



Minister Zdrowia

Warszawa, 03 maja 2020

ZPG.653.2.2020.JS

Pan
Adam Bodnar
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie Rzeczniku,

W odpowiedzi na pismo z dnia 5 marca 2020 r. (znak: V. 7010.140.2019.ET), dotyczące problemów systemowych w zapewnieniu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Odnosząc się do kwestii niezgodności definicji zawartej w rozporządzeniu 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) z definicją opieki paliatywnej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), uprzejmie informuję, że Minister Zdrowia zlecił Prezesowi Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) wydanie stosownej rekomendacji.

W Rekomendacji nr 16/2019 w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej Prezes AOTMiT informuje, że eksperci kliniczni są zgodni, aby w polskim systemie przyjąć definicję opieki paliatywnej i hospicyjnej zaproponowaną przez WHO. W opinii AOTMiT uwzględnienie definicji WHO (równoznaczne z objęciem opieką pacjentów cierpiących na zagrażające życiu choroby lub pacjentów zgodnie z rozszerzonym wykazem jednostek chorobowych) może spowodować wzrost liczebności populacji kwalifikującej się do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną.

Niemniej jednak kwestia rekomendowanego zwiększenia liczby jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia hospicyjnego oraz wzrostu stawki za osobodzień będzie przedmiotem rozstrzygnięć Ministra Zdrowia.

Biorąc natomiast pod uwagę wymagania określone w rozporządzeniu 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, z późn. zm.), dotyczące personelu realizującego świadczenia gwarantowane w warunkach stacjonarnych, uprzejmie informuję, że wymagany czas pracy pielęgniarki został określony na co najmniej 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy.

Nawiązując z kolei do postulatu udzielania pacjentowi porady w hospicjum domowym podczas rozmowy telefonicznej, uprzejmie informuję, że teleporady z lekarzem są aktualnie możliwe, zwłaszcza, że dostęp do lekarza i pielęgniarki w ramach przedmiotowych świadczeń ma być zapewniony przez całą dobę przez 7 dni w tygodniu. Niemniej jednak dla tej szczególnej grupy pacjentów oraz ich rodzin, objętych opieką przez hospicja domowe, porady lekarskie (nie rzadziej niż 2 w miesiącu) oraz wizyty pielęgniarskie (nie rzadziej niż 2 w tygodniu) – mają być realizowane w domu chorego. Z informacji uzyskanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ), od świadczeniodawców wynika, że personel medyczny w okresie umierania odwiedza pacjenta nawet kilka razy w ciągu doby.

W tym kontekście pragnę nadmienić, że w związku ze stanem epidemii wirusa SARS-CoV-2, wywołującego chorobę zakaźną COVID-19, poprzez nowelizację rozporządzenia Ministra w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* z dnia 16 marca 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 457) dopuszczono realizację porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności w przypadku świadczeń gwarantowanych wykonywanych w warunkach domowych, o ile ten sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia pacjenta.

Mając z kolei na uwadze postulat dotyczący częstotliwości udzielania świadczeń w ramach hospicjum domowego uprzejmie informuję, że kwestie te mogą zostać rozważone przy przeprowadzaniu kolejnej nowelizacji ww. rozporządzenia.

Natomiast w odniesieniu do kwestii określenia standardów opieki paliatywnej i hospicyjnej, pragnę wskazać, że standardy w danym rodzaju lub zakresie świadczeń zazwyczaj są opracowywane przez właściwe towarzystwa naukowe. W oparciu o tak opracowane rekomendacje – zgodnie z delegacją ustawową określoną w art. 22 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o *działalności leczniczej* (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 i 567) – Minister Zdrowia może określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne

opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

Odnosząc się do kwestii dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenach wiejskich pragnę podkreślić, że przywołane powyżej rozporządzenie w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* nie różnicuje świadczeń dla pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania. Nie wyklucza to zasadności prowadzenia ścisłej współpracy z innymi podmiotami celem zapewnienia pacjentom na terenach wiejskich odpowiedniej i kompleksowej opieki w tym zakresie.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o *świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) – oceny potrzeb zdrowotnych dla danego województwa dokonuje wojewoda. W oparciu o dane epidemiologiczne i demograficzne oraz dane z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wojewoda sporządza regionalną mapę potrzeb zdrowotnych. Na podstawie map regionalnych, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP–PZH) sporządza Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Mapy Regionalne (uwzględniające potrzeby zdrowotne zarówno na terenach wiejskich, jak i miejskich) wykorzystywane są przez Oddziały Wojewódzkie (OW) NFZ do sporządzania planu zakupów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach i zakresach, w tym również świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Nawiązując z kolei do informacji dotyczących modelu sprawowania opieki przez Hospicjum Proroka Eliasza, należy jednoznacznie wskazać, że nie ma możliwości, aby opiekunki wyręczały w opiece nad chorymi powołanych do tego specjalistów medycznych. Hospicja mogą wprowadzić przyjmować własne rozwiązania organizacyjne, ale mogą one mieć charakter uzupełniający w stosunku do obligatoryjnych wymagań (w tym kadrowych) określonych w przepisach rozporządzenia w *sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*.

Mając na względzie potrzeby na świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz długoterminowej, NFZ sukcesywnie zwiększa kwoty przeznaczane na finansowanie przedmiotowych świadczeń. Koszty świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej, według stanu na dzień 2 kwietnia 2020 r. wynosiły:

- w 2016 r. – 435 846 506 zł;
- w 2017 r. – 622 795 470 zł;

- w 2018 r. – 692 189 451 zł;
- w 2019 r. – 700 653 758 zł
- plan na 2020 r. wynosi 824 457 000 zł.

Jednocześnie pragnę zaznaczyć, że wykonanie świadczeń opieki zdrowotnej ponad limit określony w umowie nie może to oznaczać, iż NFZ jest zobowiązany do zapłacenia wszystkich wykonanych przez świadczeniodawcę świadczeń, ponieważ środki finansowe jakimi dysponuje i jakie kieruje na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej są ograniczone.

W związku z powyższym wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku budżetowym zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym NFZ. Zgodnie z przepisami ustawy *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Prezes NFZ sporządza corocznie plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.

Mimo rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, w tym także w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie ma możliwości prawnych do sporządzenia planu, który uwzględniałby wszystkie potrzeby dla wszystkich świadczeniobiorców, we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń. W sposób nielimitowany NFZ finansuje jedynie świadczenia, w przypadku których zagrożenie życia wystąpi bezpośrednio po nieudzieleniu świadczenia. Dodatkowo należy wskazać, że NFZ finansuje realizację przedmiotowych świadczeń przez 7 dni w tygodniu w stawce za osobodzień z uwzględnieniem taryfy określonej przez AOTMiT.

Odnosząc się do propozycji wprowadzenia przez NFZ kwestionariusza jakości udzielanych świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej uprzejmie informuję, że opracowanie takiego kwestionariusza jest na ukończeniu i zostanie wprowadzone do stosowania przez wszystkich świadczeniodawców, z którymi NFZ posiada podpisane umowy.

Warto mieć na uwadze, że kontraktowanie świadczeń oraz ich finansowanie uregulowane są w odrębnych przepisach prawnych. Wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Zgodnie z zasadą obowiązującą jednostki sektora finansów publicznych, do których należy NFZ, zakres upoważnienia do dokonywania wydatków ze środków publicznych wyznaczają kwoty wydatków określone w planie finansowym jednostki. Kontraktowanie świadczeń, zawieranie umów o

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich realizacja odbywa się w oparciu o ustalony umowy plan rzeczowo – finansowy oraz harmonogram, odnoszący się zwłaszcza do potencjału wykonawczego świadczeniodawcy.

W odniesieniu do kwestii zapewnienia odpowiedniej liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej pragnę podkreślić, że od wielu lat Ministerstwo Zdrowia podejmuje wielokierunkowe działania mające na celu utrzymanie na rynku pracy optymalnej liczby lekarzy specjalistów – adekwatnej do zaspokojenia potrzeb społecznych na świadczenia medyczne, w tym na świadczenia w zakresie medycyny paliatywnej.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*, świadczenia gwarantowane w tym zakresie mogą realizować wyłącznie lekarze specjaliści z medycyny paliatywnej lub lekarze w trakcie specjalizacji w ww. dziedzinie, lub lekarze 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 (CMKP) lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Zapewnienie właściwej dostępności świadczeń opieki zdrowotnej w newralgicznych obszarach wiąże się m.in. z koniecznością tworzenia warunków zachęcających lekarzy do podejmowania szkolenia w dziedzinach medycyny najbardziej deficytowych, do których zalicza się także medycynę paliatywną. Niestety medycyna paliatywna należy do dziedzin medycyny nie cieszących się dużym zainteresowaniem lekarzy zamierzających podjąć szkolenie specjalizacyjne. Niemniej jednak obserwuje się stopniowy wzrost liczby lekarzy specjalistów w tej dziedzinie. Aktualnie liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej wykonujących zawód wynosi 539 osób (dla porównania: w 2012 r. liczba ta wynosiła 279 osób, a w 2016 r. – 421 osób), natomiast w trakcie szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie jest obecnie 128 lekarzy.

Dotychczas Ministerstwo Zdrowia wypracowało kilka instrumentów, których celem jest stymulowanie wzrostu liczby specjalistów, w szczególności w dziedzinach najbardziej deficytowych, tj. w tych, w których występuje największe zapotrzebowanie w systemie ochrony zdrowia. Przede wszystkim wprowadzono przepisy obligujące

podmioty lecznicze do stopniowego wzrostu wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawody medyczne. Ponadto znacznie podwyższono wynagrodzenia zasadnicze lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury (w szczególności w dziedzinach priorytetowych) i lekarzy specjalistów. Wdrożono również rozwiązania umożliwiające podwyższenie wynagrodzeń zasadniczych lekarzy specjalistów do poziomu 6 750 zł brutto, w przypadku gdy lekarze ci są zatrudnieni na podstawie stosunku pracy u świadczeniodawców, którzy zawarli z NFZ umowy obejmujące udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach całodobowych lub całodziennych i uczestniczą w udzielaniu tych świadczeń oraz zobowiążą się wobec pracodawcy do nieudzielania odpłatnie świadczeń opieki zdrowotnej u innego świadczeniodawcy realizującego umowę z NFZ (z wyłączeniem świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w hospicjach, zakładach opiekuńczych oraz zakładach rehabilitacji leczniczej).

Ponadto wprowadzono przepisy, zgodnie z którymi lekarz odbywający szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydentury może otrzymywać dodatek do wynagrodzenia w wysokości 700 zł (dla dziedzin priorytetowych) lub 600 zł miesięcznie w zamian za zobowiązanie się do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Polski w podmiocie udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w łącznym okresie dwóch lat z pięciu kolejnych lat przypadających od dnia uzyskania potwierdzenia zakończenia szkolenia specjalizacyjnego, w łącznym wymiarze czasu pracy odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu.

Jednostkom szkolącym lekarzy rezydentów zapewniono również refundację kosztów ponoszonych na wynagrodzenia za pełnione przez nich programowe dyżury medyczne oraz wprowadzono dodatkowe urlopy naukowe.

W ramach wsparcia finansowego lekarzy podpisano umowę o dofinansowanie projektu pozakonkursowego pn. *Kształcenie specjalizacyjne lekarzy w dziedzinach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju*, którego głównym celem jest zwiększenie kwalifikacji zawodowych lekarzy poprzez wsparcie procesu kształcenia specjalizacyjnego w dziedzinach istotnych z punktu widzenia epidemiologiczno-demograficznego kraju, w tym m.in. w dziedzinie medycyny paliatywnej. Z kolei w ramach projektu *Kształcenie podyplomowe lekarzy realizowane w innych formach niż specjalizacje w obszarach istotnych z punktu widzenia potrzeb epidemiologiczno-demograficznych kraju, ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy zatrudnionych w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej* (Działanie 5.4.

Kompetencje zawodowe i kwalifikacje kadr medycznych) możliwe jest dofinansowanie kursów doskonalących. Przedmiotowe wsparcie stanowi odpowiedź na wzrost zapotrzebowania na usługi medyczne wynikający z faktu starzenia się społeczeństwa oraz powstawania luki pokoleniowej wśród lekarzy niektórych specjalności.

Oczekuje się, że wskazane powyżej preferencje specjalizacyjne powinny doprowadzić w możliwie jak najkrótszym czasie do zniwelowania braków wysoko wyspecjalizowanej kadry medycznej w szczególnie newralgicznych dziedzinach medycyny, w tym również w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Odnosząc się natomiast do postulatu włączenia specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej w pakiet onkologiczny, nie zaś w opiekę długoterminową, pragnę zauważyć, że medycyna paliatywna nie dotyczy jedynie leczenia i opieki nad pacjentami chorymi onkologicznie, ale nad osobami cierpiącymi na inne nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe. Ponadto celem czynności lekarskich podejmowanych w medycynie paliatywnej nie jest wyleczenie chorego ani też zatrzymanie procesu chorobowego (jak ma to miejsce w leczeniu onkologicznym), ale przede wszystkim poprawienie jakości życia w terminalnym stadium choroby. Dzięki takiemu szerokiemu ujęciu medycyna paliatywna odpowiada na potrzeby zdrowotne szerokiej grupy pacjentów nieuleczalnie chorych, a nie tylko pacjentów z chorobami nowotworowymi. W związku z powyższym włączenie tej specjalizacji w pakiet onkologiczny wydaje się nie tylko nieuzasadnione metodologicznie, ale również mogłoby działać na szkodę pacjentów wymagających opieki paliatywnej na skutek nieuleczanych chorób nienowotworowych.

Jednocześnie pragnę nadmienić, że w ramach pakietu onkologicznego w konsylium, oprócz lekarzy specjalistów m.in. w dziedzinach onkologii, hematologii czy chirurgii, mogą również uczestniczyć inne osoby, takie jak pielęgniarka, psycholog, a w zależności od potrzeby również inny pracownik medyczny. Umożliwia to zatem, w uzasadnionych przypadkach, włączenie w konsylium specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej.

W kontekście kwestii opisanych powyżej warto również wskazać na potencjalną rolę programu wieloletniego pn. *Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020–2030* (NSO) w poprawie dostępności i jakości opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce.

W ramach NSO przyjęto bowiem m.in. następujące zadania:

- 1) w ramach celu 1 – *Inwestycje*: do końca 2028 r. zwiększenie o 10% liczbę lekarzy posiadających specjalizacje onkologiczne oraz współpracujące w obszarze

onkologii, tj. z radiologii, patomorfologii, genetyki klinicznej, rehabilitacji onkologicznej, medycyny paliatywnej itp.;

- 2) w ramach celu 5 – *Inwestycje w system opieki onkologicznej*:
 - a) do końca 2024 r. wyrównanie i zwiększenie dostępu do świadczeń opieki rehabilitacyjnej, opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach;
 - b) do końca 2022 r. opracowanie map potrzeb zdrowotnych w zakresie opieki rehabilitacyjnej, opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów onkologicznych;
 - c) do 2026 r. zbudowanie sieci ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów onkologicznych, zlokalizowanych w ośrodkach onkologicznych lub współpracujących z ośrodkami onkologicznymi w ramach projektowanej Krajowej Sieci Onkologicznej (KSO);
 - d) do 2026 r. utworzenie zespołów konsultacyjnych medycyny paliatywnej w ośrodkach onkologicznych w ramach projektowanej KSO.

Odnosząc się do kwestii koordynacji opieki paliatywnej i hospicyjnej z pomocą społeczną pragnę zapewnić, że dostrzegając potrzebę zapewnienia kompleksowego wsparcia osobom nieuleczalnie chorym obejmującego zarówno opiekę zdrowotną, jak i wsparcie społeczne, Ministerstwo Zdrowia we współpracy z Ministerstwem Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej podejmuje działania w celu wypracowania efektywnych rozwiązań w tym zakresie.

Warto podkreślić, iż zarządzeniem z dnia 12 grudnia 2019 r. Minister Zdrowia powołał Pełnomocnika ds. opieki paliatywnej, którego zadaniem jest koordynacja oraz realizacja działań mających na celu rozwój opieki paliatywnej w Polsce, ukierunkowanych na zapewnienie pacjentom w końcowym stadium chorób terminalnych prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także informowanie Ministra Zdrowia o aktualnym stanie tych działań, przedstawianie ocen, wniosków i rekomendacji oraz rozwiązywanie istniejących problemów w tym zakresie.

Ponadto Ministerstwo Zdrowia uczestniczy w realizacji zadań wskazanych w dokumencie strategicznym pn. *Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo–Uczestnictwo–Solidarność*, w którym uwzględniono m.in. zapewnienie odpowiedniego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej niezależnie od miejsca zamieszkania oraz koordynację działań systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej dedykowanych

osobom starszym, w tym również osobom niesamodzielnym na skutek nieuleczalnych, postępujących i ograniczających życie chorób, a także odpowiedniego dostępu do wsparcia społecznego i zdrowotnego. Zakresy te obejmują m.in.: opracowanie rozwiązań sprzyjających rozwojowi opieki środowiskowej jako alternatyw dla opieki instytucjonalnej ograniczających ryzyko hospitalizacji, zintegrowanie opieki nieformalnej z opieką formalną nad osobami niesamodzielnymi, rozwój i propagowanie różnorodnych form opieki dziennej, w tym tworzenie ich na nowych obszarach, rozwój opieki wytchnieniowej dla opiekunów czy też wspieranie systemu wymiany informacji pomiędzy różnymi placówkami udzielającymi wsparcia i opieki osobom starszym.

Z poważaniem,

z upoważnienia Ministra Zdrowia

Józefa Szczurek-Żelazko

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/