



WICEPREZES
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI
Piotr Miklis

KZD.410.3.1.2024

Pani
Izabela Leszczyna
Minister Zdrowia

WYSTĄPIENIE POKONTROLNE

P/24/045 Opieka paliatywna i hospicyjna finansowana ze środków publicznych

I. Dane identyfikacyjne

Jednostka kontrolowana	Ministerstwo Zdrowia ¹ , ul. Miodowa 15 00-952 Warszawa
Kierownik jednostki kontrolowanej	Izabela Leszczyna, Minister Zdrowia ² od 13 grudnia 2023 r. W okresie objętym kontrolą funkcję kierownika jednostki poprzednio pełnili: Ewa Krajewska od 27 listopada do 13 grudnia 2023 r., Katarzyna Sójka od 10 sierpnia do 27 listopada 2023 r., Adam Niedzielski od 26 sierpnia 2020 r. do 10 sierpnia 2023 r.
Zakres przedmiotowy kontroli	Działania Ministra Zdrowia na rzecz zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie z ich potrzebami.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022-2024 ³ (z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem).
Podstawa prawna podjęcia kontroli	Art. 2 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ⁴
Jednostka przeprowadzająca kontrolę	Najwyższa Izba Kontroli Departament Zdrowia
Kontroler	Danuta Nosal, doradca ekonomiczny, upoważnienie do kontroli nr KZD/30/2024 z 3 czerwca 2024 r. (akta kontroli str.1)

¹ Dalej także: MZ lub Ministerstwo.

² Dalej także: Minister.

³ Ostatnie pismo MZ dotyczące kontroli NIK datowane było na 20 listopada 2024 r.

⁴ Dz.U. z 2022 r. poz. 623, dalej: ustawa o NIK.

II. Ocena ogólna⁵ kontrolowanej działalności

OCENA OGÓLNA **Pomimo podejmowania przez kolejnych Ministrów Zdrowia działań na rzecz zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej⁶, część z nich prowadzona była nierzetelnie, a w konsekwencji nieefektywnie.**

Uzasadnienie Minister miał dostęp do danych Narodowego Funduszu Zdrowia⁷ dotyczących m.in. liczby pacjentów objętych OPH oraz liczby świadczeniodawców i liczby personelu udzielającego świadczeń w tym zakresie. Minister Zdrowia nie ustalił natomiast zapotrzebowania i brakującej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych koniecznych do udzielania świadczeń w ramach OPH.

NIK pozytywnie ocenia działania kolejnych Ministrów Zdrowia na rzecz zwiększenia finansowania OPH, które doprowadziły do:

- wzrostu wartości cen jednostek rozliczeniowych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o 12% od 1 lutego 2023 r.,
- wzrostu wyceny świadczeń w OPH od 1 lipca 2024 r.,
- zniesienia limitów na świadczenia z zakresu OPH od 1 kwietnia 2024 r. NIK zauważa jednak, że w Ministerstwie nie przeprowadzono przed tą datą analizy skali i wartości nadwykonań w OPH.

Natomiast część działań podejmowanych przez kolejnych Ministrów, jak:

- włączenie⁸ medycyny paliatywnej do wykazu dziedzin priorytetowych,
- wprowadzenie⁹ rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych,
- ustanowienie Pełnomocnika ds. Opieki Paliatywnej¹⁰ oraz powołanie Zespołu do spraw przygotowania długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej¹¹,

nie wpłynęła w okresie objętym kontrolą na dostęp pacjentów do OPH, w szczególności nie spowodowała wzrostu zainteresowania odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego z medycyny paliatywnej w trybie rezydenckim ani nie doprowadziła do rozszerzenia katalogu chorób kwalifikujących do objęcia OPH.

Minister nie sprawował również efektywnej, adekwatnej kontroli zarządczej nad Pełnomocnikiem ds. OP oraz Zespołem ds. strategii rozwoju OPH, nie wykorzystując tym samym ich doświadczenia i efektów pracy do zapewnienia pacjentom w końcowym stadium chorób terminalnych porównywalnego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

⁵ Najwyższa Izba Kontroli formułuje ocenę ogólną jako ocenę pozytywną, ocenę negatywną albo ocenę w formie opisowej.

⁶ Dalej: OPH.

⁷ Dalej: NFZ lub Fundusz.

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2020 r. poz. 1156). Z dniem 19 grudnia 2022 r. zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2024 r. poz. 791).

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 271, ze zm.).

¹⁰ Dalej: Pełnomocnik ds. OP. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw opieki paliatywnej (Dz.Urz. Min. Zdrow. poz. 102); dalej: zarządzenia w sprawie Pełnomocnika. Z dniem 16 maja 2024 r. uchylone zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2024 r. uchylającym zarządzenie w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw opieki paliatywnej (Dz.Urz. Min. Zdrow. poz. 39).

¹¹ Dalej: Zespół ds. strategii rozwoju OPH. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.Urz. Min. Zdrow. z 2022 r. poz. 81, ze zm.); dalej: zarządzenie w sprawie Zespołu. Zgodnie z § 10 zarządzenie utraciło moc z dniem 1 kwietnia 2024 r.

III. Opis ustalonego stanu faktycznego oraz oceny cząstkowe¹² kontrolowanej działalności

OBSZAR

1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

Minister Zdrowia odpowiada za dział administracji rządowej zdrowie¹³, obejmujący m.in. sprawy ochrony zdrowia i zasad organizacji opieki zdrowotnej¹⁴. Zgodnie z art. 15 ust. 1 i ust. 2 pkt 11 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁵ świadczeniobiorcy mają, na zasadach określonych w ustawie, prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie, w szczególności przysługują im świadczenia gwarantowane z zakresu OPH¹⁶.

Minister miał dostęp do danych NFZ dotyczących m.in. liczby pacjentów (świadczeniobiorców) objętych OPH oraz liczby świadczeniodawców i liczby personelu udzielającego tego rodzaju świadczeń. Nie analizował natomiast informacji o potrzebach w tym zakresie i nie ustalił brakującej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych udzielających świadczeń w ramach tej opieki (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1886-1896)

Z upoważnienia Dyrektora, naczelnik w Departamencie Lecznictwa¹⁷ poinformowała, że *komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia wiodącym w kwestiach dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej były Departament Zdrowia Publicznego¹⁸ oraz Departament Lecznictwa – Wydział Świadczeń Gwarantowanych.*

Dyrektor DL wyjaśnił, że realizowanie zadań dotyczących OPH przez DL i DZP *podyktowane było przede wszystkim odmiennym zakresem kompetencji merytorycznych tych komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia (KOMZ) oraz zadań wynikających z wewnętrznych regulacji prawnych. Według niego taki sposób realizacji zadań, jak również współpraca z innymi KOMZ, miał przyczynić się do*

¹² Oceny cząstkowe to oceny działalności w poszczególnych obszarach badań kontrolnych. Ocena cząstkowa może być sformułowana jako ocena pozytywna, ocena negatywna albo ocena w formie opisowej.

¹³ Aktualnie rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz.U. poz. 2704).

¹⁴ Art. 33 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1370).

¹⁵ Dz.U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

¹⁶ Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały określone w rozporządzeniu 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). Dalej: rozporządzenie w sprawie świadczeń OPH.

¹⁷ Dalej także: DL.

¹⁸ Dalej także: DZP.

Regulamin organizacyjny Ministerstwa Zdrowia został nadany zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. (Dz.Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 55), które poprzedzało zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2020 r. (Dz.Urz. Min. Zdrow. z 2020 r. poz. 98, ze zm.). Opisy zadań realizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne Ministerstwa dostępne są na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/mapa-strony?show-bip=true>.

możliwie jak najbardziej kompleksowego podejścia do zagadnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Z ustaleń kontroli wynika, że odpowiedzi na kierowaną do Ministerstwa korespondencję dotyczącą problematyki OPH udzieliło siedem komórek organizacyjnych Ministerstwa, tj. oprócz DZP i DL także: Departament Polityki Lekowej i Farmacji, Departament Dialogu Społecznego, Departament Innowacji, Departament Nadzoru i Kontroli, Departament Rozwoju Kadr Medycznych.

(akta kontroli str. 1059, 1658, 1087-1656)

Medycyna paliatywna od czerwca 2020 r. została włączona do wykazu dziedzin priorytetowych. W uzasadnieniu do rozporządzenia z dnia 30 czerwca 2020 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny wskazano m.in., że *w opiece paliatywnej ponad 60% stanowią pacjenci po 60. roku życia. Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną systematycznie wzrasta ze względu na starzenie się społeczeństwa. Przewiduje się, że coraz większa grupa pacjentów z chorobami innymi niż nowotworowe będzie również wymagała opieki paliatywnej. Zgodnie z szacunkami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej w celu zaspokojenia potrzeb z zakresu świadczeń opieki paliatywnej, konieczny jest ponad 100% wzrost liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej (z 539 lekarzy specjalistów do 1150). Jednocześnie liczba lekarzy chętnych do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny paliatywnej jest niewielka, szczególnie wśród młodych lekarzy. Średnio w danym roku Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie medycyny paliatywnej zdaje jedynie ok. 30-40 lekarzy.*

Jak poinformował Zastępca Dyrektora Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych *głównym celem włączenia danej dziedziny do priorytetowych dziedzin medycyny jest zachęcenie do odbywania szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie. Ma to docelowo doprowadzić do zwiększenia liczby lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny. Zachętą do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinach priorytetowych jest wyższe wynagrodzenie dla lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim w dziedzinie priorytetowej w porównaniu z wynagrodzeniem lekarzy odbywających szkolenie specjalizacyjne w trybie rezydenckim w pozostałych dziedzinach medycyny. Jednak pomimo zaliczenia medycyny paliatywnej do dziedzin priorytetowych, od postępowania kwalifikacyjnego odbywającego się jesienią 2020 r. (czyli od ośmiu postępowań kwalifikacyjnych), na dzień dzisiejszy nie zaobserwowano zwiększenia zainteresowania odbywaniem szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie medycyny paliatywnej w trybie rezydenckim.*

(akta kontroli str. 20-21)

Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 6 lutego 2023 r. określił standardy organizacyjne leczenia bólu przewlekłego oraz bólu stanowiącego istotny problem kliniczny. Minister nie oczekiwał jednak informacji o skutkach wprowadzenia tej regulacji (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1658)

W załączniku nr 1 do rozporządzenia w sprawie świadczeń OPH wymieniono tylko osiem nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których osobom dorosłym są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu OPH.

Na pytanie czy Minister uznaje ten zamknięty katalog jednostek chorobowych za wystarczający dla zapewnienia dostępności do OPH osobom tego potrzebującym, z upoważnienia Dyrektora naczelnik w DL wyjaśniła, że *Ministerstwo Zdrowia stale analizuje warunki realizacji i kwalifikacji pacjentów w kontekście świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych.*

W lipcu 2022 r. zarządzeniem Ministra Zdrowia powołany został zespół, którego zadaniem było przygotowanie projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Strategia ta miała być odpowiedzią na stale rosnące potrzeby starzejącego się społeczeństwa związane z potrzebą opieki długoterminowej oraz zapewnieniem optymalnej jakości życia. Dodała, że w latach 2022-2024 nie były podejmowane w Ministerstwie działania w celu rozszerzenia tego katalogu jednostek chorobowych. Jednak wspomniany Zespół zaproponował istotne zmiany w systemie kwalifikowania chorych do opieki paliatywnej. Projekt strategii zostanie przekazany do akceptacji Ministrowi Zdrowia Pani Izabeli Leszczynie¹⁹.

Zespół ds. strategii rozwoju OPH zwracał uwagę na konieczność rozszerzenia katalogu chorób kwalifikujących do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną, co potwierdziła analiza treści protokołów z jego posiedzeń. Rozpatrywano rozszerzenie tego katalogu np. o: niewydolność serca w stopniu zaawansowania klinicznego NYHA IV (I50), przewlekłą niewydolność oddechową schyłkową niesklasyfikowaną gdzie indziej (J96), schyłkową niewydolność nerek (N18.0), obrzęk chłonny (I89.0; I97.2; Q82), niewydolność wątroby (K72, K74). Dyskutowano również propozycję rezygnacji z listy rozpoznań, aby nie zamykać dostępu do OPH chorym z innymi chorobami, np. z chorobami rzadkimi. Pojawiały się głosy, że choroby nie powinny być kryterium kwalifikacyjnym do OPH, a kwalifikacja powinna być dokonywana w oparciu o ocenę stopnia obciążenia objawami oraz całościową ocenę kliniczną dokonywaną przez lekarza.

(akta kontroli str. 63-66, 96, 118-125, 141, 178-180, 199-201, 205-230, 244-249, 278-281, 296-299, 1060-1061)

Z upoważnienia Dyrektora DL, naczelnik wskazała następujące efekty działań Ministra mające na celu wzrost finansowania OPH: *od 1 lutego 2023 r. miało miejsce wzrost wartości cen jednostek rozliczeniowych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o 12%. Od 1 kwietnia 2024 r. zostały zniesione limity w zakresie opieki paliatywnej. Od 1 lipca 2024 r. nastąpił wzrost wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej²⁰. Ponadto, w dniu 15 lutego 2024 r. Minister Zdrowia zlecił Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dokonanie analizy oraz przygotowanie raportu w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej i wydanie rekomendacji, w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą o wynagrodzeniach. W dniu 13 czerwca 2024 r. Minister polecił Prezesowi NFZ wdrożenie wariantu nr 3 rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej²¹ uwzględniającego we wzroście cen jednostek rozliczeniowych skutki realizacji ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw²². Powyższa rekomendacja*

¹⁹ Ministerstwo odmówiło kontrolerowi NIK udostępnienia treści tego dokumentu, argumentując, że trwają analizy tej strategii i nie jest to jeszcze oficjalny dokument.

²⁰ Zgodnie z zarządzeniem 54/2024/DSOZ Prezesa NFZ z 29 maja 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wprowadzającym nowe taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, określone w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 28 marca 2024 r.

²¹ Treść rekomendacji nr 48/2024 z dnia 24 maja 2024 r. Prezesa AOTMiT dostępna jest w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT: <https://bip.aotm.gov.pl/index.php/zlecenia-mz-2024/1033-materialy-2024/8548-100-%202024-zlc>

²² W tym określenie cen minimalnych w wybranych grupach zakresów oraz uwzględnienie we wzroście kwot zobowiązania NFZ: wzrostu wynagrodzeń dla pozostałych form zatrudnienia, wzrostu inflacji, dokonanie zmiany w wybranych obszarach świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania, w tym istotnych dla działalności szpitali I i II stopnia poziomów systemu oraz zwiększenie liczby jednostek

wpłyne również na wzrost finansowania świadczeń w rodzaju opieka hospicyjna i paliatywna.

(akta kontroli str. 1059-1083)

Minister polecił Prezesowi NFZ zniesienie od 1 kwietnia 2024 r. limitów na świadczenia z zakresu OPH, co stanowiło realizację postulatów zgłaszanych od wielu lat przez interesariuszy opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zanim Minister zdecydował o zniesieniu limitowania tych świadczeń, nie zbierał systematycznie i nie analizował informacji dotyczących skali nadwykonań w OPH i ich wartości.

Jak poinformował Dyrektor DL *to NFZ monitoruje realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z umowy, a Ministerstwo w razie potrzeby pozyskuje niezbędne dane z Funduszu, również w ramach spotkań roboczych i telekonferencji*²³.

Z kolei przed zniesieniem limitowania świadczeń OPH w Ministerstwie nie przeprowadzono analiz w zakresie spełniania przez świadczeniodawców wymogów dotyczących personelu i sprzętu niezbędnych do ich realizacji po zniesieniu tych limitów.

Jak wyjaśnił Dyrektor DL, *Ministerstwo Zdrowia nie analizowało kwestii spełniania przez świadczeniodawców wymogów dotyczących personelu i sprzętu niezbędnych do realizacji świadczeń OPH. Zgodnie z § 3 ust. 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1194 ze zm.), świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przepisach wydanych na jej podstawie, ogólnych warunkach oraz zgodnie ze szczegółowymi warunkami umów określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 2 i art. 159 ust. 2 ww. ustawy. Mając na uwadze powyższe oraz kompetencje NFZ do monitorowania realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, Centrala NFZ skierowała do Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ pismo w sprawie zasad monitorowania realizacji umów w przypadku przekroczenia wartości wskazanych w umowie, w którym podkreślono, iż zwiększenie liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązania dotyczy wyłącznie świadczeń gwarantowanych zrealizowanych zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami prawa.*

Minister Zdrowia był informowany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej²⁴ o problemach z otrzymaniem przez świadczeniodawców zapłaty za świadczenia wykonane w 2024 r. ponad limity określone w umowach zawartych z Oddziałami Wojewódzkimi NFZ.

Dyrektor DL podał w złożonych wyjaśnieniach, że *decyzją Ministra Zdrowia Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał wyższą dotację, celem sfinansowania świadczeń gwarantowanych, w tym w nielimitowanych zakresach świadczeń. Pierwsza transza środków na zwiększenie dotacji podmiotowej dla NFZ na 2024 r. w kwocie 1 246 mln zł została przeznaczona na zwiększenie kosztów świadczeń w oddziałach wojewódzkich NFZ w celu sfinansowania nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń za I kw. 2024 r. (zmiana planu finansowego*

sprawozdawczych w ryczałcie PSZ i liczby jednostek rozliczeniowych w obszarach o największym potencjale do wzrostu liczby realizowanych świadczeń, co do których jednocześnie wystąpiły największe różnice pomiędzy wartością zawartych umów na okres styczeń-marzec 2024, a wartością udzielonych, sprawozdanych i poprawnie zweryfikowanych świadczeń w tym okresie. (Dz.U. z 2022 r. poz. 2139).

²³ Pismo z DL do Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ z 21 lipca 2023 r.

²⁴ Pismo do Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2024 r.

NFZ na 2024 r. z 18 czerwca 2024 r. pozwoliła na zwiększenie nakładów na świadczenia w rodzaju Opieka paliatywna i hospicyjna o 710 tys. zł). Następnie w dniu 13 września 2024 r., do NFZ zostały przekazane zwiększone środki w łącznej wysokości 1 648,65 mln zł – konsekwencją ww. zwiększenia przychodów pochodzących z dotacji podmiotowej jest zwiększenie środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej z przeznaczeniem na sfinansowanie nadwykonań również za I półrocze 2024 r. w zakresach nielimitowanych (zmiana planu finansowego NFZ na 2024 r. z 26 września 2024 r. pozwoliła na zwiększenie nakładów na świadczenia w rodzaju Opieka paliatywna i hospicyjna o 55 654 tys. zł).

(akta kontroli str. 1840-1885)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Minister nie ustalił zapotrzebowania i brakującej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych udzielających świadczeń w ramach OPH, co w ocenie NIK świadczy o braku rzetelności.

Dyrektor DL wyjaśnił, że *nie jest możliwe podanie docelowej liczby personelu OPH i docelowej liczby placówek OPH w poszczególnych województwach. Podał, iż mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026 zawierają prognozę zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w zakresie opieki domowej i stacjonarnej (nie uwzględniono zapotrzebowania na świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych). Zgodnie z przyjętą metodyką, model prognozowania liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej opiera się na zapadalności i przeżywalności dla wybranej grupy nowotworów oraz na prognozie demograficznej. W prognozie uwzględniono także stosunek łącznej liczby pacjentów w opiece paliatywnej i hospicyjnej do liczby pacjentów z analizowanymi nowotworami w 2023 r. Prognozowana liczba miejsc odzwierciedla liczbę pacjentów, którzy zgodnie z założeniami będą potrzebowali opieki paliatywnej i hospicyjnej w danym roku. Wynik skorygowany jest przez współczynnik uwzględniający pacjentów pozostających pod opieką dłużej niż rok. Prognozowana liczba miejsc w opiece stacjonarnej bazuje na wytycznych Europejskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej. Wytyczne te mówią o konieczności zapewnienia co najmniej 100 łóżek na milion populacji.*

NIK zauważa, że Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej corocznie przekazywał do Departamentu Rozwoju Kadr Medycznych opinie w sprawie zasobów kadrowych i potrzeb kadrowych. Według tych dokumentów rekomendował następujące liczby lekarzy specjalistów OPH: 29 stycznia 2022 r. – 1240, 23 sierpnia 2022 r. – 1240, 16 stycznia 2023 r. – 1240, 16 sierpnia 2023 r. – 1270, 15 stycznia 2024 r. – 1400.

Pomimo powyższego oraz mimo znanych prognoz zapotrzebowania na miejsca w OPH, Minister nie określił zapotrzebowania i brakującej liczby niezbędnych do udzielania świadczeń OPH lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego. Umożliwiłoby to rzetelne planowanie długookresowych działań dotyczących OPH, w tym w zakresie szkoleń specjalizacyjnych z medycyny paliatywnej w trybie rezydenckim.

(akta kontroli str. 1566-1616, 1886-1896)

2. Wprowadzając w życie rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych Minister nie założył ewaluacji efektów wejścia tego aktu prawnego w życie, co w ocenie NIK było nierzetelne.

Jak wskazał Dyrektor DL *Ministerstwo Zdrowia nie posiada informacji o skutkach wejścia w życie tego rozporządzenia, ponieważ w trakcie prac legislacyjnych nie planowano ewaluacji efektów wprowadzenia tej regulacji.*

Minister pozbawił się tym samym możliwości oceny czy wprowadzenie tego aktu prawnego spowodowało osiągnięcie zakładanego celu, jakim – stosownie do uzasadnienia wspomnianego rozporządzenia – miało być „zagwarantowanie każdemu pacjentowi skutecznej realizacji prawa do leczenia bólu, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, bez względu na źródło pochodzenia tego bólu, wiek pacjenta oraz miejsce jego pobytu”. NIK zauważa, że zgodnie ze standardami kontroli zarządczej²⁵ osiąganie celów należy monitorować, identyfikować ryzyka zagrażające ich realizacji, a następnie poddać te ryzyka analizie, aby móc na nie prawidłowo reagować (B.6-B.9).

(akta kontroli str. 1658)

1.1 Nadzór Ministra Zdrowia nad działaniami Pełnomocnika do spraw opieki paliatywnej.

Opis stanu faktycznego

Z dniem 13 grudnia 2019 r. Minister Zdrowia ustanowił Pełnomocnika ds. OP. Na funkcję tę wyznaczył dra hab. Macieja Niedźwieckiego z Katedry i Kliniki Pediatrii, Hematologii i Onkologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Do zadań Pełnomocnika ds. OP należało inicjowanie i koordynowanie działań mających na celu rozwój opieki paliatywnej ukierunkowanych na zapewnienie pacjentom w końcowym stadium chorób terminalnych prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wykonywanie innych zadań zleconych przez Ministra Zdrowia (§ 3 ust. 1 zarządzenia w sprawie Pełnomocnika).

Zarządzenia w sprawie Pełnomocnika zarówno w tytule Pełnomocnika ds. OP, jak i w zakresie określonych zadań pomijało opiekę hospicyjną. Ponadto nie konkretyzowało jakiego rodzaju działania mające na celu rozwój opieki paliatywnej powinien podejmować Pełnomocnik ds. OP ani nie określało harmonogramu ich realizacji.

Obsługę Pełnomocnika ds. OP zapewniał Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny²⁶.

(akta kontroli str. 13)

Na zadane Ministrowi Zdrowia pytanie o powody ustanowienia Pełnomocnika ds. OP oraz analizy przemawiające za jego powołaniem, Zastępca Dyrektora DZP wskazała na uzasadnienie do projektu zarządzenia powołującego Pełnomocnika, w którym podano m.in., że *w związku z potrzebą pilnych zmian w systemie opieki paliatywnej, postulowanej m.in. przez wiele środowisk pacjenckich oraz organizacji działających w obszarze opieki paliatywnej, wskazane jest ustanowienie Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw opieki paliatywnej, którego rolą będzie koordynacja oraz realizacja działań mających na celu rozwój opieki paliatywnej w Rzeczypospolitej Polskiej, 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 będących efektem prac oraz rozwiązywanie istniejących problemów w tym obszarze*. Poinformowała też, że DZP nie posiada wiedzy na temat szczegółów dotyczących kryteriów podjęcia decyzji w tym zakresie. Pełnomocnik ds. OP uczestniczył w pracach Zespołu ds. strategii rozwoju OPH, jako jego członek.

²⁵ Komunikat nr 23 Ministra Finansów z dnia 16 grudnia 2009 r. w sprawie standardów kontroli zarządczej dla sektora finansów publicznych (Dz. Urz. MF z 2009 r. Nr 15, poz. 84).

²⁶ Nazwa departamentu wskazana w zarządzeniu powołującym Pełnomocnika. Obecnie DZP.

Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu²⁷ wskazała, że *nie posiada wiedzy o zakresie i charakterze działań podejmowanych przez Pełnomocnika w ramach prac Zespołu. W związku z tym nie ma możliwości oceny czy działania te stanowiły realizację zadań powierzonych Pełnomocnikowi przez Ministra Zdrowia.*

Minister Zdrowia nie sprawował nadzoru ani adekwatnej kontroli zarządczej nad Pełnomocnikiem ds. OP (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 13-14, 1752, 1898-1899)

W dniu 9 kwietnia 2024 r. Pełnomocnik ds. OP pisemnie zwrócił się do Ministra Zdrowia o możliwość osobistego spotkania w celu złożenia sprawozdania z dotychczasowej działalności oraz nakreślenia możliwych do wdrożenia zmian w pediatrycznej opiece paliatywnej. W odpowiedzi Zastępca Dyrektora DL, pismem z 25 kwietnia 2024 r., poprosiła Pełnomocnika ds. OP o przekazanie sprawozdania oraz nakreślenia możliwych do wdrożenia zmian w pediatrycznej opiece paliatywnej drogą pisemną.

Pełnomocnik ds. OP przesłał Ministrowi podsumowanie swojej działalności 30 września 2024 r., tj. ponad cztery miesiące po uchyleniu zarządzenia w sprawie jego ustanowienia. Nadmienił przy tym, że *do chwili obecnej nie zostałem oficjalnie poinformowany o odwołaniu z pełnionej funkcji.*

Dyrektor DRZ podała w wyjaśnieniach, że *dotychczas nie informowano Pana dr hab. n. med. Macieja Niedźwieckiego o uchyleniu zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw opieki paliatywnej. Wynikało to ze spiętrzenia liczby zadań obsługiwanych przez Wydział Zdrowotnej Polityki Senioralnej. Jednocześnie wskazała, iż przedmiotowe zarządzenie zostało opublikowane w dzienniku urzędowym Ministra Zdrowia w dniu 15 maja 2024 r., a jego publikacja była komentowana np. na portalu CowZdrowiu.pl, który przywoływał uzasadnienie ze strony rzecznika Ministerstwa Zdrowia: uchylenie zarządzenia w sprawie ustanowienia pełnomocnika ministra zdrowia ds. opieki paliatywnej wynika potrzeby odwołania dr hab. Macieja Niedźwieckiego z pełnienia tej funkcji „ze względu na wyczerpanie formuły współpracy i brak bieżących działań pełnomocnika w zakresie określonym zarządzeniem. Dyrektor podała ponadto, iż oficjalna informacja dotycząca uchylenia zarządzenia powołującego zostanie przekazana Pełnomocnikowi w najbliższych dniach²⁸.*

W ww. podsumowaniu Pełnomocnik ds. OP wskazał, że *współpracował z ówczesnym Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny paliatywnej, czego wynikiem było opracowanie dokumentu Zalecenia dla Zespołu Domowej Opieki Paliatywnej/Hospicjum Domowego i Poradni Medycyny Paliatywnej w stanie epidemii wirusa SARS-CoV-2 wywołującego chorobę COVID-19. Podał, że z jego inicjatywy powołano Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju medycyny paliatywnej i hospicyjnej. Za najważniejsze jego inicjatywy i problemy, o rozwiązanie których zabiegał uznał m.in. zniesienie limitowania świadczeń OPH; nową taryfikację dokonaną przez AOTMiT; zwiększenie wyceny punktu w OPH przez NFZ; opracowanie standardów opieki paliatywnej w Polsce przez Zespół prof. Wojciecha Lepperta opublikowane w piśmiennictwie naukowym; opracowanie nowego rozporządzenia oraz strategii długookresowej rozwoju opieki paliatywnej; opracowanie projektu rozwoju opieki perinatalnej w Polsce dołączonej do strategii długoterminowej.*

(akta kontroli str. 1758, 1898-1976)

²⁷ Dalej: DRZ.

²⁸ Pismo nr IK:4046331.JS z 17 października 2024 r.

Ministerstwo Zdrowia poniosło wydatki w kwocie 9 838,44 zł z tytułu zwrotów kosztów podróży w związku z udziałem Pełnomocnika ds. OP w posiedzeniach Zespołu ds. strategii rozwoju OPH.

(akta kontroli str. 1765)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następującą nieprawidłowość:

Minister Zdrowia nie sprawował nad Pełnomocnikiem ds. OP nadzoru, czym pozbawił się – wymaganej standardami kontroli zarządczej (C.11, D.16) – bieżącej informacji potrzebnej do realizacji zadań z zakresu OPH. Zgodnie z § 3 ust. 2 zarządzenia w sprawie Pełnomocnika: *Nadzór nad działalnością Pełnomocnika sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia.*

Minister Zdrowia po powołaniu Pełnomocnika ds. OP nie zlecał mu wykonania zadań dotyczących OP oraz nie wymagał od niego efektów realizacji zadania określonego w § 3 ust. 1 pkt 1 zarządzenia w sprawie Pełnomocnika, tj. inicjowania i koordynowania działań mających na celu rozwój opieki paliatywnej w RP, ukierunkowanych na zapewnienie pacjentom w końcowym stadium chorób terminalnych prawa do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto Minister:

- nie weryfikował sposobu realizacji przez Pełnomocnika ds. OP ww., w tym nie wymagał przedłożenia informacji w zakresie analiz, ocen i wniosków związanych z realizacją zadań oraz propozycji w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych rekomendowanych w celu rozwoju opieki paliatywnej (§ 4 ust. 2 zarządzenia);
- nie sprawdzał czy pełnomocnik współpracuje z NFZ i AOTMiT oraz z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny paliatywnej (§ 5 zarządzenia);
- nie weryfikował, w jaki sposób komórki organizacyjne Ministerstwa oraz jednostki podległe lub nadzorowane przez Ministra wspierają Pełnomocnika (§ 6 zarządzenia);
- nie sprawdzał czy Pełnomocnik podjął współpracę z organami administracji publicznej i organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami krajowymi zaangażowanymi w rozwój opieki paliatywnej (§ 7 zarządzenia).

Dyrektor DRZ wskazała w wyjaśnieniach, iż *Departament nie posiada wiedzy na temat wyznaczenia przez Ministra Zdrowia komórki organizacyjnej Ministerstwa lub osoby odpowiedzialnej za nadzór nad wykonywaniem zadań przez Pełnomocnika. Wydział Zdrowotnej Polityki Senioralnej nie występował do Ministra z takim wnioskiem, gdyż nie dostrzegał konieczności sprawowania przez Ministerstwo nadzoru nad działalnością Pełnomocnika, mając na uwadze zakres i charakter powierzonych mu zadań oraz fakt niepobierania przez Pełnomocnika wynagrodzenia za pełnienie tejże funkcji.*

Zastępca Dyrektora DZP wyjaśniła, że departament ten *nie posiada wiedzy na temat dokumentów opracowanych przez Pełnomocnika w ramach powierzonych mu zadań, ponieważ dokumenty takie, o ile powstały, nie były przekazywane ani udostępniane do DZP.*

Z kolei Dyrektor DRZ najpierw wyjaśniła, że Departament ten *nie posiada informacji o działaniach Pełnomocnika.* W kolejnym piśmie podała, że *ustanowienie Pełnomocnika nastąpiło na dwa miesiące przed pandemią COVID-19 w Polsce, a Ministerstwo wydawało i na bieżąco aktualizowało szereg zaleceń i rekomendacji, w tym zalecenia w zakresie udzielania opieki paliatywnej i hospicyjnej, w tworzeniu których uczestniczył również Pełnomocnik. [...] Pełnomocnik uczestniczył w pracach nad tworzeniem i opiniowaniem zaleceń w zakresie udzielania opieki paliatywnej i hospicyjnej podczas pandemii COVID-19,*

jednak Departament nie potraktował przedmiotowej współpracy jako realizacji zadań określonych w § 3 zarządzenia powołującego, tj. inicjowania i koordynowania działań mających na celu rozwój opieki paliatywnej w Polsce oraz wykonywania innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Współpraca ta bowiem nie obejmowała inicjowania lub koordynowania działań mających na celu rozwój opieki paliatywnej w Polsce oraz nie stanowiła wykonywania innych zadań zleconych przez Ministra Zdrowia w tym zakresie. Zaznaczyła, iż w zakresie dostosowania organizacji udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej do warunków panujących podczas pandemii COVID-19 do Wydziału Zdrowotnej Polityki Senioralnej wpłynęło jedno pismo Pełnomocnika z dnia 13 marca 2020 r. z ogólnymi rekomendacjami zmiany organizacji ww. świadczeń w celu zmniejszenia transmisji wirusa SARS-CoV-2. Ponadto w dniu 22 września 2020 r. Wydział Zdrowotnej Polityki Senioralnej wystąpił bezpośrednio do Pełnomocnika z prośbą o opinię w zakresie zasadności wykonywania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2 u pacjentów przyjmowanych do hospicjów stacjonarnych oraz organizacji i usprawnienia testowania pacjentów przed objęciem opieką paliatywną i hospicyjną. Pełnomocnik w odpowiedzi przedstawił swoją opinię w dniu 24 września 2020 r. Dyrektor poinformowała również, że Departament nie ma wiedzy na temat innych zadań zleconych Pełnomocnikowi przez Ministra Zdrowia.

Powyższe świadczy o niezapewnieniu przez Ministra funkcjonowania adekwatnej, skutecznej i efektywnej kontroli zarządczej, która w myśl art. 68 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych²⁹ stanowi ogół działań podejmowanych dla zapewnienia realizacji celów i zadań w sposób zgodny z prawem, efektywny, oszczędny i terminowy. W tym kontekście działania zarządcze Ministra powinny prowadzić do skutecznej i efektywnej realizacji przez Pełnomocnika ds. OP powierzonych mu zadań. W świetle udzielonych wyjaśnień przyczyną opisanej nieprawidłowości był brak aktywności Ministra względem Pełnomocnika ds. OP (poza samym jego ustanowieniem), w tym nieprzypisanie bieżącego nadzoru nad jego działalnością konkretnej komórce organizacyjnej lub konkretnemu pracownikowi Ministerstwa. Tym samym Minister nie wykorzystał wiedzy i doświadczenia Pełnomocnika ds. OP dotyczących opieki paliatywnej, w tym głównie opieki pediatrycznej, w celu rozwoju tej dziedziny medycyny tak, by zapewnić pacjentom w końcowym stadium chorób terminalnych prawa do równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych³⁰.

(akta kontroli str. 13-14, 1659, 1752-1767, 1898-1976)

1.2 Nadzór Ministra Zdrowia nad pracami Zespołu do spraw przygotowania długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej

Opis stanu faktycznego

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 29 lipca 2022 r. powołał Zespół ds. strategii rozwoju OPH, jako organ pomocniczy ministra właściwego do spraw zdrowia. W zarządzeniu określono skład Zespołu. Funkcję przewodniczącego powierzono Zastępcy Dyrektora DL. W skład Zespołu wchodził ponadto m.in. Pełnomocnik ds. OP, przedstawiciel Departamentu Dialogu Społecznego w Ministerstwie ówczesny Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, przedstawiciel NFZ oraz AOTMiT, przedstawiciele Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej.

²⁹ Dz.U. 2009 nr 157 poz. 1240.

³⁰ §3 Zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustanowienia Pełnomocnika.

Jak poinformował w złożonych wyjaśnieniach Dyrektor DL *powodem powołania przedmiotowego zespołu ekspertów były wnioski wynikające z posiedzenia Komisji Zdrowia Senatu RP na temat kryzysowej sytuacji medycyny paliatywnej w systemie opieki zdrowotnej. Zostały one sformułowane w piśmie Przewodniczącej Komisji Zdrowia, które wpłynęło do Ministra Zdrowia w dniu 19 maja 2022 r. W pkt. 5 tego pisma podano, że należy przygotować strategię długofalową pozwalającą na rozwój medycyny paliatywnej.*

Dyrektor DL wyjaśnił, że *w trakcie procedowania przez Ministerstwo Zdrowia Zarządzenia w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, wśród członków niniejszego Zespołu zostali uwzględnieni przedstawiciele różnych instytucji związanych z opieką paliatywną i hospicyjną oraz organizacji pacjenckich, a także przedstawiciela płatnika oraz Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Wybór członków ww. Zespołu miał zapewnić różne spojrzenie interesariuszy systemu opieki zdrowotnej i kompleksowość prac nad projektem strategii.*

Zadaniem Zespołu ds. strategii rozwoju OPH było przygotowanie długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (§ 3 ust. 1 zarządzenia w sprawie Zespołu). Zakończenie działalności tego organu miało nastąpić „po zaakceptowaniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia projektu strategii”, przy czym równocześnie określono dodatkowy termin zakończenia prac: pierwotnie nie później niż do 31 grudnia 2022 r., następnie do 31 grudnia 2023 r., a ostatecznie do 31 marca 2024 r. (§ 9 zarządzenia). W tej ostatniej dacie Zespół ds. strategii rozwoju OPH opracował dwa dokumenty: „Długookresowa strategia rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce. Projekt. Podsumowanie prac Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej” oraz projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ministerstwo nie udostępniło kontrolerowi NIK strategii opracowanej przez Zespół ds. strategii OPH, gdyż jak poinformował Dyrektor DL: *prace analityczne nie zostały zakończone, materiał opracowany przez Zespół nie jest oficjalnym dokumentem i nie może zostać udostępniony.*

(akta kontroli str. 5-26E)

Pomimo wskazania w zarządzeniu w sprawie Zespołu, iż organ ten zakończy działalność po zaakceptowaniu przez ministra właściwego do spraw zdrowia projektu strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, Minister nie ustanowił w zarządzeniu w sprawie Zespołu mechanizmu zapewniającego przekazanie mu strategii w takim terminie, aby możliwe było zaakceptowanie tego dokumentu przed wyznaczoną dodatkową datą zakończenia prac Zespołu ds. strategii rozwoju OPH (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 1813)

Zespół ds. strategii rozwoju OPH odbył prawie 50 posiedzeń. Część z nich miała formę zdalną z wykorzystaniem środków komunikacji na odległość, co dopuszczał § 5 ust. 1 zarządzenia w sprawie Zespołu. Minister nie wyegzekwował jednak sporządzania protokołów ze wszystkich posiedzeń Zespołu, co było niezgodne z § 5 pkt 4 tego zarządzenia (więcej w sekcji *Stwierdzone nieprawidłowości*).

(akta kontroli str. 27-1054)

Przekazane kontrolerowi NIK protokoły z posiedzeń Zespołu ds. strategii rozwoju OPH nie zawierają daty ich sporządzenia.

Jak wyjaśnił Dyrektor DL *Departament nie posiada dokumentów potwierdzających daty sporządzenia protokołów z posiedzeń Zespołu. Protokoły w wersji papierowej zawierają podpis Przewodniczącego Zespołu, bez daty sporządzenia. Protokoły były sporządzane po każdym z posiedzeń, sukcesywnie, w oparciu o nagrania audio-wideo, w celu dokładnego udokumentowania przebiegu prac Zespołu oraz stanowisk prezentowanych przez członków Zespołu, na potrzeby przyszłych prac legislacyjnych związanych z nowelizacją rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Jednocześnie poinformował, że treść protokołów z posiedzeń Zespołu nie była konsultowana z członkami Zespołu, gdyż w zarządzeniu o jego powołaniu nie było takiego obowiązku.*

(akta kontroli str. 1658, 1833)

Kontrolerowi NIK udostępniono ponadto transkrypcje z posiedzeń, które odbyły się w 2024 r. w dniach: 7 lutego, 14 lutego, 22 lutego, 28 lutego, 6 marca, 13 marca, 20 marca, 27 marca. Transkrypcje te zawierają jednak liczne przeinaczenia słów, co czyni ich treść niezrozumiałą. Niemożliwe jest zatem przeanalizowanie przebiegu posiedzeń i podejmowanych w ich trakcie uzgodnień. Jest to o tyle istotne, że były to ostatnie posiedzenia Zespołu ds. strategii rozwoju OPH przed zakończeniem jego działalności. Z protokołów z części posiedzeń wynika, że Zespół ds. strategii rozwoju OPH zajmował się tylko propozycjami zmian w rozporządzeniu w sprawie świadczeń OPH, co nie mieściło się w zakresie zadań określonych przez Ministra w § 3 ust. 1 zarządzenia w sprawie Zespołu.

Dyrektor DL wyjaśnił, że *kwestie podjęte i dyskutowane przez Zespół, takie jak definicja, zasady kwalifikacji, czy warunki realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowią zakres regulacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Ponadto, opracowany na potrzeby prac Zespołu materiał Podzespołu ds. opieki paliatywnej stacjonarnej, któremu przewodniczył Pan Prof. W. Leppert, został przygotowany na obowiązującej treści ww. Rozporządzenia. Scalenie propozycji wypracowanych przez Zespół w projekt rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej było zatem naturalną konsekwencją tematów podjętych przez Zespół i sposobu ich procedowania, a także zapewniło spójność całej koncepcji.*

(akta kontroli str. 27-1054, 1833)

Ministerstwo poniosło wydatki w kwocie 11 068,99 zł z tytułu zwrotu kosztów podróży służbowych członków Zespołu ds. strategii rozwoju OPH³¹.

(akta kontroli str. 1834)

Stwierdzone
nieprawidłowości

W działalności kontrolowanej jednostki w przedstawionym wyżej zakresie stwierdzono następujące nieprawidłowości:

1. Minister Zdrowia nie ustanowił w zarządzeniu w sprawie Zespołu mechanizmu zapewniającego przekazanie mu projektu długookresowej strategii rozwoju OPH w takim terminie, aby możliwe było zaakceptowanie tego dokumentu przed zakończeniem działalności Zespołu ds. strategii rozwoju OPH.

Jak wyjaśnił Dyrektor DL w dniu 27 września 2024 r. *dokument opracowany przez Zespół nie został jeszcze przedłożony Ministrowi Zdrowia, ponieważ, ze względu na zmianę na stanowisku Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, podjęto decyzję o przekazaniu projektu do zaopiniowania przez nowo powołanego Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej - Pana lek. med. Artura Pakosza, który nie brał udziału*

³¹ W tym wspomniane wcześniej wydatki na podróże służbowe Pełnomocnika ds. OP.

w pracach Zespołu. Obecnie we współpracy z ww. Konsultantem i NFZ trwa analiza rozwiązań zaproponowanych przez Zespół, w aspekcie możliwości ich implementacji i przygotowania zmian przepisów, tak aby dokument mógł uzyskać rangę oficjalnej strategii Ministra Zdrowia. Z kolei 20 listopada 2024 r. Podsekretarz Stanu poinformował, że Minister Zdrowia zapoznała się z projektem strategii i z uwagi na zmianę na stanowisku konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, obecnie pełniący tę funkcję lek. Artur Pakosz utworzy zespół, który pod jego kierunkiem przeanalizuje postulaty sformułowane w tym dokumencie.

Najwyższa Izba Kontroli podkreśla, że zmiana na stanowisku Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej nastąpiła w połowie maja 2024 r., a więc prawie półtora miesiąca po zakończeniu pracy Zespołu. Zaznaczyć należy, że w pracach Zespołu ds. strategii rozwoju OPH uczestniczył poprzedni Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej.

Zdaniem NIK brak ustanowienia wskazanego mechanizmu pozbawił Ministra nie tylko możliwości uzyskania wyjaśnień co do treści projektu długookresowej strategii rozwoju OPH bezpośrednio od autorów, ale też żądania wprowadzenia korekt czy poprawek w tym dokumencie – jeszcze w ramach działalności Zespołu ds. strategii rozwoju OPH. Świadczy to o nieefektywnej i nieskutecznej kontroli zarządczej Ministra nad pracami tego Zespołu wymaganej standardami kontroli zarządczej (C.11).

(akta kontroli str. 1769-1813, 2012-2013)

2. Minister nie wyegzekwował sporządzania protokołów ze wszystkich posiedzeń Zespołu ds. strategii rozwoju OPH, co było niezgodne z § 5 pkt 4 zarządzenia w sprawie Zespołu. Zgodnie z tym przepisem *Z posiedzeń Zespołu jest sporządzany protokół*, który stosownie do § 4 ust. 1 pkt 8 tego zarządzenia podpisywać miał Przewodniczący.

Dyrektor DL wyjaśnił, że *Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej był samodzielny w realizacji zadania, do którego został powołany. Minister Zdrowia nie ingerował w prace tego Zespołu. Przewodnicząca Zespołu, kierując jego pracami, wykonywała zadania określone w Zarządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej.* Jednocześnie poinformował, że koordynacja prac Zespołu realizowana była głównie drogą e-mailową oraz poprzez kontakt telefoniczny z członkami Zespołu oraz, że relacje z przebiegu i efektów prac Zespołu były przekazywane ustnie Kierownictwu Ministerstwa Zdrowia.

Ponadto Dyrektor DL podał, że *od stycznia do marca 2024 r. nie sporządzano protokołów z posiedzeń, a jedynie nagrania audio-video, umożliwiające sporządzenie zapisu rozmów (transkrypcję). [...] był to intensywny etap prac Zespołu, a protokołów nie sporządzono z uwagi na duże obciążenie pracą w trakcie posiedzeń i pomiędzy nimi.*

DL udostępnił kontrolerowi NIK transkrypcje z posiedzeń, które odbyły się w 2024 r. w dniach: 7 lutego, 14 lutego, 22 lutego, 28 lutego, 6 marca, 13 marca, 20 marca, 27 marca. Z dnia 11 stycznia załączono nagranie (brak transkrypcji). Natomiast, jak wyjaśnił Dyrektor DL *z przyczyn technicznych nie ma możliwości odczytu zapisu posiedzeń w dniach 17 i 24 stycznia 2024 r.*

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli duże obciążenie pracą nie usprawiedliwia braku realizacji – określonego zarządzeniem Ministra – obowiązku sporządzania protokołów z posiedzeń Zespołu ds. strategii rozwoju OPH,

tym bardziej, że efekty pracy tego organu miały być wykorzystane również na potrzeby przyszłych prac legislacyjnych. Świadczy to o nieefektywnej i nieskutecznej kontroli zarządczej Ministra nad pracami tego wymaganej standardami kontroli zarządczej (C.11, D.16).

(akta kontroli str. 5, 45-1054, 1658, 1813-1814, 2013)

IV. Uwagi i wnioski

W związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, Najwyższa Izba Kontroli, na podstawie art. 53 ust. 1 pkt 5 ustawy o NIK, przedstawia następujące uwagi i wnioski:

- | | |
|---------|---|
| Uwagi | <ol style="list-style-type: none">1. Wzmocnienie kontroli zarządczej nad pełnomocnikami i organami doradczymi Ministra Zdrowia w celu zapewnienia skutecznej, efektywnej i terminowej realizacji powierzonych im zadań.2. Planowanie, na etapie prac legislacyjnych nad nowymi aktami prawnymi wydawanymi przez Ministra Zdrowia, ewaluacji efektów wejścia ich w życie dla umożliwienia oceny stopnia osiągnięcia zakładanych celów, ewentualnej modyfikacji tych przepisów lub podejmowania innych działań na rzecz ich osiągnięcia. |
| Wnioski | Określenie zapotrzebowania i brakującej liczby lekarzy, pielęgniarek oraz pozostałego personelu medycznego niezbędnego do udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w ślad za prognozami dotyczącymi zapotrzebowania na miejsca w OPH, w celu umożliwienia planowania długookresowych działań mających na celu zapewnienie kadr medycznych do udzielania świadczeń OPH wszystkim potrzebującym. |

V. Pozostałe informacje i pouczenia

Wystąpienie pokontrolne zostało sporządzone w dwóch egzemplarzach; jeden dla kierownika jednostki kontrolowanej, drugi do akt kontroli.

Prawo zgłoszenia
zastrzeżeń

Zgodnie z art. 54 ustawy o NIK kierownikowi jednostki kontrolowanej przysługuje prawo zgłoszenia na piśmie umotywowanych zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, w terminie 21 dni od dnia jego przekazania. Zastrzeżenia zgłasza się do Prezesa NIK. Prawo zgłaszania zastrzeżeń, zgodnie z art. 61b ust. 2 ustawy o NIK, nie przysługuje do wystąpienia pokontrolnego zmienionego zgodnie z treścią uchwały w sprawie zastrzeżeń.

Obowiązek
poinformowania
NIK o sposobie
wykorzystania
uwag i wykonania
wniosków

Zgodnie z art. 62 ustawy o NIK należy poinformować Najwyższą Izbę Kontroli, w terminie 14 od otrzymania wystąpienia pokontrolnego, o sposobie wykorzystania uwag i wykonania wniosków pokontrolnych oraz o podjętych działaniach lub przyczynach niepodjęcia tych działań

W przypadku wniesienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, termin przedstawienia informacji liczy się od dnia otrzymania uchwały o oddaleniu zastrzeżeń w całości lub zmienionego wystąpienia pokontrolnego.

Warszawa, 3 lutego 2025 r.

Wiceprezes
Najwyższa Izba Kontroli
Piotr Miklis
/dokument podpisany
elektronicznie/

.....
podpis