



Warszawa, 07-11-2022 r.

RZECZNIK PRAW OBYWATELSKICH

Marcin Wiącek

V.7010.162.2022.ETP

Pan

Filip Nowak

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
via ePUAP

Wielce Szanowny Panie Ministrze!

Z niepokojem odbieram doniesienia na temat sytuacji chorych onkologicznie, którzy posiadają utrudniony dostęp do leczenia oraz kolejek do hospicjów¹, jak i ich niewystarczającego finansowania.

Pragnę podkreślić, że osoby chore na nowotwory stanowią grupę obywateli, która powinna zostać objęta szczególną troską. Bowiem niejednokrotnie chorzy onkologicznie walczą nie tylko o zdrowie, ale i częstokroć o życie.

Szczególnie niepokojące są ostatnie doniesienia w tej sprawie wskazujące, że wielu chorych umiera nim zostaną objęci odpowiednią opieką medyczną w hospicjach².

Z posiadanych informacji wynika, że dotychczasowy system organizacji i finansowania leczenia, nie tylko nie zapewnia oczekiwanych możliwości wczesnego wykrywania nowotworów, ale i późniejszego odpowiedniego leczenia. Dochodziło do sytuacji, w której pozbywa się personelu medycznego – lekarzy, likwiduje się kolejne łóżka, a co za tym idzie możliwość leczenia dla chorych, na wyniki badań

¹ <https://wyborcza.pl/7,75398,29058109,kolejki-umierajacych-na-raka.html#commentsAnchor> [dostęp: 25.10.2022 r.].

² Tamże.

histopatologicznych trzeba było czekać nawet dwa miesiące – co miało przełożenie na późniejszą diagnostykę i brak operacyjności nowotworu.

Szczególnie trudna wydaje się być sytuacja w ośrodkach radioterapii, gdzie dotychczas nigdy nie było tylu pacjentów do leczenia paliatywnego. Jednocześnie pacjenci w tych ośrodkach przechodzą naświetlania w celu uśmierzenia bólu, a na wyleczenie z nowotworu nie mają już szans.

Zaistniała sytuacja według specjalistów jest związana z ograniczonym leczeniem podczas ogłoszenia w marcu 2020 r. epidemii COVID-19, gdzie wszystkie szpitale ograniczyły przyjęcia, a niektóre – jak Wielkopolskie Centrum Onkologii – w ogóle zostały zamknięte. Wówczas drastycznie spadła liczba porad i hospitalizacji – nie tylko diagnozowano mniej pacjentów, ale także leczono ich znacznie mniej. Zostało podniesione, że podczas kolejnych fali epidemii ograniczenia nie były już tak duże jak wiosną 2020 r., ale wciąż dostęp do leczenia był gorszy niż przed pojawieniem się COVID-19. Z tych powodów przez kilka lat będą odnotowywane nadmiarowe zgony, w tym chorych na raka. Powyższe, obecnie uwidocznia się w hospicjach.

Niepokojące jest to, że część pacjentów z kolejki nie dożywa momentu, w którym hospicjum jest gotowe objąć ich opieką. Na powyższe, ma wpływ duża liczba pacjentów potrzebujących opieki hospicyjnej oraz niewystarczające dofinansowanie.

Powyższa sytuacja jest nie do przyjęcia z punktu widzenia konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia oraz praw osoby korzystającej z ubezpieczenia zdrowotnego.

Zdaniem dr Artura Pakosza, Śląskiego Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie medycyny paliatywnej jest bardzo wielu pacjentów, którzy czekają w kolejkach. Jednocześnie pojawili się też chorzy z Ukrainy. Problemem jest brak kadr oraz brak środków finansowych. Natomiast podwyżka stawek, jaką przyznał NFZ, nie pokrywa wzrostu kosztów bezpośrednio związanych z obecnym poziomem inflacji.

Jak również może budzić wątpliwości kwestia monitoringu przez NFZ kolejki oczekujących do hospicjów stacjonarnych i domowych. Z dostępnych informacji wynika bowiem, że na stronie funduszu brak jest informacji o kolejkach do hospicjów – przy każdym hospicjum w rubryce pierwszy wolny termin można przeczytać tylko „nie dotyczy”.

Kolejną kwestią jest podnoszony w przestrzeni publicznej postulat, aby świadczenia opieki paliatywnej były Nielimitowane i NFZ płacił za tylu pacjentów, ilu dane hospicjum weźmie pod opiekę.

Pragnę zauważyć, że w dniu 7 września 2022 r. podczas posiedzenia Komisji

Ekspertów ds. Zdrowia przy Rzeczniku Praw Obywatelskich, zostały przedstawione przez członków Komisji Ekspertów ds. Zdrowia, jak i zaproszoną ekspertkę – dr Jolantę Stokłosę najważniejsze problemy dotyczące opieki hospicyjnej – niewystarczającego finansowania przez NFZ.

Pierwszy istotny problem, na który zwrócili uwagę eksperci to wycena świadczeń gwarantowanych z opieki paliatywnej i hospicyjnej. Powyższa wycena w 2022 roku została dwa razy podwyższona (kwiecień i lipiec), z tym, że do wyceny punktu włączone zostały współczynniki korygujące podwyżki wynagrodzenia dla personelu medycznego stosowane od 2017 roku.

Włączenie współczynników korygujących do wyceny punktu i aneksowana przez NFZ pod koniec lipca 2022 r. wysokość punktu, nierówna w poszczególnych województwach, spowodowały, że sytuacja finansowa zwłaszcza hospicjów pozarządowych stała się bardzo trudna a czasami katastrofalna.

Zostały przedstawione dane z 19 pozarządowych hospicjów, z których 18 odpowiedziało, że musi pozyskiwać dodatkowe środki na prowadzenie opieki hospicyjnej. Oceniając swoją sytuację finansową po zmianie wysokości wyceny punktu w lipcu 2022 r., trzynastcie hospicjów uznało ją za trudną, pięć hospicjów za bardzo złą, tylko jedno oceniło ją jako dobrą. Nakreślono główne problemy w organizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej w sytuacji niewystarczającego finansowania przez NFZ.

Istotnym czynnikiem w powstaniu tak trudnej sytuacji może być podwyżka minimalnych wynagrodzeń zgodnie z ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2022 r. poz. 1352) dotycząca zarówno pracowników zatrudnionych w działalności podstawowej jak i pracowników administracyjnych oraz gospodarczych. Przy włączonych współczynnikach korygujących do wyceny punktu w anektowanych umowach na koniec lipca br. kwoty podwyżek w wielkim stopniu zwiększyły niedobór dodatkowych środków finansowych, które wszystkie hospicja pozarządowe pozyskują głównie z darowizn, zbiórek publicznych i odpisu z podatku 1%.

Często hospicja, chcąc dalej prowadzić działalność, nie mają wyboru i muszą zakontraktować opiekę np. w 4 powiatach, co wymaga (przy całodobowej dostępności do lekarza i pielęgniarki w hospicjum domowym) wyjazdów na wizyty do 50 – 60 km w dzień i w nocy. Wyjazd do 50 km i powrót zajmuje kilka godzin i automatycznie zmniejsza liczbę wizyt u innych pacjentów. Pielęgniarki realizujące wizyty w domach chorych w bardzo odległych lokalizacjach dwa razy w tygodniu, także nie mogą

wykonywać większej liczby wizyt, choćby stan pacjenta wymagał wizyt dodatkowych. Sytuacja ta zmusza hospicja domowe do odpowiednio większego finansowania wizyt w odległym obszarze, przy braku odpowiednich środków finansowych na tak zapisaną dostępność.

Podkreślono, że dostępność całodobowa powinna być osobno kontraktowanym świadczeniem zwłaszcza w hospicjum domowym. Całodobowa dostępność dla chorych i ich rodzin jest bardzo ważną cechą opieki paliatywno hospicyjnej. W ankietach pacjenci i ich rodziny piszą, że dzięki zapewnieniu ze strony hospicjum całodobowej możliwości kontaktu telefonicznego i wizyt interwencyjnych czują się bardzo bezpiecznie. Jednakże, aby opieka mogła być świadczona o każdej porze muszą być przeznaczone na nią odpowiednie środki finansowe.

Istotne jest również, obecne liczenie jako jednego osobodnia dnia przyjęcia i dnia zgonu chorego. Hospicja od kilku lat domagają się zmiany tego zapisu - Zarządzenie Nr 74/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 lipca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Należy mieć na uwadze problematyczność wymogu liczby 2 wizyt pielęgniarских w tygodniu kalendarzowym oraz 2 wizyt lekarskich w miesiącu kalendarzowym, co powoduje problem z wykonaniem tych wizyt w przypadku, gdy pacjent jest przyjęty w ostatnich dniach miesiąca kalendarzowego. Dodatkowym problemem jest to, że w tym roku dużym utrudnieniem dla wolno stojących hospicjów stacjonarnych stają się rosnące koszty opieki związane z utrzymaniem budynku. Przy wycenie punktu w hospicjach stacjonarnych wolno stojących, koszt opieki i utrzymania budynku jest zdecydowanie wyższy.

Jednocześnie istotnym problemem jest brak lekarzy i pielęgniarek w opiece paliatywnej i hospicyjnej wynikające z następujących powodów:

- Z ogólnej sytuacji braku lekarzy i pielęgniarek w Polsce.
- Lekarze pracujący w zespołach opieki paliatywnej i hospicyjnej są zatrudniani w dwóch lub trzech hospicjach oraz pracują na oddziałach lub w przychodniach specjalistycznych w ramach swoich innych niż paliatywna specjalizacjach.
- Od dwóch lat zmieniły się przepisy odnośnie do specjalizacji lekarskich. Lekarz, który odbywa specjalizację winien być zatrudniony w hospicjum na 5 lat (trzy lata wysłany na internę – ale wynagrodzenie opłaci hospicjum) lub 35 tygodni w hospicjum stacjonarnym, 35 tygodni w hospicjum domowym i pozostałe godziny kształcenia z wysyłaniem na staże – lekarz na dwa lata zatrudniony na

pełnym etacie przez hospicjum. Nie ma już wolontaryjnych porozumień na odbywanie specjalizacji.

- Obecnie kształt przepisów może skutkować tym, że nie będzie dużej liczby lekarzy specjalistów z medycyny paliatywnej.
- Nie wszystkie uniwersytety medyczne prowadzą zajęcia z zakresu medycyny paliatywnej i nie wszystkie prowadzą oddziały medycyny paliatywnej w szpitalach klinicznych, gdzie studenci mogliby odbywać praktyki.

Obecnie sprawą najważniejszą dla istnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej pozostaje zwiększenie środków finansowych na realizację opieki. Natomiast zapowiadana taryfikacja opieki paliatywnej i hospicyjnej, umieszczona w planie AOTMiT w 2023 roku może być dla wielu hospicjów spóźniona. Nie wiadomo bowiem, czy część z hospicjów pozarządowych przetrwa wiosną w 2023 r.

Należy również zauważyć, że podczas kontroli przeprowadzonej przez NIK w 2019 r. zostało wykazanych wiele zaniedbań i sprzeczności ze stron MZ i NFZ oraz uwidocznili się brak dostępności dla obywateli do opieki hospicyjnej³. Wystąpiły ograniczenia w kwalifikacji do hospicjów tylko w zasadzie na choroby nowotworowe, a powinien być szerszy zasięg chorób kwalifikujących do opieki hospicyjnej. W innych państwach np. na Białorusi i USA nie ma ograniczeń na kwalifikację chorobową, opieką hospicyjną są objęci wszyscy potrzebujący pacjenci. Na potrzebę zmiany kwalifikacji, jak również standardów w opiece paliatywnej zwrócił uwagę Konsultant Krajowy w dziedzinie opieki paliatywnej w kierowanym do RPO piśmie. W szczególności podkreślił, że obowiązujące w Polsce uregulowania prawne, w tym 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), ograniczają części chorych dostęp do opieki paliatywnej, co dotyczy zwłaszcza pacjentów z rozpoznaniem przewlekłych chorób nienowotworowych. Powoduje to, że pacjenci ze znacznym cierpieniem, wynikającym z poważnej choroby, mogą być pozbawieni dostępu do specjalistycznej opieki paliatywnej, także w ostatnim okresie życia, kiedy z reguły dochodzi do znacznego nasilenia bólu i innych uciążliwych objawów fizycznych, problemów psychosocjalnych i duchowych pacjentów oraz wyczerpania członków

³ Informacja o wynikach kontroli NIK, „Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej”
<https://www.nik.gov.pl/plik/id,21371,vp,24011.pdf> [dostęp: 25.10.2022 r.].

rodzin⁴.Pragnę zauważyć, że na wąską listę chorób kwalifikujących się do opieki hospicyjnej i paliatywnej oraz na inne problemy systemowe z jakimi borykają się pacjenci w dostępie do opieki hospicyjnej RPO sygnalizował w wystąpieniach do: Ministra Zdrowia, Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej oraz Prezesa NFZ⁵.

Jednocześnie nie ma wątpliwości, że hospicja pozyskują finanse z różnych dodatkowych środków, które na terenie wiejskich są mniej dostępne niż w mieście. Tymczasem do opłacenia świadczeń kontraktowanych z NFZ powinny wystarczać środki z NFZ. Podkreślić wypada, iż w hospicjum domowym stawki wzrosły o 40 % za osobodzień. Natomiast obecne finansowanie z NFZ jest niewystarczające. Hospicja domowe są na skraju zamknięcia.

Należy zauważyć, że opieka paliatywna dotyczy w większości osób w podeszłym wieku. Obecnie społeczeństwo polskie dynamicznie się starzeje. Jest to istotne z perspektywy przyszłych zmian demograficznych, bowiem obecnie osoby starsze 75 + stanowią 7 % populacji natomiast w roku 2030 r. będą stanowić już ponad 11 %. Występują nierówności i braki w dostępności do opieki hospicyjnej. Tymczasem art. 68 ust. 3 Konstytucji RP wskazuje, że władze publiczne są zobowiązane do szczególnej opieki dla wyszczególnionej grupy, tj. dla osób starszych i z niepełnosprawnościami. Należy zasygnalizować, że konieczne jest wsparcie dla osób w podeszłym wieku w szerszym zakresie niż opieka hospicyjna. Występuje strukturalna przyczyna, że władza nie podejmuje realnych działań w tematyce opieki dla osób w wieku podeszłym, w tym opieki paliatywnej. Niewątpliwie powyższe musi ulec zmianie, aby w pełni realizować art. 68 Konstytucji RP.

Uwidacznia się również brak przepisów dotyczących opieki paliatywnej na poziomie Unijnym. Natomiast opieka społeczna powinna być powiązana z opieką zdrowotną – zaproponowane zmiany w tym obszarze zostały przedstawione przez Hospicjum Proroka Eliasza oraz są modelem dla innych państw jako pewien wzorzec jak i zostały docenione również przez Komisję Europejską.

Podkreślenia wymaga, że w 20 % są to podmioty publiczne, które prowadzą opiekę hospicyjną. Głównym problemem jest finansowanie świadczeń ogólnie. Największym problemem jest wycena świadczeń i waloryzacja. Pewnym rozwiązaniem

⁴ Pismo z dnia 20 czerwca 2022 r., V.7010.119.2022.ETP.

⁵ Pisma z dnia 5 marca 2020 r., V.7010.140.2019.ET.

mogłoby być to, aby NFZ waloryzował stawki o wskaźnik inflacji. Natomiast wycena świadczeń powinna być adekwatna. Z uwagi na to, że opieka paliatywna jest szczególna – bazuje na podmiotach prywatnych i wolontariacie, bez podmiotu tworzącego, który mógłby sfinansować straty netto. W tym miejscu należy nadmienić o orzeczeniu Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r., które wskazuje, że całkowity koszt finansowy udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej spoczywa na NFZ⁶. Wówczas TK orzekł, że art. 59 ust. 2 w związku z art. 55 ust. 1 pkt 6 i art. 61 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959) oraz w związku z art. 38 ust. 1 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 960) w zakresie, w jakim zobowiązuje jednostkę samorządu terytorialnego, będącą podmiotem tworzącym samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, do pokrycia straty netto stanowiącej ekonomiczny skutek wprowadzania przepisów powszechnie obowiązujących, które wywołują obligatoryjne skutki finansowe dla działania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jest niezgodny z art. 167 ust. 4 w związku z art. 166 ust. 2, art. 68 ust. 2 i art. 2 Konstytucji RP.

Mając na uwadze powyższe, należy przyjąć, że finansowanie opieki paliatywnej wymaga pilnych zmian. Występuje pewne niepokojące zagrożenie, że jeżeli nie zostanie zwiększona odpowiednio wycena punktu oraz nie będą wprowadzone „przyjazne zasady” realizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej, które pozwolą na objęcie wszystkich chorych wymagających tej opieki, to w 2023 r. pozarządowych hospicjów może już nie być.

Pragnę jednocześnie zasygnalizować, że wystąpienie w niniejszej materii skierowałem również do Ministra Zdrowia.

Wobec powyższego, na podstawie art. 13 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 lipca 1987 r. o Rzeczniku Praw Obywatelskich (Dz. U. z 2020 r., poz. 627 ze zm.) zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o zajęcie stanowiska w podnoszonej przeze mnie sprawie, w szczególności o wskazanie, jakie Narodowy Fundusz Zdrowia zamierza podjąć działania w związku ze wskazaną sytuacją.

Z wyrazami szacunku

⁶ Wyrok TK, sygn. akt K4/17.

Marcin Wiącek

Rzecznik Praw Obywatelskich

/-podpisano elektronicznie