowadzonego przez tę komisję. W składzie komisji konkursowej zapewnia się udział osoby mającej co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych oraz w miarę możliwości osób mających co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra w dziedzinie nauk prawnych lub ekonomicznych (§ 6 rozporządzenia *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy*).

[190] Skład taki obowiązuje od 21 czerwca 2016 r. Wcześniej komisja konkursowa miała działać w składzie nie mniejszym niż pięciu członków.

Ogólne warunki realizacji umów

Ogólne warunki realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej reguluje rozporządzenie *w sprawie ogólnych warunków umów*. Świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę (§ 3 załącznika do tego rozporządzenia) zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie *o świadczeniach* oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu. Świadczeniodawca zobowiązany jest udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności oraz podejmować i prowadzić działania mające na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń, w tym stosować kwestionariusz jakości określony przez Prezesa Funduszu. Do zakończenia niniejszej kontroli Prezes NFZ nie określił jednak kwestionariusza jakości.

Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność (§ 4 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów*) za udzielanie lub za zaniechanie udzielania świadczeń przez osoby przez siebie zatrudnione lub udzielające świadczeń w jego imieniu również na innej podstawie niż umowa o pracę, a także osoby, którym udzielanie świadczeń powierzył, oraz odpowiada za szkody powstałe, także u osób trzecich, w związku z udzielaniem lub zaniechaniem udzielania świadczeń. Fundusz jest obowiązany (§ 14 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów*) do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. W przypadku, gdy umowa zostaje zawarta na okres dłuższy niż rok, kwoty zobowiązań w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe są ustalane corocznie, w terminie do dnia 30 listopada, chyba że strony postanowią inaczej. W tym samym terminie są ustalane warunki finansowania świadczeń w umowie niezawierającej kwoty zobowiązania (§ 32 ust. 1 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów*).

Ogólne warunki realizacji umów określają też inne akty normatywne, w tym ustawa *o prawach pacjenta*, która przyznaje pacjentom prawo do leczenia bólu (art. 20a ust. 1) i zobowiązuje podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych do podejmowania działań polegających na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia (art. 20a ust. 2).

Szczegółowe warunki realizacji umów

Prezes NFZ wydał w okresie objętym kontrolą zarządzenia *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna*. Zarządzenie nr 54 z 28 czerwca 2016 r.[191] określało przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Określono, że świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń mogły być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców" (§ 7). Dopuszczono zlecenie podwykonawcy udzie-

[191] Uchylone z dniem 1 września 2018 r. (NFZ z 2016 r. poz. 54, ze zm.). Do 30 czerwca 2016 r. obowiązywało zarządzenie Prezesa NFZ nr 73.

lania części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy. Według zarządzenia świadczenia objęte przedmiotem umowy udzielane mogły być osobiście przez osoby mające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby", stanowiącym załącznik do umowy (§ 8). Świadczeniodawca miał obowiązek zapewnienia dostępności do świadczeń zgodnie z harmonogramem i odpowiadał wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia. Świadczeniodawca obowiązany został do systematycznego i ciągłego wykonywania umowy przez cały okres jej obowiązywania.

Zwiększenie zobowiązań NFZ po zakończeniu okresu rozliczeniowego

Zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy *o świadczeniach*, podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest umowa o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, z zastrzeżeniem art. 19 ust. 4. Umowa określa m.in. kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (art. 136 ust. 1pkt 5 ustawy *o świadczeniach*).

Według § 14 załącznika do rozporządzenia z 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów* Fundusz jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. Przez okres rozliczeniowy, § 1 pkt 5 załącznika do rozporządzenia rozumie – nieprzekraczający terminu obowiązywania umowy – okres roku kalendarzowego albo inny, zawierający się w roku kalendarzowym, okres oznaczony w umowie. Zakres świadczeń jest to świadczenie lub grupa świadczeń, dla których w umowie określa się kwotę finansowania (§ 1 pkt 17 załącznika do rozporządzenia). Stosownie natomiast do § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia, rozliczenie wykonania umowy za dany okres rozliczeniowy następuje najpóźniej w terminie 45 dni od dnia upływu tego okresu, przy czym, rozliczenie wykonania umowy oznacza ustalenie stanu faktycznego, na podstawie którego dokonana zostanie płatność za świadczenia opieki zdrowotnej realizowane w ramach umowy w danym okresie rozliczeniowym (§ 1 pkt 10 załącznika do rozporządzenia). Dodać należy, że zgodnie z § 43 załącznika do rozporządzenia, każda ze stron umowy może w uzasadnionych przypadkach wnioskować na piśmie o zmianę warunków umowy. Przepisy prawa nie zezwalają na zawarcie aneksów do wieloletnich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej po zakończeniu okresu rozliczeniowego zwiększających zobowiązania Funduszu w odniesieniu do świadczeń udzielanych w poprzednim okresie rozliczeniowym.

Co do zasady, świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane przez Fundusz do wysokości limitów określonych umową. Wyjątek stanowi udzielanie świadczeń w warunkach określonych w art. 19 ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej*, tj. w stanach nagłych. Art. 19 ust. 1 stanowi, że w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Zgodnie natomiast z art. 19 ust. 4, świadczeniodawca, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ma prawo do wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym. Wynagrodzenie uwzględnia wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowot-

nej. Art. 5 pkt 33 ustawy *o świadczeniach* przez stan nagły nakazuje rozumieć stan, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. *o Państwowym Ratownictwie Medycznym*[192]. Według tego przepisu, stan nagłego zagrożenia zdrowotnego to stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Ponadto zgodnie z art. 15 ustawy *o działalności leczniczej* podmiot leczniczy nie może odmówić udzielenia świadczenia zdrowotnego osobie, która potrzebuje natychmiastowego udzielenia takiego świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Jeżeli świadczenia wykonywane ponad ustalone w umowie limity w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna nie były udzielane pacjentom w stanie nagłym, tj. w stanie zagrożenia życia i zdrowia pacjentów, to – jako niespełniające warunków określonych w art. 19 ustawy *o świadczeniach* oraz w art. 15 ustawy *o działalności leczniczej* – nie powinny podlegać finansowaniu ze środków publicznych.

Równoważnik etatu przeliczeniowego na liczbę świadczeniobiorców

W części II załącznika nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* określono wymagania dotyczące udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. I tak np. w przypadku hospicjum domowego dla dorosłych wymagany jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej (lub odpowiednik) – równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców.

Zgodnie z art. 93 ust. 1 ustawy *o działalności leczniczej*, czas pracy pracowników zatrudnionych w podmiocie leczniczym, z zastrzeżeniem art. 94 ust. 1 , w przyjętym okresie rozliczeniowym, nie może przekraczać 7 godzin 35 minut na dobę i przeciętnie 37 godzin 55 minut na tydzień w przeciętnie pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Jeden etat przeliczeniowy, o którym mowa w załączniku nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH*, wynosi siedem godzin 35 minut na dobę, co stanowi 37 godzin 55 minut na tydzień, w pięciodniowym tygodniu pracy w przyjętym okresie rozliczeniowym. Równoważnik jednego etatu przeliczeniowego oznacza, że lekarz specjalista ma być zatrudniony na 37 godzin i 55 minut tygodniowo. Świadczenia mogą być realizowane np. przez dwie osoby, których łączny czas zatrudnienia będzie wówczas wynosił jeden etat (37 godzin i 55 minut).

Świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem oraz planem rzeczowo-finansowym (§ 9 ust. 1 załącznika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów*). Świadczenia są udzielane osobiście przez osoby wykonujące zawód medyczny wymienione w harmonogramie. Zmiany harmonogramu dotyczące tych osób wymagają zgłoszenia dyrektorowi OW NFZ, najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia (§ 6 ust. 1 i 2 załącz-

[192] Dz. U. z 2017 r. poz. 2195, ze zm.

nika do rozporządzenia *w sprawie ogólnych warunków umów*). Świadczeniodawca zobowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, w tym dotyczących osób udzielające świadczeń.

Równoważnik etatu przeliczeniowego na liczbę łóżek

Analogicznie należy rozumieć pojęcie równoważnik jednego etatu przeliczeniowego na 10 łóżek, przyjęte w części I załącznika nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* określającego warunki realizacji świadczeń gwarantowanych w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych w odniesieniu do zatrudnienia lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny paliatywnej (lub odpowiednika). Dla 10 łóżek w oddziale wymagany jest jeden etat – zatrudnienie lekarza specjalisty na 37 godzin i 55 minut tygodniowo.

Fizjoterapeuta w rozporządzeniu w sprawie OPH i w ustawie *o zawodzie fizjoterapeuty*

Przyjęta w rozporządzeniu *w sprawie OPH* definicja fizjoterapeuty jest niezgodna z ustawą *o zawodzie fizjoterapeuty*, albowiem jest szersza od definicji zawartej w tej ustawie i pozwala na wykonywanie świadczeń z zakresu fizjoterapii osobom, które nie spełniają wymogów ustawowych. Według rozporządzenia *w sprawie OPH*, do wykonywania świadczeń dopuszcza się osoby które: a) rozpoczęły po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 2435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł licencjata lub dodatkowo co najmniej 1440 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskała tytuł magistra; b) rozpoczęły po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach, i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku; c) rozpoczęły przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa lub rehabilitacja i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku; d) rozpoczęły przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej; e) rozpoczęły przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej potwierdzoną legitymacją instruktora rehabilitacji ruchowej lub gimnastyki leczniczej; f) rozpoczęły przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła 3-miesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji; g) ukończyły szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii. Natomiast według ustawy *o zawodzie fizjoterapeuty*, prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty nie przysługuje osobom, które ukończyły po dniu wejścia w życie tej ustawy (tj. po 31 maja 2016 r.) szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskały tytuł zawodowy technika fizjoterapii. Tym samym rozporządzenie *w sprawie OPH* dopuszcza do wykonywania świadczeń osoby, które w świetle ustawy *o zawodzie fizjoterapeuty* takiego prawa nie posiadają. Poza tym według ustawy *o zawodzie fizjoterapeuty* (art. 13 ust. 3 pkt 1 oraz 1a) prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty przysługuje osobom, które

– oprócz innych wymogów[193] – złożyły z wynikiem pozytywnym Państwowy Egzamin Fizjoterapeutyczny (wymóg dla osób starających się o uzyskanie prawa do wykonania zawodu po dniu 1 października 2017 r.), podczas gdy rozporządzenie *w sprawie OPH* nie wymaga złożenia tego egzaminu. Udzielanie świadczeń z zakresu fizjoterapii przez osoby bez prawa wykonywania zawodu, a mającej kwalifikacje wymienione w rozporządzeniu w sprawie OPH (tj. techników fizjoterapii posiadających dyplom policealnej szkoły publicznej lub niepublicznej sprzed 1 czerwca 2016 r.) niesie za sobą odpowiedzialność karną określoną w rozdziale 8 „Przepisy karne" ustawy *o zawodzie fizjoterapeuty*. Odpowiedzialność dotyczy zarówno osób udzielających świadczeń (art. 136), jak również dopuszczających do udzielania świadczeń osoby bez prawa do wykonywania zawodu (art. 139).

Udzielanie świadczeń przez personel w warunkach ambulatoryjnych

W części III załącznika nr 2 do rozporządzenia *w sprawie OPH* zostały określone warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej w poradni medycyny paliatywnej. W zakresie organizacji pracy poradni określono, że poradnia jest czynna co najmniej trzy dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godziny 18:00. Rozporządzenie *w sprawie OPH* wskazuje, że w poradni medycyny paliatywnej pracują lekarz, pielęgniarka i psycholog i w tym składzie zespół powinien być dostępny w godzinach pracy poradni. W ramach pracy zespołu udzielane są także porady i wizyty domowe. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może przewidywać, że poradnia jest czynna dłużej, zarówno jeżeli chodzi o dni tygodnia, jak i o godziny dziennie. Może to wymagać zatrudnienia w poradni kilku lekarzy, pielęgniarek i psychologów o wskazanych wyżej kwalifikacjach, z uwagi na konieczność przestrzegania norm czasu pracy osób zatrudnionych w podmiocie leczniczym.

[193] Rozpoczęcie po dniu 1 października 2017 r. jednolitych 5-letnich studiów wyższych w zakresie fizjoterapii, obejmujących co najmniej 300 punktów ECTS, o których mowa w art. 67 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. – *Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce* (Dz. U. poz. 1668, ze zm.), zwanych dalej „punktami ECTS", w tym co najmniej 160 punktów ECTS w zakresie fizjoterapii oraz odbycie 6-miesięcznej praktyki zawodowej i uzyskanie tytułu zawodowego magistra, albo rozpoczęcie po roku akademickim 2018/2019 studiów przygotowujących do wykonywania zawodu fizjoterapeuty, prowadzonych zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 68 ust. 3 pkt 1 ww. ustawy.

6.4. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności

1. *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej* z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. Nr 78, poz. 483, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm.).
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. *o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1318, ze zm.).
4. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, ze zm.).
5. Ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, ze zm.).
6. Ustawa z dnia 25 września 2015 r. *o zawodzie fizjoterapeuty* (Dz.U. z 2019 r. poz. 952).
7. Rozporządzenie 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.).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. *w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania* (Dz. U. poz. 2069).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. *w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych* (Dz. U. z 2016 r. poz. 192, ze zm.).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. *w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. poz. 1372, ze zm.) – obowiązuje od 1 września 2016 r.
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. *w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy* (Dz. U. z 2018 r. poz. 1897).
12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, ze zm.) – obowiązuje od 1 stycznia 2016 r.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 81, poz. 484) – obowiązywało do 31 grudnia 2015 r.

14. Zarządzenie nr 54/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2016 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hosp*icyjna (NFZ, poz. 54, ze zm.) – obowiązywało od 1 lipca 2016 r. do 31 sierpnia 2018 r.
15. Zarządzenie nr 73/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 grudnia 2013 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna* (NFZ, poz. 73, ze zm.) – obowiązywało do 30 czerwca 2016 r.
16. Zarządzenie nr 3/2014/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 stycznia 2014 r. *w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (NFZ, poz. 3, ze zm.) – obowiązywało do 30 czerwca 2016 r.
17. Zarządzenie nr 12/2015/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 lutego 2015 r. *w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (NFZ, poz. 12) – obowiązywało do 14 marca 2017 r.
18. Zarządzenie nr 18/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2017 r. *w sprawie warunków postępowania dotyczącego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (NFZ, poz. 18, ze zm.).

6.5. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
8. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
9. Przewodniczący Sejmowej Komisji Senioralnej
10. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
11. Przewodniczący Senackiej Komisji Rodziny, Polityki Senioralnej i Społecznej
12. Minister Zdrowia
13. Rzecznik Praw Pacjenta
14. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
15. Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej
16. Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej
17. Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

6.6. Stanowisko Ministra do informacji o wynikach kontroli

Minister Zdrowia

Warszawa, 20 sierpnia 2019

DNM.0911.1.2019.14.KCZ

Pani
Ewa Polkowska
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowna Pani Prezes,

w nawiązaniu do Informacji o wynikach kontroli ***P/18/063 Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej***, przekazanej przy piśmie z dnia 31 lipca 2019 r. o znaku: LBY.430.003.2019, przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

Część IV Wnioski, wnioski nr 1-6, str. 14.

W odniesieniu do wniosku *o opracowanie standardów OPH jako narzędzia zapewniającego należytą jakość udzielanych świadczeń, na podstawie art. 22 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej* oraz do wniosków dotyczących nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej[1], uprzejmie proszę o przyjęcie poniższego.

Odnośnie do opracowania standardów jako narzędzia zapewniającego należytą jakość udzielanych świadczeń, uprzejmie informuję, że warunki realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej (dalej „OPH"), określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określają ten standard w podstawowym zakresie. Zgadzam się z oceną, że przedmiotowy standard wymaga uszczegółowienia. Wniosek ten jest aktualnie

[1] Dz. U. z 2018 r. poz. 742 oraz poz. 1185.

Ministerstwo Zdrowia
ul. Miodowa 15
00-952 Warszawa
Telefon: (22) 63 49 460
e-mail: kancelaria@mz.gov.pl
www.mz.gov.pl

w trakcie realizacji, gdyż weryfikacja zakresu świadczeń została zlecona Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (dalej „AOTMiT") przez Ministra Zdrowia. Zwracam także uwagę na fakt, iż OPH nie dotyczy realizacji jednego świadczenia, a od kilkudziesięciu do kilkuset czynności i procedur realizowanych w ww. zakresie.

Z kolei wniosek Najwyższej Izby Kontroli (dalej „NIK") o doprecyzowanie wymogu częstotliwości wizyt i porad opieki prowadzonej w warunkach domowych oraz o doprecyzowanie pojęcia „porady lekarskiej" w domowej opiece paliatywnej, będzie analizowany przy najbliższej nowelizacji przedmiotowego rozporządzenia.

Ponadto uprzejmie informuję, że zebraniem członków Forum Hospicjów Polskich z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia rozpoczęto dyskusję nad rozwojem OPH, której model powinien być wypracowany przez wszystkie podmioty realizujące powyższą opiekę.

Dodatkowo uprzejmie wskazuję, że zostanie rozważona propozycja Forum Hospicjów Polskich, by lata 2019-2020 były okresem przeznaczonym na przeprowadzenie szerokiej dyskusji środowiska paliatywnego i hospicyjnego, wspólnie z konsultantami krajowymi i wojewódzkimi, na temat organizacji i kontraktowania OPH do 2027 r.

Część IV Wnioski, wniosek nr 7, str. 14-15.

W związku z wnioskiem o *zmianę rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, tak aby premiowane były podmioty oferujące najlepszej jakości warunki dodatkowe udzielania świadczeń OPH, jak np. wsparcie socjalne dla pacjenta i rodziny, udział wolontariatu w opiece, zwiększona liczba personelu, zapewnienie pojazdów dla pielęgniarek*, uprzejmie zauważam, iż proponowane rozwiązania powinny być określone na poziomie koszyka świadczeń gwarantowanych. W przypadku zdefiniowania nowych warunków realizacji świadczeń w zakresie OPH, zostałyby wprowadzone nowe kryteria wyboru ofert w OPH.

Część IV Wnioski, wniosek nr 2, 3b i 5, str. 15.

Uprzejmie informuję, iż w związku z ww. wnioskami, a także wnioskami skierowanymi przez NIK bezpośrednio do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej „NFZ"), Minister Zdrowia zwrócił się do p.o. Prezesa NFZ z prośbą o:

- o przekazanie danych nt. wartości sfinansowanych i niesfinansowanych świadczeń w rodzaju OPH, w tym w ramach świadczeń sfinansowanych wskazanie wartości nadwykonań, wraz z procentowym uwidocznieniem zmian – we wszystkich zakresach świadczeń w ww. rodzaju, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ, w latach

2016-2018, jak również przekazanie danych nt. wartości umów na 2019 r. (w podziale na zakresy świadczeń i oddziały wojewódzkie NFZ),

- przekazanie stanowiska w odniesieniu do wniosków na str. 15 Informacji: 3b i 5,
- o poinformowanie odnośnie do sposobu i terminu realizacji wniosków NIK skierowanych do Pana Prezesa (str. 16 ww. Informacji, pkt 1 i 2).

W odniesieniu do wniosku 3b o *„zapewnienie dostępu do OPH wszystkim potrzebującym, niezależnie od miejsca zamieszkania, tj. wyrównanie dostępu do świadczeń opieki paliatywnej pomiędzy terenami wiejskimi i miejskim oraz poszczególnymi regionami w kraju”,* NFZ poinformował, iż w przepisach zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w *Rozdziale 2 Przedmiot postępowania*, został uwzględniony obszar terytorialny, na którym mają być wyłonieni świadczeniodawcy realizujący świadczenia w danym zakresie. Wymieniony obszar uwzględnia zarówno tereny wiejskie, jak i miejskie. Natomiast w obowiązujących przepisach prawa nie ma wzmianki, że inaczej mają być realizowane świadczenia na obszarach wiejskich, a inaczej na obszarach miejskich, a także nie ma wzmianki o zróżnicowaniu finansowania tych samych świadczeń realizowanych na obszarze wsi lub miasta. Tak więc AOTMiT w określaniu taryfy dla przedmiotowego rodzaju świadczenia, nie zróżnicowała taryfy dla świadczeń realizowanych na terenie wsi czy miasta.

W kwestii wykonania wniosku 5 o *zainicjowanie zmiany wyceny świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, ewentualnie rozważenie zmiany sposobu organizacji tej poradni* uprzejmie informuję, że NFZ stoi na stanowisku, iż taryfa dla przedmiotowego zakresu świadczenia została określona na dobrym poziomie i na obecnym etapie nie ma potrzeby zwiększania wyceny porady w poradni medycyny paliatywnej przez AOTMiT.

Część IV Wnioski, wniosek nr 6, str. 16.

Uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania na rzecz zwiększenia liczby pielęgniarek wchodzących do sytemu ochrony zdrowia, w tym również pielęgniarek do zabezpieczenia opieki pacjentom z zakresu OPH, zgodnie z ustalonym kierunkiem działań w *Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce* [docelowo w *Polityce Wieloletniej Państwa na Rzecz Pielęgniarstwa i Położnictwa w Polsce* (z uwzględnieniem etapów prac zainicjowanych w 2018 r.)].

Ponadto, są podejmowane działania zmierzające do zwiększenia dofinansowania specjalizacji dla pielęgniarek ze środków publicznych, w tym również specjalizacji

w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Powyższe przyczyni się do poprawy jakości udzielanych świadczeń opieki w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz zwiększenia liczby pielęgniarek specjalistek w tym obszarze.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Janusz Cieszyński
Podsekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

6.7. Opinia Prezesa NIK do stanowiska Ministra

PREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
KRZYSZTOF KWIATKOWSKI

LBY.430.003.2019

Warszawa, 23 sierpnia 2019 r.

Opinia
Prezesa Najwyższej Izby Kontroli
do stanowiska Ministra Zdrowia z 20 sierpnia 2019 r. do informacji o wynikach kontroli
pn. *Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej*

Stosownie do art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli[1], przedstawiam opinię do ww. stanowiska.

Z satysfakcją przyjmuję, że Pan Minister zgadzając się z wynikami kontroli, wyraził wolę realizacji sformułowanych na jej podstawie wniosków.

Szczególnie istotny jest udział Pana Ministra w dyskusji nad rozwojem OPH prowadzonej przez Forum Hospicjów Polskich, albowiem opracowanie optymalnego docelowego modelu funkcjonowania opieki paliatywnej wymaga nawiązania dialogu i uwzględnienia postulatów formułowanych przez wszystkie środowiska związane z OPH w naszym kraju. Wierzę, że tym razem podjęte wysiłki przełożą się na konkretne działania usprawniające system opieki paliatywnej i nie pozostaną niezrealizowane, w odróżnieniu od rekomendacji sformułowanych w 2012 r. przez powołany przez Ministra Zdrowia zespół ekspertów.

Najpilniejszym wyzwaniem jest powtórna weryfikacja zasad udzielania świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, albowiem dostrzeżone przez NIK problemy grożą ograniczeniem lub wręcz likwidacją tego zakresu świadczeń. Tymczasem rozwój opieki ambulatoryjnej jak również wprowadzenie szpitalnych zespołów lub konsultantów medycyny paliatywnej mogłyby istotnie przyczynić się do usprawnienia systemu OPH, w tym zwiększyć dostępność pacjentów do profesjonalnego wsparcia.

Pomimo, że wspomniane przez Pana Ministra zarządzenie Prezesa NFZ[2] odnosi się do obszaru terytorialnego, na którym mają być wyłonieni świadczeniodawcy, NIK ujawniła znaczące różnice w dostępie do świadczeń OPH w zależności od miejsca zamieszkania pacjenta. Wobec ograniczonej skuteczności tych rozwiązań, liczę że podejmie Pan Minister odpowiednie kroki, które wyrównają szanse pacjentów z terenów wiejskich i niektórych regionów kraju do niezwłocznego otrzymania zagwarantowanych prawem świadczeń.

WICEPREZES
Najwyższej Izby Kontroli
wz. Wojciech Kutyła

[1] Dz. U. z 2019 r. poz. 489.
[2] Zarządzenie nr 74/2018/DSOZ Prezesa NFZ z 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (NFZ poz. 74, ze zm.).

1919 2019 NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI