



NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

KZD 430.6.2024

Nr ewid. 11/2025/P/24/045/KZD

Informacja o wynikach kontroli

OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA FINANSOWANA ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

MISJA

Najwyższej Izby Kontroli jest niezależna, profesjonalna kontrola zadań publicznych w interesie obywateli i państwa

p.o. Dyrektor Departamentu Zdrowia

Marcin Stolarczyk

/podpisano elektronicznie/

Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Piotr Miklis

/podpisano elektronicznie/

Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Marian Banaś

/podpisano elektronicznie/

Warszawa, czerwiec 2025 r.

Najwyższa Izba Kontroli

ul. Filtrowa 57

02-056 Warszawa

+48 22 444 50 00

nik@nik.gov.pl

www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów, skrótowców i pojęć	4
1. Wprowadzenie	7
2. Ocena ogólna	9
3. Synteza	11
4. Wnioski	15
5. Ważniejsze wyniki kontroli	16
5.1. Działania Ministra Zdrowia na rzecz zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej.....	16
5.2. Zapewnienie przez świadczeniodawców opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia.....	42
5.3. Czy przychody z realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonywanie świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej pokrywały koszty świadczenia tej opieki, w zakresie wynikającym z tych umów oraz czy terminowo je rozliczano?	74
6. Załączniki	81
6.1. Metodyka kontroli i informacje dodatkowe	81
6.2. Analiza stanu prawnego i uwarunkowań organizacyjno- -ekonomicznych	93
6.3. Wykaz aktów prawnych dotyczących kontrolowanej działalności	104
6.4. Wykaz podmiotów, którym przekazano informację o wynikach kontroli	106

WYKAZ SKRÓTÓW, SKRÓTOWCÓW I POJĘĆ

AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
EAPC	Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (ang. <i>European Association for Palliative Care</i>) – organizacja międzynarodowa zajmująca się promocją i rozwojem opieki paliatywnej w Europie.
hospicjum domowe	Opieka hospicyjna i paliatywna prowadzona w domu chorego, najczęściej przy udziale rodziny lub innego opiekuna.
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>).
Minister	Minister Zdrowia
MZ lub Ministerstwo	Ministerstwo Zdrowia
NFZ lub Fundusz	Narodowy Fundusz Zdrowia
OW NFZ lub Oddział NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
nadwykonania	świadczenia zdrowotne wykonane ponad limity (liczbowe i kwotowe) określone w kontraktach (umowach) zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami.
objawy somatyczne	grupa nawracających dolegliwości fizycznych świadczących o wystąpieniu choroby, np. ból, zmęczenie, nudności, senność, brak apetytu, obniżone samopoczucie, duszność, inne problemy związane z postępem nieuleczalnej choroby.
OPH	opieka paliatywna i hospicyjna.
świadczenia OPH	wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych ¹ .
opieka hospicyjna	rodzaj opieki, który skupia się na jakości życia chorego i jego bliskich. Zapewnia pomoc osobom w zaawansowanym, nieuleczalnym stadium choroby, dbając o zaspokojenie potrzeb

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

fizycznych, psychicznych, duchowych i socjalnych. Opieka hospicyjna często odbywa się w domu pacjenta².

opieka paliatywna ma na celu poprawę jakości życia pacjentów cierpiących na chorobę zagrażającą życiu oraz ich rodzin. Opieka ta polega m.in. na łagodzeniu bólu i ograniczaniu innych problemów fizycznych, psychospołecznych lub duchowych³.

opieka wyręczająca lub wytchnieniowa forma opieki, mająca na celu czasowe odciążenie rodziny w sprawowaniu opieki nad chorym. Opieka wyręczająca jest wspomagającą i czasową (krótkotrwałą) formą zewnętrznej pomocy dla opiekunów formalnych i nieformalnych osób niesamodzielnych, polegającą na czasowym przejęciu odpowiedzialności i samej pieczy nad osobą wymagającą stałej opieki⁴.

opieka perinatalna świadczenia przeznaczone dla rodziców oraz dziecka, w przypadku ciężkiego i nieodwracalnego upośledzenia albo nieuleczalnej choroby zagrażającej życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu⁵. Jeden z zakresów OPH.

Pełnomocnik ds. OP Pełnomocnik Ministra Zdrowia do spraw opieki paliatywnej powołany 13 grudnia 2019 r.

poradnia OPH Poradnia Medycyny Paliatywnej – miejsce udzielania świadczeń OPH w warunkach ambulatoryjnych.

rozporządzenie w sprawie dokumentacji rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798).

rozporządzenie w sprawie gromadzenia informacji rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm.).

rozporządzenie w sprawie OPH rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262).

² Hospicjum – co to jest i kiedy skorzystać z takiej formy opieki? – Alivia Onkofundacja

³ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

⁴ Opieka wytchnieniowa / wyręczająca - na czym polega? (zwrotnikraka.pl)

⁵ Aktualności / Dla pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia - Mazowiecki Oddział Wojewódzki (nfz-warszawa.pl)

rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów	rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 400).
RPO	Rzecznik Praw Obywatelskich.
RPP	Rzecznik Praw Pacjenta.
świadczeniodawca	podmiot udzielający świadczeń z zakresu OPH.
świadczeniobiorca	pacjent znajdujący się pod opieką paliatywną i hospicyjną.
ustawa o świadczeniach	ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.).
ustawa o prawach pacjenta	ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia.
Wytyczne OPH Rady Europy	Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2023) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej.
Zalecenia EAPC	zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej zawarte w raportach opublikowanych w 2009 r. i 2010 r.
zakresy świadczeń OPH	udzielanie świadczeń OPH w warunkach: 1) stacjonarnych, 2) domowych (dla dorosłych i dla dzieci), 3) ambulatoryjnych oraz 4) perinatalnej opieki paliatywnej.
zarządzenie OPH nr 196/2021	zarządzenie Nr 196/2021DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.
Zespół ds. OPH	powołany przez Ministra 29 lipca 2022 r. Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej.

1. WPROWADZENIE

Pytanie definiujące cel główny kontroli

Czy pacjenci mieli zapewniony porównywalny dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie kraju, który odpowiadał ich potrzebom?

Pytania definiujące cele szczegółowe kontroli

1. Czy Minister Zdrowia prowadził rzetelne działania w celu zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej?
2. Czy świadczeniodawcy zapewнили pacjentom opiekę paliatywną i hospicyjną w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia?
3. Czy przychody z realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonywanie świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej pokrywały koszty świadczenia tej opieki w zakresie wynikającym z tych umów oraz czy terminowo je rozliczano?

Jednostki kontrolowane

Minister Zdrowia
12 podmiotów udzielających świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Okres objęty kontrolą

Lata 2022–2024
(z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem)

Opieka paliatywna i hospicyjna ma na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, nieuleczalną chorobą. Podejmowane działania służą zapobieganiu cierpieniu, niesieniu ulgi, leczeniu bólu i innych objawów somatycznych oraz pomocy w rozwiązywaniu problemów, wraz ze wsparciem dla rodziny pacjenta. Świadczenia w OPH udzielane są w warunkach: domowych (w hospicjum domowym), ambulatoryjnych (w poradni medycyny paliatywnej), stacjonarnych (w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym), a także w ramach perinatalnej opieki paliatywnej (w ośrodku diagnostyki lub kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym).

Wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określono w rozporządzeniu w sprawie OPH. Minister Zdrowia może również określić, w drodze rozporządzenia, standardy organizacyjne opieki zdrowotnej w wybranych dziedzinach medycyny lub określonych podmiotach wykonujących działalność leczniczą kierując się potrzebą zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń zdrowotnych. Standardy dotyczą sposobu sprawowania opieki nad pacjentem lub wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Z kolei standardy medyczne to zbiory rekomendacji, które odnoszą się do wszystkich działań zapobiegawczych, diagnostycznych i leczniczych, ale też pielęgnacyjnych czy rehabilitacyjnych. Zwykle są przedstawiane jako wytyczne lub ścieżki postępowania medycznego. Standardy medyczne są opracowywane zwykle przez towarzystwa naukowe, zespoły ekspertów w poszczególnych dziedzinach medycyny – najczęściej w formie zbioru zaleceń, wytycznych lub rekomendacji, które nie mają charakteru prawnego. Jako schematy postępowania oparte na aktualnej wiedzy medycznej i tworzone zgodnie z zasadami Evidence-Based Medicine (EBM)⁶, stanowią bardzo ważne wskazówki merytoryczne w codziennej praktyce medycznej. Przepisy obecnie obowiązującego rozporządzenia w sprawie OPH nie stanowią standardów świadczeń w opisanym wyżej zakresie⁷.

Dotychczasowe kontrole NIK wykazały, że nie wszyscy potrzebujący mają dostęp do odpowiedniej opieki paliatywnej i hospicyjnej. Powodem jest m.in. wąska lista chorób – głównie nowotworowych – kwalifikujących do takiej opieki i mała jej dostępność na wsiach oraz limity w finansowaniu

⁶ Medycyna oparta na dowodach.

⁷ <https://archiwum.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/standardy-medyczne/>

tego typu świadczeń⁸. Dlatego część chorych umiera nie otrzymawszy opieki hospicyjnej. Z uwagi na postępujący proces starzenia się społeczeństwa, problem z dostępem do tej formy opieki zdrowotnej może narastać, choć wymaga podkreślenia, że nieuleczalne choroby (wskazane do objęcia OPH) dotyczą ludzi niezależnie od wieku, w tym dzieci oraz osoby młode. Najwyższa Izba Kontroli podjęła niniejszą kontrolę właśnie ze względu na prognozowany wzrost zapotrzebowania na OPH.

⁸ Wg Sprawozdania z działalności NFZ w 2022 r. liczba świadczeniodawców w OPH wyniosła w tym roku 545. Koszt realizacji tego rodzaju świadczeń wyniósł 1 111 266,20 tys. zł i objęto nimi 98 432 pacjentów (https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/bip/dzialalnosc_nfz/sprawozdania_z_dzialalnosci_nfz/zal_do_uchwaly_nr_16_sprawozdanie_z_dzialalnosci_nfz_2022_rok_sig.pdf).

2. OCENA OGÓLNA

Ograniczenie
w dostępie do OPH
wynikające
z przepisów prawa

Określenie w obowiązujących przepisach prawa zamkniętego katalogu jednostek chorobowych uprawniających osoby dorosłe do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną może ograniczać dostęp do tej opieki chorym u kresu życia cierpiącym z powodu innych przewlekłych, utrudniających życie i niepoddających się leczeniu chorób.

Część podejmowanych przez kolejnych Ministrów Zdrowia działań na rzecz zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej prowadzona była nierzetelnie, a w konsekwencji nieefektywnie.

Jako pozytywne NIK ocenia doprowadzenie przez Ministra 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:

- włączenie⁹ medycyny paliatywnej do wykazu dziedzin priorytetowych,
- wprowadzenie¹⁰ rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych,
- ustanowienie Pełnomocnika ds. Opieki Paliatywnej oraz powołanie Zespołu do spraw przygotowania długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej,

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.

Pomimo kilku lat funkcjonowania Pełnomocnika ds. OP oraz Zespołu ds. OPH, efektem prac których było opracowanie projektu nowelizacji

⁹ 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).

¹⁰ 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.).

rozporządzenia w sprawie OPH oraz projektu długookresowej strategii rozwoju OPH, prace nad tymi dokumentami nie zostały zakończone.

Minister miał dostęp do danych Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących m.in. liczby pacjentów objętych OPH; prognozowanej liczby pacjentów, którzy wymagać będą takiej opieki w przyszłości; liczby świadczeniodawców; liczby personelu udzielającego świadczeń w tym zakresie. Mimo tego nie ustalił zapotrzebowania i brakującej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych koniecznych do udzielania świadczeń w ramach OPH.

Skontrolowani świadczeniodawcy udzielali chorym w terminalnym stanie świadczeń z zakresu OPH, dążąc do zapewnienia jak najwyższej jakości ich życia, głównie poprzez ograniczenie cierpienia fizycznego i psychicznego, a także do zapewnienia godnych warunków umierania. Świadczeniodawcy dostosowywali opiekę do potrzeb konkretnego pacjenta wykorzystując zasoby kadrowe i sprzętowe wymagane do udzielania świadczeń OPH. NIK zwraca uwagę na fakt funkcjonowania hospicjum stacjonarnego, w którym otwory drzwiowe do pokoi chorych miały szerokość 78 cm, co uniemożliwiało transport chorego na łóżku, a nawet nie spełniały wymagań prawa budowlanego w tym zakresie. W części podmiotów niewłaściwy był nadzór nad czasem pracy lekarzy OPH oraz nad przechowywaniem i dokumentowaniem rozchodu środków odurzających.

Środki z Narodowego Funduszu Zdrowia pokrywały w latach objętych kontrolą od 62 % do 100 % kosztów realizacji świadczeń OPH zrealizowanych przez skontrolowane podmioty. Pomimo zniesienia limitowania świadczeń OPH, część podmiotów objętych kontrolą miała problemy z otrzymaniem z NFZ zapłaty za świadczenia OPH zrealizowane ponad limity określone w umowach o udzielanie tego rodzaju świadczeń.

3. SYNTEZA

Minister nie ustalił liczby brakującego personelu medycznego	Minister miał dostęp do danych NFZ dotyczących m.in. liczby pacjentów (świadczeniobiorców) objętych OPH oraz liczby świadczeniodawców i liczby personelu udzielającego tego rodzaju świadczeń. Danych tych nie analizował jednak pod kątem zapotrzebowania na personel medyczny niezbędny do udzielania świadczeń OPH i nie ustalił brakującej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych. Znał jedynie prognozy zapotrzebowanie na miejsca w OPH. Ponadto Minister nie określił brakującej liczby lekarzy mimo, iż Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej corocznie przekazywał do Ministerstwa opinie w sprawie zasobów kadrowych i potrzeb kadrowych, w których rekomendował liczbę lekarzy specjalistów niezbędnych do udzielania świadczeń OPH. [str. 17, 21]
Medycyna paliatywna priorytetową dziedziną – brak zainteresowania lekarzy	Pomimo włączenia medycyny paliatywnej do wykazu dziedzin priorytetowych, liczba lekarzy chętnych do rozpoczęcia szkolenia specjalizacyjnego w tej dziedzinie pozostaje niewielka. Średnio w danym roku Państwowy Egzamin Specjalizacyjny w dziedzinie medycyny paliatywnej zdaje jedynie ok. 30-40 lekarzy. [str. 24]
Brak wiedzy o skutkach wejścia w życie rozporządzenia w sprawie leczenia bólu	Wprowadzając w życie rozporządzenie w sprawie leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych Minister nie założył ewaluacji efektów wejścia tego aktu prawnego, czym pozbawił się możliwości oceny czy wprowadzenie go spowodowało osiągnięcie zakładanego celu. [str. 24]
Prawne ograniczenie dostępu osób dorosłych do OPH	Prawne ograniczenie – do ośmiu – jednostek chorobowych uprawniających osoby dorosłe do objęcia OPH, może ograniczać dostęp do tej formy opieki osobom u kresu życia cierpiącym z powodu innych, niepoddających się leczeniu schorzeń. [str. 25]
Wzrost finansowania OPH	Minister podejmował działania na rzecz zwiększenia finansowania OPH. W 2022 r. wartość rozliczonych świadczeń wyniosła ogółem 1 062 275 284 zł, a w 2023 r. wzrosła do 1 654 003 680 zł. Za I półrocze 2024 r. rozliczono świadczenia OPH na kwotę 872 051 947 zł. [str. 28]
Wzrost liczby pacjentów OPH	Rosła liczba pacjentów objętych OPH i wyniosła ona 97 910 w 2022 r., 105 134 w 2023 r. oraz 70 546 w I półroczu 2024 r. [str. 21]
Zniesienie limitowania świadczeń OPH i problemy z płatnościami	Minister Zdrowia doprowadził do zniesienia limitowania świadczeń OPH od 1 kwietnia 2024 r. Przed tą datą nie zbierał jednak systematycznie i nie analizował informacji dotyczących skali nadwykonań w OPH i ich wartości. [str. 30, 31]
Brak nadzoru nad Pełnomocnikiem ds. OP	W grudniu 2019 r. Minister ustanowił Pełnomocnika ds. Opieki Paliatywnej. Nie sprawował jednak nad nim nadzoru, czym pozbawił się bieżących informacji potrzebnych do realizacji zadań z zakresu OPH. [str. 32, 36]

**Brak nadzoru
nad Zespołem ds. OPH**

W lipcu 2022 r. Minister Zdrowia powołał organ pomocniczy – Zespół ds. przygotowania długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zarządzenie powołujące Zespół weszło w życie z dniem 2 sierpnia 2022 r. Zespół zakończył działalność 31 marca 2024 r. 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. Powołując Zespół ds. OPH Minister nie ustanowił jednak mechanizmów zapewniających przekazanie projektu strategii w takim terminie, aby możliwe było zaakceptowanie tego dokumentu przed wyznaczoną datą zakończenia prac tego Zespołu. Pozbawił się tym samym nie tylko możliwości uzyskania wyjaśnień co do treści projektu strategii bezpośrednio od autorów, ale też żądania wprowadzenia korekt czy poprawek w tym dokumencie – jeszcze w ramach działalności tego organu pomocniczego. [str. 36, 37, 38, 39]

**Brak efektów działań
na rzecz rozwoju OPH**

Mimo iż kwestiami dotyczącymi opieki nad terminalnie chorymi, cierpiącymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu choroby, na przestrzeni kilku ostatnich lat zajmowały się różne instytucje i zespoły, to do dnia zakończenia kontroli NIK nie weszła w życie ani długookresowa strategia rozwoju OPH, ani nowelizacja rozporządzenia w sprawie OPH. [str. 42]

**Zakresy
świadczeń OPH**

Wszystkie 12 skontrolowane podmioty świadczyły OPH w zakresie „hospicjum stacjonarne”, z czego jeden – „hospicjum stacjonarne dla dzieci”. Świadczeń w ramach domowej OPH udzielało siedem z nich, w ramach ambulatoryjnej OPH pięć, a w ramach domowej OPH dla dzieci – dwa podmioty. Świadczeń w zakresie opieki perinatalnej udzielał jeden podmiot. Skontrolowani świadczeniodawcy, prowadzący hospicja stacjonarne, dysponowali łózkami w liczbie od 18 do 150. [str. 42]

**Główne rozpoznania
i czas objęcia OPH**

W skontrolowanych podmiotach u największej liczby pacjentów OPH zdiagnozowano nowotwory. Średni czas objęcia OPH w ramach hospicjum stacjonarnego wyniósł od 17 do 159 dni, a w ramach hospicjum domowego od 12 do 552 dni. Jedyna wśród skontrolowanych jednostek świadcząca opiekę perinatalną obejmowała pacjentki opieką przez 53¹¹ do 75¹² dni. Ustalenie średniego czasu objęcia OPH w warunkach ambulatoryjnych jest utrudnione z uwagi na brak informowania poradni o losach pacjenta w sytuacji, gdy nie pojawia się on na kolejnych wizytach. [str. 43]

¹¹ W 2022 r.

¹² W 2023 r.

Odmowy udzielania świadczeń OPH	W trzech skontrolowanych podmiotach stwierdzono 28 przypadków odmowy udzielenia świadczeń OPH, głównie z powodu braku wskazań wynikających z § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie OPH. [str. 44]
Wymagania dotyczące pomieszczeń	Skontrolowane podmioty prowadzące hospicja stacjonarne na ogół spełniały wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, odpowiednie dla rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i zakresu świadczeń zdrowotnych. Jednak w trzech jednostkach otwory drzwiowe pokoi chorych były zbyt wąskie, aby możliwe było przetransportowanie leżącego na łóżku pacjenta. Również w trzech podmiotach nie zapewniono określonego w obowiązujących przepisach dostępu do łóżka chorego. [str. 45, 46]
Dysponowanie sprzętem	Wszystkie skontrolowane podmioty dysponowały sprzętem medycznym i pomocniczym niezbędnym do realizacji świadczeń OPH. Wykorzystwały również sprzęt niewymieniony w rozporządzeniu w sprawie OPH. Skontrolowane hospicja stacjonarne stosowały rozwiązania zapewniające intymność pacjenta podczas badań i zabiegów pielęgnacyjnych. [str. 48]
Leki przeterminowane, nieprawidłowe zabezpieczenie i nadzór nad dokumentowaniem rozchodu leków odurzających	W trzech skontrolowanych hospicjach stacjonarnych stwierdzono, że w dyżurkach pielęgniarek wśród produktów leczniczych przeznaczonych dla pacjentów znajdowały się przeterminowane produkty lecznicze. W jednym hospicjum nieprawidłowo zabezpieczono leki zawierające substancje odurzające, a w innym – niewłaściwie sprawowano nadzór nad kwestiami związanymi z dokumentowaniem rozchodu środków odurzających. W trzech skontrolowanych hospicjach stacjonarnych stwierdzono, że w dyżurkach pielęgniarek lub innych pomieszczeniach, w których rozdysponowywano leki, znajdowały się leki dostarczone przez rodziny pacjentów. [str. 49, 51, 54]
Monitorowanie stopnia nasilenia bólu	We wszystkich skontrolowanych jednostkach dokonywano oceny stopnia natężenia bólu u pacjentów oraz podejmowano działania na rzecz jego zminimalizowania. [str. 55]
Dążenie do zapewnienia jak najwyższej jakości życia i poszanowanie godności umierających	Skontrolowane podmioty prowadzące hospicja stacjonarne podejmowały działania mające na celu zapewnienie najwyższej jakości życia pacjentów OPH, a także stosowały procedury mające na celu zapewnienie godności pacjentom umierającym. W zakresie postępowania ze zwłokami stosowały się do wymogów określonych w rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta ¹³ . [str. 56–57]

¹³ Dz. U. poz. 420.

Brak ewidencji czasu pracy lekarzy	W dwóch skontrolowanych podmiotach prowadzących hospicja stacjonarne nie ewidencjonowano czasu pracy lekarzy. W pięciu podmiotach stwierdzono naruszenie obowiązków dotyczących zgłaszania i aktualizowania danych o zasobach do NFZ. [str. 64]
Utrudnienia w udzielaniu świadczeń OPH	Skontrolowane podmioty jako jeden z głównych problemów utrudniających prowadzenie OPH wskazywały zbyt wąską listę chorób kwalifikujących osoby dorosłe do objęcia OPH. W konsekwencji osoby, które są terminalnie chore i wymagają leczenia paliatywnego, formalnie nie kwalifikują się do takiej opieki finansowanej ze środków publicznych. [str. 69]
Finansowanie OPH ze środków publicznych	Środki finansowe za realizację świadczeń OPH rozliczane z oddziałami wojewódzkimi NFZ pokrywały w latach objętych kontrolą od 62 % do 100 % kosztów realizacji tych świadczeń. [str. 74]
Brak zapłaty za świadczenia ponadlimitowe	Osiem z dziesięciu skontrolowanych podmiotów, które udzieliły świadczeń OPH ponad limity określone w umowach z NFZ nie otrzymały ¹⁴ sprawozdanych środków. W przypadku trzech podmiotów, jako powód braku płatności podano brak środków finansowych w NFZ. [str. 78]
Rozliczanie świadczeń OPH	Skontrolowane podmioty co do zasady terminowo przesyłały do OW NFZ dokumenty rozliczeniowe za wykonane świadczenia OPH, a OW NFZ co do zasady terminowo wypłacały świadczeniodawcom kwoty za wykonane świadczenia OPH. [str. 78, 80]

¹⁴ Do zakończenia kontroli NIK.

4. WNIOSKI

Minister Zdrowia

Skoordynowanie i przyspieszenie prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia prac nad rozwiązaniami zmierzającymi do poprawy dostępu do świadczeń OPH wszystkim pacjentom tego potrzebującym, aby możliwe było ich jak najszybsze wprowadzenie w życie.

5. WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI

5.1. DZIAŁANIA MINISTRA ZDROWIA NA RZECZ ZAPEWNIENIA OBYWATELOM PORÓWNYWALNEGO DOSTĘPU DO OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

Część podejmowanych przez kolejnych Ministrów Zdrowia działań na rzecz zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej, prowadzona była nierzetelnie, a w konsekwencji nieefektywnie.

Minister Zdrowia odpowiada za dział administracji rządowej zdrowie¹⁵, obejmujący m.in. sprawy ochrony zdrowia i zasady organizacji opieki zdrowotnej¹⁶. 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 publicznych¹⁷ 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 OPH¹⁸.

Z upoważnienia Dyrektora, naczelnik w Departamencie Lecznictwa¹⁹ poinformowała, że komórkami organizacyjnymi Ministerstwa Zdrowia wiodącym w kwestiach dotyczących opieki paliatywnej i hospicyjnej były Departament Zdrowia Publicznego²⁰ 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 prawnych²¹. Według niego

¹⁵ Aktualnie rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

¹⁶ Art. 33 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 4 września 1997 r. o działach administracji rządowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 1370, ze zm.).

¹⁷ Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.

¹⁸ 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.

¹⁹ Dalej także: DL.

²⁰ Dalej także: DZP.

²¹ Regulamin organizacyjny Ministerstwa Zdrowia został nadany zarządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia z dnia

taki sposób realizacji zadań, jak również współpraca z innymi KOMZ, miał przyczynić się do 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.

Minister miał dostęp do danych NFZ dotyczących m.in. liczby pacjentów (świadczeniobiorców) objętych OPH oraz liczby świadczeniodawców i liczby personelu udzielającego tego rodzaju świadczeń.

W całym okresie objętym kontrolą wszystkie Oddziały Wojewódzkie NFZ zawarły umowy na świadczenia OPH w zakresach: porada w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia w hospicjum domowym, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.

Najwięcej umów ze świadczeniodawcami dotyczyło świadczeń w hospicjum domowym. Było to 405 świadczeniodawców w 2022 r., 394 w 2023 r. oraz 397 w I połowie 2024 r.

Z kolei na świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym umowy zawarto z 221 świadczeniodawcami w 2022 r., z 226 w 2023 r. oraz z 230 w I połowie 2024 r.

Na udzielanie świadczeń w poradni medycyny paliatywnej zawarto umowy ze 159 świadczeniodawcami w 2022 r., 157 w 2023 r. oraz 156 w I połowie 2024 r.

Na świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci umowy zawarto z 71 świadczeniodawcami w 2022 r., 67 w 2023 r. i I połowie 2024 r.

Liczba świadczeniodawców, z którymi zawarto umowy na perinatalną opiekę paliatywną w całym okresie objętym kontrolą była niezmienna i wyniosła 18. Mimo tego nie we wszystkich województwach zawarto umowy na udzielanie tego rodzaju świadczeń. W województwach kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim w latach 2022–2024 (I półrocze) nie zawarto umów na udzielanie świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej. Ponadto w 2023 r. i w I połowie 2024 r.

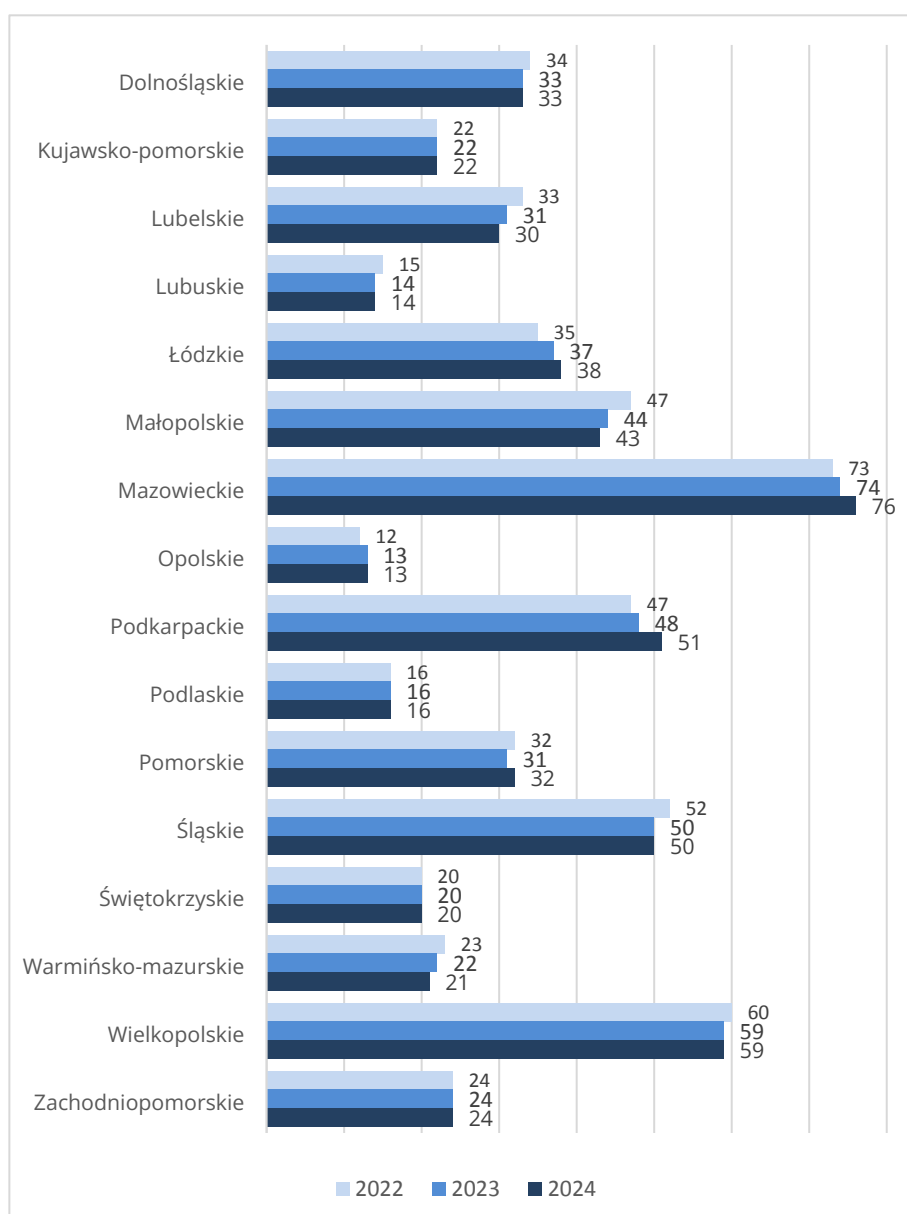
6 sierpnia 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2024 r. poz. 55), które poprzedzało zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2020 r. (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2020 r. poz. 98, ze zm.). Opisy zadań realizowanych przez poszczególne komórki organizacyjne Ministerstwa dostępne są na stronie internetowej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

nie wszyscy świadczeniodawcy posiadający kontrakty z NFZ na udzielanie tego rodzaju świadczeń sprawozdali ich udzielenie do NFZ.

Najwięcej świadczeniodawców, którzy w okresie objętym kontrolą sprawozdali do NFZ co najmniej jedno świadczenie OPH pochodziło z województwa mazowieckiego: w 2022 r. 73 świadczeniodawców, w 2023 r. 74 świadczeniodawców, a w I połowie 2024 r. 76 świadczeniodawców. Najmniej świadczeń OPH sprawozdali w tych latach świadczeniodawcy z województwa lubuskiego i było to odpowiednio 15, 14 oraz 14 świadczeniodawców. Szczegółowe dane w tym zakresie, w podziale na poszczególne województwa przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres nr 1

Liczba świadczeniodawców z poszczególnych województw, którzy sprawozdali co najmniej jedno świadczenie OPH w latach 2022–2024 (I półrocze)

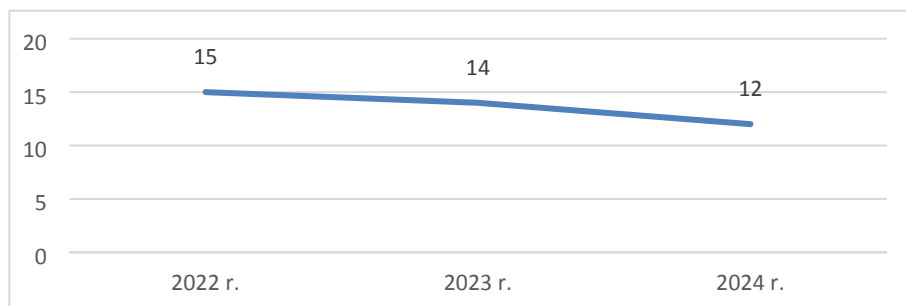


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ.

W okresie objętym kontrolą następował spadek ogólnej liczby świadczeniodawców, którzy sprawozdali do NFZ świadczenia perinatalnej OPH: z 15 w 2022 r. do 12 w 2024 r. (I połowa), co przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres nr 2

Liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno świadczenie perinatalnej OPH w latach 2022–2024 (I półrocze)

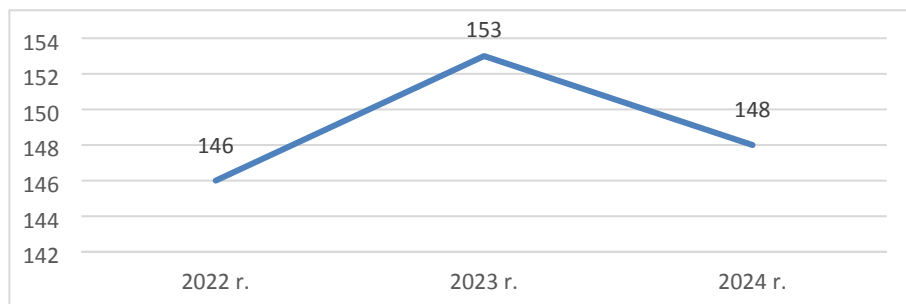


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ.

W latach 2022–2023 nastąpił wzrost liczby świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno świadczenie OPH w zakresie „porada w poradni medycyny paliatywnej”. W 2022 r. ich liczba wyniosła 146, a w 2023 r. 153 świadczeniodawców. W I połowie 2024 r. sprawozdało to świadczenie 148 świadczeniodawców. Dane te zobrazowano na poniższym wykresie.

Wykres nr 3

Liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno świadczenie OPH w zakresie „porada w poradni medycyny paliatywnej” w latach 2022–2024 (I półrocze)

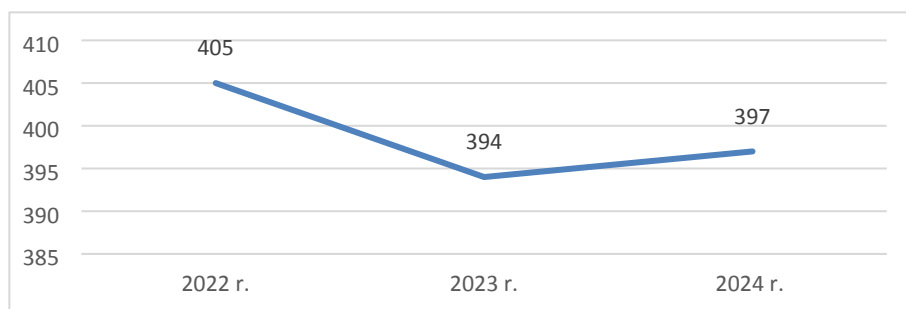


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ.

W zakresie „świadczenia w hospicjum domowym”, liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno tego rodzaju świadczenie spadła w 2023 r. do 394 z 405 w 2022 r. W I połowie 2024 r. wyniosła 397, co pokazano na poniższym wykresie.

Wykres nr 4

Liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno świadczenie w hospicjum domowym w latach 2022–2024 (I półrocze)

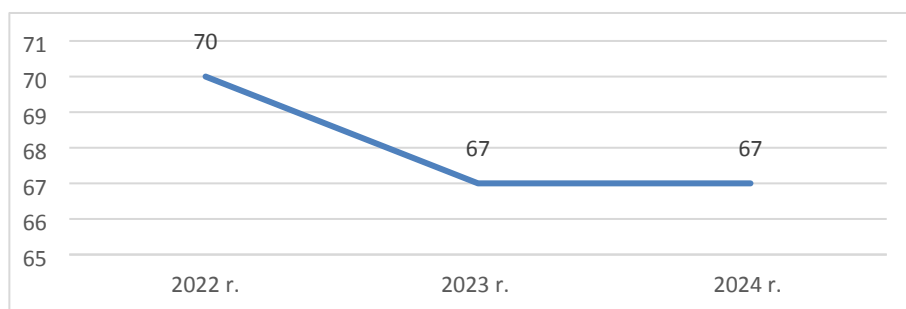


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ.

W zakresie „świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci”, liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno tego rodzaju świadczenie spadła z 70 w 2022 r. do 67 w roku 2023 i 2024 (I połowa), co pokazano na poniższym wykresie.

Wykres nr 5

Liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno świadczenie w hospicjum domowym dla dzieci w latach 2022–2024 (I półrocze)

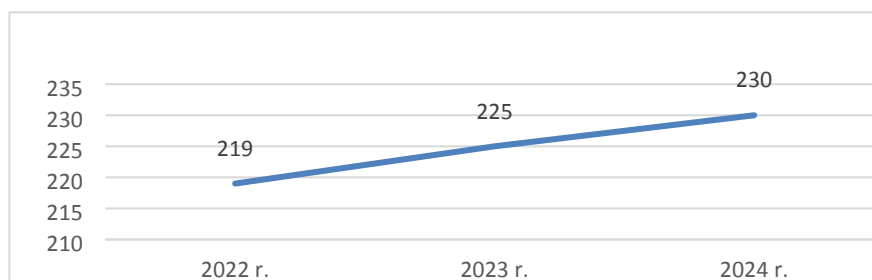


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ.

W okresie objętym kontrolą następował wzrost liczby świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno świadczenie w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym z 219 w 2022 r. do 230 w 2024 r. (I połowa), co przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres nr 6

Liczba świadczeniodawców, którzy sprawozdali co najmniej jedno świadczenie w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym w latach 2022–2024 (I półrocze)

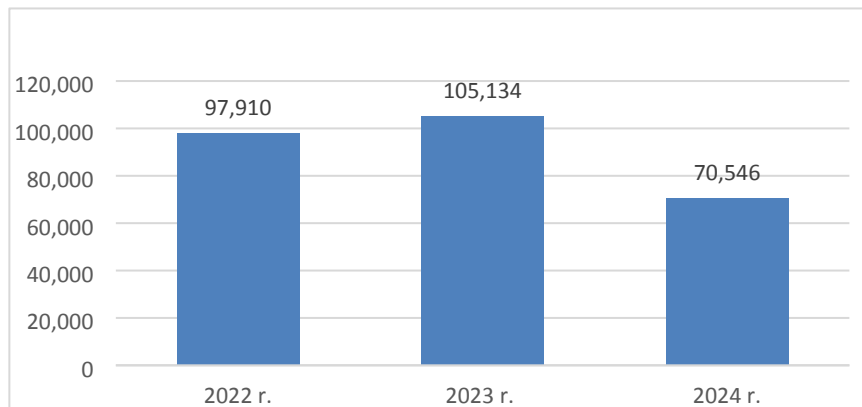


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ.

Ogólna liczba pacjentów objętych OPH wzrosła z 97 910 osób w 2022 r. do 105 134 osób w 2023 r. W I półroczu 2024 r. wyniosła 70 546 osób. Dane te przedstawiono na poniższym wykresie.

Wykres nr 7

Liczba pacjentów objętych OPH w latach 2022–2024 (I półrocze)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z NFZ.

W odniesieniu do 2022 r. największe wzrosty liczby pacjentów OPH w 2023 r. nastąpiły w grupie wiekowej 71–80 lat (z 30 079 do 34 119) oraz w grupie wiekowej powyżej 80 roku życia (z 25 590 do 27 759). Szczegółowe dane dotyczące liczby pacjentów objętych OPH w latach 2022–2024 (I połowa) przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela nr 1

Liczba pacjentów objętych OPH w latach 2022–2024 (I połowa)

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów		
	2022 r.	2023 r.	2024 r. (I połowa)
0–17	2 241	2 265	2 007
18–40	1 989	1 955	1 335
41–60	11 959	12 214	7 657
61–70	26 052	26 822	16 654
71–80	30 079	34 119	23 607
powyżej 80 lat	25 590	27 759	19 286

Źródło: dane pozyskane z NFZ.

Pomimo dostępu do powyższych danych Minister Zdrowia nie analizował ich pod kątem zapotrzebowania na personel medyczny niezbędny do udzielania świadczeń OPH i nie ustalił brakującej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych.

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.

Według danych otrzymanych z Ministerstwa Zdrowia, prognozowane zapotrzebowanie na miejsca w OPH w 2024 r. oraz w 2050 r. w podziale na województwa przedstawiało się następująco:

Tabela nr 2

Prognozowane zapotrzebowanie na miejsca w OPH w 2024 r. oraz w 2050 r.

Województwo	Zapotrzebowanie na miejsca w opiece domowej		Zapotrzebowanie na miejsca w opiece stacjonarnej	
	w 2024 r.	w 2050 r.	w 2024 r.	w 2050 r.
dolnośląskie	12725	15454	287	257
kujawsko-pomorskie	8740	10438	199	168
lubelskie	9067	10295	200	163
lubuskie	4261	5170	97	83
łódzkie	11168	12409	235	195
małopolskie	13823	18042	343	324
mazowieckie	22672	29551	552	533
opolskie	4309	4984	93	76
podkarpackie	8672	10744	206	178
podlaskie	4988	5890	113	96
pomorskie	9495	12463	236	228
śląskie	19891	22650	430	358
świętokrzyskie	5563	6078	116	91
warmińsko-mazurskie	5839	7107	135	112
wielkopolskie	14194	18210	348	319
zachodniopomorskie	7396	8767	163	138
RAZEM:	162 803,00	198 252,00	3 753,00	3 319,00

Źródło: dane pozyskane z Ministerstwa Zdrowia.

Z danych zamieszczonych w powyższej tabeli wynika, że prognozowane zapotrzebowanie na OPH w ramach opieki domowej wzrośnie w 2050 r. w porównaniu do prognoz na 2024 r. o 22 % przy prognozowanym spadku zapotrzebowania na opiekę stacjonarną o 12 %.

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.

Nadmienić należy, że w OPH zatrudnieni są również lekarze niebędący specjalistami w tej dziedzinie medycyny. Dane o liczbie personelu medycznego zatrudnionego w OPH, w tym lekarzy ogółem przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela nr 3

Liczba personelu medycznego zatrudnionego w OPH

Rok	Liczba lekarzy		Liczba pielęgniarek	Liczba psychologów	Liczba fizjoterapeutów	Liczba opiekunów medycznych
	Ogółem	w tym specjalistów OPH ²²				
2022	2875	601	6835	1123	1991	1083
2023	3008	603	7124	1139	2043	1187
2024 (stan na wrzesień)	3020	616	7320	1198	2115	1324

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych pozyskanych z Ministerstwa Zdrowia.

Z danych zawartych w powyższej tabeli wynika, że w latach objętych kontrolą następował wzrost liczby lekarzy ogółem zatrudnionych w OPH, w tym lekarzy specjalistów. Biorąc jednak pod uwagę wskazane wcześniej rekomendacje Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej liczba lekarzy specjalistów OPH jest dalece niewystarczająca.

Pomimo powyższego Minister nie określił zapotrzebowania i brakującej liczby niezbędnych do udzielania świadczeń OPH lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego. Umożliwiłoby to rzetelne

²² W tym lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

**Brak efektów uznania
medycyny paliatywnej
za priorytetową**

planowanie długookresowych działań dotyczących OPH, w tym w zakresie szkoleń specjalizacyjnych z medycyny paliatywnej w trybie rezydenckim.

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 (obowiązującego do dnia 17 grudnia 2022 r.) 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.

**Brak wiedzy Ministra
o skutkach wejścia
w życie rozporządzenia
w sprawie
leczenia bólu**

Minister Zdrowia rozporządzeniem z dnia 6 lutego 2023 r. określił standardy organizacyjne leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych. Minister nie oczekiwał jednak informacji o skutkach wprowadzenia tej regulacji. Nie założył bowiem ewaluacji efektów wejścia tego aktu prawnego w życie, co w ocenie NIK było nierzetelne.

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 zarządczej²³ osiągnięcie celów należy monitorować, identyfikować ryzyka zagrażające ich realizacji, a następnie poddać te ryzyka analizie, aby móc na nie prawidłowo reagować (B.6-B.9).

**Prawne ograniczenie
dostępu do OPH**

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 Zdrowia²⁴.

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

²³ 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).

²⁴ Ministerstwo odmówiło kontrolerowi NIK udostępnienia treści tego dokumentu, argumentując, że trwają analizy tej strategii i nie jest to jeszcze oficjalny dokument.

powinna być dokonywana w oparciu o ocenę stopnia obciążenia objawami oraz całościową ocenę kliniczną dokonywaną przez lekarza.

Określenie zamkniętego katalogu chorób kwalifikujących do objęcia OPH, wskazywali kierownicy części skontrolowanych podmiotów jako jeden z elementów utrudniających prowadzenie takiej opieki. W kilku przypadkach było to powodem odmowy udzielenia świadczeń OPH.

NIK zwraca uwagę, że określenie w obowiązującym akcie prawnym ściśle określonej liczby chorób kwalifikujących do OPH może ograniczać dostęp do tej formy opieki osobom u kresu życia cierpiącym z powodu innych, niepoddających się leczeniu schorzeń.

**Główne rozpoznania
u dorosłych pacjentów
objętych OPH
wg danych NFZ**

Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, że wśród objętych OPH osób w wieku 18 lat i powyżej, najwięcej rozpoznań chorobowych dotyczyło nowotworu złośliwego oskrzela i płuca. W 2022 r. było to 14 595 osób, w 2023 r. 15 557 osób, a w I połowie 2024 r. 9634 osób. W poniższej tabeli wykazano główne rozpoznania chorobowe zdiagnozowane u ponad 3 000 osób w wieku 18 lat i więcej objętych OPH w Polsce.

Tabela nr 4

Rozpoznania główne świadczeń wg 3-znakowych grup ICD-10 u osób w wieku 18 lat i więcej w latach 2022–2024 (I połowa)

Rok	Grupa wiekowa	Rozpoznanie główne	Nazwa rozpoznania głównego	Liczba pacjentów
2022	>= 18 lat	C16	Nowotwór złośliwy żołądka	3393
2022	>= 18 lat	C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	6148
2022	>= 18 lat	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	3685
2022	>= 18 lat	C25	Nowotwór złośliwy trzustki	3438
2022	>= 18 lat	C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	14595
2022	>= 18 lat	C50	Nowotwór złośliwy sutka	7195
2022	>= 18 lat	C56	Nowotwór złośliwy jajnika	2377
2022	>= 18 lat	C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	5491
2022	>= 18 lat	C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	2891
2022	>= 18 lat	C71	Nowotwór złośliwy mózgu	2498
2022	>= 18 lat	C80	Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	2003
2022	>= 18 lat	D37	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych	2501
2022	>= 18 lat	D38	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	2765
2022	>= 18 lat	J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	2699
2022	>= 18 lat	L89	Owrzodzenie odleżynowe	6269

Rok	Grupa wiekowa	Rozpoznanie główne	Nazwa rozpoznania głównego	Liczba pacjentów
2023	>= 18 lat	C16	Nowotwór złośliwy żołądka	3593
2023	>= 18 lat	C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	6413
2023	>= 18 lat	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	3830
2023	>= 18 lat	C25	Nowotwór złośliwy trzustki	3623
2023	>= 18 lat	C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	15557
2023	>= 18 lat	C50	Nowotwór złośliwy sutka	7588
2023	>= 18 lat	C56	Nowotwór złośliwy jajnika	2443
2023	>= 18 lat	C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	5855
2023	>= 18 lat	C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	3148
2023	>= 18 lat	C71	Nowotwór złośliwy mózgu	2543
2023	>= 18 lat	C80	Nowotwór złośliwy bez określenia jego umiejscowienia	2083
2023	>= 18 lat	D37	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze jamy ustnej i narządów trawiennych	2844
2023	>= 18 lat	D38	Nowotwór o niepewnym lub nieznanym charakterze ucha środkowego, narządów układu oddechowego i klatki piersiowej	3181
2023	>= 18 lat	J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	3265
2023	>= 18 lat	L89	Owrzodzenie odleżynowe	6911
I-VI 2024	>= 18 lat	C16	Nowotwór złośliwy żołądka	2136
I-VI 2024	>= 18 lat	C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	4258
I-VI 2024	>= 18 lat	C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	2575
I-VI 2024	>= 18 lat	C25	Nowotwór złośliwy trzustki	2246
I-VI 2024	>= 18 lat	C34	Nowotwór złośliwy oskrzela i płuca	9634
I-VI 2024	>= 18 lat	C50	Nowotwór złośliwy sutka	5626
I-VI 2024	>= 18 lat	C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	4135
I-VI 2024	>= 18 lat	C67	Nowotwór złośliwy pęcherza moczowego	2162
I-VI 2024	>= 18 lat	J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	2376
I-VI 2024	>= 18 lat	L89	Owrzodzenie odleżynowe	4683

Źródło: dane pozyskane z NFZ.

**Główne rozpoznania
u dzieci i młodzieży
objętych OPH
wg danych NFZ**

Najwięcej dzieci do 17 roku życia objęto OPH z powodu dziecięcego porażenia mózgowego: w 2022 r. – 456 dzieci, w 2023 r. – 450, a w I połowie 2024 r. – 380 dzieci. W poniższej tabeli wykazano główne rozpoznania chorobowe zdiagnozowane u ponad 100 dzieci objętych OPH w Polsce.

Tabela nr 5

Rozpoznania główne świadczeń wg 3-znakowych grup ICD-10 u osób do 17 roku życia w latach 2022–2024 (I połowa)

Rok	Grupa wiekowa	Rozpoznanie główne	Nazwa rozpoznania głównego	Liczba pacjentów
2022	0-17 lat	G80	Dziecięce porażenie mózgowie	456
2022	0-17 lat	G93	Inne zaburzenia mózgu	152
2022	0-17 lat	Q04	Inne wrodzone wady rozwojowe mózgu	144
2022	0-17 lat	Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów	126
2023	0-17 lat	G80	Dziecięce porażenie mózgowie	450
2023	0-17 lat	G93	Inne zaburzenia mózgu	132
2023	0-17 lat	P27	Przewlekła choroba oddechowa rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym	113
2023	0-17 lat	Q04	Inne wrodzone wady rozwojowe mózgu	141
2023	0-17 lat	Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów	136
I-VI 2024	0-17 lat	G80	Dziecięce porażenie mózgowie	380
I-VI 2024	0-17 lat	G93	Inne zaburzenia mózgu	113
I-VI 2024	0-17 lat	Q04	Inne wrodzone wady rozwojowe mózgu	133
I-VI 2024	0-17 lat	Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów	138

Źródło: dane pozyskane z NFZ.

**Działania Ministra
na rzecz wzrostu
finansowania OPH**

Kolejni Ministrowie Zdrowia podejmowali działania na rzecz wzrostu finansowania OPH. Z upoważnienia Dyrektora DL, naczelnik wskazała następujące efekty takich działań: od 1 lutego 2023 r. miał 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 hospicyjnej²⁵. Ponadto,

²⁵ 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.

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 zdrowotnej²⁶ 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 ustaw²⁷. Powyższa rekomendacja wpłynie również na wzrost finansowania świadczeń w rodzaju opieka hospicyjna i paliatywna.

W okresie objętym kontrolą następował wzrost wartości rozliczonych świadczeń OPH we wszystkich zakresach świadczeń oraz wzrost liczby objętych nimi pacjentów. W 2022 r. wartość rozliczonych świadczeń wyniosła ogółem 1 062 275 284 zł, a w 2023 r. wzrosła do 1 654 003 680 zł. Za I półrocze 2024 r. rozliczono świadczenia OPH na kwotę 872 051 947 zł. Liczba pacjentów objętych OPH wyniosła 97 910 w 2022 r., 105 134 2 2023 r. oraz 70 546 w I półroczu 2024 r. Szczegółowe dane w tym zakresie zawarto w poniższej tabeli.

Tabela nr 6

Wartość rozliczonych świadczeń OPH w okresie 1 stycznia 2022–30 czerwca 2024 r.

Rok	Zakres	Wartość rozliczonych świadczeń (w zł)	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów
2022	Perinatalna opieka paliatywna	372 112	961	310
2022	Porada w poradni medycyny paliatywnej	3 163 803	95 115	10 712
2022	Świadczenia w hospicjum domowym	435 514 869	9 166 604	62 030

²⁶ 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>

²⁷ 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 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. 1352).

Rok	Zakres	Wartość rozliczonych świadczeń (w zł)	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów
2022	Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	68 262 525	937 147	2 410
2022	Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym	554 961 975	1 252 814	37 218
2022	Ogółem OPH	1 062 275 284	11 452 641	97 910
2023	Perinatalna opieka paliatywna	624 408	1 346	360
2023	Porada w poradni medycyny paliatywnej	4 892 284	99 009	11 428
2023	Świadczenia w hospicjum domowym	664 123 081	10 170 119	65 019
2023	Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	99 739 664	998 652	2 446
2023	Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym	884 624 244	1 450 569	42 518
2023	Ogółem OPH	1 654 003 680	12 719 695	105 134
I-VI 2024	Perinatalna opieka paliatywna	198 065	564	178
I-VI 2024	Porada w poradni medycyny paliatywnej	2 623 756	50 507	7 318
I-VI 2024	Świadczenia w hospicjum domowym	346 458 846	5 307 297	44 400
I-VI 2024	Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	54 667 601	518 975	2 249
I-VI 2024	Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym	468 103 679	772 299	24 926
I-VI 2024	Ogółem OPH	872 051 947	6 649 642	70 546

Źródło: dane pozyskane z NFZ.

Zniesienie limitowania świadczeń OPH

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 telekonferencji²⁸.

²⁸ Pismo z DL do Dyrektora Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej NFZ z 21 lipca 2023 r.

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.

**Problemy z zapłatą
za nadwykonania
świadczeń OPH**

Minister Zdrowia był informowany przez Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej²⁹ 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 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 1648,65 mln zł – konsekwencją ww.

²⁹ Pismo do Ministra Zdrowia z 30 sierpnia 2024 r.

Brak adekwatnego nadzoru nad Pełnomocnikiem

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).

Z dniem 13 grudnia 2019 r. Minister Zdrowia ustanowił Pełnomocnika ds. OP³⁰. 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 Rodziny³¹.

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

³⁰ 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).

³¹ Nazwa departamentu wskazana w zarządzeniu powołującym Pełnomocnika – w § 8 tego Zarządzenia Minister określił Departament Zdrowia Publicznego i Rodziny jako jednostkę obsługującą Pełnomocnika w zakresie realizacji jego zadań. Obecnie DZP.

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. przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, jako jego członek.

Dyrektor Departamentu Równości w Zdrowiu³² 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 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 zadań, 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 pkt. 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).

³² Dalej: DRZ.

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 publicznych³³ 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 publicznych³⁴.

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 uchynieniu zarządzenia w sprawie jego ustanowienia. Nadmieniał przy tym, że do chwili obecnej nie zostałem oficjalnie poinformowany o odwołaniu z pełnionej funkcji.

Dyrektor DRZ podała w wyjaśnieniach, że dotychczas nie informowano Pełnomocnika o uchynieniu 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

³³ Dz. U. z 2024 r. poz. 1530, ze zm.

³⁴ §3 Zarządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ustanowienia Pełnomocnika.

uzasadnienie ze strony rzecznika Ministerstwa Zdrowia: uchylenie zarządzenia w sprawie ustanowienia pełnomocnika ministra zdrowia ds. opieki paliatywnej wynika potrzeby odwołania Pełnomocnika 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 dniach³⁵.

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 opublikowane w piśmiennictwie naukowym; opracowanie nowego rozporządzenia oraz strategii długookresowej rozwoju opieki paliatywnej; opracowanie projektu rozwoju opieki perinatalnej w Polsce dołączonej do strategii długoterminowej.

**Wydatki MZ związane
z funkcjonowaniem
Pełnomocnika**

Ministerstwo Zdrowia poniosło wydatki w kwocie 9838,44 zł z tytułu zwrotów kosztów podróży w związku z udziałem Pełnomocnika ds. OP w posiedzeniach Zespołu ds. strategii rozwoju OPH.

**Zespół
ds. przygotowania
projektu
długookresowej
strategii rozwoju
opieki paliatywnej
i hospicyjnej**

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 29 lipca 2022 r. powołał Zespół ds. przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej³⁶, 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.

³⁵ Pismo nr IK:4046331.JS z 17 października 2024 r.

³⁶ 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.

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.

**Przedłużanie
prac Zespołu**

Zadaniem ww. Zespołu 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.

**Nieudostępnienie
kontrolerowi NIK
projektu Strategii**

Ministerstwo nie udostępniło 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.

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.

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, który nie brał udziału 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 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).

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.

**Brak protokołów
z części posiedzeń
Zespołu**

Minister nie wyegzekwował sporządzania protokołów ze wszystkich posiedzeń Zespołu ds. strategii rozwoju OPH, co było niezgodne z § 5 ust. 4 zarządzenia w sprawie Zespołu. Zgodnie z tym przepisem „Z posiedzeń Zespołu jest sporządzany protokół”, który stosownie do § 4 ust. 2 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 Zespołu wymaganej standardami kontroli zarządczej (C.11, D.16).

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

**Protokoły z posiedzeń
Zespołu bez 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.

Udostępnione 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 zawierają liczne przeinaczenia słów, co

**Zespół zajmował się
nowelizacją
rozporządzenia w
sprawie OPH**

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 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.

**Wydatki związane
z funkcjonowaniem
Zespołu
Stanowisko Zespołu
przy RPP**

Ministerstwo poniosło wydatki w kwocie 11 068,99 zł z tytułu zwrotu kosztów podróży służbowych członków Zespołu ds. strategii rozwoju OPH³⁷.

Do Ministerstwa Zdrowia wpłynęło w 2021 r. Stanowisko Zespołu powołanego przy Rzeczniku Praw Pacjenta ds. opracowania standardów postępowania w terapiach medycznych w okresie kończącego się życia (datowane 2021 r.)³⁸.

W skład tego Zespołu wchodził m.in. ówczesny Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej³⁹ i ówczesny Konsultant Krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Dokument ten zawiera wytyczne dotyczące terapii medycznych stosowanych u osób w ostatnim okresie życia, mające na celu poprawę jakości opieki, uwzględniając szczególne potrzeby pacjentów. Porusza także kwestię

³⁷ W tym wspomniane wcześniej wydatki na podróże służbowe Pełnomocnika ds. OP.

³⁸ <https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiApM3Q5MiEAxW3RPEDHS4SBmoQFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.gov.pl%2Fattachment%2Fff30acaf-6259-41cc-ba13-ddefee1d3177&usg=AOvVaw2XSglyd4yjlYc5Wlg0vVhz&opi=89978449>, wpłynęło do Ministerstwa Zdrowia pismem o sygn. RzPPDSD.421.8.2019JFa z dnia 11 sierpnia 2021 r.

³⁹ Ówczesna Konsultant wchodziła również w skład Zespołu ds. przygotowania Długookresowej Strategii Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej powołanego przez Ministra Zdrowia w 2022 r.

tw. terapii daremnej, czyli leczenia, które nie przynosi już żadnych korzyści pacjentowi, który już nie ma szans na wyzdrowienie. W dokumencie tym, zaleca się, aby opieka koncentrowała się na zapewnieniu komfortu pacjentowi, łagodzeniu objawów i wspieraniu go w godny sposób w obliczu śmierci. Dokument omawia prawa pacjentów w kontekście medycznych terapii stosowanych na końcu życia. Pierwsza część skupia się na etycznych kwestiach związanych z życiem i śmiercią. Druga część przedstawia obowiązujące przepisy prawne dotyczące praw pacjentów oraz obowiązków personelu medycznego. W trzeciej części omówiono propozycje zmian legislacyjnych, które mają na celu poprawę jakości opieki nad pacjentami. Czwarta część koncentruje się na wytycznych dotyczących postępowania z pacjentem umierającym oraz jego rodziną, uwzględniając poszanowanie godności pacjenta. Proponowane dobre praktyki obejmują zapewnienie pacjentowi prawa do umierania bez bólu, w spokoju oraz pod opieką kompetentnego, wyszkolonego personelu. Dokument podkreśla prawo pacjenta do decydowania o tym, jak chce przeżyć ostatnie chwile życia, a także zapewnia poszanowanie jego autonomii i godności.

Z wyjaśnień Dyrektora DL wynika, że wspomniany dokument przesłany do Ministerstwa przez Rzecznika Praw Pacjenta został udostępniony do wiadomości i ewentualnego wykorzystania służbowego do trzech innych komórek organizacyjnych Ministerstwa Zdrowia: Departament Dialogu Społecznego, Departament Lecznictwa i Departament Rozwoju Kadr Medycznych. Został także przeanalizowany przez pracowników DZP. Ze względu na liczbę bieżących spraw nie sporządzono ostatecznie odpowiedzi do Rzecznika Praw Pacjenta. Uznano jednak, iż materiał – mimo, iż poruszający kwestie niezmiernie ważne, odnoszące się do zaprzestania stosowania terapii określanej mianem „daremnej”, dotyczy – jak wskazał sam Rzecznik Praw Pacjenta w piśmie przewodnim – procedury budzącej wiele wątpliwości. Dokument nie został finalnie uzgodniony w gronie członków Zespołu (kilka osób zgłosiło jednoznaczne zdania odrębne, opisane pod koniec dokumentu), właśnie dlatego, że dotyka on przede wszystkim najbardziej kontrowersyjnych kwestii opieki nad pacjentami, które mogą być różnie postrzegane i interpretowane w zależności od przyjętej perspektywy analizy (prawnej, medycznej, duchowej, społecznej, itp.). Przyjęto, iż zasadnym będzie zaangażowanie w pierwszej kolejności w realizację działania zakładającego wprowadzenie w miejsce instytucji ubezwłasnowolnienia modelu wspieranego podejmowania decyzji, zapewniającego każdej osobie możliwość podejmowania decyzji we własnych sprawach w maksymalnym możliwym zakresie, zaplanowanego w Strategii na rzecz Osób z Niepełnosprawnościami 2021–2030, przyjętej uchwałą nr 27 Rady Ministrów z dnia 16 lutego 2021 r. Działanie to powierzono do realizacji Ministerstwu Sprawiedliwości we współpracy m.in. z Ministerstwem

Zdrowia. Prace Zespołu do spraw opracowania propozycji rozwiązań normatywnych w zakresie zastąpienia instytucji ubezwłasnowolnienia modelem wspieranego podejmowania decyzji obejmują także kwestię pełnomocnictwa medycznego.

NIK zwraca uwagę, iż z powyższego wynika, że kwestiami dotyczącymi opieki nad terminalnie chorymi, cierpiącymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu choroby, na przestrzeni kilku ostatnich lat zajmowały się różne instytucje i powoływane w ich ramach zespoły, a do dnia zakończenia kontroli NIK nie weszła w życie ani Strategia Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, której projekt Minister Zdrowia otrzymał 31 marca 2024 r., ani nowelizacja rozporządzenia w sprawie OPH, ani inny dokument stanowiący krajowe wytyczne odnoszące się do OPH. Opisane powyżej działania nie były więc efektywne.

5.2. ZAPEWNIENIE PRZEZ ŚWIADCZENIODAWCÓW OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ W ZAKRESIE WYNIKAJĄCYM Z UMÓW ZAWARTYCH Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA

**Dążenie
do zapewnienia
warunków godnego
umierania**

Skontrolowane podmioty udzielające świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej dążyły do zapewnienia chorym u końca życia godnych warunków umierania.

Wszystkie 12 skontrolowane podmioty świadczyły OPH w zakresie „hospicjum stacjonarne”, z czego jeden – „hospicjum stacjonarne dla dzieci”. Świadczeń w ramach domowej OPH udzielało siedem z nich, w ramach ambulatoryjnej OPH pięć, a w ramach domowej OPH dla dzieci – dwa podmioty. Świadczeń w zakresie opieki perinatalnej udzielał jeden ze skontrolowanych podmiotów, tj. Caritas Diecezji Warmińsko-Mazurskiej w Olsztynie. Najwięcej, bo siedem ze skontrolowanych jednostek udzielało łącznie świadczeń OPH w zakresie hospicjum stacjonarnego i domowej OPH. Cztery z nich udzielało świadczeń OPH wyłącznie w ramach hospicjum stacjonarnego, z czego trzy podmioty z województwa mazowieckiego i jeden z województwa łódzkiego. Podmioty udzielające świadczeń OPH dla dzieci w formie „domowej OPH dla dzieci” oraz w ramach opieki perinatalnej funkcjonowały na terenie województwa warmińsko – mazurskiego.

Skontrolowane podmioty prowadzące hospicja stacjonarne dysponowały od 18 do 150 łóżek⁴⁰. W skontrolowanym okresie liczba pacjentów objętych opieką OPH rosła.

⁴⁰ Spółka Global Medical Szwajcar od 1 lutego 2024 r. realizowała świadczenia z zakresu stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Przykłady

Stowarzyszenie "Hospicjum Łódzkie" w Łodzi opieką paliatywno-hospicyjną, udzielaną przez jednostki Stowarzyszenia, objęło 298 osób w 2022 r., 364 w 2023 r. i 205 osób w 2024 r. (do 30 kwietnia) w Hospicjum Stacjonarnym, odpowiednio: 314, 228 i 119 osób w Hospicjum Domowym oraz 26, 47 i 26 osób w ramach Poradni Medycyny Paliatywnej.

Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne „Palium” w kontrolowanym okresie objęło OPH łącznie 1598 pacjentów, w tym 631⁴¹ pacjentów w 2022 r., 702⁴² w 2023 r. i 265⁴³ do końca kwietnia 2024 r.

VITA SPES Zaskalska, Szymańska, Turkot, Spółka Jawna w Babulach objęła OPH w Hospicjum Stacjonarnym w 2022 r. – 236, w 2023 r. – 268, a do 30 kwietnia 2024 r. – 117 pacjentów. W Hospicjum Domowym w 2022 r. pacjentów objętych OPH było 96, w 2023 r. – 114, a do 30 kwietnia 2024 r. – 73.

Grupa Zdrowie Sp. z o.o. prowadząca Hospicjum stacjonarne w Kraszewie-Czubakach objęła OPH łącznie 563 pacjentów, a ich liczba w poszczególnych latach systematycznie rosła i wynosiła w: 2022 r. (od 1 czerwca) – 160, w 2023 r. – 294 oraz w 2024 r. (do 30 kwietnia) 109 osób.

Liczba osób ze zdiagnozowanymi nowotworami stanowiła w skontrolowanych jednostkach od 31,2 % do 99,1 % wszystkich pacjentów objętych OPH.

Średni czas objęcia OPH w ramach Hospicjum stacjonarnego wyniósł od 17 do 159 dni, przy czym w Hospicjum stacjonarnym dla dzieci – 136 dni. Opieką w ramach Hospicjum domowego obejmowano pacjentów przez okres od 12 do 552 dni, przy czym w ramach Hospicjum domowego dla dzieci – 276 dni.

Jedyna wśród skontrolowanych jednostek świadcząca opiekę perinatalną tj. Caritas Archidiecezji Warmińskiej obejmowała pacjentki opieką przez 53⁴⁴ – 75⁴⁵ dni. Opieką perinatalną, w okresie objętym kontrolą objęto łącznie pięć pacjentek, z czego dwie w 2022 r. i trzy w 2023 r.

⁴¹ W tym 312 pacjentów objęto opieką stacjonarną, 194 – opieką domową, a 125 korzystało z opieki ambulatoryjnej.

⁴² W tym 283 pacjentów objęto opieką stacjonarną, 257 – opieką domową, a 162 korzystało z opieki ambulatoryjnej.

⁴³ W tym 100 pacjentów objęto opieką stacjonarną, 121 – opieką domową, a 44 korzystało z opieki ambulatoryjnej.

⁴⁴ W 2022 r.

⁴⁵ W 2023 r.

Jeżeli chodzi o liczbę dni objęcia pacjentów OPH w ramach opieki ambulatoryjnej, to ustalenie jej wiarygodnej wartości jest utrudnione przez fakt, że po pierwszorazowym zgłoszeniu się pacjenta do poradni medycyny paliatywnej, gdy pacjent nie pojawia się na kolejnych wizytach poradnia nie jest informowana o losach pacjenta. Nie wiadomo, czy zgłosił się do innej poradni, czy został objęty inną formą OPH, czy nastąpił zgon pacjenta.

Przyczyny odmów objęcia OPH

W trzech skontrolowanych jednostkach miało miejsce 28 przypadków odmowy udzielenia świadczeń OPH, głównie z powodu braku wskazań wynikających z § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie OPH.

Przykłady

W Stowarzyszeniu „Hospicjum Łódzkie” w Łodzi przypadki odmowy udzielania świadczeń OPH (dziewięć w latach 2022–2024 w ramach Hospicjum Stacjonarnego, osiem - Hospicjum Domowego i jeden - w Poradni) wynikały m.in. z:

- braku schorzenia kwalifikującego⁴⁶ do udzielenia świadczeń z zakresu OPH, braku potwierdzenia wśród danych medycznych takiej choroby bądź braku dyskwalifikacji z trwającego leczenia onkologicznego;
- nieprzedłożenia dokumentacji medycznej pacjenta;
- zakwalifikowania pacjenta w ramach innej formy udzielania świadczeń OPH (poradnia medycyny paliatywnej zamiast świadczeń hospicjum domowego lub odwrotnie).

W Hospicjum Stacjonarnym w Głównie, w okresie objętym kontrolą wystąpił jeden przypadek odmowy udzielenia świadczeń przez świadczeniodawcę. Powodem był brak u pacjenta jednostki chorobowej, która uprawniałaby do uzyskania świadczenia w Hospicjum zgodnie z Rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W Caritas Archidiecezji Warmińskiej w Olsztynie, w okresie objętym kontrolą wystąpiło dziewięć przypadków odmowy udzielenia pacjentom świadczeń przez OPH. W ośmiu przypadkach przyczyną odmowy był brak kwalifikacji do opieki w związku z brakiem wskazań wynikających z § 3 ust. 2 rozporządzenia w sprawie OPH. W jednym przypadku dotyczącym dziecka, ze względu na stan zaawansowania choroby i zgodnie z orzeczeniem konsylium lekarskiego, odmówiono przyjęcia do hospicjum domowego i zaproponowano pobyt w hospicjum stacjonarnym – w tym przypadku rodzice nie wyrazili zgody na pobyt dziecka w hospicjum stacjonarnym. We wszystkich ww. przypadkach

⁴⁶ Na podstawie § 3 ust. 2 rozporządzenia ws. OPH.

chorym i ich rodzinom przedstawiono możliwości rozwiązania sytuacji, tj. zaproponowano innego świadczeniodawcę lub formę pomocy.

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą⁴⁷ wszystkie podmioty udzielające świadczeń OPH zobowiązane są spełniać wymagania, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, odpowiednie dla rodzaju wykonywanej działalności leczniczej i zakresu świadczeń zdrowotnych. Pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku (§ 14 ust. 4). Łóżka w pokojach łóżkowych powinny być dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (§ 18 ust. 1), odstępy między łózkami powinny umożliwiać swobodny dostęp do pacjentów (§ 19), szerokość pokoju łóżkowego umożliwiać powinna wyprowadzenie łóżka (§ 20), szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywa się ruch pacjentów na łózkach powinna umożliwiać ten ruch (§ 33), w pokojach łóżkowych powinien być zapewniony bezpośredni dostęp światła dziennego (§ 34), a w przypadku nadmiernego naświetlenia pokoi łóżkowych powinny zostać zainstalowane urządzenia przeciwsłoneczne (§ 35).

**Otwory drzwiowe
pokoi chorych
uniemożliwiały ich
transport na łózkach**

Skontrolowane podmioty prowadzące hospicja stacjonarne na ogół spełniały wyżej wymienione warunki. Ustalono jednak, że w trzech jednostkach otwory drzwiowe pokoi chorych były zbyt wąskie, aby możliwe było przetransportowanie leżącego na łóżku pacjenta. Jeden podmiot nie spełniał nawet wymogów rozporządzenia w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie⁴⁸. Zgodnie bowiem z § 75 pkt 2 tegoż rozporządzenia w budynku użyteczności publicznej drzwi wewnętrzne, z wyjątkiem drzwi do pomieszczeń technicznych i gospodarczych, powinny mieć szerokość co najmniej 0,9 m.

Przykłady

W Hospicjum Stacjonarnym w Głownie szerokość pokoi umożliwiała wyprowadzenie łóżka, jednakże nie umożliwiała tego szerokość drzwi w jednym z pomieszczeń, przez które odbywał się ruch pacjentów na łózkach – szerokość drzwi była bowiem mniejsza niż szerokość łóżka, na którym znajdował się pacjent. W przedmiotowym pokoju

⁴⁷ Dz. U. z 2022 r. poz. 402.

⁴⁸ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1225, ze zm.).

znajdowało się również łóżko „transportowe”, które po złożeniu boków było węższe niż drzwi.

Dyrektor oświadczyła, że do przemieszczania wykorzystywane jest łóżko „transportowe”, zobowiązując się przy tym do poszerzenia otworu na drzwi przy kolejnych pracach remontowych.

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Global Medical Szwajcar w Warszawie, w trakcie oględzin stwierdzono, że szerokość drzwi w salach chorych poddanych oględzinom w świetle ościeżnicy wynosiła 78 cm, a tym samym nie pozwalała na ruch pacjentów na łóżku na zewnątrz tych pomieszczeń. Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że zgodnie z § 3 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców, a także opieka ukierunkowana na poprawę jakości życia. Ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, a zatem nie jest prowadzona żadna diagnostyka przyczynowa oraz przeprowadzanie zabiegów wymagających transferu chorych na łóżku poza pokój chorych. Jeśli zaszłaby jednak jakaś inna nagła potrzeba wówczas pacjent jest przenoszony za pomocą mobilnych noszy, które są na wyposażeniu karetki.

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK wskazuje, że Hospicjum funkcjonuje w budynku, który jest budynkiem użyteczności publicznej, a więc w myśl § 75 ust. 2 rozporządzenia w sprawie warunków technicznych, drzwi wewnętrzne powinny mieć co najmniej szerokość 0,9 m i wysokość 2 m w świetle ościeżnicy. Tym samym drzwi w pokojach pacjentów nie spełniały warunków, o których mowa w przywołanym przepisie.

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor Sp. z o.o. w Legionowie, w budynku przy ul. Kozińskiego szerokość drzwi do pokoi chorych wynosiła 90 cm i uniemożliwiała ruch pacjentów na łóżkach. Prezes Spółki wyjaśniła, że w hospicjum nie odbywa się taki ruch pacjentów, lecz w razie sytuacji kryzysowej, pacjenta nie przenosi się z łóżkiem, tylko korzysta z noszy transportowych.

**Brak dostępności
do łóżka chorego
z trzech stron**

W trzech skontrolowanych hospicjach stacjonarnych nie spełniono wymogu § 18 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, tj. aby łóżka

w pokojach łóżkowych były dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. W jednym przypadku uzasadniano to m.in. wolą pacjentów.

Przykłady

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Stowarzyszenie „Hospicjum Łódzkie” stwierdzono dosunięcie trzech łóżek dłuższym bokiem do ścian. Takie ustawienie łóżek było uzasadnione wolą dwóch pacjentów⁴⁹, a także koniecznością zapewnienia bezpieczeństwa pacjentowi niespokojnemu, nieporuszającemu się samodzielnie, jednak podejmującemu próby wyjścia z łóżka pomimo barier zabezpieczających.

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor Sp. z o.o. w Legionowie we wszystkich 36 pokojach pacjentów, ustawienie łóżek umożliwiało dostęp do nich z dwóch stron – dłuższej i krótszej, a w niektórych przypadkach tylko z jednej – dłuższej. Prezes Spółki wyjaśniła, że wszystkie łóżka pacjentów są regulowane elektrycznie i wyposażone w kółka, a ustawione w sposób jaki jest najwygodniejszy dla aktualnie korzystających z nich pacjentów. W przypadkach, gdy zachodzi konieczność dostępu do łóżka pacjenta w sposób bardziej dowolny, łóżko dzięki obecności kółek jest wysuwane w obręb pokoju w zależności od potrzeby – w tym zapewniając dostęp z trzech stron. W dotychczasowej praktyce udzielania świadczeń, pracownicy hospicjum nie napotkali problemów wynikających z braku dostępu do pacjenta leżącego w swoim łóżku.

Najwyższa Izba Kontroli wskazuje, że zapewnienie dostępności do łóżek z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych stanowi wymóg określony w przepisach prawa. Ponadto umeblowanie w pokojach pacjentów nie pozwalało na bezproblemowe przestawienie łóżka.

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Global Medical Szwajcar w Warszawie, we wszystkich 13 pokojach, objętych oględzinami, nie zapewniono dostępu do łóżek chorych z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych, co było niezgodne z § 18 ww. rozporządzenia. Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że w każdym pokoju przeznaczonym dla pacjentów Hospicjum jest zapewniony dostęp do łóżka chorego z trzech stron w tym z dwóch dłuższych poprzez zwolnienie blokady z kółek, w które jest zaopatrzone każde łóżko (mobilne) i łatwe przesunięcie łóżka z dostępem do każdej strony.

⁴⁹ Osoby te tłumaczyły swoją decyzję komfortem oraz możliwością szybkiej zmiany lokalizacji łóżka.

**Użytkowany
przez świadczeniodawców
sprzęt do realizacji OPH**

NIK zwraca uwagę, że wymogi rozporządzenia nie dopuszczają możliwości, aby łóżka z jednej z dłuższych stron były dosunięte do ściany, a dopiero zwolnienie z blokady kółek pozwalało na dostęp do pacjenta z trzech stron.

Wszystkie skontrolowane podmioty dysponowały sprzętem medycznym i pomocniczym niezbędnym do realizacji świadczeń OPH. Nadmienić należy, że sprzęt wymagany dla realizacji tych świadczeń w poszczególnych rodzajach OPH wymieniony jest w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. Bez spełnienia wymagań sprzętowych podmiot nie spełniłby jednego z warunków umożliwiających zawarcie kontraktu na świadczenia OPH z właściwym miejscowo oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia. Najczęściej użytkowymi w hospicjach stacjonarnych sprzętami wymaganymi rozporządzeniem w sprawie OPH były: aparaty EKG, glukometry, aparaty do pomiaru ciśnienia, termometry, materace przeciwoleżynowe, łóżka szpitalne, koncentratory tlenu, ssaki elektryczne, pompy infuzyjne, sprzęt ułatwiający pielęgnację chorych (pasy ślizgowe, podnośniki), kule, laski, balkoniki.

Poza sprzętem określonym w rozporządzeniu, skontrolowane podmioty wykorzystywały w hospicjach stacjonarnych:

- aparaty VAC (ang. Vacuum Assisted Closure) – aparat do zamykania ran przy użyciu podciśnienia – próżni. Aparat jest niezwykle pomocny w przypadku owrzodzenia żylnego goleni, stopy cukrzycowej, owrzodzenia odleżynowego;
- pompy do żywienia dojelitowego;
- platformy pionizacyjne;
- przerywaną kompresję pneumatyczną - to terapia, która obejmuje nadmuchiwane rękawy, które są dopasowane wokół nóg. Urządzenie może być wykorzystywane w szpitalu lub w warunkach domowych do stymulowania przepływu krwi i zmniejszania ryzyka powstawania zakrzepów krwi;
- rotory kończyn górnych i dolnych;
- komory hiperbaryczne;
- uniwersalny gabinet usprawniania leczniczego (UGUL), czyli specjalistyczna kabina do rehabilitacji;
- pulsoksymetry;
- fotelosedy;
- asystory kaszlu;
- monitory oddechu.

W przypadku hospicjów domowych najczęściej wypożyczano: koncentratory tlenu, łóżka rehabilitacyjne, materace przeciwoleżynowe, wózki inwalidzkie, chodziki. Podmioty kontrolowane zwracały uwagę na niewielką potrzebę wykorzystania pomp infuzyjnych w domowej OPH.

**Potrzeba
różnicowania
wymogów
dla hospicjów
dla dzieci**

Wskazywano również na potrzebę ujęcia w rozporządzeniu w sprawie OPH wyposażenia w środek transportu jako elementu niezbędnego, aby możliwy był dojazd personelu do pacjenta objętego domową OPH.

Skontrolowane podmioty prowadzące hospicja dla dzieci zwracały uwagę na konieczność różnicowania wymogów dotyczących sprzętu niezbędnego dla sprawowania OPH nad osobami dorosłymi i dziećmi.

Przykłady

W opinii Dyrektora Caritas Archidiecezji Warmińskiej, rozporządzenie w sprawie OPH powinno różnicować wykaz wymaganego sprzętu w zależności od grupy pacjentów obejmowanych opieką, bowiem opieka nad dziećmi wymaga innego rodzaju sprzętów niż opieka nad osobami dorosłymi. Dyrektor wskazał również, że w ww. rozporządzeniu ujęte są sprzęty, których zakup jest dla pacjentów refundowany (wózki, materace przeciwoślizgowe, glukometry), w związku z czym pacjenci korzystają z własnych sprzętów, nie mają potrzeby korzystania ze sprzętu pozostającego w zasobach świadczeniodawcy.

Skontrolowane hospicja stacjonarne stosowały rozwiązania mające na celu zapewnienie intymności pacjenta podczas badań i zabiegów pielęgnacyjnych głównie wykorzystując parawany mobilne.

Leki przeterminowane

W trzech skontrolowanych hospicjach stacjonarnych stwierdzono, że w dyżurkach pielęgniarek, wśród produktów leczniczych przeznaczonych dla pacjentów znajdowały się przeterminowane leki. Było to niezgodne z art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne⁵⁰, zgodnie z którym zakazany jest obrót, a także stosowanie produktów leczniczych nieodpowiadających ustalonym wymaganiom jakościowym oraz produktami leczniczymi, w odniesieniu do których upłynął termin ważności.

Przykłady

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Global Medical Szwajcar w Warszawie, w jednej z dyżurek pielęgniarskich znajdowało się opakowanie leku Biofuroksym, które było po terminie ważności.

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że lek znalazł się w dyżurce w wyniku przeoczenia pielęgniarki i nie został podany żadnemu pacjentowi.

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor Sp. z o.o. w Legionowie podczas oględzin dyżurek pielęgniarskich dokonano weryfikacji terminów

⁵⁰ Dz. U. z 2024 r. poz. 686, ze zm.

losowo wybranych 11 leków. Dla jednego z nich, stwierdzono przekroczenie terminu ważności w sierpniu 2024 r.

Prezes Spółki wyjaśniła, że przedmiotowy lek należał do pacjentki przyjętej do hospicjum dzień wcześniej. Ponadto, pacjentka nie używała tego leku w ostatnim czasie, a także żaden z pacjentów nie miał zleconego leku o tej nazwie i dawce. Leki w szafach są sprawdzane przez magistra farmacji ostatniego dnia miesiąca oraz każdorazowo przez personel rozkładający leki.

- Najwyższa Izba Kontroli nie podziela wyjaśnień p. Prezes, ponieważ kontrola terminowości posiadanych leków czy wyrobów medycznych ma kluczowe znaczenie dla zdrowia pacjentów. Ponadto, wyjaśnienia wskazujące na to, że lek należał do pacjentki, która została przyjęta do hospicjum dzień wcześniej, oznacza, że personel umieścił w szafce lek, którego termin już upłynął, bez jego weryfikacji. Nieprawidłowość usunięto w toku kontroli, poprzez usunięcie przeterminowanych leków.
-
- W Hospicjum Stacjonarnym w Głownie, analiza kilkudziesięciu produktów leczniczych i wyrobów medycznych pod kątem terminów ważności wykazała, że terminy ważności produktów i wyrobów były co do zasady aktualne, z wyjątkiem trzech przypadków, dla których termin ważności upłynął: tj. Salbutamol WZF – ważny do czerwca 2024 r., Nasen – ważny do lipca 2024 r., Promazin Jelfa – dwa opakowania, ważne do maja 2024 i lipca 2024 r.
- Dyrektor Hospicjum oświadczyła, że daty ważności leku są zawsze weryfikowane przez pielęgniarki przed jego podaniem. Ponadto każde opakowanie leku opisywane było w widocznym miejscu datą ważności leku tak, aby pielęgniarka mogła zweryfikować tę datę przed podaniem leku pacjentowi. W Hospicjum wszczęto postępowanie naprawcze i wprowadzono Procedurę sprawdzania daty ważności leków w szafie z lekami na Oddziale Hospicjum Stacjonarnego z datą obowiązywania od 13 sierpnia 2024 r. Dodatkowo zorganizowano szkolenie w tym zakresie.

**Nieprawidłowe
przechowywanie
leków zawierających
substancje odurzające
i psychotropowe**

Zgodnie z § 2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii i preparatów zawierających te środki lub substancje⁵¹, środki odurzające grup I-N i II-N, substancje psychotropowe

⁵¹ Dz. U. z 2024 r., poz. 373, dalej rozporządzenie w sprawie substancji.

grupy II-P oraz preparaty zawierające te środki lub substancje należy przechowywać w odpowiednio zabezpieczonych pomieszczeniach, w zamkniętych metalowych szafach lub kasetach przymocowanych w sposób trwały do ścian lub podłóg pomieszczenia, w miejscu niedostępnym dla pacjentów. Ponadto, zgodnie z § 2 ust. 1 i 2 pkt. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki⁵², wydanego na podstawie § 95 ust. 4 pkt. 1 Prawa farmaceutycznego, produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, surowce farmaceutyczne i wyroby medyczne przechowuje się (...), w sposób gwarantujący zachowanie ustalonych dla produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, surowca farmaceutycznego lub wyrobu medycznego wymagań jakościowych i bezpieczeństwo przechowywania.

W jednym skontrolowanym hospicjum stacjonarnym stwierdzono nieodpowiednie zabezpieczenie leków zawierających substancje odurzające.

Przykład

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor Sp. z o.o. w Legionowie leki opioidowe był przechowywane w dyżurkach pielęgniarskich w sposób niewłaściwy. W jednej dyżurce leki te znajdowały się w otwartej szafce (posiadającej zamknięcie na klucz), poukładane na półkach, a w drugiej dyżurce leki te przechowywano w zamkniętej szafce, w której znajdowała się otwarta, nieprzymocowana kasetka, posiadająca zamknięcie na klucz. Leki opioidowe znajdowały się zarówno w kasetce, jak i na niej, ponieważ ich ilość nie pozwalała na umieszczenie wszystkich wewnątrz kasetki.

Zgodnie z wyjaśnieniami Prezes Spółki, obowiązki wynikające z przywołanych przepisów są realizowane przez Dział Farmacji NZ ZOZ Wigor sp. z o.o. Leki znajdujące się w dyżurkach pielęgniarskich znajdowały się w podręcznych apteczkach oddziałowych. Dyżurki są pomieszczeniami, do których osoby nieuprawnione, w tym pacjenci, nie mają dostępu. Ponadto są one stale objęte monitoringiem audiowizualnym. Szafy, w których znajdują się leki są zamykane na klucz, a personel korzystający z dyżurek ma obowiązek zamykać całe pomieszczenie w przypadku pozostawienia go bez obecności innego pracownika. Dodatkowo personel pielęgniarski obowiązany jest przy zdawaniu dyżuru monitorować stan leków narkotycznych i psychotropowych. Kierownik Działu Farmacji, zgodnie z obowiązującą

⁵² Dz. U. z 2024 r., poz. 154, ze zm., dalej: rozporządzenie w sprawie aptek.

**Nieprawidłowy
nadzór nad
dokumentowaniem
rozchodu środków
odurzających**

w Spółce procedurą, w okolicach ostatniego dnia roboczego miesiąca przeprowadza kontrolę prawidłowego przechowywania leków w oddziałach, zazwyczaj w formie obchodu.

Najwyższa Izba Kontroli nie podziela wyjaśnień Prezes. Dyżurka pielęgniarska w budynku przy ul. Kozińskiego 9, która poddawana była oględzinom, jest pomieszczeniem wydzielonym z części korytarza jedynie ladą, do której wchodzi się poprzez niskie drzwi wahadłowe niewyposażone w zamknięcie.

W jednym hospicjum stacjonarnym niewłaściwie sprawowano nadzór nad kwestiami związanymi z dokumentowaniem rozchodu środków odurzających, co spowodowało rozbieżności w dokumentacji dotyczącej dawek morfiny podanych pacjentom.

Przykład

W Hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Global Medical Szwecja w Warszawie prowadzono książkę kontroli środków odurzających i środków psychotropowych⁵³. Pielęgniarki odnotowywały w niej nazwiska pacjentów, na rzecz których wydawano z dyżurki pielęgniarskiej morfinę. Zgodnie z zapisami ujętymi w ww. książce oraz w indywidualnych kartach zleceń lekarskich⁵⁴, w kwietniu 2024 r. morfinę przyjmowało 24 pacjentów Hospicjum, co stanowiło 11 % wszystkich pacjentów, których w ww. okresie objęto opieką paliatywną i hospicyjną. W książce, oprócz ampułek morfiny, pielęgniarki nie odnotowywały wydania na rzecz pacjentów innych leków opioidowych bądź psychotropowych, w tym m.in. plastrów zawierających fentanyl oraz morfiny w formie tabletek. Leki z tych kategorii były ujmowane w indywidualnych kartach zleceń lekarskich wraz z pozostałymi lekami podawanymi pacjentom.

Prezes wyjaśnił, że w książce kontroli środków odurzających i substancji psychotropowych w kwietniu 2024 r. pielęgniarki dokonywały jedynie wpisu dotyczącego morfiny w ampułkach z uwagi na to, że tego leku było najczęściej zlecanego przez lekarzy i podawanego przez pielęgniarki. Morfina w tabletkach była zlecona tylko jednemu pacjentowi i nie było to odnotowywane w książce, bowiem wszystkie pielęgniarki wiedziały dla którego konkretnie pacjenta morfina w tabletkach była przeznaczona. W przypadku zlecanych przez lekarzy plastrów, w tym zawierających fentanyl, plastry te były podawane pacjentom co trzy dni. Pielęgniarki po indywidualnych kartach zleceń lekarskich wiedziały, że częstotliwość ich podawania jest mniejsza niż ampułek morfiny,

⁵³ Dalej także: książka kontroli.

⁵⁴ Dalej także: IKZL.

którą podaje się codziennie lub nawet kilka razy dziennie, dlatego nie odnotowywały tego faktu w książce.

Z zapisów dokonanych w kwietniu 2024 r. w książce kontroli środków odurzających i środków psychotropowych wynika, że informacje w niej zawarte, co do wydanych dawek morfiny, nie odpowiadały zleceniom wydanym przez lekarzy w indywidualnych kartach zleceń lekarskich (IKZL). Ponadto w IKZL nie odnotowywano wszystkich zmian w dawkowaniu morfiny, które były dokonywane w trakcie codziennych obchodów i zlecane przez lekarzy. I tak:

- pielęgniarki pełniące dyżury nie odnotowywały w książce kontroli, codziennie wydanych na rzecz pacjentów ampułek morfiny;
- wpisy dokonywane przez pielęgniarki w książce kontroli, w zakresie wydanych na rzecz pacjentów dawek morfiny, nie odpowiadały dawkom zleconym przez lekarzy w IKZL;
- w IKZL pielęgniarki potwierdzały podawanie pacjentom dawek morfiny zgodnych ze zleceniami lekarskimi w nich zawartymi, pomimo że wpisy w książce kontroli nie potwierdzały wydania takich dawek morfiny;
- w IKZL nie aktualizowano zleceń lekarskich w zakresie dawkowania morfiny, które lekarz zlecał podczas obchodów lekarskich.

Jak wynika z wyjaśnień Prezesa, rozbieżności pomiędzy zapisami zawartymi w książce kontroli a dawkami morfiny ujętymi w IKZL wynikały z braku aktualizacji IKZL przez lekarza, który w trakcie obchodu zmieniał dawki morfiny, czego nie czynił w IKZL. Lekarz, po uzyskaniu informacji zwrotnej od pacjenta, każdorazowo dokonywał modyfikacji dawek morfiny. Książka kontroli nie odzwierciedlała dawkowania ujętego w IKZL, bowiem IKZL nie zawierały zleceń wydanych w formie ustnej przez lekarza podczas obchodów. Natomiast pielęgniarki rutynowo potwierdzały w IKZL podanie ujętych tam dawek morfiny, w rzeczywistości jednak podawały dawki, które były zlecone przez lekarza podczas codziennego obchodu. Ponadto Dyrektor do spraw medycznych wyjaśnił, że w nadzorze położył nacisk na kontrolę w zakresie weryfikacji potrzeb pacjentów i ich rodzin. Nadzór nad dokumentacją medyczną oraz zespołem lekarskim został przysłonięty przez nadzór nad jakością opieki bezpośrednio nad pacjentem. W wyniku braku rzetelności i rutyny ze strony personelu wpisy nie były prawidłowo aktualizowane. Personel pracujący w Hospicjum znał pacjentów, którym była podawana morfina i w tym przypadku zgubiła ich rutyna i brak rzetelności prowadzenia odpowiedniej aktualizacji. Obecnie jedna osoba została upoważniona do prowadzenia książki

kontroli środków odurzających i psychotropowych. Ponadto wyjaśnił, że „wprowadził cotygodniowe odprawy z całym personelem, podczas których zwraca uwagę m.in. na prowadzenie dokumentacji medycznej i książki kontroli środków odurzających i psychotropowych”.

**Leki dostarczane
przez pacjenta/
rodzinę pacjenta**

Zgodnie z § 3 ust 5 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest obowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w leki konieczne do wykonania świadczenia.

W trzech skontrolowanych hospicjach stacjonarnych stwierdzono, że w dyżurkach pielęgniarek lub innych pomieszczeniach, gdzie rozdysponowywano leki, znajdowały się leki dostarczone przez rodziny pacjentów. Dotyczyły one głównie nowo przyjętych pacjentów. Złożone na tę okoliczność wyjaśnienia wskazywały na racjonalność podejścia personelu hospicjów do tej kwestii.

Przykłady

W trakcie oględzin przeprowadzonych w hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne „Palium” stwierdzono, że w punkcie przygotowawczym znajdowały się leki 18 pacjentów, dostarczone przez rodzinę.

Dyrektor Hospicjum wyjaśniła, że Hospicjum nie ma możliwości zabezpieczenia leków pacjentom, którzy mają stwierdzone inne jednostki chorobowe, w dniu ich przyjęcia. Dlatego też członkowie rodzin pacjentów przekazują leki w celu utrzymania kontynuacji ich leczenia. Natomiast po objęciu ich leczeniem w ramach OPH, Hospicjum zabezpiecza pacjentów we wszystkie niezbędne leki, zarówno stosowane w leczeniu paliatywnym jak i w innych schorzeniach.

W hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Stowarzyszenie na rzecz Hospicjum Elbląskiego, w gabinecie zabiegowym znajdowały się m.in. leki spakowane dla siedmiu pacjentów (dostarczone przez rodzinę), które umieszczone były w koszyczkach (jeden koszyczek na jednego pacjenta) opatrzonych nazwiskiem pacjenta.

Jak wskazała Prezes, Hospicjum dostarcza wszystkie niezbędne leki i nie wymaga od pacjentów przynoszenia swoich leków i wyrobów medycznych, jak i środków specjalnego przeznaczenia. Wyjaśniła jednak, że w sytuacji, gdy pacjent jest przyjmowany do hospicjum stacjonarnego ze szpitala lub domu i ma on własne leki lub inne środki specjalnego przeznaczenia przy sobie, to nie wyrzuca się ich do śmieci, tylko umieszcza się je w koszyczkach z nazwiskiem pacjenta, aby pacjent mógł je zażywać zgodnie z przeznaczeniem. Dodała, że po zużyciu, wszystkie zalecane leki i środki, pacjent otrzymuje z Hospicjum.

**Monitorowanie
stopnia natężenia bólu
i jego ograniczanie**

W hospicjum prowadzonym przez Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie, leki dostarczane były do Oddziałów Hospicjum przez Dział Farmacji, poza tymi, które przywiezione zostały wraz z pacjentami, a które były wykupione przed przyjęciem chorego do placówki.

Jak oświadczyły Pielęgniarki Koordynujące, odpowiedzialne za pracę oddziałów Hospicjum Stacjonarnego, leki te wykorzystywane były z uwagi na ich dalszą przydatność. Prezes wyjaśniła również, że przypadki korzystania z leków, które pacjenci przywieźli ze sobą dotyczyły głównie leków specjalistycznych lub wynikających z zaleceń kontynuacji leczenia według określonych schematów. Hospicjum nie występowało do rodzin ani opiekunów o zakup leków czy środków służących do żywienia medycznego.

We wszystkich skontrolowanych jednostkach dokonywano oceny stopnia natężenia bólu u pacjentów oraz podejmowano działania na rzecz jego zminimalizowania. Stanowiło to realizację prawa pacjenta do leczenia bólu zapisane w art. 20a ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Karty natężenia bólu określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych stosowano w czterech skontrolowanych podmiotach. W pozostałych, ból monitorowano wg skali NRS⁵⁵ i VAS⁵⁶. We wszystkich jednostkach w celu minimalizacji odczuwania bólu pacjentom podawano leki przeciwbólowe, w tym opioidy. Morfinę głównie otrzymywali pacjenci ze zdiagnozowanym nowotworem złośliwym. W tym rozpoznaniu medycznym morfina podlega refundacji. Wystąpiły też przypadki podania morfiny cierpiącym pacjentom z powodu innych przewlekłych, niepoddających się leczeniu chorób, w tym: duszność wynikająca z niewydolności oddechowo krążeniowej, przewlekła niewydolność oddechowa, kardiomiopatia, owrzodzenie odleżynowe, kardiomiopatia alkoholowa, płasawica, białaczka limfocytowa. Najczęściej stosowanymi

⁵⁵ Skala numeryczna NRS – Numerical Rating Scale - zawiera 11 stopni nasilenia bólu, od 0 do 10, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 najgorszy wyobrażalny ból. Skala ta cechuje się znaczną powtarzalnością wyników i jest przydatna w zastosowaniach naukowych. Ze względu na jej zrozumiałość dla pacjentów i łatwość stosowania jest obecnie polecana w praktyce klinicznej zarówno do oceny bólu ostrego, jak i przewlekłego.

⁵⁶ Visual Analogue Scale, czyli wizualna skala analogowa - to najbardziej popularna skala służąca do subiektywnej oceny odczuwania bólu. Skala VAS zazwyczaj występuje w postaci linijki ze specjalnymi oznaczeniami. Ma dziesięć stopni – od 0, które oznacza całkowity brak bólu do poziomu 10, który w ułatwieniu oznacza ból nie do zniesienia (najsilniejszy ból, jaki pacjent może sobie wyobrazić). Czasem – oprócz oznaczenia słownego i cyfrowego – dodany jest kolor: zielony przy 0, przechodzący w żółty przy stopniu 5, przez pomarańczowy, aż do czerwonego przy liczbie 10, czyli najmocniejszym bólu. Zdarza się, że skala ilustrowana jest także grafikami w postaci rysunków twarzy (od uśmiechniętej do smutnej i cierpiącej). Oznaczenia te mają ułatwić pacjentowi wskazanie odpowiedniego stopnia bólu, który jest najbardziej tożsamy z jego odczuciami.

lekami przeciwbólowymi w skontrolowanych jednostkach były: Buprenorfina, Lidokaina, Pregabalina, Duloksetyna, Tramadol, Pyralgina, Naproxen, Paracetamol, Oxycodon, Lyrica, Doreta, Ketonal, Ibuprofen, Transtec, Fentanyl.

**Zapewnienie
warunków godnego
umierania**

Skontrolowane podmioty prowadzące hospicja stacjonarne, realizując prawo pacjenta do poszanowania godności, określone w art. 20 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta stosowały procedury zapewniające godność pacjentom umierającym. W dziewięciu podmiotach wdrożono sformalizowane procedury postępowania w sytuacji agonii pacjenta. Pomimo braku formalnych procedur w trzech pozostałych podmiotach również dążono do zapewnienia pacjentom umierającym godności i intymności. Wdrażano postępowanie mające na celu złagodzenie objawów: podawano środki uśmierzające ból, zmniejszające uczucie duszności. Zapewniano możliwość towarzyszenia członków rodziny. W miarę możliwości, przenoszono umierającego pacjenta do pokoju jednoosobowego, w celu stworzenia spokojnej i prywatnej atmosfery. W przypadku braku takiej możliwości, łóżko umierającego pacjenta oddzielano parawanem. W niektórych podmiotach, pacjentów sąsiadujących z osobą umierającą przenoszono do innych sal w celu ochrony ich przed traumą związaną z umieraniem. Personel skontrolowanych jednostek starał się zapewnić wsparcie emocjonalne, psychologiczne i duchowe zarówno osobie umierającej jak i towarzyszącym jej członkom rodziny.

**Postępowanie
ze zwłokami**

Skontrolowane podmioty, w zakresie postępowania ze zwłokami stosowały się do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta. Przed przekazaniem ciała firmie pogrzebowej, zwłoki przechowywane były w specjalnie do tego przeznaczonym pomieszczeniu post mortem. Przeprowadzano toaletę pośmiertną, zapewniano identyfikację i przygotowywano zwłoki do wydania. Wydawanie zwłok następowało wejściem osłoniętym od widoku osób postronnych.

Zgodnie z § 3 ust. 1 rozporządzenia w sprawie OPH, opieka paliatywna i hospicyjna ukierunkowana jest na poprawę jakości życia. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jakość życia (QOL, ang. Quality of life) jest to subiektywny sposób postrzegania przez jednostkę jej sytuacji życiowej w kontekście kulturowym oraz systemu wartości w którym żyje, jej celów, zainteresowań i oczekiwań. Jakość życia pacjenta uzależniona jest od jego stanu zdrowia. Pojęcie jakości życia zależnej od stanu zdrowia (health-related quality of life – HRQOL) opiera się na definicji zdrowia

opracowanej przez WHO, która określa zdrowie nie tylko jako całkowity brak choroby czy kalectwa, lecz także stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia⁵⁷. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia odnosi się zatem do podstawowych kryteriów funkcjonowania pacjenta: sprawności ruchowej, stanu psychicznego, społecznego, duchowego oraz dolegliwości somatycznych. Wykorzystywana w medycynie definicja jakości życia Schippera określa ją jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia, odbierany (przeżywany) przez pacjenta⁵⁸. Wysoki poziom HRQOL oznacza, że pacjent pomimo choroby postrzega siebie jako dobrze funkcjonującego. Aby wpływać na poprawę jakości życia nieuleczalnie chorych, nie należy ograniczać się do monitorowania objawów somatycznych, ale oceniać również aktualne potrzeby pacjentów, ich stan psychospołeczny, emocjonalny, sferę duchową oraz obserwować poziom przystosowania do choroby⁵⁹.

**Działania na rzecz
zapewnienia jak
najwyższej jakości
życia**

Jako działania mające na celu osiągnięcie najwyższej jakości życia pacjentów OPH podmioty skontrolowane wskazywały m.in. stosowanie standardów określonych w Wytycznych (Rekomendacjach) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla Państw członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej.

Przykład

W Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie, w Oddziale OPH stosowane były standardy określone przez Radę Europy w Wytycznych (Rekomendacjach) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej takie jak:

- zapewnianie ulgi w bólu i innych objawach;
- afirmowanie życia i uznanie umierania za normalny proces;
- nieuznawanie za cel przyspieszania ani odraczania śmierci;
- integracja psychologicznych i duchowych aspektów opieki nad chorym;
- oferowanie systemu wsparcia pozwalającego choremu żyć tak aktywnie, jak to tylko możliwe aż do śmierci;

⁵⁷ https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1

⁵⁸ Schipper H, et al. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. In: Spilder B (ed). Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials (2nd ed.). Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia 1996; 11-23

⁵⁹ Ocena jakości życia, akceptacji choroby, potrzeb i oczekiwań pacjentów objętych domową opieką paliatywną – wstępne badanie pilotażowe, Izabela Kaptacz file:///C:/Users/danos/AppData/Local/Temp/MP_Art_34221-10.pdf 9 (dostęp: 10 lutego 2025 r.).

- oferowanie rodzinie systemu wsparcia zarówno w czasie choroby pacjenta, jak i w okresie żałoby;
- opieranie się na działaniach zespołowych w celu zaspokojenia wielorakich potrzeb chorego i jego rodziny, włączając w to wsparcie w okresie żałoby, jeśli jest to wskazane;
- zastosowanie opieki paliatywnej wcześniej w przebiegu choroby, jednocześnie z innymi rodzajami terapii mającymi na celu przedłużenie życia, takimi jak chemioterapia, radioterapia, jak też uwzględnia wykonanie tych badań, które potrzebne są dla lepszego zrozumienia i opanowywania dokuczliwych powikłań klinicznych.

Wskazywano również na holistyczne podejście do pacjenta w celu zapewnienia jak najwyższej jakości życia pacjentów OPH.

Przykład

W Stowarzyszeniu Hospicjum im. Jana Pawła II przy parafii N.M.P. Różańcowej w Zgierzu, w celu osiągnięcia najwyższej jakości życia pacjentów objętych OPH w Hospicjum wprowadzono procedurę holistycznej opieki nad pacjentem i jego rodziną w terminalnym okresie choroby obejmującą m.in. kwestie:

- zapewnienia pacjentowi w stanie terminalnym warunków umożliwiających przebywanie w ciszy i spokoju, poszanowanie nawyków pacjenta, uwzględnienie prywatności i prawa do intymności, uwzględnienie potrzeb pozostałych chorych,
- oceny, monitorowania i dokumentowania dolegliwości bólowych,
- udzielenia pacjentowi indywidualnie dostosowanej humanitarnej opieki terminalnej wychodzącej naprzeciw zmieniającym się potrzebom wyrażonej m.in. poprzez komunikację werbalną i niewerbalną, stworzenie atmosfery wzajemnego zaufania i zrozumienia, udzielanie świadczeń za zgodą pacjenta, o ile jest on zdolny ją sformułować, poszanowanie godności osobistej pacjenta w czasie udzielania świadczeń medycznych, umożliwienie zaspokojenia potrzeb duchowych, powstrzymanie się od działań klinicznych stanowiących uporczywą daremną terapię i respektowanie prawa pacjenta do odmowy terapii podtrzymującej życie,
- zapewnienia wsparcia choremu, w tym umożliwienie bliskim wspierania chorego poprzez zapewnienie kontaktu, w wyjątkowych sytuacjach również w godzinach nocnych,
- umożliwienie pacjentowi praktyk religijnych zgodnych z wyznaniem.

W procedurze ujęto także *Kartę praw człowieka umierającego* (wg A. Barbus) oraz Komunikat NFZ dot. Standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia – Stanowisko Zespołu powołanego przy Rzeczniku Praw Pacjenta ds. opracowania standardów postępowania w terapiach medycznych stosowanych w okresie kończącego się życia – 2021⁶⁰.

Wśród działań mających na celu osiągnięcie jak najwyższej jakości życia chorych Dyrektor wskazała:

- w hospicjum stacjonarnym: szerokie spectrum leczenia bólu i innych objawów takie jak: odpowiednie leki, zabiegi, najnowocześniejsze rozwiązania medycyny związane z np. zakładaniem wkłuc pośrednich celem minimalizowania liczby iniekcji, profilaktyka odleżyn; stała opieka lekarzy, pielęgniarek, opiekunów medycznych, fizjoterapeutów, psychologów, psychiatrów, lekarza fizjoterapii, lekarzy specjalistów niezbędnych poradni; opieka psychologiczna i psychiatryczna w ramach terapii indywidualnych i konsultacji; wizyty rodzin i bliskich całą dobę; dostępność księdza na oddziale w tym msze dla pacjentów i ich bliskich, z których skorzystać mogą także pacjenci leżący w łóżkach; opieka fizjoterapeutów prowadzących usprawnienie pacjentów w ramach terapii przyłóżkowej i stacjonarnej z wykorzystaniem sprzętu do rehabilitacji; organizacja urodzin, wydarzeń towarzyskich (gry w karty, wspólne śpiewanie, spotkania z bibliotekarkami, itp.); odzież i niezbędne artykuły higieniczne i spożywcze dla pacjentów bezdomnych lub nieposiadających bliskich; opieka socjalno-bytowa dla wszystkich potrzebujących pacjentów; pomoc w organizacji wizyt u specjalistów takich jak np. dentyści, okuliści i fryzjerzy; dostosowanie budynku dla osób niepełnosprawnych i z problemami ruchowymi; dbałość o czystość w budynku, zadbane otoczenie wokół łóżka, smaczne i zbilansowane posiłki, świeża pościel, czy bezpłatny dostęp do telewizji w każdej sali; poszanowanie godności każdego pacjenta,
- w hospicjum domowym: szerokie spectrum leczenia bólu i innych objawów za pomocą monitorowania stanu zdrowia pacjentów dzięki wizytom lekarzy (dwa razy w miesiącu), pielęgniarek (dwa razy w tygodniu), fizjoterapeutów, psychologów, opiekunów medycznych – w ramach potrzeb; bezpłatne wypożyczanie sprzętu pomocnego w opiece (łóżko

⁶⁰ <https://www.gov.pl/web/rpp/terapije-medyczne-w-okresie-rekomendacje-sie-zycia-zakonczenie-prac-zespołu>

rehabilitacyjne, chodziki, koncentratory tlenu, balkoniki, kule, itp.) W latach 2022 i 2023 prowadzone były szkolenia dla rodzin z zakresu opieki nad osobą chorą, które odbywały się w domach pacjentów.

Dla osiągnięcia jak najwyższej jakości życia pacjentom OPH, skontrolowane podmioty, poza zapobieganiem bólowi i innym objawom somatycznym, zapewnianiem opieki psychologicznej i duszpasterskiej organizowano „wydarzenia” mające na celu poprawę komfortu psychicznego pacjentów OPH.

Przykłady

W Stowarzyszeniu Hospicjum Łódzkie na rzecz podopiecznych Hospicjum Stacjonarnego personel oraz wolontariusze organizowali w okresie objętym kontrolą liczne wydarzenia o charakterze kulturalnym i rozrywkowym, m.in.: występy, koncerty, warsztaty, wspólne celebrowanie uroczystości (np. urodzin, świąt i in.). Dopuszczono wizyty z dotychczasowymi zwierzętami pacjentów. Podejmowano również prace na rzecz zagospodarowania i wykorzystania terenu wokół budynku (m.in. zasadzenia roślinności, założenie cieplarni). Stowarzyszenie współpracowało z ośrodkami pomocy społecznej w celu rozwiązywania problemów socjalnych pacjentów oraz ich rodzin, a także wspierało materialnie przebywających w domach chorych poprzez m.in. zakupy środków opatrunkowych i higienicznych.

Stowarzyszenie na rzecz Hospicjum Elbląskiego co czwartek organizuje tzw. „spotkania czwartkowe” będące spotkaniami integracyjno-terapeutycznymi dla pacjentów, z udziałem wolontariuszy (spotkania muzyczne, terapeutyczne, m.in. terapia zajęciowa, spotkania z poetami, aktorami, dogoterapia itp.).

Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne „Palium” organizuje na terenie placówki występy artystyczne dzieci i młodzieży, jako jedną z form arteterapii. Zapewnia pacjentom świetlicę i taras, który – szczególnie latem – jest miejscem umożliwiającym wytchnienie od szpitalnej atmosfery.

Jako jeden z elementów dążenia do osiągnięcia jak najwyższej jakości życia wskazywano również podnoszenie kwalifikacji zawodowych personelu OPH.

Przykład

Stowarzyszenie Hospicjum Łódzkie umożliwiło personelowi zdobywanie i poszerzanie wiedzy medycznej, jak również wzmacnianie postaw etycznych związanych z wykonywanym zawodem. W latach 2022–2024 (do 30 kwietnia) pracownicy uczestniczyli w łącznie 28 szkoleniach,

konferencjach bądź wykładach tematycznych, w tym połączonych z wizytami w innych tego typu placówkach w Polsce. Ponadto w 2024 r. współorganizowało kurs kwalifikacyjny w zakresie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, a także cykl spotkań o tematyce dotyczącej wsparcia psychologicznego (dla bliskich i rodzin).

Wszystkie skontrolowane podmioty zatrudniały wykwalifikowany personel niezbędny do udzielania świadczeń OPH w poszczególnych zakresach, wymieniony w rozporządzeniu w sprawie OPH. Zatrudniano lekarzy, pielęgniarki, psychologów, fizjoterapeutów oraz opiekunów medycznych. W hospicjach stacjonarnych w opiekę nad pacjentami zaangażowani byli również wolontariusze.

Poradnie medycyny paliatywnej

Skontrolowane podmioty prowadzące poradnie opieki paliatywnej zapewniały pracę poradni przynajmniej trzy razy w tygodniu po 2,5 godziny dziennie w tym jeden dzień w godzinach popołudniowych – do godz. 18:00. Było to zgodne z wymogiem określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH, w części III odnoszącej się do świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych.

Hospicja domowe

W ramach hospicjum domowego zapewniano przez 7 dni tygodnia całodobowy dostęp do świadczeń udzielanych przez lekarza. Wizyty pielęgniarskie odbywały się nie rzadziej niż dwa dni w tygodniu. Jeżeli natomiast chodzi o porady lekarskie (które powinny odbywać się w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż dwie w miesiącu) pojawił się problem, co należy rozumieć pod pojęciem „porada lekarska”. Skontrolowane podmioty udzielające świadczeń OPH w ramach hospicjum domowego, na skutek braku doprecyzowania tego zagadnienia w obowiązujących przepisach, kwalifikowały jako „poradę lekarską”, również poradę odbywaną przez telefon, a nie udzielaną w trakcie wizyty lekarza w miejscu przebywania chorego. Biorąc pod uwagę takie podejście, zapewniano warunki określone w rozporządzeniu w sprawie OPH.

W ramach hospicjum domowego rzadko zlecano usługi fizjoterapeuty. Z uwagi na to, że na objęcie opieką psychologa musiał wyrazić zgodę pacjent lub jego rodzina, opieki tej w ramach OPH udzielano rzadko. Pacjentów informowano jednak o możliwości skorzystania z takiej opieki. W razie potrzeby zlecano pacjentom badania laboratoryjne. Pacjentom hospicjów domowych wypożyczano sprzęt specjalistyczny zalecany przez lekarza OPH, m.in. łóżka rehabilitacyjne, materace przeciwodłęzynowe, koncentratory tlenu, ssaki, wózki inwalidzkie, chodziki, pulsoksymetry, itd.

Opieka perinatalna

W ramach opieki perinatalnej świadczonej przez jeden skontrolowany podmiot zapewniono, zgodnie z rozporządzeniem w sprawie OPH, współpracę ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii trzeciego stopnia referencyjności oraz

neonatologii w warunkach leczenia szpitalnego (był to Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie), z położną podstawowej opieki zdrowotnej oraz z lekarzem specjalistą w dziedzinie położnictwa i ginekologii. Świadczenia realizowano do 28 dnia po porodzie.

Hospicja stacjonarne

Skontrolowane podmioty, w ramach hospicjum stacjonarnego zapewniały całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez siedem dni w tygodniu, oraz co do zasady całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza. W jednym przypadku stwierdzono niezapewnienie odpowiedniej liczby etatów lekarzy i psychologów⁶¹.

Przykład

W hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Global Medical Szwajcar Sp. z o.o. w Warszawie, w kwietniu 2024 r., biorąc pod uwagę faktyczną liczbę pacjentów, która przebywała w Hospicjum tj. od 131 do 140 osób, nie zapewniono oraz nie zgłoszono do Funduszu odpowiedniej liczby etatów lekarzy i psychologów, którzy w badanym miesiącu, mieli realizować świadczenia z zakresu OPH. Powyższe było niezgodne z wymogami określonymi w części I ust. 1 pkt 1 oraz 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. I tak:

- do Funduszu zgłoszono ośmiu lekarzy⁶², których dostępność określono łącznie na 410 godzin tygodniowo (10,9 etatów). Z grafiku pracy, który obowiązywał w kwietniu 2024 r., wynika że czterech lekarzy⁶³ było dostępnych łącznie przez 408 godzin tygodniowo⁶⁴ (85 godzin pełnionego dyżuru stacjonarnego w Hospicjum i 323 godziny dostępności pod telefonem). Natomiast zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie OPH, na 10 łóżek przypadał równoważnik jednego etatu przeliczeniowego, zatem biorąc pod uwagę faktyczną maksymalną liczbę pacjentów przebywających w Hospicjum, dostępność lekarzy powinna tygodniowo łącznie wynieść 532 godziny (14,2 etatów), a w miesiącu 2128 godzin;
- do OW NFZ zgłoszono trzech psychologów, których dostępność określono łącznie na 92 godziny tygodniowo (2,4 etatu). Z grafiku pracy, który obowiązywał w kwietniu 2024 r., wynika że faktycznie czterech psychologów było dostępnych łącznie przez

⁶¹ W kwietniu 2024 r., który to miesiąc objęto szczegółową kontrolą w zakresie zapewnienia personelu OPH.

⁶² Czterech lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej oraz czterech lekarzy z ukończonym kursem zgodnym z programem specjalizacji z medycyny paliatywnej.

⁶³ W grafiku ujęto tylko lekarzy z ukończonym kursem zgodnym z programem specjalizacji z medycyny paliatywnej.

⁶⁴ 1632 godziny dostępności w miesiącu (10,86 etatów).

40 godzin tygodniowo (1,06 etatu). Natomiast zgodnie z wymogami rozporządzenia w sprawie OPH, na 20 łóżek przypadał równoważnik $\frac{1}{2}$ etatu przeliczeniowego, zatem biorąc pod uwagę faktyczną maksymalną liczbę pacjentów przebywających w Hospicjum, dostępność psychologów powinna tygodniowo łącznie wynieść 133 godziny (3,5 etatu), a w miesiącu 532 godziny.

Prezes wyjaśnił, że nie zapewniono odpowiedniej liczby psychologów z uwagi na braki kadrowe i trudną sytuację na rynku pracy związaną z pozyskaniem nowego specjalisty do pracy. Jednak każdy pacjent objęty opieką paliatywną i hospicyjną w tym okresie, który wymagał pomocy lub konsultacji psychologa miał ją zapewnioną przez psychologów, którzy świadczyli usługi w tym miesiącu. We wrześniu łączna liczba godzin psychologów wyniosła 574, co przełożyło się na 3,58 etatów. Natomiast zbyt mała łączna liczba godzin dostępności lekarzy zgłoszona do NFZ była spowodowana brakiem wystarczających wytycznych w zakresie przeliczania liczby godzin personelu w stosunku do udzielanych nadwykonań. Ponadto Prezes wyjaśnił, że biorąc pod uwagę rzeczywistą liczbę pacjentów, która przebywała w Hospicjum zapewniono odpowiednią liczbę etatów lekarzy, którzy byli dostępni aby świadczyć usługi w zakresie OPH. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie OPH zobowiązani byliśmy zapewnić całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza. **Całodobowy dostęp nie oznacza konieczności fizycznej obecności lekarza na miejscu.** Stacjonarnie czterech lekarzy świadczyło pracę, w tygodniu - dało to 85 godzin; ci sami lekarze byli dostępni pod telefonem i tygodniowo dało to: 323 godziny, a dodatkowo czterech specjalistów medycyny paliatywnej wykazanych do OW NFZ **było dostępnych w gotowości do świadczenia usług** z zakresu medycyny paliatywnej i hospicyjnej w łącznej liczbie godzin 314. Łącznie w miesiącu dało to 2888 godzin dostępności lekarzy do świadczenia usług z zakresu OPH, a wymagana liczba godzin dla 140 pacjentów, która przebywała w Hospicjum w miesiącu kwietniu 2024 r. to 2128 godzin. Dyrektor do spraw medycznych wyjaśnił, że lekarze specjaliści medycyny paliatywnej nie świadczyli w kwietniu 2024 r. pracy w formie stacjonarnej bądź w formie dyżuru pod telefon. **Lekarze byli w gotowości do świadczenia usług z zakresu medycyny paliatywnej i hospicyjnej.** Od lipca i września 2024 r. zatrudnieni są dodatkowo lekarze specjaliści medycyny paliatywnej, którzy świadczą usługi z zakresu OPH w formie dyżurów pod telefon zapewniając w ten sposób ich gotowość do udzielania świadczeń. W miesiącu wrześniu 2024 r. łączna liczba godzin lekarzy którzy świadczyli usługi z zakresu OPH

wyniosła: 2 694, co w przeliczeniu dało 16,83 etatów miesięcznie, a dla maksymalnej liczby 150 pacjentów wymagane jest 15 etatów.

Odnosząc się do powyższych wyjaśnień NIK zwraca uwagę, że lekarze medycyny paliatywnej, którzy zostali zgłoszeni do OW NFZ jako osoby dostępne do udzielania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, nie świadczyli w kwietniu 2024 r. pracy w żadnej formie, ani w sposób stacjonarny, ani w formie dyżuru telefonicznego. Postanowienia rozporządzenia w sprawie OPH mówią wprost o całodobowym dostępie przez siedem dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, a nie o gotowości do świadczenia usług w zakresie medycyny paliatywnej. O zbyt małej liczbie etatów lekarzy świadczą również same wyjaśnienia Prezesa, który potwierdził, że do OW NFZ zgłoszono zbyt małą łączną liczbę godzin dostępności lekarzy. Z uwagi na zatrudnienie dodatkowej liczby lekarzy oraz zapewnienie wymaganej liczby etatów psychologów Najwyższa Izba Kontroli odstąpiła od formułowania wniosku pokontrolnego.

Nieewidencjonowanie czasu pracy lekarzy

W dwóch skontrolowanych podmiotach prowadzących hospicja stacjonarne nie ewidencjonowano czasu pracy lekarzy, więc nie było możliwe ustalenie na podstawie dokumentacji, czy zapewniono całodobowy dostęp przez siedem dni w tygodniu do świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarzy, psychologów i fizjoterapeutów.

Przykłady

W Hospicjum Stacjonarnym w Głownie prowadzonym przez Grupę Zdrowie Sp. z o.o., w harmonogramach pracy podzielono godziny pracy lekarzy na dwie grupy: dyżury pełnione w oddziale oraz **pozostawianie w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych**. Suma tych godzin dla poszczególnych lekarzy była zgodna z liczbą godzin wykazanych w umowie z NFZ.

Godziny pracy lekarzy nie były ewidencjonowane. Dyrektor oświadczyła, że lekarze prowadzący indywidualną działalność gospodarczą udzielają świadczeń w Hospicjum w ramach umów o świadczenie usług, gdzie nie istnieje obowiązek ewidencjonowania czasu pracy. Dyrektor zapewniła, że kluczowe dla Hospicjum jest zabezpieczenie całodobowego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez 7 dni w tygodniu, na co pozwalał system wprowadzony w Hospicjum. W ocenie Dyrektor nie było konieczności wprowadzania w Hospicjum takiego systemu pracy jak szpitalach. Wedle systemu, który wdrożyliśmy w hospicjum w Głownie, zawsze zabezpieczony jest dostęp do świadczeń lekarskich, nad czym czuwa Pielęgniarka oddziałowa.

Rachunki (faktury) wystawiane przez lekarzy opisane były ogólnie jako „usługa medyczna” lub „konsultacja lekarska” bez możliwości

weryfikacji liczby przepracowanych godzin (zarówno tych w oddziale, jak i pozostawania w gotowości) – z kilkoma wyjątkami, gdzie pod rachunek podłączono wykaz godzin (bez podpisu).

Wyjaśniając w jaki sposób weryfikowano czas pracy lekarzy pozostających w gotowości Dyrektor oświadczyła, że pielęgniarka oddziałowa i pielęgniarki opiekujące się pacjentami Hospicjum nie zgłaszały przypadków, by lekarze nie odpowiadali na zgłoszenia. Nie wpływały też w tym zakresie skargi od pacjentów i ich rodzin. Wynik zewnętrznej kontroli Wojewody w hospicjum był także pozytywny. W opinii Dyrektor nie było powodów by wprowadzać dodatkowe kontrole pracy lekarzy.

Harmonogramy pracy pielęgniarek były zgodne z listą obecności (kartami czasu pracy) oraz liczbą godzin wykazaną w umowie z NFZ.

W hospicjum stacjonarnym prowadzonym przez Stowarzyszenie „Hospicjum Łódzkie” równoważnik etatu przeliczeniowego lekarzy posiadających wymagane kwalifikacje względem liczby pacjentów objętych opieką (bądź liczby łóżek – w Hospicjum Stacjonarnym) został osiągnięty na poziomie wyższym niż wynikał z rozporządzenia w sprawie OPH, jednak poza 2024 r. nie był możliwy do precyzyjnego określenia, z uwagi na m.in. wykonywanie świadczeń w ramach wolontariatu, w tym opieki lekarskiej świadczonej w dni robocze w godzinach popołudniowych, wieczornych i nocnych (brak grafików takich dyżurów w 2022 r. i 2023 r.). Również z uwagi na świadczenie opieki w formie wolontariatu przez część psychologów i fizjoterapeutów nie było możliwe precyzyjne określenie równoważnika etatu przeliczeniowego względem liczby łóżek bądź liczby pacjentów objętych OPH.

**Naruszenie
obowiązków
dotyczących
zgłaszania
i aktualizowania
danych o zasobach**

W pięciu skontrolowanych podmiotach stwierdzono naruszenie obowiązków dotyczących zgłaszania i aktualizowania danych o zasobach wynikających z załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przykłady

W przypadku Caritas Archidiecezji Warmińskiej w Olsztynie Analiza dokumentacji dotyczącej 42 członków personelu Caritas AW wykazała, że w jednym przypadku nie zawiadomiono NFZ o zatrudnieniu w hospicjum stacjonarnym od 1 stycznia 2022 r. jednej z opiekunek medycznych – została ona zgłoszona do NFZ dopiero w trakcie kontroli NIK.

Było to niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej⁶⁵, zgodnie z którym zgłoszenie winno nastąpić najpóźniej w dniu poprzedzającym zawarcie umowy, a w przypadkach losowych niezwłocznie po jej zawarciu. Było to niezgodne również z § 2 ust. 8 i 9 oraz § 2 ust. 9 i 10 umów z NFZ z 2018 r. i z 2023 r., zgodnie z którymi Caritas AW był zobowiązany do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umów zawartych z NFZ, tj. aktualizacji danych dotyczących personelu udzielającego świadczeń.

Dyrektor AW wyjaśnił, że brak zgłoszenia do NFZ jednej z opiekunek medycznych był wynikiem błędu powielanego od momentu jej zatrudnienia, który nie został wykryty ze względu na to, że świadczenia opiekunów medycznych w opiece stacjonarnej są dopuszczane, ale nie są wymagane w określonej ilości, zatem nie podlegają bieżącej, ścisłej weryfikacji.

W przypadku Stowarzyszenia na rzecz Hospicjum Elbląskiego wprowadzenie do SZOI zmian dotyczących okresów udzielania świadczeń przez jednego lekarza i sześć pielęgniarek w terminie późniejszym niż wynikało to z wymogów określonych w § 6 ust. 2 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” do Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z tym przepisem dane te należy wprowadzić najpóźniej w dniu poprzedzającym powstanie danego zdarzenia albo, w przypadkach losowych, niezwłocznie po jego zaistnieniu. Opóźnienia te wyniosły od dwóch do 62 dni.

Jak wyjaśniła Prezes, w związku z obszernym zakresem obowiązków pracownika odpowiedzialnego za zgłaszanie zmian dotyczących personelu i zasobów oraz nieznaną przez niego Zarządzenia Prezesa NFZ nr 57/2020/DSOZ, terminy aktualizacji potencjału nie były zachowane.

Ponadto⁶⁶ trzy pielęgniarki, pomimo udzielania przez nie świadczeń (każda zgodnie z zawartą umową w okresie od 1 lutego 2024 r. do 31 grudnia 2024 r.), nie zostały zgłoszone poprzez SZOI do OW NFZ. Obowiązek bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umów, tj. m.in. aktualizacji danych dotyczących personelu udzielającego świadczeń, wynika z § 2 ust. 8 i 9 umów z NFZ z 2018 r. oraz § 2 ust. 9 i 10 umów z NFZ z 2023 r.

⁶⁵ Dz. U. z 2023 r. poz. 1194, ze zm.

⁶⁶ Wg stanu na dzień 4 czerwca 2024 r. (tj. dzień prowadzenia przez kontrolera NIK analizy związanej z zatrudnieniem personelu medycznego Hospicjum).

Jak wyjaśniła Prezes, ww. sytuacja nastąpiła w wyniku omyłki pracownika. Podała, że podczas zgłoszenia zmian do umowy nie zostały zaimportowane dane, jednakże po stwierdzeniu tej sytuacji przez kontrolera NIK, natychmiast podjęto działania w celu dokonania zmian w potencjale.

Wg stanu na dzień 2 lipca 2024 r.⁶⁷ dwie pielęgniarki, pomimo udzielania przez nie faktycznie świadczeń w okresie odpowiednio od 1 stycznia 2023 r. do 31 maja 2023 r. oraz od 1 stycznia 2023 r. do czasu przeprowadzonego badania, pomimo zgłoszenia w SZOI, nie posiadały zawartych umów o pracę. Obydwie pielęgniarki w roku 2022 posiadały umowy zawarte na czas określony, na okres odpowiednio 1 marca 2022 r. – 31 grudnia 2022 r. oraz 1 maja 2022 r. – 31 grudnia 2022 r.

Jak wyjaśniła Prezes, braki ww. umów wynikały z błędu pracownika.

W przypadku Global Medical Szwejer Sp. z o.o. w Warszawie:

- ze zgłoszonych ośmiu lekarzy do realizacji świadczeń w zakresie OPH, faktycznie tylko czterech było dostępnych do ich udzielania;
- ze zgłoszonych 14 pielęgniarek świadczeń nie udzielało sześć, które wykazano do OW NFZ, a kolejne sześć, które faktycznie świadczyły w kwietniu 2024 r. pracę nie zostało zgłoszonych do Funduszu;
- nie zgłoszono jednej fizjoterapeutki, która udzielała świadczeń w zakresie OPH;
- nie zgłoszono jednej psycholog, która w kwietniu 2024 r. udzielała świadczeń pacjentom Hospicjum;
- nie zgłoszono całego sprzętu, którym dysponowano w celu realizacji świadczeń tj. z dostępnych 150 łóżek zgłoszono 134; z dostępnych 48 koncentratorów tlenu do NFZ zgłoszono 46; z dostępnych 42 kul zgłoszono pięć; z dostępnych 21 lasek zgłoszono cztery; z dostępnych 30 balkoników zgłoszono sześć; z dostępnych 22 chodzików zgłoszono sześć; z dostępnych 50 wózków zgłoszono osiem.

Prezes wyjaśnił, że z uwagi na dużą rotację personelu i obciążenie placówki pracą z dużą liczbą pacjentów „Harmonogram – zasoby” nie był aktualizowany na bieżąco. W związku ze zidentyfikowaniem w toku niniejszej kontroli rozbieżnościami aktualnie prowadzone są prace nad zaktualizowaniem „Harmonogramu – zasoby”.

⁶⁷ Tj. dzień przeprowadzenia przez kontrolera NIK analizy zatrudnienia personelu medycznego Hospicjum.

W przypadku Stowarzyszenia „Hospicjum Łódzkie” nie dokonano zgłoszenia do NFZ zmian w zakresie personelu świadczącego opiekę paliatywno-hospicyjną, co było niezgodne z § 6 ust. 2 załącznika „Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w którym określono termin na dokonywanie tego typu zmian, a także do czego Stowarzyszenie było zobowiązane postanowieniami umowy z NFZ (§ 2 pkt 9). Powyższe dotyczyło pięciu osób niezgłoszonych do NFZ jako pielęgniarzek⁶⁸, pomimo faktycznego sprawowania przez nie OPH na rzecz pacjentów w miesiącu kwietniu lat 2022–2024.

Prezes wyjaśniła, że brak zgłoszenia pracowników wynikał z późnej informacji przekazywanej pomiędzy pracownikami Stowarzyszenia, bądź (w przypadku jednej pielęgniarki) ze zbieżności nazwisk z osobą zgłoszoną uprzednio do NFZ.

- pięciu pielęgniarek, które w kwietniu 2022 r. tej opieki nie sprawowały i nie łączyła je jakakolwiek umowa zawarta ze Stowarzyszeniem na udzielanie świadczeń OPH, a mimo to nie zostały wycofane z załącznika Nr 2 do umowy z NFZ, w którym wykazywane były w okresie od 1 lutego do 30 października 2022 r. w łącznym wymiarze 133 godzin tygodniowo⁶⁹. Prezes wyjaśniała, że osoby te stanowiły potencjał kadrowy dla otwierającego się z dniem 1 lutego 2022 r. Hospicjum Stacjonarne (umowa z NFZ z dnia 31 stycznia 2022 r.), zgłoszenie ich wynikało z deklaracji gotowości świadczenia pracy, natomiast finalnie – nie podjęły współpracy, zwodząc Stowarzyszenie przez kilka miesięcy. Prezes zwróciła uwagę, że w kolejnej umowie głównej z NFZ (z 27 października 2022 r.) osób tych już nie wykazano.
- dziewięciu osób, które posiadały zawartą ze Stowarzyszeniem umowę, jednak na zakres bądź na okres udzielania świadczeń inny, niż wykazywany do NFZ⁷⁰ (świadczenia faktycznie nie były przez te osoby realizowane w analizowanym okresie):
- w kwietniu 2022 r. jednej pielęgniarki wykazanej w wymiarze 38 godz./tyg. w ramach Hospicjum Stacjonarnego, podczas gdy

⁶⁸ Z tego w kwietniu: 2022 r. jedna pielęgniarka; 2023 r. – dwie pielęgniarki, w kwietniu 2024 r. – dwie pielęgniarki, spośród których jedna wykazywana była jako opiekun medyczny.

⁶⁹ Wprowadzone aneksem Nr 4 z dnia 31 stycznia 2022 r. do umowy z NFZ nr 051/210392/15/010/22N.

⁷⁰ Art. 27 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2024 r. poz. 799, ze zm.) stanowił, że umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych wymaga formy pisemnej, pod rygorem nieważności.

Stowarzyszenie zawarło z nią umowę na ten rodzaj OPH dopiero w październiku 2022 r., natomiast w analizowanym okresie obowiązywała umowa dotycząca wyłącznie sprawowania opieki w Hospicjum Domowym;

- w kwietniu 2024 r.⁷¹: trzech lekarzy, wykazywanych jako świadczących opiekę w łącznym wymiarze 21 godz./tyg. W Hospicjum Stacjonarnym i 9 godz./tyg. w Hospicjum Domowym, podczas gdy umowy z tymi osobami na ww. formę OPH wygasły bądź zostały wypowiedziane w 2023 r.; czterech pielęgniarek, wykazanych w łącznym wymiarze 68 godz./tyg. w ramach Hospicjum Stacjonarnego i 27,5 godz./tyg. – Hospicjum Domowego, podczas gdy umowy z trzema ww. osobami przestały obowiązywać w 2023 r., a z czwartą – z końcem marca 2024 r., oraz jednego psychologa (wykazywanego w wymiarze 19 godz./tyg. w ramach Hospicjum Domowego), z którym zawarta uprzednio umowa również przestała obowiązywać w 2023 r.

Z wyjaśnień Prezes wynikało, że Stowarzyszenie starało się na bieżąco aktualizować w portalu świadczeniodawców dane personelu świadczącego opiekę paliatywną na rzecz pacjentów, a nieścisłości mogły wynikać m.in. z błędów po stronie portalu NFZ (co powodowało, że Stowarzyszenie nie mogąc wycofać lekarza zgłoszonego w ramach kilku form OPH zmniejszało zadeklarowany czas świadczeń do 1 godz. tygodniowo⁷²), z deklaracji personelu, który następnie nie podejmował współpracy, a także ze złej komunikacji pomiędzy pracownikiem zajmującym się obsługą kadrową a osobą obsługującą portal potencjału NFZ.

Kwestie utrudniające prowadzenia OPH

Skontrolowane podmioty wskazały problemy, które utrudniają realizację świadczeń OPH, w tym zbyt wąską listę chorób kwalifikujących osoby dorosłe do objęcia OPH. Funkcjonowanie tej listy powoduje, że nie są uwzględnione całe grupy osób, które choć są terminalnie chore i wymagają leczenia paliatywnego, to formalnie nie kwalifikują się do takiej opieki finansowanej ze środków publicznych. Wyrażono opinię, że nie powinno się ograniczać możliwości udzielania świadczeń OPH ze względu na jednostkę chorobową. Jako znaczne utrudnienie wskazywano brak możliwości kwalifikacji, przez lekarzy pracujących w hospicjach, pacjentów hospicjum do przezskórnej endoskopowej gastroenterologii, która jest sztuczną drogą dostępu do wnętrza żołądka, tworzoną w celu żywienia enteralnego. Powoduje to konieczność przewiezienia ciężko chorego

⁷¹ Osoby wykazywane w załączniku Nr 2 do umowy z NFZ także w trakcie trwania kontroli NIK w 2024 r.

⁷² Przypadek jednego z lekarzy wykazywanego w kwietniu 2024 r.

pacjenta paliatywnego do oddziału szpitalnego, gdzie następuje taka kwalifikacja. Wydłuża to czas udzielenia pacjentowi odpowiedniej pomocy. Wskazywano również braki kadrowe dotyczące lekarzy; rotację personelu pielęgniarstwa z uwagi na duże obciążenie psychiczne związane z pracą z pacjentami terminalnie chorymi; niskie finansowanie osobodni w hospicjum domowym i stacjonarnym oraz bardzo niskie w poradni medycyny paliatywnej; brak zainteresowania personelu medycznego pracą w hospicjach; długie terminy oczekiwania na zapłatę przez NFZ za świadczenia wykonane ponad limity.

Wskazano ponadto, że po zniesieniu limitowania świadczeń OPH od 1 kwietnia 2024 r. rozliczanie tych świadczeń odbywa się według Zarządzenia nr 41/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. W § 12 ust. 9 zarządzenia Nr 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna określono, że „Przy rozliczaniu świadczeń udzielanych w zakresach świadczeń objętych umową, po przekroczeniu kwoty zobowiązania określonej w umowie dla zakresu, w którym udzielono tych świadczeń, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, zwiększeniu ulegają liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy w tym zakresie.” Wyznaczono więc termin na złożenie rozliczenia nielimitowanych świadczeń, natomiast nie określono terminu w jakim Fundusz powinien dokonać płatności na rzecz świadczeniodawców. Zatem nie mają oni wiedzy, w jakim terminie nastąpi sfinansowanie wykonanych przez siebie świadczeń OPH.

Najwięcej problemów dotyczących udzielania świadczeń OPH, w tym świadczeń udzielanych dzieciom oraz opieki perinatalnej wskazał Dyrektor Caritas Diecezji Warmińskiej.

Przykład

I. W zakresie świadczeń hospicjum perinatalnego:

- Bardzo ograniczone informowanie rodziców dzieci z podejrzeniami wad letalnych o możliwości skorzystania z opieki hospicjum perinatalnego – w opinii Dyrektora, lekarze i położne powinni mieć obowiązek informowania o dostępności tej formy pomocy w ramach NFZ wszystkich rodziców, których może to dotyczyć.
- Trudności we współpracy ze szpitalami referencyjnymi – w dalszym ciągu w wielu szpitalach brakuje przestrzeni, w której kobiety miałyby zapewnione godne warunki porodu, zapewnioną intymność do spędzenia czasu ze swoim dzieckiem, odpowiedniego go pożegnania, itd.

II. W zakresie świadczeń hospicjum stacjonarnego dla dzieci:

- Brak systemowego rozwiązania ułatwiającego uregulowanie sytuacji pozostających pod opieką hospicjum stacjonarnego dzieci, których rodzice mają ograniczone (ale nie odebrane) prawa rodzicielskie oraz takich, których rodzice, mimo posiadania pełni praw, nie interesują się (lub interesują się w niewielkim stopniu) swoimi dziećmi, nie uczestniczą w zabezpieczaniu tych potrzeb dzieci, które nie wchodzą w zakres opieki hospicyjnej. Sytuacja ma miejsce, gdy np. na podstawie art. 109 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy⁷³ sąd opiekuńczy wydaje postanowienie o umieszczeniu niepełnoletniej osoby w hospicjum dla dzieci, które nie jest wymienione w § 2 p. 5) tego artykułu, a co za tym idzie nie ma prawnych regulacji co do opiekunów prawnych czy reprezentantów małoletnich. Dzieci te są wykluczane z należnych im świadczeń socjalnych (np. 800+), które nie są przekazywane na zabezpieczenie takich potrzeb jak np. ubrania, a są wykorzystywane przez rodziców na ich własne potrzeby, lub nie są wypłacane w ogóle. Stan dziecka i specyfika chorób dzieci będących pod opieką hospicjum dla dzieci rodzi duże prawdopodobieństwo potrzeby dodatkowych hospitalizacji lub konsultacji i wizyt lekarskich, których nie obejmuje zakres świadczeń gwarantowanych w ramach opieki hospicyjnej i paliatywnej. Zaistnienie takiej sytuacji rodzi potrzebę wyrażenia zgody na takie leczenie oraz występowania w imieniu małoletniego przed innymi podmiotami leczniczymi udzielającymi niezbędnych świadczeń medycznych. Brak kontaktu z opiekunem prawnym utrudnia zapewnienie małoletnim odpowiedniej opieki medycznej.
- Brak placówek dla dzieci będących w pieczy zastępczej, takich jak np. Regionalne Placówki Opiekuńczo-Terapeutyczne (RPOT), które pozwoliłyby na zapewnienie odpowiedniej opieki nad dziećmi, których stan zdrowia jest zbyt dobry, by przebywały w hospicjum stacjonarnym, a których stan zdrowia sprawia, że nie kwalifikują się do objęcia opieką w DPS. Obecnie utworzenie i prowadzenie RPOT pozostaje w gestii Marszałka Województwa (za zgodą Wojewody, przy pozytywnej opinii Rzecznika Praw Dziecka). Skomplikowanie całej procedury oraz brak wymogu prowadzenia tego typu placówek w przypadku zbyt małej liczby zawodowych rodzin zastępczych lub innych form opieki wynikających z ustawy o Pieczy zastępczej, zapewniającej odpowiednią opiekę nad chorymi lub niepełnosprawnymi niepełnoletnimi, stawia w jeszcze bardziej trudnej sytuacji dzieci, które doświadczają problemów rodzinnych oraz zmagają się z chorobą czy niepełnosprawnością.

⁷³ Dz. U. z 2023 r. poz. 2809, ze zm.

- W rozporządzeniu w sprawie OPH brak wydzielonego świadczenia „hospicjum stacjonarne dla dzieci”- stacjonarna opieka hospicyjna dla dzieci i dla dorosłych bardzo się od siebie różni:
 - wśród personelu hospicjum dla dzieci, oprócz specjalistów, w tym lekarzy i pielęgniarek z zakresu medycyny paliatywnej, konieczne bywa udzielanie świadczeń przez pediatrów, neurologów, gastrologów oraz lekarzy innych specjalności – w zależności od rodzaju schorzeń, na które cierpią skierowane do hospicjum dzieci (inaczej niż u dorosłych nie są to w zdecydowanej większości choroby onkologiczne); takie rozwiązanie prowadzi do sytuacji, w której np. lekarze ww. specjalności udzielają świadczeń, a nie są wykazywani w ramach umowy, nie są sprawozdawani w raportach statystycznych do NFZ, co utrudnia realną wycenę tych świadczeń;
 - pobyty pacjentów hospicjum dla dzieci są znacznie dłuższe niż pacjentów hospicjum dla dorosłych – dorośli trafiają do stacjonarnej opieki hospicyjnej zwykle na końcowym etapie swojego życia, pobyty te są często bardzo krótkie, tymczasem dzieci, wbrew wszelkim diagnozom i oczekiwaniom, często żyją wiele miesięcy, a nawet lat – brak wydzielenia świadczenia dla dzieci utrudnia komunikację na ten temat z Narodowym Funduszem Zdrowia;
 - hospicjum dla dzieci wymaga także zupełnie innego sprzętu, konieczność posiadania w zasobach sprzętowych balkoników czy łasek nie przystaje do warunków pracy hospicjum stacjonarnego dla dzieci;
 - konieczna jest również odrębna wycena świadczeń stacjonarnych dla dzieci – wymagają one znacznie więcej sprzętu specjalistycznego, w tym sprzętu jednorazowego, często sprzęt zakupywany jest dla danego, konkretnego pacjenta, w odpowiedzi na jego potrzeby, konieczne jest także zatrudnianie lub przynajmniej nawiązywanie ścisłej współpracy z lekarzami wielu specjalności, itd., stąd świadczenia te generują o wiele większe koszty.

III. W zakresie świadczeń opieki hospicyjnej domowej (dla dzieci i dla dorosłych):

- Brak możliwości wypisywania przez lekarzy w hospicjum recept na bezpłatne leki dla seniorów 65+ oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia – konieczność angażowania w ten proces lekarzy POZ utrudnia sprawowanie opieki nad pacjentem w hospicjum domowym (wymaga od pacjentów lub ich opiekunów realizacji dodatkowych wizyt, lekarze POZ mają też czasami opory przed wypisywaniem

konkretnych leków). Rozwiązanie to zniechęca pacjentów również do korzystania z poradni medycyny paliatywnej – konieczność udania się do POZ po receptę na potrzebne im leki sprawia, że wizyta w poradni medycyny paliatywnej wydaje się nie mieć większego sensu.

- Ograniczenie działalności hospicjów domowych do terenów powiatów – rozwiązanie to sprawia, że personel naszego hospicjum musi pokonywać np. 50 km do określonego pacjenta, podczas gdy hospicjum z innego powiatu ma do niego zaledwie 10 km. Wydanie zalecenia objęcia opieką przez świadczeniodawcę mającego siedzibę najbliżej danego pacjenta byłoby lepszym rozwiązaniem (zwłaszcza dla województwa tak rozproszonego terytorialnie jak województwo warmińsko-mazurskie), można byłoby także zapewnić ryczałt na sfinansowanie dojazdu do pacjentów zamieszkałych powyżej określonej odległości np. 30 km dla hospicjum dla dorosłych a 50 km dla hospicjum dla dzieci.
- Brak regulacji prawnych pozwalających na rozwiązanie sytuacji, w których pacjent nie wyraża zgody na umieszczenie w hospicjum stacjonarnym, mimo że nie może liczyć na faktyczną opiekę w miejscu swojego zamieszkania – w efekcie pacjent wymagający dużego zakresu opieki i pielęgnacji pozostaje bez opieki.
- Brak rozwiązań dotyczących możliwości dopuszczania koincydencji świadczeń z zakresu rehabilitacji. Pacjenci hospicjum, w ramach świadczeń mają zapewnioną rehabilitację paliatywną, tymczasem przy wypisach szpitalnych otrzymują także skierowania na np. rehabilitację neurologiczną czy kardiochirurgiczną. W efekcie, ze względu na koincydencję świadczeń, chcąc korzystać z przepisanej rehabilitacji poszpitalnej, rezygnują z opieki paliatywnej, a co za tym idzie z profesjonalnego wsparcia w leczeniu bólu i innych standardów opieki hospicyjnej. Analogiczna sytuacja jest w przypadku hospicjum domowego dla dzieci czy hospicjum domowego w przypadku pacjentów z orzeczoną znaczną niepełnosprawnością, którzy mogą korzystać w większym zakresie z rehabilitacji w ramach NFZ, jednak korzystanie z tych świadczeń wyklucza możliwość objęcia w tym czasie opieką paliatywną i hospicyjną. Wydzielenie wizyty fizjoterapeuty jako oddzielnie płatnego świadczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej mogłoby pomóc w rozwiązaniu sytuacji.
- Trudność w kontaktach z innymi podmiotami leczniczymi w zakresie informacji o korzystaniu pacjenta z innych świadczeń gwarantowanych lub zakończeniu opieki i wynikających z tego zaleceniach. Sytuacje ma najczęściej miejsce, gdy rodzina lub pacjent nie informuje o innych świadczeniach lub ze względu na stan

zdrowia nie do końca może przekazać zalecenia, a dokumentacja medyczna jest odbierana później, lub tymczasowo niedostępna w miejscu przebywania pacjenta. Utrudnia to zapewnienie ciągłości opieki, lub w przypadku braku informacji o pobycie w szpitalu (brak także możliwości skontaktowania się telefonicznego naszego personelu z pacjentem lub opiekunem) naraża świadczeniodawcę na niepotrzebne koszty wynikające z dojazdu do miejsca, w którym powinien przebywać pacjent.

5.3. CZY PRZYCHODY Z REALIZACJI UMÓW ZAWARTYCH Z NARODOWYM FUNDUSZEM ZDROWIA NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ POKRYWAŁY KOSZTY ŚWIADCZENIA TEJ OPIEKI, W ZAKRESIE WYNIKAJĄCYM Z TYCH UMÓW ORAZ CZY TERMINOWO JE ROZLICZANO?

**Środki z NFZ
nie zawsze pokrywały
koszty udzielania
świadczeń OPH**

Przychody z realizacji umów na udzielanie świadczeń z zakresu OPH otrzymywane z NFZ nie zawsze pokrywały koszty związane z ich udzielaniem.

Środki finansowe za realizację świadczeń OPH rozliczane z oddziałami wojewódzkimi NFZ pokrywały w latach objętych kontrolą od 62 % do 100 % kosztów realizacji tych świadczeń. Cztery skontrolowane podmioty uzyskiwały środki finansowe m.in. z tytułu darowizn, dotacji, środki pochodzące z PFRON, z tytułu datków na organizacje pożytku publicznego, a jeden podmiot otrzymał dofinansowanie z Regionalnego Programu Operacyjnego na zakup sprzętu i aparatury.

Przykłady

W przypadku Grupy Zdrowie Sp. z o.o. prowadzącej Hospicjum Stacjonarne w Głownie koszty udzielania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej były wyższe niż kontrakt z NFZ i wyniosły w 2022 r. – 2 664 523,41 zł, w 2023 r. - 4 049 340,39 zł, w 2024 r. (do 30 kwietnia) – 1 403 946,75 zł. Środki otrzymane z NFZ stanowiły odpowiednio 62 %, 90 % i 92 % kosztów udzielania świadczeń z tego zakresu.

Dyrektor oświadczyła, że środki finansowe otrzymywane z NFZ z tytułu realizacji zadań z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej nie pokrywały kosztów ich świadczenia w żadnym z kontrolowanych lat, gdyż wyceny świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej są zbyt niskie. Poinformowała ponadto, że hospicjum rozpoczęło działanie w 2019 roku, zatem na początku musieliśmy zainwestować środki na remont, dostosowanie pomieszczeń, a potem doinwestowywać regularnie hospicjum, gdyż środki z NFZ nie pozwalały na pokrycie wszystkich kosztów. Wyjaśniła, że Spółka Grupa Zdrowie jest w stanie utrzymywać

małe hospicjum stacjonarne w swojej strukturze ze względu na fakt, że jest dużym podmiotem, który udziela różnego rodzaju świadczeń na podstawie umów z NFZ, i dzięki temu jest w stanie zbilansować działania hospicjum stacjonarnego w Głownie. Poinformowała, iż od lat wskazywane jest przez specjalistów od spraw zdrowia, że opieka paliatywna i hospicyjna wyceniana jest zbyt nisko. Dyrektor dodała, że NFZ podniósł w 2023 r. wycenę punktu i następnie wprowadził płatność za świadczenia ponadlimitowe, jednak są to działania wystarczające jedynie na pokrycie rosnących kosztów związanych ze skutkami wysokiej inflacji, a także mechanizmu corocznego podnoszenia płac personelu medycznego wynikającego z Ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Nie wprowadzono jednak „nowego otwarcia” w opiece paliatywnej i wyższego finansowania tych świadczeń.

W przypadku Stowarzyszenie Hospicjum im. Jana Pawła II przy parafii N.M.P. Różańcowej w Zgierzu środki finansowe na działalność w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej przekazane przez NFZ stanowiły 70,4 % przychodów⁷⁴. Pozostałe przychody stanowiły przede wszystkim dotacje w łącznej kwocie 3 930 239,64 zł (24,2 % przychodów) oraz wpłaty na organizację pożytku publicznego 412 474,16 zł (2,5 %) i darowizny 387 037,86 zł (2,4 %).

Stowarzyszenie „Hospicjum Łódzkie” poza kontraktami z NFZ, które stanowiły w analizowanym okresie 82 % przychodów pozyskiwało środki z działalności stowarzyszeniowej: darowizn, 1,5 % podatku, użyczeń gruntów, odszkodowań, szkoleń (w sumie 4 % przychodów) oraz z dotacji z PFRON, stanowiących dofinansowanie do wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych (łącznie 74,6 tys. zł, co stanowiło 0,3 % przychodów). W latach 2022 i 2023 na rzecz Stowarzyszenia wpłynęły ponadto transze pozyskanych dotacji dwóch projektów, z których jeden⁷⁵ dotyczył przebudowy budynku na cele Hospicjum Stacjonarnego, a drugi⁷⁶ – indywidualnej opieki nad łącznie 72 pacjentami Hospicjum Domowego oraz ich 51 opiekunami. Wsparcie z tego tytułu wyniosło 3624,8 tys. zł (tj. 14 % przychodów Stowarzyszenia w okresie objętym kontrolą).

⁷⁴ W poszczególnych latach okresu objętego kontrolą wynosiły one odpowiednio w 2022 r. 1 481 386,11 zł (30,6 % przychodów), w 2023 r. 7 267 016,30 zł (85 % przychodów), a w okresie styczeń-kwiecień 2024 r. 2 671 037,68 zł (94,3 % przychodów).

⁷⁵ Projekt Przebudowa i rozbudowa wraz ze zmianą sposobu użytkowania oraz wyposażeniem istniejącego budynku na potrzeby hospicjum dla dorosłych w Łodzi, współfinansowany za pośrednictwem Urzędu Marszałkowskiego w Łodzi.

⁷⁶ Projekt *Opieka sztyta na miarę*, współfinansowany za pośrednictwem Łódzkiego Wojewódzkiego Urzędu Pracy.

Caritas Archidiecezji Warmińskiej w Olsztynie otrzymała na realizację świadczeń OPH środki finansowe w łącznej kwocie 16 797,6 tys. zł, z tego: 16 266 tys. zł (96,8 %) z NFZ i 531,6 tys. zł (3,2 %) z darowizn. Olsztyńskie Stowarzyszenie Hospicyjne „Palium” Hospicjum w 2023 r. uzyskało dofinansowanie w zakresie doposażenia Centrum Opieki Paliatywnej w nowoczesny sprzęt i aparaturę medyczną oraz środki ochrony w ramach działania 13.2. „Ochrona zdrowia”⁷⁷ Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Warmińsko-Mazurskiego na lata 2014–2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego⁷⁸.

**Problemy z płatnością
za świadczenia
zrealizowane ponad
limity określone
w umowach z NFZ**

10 skontrolowanych podmiotów w 2024 r. wykonało świadczenia OPH ponad limity określone w umowach z OW NFZ. W przypadku dwóch z nich NFZ wypłaciławnioskowane środki. Pozostałe skontrolowane podmioty do zakończenia czynności kontrolnych NIK nie otrzymały z NFZ sprawozdanych środków za wykonane ponad limity świadczenia OPH⁷⁹. W przypadku trzech podmiotów, jako powód braku płatności podano brak środków finansowych w NFZ.

Przykłady

W przypadku VITA SPES Zaskalska, Szymańska, Turkot Spółka Jawna w Babulach kwoty niezapłaconych przez NFZ nadwykonań za 2024 r. (wg stanu na 30 kwietnia) wynosiły 280 736,27 zł. Kwota ta nie została rozliczona przez NFZ ze względu na brak środków finansowych na sfinansowanie nadwykonań. Właścicielki Spółki poinformowały, że kilkakrotnie były prowadzone rozmowy osobiście z Dyrektorem POW NFZ w Rzeszowie, który tłumaczył, że są trudności finansowe i wszystko zależy od ustosunkowania się Centrali NFZ w Warszawie. Zawsze składano tylko ustne deklaracje, że NFZ postara się wypłacić pieniądze.

W przypadku Szpitala Chorób Płuc i Opieki Długoterminowej im. św. Jana Pawła II w Górnym nadwykonania za I kwartał 2024 r. wyniosły 343,7 tys. zł. Do czasu zakończenia niniejszej kontroli nie została dokonana płatność przez NFZ, pomimo dwóch wniosków Szpitala o zapłatę nadwykonań w I kwartale 2024 r. Za II kwartał 2024 r. kwota nadwykonań wyniosła 296,4 tys. zł i do czasu zakończenia niniejszej kontroli nie została zapłacona⁸⁰. Z informacji uzyskanej z POW

⁷⁷ Oś Priorytetowa 13 – Odporna i zdrowa gospodarka przyszłości.

⁷⁸ Umowa Nr RPWM.13.02.00-28-0047/22-00 z 17 listopada 2023 r. zawarta z Województwem Warmińsko-Mazurskim. Łączna wartość projektu wynosiła 285,2 tys. zł, w tym 231 tys. zł stanowiło dofinansowanie. Wkład własny Hospicjum na zrealizowany projekt, w tym zakup nowoczesnego sprzętu oraz aparatury medycznej, wyniósł 54,2 tys. zł.

⁷⁹ Jeden podmiot otrzymał z NFZ część wnioskowanych środków.

⁸⁰ Zarządzenie nr 41/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji

NFZ⁸¹ wynika, że Szpital dwukrotnie zwrócił się o zapłatę świadczenia stanowiącego nadwykonanie za I kwartał 2024 r. (pisma znak: SM01/20/2024 z dnia 30.04.2024r. oraz znak SM01/27/2024 z dnia 25.06.2024 r.), a także elektronicznie w dniu 8 lipca 2024 r. Ze względu na brak wystarczających środków w planie finansowym POW NFZ w pozycji opieka paliatywna i hospicyjna nie było możliwości pozytywnego załatwienia wniosków o płatność. Kwestia ewentualnej zapłaty za te świadczenia jest uzależniona od zwiększenia planu finansowego na 2024 r. i pozostaje otwarta.

W przypadku Global Medical Szwejer Sp. z o.o. od 1 lutego do 30 kwietnia koszty udzielania świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosły ogółem 5 362,0 tys. zł. Na 30 kwietnia 2024 r. NFZ przekazał Spółce 1 755,0 tys. zł, a pozostała kwota w wysokości 3 607,0 tys. zł została pokryta ze środków własnych. Z informacji uzyskanych z MOW NFZ wynika, że Fundusz nie przekazał Spółce środków finansowych za nadwykonania zrealizowane w 2024 r. z powodu deficytu w planie finansowym na 2024 r. Po zmianie tego planu dokonanej 26 września 2024 r. powstały warunki umożliwiające przeprowadzenie sfinansowania nadwykonań za kwiecień–czerwiec 2024 r. i po dokonaniu stosownych analiz podjęta zostanie decyzja o wysokości nadwykonań podlegających finansowaniu.

W przypadku Niepublicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor Sp. z o.o. w Legionowie, wg stanu na 18 października 2024 r. MOW NFZ z nadwykonań na kwotę 1027,9 tys. zł (nadwykonania do 30 kwietnia) wypłacił Spółce 232,5 tys. zł. Jednocześnie Prezes Spółki wyjaśniła, że nie ubiegała się o zapłatę tzw. nadwykonań, ponieważ NFZ przysłał do Spółki pismo informujące o zasadach renegotjacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i umów o realizację programów pilotażowych za I półrocze 2024 r. W piśmie tym MOW poinformował, że w przypadku zmiany możliwości finansowych Oddziału umożliwiających dokonanie rozliczenia nadwykonań w zakresie świadczeń nielimitowanych, świadczeniodawcy zostaną o tym poinformowani odrębnym komunikatem. W piśmie tym NFZ zawarto informację, że stanowi ono odpowiedź na wszystkie wnioski, które wpłynęły lub wpłyną do Oddziału dotyczące zmian w umowach i sfinansowania nadwykonań za I półrocze 2024 r. Prezes Spółki podała

umów w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, zapewnia zapłatę za świadczenia nielimitowane od dnia 1 kwietnia 2024 r.

⁸¹ Informacja NFZ (pismo z dnia 6 września 2024 r.) uzyskana na podstawie art. 29 ust. 1. pkt. 2 lit. f oraz art. 40 ust. 7 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U z 2022 r., poz. 623) dotycząca wyjaśnień w związku z toczącą się sprawą w zakresie braku rozliczeń (płatności) nadwykonań z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej za okres I kwartału 2024 r.

w złożonych wyjaśnieniach, że praktyka informowania o trudnościach z zapłatą za wykonanie świadczeń ma miejsce regularnie od wielu lat.

Płatności za nadwykonania świadczeń OPH za 2022 r. nie otrzymał jeden, a za 2023 r. również jeden skontrolowany podmiot.

Przykłady

W przypadku VITA SPES Zaskalska, Szymańska, Turkot Spółka Jawna w Babulach kwota niezapłaconych przez NFZ nadwykonań za 2022 r. wyniosła 7 725,86 zł. Kwota ta nie została rozliczona ze względu na brak środków finansowych NFZ na sfinansowanie nadwykonań.

W przypadku Caritas Diecezji Warmińskiej w Olsztynie, w 2023 r. kwota niezapłaconych świadczeń wynosiła 32,7 tys. zł i dotyczyła niezapłacenia przez NFZ za świadczenia w związku z błędami w raportach statystycznych.

Dyrektor Caritas AW wyjaśnił, że błędy statystyczne w wyniku których NFZ skorygował rozliczenie za udzielone świadczenia wynikały z faktu, że poszczególne wizyty lekarskie i pielęgniarskie odbywały się w miejscach, w których zasięg sieci internetowej był ograniczony. W efekcie wpisane wizyty nie zostały zapisane w programie służącym do prowadzenia dokumentacji medycznej i w konsekwencji nie zostały uwzględnione w raportach statystycznych. W związku z tym, że w połowie 2023 r. zakończono poprzedni okres kontraktowania, zawarto nową umowę z NFZ i rozpoczęto kolejny okres kontraktowania, nie było możliwości dokonania poprawek, ponieważ poprzednia umowa została już zamknięta w systemie SZOI. Dyrektor AW wskazał również, że w celu zapobieżenia powstaniu podobnych sytuacji w przyszłości, zobligowano personel do dodatkowego, comiesięcznego weryfikowania raportów zwrotnych przesyłanych do NFZ.

Terminowość przesyłania dokumentów rozliczeniowych do NFZ

Skontrolowane podmioty co do zasady przysyłały do OW NFZ dokumenty rozliczeniowe za wykonane świadczenia OPH w terminie do 10 dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, to jest zgodnie z § 23 ust. 3 rozporządzenia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zdarzały się jednak przypadki przysyłania tych dokumentów po ww. terminie. Stwierdzono, że dwa skontrolowane podmioty przesyłały duży odsetek tych dokumentów po wymaganym terminie, choć nie zawsze wynikało to z przyczyn leżących wyłącznie po stronie świadczeniodawcy. Kontrolowani wskazywali, że opóźnienia w rozliczaniu świadczeń OPH wynikają często z tzw. wstecznej weryfikacji świadczeń dokonywanej przez NFZ, która wykazuje koincydencję świadczeń wykonanych przez innych świadczeniodawców na rzecz pacjentów sprawozdanych przez dany podmiot.

Przykład

Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie, w okresie objętym kontrolą, 36,62 % faktur za świadczenia OPH przesłała później niż 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.

Specjalista ds. statystyki WSPR wyjaśniła, że proces wystawiania faktur w pierwszej fazie jest oparty na weryfikacji błędów. Błędy walidacji wewnętrznej, czyli takie, które dopiero po poprawieniu wewnętrznym przez personel WSPR zostają przesłane do NFZ dotyczą m.in. braku uzupełnionego skierowania, braku VII i VIII części kodów resortowych w skierowaniu, braku uprawnień (ubezpieczenia) itp. Drugi etap to weryfikacja zewnętrzna, czyli błędy, które pojawiają się po wyeksportowaniu świadczeń do NFZ. Dotyczy to przede wszystkim błędów koincydencji świadczeń z innymi podmiotami leczniczymi. W celu usunięcia błędu koincydencji należy skontaktować się z NFZ w sprawie ustalenia z jakim podmiotem jest nałożenie świadczeń, a następnie już z placówką, która niejednokrotnie musi poprawić świadczenie po swojej stronie. Do czasu poprawy błędu przez placówkę medyczną i poprawnej weryfikacji przez NFZ, rozliczenie takiego świadczenia jest wstrzymane (zablokowane) bowiem dopóki nie zniknie błąd z Portalu Świadczeniodawcy nie można naliczyć go do zapłaty. W sytuacji, gdy błąd nałożenia świadczeń leży po stronie WSPR konieczny jest podział rozliczenia z wyłączeniem dni, na które przypada nałożenie według przepisów dotyczących braku możliwości jednoczesnego rozliczania świadczeń. Dopiero po przesłaniu skorygowanych świadczeń oraz poprawnej weryfikacji przez NFZ jest możliwość naliczenia świadczeń do zapłaty. W obu przypadkach w/w błędów naliczenie świadczeń odbywa się po ich wyjaśnieniu, dlatego termin ulega przesunięciu na wystawienie faktury kompletnej zawierającej wszystkie poprawne świadczenia. Kierując się wystawieniem faktury po skorygowanych świadczeniach w chwili obecnej będzie zachowany termin 10 dni.

Stowarzyszenie „Hospicjum Łódzkie” skierowało do NFZ w sumie 44 spośród 135 (tj. 33 %) dokumentów rozliczeniowych (faktur) po terminie określonym w § 23 ust. 3 rozporządzenia w sprawie OWU. Opóźnienie wyniosło od 1 do 26 dni. Prezes wyjaśniła, że powodami kierowania faktur po wymaganym terminie były m.in.:

- duża ilość danych do wprowadzenia w krótkim okresie czasu do programu sprawozdawczego (zwłaszcza w ramach rozliczania Hospicjum Domowego), które to czynności, z uwagi na rozliczanie opieki w osobodniach i charakter opieki, mogły rozpocząć się po zakończeniu miesiąca. Z wyjaśnień wynika

- także, że placówka nie dysponowała środkami na utworzenie dodatkowego etatu w celu usprawnienia powyższych czynności;
- błędy na Portalu Świadczeniodawcy związane z informacją o nakładaniu się świadczeń udzielanych pacjentom, powodujące konieczność wyjaśniania każdego z przypadków, poprawienia rozliczenia bądź wystąpienia do NFZ o usunięcie błędu oraz umożliwienie przypisania naliczenia świadczenia;
 - korygowanie świadczeń naliczonych na fakturach, poprzez wystawianie korekt i ponowne naliczanie świadczeń za bezsporne dni zrealizowanej opieki;
 - przypadki pacjentów objętych inną, niż powszechna, formą ubezpieczenia zdrowotnego (np. na podstawie decyzji wójtów), wymagających wystawienia odrębnych faktur.
 - opóźnienia w przekazywaniu sprawozdań z datami wizyt przez personel Stowarzyszenia, wynikające z nagłych zachorowań, urlopów lub zdarzeń losowych;
 - chęci przyspieszenia czasu uzyskania zapłaty za wykonane świadczenia, związanej z wystawieniem pierwszych faktur za świadczenia zrealizowane i kompletne oraz rozliczenie na podstawie później wystawianych faktur, które wymagały wyjaśnień; które to działanie miało na celu utrzymywanie płynności finansowej.

Wyplata rozliczonych środków

OW NFZ, co do zasady wypłacały świadczeniodawcom kwoty za wykonane świadczenia OPH w terminie pięciu dni roboczych po dostarczeniu dokumentów rozliczeniowych, czyli w terminie określonym w rozporządzeniu w sprawie OWU. Przekroczenia tego terminu wynikały głównie z konieczności korygowania dokumentów na skutek weryfikacji dokonywanej przez NFZ. W przypadku jednego skontrolowanego podmiotu, płatności z NFZ następowały w terminie 14 dni roboczych od dostarczenia dokumentów rozliczeniowych.

6. ZAŁĄCZNIKI

6.1. METODYKA KONTROLI I INFORMACJE DODATKOWE

Cel główny kontroli	Czy pacjenci mieli zapewniony porównywalny dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie kraju, który odpowiadał ich potrzebom?
Cele szczegółowe	1. Czy Minister Zdrowia prowadził rzetelne działania w celu zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej? 2. Czy świadczeniodawcy zapewнили pacjentom opiekę paliatywną i hospicyjną w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia? 3. Czy przychody z realizacji umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na wykonywanie świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej pokrywały koszty świadczenia tej opieki w zakresie wynikającym z tych umów oraz czy terminowo je rozliczano?
Zakres podmiotowy	Kontrola została przeprowadzona w Ministerstwie Zdrowia oraz w 12 podmiotach udzielających świadczeń z zakresu OPH.
Kryteria kontroli	Minister Zdrowia: art. 2 ust. 1 ustawy o Najwyższej Izbie Kontroli, z uwzględnieniem kryteriów określonych w art. 5 ust. 1 ustawy o NIK, z uwzględnieniem kryteriów: legalności, rzetelności, celowości i gospodarności. Podmioty udzielające świadczeń OPH: art. 2 ust. 2 ustawy o NIK (dla podmiotów, których właścicielem są jednostki samorządu terytorialnego), z uwzględnieniem kryteriów legalności, rzetelności i gospodarności lub art. 2 ust. 3 ustawy o NIK (dla pozostałych podmiotów), z uwzględnieniem kryteriów legalności i gospodarności.
Okres objęty kontrolą	Lata 2022–2024 (z wykorzystaniem dowodów sporządzonych przed tym okresem). Czynności kontrolne prowadzono od 7 maja 2024 r. do 3 lutego 2025 r. (termin wysłania ostatniego wystąpienia pokontrolnego).
Finansowe rezultaty kontroli	Ujawnione w trakcie kontroli nieprawidłowości nie miały wymiaru finansowego.

**Działania
na podstawie art. 29
ustawy o NIK**

Na potrzeby niniejszej kontroli zasięgnięto informacji z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

**Stan realizacji
wniosków
pokontrolnych**

Na 14 sformułowanych wniosków pokontrolnych 10 zostało zrealizowanych, dwa są w trakcie realizacji, dwóch wniosków nie zostało zrealizowanych. Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego zgłosił kierownik jednego ze skontrolowanych podmiotów. Z uwagi na przekazanie ich do NIK po upływie ustawowego terminu, Prezes NIK odmówił przyjęcia tych zastrzeżeń.

**Wykaz jednostek
kontrolowanych**

Lp.	Jednostka organizacyjna NIK przeprowadzająca kontrolę	Nazwa jednostki kontrolowanej	Imię i nazwisko kierownika jednostki kontrolowanej
1.	Departament Zdrowia	Ministerstwo Zdrowia	Izabela Leszczyna
2.	Delegatura NIK w Łodzi	Stowarzyszenie "Hospicjum Łódzkie"	dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, prof. UM
3.		GRUPA ZDROWIE Sp. z o.o. Hospicjum Stacjonarne w Głównie	Arkadiusz Chmieliński
4.		Stowarzyszenie Hospicjum im. Jana Pawła II przy parafii N.M.P. Różańcowej w Zgierzu	Emilia Borysewicz, Wiceprezes Zarządu; Anna Topczewska, Wiceprezes Zarządu; Justyna Kwiatkowska-Zubiel, Sekretarz Zarządu, Emilia Kotecka, Skarbnik Zarządu; Danuta Gomulska, Członek Zarządu; Jacek Nawrocki, Członek Zarządu
5.	Delegatura NIK w Olsztynie	Caritas Archidiecezji Warmińskiej	Ks. Paweł Zięba
6.		Stowarzyszenie na rzecz Hospicjum Elbląskiego	Wiesława Pokropska
7.		Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium”	Teresa Kocbach
8.	Delegatura NIK w Rzeszowie	Szpital Chorób Płuc i Opieki Długoterminowej im. św. Jana Pawła II w Górnem	Grzegorz Hydzik

9.		Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie	Andrzej Kwiatkowski
10		VITA SPES Zaskalska, Szymańska, Turkot Spółka Jawna	Barbara Zaskalska Ewa Szymańska Marzanna Turkot
11.	Delegatura NIK w Warszawie	Global Medical Szwejer Sp. z o.o.	Grzegorz Szwejer
12.		Grupa Zdrowie sp. z o.o. Hospicjum Stacjonarne w Kraszewie-Czubakach	Arkadiusz Chmieliński
13.		Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor Sp. z o.o.	Halina Smolińska

6.1.1. WYKAZ OCEN KONTROLOWANYCH JEDNOSTEK

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności ^{1/}	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
1.	Ministerstwo Zdrowia	W formie opisowej.	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.	Pomimo podejmowania przez kolejnych Ministrów Zdrowia działań na rzecz zapewnienia obywatelom porównywalnego dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej, część z nich prowadzona była nierzetelnie, a w konsekwencji nieefektywnie. Minister Zdrowia nie ustalił zapotrzebowania i brakującej liczby lekarzy, pielęgniarek i innych pracowników medycznych koniecznych do udzielania świadczeń w ramach OPH. Część działań podejmowanych przez kolejnych Ministrów, jak: włączenie medycyny paliatywnej do wykazu dziedzin priorytetowych; wprowadzenie rozporządzenia w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych; ustanowienie Pełnomocnika ds. Opieki Paliatywnej oraz powołanie Zespołu do spraw przygotowania długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, 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 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.
2.	Stowarzyszenie "Hospicjum Łódzkie"	W formie opisowej.	– zapewnianie opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. – poza opieką uregulowaną przepisami prawa, w szczególności rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, polegającą m.in. na szeroko rozumianej opiece medycznej, psychologicznej i duchowej, leczeniu, w	– opieka świadczona była przez personel w wymiarze wymaganym rozporządzeniem ws. OPH, z wyjątkiem kwietnia 2023 r. i 2024 r., w których Stowarzyszenie nie osiągnęło 25 % wskaźnika godzin pracy pielęgniarek o wymaganych kwalifikacjach, względem wszystkich pielęgniarek Hospicjum Stacjonarnego. – nie we wszystkich przypadkach zgłaszano Narodowemu Funduszowi Zdrowia i aktualizował informacje o osobach

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			tym leczeniu bólu i innych objawów somatycznych, czy nieodpłatnym udostępnianiu wyrobów medycznych i sprzętu, realizowano także wiele innych działań w celu poprawy jakości życia swoich pacjentów. – dysponowano sprzętem medycznym i pomocniczym w ilościach określonych w rozporządzeniu ws. OPH. – warunki panujące w Hospicjum Stacjonarnym odpowiadały wymogom rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz zapewniały godność osobom w stanie agonalnym i sprzyjały niwelowaniu traumy związanej z umieraniem. – poza trzema osobami wykonującymi w 2022 r. zadania opiekunów medycznych, personel medyczny zatrudniany przez Stowarzyszenie w kwietniu lat 2022, 2023 i 2024, posiadał odpowiednie kwalifikacje.	udzielających świadczeń w sposób wymagany przepisami prawa oraz postanowieniami umowy z NFZ. – nieprawidłowość polegająca na nieterminowym składaniu do NFZ jednej trzeciej dokumentów rozliczeniowych miała charakter formalny i nie wpłynęła na sposób sprawowania opieki w zakresie wynikającym z umów z Funduszem.
3.	GRUPA ZDROWIE Sp. z o.o. Hospicjum Stacjonarne w Głównie	Pozytywna.	– zapewnienie pacjentom Hospicjum Stacjonarnego w Głównie opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. – udzielanie świadczeń OPH zgodnie z wymogami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. – zapewnienie personelu o wymaganych kwalifikacjach i w liczbie określonej w załączniku nr 2 do tego rozporządzenia, a także sprzętu medycznego i pomocniczego wymaganego dla hospicjum stacjonarnego zgodnie z ww. załącznikiem. – pomieszczenia i wyposażenie Hospicjum odpowiadały wymogom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. – w celu zapewnienia godności pacjentom umierającym oraz ochrony przed traumą związaną z umieraniem, wprowadzono i stosowano odpowiednie procedury	

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			postępowania, zapewniono pomoc psychologiczną i duszpasterską. – świadczenia rozliczane były terminowo z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.	
4.	Stowarzyszenie Hospicjum im. Jana Pawła II przy parafii N.M.P. Różańcowej w Zgierzu	W formie opisowej.	– zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie z zakresem wynikającym z umów zawartych z Łódzkim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. – budynek i pomieszczenia oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadały warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. – spełnianie wymagań dotyczących personelu dla każdego zakresu udzielanych świadczeń. – zapewniono dostępność personelu posiadającego wymagane kwalifikacje. – zapewniono pacjentom świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z warunkami ich udzielania wynikającymi z zawartych umów oraz rozporządzenia w sprawie OPH. – podczas udzielania świadczeń zapewniono monitorowanie i leczenie bólu. – wprowadzono procedurę holistycznej opieki nad pacjentem i jego rodziną w terminalnym okresie choroby, zapewniając godność pacjentom umierającym oraz ochronę przed traumą związaną z umieraniem bezpośrednio sąsiadujących z nimi pacjentów. – prawidłowo i terminowo rozliczano świadczenia OPH w ramach umów zawartych z NFZ.	– w dwóch badanych miesiącach całodobowa opieka lekarza nie zawsze była realizowana przez osoby określone w rozporządzeniu w sprawie OPH (4 % czasu opieki w kwietniu 2023 r. i 2 % w kwietniu 2024 r.). – stwierdzono nieprawidłowość o charakterze formalnym polegającą na braku zawiadomienia NFZ o niezatrudnieniu jednej z pielęgniarek, wykazanej w umowie jako personel. – w czterech z 25 zbadanych dokumentacjach medycznych nieprawidłowo udokumentowano przebieg procesu fizjoterapii.
5.	Caritas Archidiecezji Warmińskiej	Pozytywna.	– zapewnienie pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. – w okresie objętym kontrolą skala udzielanych przez Caritas AW świadczeń z zakresu OPH była zgodna z umowami podpisanymi z NFZ.	Stwierdzona nieprawidłowość polegająca na niezawiadomieniu NFZ o zatrudnieniu jednej z opiekunek medycznych, miała charakter formalny i pozostawała bez wpływu na zapewnienie pacjentom opieki w zakresie wynikającym z umów zawartych z NFZ.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			– personel, budynek i pomieszczenia hospicjum stacjonarnego oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadały warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. – podczas udzielania świadczeń OPH respektowano prawo pacjentów do leczenia bólu oraz zapewniano godność pacjentom umierającym. – opieką otaczano również bliskich i członków rodzin pacjentów. – prawidłowo i terminowo rozliczano świadczenia OPH w ramach umów zawartych z NFZ, przedkładając wymagane dokumenty rozliczeniowe.	
6.	Stowarzyszenie na rzecz Hospicjum Elbląskiego	Pozytywna.	– zapewniono pacjentom opiekę paliatywną i hospicyjną zgodnie z umowami zawartymi z Narodowym Funduszem Zdrowia. – zapewniono odpowiednią liczbę wyspecjalizowanego personelu, który udzielano świadczeń OPH w wymaganym wymiarze. – pomieszczenia oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną spełniały wymogi odpowiedniego rozporządzenia. – zapewniono godność pacjentom umierającym, respektowano ich prawa oraz podejmowano działania w celu osiągnięcia jak najwyższej jakości życia chorych. – prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną pacjentów. – terminowo rozliczano się z NFZ.	Stwierdzone nieprawidłowości, polegające na nieterminowym wprowadzaniu danych o posiadanych przez Hospicjum zasobach do Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji, nie miały wpływu na prawidłowe udzielanie świadczeń medycznych.
7.	Olsztyńskiego Stowarzyszenia Hospicyjnego „Palium”	Pozytywna.	– prawidłowo prowadzono działania dotyczące zapewnienia pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Warmińsko-Mazurskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu.	

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			– przy udzielaniu świadczeń z zakresu OPH w warunkach stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych przestrzegano przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. – zapewniono odpowiednią liczbę wyspecjalizowanego personelu, który gwarantował pacjentom udzielanie świadczeń w każdym z trzech zakresów oraz w wymaganej ww. rozporządzeniem częstotliwości. – zapewniono odpowiedni standard warunków bytowych pacjentom przebywającym na oddziale stacjonarnym. – pomieszczenia tego oddziału oraz wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną odpowiadało warunkom określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. – prawidłowo prowadzono dokumentację medyczną. – terminowo rozliczano się z OW NFZ.	
8.	Szpital Chorób Płuc i Opieki Długoterminowej im. św. Jana Pawła II w Górnem	Pozytywna.	– zapewniano pacjentom opiekę paliatywną i hospicyjną w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. – zapewniono pacjentom opiekę paliatywną i hospicyjną w zakresach wynikających z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim w Rzeszowie. – zgodnie z warunkami umów spełniono wymagania odnoszące się do zorganizowania opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz dotyczące udzielania świadczeń w tym zakresie. – w celu doskonalenia poprawy jakości świadczonych usług, w tym także w zakresie OPH wdrożony został w Szpitalu system certyfikacji ISO z normą 9001. – udzielano świadczeń OPH zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.	

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			– pacjenci mieli zapewnione warunki udzielania świadczeń zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. – pacjentom objętym OPH zapewniano leczenie bólu oraz prawo do godności i intymności zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. – personel zatrudniony w Hospicjum Stacjonarnym i Hospicjum Domowym spełniał wymagania określone dla poszczególnych form opieki OPH w Załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. – zapewniono sprzęt medyczny i pomocniczy wymagany dla poszczególnych form opieki, określony w Załączniku nr 2 do rozporządzenia w sprawie OPH. – podejmowano działania mające na celu zapewnienie jak najwyższej jakości życia chorych. – terminowo rozliczano świadczenia OPH z NFZ.	
9.	Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie	Pozytywna.	– zapewniono pacjentom OPH w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia, zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz standardami zdefiniowanymi przez Radę Europy w Wytycznych (Rekomendacjach) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczących opieki paliatywnej oraz zalecenia Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej. – zapewniono warunki udzielania świadczeń zgodne z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz w rozporządzeniu Ministra	Kontrola wykazała nieprawidłowość polegającą na niezłożeniu w 63 przypadkach do NFZ dokumentów rozliczeniowych w terminie do 10 dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni zgodnie z § 23 ust. 3 rozporządzenia w sprawie warunków umów.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. – pacjentom objętym OPH zapewniano leczenie bólu oraz poszanowanie prawa do godności i intymności zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. – zapewniono codzienną fizjoterapię i pomoc psychologiczną obejmującą również członków rodzin pacjentów.	
10.	VITA SPES Zaskalska, Szymańska, Turkot Spółka Jawna	Pozytywna.	– zapewniono pacjentom opieki paliatywnej i hospicyjnej w zakresie wynikającym z umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. – udzielano świadczeń OPH zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. – zapewniono pacjentom warunki udzielania świadczeń zgodnie z wymogami określonymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. – pacjentom objętym OPH zapewniono leczenie bólu, zapewniono im również prawo do godności i intymności zgodnie z art. 20 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. – rzetelnie i terminowo przedkładano wymagane dokumenty rozliczeniowe do NFZ.	
11.	Global Medical Szwejer Sp. z o.o.	W formie opisowej.	– zapewniono odpowiednią liczbę etatów pielęgniarek i fizjoterapeutów, a także odpowiedni rodzaj i liczbę sprzętu medycznego oraz pomocniczego. – dysponowano i wykorzystywano sprzęt oraz urządzenia pozwalające na prowadzenie zajęć rehabilitacji chorych.	– nie w pełni realizowano postanowienia umów zawartych z Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. – nie wywiązano się z obowiązku przesyłania do Funduszu bieżącej aktualizacji w zakresie zarówno personelu, jak i sprzętu, jakim dysponowano w celu udzielania świadczeń.

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
			– powierzchnia pokoi pozwalała na wydzielanie łóżek parawanami w celu zapewnienia intymności pacjenta w czasie badań lub zabiegów pielęgnacyjnych, – dokumenty rozliczeniowe przekazywano do OW NFZ w terminach wynikających z obowiązujących w tym zakresie przepisów.	– nie zapewniono i nie zgłoszono do OW NFZ odpowiedniej liczby etatów lekarzy oraz psychologów, która wynikała z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. – pokoje, w których przebywali pacjenci, częściowo nie spełniały warunków określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, gdyż nie umożliwiono dostępu do łóżka pacjenta z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych. – Dyrektor Hospicjum oraz dyrektor do spraw medycznych nie w pełni wywiązali się z określonego w regulaminach organizacyjnych obowiązku sprawowania nadzoru nad sporządzaną dokumentacją medyczną, a w przypadku dyrektora do spraw medycznych dodatkowo, nad zespołem lekarskim oraz pielęgniarstkiem, przez co nie skorygowano błędów w dokumentowaniu zleconych, wydanych i podanych pacjentom dawek morfiny. – w jednej dyżurce pielęgniarstkiej znajdował się lek, którego termin ważności upłynął.
12.	Grupa Zdrowie Sp. z o.o. Hospicjum Stacjonarne w Kraszewie-Czubakach	Pozytywna.	– prawidłowo udzielano świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w hospicjum w Kraszewie-Czubakach. – spełniono wymagania określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia oceny ogólnej z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. – zapewniono odpowiednie warunki lokalowe i sprzętowe. – zapewniono właściwą obsadę wykwalifikowanego personelu medycznego. – podejmowano skuteczne działania ukierunkowane na poprawę jakości życia pacjentów. – terminowo rozliczano świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej na podstawie umów zawartych z NFZ.	

Lp.	Nazwa jednostki kontrolowanej	Ocena kontrolowanej działalności*/	Stany mające wpływ na wydaną ocenę:	
			prawidłowe	nieprawidłowe
13.	Niepubliczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Wigor Sp. z o.o.	W formie opisowej.	– wywiązywano się z realizacji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w formie hospicjum stacjonarnego określonych w umowach zawartych z mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowi. – udzielano świadczeń w odpowiednim wymiarze. – spełniano wymagania dotyczących liczby i kwalifikacji personelu. – dysponowano wymaganym sprzętem medycznym i pomocniczym, który był w pełni wykorzystywany. – podejmowano działania mające na celu poprawę jakości ich życia poprzez zapobieganie i uśmierzanie objawów somatycznych, w tym bólu, a także łagodzenie dolegliwości psychicznych, duchowych i socjalnych poprzez indywidualny dostęp do wsparcia psychologicznego. – rozliczano świadczenia OPH zgodnie z zasadami określonymi w umowach zawartych z OW NFZ.	– nie spełniono wymaganego przepisami warunku dostępności do łóżka pacjenta z trzech stron. – leki opioidowe w dyżurkach pielęgniarskich były przechowywane w sposób niespełniający obowiązujących przepisów. – w jednej z dyżurek przechowywany był lek z przekroczonym terminem ważności.

*/ pozytywna/w formie opisowej/negatywna

6.2. ANALIZA STANU PRAWNEGO I UWARUNKOWAŃ ORGANIZACYJNO-EKONOMICZNYCH

Minister Zdrowia to naczelny organ administracji rządowej odpowiedzialny za kreowanie polityki zdrowotnej państwa. Zarządzeniem z dnia 12 grudnia 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw opieki paliatywnej powołał Pełnomocnika. Do zadań Pełnomocnika należy:

- 1) inicjowanie i koordynowanie 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;
- 2) wykonywanie innych zadań zleconych przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Nadzór nad działalnością Pełnomocnika sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. Pełnomocnik przedstawia Ministrowi: informacje w zakresie analiz, ocen i wniosków związanych z realizacją zadań, o których mowa w § 3 ust. 1; propozycje w zakresie rozwiązań legislacyjnych i organizacyjno-finansowych rekomendowanych w celu rozwoju opieki paliatywnej. W celu realizacji zadań, o których mowa w § 3 ust. 1, Pełnomocnik może podejmować współpracę z organami administracji publicznej i organizacjami pozarządowymi oraz innymi podmiotami krajowymi zaangażowanymi w rozwój opieki paliatywnej w Rzeczypospolitej Polskiej. Ponadto Zarządzeniem z dnia 29 lipca 2022 r. Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej, którego zadaniem było opracowanie do 31 marca 2024 r. takiej strategii. Zespół powołano jako organ pomocniczy Ministra Zdrowia. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny, w § 1 pkt 10 wymieniono medycynę paliatywną.

Opieka paliatywna skierowana jest do osób znajdujących się w końcowej fazie nieuleczalnych chorób. W szczególności skupia się ona na poprawie jakości życia osobom chorym terminalnie i ich rodzinom oraz na stworzeniu godnych warunków dla zakończenia ich życia poprzez zmniejszanie doznań bólowych i cierpienia związanego z chorobą. Opieka paliatywna obejmuje szeroki aspekt opieki medycznej lekarskiej, pielęgniarskiej, psychologicznej, socjalnej i duchowej. Oznacza to, iż opieka paliatywna nie ogranicza się wyłącznie do leczenia fizycznych objawów choroby w jej końcowej fazie. Na problem chorego patrzy się w sposób całościowy, dostrzegając wszystkie wymiary ludzkiego życia

i cierpienia. Opieka paliatywna podejmuje problemy psychiczne, socjalne oraz duchowe chorego i jego rodziny.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO) opieka paliatywna ma na celu poprawę jakości życia chorych i rodzin, którzy zmagają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu, poprzez zapobieganie i ulgę w cierpieniu, dzięki wczesnemu rozpoznaniu, dokładnej ocenie i właściwemu leczeniu bólu oraz innych objawów fizycznych, a także problemów psychosocjalnych i duchowych. Opieka paliatywna ma charakter interdyscyplinarny i obejmuje pacjenta, rodzinę i środowisko. Opieka paliatywna zaspokaja indywidualne potrzeby pacjenta, gdziekolwiek jest leczony w domu lub w szpitalu. Opieka paliatywna afirmuje życie i traktuje umieranie, jako normalny proces; nie przyspiesza śmierci, ani nie przedłuża umierania. Głównym założeniem jest zachowanie możliwie najwyższej jakości życia aż do śmierci. Cierpienie, ból i śmierć przestaje być problemem samego pacjenta⁸².

Dokumentem zalecanym do realizacji w krajach Rady Europy są Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej, opracowane przez Komitet Ekspertów pod auspicjami Europejskiego Komitetu Zdrowia Rady Europy⁸³. Zgodnie z Wytycznymi zagwarantowany dostęp do opieki paliatywnej powinni mieć wszyscy, którzy jej potrzebują, bez opóźnienia i barier finansowych, niezależnie od rodzaju schorzenia, statusu socjoekonomicznego, pochodzenia etnicznego, czy wyznania. Strategie prowadzenia opieki paliatywnej powinny respektować prawa człowieka i prawa pacjenta, z podkreśleniem prawa do zachowania godności ludzkiej.

Zgodnie z treścią art. 68 Konstytucji RP „Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”.

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Wynika z niej, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, obciąża władze publiczne (art. 1 pkt. 3, art. 6 i nast. (7-11), a głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia (art. 2 i 3, art. 97 ust. 1, art. 116 ust. 1 pkt 1 ustawy o świadczeniach).

⁸² <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

⁸³ <https://hospicjum-palium.pl/nowy/public/wydarzenia10/czytelnia5.pdf>

Wykaz i warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określa rozporządzenie w sprawie OPH. Zgodnie z § 3 ust. 1 tego rozporządzenia świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. W § 2 pkt 3 rozporządzenia określono, że perinatalna opieka paliatywna polega na zapewnieniu wsparcia rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej, opieki nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodkom (chodzi o dzieci z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu).

Zgodnie z § 4 rozporządzenia świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach: stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej; domowych - w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia; ambulatoryjnych - w poradni medycyny paliatywnej; perinatalnej opieki paliatywnej – w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym.

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

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego; porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy; świadczenia pielęgniarstwa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy (§ 7).

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują świadczenia, o których mowa w § 5 pkt 1, 2 i 4–8, oraz badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ordynację leków

i bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych wymienionych w ust. 3 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia (§ 6).

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca, zgodnie z § 8 zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie: badania diagnostyczne; w warunkach stacjonarnych – leki i wyroby medyczne.

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

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej określono w załączniku nr 2 do ww. rozporządzenia.

Zgodnie z art. 6 ust. 1 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych odpowiadających wymaganiom aktualnej wiedzy medycznej. Ma również prawo do natychmiastowego udzielenia świadczeń zdrowotnych ze względu na zagrożenie zdrowia lub życia (art. 7 ust. 1). Na podstawie art. 8 tejże ustawy pacjent ma prawo do świadczeń zdrowotnych udzielanych z należytą starannością przez podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych w warunkach odpowiadających określonym w odrębnych przepisach wymaganiom fachowym i sanitarnym. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych osoby wykonujące zawód medyczny kierują się zasadami etyki zawodowej określonymi przez właściwe samorządy zawodów medycznych. Ustawa, w art. 9 stanowi, że pacjent ma prawo do informacji o swoim stanie zdrowia, a na podstawie art. 12 ust. 1 prawo do informacji o rodzaju i zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych. Rozdział 6 tejże ustawy odnosi się do prawa do poszanowania intymności i godności pacjenta stanowiąc w art. 20 ust. 1, że pacjent ma prawo do poszanowania intymności i godności, w szczególności w czasie udzielania mu świadczeń zdrowotnych; do leczenia bólu (art. 20a), a podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych jest obowiązany podejmować działania polegające

na określeniu stopnia natężenia bólu, leczeniu bólu oraz monitorowaniu skuteczności tego leczenia. Na życzenie pacjenta przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych może być obecna osoba bliska (art. 21 ust. 1). Osoba wykonująca zawód medyczny udzielająca świadczeń zdrowotnych pacjentowi może odmówić obecności osoby bliskiej przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w przypadku istnienia prawdopodobieństwa wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub ze względu na bezpieczeństwo zdrowotne pacjenta. Odmowę odnotowuje się w dokumentacji medycznej (art. 21 ust. 2).

Zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej⁸⁴ powołaniem lekarza jest niesienie ulgi w bólu, a najwyższym nakazem etycznym lekarza jest dobro chorego. Lekarz powinien zabiegać o wykonywanie swojego zawodu w warunkach zapewniających odpowiednią jakość opieki nad pacjentem, szanować godność osobistą pacjenta i jego prawo do intymności i prywatności. Obowiązkiem lekarza jest respektowanie prawa pacjenta do świadomego udziału w podejmowaniu decyzji dotyczących jego zdrowia, a postępowanie diagnostyczne, lecznicze i zapobiegawcze wymaga zgody pacjenta lub jego ustawowego przedstawiciela bądź osoby faktycznie nim się opiekującej. Pacjent w trakcie leczenia ma prawo do korzystania z opieki rodziny lub przyjaciół oraz do kontaktów z duchownym. Lekarz powinien dołożyć wszelkich starań, aby zapewnić choremu humanitarną opiekę terminalną i godne warunki umierania. Powinien do końca łagodzić cierpienia chorych w stanach terminalnych i utrzymywać, w miarę możliwości, jakość kończącego się życia. W stanach terminalnych, lekarz nie ma obowiązku podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 lutego 2023 r. w sprawie standardu organizacyjnego leczenia bólu w warunkach ambulatoryjnych, w § 5 stanowi o obowiązku sporządzania karty oceny natężenia bólu, którą należy załączać do dokumentacji medycznej pacjenta.

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą określono, iż muszą one odpowiadać rodzajowi wykonywanej działalności leczniczej i zakresowi świadczeń zdrowotnych. Pokoje chorych nie powinny znajdować się poniżej poziomu terenu urządzonego przy budynku (§ 14 ust. 4). Łóżka w pokojach łóżkowych są dostępne z trzech stron, w tym z dwóch dłuższych (§ 18 ust. 1). § 19 stanowi, że odstęp między łózkami umożliwia swobodny dostęp do pacjentów, a § 20, iż szerokość pokoju łóżkowego umożliwia wyprowadzenie łóżka. Szerokość drzwi w pomieszczeniach, przez które odbywa się ruch pacjentów na łózkach,

⁸⁴ <https://nil.org.pl/dokumenty/kodeks-etyki-lekarskiej>

umożliwia ten ruch (§ 33). W pokojach łóżkowych zapewnia się bezpośredni dostęp światła dziennego (§ 34). W przypadku nadmiernego naświetlenia pokoi łóżkowych instaluje się w nich urządzenia przeciwsłoneczne (§ 35).

Zgodnie z art. 19 ust. 1 ustawy o świadczeniach w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie. Świadczeniodawca umieszcza w harmonogramie przyjęć świadczeniobiorcę, wyznaczając termin udzielenia świadczenia (art. 19a ust. 2). Harmonogram przyjęć stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę i jest prowadzony w postaci elektronicznej (art. 19a ust. 6 i 7). Świadczeniodawca ustala kolejność udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorcy (art. 20 ust. 2 pkt 1), wpisuje datę i przyczynę skreślenia świadczeniobiorcy z prowadzonej przez siebie listy oczekujących na udzielenie świadczenia (art. 20 ust. 2 pkt 4). Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi część harmonogramu przyjęć. Listę oczekujących prowadzi się w sposób zapewniający poszanowanie zasady sprawiedliwego, równego, niedyskryminującego i przejrzystego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodnie z kryteriami medycznymi określonymi w przepisach wydanych na podstawie ust. 11 (art. 20 ust. 4 i 5). Świadczeniodawca ustala kolejność przyjęć i zapewnia prawidłowe prowadzenie list oczekujących albo wyznacza osoby odpowiedzialne za realizację tych zadań (art. 20 ust. 6). W razie zmiany stanu zdrowia świadczeniobiorcy, wskazującej na potrzebę wcześniejszego niż w ustalonym terminie udzielenia świadczenia, świadczeniobiorca informuje o tym świadczeniodawcę, który, jeżeli wynika to z kryteriów medycznych, koryguje odpowiednio termin udzielenia świadczenia i informuje niezwłocznie świadczeniobiorcę o nowym terminie (art. 20 ust. 7). Listy oczekujących na udzielenie świadczeń, o których mowa w ust. 1, prowadzi się w postaci elektronicznej (art. 20 ust. 10g ustawy o świadczeniach). Świadczeniodawca, o którym mowa w art. 19a ust. 1, przekazuje co miesiąc Funduszowi informację obejmującą: dla każdej kategorii świadczeniobiorcy, o której mowa w art. 19a ust. 4 pkt 3 - liczbę osób wpisanych w harmonogramie przyjęć według stanu na ostatni dzień miesiąca (art. 23 ust. 1 pkt 1). Prowadzenie list oczekujących jest obowiązkiem świadczeniodawców od marca 2015 r.

Zgodnie z § 5 rozdziału 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za ordynowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych świadczeniobiorcom, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz z aktualnym stanem wiedzy medycznej."

Zgodnie z § 3 rozdziału 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest obowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie 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 ustawy o świadczeniach. Ponadto świadczeniodawca jest obowiązany udzielać świadczeń świadczeniobiorcom z zachowaniem należytej staranności oraz przestrzegać praw pacjenta. W § 5 określono, że świadczeniodawca jest obowiązany zaopatrywać się we własnym zakresie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne i inne materiały konieczne do wykonania świadczenia na podstawie umowy. Zgodnie z § 13 świadczeniodawca zapewnia bieżącą rejestrację świadczeniobiorców na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym przy wykorzystaniu telefonu lub innych środków komunikacji elektronicznej. W przypadku porodu przyjęcie następuje niezwłocznie. Świadczenia powinny być udzielane świadczeniobiorcy przez świadczeniodawcę w możliwie najkrótszym terminie. § 14 rozdziału 3 ww. rozporządzenia stanowi, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest obowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w umowie dla danego zakresu świadczeń. Zgodnie z § 23 podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek, wystawiony na podstawie szablonu rachunku, wraz z raportem statystycznym, tzw. „dokumentami rozliczeniowymi”. Świadczeniodawcy przysługuje prawo do korygowania raportu statystycznego w terminie 40 dni po upływie okresu rozliczeniowego. Dokumenty rozliczeniowe świadczeniodawca składa Prezesowi Funduszu albo dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, z którym zawarł umowę, w terminie do 10. dnia każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni. Świadczeniodawca składa Funduszowi rachunek w postaci elektronicznej: z wykorzystaniem dedykowanego serwisu internetowego lub usług informatycznych, o których mowa w § 10 ust. 1; zgodnie z formatem ustalonym przez Prezesa Funduszu. W przypadku braku możliwości złożenia Funduszowi rachunku w postaci elektronicznej, dopuszcza się złożenie rachunku w postaci papierowej. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy Fundusz wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie 5 dni roboczych po dniu dostarczenia przez świadczeniodawcę dokumentów rozliczeniowych i informacji, o której mowa w § 17 ust. 2, oraz

dokumentów, o których mowa w § 23 ust. 5 i 7–8, z zastrzeżeniem

§ 25 i 26. Płatności dokonuje się przelewem na rachunek bankowy określony w umowie.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, w zarządzeniu nr 196/2021/DSOZ z dnia 10 grudnia 2021 r. określił warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna⁸⁵. Zgodnie z tym zarządzeniem, świadczenia objęte przedmiotem umowy udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem - zasoby”, określonym w załączniku nr 2 do umowy. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z tym harmonogramem. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany. Świadczeniodawca odpowiada wobec świadczeniobiorcy za jakość udzielonego świadczenia. W ramach wizyty personelu medycznego, w zakresach świadczeń: świadczenia w hospicjum domowym oraz świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, personel medyczny hospicjum domowego oraz hospicjum domowego dla dzieci jest każdorazowo obowiązany do przedkładania świadczeniobiorcy lub członkowi jego rodziny, albo opiekunowi faktycznemu lub prawnemu „Karty wizyt w domu chorego”, której wzór określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia, w celu potwierdzenia zrealizowanej wizyty, a kartę dołącza się do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

Ustawa z 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym⁸⁶ dodała do art. 136 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pkt 1c, zgodnie z którym w przypadku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w każdym zakresie świadczeń, w części dotyczącej świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom do ukończenia 18. roku życia, kwota zobowiązania, o której mowa w ust. 1 pkt 5, jest zmieniana przez dostosowanie jej do potrzeb zdrowotnych oraz wykonania tej umowy.

Z dniem 1 kwietnia 2024 r. weszło w życie Zarządzenie Nr 41/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania

⁸⁵ Zmienione zarządzeniem nr 45/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 marca 2023 r., którym dodano do katalogu świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej w poz. Nr 4 „poradę w domu świadczeniodawcy”.

⁸⁶ Dz. U. z 2024 r. poz. 889.

**Opieka paliatywna
według Zaleceń
Europejskiego
Towarzystwa Opieki
Paliatywnej (EAPC)**

i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, którym zniesiono limitowanie świadczeń w OPH⁸⁷.

Opieka paliatywna jest aktywną, pełną opieką nad chorym, którego choroba nie odpowiada na leczenie. Nadrzędnym celem tej opieki jest kontrola bólu i innych objawów oraz problemów socjalnych, psychologicznych i duchowych. Opieka paliatywna ma służyć poprawie jakości życia chorych i ich rodzin poprzez odpowiadanie na problemy związane z zagrażającą życiu chorobą. W ramach tej opieki wyróżnia się trzy terminy: 1) opieka podtrzymująca, 2) opieka u schyłku życia, 3) opieka terminalna.

- 1) *opieka podtrzymująca* to zapobieganie i przeciwdziałanie skutkom chorób nowotworowych i niepożądanym efektom leczenia. Dotyczy to zarówno objawów fizycznych, jak i psychosocjalnych i polega m.in. na zachęcaniu chorego do poddawania się rehabilitacji i podtrzymywania w nim woli życia. Choć terminy „opieka podtrzymująca” i „opieka paliatywna” są niekiedy uważane za synonimy, opieka podtrzymująca uważana jest za właściwą u chorych, u których nadal stosuje się leczenie przeciwnowotworowe, natomiast opieka paliatywna skupia się na chorych ze znacznie bardziej zaawansowaną chorobą⁸⁸.
- 2) *opieka u schyłku życia* jest uznawana za synonim opieki paliatywnej lub opieki hospicyjnej. Odnosi się ona do wszystkich chorych, a nie tylko borykających się z chorobą nowotworową. Koniec życia jest rozumiany jako okres 1–2 lat, podczas którego chory i jego rodzina stają się świadomi natury choroby, która prowadzi do śmierci⁸⁹.
- 3) *opieka terminalna* jest najstarszą nazwą, która pierwotnie była rozumiana jako pełna opieka nad chorymi z zaawansowaną chorobą nowotworową i ograniczoną przewidywalną długością życia. Obecnie termin ten odnosi się wyłącznie do opieki udzielanej w ostatnim okresie życia (kilka ostatnich dni choroby)⁹⁰.

Według Zaleceń EAPC⁹¹ opieka paliatywna nie może być zarezerwowana wyłącznie dla pacjentów, u których zdiagnozowano określone choroby (tak jak jest to obecnie w Polsce), ale powinna być dostępna dla wszystkich osób ze schorzeniami zagrażającymi życiu⁹². Zapewnienie dostępu do wysokiej jakości opieki paliatywnej dla osób z chorobami nienowotworowymi powinno stać się priorytetem przy planowaniu rozwoju systemów zdrowotnych. Odpowiednie zapewnienie OPH osobom z chorobami nienowotworowymi wymaga dodatkowych nakładów. EAPC

⁸⁷ <https://sip.lex.pl/akty-prawne/dzienniki-resortowe/zmiana-zarzadzenia-w-sprawie-okreslenia-warunkow-zawierania-i-38737208>

⁸⁸ Zalecenia EAPC, cz. 1, str. 45.

⁸⁹ Zalecenia EAPC, cz. 1, str. 45.

⁹⁰ Zalecenia EAPC, cz. 1, str. 46.

⁹¹ Ang. European Association for Palliative Care.

⁹² Zalecenia EAPC, cz. 1, str. 49.

zakłada, że gdyby mieli oni równy dostęp do opieki paliatywnej, proporcje wyglądałyby następująco: 40 % – osoby z chorobami nienowotworowymi, 60 % – chorzy na nowotwory⁹³.

Problemem jest także brak określenia, kiedy leczenie w celu wyleczenia powinno zostać zamienione na leczenie paliatywne. W Polsce wielu pacjentów z nieuleczalną, śmiertelną chorobą poddaje się kosztownemu i nieskutecznemu leczeniu szpitalnemu. Pacjenci tacy narażeni są na doświadczenie niepotrzebnego bólu, albowiem z reguły personel szpitalny nie jest odpowiednio przeszkolony w udzielaniu pomocy z dziedziny medycyny paliatywnej. Postuluje się rozwiązania, takie jak powołanie szpitalnych zespołów wspierających OPH lub koordynatorów OPH. Ich zadaniem byłoby zapewnić specjalistyczną poradę dotyczącą opieki paliatywnej i wsparcie lekarzy w środowisku szpitalnym. Zespoły takie udzielałyby specjalistycznych porad z zakresu medycyny i opieki paliatywnej. Ich działalność mogłaby przyczynić się do ułatwienia przeniesienia pacjenta do OPH i koordynowania udzielania pomocy⁹⁴.

Innym możliwym rozwiązaniem zwiększającym efektywność systemu OPH jest stworzenie sieci dziennych domów opieki paliatywnej. Byłyby to miejsca, w których chorzy mogliby przebywać przez ograniczony czas i uzyskać profesjonalną pomoc bez konieczności angażowania personelu w opiekę całodobową. Taki model funkcjonuje w Wielkiej Brytanii i szacuje się, że jeden ośrodek dziennej opieki paliatywnej powinien przypadać na 150 tys. mieszkańców. Ośrodki powinny dysponować pokojami dla chorych, pokojem do terapii, pomieszczeniem dla personelu, kuchnią i pokojem rekreacyjnym. Zaleca się, aby w godzinach otwarcia były obecnie co najmniej 2 pielęgniarki i przynajmniej jedna pielęgniarka wyspecjalizowana w zakresie OPH na siedmiu podopiecznych. Wykwalifikowany personel (lekarz, fizjoterapeuci, opiekunowie duchowni) powinni być dostępni w razie potrzeby⁹⁵.

Uznaje się, że opieka paliatywna powinna być integralną częścią krajowego systemu opieki zdrowotnej. Rządy powinny przeprowadzać badania określające zapotrzebowanie na świadczenia OPH oraz potrzeb edukacyjnych personelu. Jako część strategii rządy powinny rozpoznać prawne, ustawowe, społeczne, ekonomiczne, kulturowe, administracyjne i fizyczne bariery w dostępie do OPH. Wskazuje się też na potrzebę corocznej publikacji krajowego raportu dotyczącego organizacji i funkcjonowania OPH. Postulowane jest także, aby zdefiniować i wprowadzić monitorowanie

⁹³ Zalecenia EAPC, cz. 1, str. 50.

⁹⁴ Zalecenia EAPC, cz. 2, str. 61.

⁹⁵ Zalecenia EAPC, cz. 2, str. 64.

wskaźników dobrej opieki paliatywnej obejmujące wszystkie obszary tej działalności, w tym uwzględniające opinię chorego i jego bliskich.

6.3. WYKAZ AKTÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCYCH KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, ze zm.).
2. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2024 r. poz. 581).
3. Ustawa z 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 889).
4. 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).
5. Rozporządzenie 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.).
6. 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.).
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r. poz. 402).
8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2024 r. poz. 798).
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2022 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2024 r. poz. 791).
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. z 2012 r. poz. 420).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 610, ze zm.).
12. Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz. U. z 2022 r. poz. 1225, ze zm.).
13. Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2019 r. w sprawie ustanowienia Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw opieki

- paliatywnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2019 r. poz. 102). Z dniem 16 maja 2024 r. przedmiotowe Zarządzenie zostało uchylone.
14. 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. rz. Min. Zdrow. z 2022 r. poz. 81, ze zm.). Z końcem dnia 1 kwietnia 2024 r. przedmiotowe Zarządzenie wygasło.
 15. Zarządzenie nr 196/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (Biul. Inf. NFZ z 2024 r. poz. 41). Ogłoszenie przedmiotowego Zarządzenia nastąpiło w Dz. NFZ w 2021 r. pod poz. 196, ze zm. Zarządzenie uchylono z dniem 1 lipca 2024 r.
 16. Zarządzenie Nr 41/2024/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (Dz. U. z 2024 r. poz. 41).
 17. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 21 stycznia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 192).

6.4. WYKAZ PODMIOTÓW, KTÓRYM PRZEKAZANO INFORMACJĘ O WYNIKACH KONTROLI

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
6. Rzecznik Praw Obywatelskich
7. Przewodniczący Komisji do Spraw Kontroli Państwowej Sejmu RP
8. Przewodniczący Komisji Zdrowia Sejmu RP
9. Przewodniczący Komisji Zdrowia Senatu RP
10. Minister Zdrowia
11. Rzecznik Praw Pacjenta
12. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia



Minister Zdrowia

NKM.0910.1.2025.13.KCZ
Warszawa, 18 czerwca 2025

Pan
Marian Banaś
Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Szanowny Panie Prezesie,

w związku z Informacją Najwyższej Izby Kontroli¹ o wynikach kontroli P/24/045 – „*Opieka paliatywna i hospicyjna finansowana ze środków publicznych*”, która została przekazana przy piśmie z dnia 6 czerwca 2025 r. o znaku: KZD.430.6.2024, zgodnie z uprawnieniem przewidzianym w art. 64 ust. 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli², przedstawiam stanowisko do ww. dokumentu.

W odniesieniu do pierwszego przykładu wskazanego na str. 72-73 w ww. Informacji o wynikach kontroli NIK w *pkt III. W zakresie świadczeń opieki hospicyjnej domowej (dla dzieci i dla dorosłych)*, wskazano, że w zakresie świadczeń opieki hospicyjnej domowej dla dzieci i dla dorosłych brakuje możliwości wypisywania przez lekarzy w hospicjum recept na bezpłatne leki dla seniorów w wieku 65+ oraz dzieci i młodzieży do 18 roku życia, co wymusza konieczność angażowania w ten proces lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Mając powyższe na uwadze, uprzejmie wskazuję, że w związku z nowelizacją ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, od dnia 14 lutego 2025 r. receptę z uprawnieniem dodatkowym „S” lub „DZ” mogą wystawić wszystkie osoby uprawnione do wystawiania recept w ramach wykonywanego zawodu medycznego. Zgodnie z nowymi przepisami receptę na lek z listy dla ww. grup pacjentów, może wystawić:

- 1) każdy lekarz bez względu na posiadaną specjalizację;
- 2) osoby, które posiadają uprawnienia do wystawiania recept, zarówno w placówkach publicznej służby zdrowia, jak i w gabinetach prywatnych.

Ponadto uprzejmie informuję, iż prowadzone w Ministerstwie Zdrowia prace nad rozwiązaniami zmierzającymi do poprawy dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej były w ostatnim czasie skoncentrowane na wypracowaniu ostatecznej wersji projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, co umożliwi w dalszej kolejności podjęcie działań na rzecz oszacowania skutków finansowych proponowanych rozwiązań.

¹ zwanej dalej „NIK”.

² Dz. U. z 2022 r. poz. 623.

Z wyrazami szacunku
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Rafał Głowczyński
Dyrektor
/dokument podpisany elektronicznie/