

Data: 30.11.2022 r.

Znak sprawy: DSOZ-SOD.401.297.2022
2022.416390.MAMI

Pan

Adresat: **Marcin Wiącek**
Rzecznik Praw Obywatelskich
/ePUAP/

dotyczy: pisma V.7010.162.2022.ETP z 7 listopada 2022 r. w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Szanowny Panie Rzeczniku,

w nawiązaniu do pisma w sprawie sytuacji w opiece paliatywnej i hospicyjnej, proszę przyjąć następujące wyjaśnienie. Narodowy Fundusz Zdrowia dąży do rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce sukcesywnie zwiększając środki finansowe w planie finansowym przeznaczone na zakup przedmiotowych świadczeń.

Na przestrzeni lat 2018- 2022 kwota środków zabezpieczonych na zakup świadczeń wzrosła o blisko 60%.

Pozycja planu	Wyszczególnienie	2018	2019	2020	2021	2022*
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	742 061 000 zł	825 661 000 zł	896 990 000 zł	966 573 000zł	1 173 895 000zł

* Zmiana planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2022, zatwierdzona przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 lipca 2022 r.

Plan finansowy na 2023 r. zakłada przeznaczenie 1 164 850 000 zł na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej. Z uwagi na to, że Fundusz traktuje przedmiotowe świadczenia priorytetowo i stara się finansować wszystkie świadczenia zrealizowane ponad kwotę zawartą w umowie przewidziana w planie kwota może ostatecznie wzrosnąć. Z analizy danych

pozyskanych z oddziałów wojewódzkich Funduszu wynika, że około 99 % zrealizowanych ponad limit w 2021 r. i poprawnie sprawozdanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dorosłych, zostało przez Fundusz zapłacone.

Świadczenia realizowane dla dzieci do 18. roku życia finansowane są w całości, zgodnie z przepisami ustawy o Funduszu Medycznym oraz przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W minionych latach podobnie, Fundusz starał się płacić za wszystkie nadwykonania. Niewielki procent niezapłaconych świadczeń wynika m.in. z braku złożenia wniosku lub złożenia przez świadczeniodawcę wniosku po terminie.

Narodowy Fundusz Zdrowia na bieżąco monitoruje i analizuje dane dotyczące dostępności do świadczeń zdrowotnych, w tym świadczeń onkologicznych w zakresie radioterapii. Na podstawie art. 136 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.), świadczenia onkologiczne z zakresu leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej diagnostyki onkologicznej lub leczenia onkologicznego udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO) **są nielimitowane** – kwota zobowiązania określona w umowach o udzielanie świadczeń zdrowotnych dla świadczeń onkologicznych jest zmieniana, przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tych świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnia zatem finansowanie świadczeń onkologicznych, w zależności od faktycznych potrzeb wynikających z realizacji kontraktów.

Rozpatrując sprawę należy także wskazać, że od 2019 r. wprowadzane są sukcesywnie onkologiczne świadczenia kompleksowe dotyczące nowotworów o najwyższej zachorowalności. Od dnia 1 października 2019 r. wprowadzono Kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) natomiast od 1 czerwca 2021 r. funkcjonuje Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG).

Świadczenia te są realizowane odpowiednio przez Centra Kompetencji Raka Piersi, Ośrodki Raka Piersi oraz Centra Kompetencji Raka Jelita Grubego, we współpracy z innymi

świadczeniodawcami. Ww. podmioty mają obowiązek zapewnić dostęp do świadczeń między innymi z zakresu radioterapii oraz w KON-Pierś również do opieki paliatywnej i hospicyjnej. Natomiast w przypadku KON-JG jednym z zadań Centrów Kompetencji jest wsparcie koordynacyjne w zakresie uzyskania przez świadczeniobiorców świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zgodnie z założeniami Programu wieloletniego pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030 wprowadzanie kompleksowej opieki onkologicznej obejmować ma rozwój opieki rehabilitacyjnej, psychologicznej oraz paliatywnej i hospicyjnej.

W roku bieżącym świadczenia radioterapii w rodzaju leczenie szpitalne realizowane są w każdym województwie, łącznie przez 45 podmiotów, w tym świadczenia z zakresu radioterapii związane z leczeniem paliatywnym oraz leczeniem bólu zostały dotychczas udzielone w 41 ośrodkach u 11 879 pacjentów.

Radioterapia jest realizowana zarówno w warunkach hospitalizacji jak i ambulatoryjnie. Analiza danych z lat 2019 -2022 (I-VIII) wskazuje, że wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne - teleradioterapia / brachyterapia / terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku zabezpiecza finansowanie świadczeń radioterapii.

Tabela – Analiza w zakresie realizacji umów o typie 03/4

rok	wartość umów	liczba pacjentów*	liczba rozliczonych produktów*	wartość zrealizowanych świadczeń*	wartość rozliczonych świadczeń*
2019	1 253 245 220,81	85 534	1 762 804	1 250 169 161,99	1 249 004 166,64
2020	1 181 015 354,08	79 303	1 120 588	1 161 001 261,51	1 158 922 329,98
2021	1 189 148 022,67	76 389	1 056 744	1 185 575 257,29	1 183 818 137,19
2022	1 365 541 694,57	51 969	971 476	894 574 103,95	825 563 562,43

Dane NFZ stan na 24.11.2022 r.

* w 2022 roku dotyczy świadczeń zrealizowanych w okresie I-VIII

Odnośnie informacji o kolejkach do hospicjów dostępnych w Informatorze o Terminach Leczenia, należy wskazać, że zgodnie z art. 19a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz.

1285 ze zm.) świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia w przypadku świadczeń:

- 1) pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych albo opiekuńczo-leczniczych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;
- 2) opieki paliatywnej i hospicyjnej, innych niż:
 - a) udzielane w warunkach ambulatoryjnych,
 - b) świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej.

W ramach świadczenia hospicjum stacjonarnego, oddziału medycyny paliatywnej i hospicjum domowego, czas objęcia świadczeniem nie jest ściśle określony i zależy głównie od stanu zdrowia oraz długości życia pacjenta, w związku z czym nie da się przewidzieć terminu daty pierwszego wolnego terminu objęcia opieką.

Odnośnie finansowania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, odbywa się ono zgodnie z taryfą określoną przez AOTMiT w obwieszczeniu:

- z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna;
- z dnia 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia nie posiada uprawnień do ustalania taryf dla świadczeń zdrowotnych. Określenie lub zmiana poziomu lub sposobu finansowania świadczeń gwarantowanych należy do zadań Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Ostatni wzrost ceny punktu został zrealizowany zgodnie z rekomendacją nr 65/2022 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Do wyliczeń przyjęto wariant 2 uwzględniający wzrost najniższego wynagrodzenia wprowadzany ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r., poz.1352), wzrost wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę, związanych z prognozą wskaźnika

inflacji w latach 2022-2023 r., symulację zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń wartość jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz odrębne rozwiązania dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania. W związku ze zwiększeniem kwoty zobowiązania we wszystkich umowach zaistniała przesłanka do pomniejszenia wartości współczynników korygujących, o których mowa w ogólnych warunkach umów.

Zasada rozliczania pierwszego i ostatniego dnia objęcia pacjenta opieką paliatywną i hospicyjną, jako jeden osobodzień obowiązuje w każdym rodzaju i zakresie świadczeń. Fundusz nie planuje zmiany tej zasady. Świadczenia w hospicjum stacjonarnym/ oddziale medycyny paliatywnej, oraz hospicjum domowym finansowane są za każdy osobodzień objęcia opieką. Osobodzień stanowi uśrednioną cenę świadczeń udzielonych w pełnym dniu. Świadczenia udzielane są indywidualnie wg. potrzeb i stanu zdrowia pacjenta, a świadczeniodawca otrzymuje za każdy dzień opieki stałą kwotę określoną w umowie, niezależnie od stopnia zaangażowania personelu. Z uwagi na to, że dzień przyjęcia i dzień wypisu nie stanowią pełnego dnia, nie są rozliczane jako oddzielne osobodni.

Zdaniem Funduszu obecna wycena świadczeń hospicjum stacjonarnego/ oddziału medycyny paliatywnej jest na dobrym poziomie. Dla porównania, w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych/ opiekuńczo- leczniczych, które zapewniają całodobową, kompleksową, często również dożywotnią opiekę nad ciężko chorymi i niesamodzielnymi pacjentami, realizowaną przez lekarzy ze specjalizacją w trzech różnych dziedzinach, pielęgniarki, fizjoterapeutów, psychologa, logopedę oraz opiekunów medycznych, osobodzień opieki wyceniony jest na niemal 2,5 razy niższą kwotę. Odnośnie ewentualnych zmian wyceny świadczeń opieki paliatywnej, NFZ zgłosił uwagę do planu taryfikacji AOTMiT, dotyczącą potrzeby ponownego opracowania wyceny poradni medycyny paliatywnej w celu rozwoju tej formy opieki w Polsce.

Należy zaznaczyć, że świadczeniodawcy zobowiązani są do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami prawa, oraz stanem zdrowia pacjenta. Przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie

świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2022 r. poz. 262) wskazują na realizację w ramach hospicjum domowego wymóg wykonania:

- porad lekarskich w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu,
- wizyty pielęgniarstwa w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu.

Konstrukcja przepisu wskazuje jednoznacznie, że wizyt tych może być więcej w sytuacji kiedy wymaga tego stan zdrowia pacjenta. System elektronicznej weryfikacji jest jedynie narzędziem pomocniczym Funduszu, pozwalającym na wczesne wykrywanie nieprawidłowości powstających u świadczeniodawcy, w celu zagwarantowania jak najlepszej opieki dla pacjenta w ramach sprawowanych świadczeń. W przypadku pojawienia się alertu wynikającego z naruszenia przez świadczeniodawcę przyjętych reguł, pracownik OW każdorazowo wyjaśnia sprawę sprawdzając czy nie doszło do nieprawidłowości.

Odnosząc się do kryteriów kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej, uprzejmie informuję, że zostały one określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Kryteria kwalifikacji do świadczeń, zostały określone tak, aby zagwarantować jak najszybszy dostęp do opieki pacjentom chorującym głównie na choroby nowotworowe, gdzie okres przeżycia jest średnio najkrótszy. Rozszerzenie kryteriów spowodowałoby zwiększenie liczby świadczeniobiorców, wydłużenie czasu pobytu w hospicjum a w konsekwencji zwiększyło liczbę oczekujących.

Z poważaniem

Filip Nowak

Prezes NFZ

/Dokument podpisany elektronicznie/

Do wiadomości

- Departament Lecznictwa Ministerstwo Zdrowia