

znak: DSOZ-SOD.401.99.2020  
2020.43426.KLA

Warszawa, dnia 06.04.2020 r.

Pan  
Adam Bodnar  
Rzecznik Praw Obywatelskich

Szanowny Panie,

w odpowiedzi na pismo z dnia 5 marca 2020 r. znak:V.7010.140.2019.ET w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej, proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

Jak słusznie Pan zauważył, problemy starzejącego się społeczeństwa sukcesywnie narastają. Podejmowane są liczne działania przez różne środowiska np. rodzinę, resort zdrowia, pomocy społecznej, organizacje pożytku publicznego, wolontariat, które udzielają niezbędnej pomocy osobom starszym, chorym, niesamodzielnym oraz niepełnosprawnym. Należy zgodzić się z opinią, że wskazane jest, aby działania te były skoordynowane, wówczas udzielana pomoc byłaby bardziej skuteczna, efektywna i pozytywnie odbierana przez osoby korzystające z opieki. Obecnie resort pomocy społecznej zapewnia opiekę w domu osoby starszej, chorej i niepełnosprawnej oraz w domach pomocy społecznej.

Objęcie opieką wymienionych osób odbywa się na podstawie przepisów ustawy o pomocy społecznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1507 z późn. zm.), a w szczególności :

- Art.7 ustawy, pkt 6) – „ Pomocy społecznej udziela się osobom i rodzinom w szczególności z powodu (...) długotrwałej lub ciężkiej choroby”
- Art. 54 ustawy – prawo do umieszczenia w domu pomocy społecznej przysługuje „ osobie wymagającej całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności”
- Art. 56 ustawy - „ Domy pomocy społecznej, w zależności od tego, dla kogo są przeznaczone, dzielą się na domy dla:
  - 1) osób w podeszłym wieku
  - 2) osób przewlekle somatycznie chorych
  - 3) osób przewlekle psychicznie chorych

- 4) dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie
- 5) dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie
- 6) osób niepełnosprawnych fizycznie
- 7) osób uzależnionych od alkoholu.”

-Art. 68 ust.1 pkt 1) ustawy – „ Opieka w placówce zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku polega na świadczeniu przez całą dobę usług:

1) opiekuńczych zapewniających:

- a) udzielanie pomocy w podstawowych czynnościach życiowych
- b) pielęgnację, w tym pielęgnację w czasie choroby
- c) opiekę higieniczną
- d) niezbędną pomoc w załatwianiu spraw osobistych
- e) kontakty z otoczeniem”

Natomiast ust. 3 pkt. 4) tego paragrafu stanowi, iż usługi opiekuńcze powinny zapewniać:

„ 4) pielęgnację w chorobie oraz pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych”.

Ze świadczeń zdrowotnych osoba przebywająca w domu pomocy społecznej korzysta na takich samych zasadach jak każdy ubezpieczony przebywający w swoim domu.

Pomoc w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych może polegać na zamówieniu wizyty lekarza bądź doprowadzenie lub dowiezienie pensjonariusza domu pomocy społecznej do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej czy lekarza specjalisty lub też pomoc w ewentualnym umieszczeniu osoby w zakładzie opiekuńczym lub w hospicjum, jeżeli istnieją wskazania medyczne i spełnione są kryteria kwalifikacji do tych zakładów oraz jeżeli chory wyrazi zgodę na pobyt w takim zakładzie czy hospicjum.

Świadczenia zdrowotne dla osób w podeszłym wieku zapewnione są w różnych rodzajach i zakresach świadczeń, zwłaszcza w podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych, w tym w poradniach geriatrycznych, w poradniach psychologicznych, w poradniach leczenia bólu, w rehabilitacji leczniczej, w tym również domowej, w lecznictwie szpitalnym oraz świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych wykonywanych w warunkach domowych i stacjonarnych w ramach opieki długoterminowej. W opiece paliatywnej i hospicyjnej świadczenia zagwarantowane są chorym będącym w stanie terminalnym zwłaszcza choroby nowotworowej.

Literatura przedmiotu podaje, że nie każdy chory będący u kresu życia musi być objęty opieką paliatywną i hospicyjną. Z publikacji „Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez

Komitet Ministrów 12 listopada 2003 r. Rada Europy.” dowiadujemy się, że „większa część opieki paliatywnej jest i prawdopodobnie zawsze będzie sprawowana przez te niespecjalistyczne jednostki. W wielu przypadkach opieka ta będzie sprawowana bez interwencji specjalistów, w wielu innych przypadkach interwencje specjalistyczne z zakresu opieki paliatywnej będą wspomagać opiekę niespecjalistyczną, podczas gdy w niewielkim procencie przypadków specjaliści opieki paliatywnej będą musieli przejąć całkowitą opiekę” (str. 35).

Lekarze i pielęgniarki, którzy pracują w innych rodzajach świadczeń są wystarczająco przygotowani do opieki w czasie umierania pacjenta, co wynika również ze zmienionych w 2012 r. programów nauczania. Z uwagi na to, że nie każdy umierający oraz jego rodzina chce korzystać z opieki paliatywnej i hospicyjnej, wybór innego rodzaju opieki niż paliatywna i hospicyjna musi być równie dostępny.

W tym miejscu należy podkreślić, że Polska znajduje się w czołówce krajów europejskich pod względem rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, czego nie można powiedzieć o rozwoju opieki długoterminowej.

Tak więc dynamicznie postępujące starzenie się społeczeństwa wymaga również zwiększenia nakładów finansowych na opiekę długoterminową.

Ad. 1 Przepisy regulujące prawo do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Przepisy regulujące prawo do opieki paliatywnej i hospicyjnej, zawarte są zwłaszcza 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 ze zm.), zwanym dalej „rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych”.

W naszym kraju przyjęte działania legislacyjne uwzględniają zabezpieczenie świadczeń dla pacjentów będących w podeszłym wieku oraz u kresu życia, w różnych rodzajach i zakresach świadczeń, a zwłaszcza w opiece długoterminowej, jak również w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Świadczenia dla pacjentów przewlekle chorych, w podeszłym wieku realizowane są w warunkach domowych i stacjonarnych zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1658 ze zm.).

Mając na względzie zabezpieczenie jak największej liczby świadczeń zdrowotnych oraz odpowiedzialność za gospodarowanie środkami publicznymi, przyjęto zasadę wykluczenia podwójnego finansowania świadczeń realizowanych przez personel medyczny dla tego samego pacjenta, w tym samym czasie. Oznacza to, że pacjent będący w trakcie leczenia przyczynowego, ma zapewnioną opiekę lekarską, pielęgniarską, psychologiczną, w razie potrzeby może również

korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Opieka paliatywna i hospicyjna w naszym kraju skierowana jest do osób chorujących na nieuleczalne i niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby.

Również literatura przedmiotu podaje, że „przejście od leczenia w celu wyleczenia, do opieki paliatywnej często jest stopniowe (...) i należy utrzymać równowagę między korzyściami a kosztami związanymi z terapią” (w: Raport dotyczący standardów i norm dla opieki hospicyjnej i paliatywnej w Europie, część 1. Zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej) (str.51).

W Polsce prace legislacyjne podejmowane były i nadal są podejmowane w oparciu o zalecenia Komitetu Ministrów podjęte na podstawie art. 15b Statutu Rady Europy, aby rządy państw członkowskich dążyły do zrealizowania, na ile jest to wykonalne, ujętych w załączniku do dokumentu „Wytyczne” działań, uwzględniających specyfikę danego kraju (tamże str. 5).

W naszym kraju świadczenia w opiece paliatywnej hospicyjnej realizowane są w warunkach stacjonarnych, domowych oraz poradni medycyny paliatywnej.

Oдноśnie teleporad wykonywanych przez lekarzy opiekujących się pacjentami w terminalnym stanie choroby, oczywiście są one możliwe do realizacji zwłaszcza, że dostęp lekarza i pielęgniarki 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, wymóg liczby porad lekarskich (nie rzadziej niż 2 w miesiącu) oraz wizyt pielęgniarskich (nie rzadziej niż 2 w tygodniu) mają być realizowane w domu chorego. Trudno byłoby zapewnić wysoką jakość świadczeń chorym umierającym, którzy nie są już w stanie utrzymać telefonu i podejmować rozmowy, a rodzina jest w smutku, żałobie a nawet rozpacz. Z informacji przekazywanych od świadczeniodawców wynika, że obecność personelu medycznego w okresie umierania pacjenta bywa nawet kilka razy w ciągu doby.

Oдноśnie teleporad w obecnym okresie zapobiegania, przeciwdziałania i zwalczania COVID-19, mogą być realizowane, z uwzględnieniem potrzeb osoby będącej u kresu życia.

W sprawie standardów w danym rodzaju lub zakresie świadczeń, zazwyczaj są opracowywane przez towarzystwa naukowe.

Ad. 2 Ograniczenia w dostępie do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ogólne informacje dotyczące dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały uwzględnione powyżej.

W sprawie rozszerzenia lub likwidacji wykazu jednostek chorobowych w opiece paliatywnej i hospicyjnej Fundusz uważa, że spowodowałyby to wydłużenie kolejek dla umierających z powodu chorób nowotworowych (średni czas objęcia stacjonarną opieką paliatywną

i hospicyjną wynosi około 1 miesiąc, domową około 3 miesiące, a objęcie opieką długoterminową wynosi od kilku miesięcy nawet do kilka lat). Ponadto w stacjonarnej opiece długoterminowej pacjent partycypuje w kosztach żywienia i zakwaterowania, natomiast w opiece paliatywnej i hospicyjnej pacjent nie ponosi żadnych kosztów, z tego też względu rozszerzenie lub rezygnacja z wykazu jednostek chorobowych kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej, nosiłoby znamiona nierównego traktowania ubezpieczonych oraz spowodowałoby wydłużenie czasu oczekiwania na przyjęcie do hospicjum, ponieważ każdy wolałby być umieszczony w placówce, w której nie ponosiłby żadnych kosztów.

Pacjent przebywający w stacjonarnej opiece długoterminowej ma zagwarantowane świadczenia realizowane przez lekarzy m.in. chorób wewnętrznych, neurologii, psychiatrii, a w opiece paliatywnej i hospicyjnej tylko lekarzy medycyny paliatywnej. W opiece długoterminowej zatrudniane są pielęgniarki posiadające specjalizacje lub kursy kwalifikacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, również pielęgniarstwa przewlekle chorych i niepełnosprawnych, pielęgniarstwa geriatrycznego.

W 2009 r. przeciwni łączeniu opieki długoterminowej z opieką paliatywną i hospicyjną byli eksperci z opieki paliatywnej i hospicyjnej, którzy wnosili o rozłączenie w planie finansowym tych dwóch rodzajów świadczeń. Wniosek został uwzględniony, na oba rodzaje świadczeń planowane są odrębne środki, również wymagania dotyczące realizacji świadczeń są odmienne, jak również cena jednostkowa świadczeń, która określona została przez AOTMiT.

Indywidualny plan opieki jest jednym z etapów procesu pielęgnowania. Proces pielęgnowania jest jakościową metodą pracy współczesnej pielęgniarki. Obecnie pielęgniarki odchodzą od modelu tradycyjnego na rzecz nowoczesnej i dynamicznej metody całościowej opieki pielęgniarstwiej tj. procesu pielęgnowania. Nie można mówić o planie opieki w oderwaniu od pozostałych etapów procesu pielęgnowania tj. gromadzenia danych, diagnozy pielęgniarstwiej, ocenie zrealizowanych problemów i potrzeb, ustalonych razem z pacjentem oraz jego rodziną. Literatura w przedmiotowym zakresie jest obszerna i w sposób wyczerpujący opisuje poszczególne etapy procesu pielęgnowania, w tym plan opieki.

Ad. 3 i 4 Problemy w dostępie do hospicjum domowego pacjentów na terenie wiejskim. Nowy model hospicjum domowego.

Ocenę potrzeb zdrowotnych dla danego obszaru wojewódzkiego dokonuje wojewoda, 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 ze zm.). Na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wojewoda właściwy dla danego województwa sporządza regionalną mapę potrzeb

zdrowotnych. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego na podstawie Map Regionalnych sporządza Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Mapy Regionalne (które uwzględniają zarówno tereny wiejskie oraz miejskie) wykorzystywane są przez OW NFZ do sporządzania planu zakupów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych rodzajach i zakresach, w tym również świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Mając na względzie potrzeby na świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz długoterminowej, Fundusz 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.

Koszty świadczeń w ramach opieki długoterminowej wynosiły:

- w 2016 r. – 1 202 469 119 zł
- w 2017 r. – 1 305 956 875 zł
- w 2018 r. – 1 405 553 146 zł
- w 2019 r. – 1 485 229 909 zł
- plan na 2020 r. wynosi 1 949 677 000 zł.

Fundusz nie znajduje podstaw i nie rozważa zmiany finansowania świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej oraz długoterminowej zwłaszcza, że zostały one określone przez AOTMiT.

Odnosnie świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowie, nie może to oznaczać, że Fundusz jest zobowiązany do zapłacenia wszystkich wykonanych świadczeń, ponieważ środki finansowe jakimi dysponuje i jakie kieruje na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej są ograniczone, bowiem pochodzą w szczególności ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. W związku z powyższym wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku zdeterminowana jest poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu. 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 ze zm.), Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów

i kosztów. W przypadku, gdy plan finansowy Funduszu prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych odmawia zatwierdzenia planu finansowego i zaleca Prezesowi Funduszu usunięcie nieprawidłowości.

Oznacza to, że mimo rosnących potrzeb na świadczenia zdrowotne, nie ma możliwości prawnych do sporządzenia planu, który uwzględniałby wszystkie potrzeby, dla wszystkich świadczeniobiorców, we wszystkich rodzajach i zakresach świadczeń i przekraczał przychody Funduszu.

NFZ finansuje Nielimitowo zwłaszcza świadczenia onkologiczne udzielane na podstawie karty DiLO, porody, leczenie zawałów, uznając zasadę, że w pierwszej kolejności powinny być finansowane świadczenia, w których zagrożenie życia wystąpi bezpośrednio po nieudzieleniu świadczenia.

Obecnie Fundusz finansuje wszystkie świadczenia zgodnie z zawartymi ze świadczeniodawcami umowami, w których określona jest kwota zobowiązania oraz liczba i cena jednostek rozliczeniowych.

Odnosnie przepisów rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z opieki paliatywnej i hospicyjnej, oprócz obligatoryjnego wymogu liczby porad i wizyt lekarza i pielęgniarki w określonym czasie, zawarty jest przepis, który stanowi, że lekarz dostępny jest przez 7 dni w tygodniu, a porady lekarskie odbywają się w zależności od potrzeb, lecz nie rzadziej niż 2 w miesiącu. Natomiast wizyty pielęgniarskie odbywają się w zależności od potrzeb, lecz nie rzadziej niż 2 w tygodniu. Dodatkowo uprzejmie informuję, że Fundusz finansuje realizację przedmiotowych świadczeń w cenie za osobodzień z uwzględnieniem taryfy określonej przez AOTMiT, przez 7 dni w tygodniu.

W części pisma w pkt 4, zawierającym informację o badaniach profilaktycznych, zapewne nie może ona dotyczyć realizacji świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Odczytując opisane w piśmie innowacje przyjęte przez Hospicjum Proroka Eliasza, nie można zgodzić się, aby opiekunki wyręczały specjalistów w opiece nad chorymi. Hospicja mogą przyjmować swoje rozwiązania organizacyjne, ale obligatoryjnie muszą spełniać wymagania określone w przepisach rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Ad. 5 Kontraktowanie świadczeń.

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

Kontraktowanie świadczeń i ich finansowanie uregulowane są w odrębnych przepisach. 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 którego należy NFZ, zakres upoważnienia do dokonywania wydatków ze środków publicznych wyznaczają kwoty wydatków określone w planie finansowym jednostki, które stanowią nieprzekraczalny limit i górną granicę upoważnienia do ich dokonywania. Powyższe wynika również z treści art. 132 ust. 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którą łączna wysokość zobowiązań Funduszu wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Wydatkowanie środków publicznych ponad wartość określoną w planie finansowym nosiłoby znamiona czynu określonego w przepisach art. 11 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz 1440 ze zm.) i byłoby działaniem sprzecznym z przepisami art. 44 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 869 ze zm.).

Mając powyższe na względzie kontraktowanie świadczeń, zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich realizacja odbywa się w oparciu o ustalony przez obie strony umowy plan rzeczowo – finansowy oraz harmonogram zawierający zwłaszcza potencjał wykonawczy świadczeniodawcy odnoszący się do zgłoszonego personelu posiadającego odpowiednie kwalifikacje oraz posiadanego sprzętu, o których mowa w przepisach w sprawie świadczeń gwarantowanych.

Ad. 6. Brak koordynacji opieki paliatywnej i hospicyjnej z pomocą społeczną.

Można zgodzić się z opinią, że wskazana jest współpraca opieki zdrowotnej w ogóle, a nie tylko opieki paliatywnej i hospicyjnej, z pomocą społeczną. Rozwiązanie tego problemu należy do kompetencji resortu zdrowia i pomocy społecznej, które są organami kompetentnymi do wprowadzania rozwiązań systemowych. Niemniej spotyka się opinie, które nie negują obecnych rozwiązań, wskazując na różny profil udzielanych świadczeń oraz różne źródła finansowania.

Zastępca Prezesa ds. Medycznych  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
dr n. med. Bernard Waśko

Do wiadomości:

1. Minister Zdrowia
2. Minister Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej