



RZECZPOSPOLITA POLSKA
Rzecznik Praw Dziecka
Marek Michalak

Warszawa, 9 listopada 2012 roku

ZSS/500/26 /2012/EK

Pan
Bartosz Arłukowicz
Minister Zdrowia

otrzymałem pismo, jakie dr n.med. Aleksandra Korzeniowska – Esterowicz, reprezentująca Ogólnopolskie Forum Pediatricznej Opieki Paliatywnej przekazała Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia. Dotyczy ono różnych problemów pediatricznej opieki paliatywnej, w tym finansowania świadczeń z zakresu domowej opieki paliatywnej. Z treści pisma wynika, że poziom finansowania tych świadczeń przez NFZ jest znacząco zaniżony, gdyż pokrywa jedynie 46,29% kosztów rzeczywistych. Realnie zatem staje się niebezpieczeństwo zagrożenia likwidacją części hospicjów obejmujących opieką paliatywną dzieci.

Z materiałów przygotowanych przez Ogólnopolskie Forum Pediatricznej Opieki Paliatywnej, przygotowanej dla Senackiej Komisji Zdrowia wynika ponadto, że nadal funkcjonują hospicja dla dzieci, pozostające w strukturach hospicjów dla dorosłych oraz hospicja domowe, przyjmujące zarówno pacjentów dorosłych jak i pacjentów małoletnich. Odrębność postępowania w opiece paliatywnej nad dzieckiem, w stosunku do opieki nad pacjentem dorosłym nie wymaga szczegółowego uzasadnienia. Różnice są oczywiste, m. in. dotyczą odrębności wynikających z rodzaju schorzeń pacjentów, perspektywy postrzegania własnej sytuacji życiowej, możliwości zaspokojenia potrzeb psychofizycznych, a także potrzeb egzystencjalnych.

Chciałbym przypomnieć, że specjaliści z zakresu opieki paliatywnej wielokrotnie podkreślali konieczność ustalenia i przyjęcia standardów opieki paliatywnej nad dziećmi w warunkach opieki stacjonarnej.

W powyższej sprawie w wystąpieniu skierowanym 4 września 2009 r. do Ministra Zdrowia wskazałem, że „...całościowa i czynna opieka nad dzieckiem nieuleczalnie chorym, obciążonym ryzykiem przedwczesnej śmierci, różni się od opieki nad osobą dorosłą”.

Brak rozwiązań w sprawie, z jednocześnie utrzymującym się dużym zapotrzebowaniem na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej dla dzieci wskazuje, że temat ten powinien zostać ponownie podjęty i przeanalizowany pod kątem oceny prawidłowości dotychczasowych rozwiązań i dokonania w nim niezbędnych zmian.

Działając na podstawie art. 10 a ustawy z dnia 6 stycznia 2000 r. o Rzeczniku Praw Dziecka (Dz. U. Nr 6, poz. 69 z późn. zm.) zwracam się do Pana Ministra z uprzejmą prośbą o podjęcie niezbędnych działań i poinformowanie mnie o poczynionych ustaleniach.

D. Wymerowi
Marek Dąbrowski



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2012-12-07

MZ-ZP-Z-71-20292-42/AKR/12

Pan

Marek Michałak

Rzecznik Praw Dziecka

Szanowny Panie Ministrze!

W odpowiedzi na pismo z dnia 9 listopada 2012 r. (znak: ZSS/500/26/2012/EK), dotyczące wystąpienia Ogólnopolskiego Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, skierowanego do różnych organów państwowych w sprawie problemów pediatrycznej opieki paliatywnej, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących wyjaśnień.

W odniesieniu do kwestii poziomu finansowania świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci, uprzejmie informuję, iż zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia.

Podstawą działalności finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia jest sporządzony przez Prezesa Funduszu roczny plan finansowy, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, o czym stanowi art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Na podstawie zaś art. 142 ust. 6 pkt. 2 lub art. 143 ust. 2 ustawy, cena za udzielane świadczenia opieki zdrowotnej jest ustalana w czasie negocjacji lub rokowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które odbywają się w oddziale wojewódzkim Funduszu. Jednak trzeba zaznaczyć, że przy rozpatrywaniu wysokości ceny jednostki rozliczeniowej, istotne są również możliwości finansowe Funduszu, a efektywne

i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi oddziałów wojewódzkich Funduszu, w świetle przepisu art. 107 ust. 5 pkt 1 przywołanej ustawy, należy do zadań ich dyrektorów.

O podziale środków finansowych na poszczególne zakresy świadczeń decyduje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W związku z powyższym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zawierając ze świadczeniodawcami umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych kierują się w szczególności koniecznością jak najlepszego zabezpieczenia świadczeniobiorcom dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach środków zapisanych na ten cel w planie finansowym.

Równocześnie uprzejmie informuję, iż Narodowy Fundusz Zdrowia w odpowiedzi na przedmiotowe wystąpienie Ogólnopolskiego Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej (pismo z dnia 05.11.2012 r., znak: NFZ/CF/DSOZ/2012/075/1840/W/28731/KLA, kopia w załączeniu), stwierdził, iż od 8 września 2011 r. na stronie internetowej Funduszu, znajduje się opis *Procedury zarządzania zmianą warunków zawierania i realizacji umów*. W związku z powyższym Fundusz oczekuje przedstawienia rzeczywistych kosztów ponoszonych przez różnych świadczeniodawców realizujących świadczenia w omawianym zakresie. Jednocześnie, jak stwierdził Fundusz, nieprzestrzeganie postanowień umowy zawartej z NFZ powoduje generowanie tzw. nadwykonań, a brak porozumienia z oddziałem wojewódzkim NFZ celem ustalenia możliwości finansowych Funduszu może skutkować deficytem budżetowym hospicjum.

Ze względu na fakt, iż do Ministerstwa Zdrowia napływają sygnały od świadczeniodawców odnośnie niewystarczającego poziomu finansowania świadczeń gwarantowanych z przedmiotowego zakresu, resort rozpoczął działania zmierzające do poprawy sytuacji, poprzez rozpoczęcie konsultacji z Narodowym Funduszem Zdrowia odnośnie wyceny świadczeń z omawianego zakresu.

23 października 2012 r. podczas roboczego spotkania w Ministerstwie Zdrowia z przedstawicielami Ogólnopolskiego Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, dyskutowana była kwestia poziomu finansowania omawianych świadczeń. Ministerstwo Zdrowia aktualnie oczekuje na szczegółowe informacje odnośnie możliwości przygotowania przez hospicja domowe dla dzieci wyceny na podstawie opisu *Procedury zarządzania zmianą warunków zawierania i realizacji umów*, która od 8 września 2011 r. zamieszczona jest na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

Warto tutaj nadmienić, iż Zespół ds. opieki paliatywnej i hospicyjnej (zakończył prace w czerwcu 2012 r.), przygotował przykładowe wyliczenia kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców w opiece stacjonarnej. Aktualnie planowane jest w Ministerstwie Zdrowia spotkanie z przedstawicielami właściwych komórek organizacyjnych MZ, NFZ oraz przedstawicielami ośrodków, które przygotowywały w ramach prac ww. Zespołu wyliczenia kosztów.

Działania związane z przedstawieniem Narodowemu Funduszowi Zdrowia rzeczywistych kosztów ponoszonych przez różnych świadczeniodawców realizujących świadczenia w omawianym zakresie, będą wymagały określonego czasu w perspektywie długofalowej.

W odniesieniu do kwestii warunków, w jakich realizowane są świadczenia opieki paliatywnej, uprzejmie informuję, iż została ona uregulowana w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.). Zgodnie z § 4 wspomnianego aktu prawnego omawiane świadczenia realizowane są w następujących warunkach:

1. stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
2. domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia;
3. ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Istotna jest pozycja Polski według “Atlas of Palliative Care in Europe” łączącego raporty oraz dane porównawcze na temat stanu opieki paliatywnej z 52 krajów z liczbą ludności ok. 879 milionów. Wiadomo, że Polska zajmuje piąte miejsce pod względem rozwoju opieki paliatywnej, po Wielkiej Brytanii, Irlandii, Szwecji i Holandii. Biorąc pod uwagę liczbę łóżek na 100 tys. mieszkańców, Polska zajmuje czwarte miejsce, po Luksemburgu, Łotwie i Wielkiej Brytanii.

W Polsce opieka paliatywna nad dziećmi rozwija się od kilkunastu lat bardzo intensywnie. Aktualnie prowadzona jest ona we wszystkich formach przedstawionych powyżej. Jednakże preferowanym modelem jest opieka domowa prowadzona w hospicjum domowym dla dzieci. Powstają nowe hospicja dla dzieci, co widać chociażby na przykładzie liczby świadczeniodawców z którymi NFZ podpisał umowę na realizację świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Warto dodać, iż w 2010 r. Fundusz zawarł umowę na realizację przedmiotowych świadczeń z 41 świadczeniodawcami, natomiast w 2011 r. – już z 50.

Narodowy Fundusz Zdrowia odrębnie kontraktuje świadczenia w zakresie hospicjum domowego dla dorosłych oraz hospicjum domowego dla dzieci. Różne są bowiem wymagania odnośnie tych dwóch rodzajów świadczeń, wynikające z treści rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowi załącznik nr 1 do ww. rozporządzenia. Wspomniany wykaz zawiera odrębną część I dotyczącą osób dorosłych oraz część II, która dotyczy dzieci do ukończenia 18 roku życia. Obie części wykazu różnią się zasadniczo ze względu na specyfikę występowania chorób w tych grupach wiekowych.

Należy podkreślić fakt, iż opieka paliatywna nad dziećmi różni się od opieki nad osobami dorosłymi, m.in. faktem, iż liczba dzieci nią objętych jest dużo niższa w porównaniu z liczbą osób starszych, ponieważ mniejsza jest liczba zachorowań w grupie dzieci do 18 roku życia w porównaniu do osób dorosłych. W 2010 r. omawiane świadczenia dotyczyły 1 107 dzieci, przy 43 320 pacjentach w hospicjum domowym dla dorosłych. Natomiast w 2011 r. było to 1 312 dzieci, przy 46 056 pacjentach w hospicjum dla dorosłych.

W hospicjum domowym dla dzieci mogą przebywać tylko dzieci. Jedynymi wyjątkami od tej zasady są sytuacje, gdy jednostka chorobowa ma charakter wrodzony lub choroba ograniczająca życie została zdiagnozowana przed ukończeniem 18. roku życia, a pacjent korzystał ze świadczeń realizowanych w hospicjum domowym dla dzieci lub gdy nie istnieje możliwość odpowiedniego udzielania świadczeń przez hospicja domowe dla dorosłych ze względu na rzadki charakter choroby lub miejsce zamieszkania. Powyższe wyjątki wynikają z treści załącznika nr 2 do ww. rozporządzenia.

Ponadto uprzejmie informuję, iż istnieje również możliwość sprawowania opieki nad dziećmi w hospicjum domowym dla dorosłych; w takich przypadkach w razie potrzeby przeprowadzana jest konsultacja pediatryczna. Wykluczenie możliwości udzielenia świadczeń dla dzieci w hospicjum domowym dla dorosłych skutkowałoby ograniczeniem dostępności dla dzieci, szczególnie ze względu na miejsce zamieszkania czy też preferencje rodziców.

Z wyrazami szacunku

Zapewnił
MINISTRA ZDROWIA
POLSKI
Krzysztof J. Radziwiłł

Igor Radziwiłł-Winnicki

Załączniki:

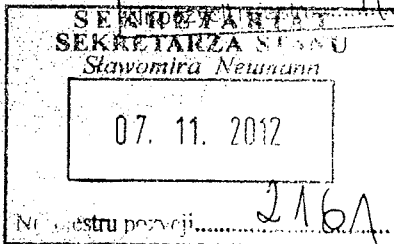
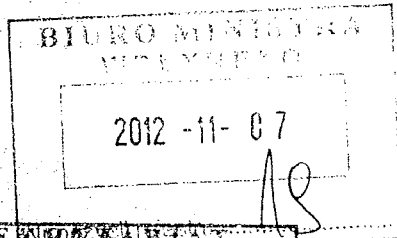
Zał.1 – ark. 3

Lat. 12 r. 82

znak: NFZ/CF/DSOZ/2012/075/1840/W/28731/WLA

Warszawa, dnia

2012-11-05 2012 r.



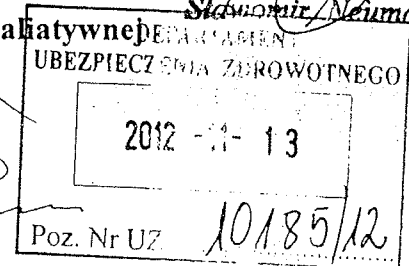
Sz. P.

Aleksandra Korzeniewska-Eksterowicz

Członek Rady

Ogólnopolskiego Forum

Pediatrycznej Opieki Paliatywnej

DUR 2012-11-1
Sławomir Neumann

W nawiązaniu do pisma w sprawie pediatrycznej opieki paliatywnej, przekazanego równocześnie do najwyższych organów naszego państwa, proszę przyjąć następujące wyjaśnienie.

W swoim piśmie wspomina Pani o rażąco niskim poziomie finansowania świadczeń z zakresu domowej opieki paliatywnej dla dzieci, ale nie przedkłada Pani rzetelnej wyceny tych świadczeń pomimo, iż od 8 września 2011 r. na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia w zakładce „Komunikaty” znajduje się opis *Procedury zarządzania zmianą warunków zawierania i realizacji umów*. Tak więc Fundusz nadal oczekuje na przedstawienie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez różnych świadczeniodawców realizujących świadczenia w rzeczonym zakresie, w Polsce.

Nadmieniam, że w lecznictwie szpitalnym w oddziałach internistycznych, w których odbywa się leczenie nie tylko objawowe oraz inny jest wymóg posiadanej aparatury i sprzętu medycznego, jak również ponoszone są koszty np. za media (prąd, woda, pranie, gaz, ogrzewanie, naprawy bieżące), koszty żywienia, leków, materiałów i wyrobów medycznych (co w opiece domowej stanowi wydatek rodziny, a nie hospicjum domowego), cena za osobodzień poza czasem finansowania grupą JGP wynosi około 210 zł.

Należy podkreślić, że kierownik hospicjum realizującego świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, który może pozyskiwać środki finansowe z różnych źródeł, w tym jako organizacja pożytku publicznego z odpisu 1% podatku, ma możliwość podjęcia decyzji o finansowaniu

świadczeń innych niż zdrowotne np. z zakresu pomocy społecznej, co powoduje, że stawka za osobodzień staje się znacznie wyższa. Kierownicy tych hospicjów mają również możliwość objęcia opieką większą liczbę pacjentów, niż stanowią postanowienia umowy zawartej z Funduszem, lecz nie może to oznaczać, że Fundusz będzie zobowiązany do płacenia za te nadwykonania.

Nieprzestrzeżenie postanowień umowy zawartej z NFZ powoduje generowanie tzw. nadwykonań, a brak porozumienia z oddziałem wojewódzkim NFZ celem ustalenia możliwości finansowych Funduszu może skutkować deficytem budżetowym hospicjum.

Ponadto należy podkreślić, że zgony pacjentów przewlekłe chorych występują we wszystkich działach medycyny co oznacza, że nie ma takiej możliwości, aby każdy umierający objęty został opieką paliatywną. Pacjent paliatywny w ostatnim okresie choroby, nie pozostaje pozbawiony świadczeń zdrowotnych, gdyż mogą one być realizowane dla tej grupy chorych w innych rodzajach świadczeń np. podstawowej opiece zdrowotnej, opiece specjalistycznej, długoterminowej czy leczeniu szpitalnym.

Również literatura przedmiotu stanowi, iż *„większa część opieki paliatywnej jest i prawdopodobnie zawsze będzie sprawowana przez te niespecjalistyczne jednostki. W wielu przypadkach opieka ta będzie sprawowana bez interwencji specjalistów, w wielu innych przypadkach interwencje specjalistyczne z zakresu opieki paliatywnej będą wspomagać opiekę niespecjalistyczną, podczas gdy w niewielkim procencie przypadków specjaliści opieki paliatywnej będą musieli przejąć całkowitą opiekę”* (w: Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 r.) (str. 35).

Tak więc biorąc powyższe pod uwagę, Fundusz nie widzi możliwości zniesienia limitowania świadczeń w zakresie opieki paliatywnej domowej dla dzieci.

Fundusz podkreśla, że nadużyciem jest stwierdzenie o zagrożeniu likwidacji części hospicjów i tym samym pozbawieniu nieuleczalnie chorych dzieci profesjonalnej pomocy w ostatnim okresie życia zwłaszcza, że liczba świadczeniodawców posiadających zawarte umowy na realizację świadczeń w hospicjach domowych sukcesywnie zwiększa się. Według stanu na dzień 21 sierpnia 2012 r., w 2010 r. Fundusz posiadał zawarte umowy z 41. świadczeniodawcami, a w 2012 r. jest ich 51. Natomiast średnia cena za osobodzień w 2010 r. wynosiła 73 zł, a w 2012 r. wynosi 76 zł.

Odnosnie cen za osobodzień, które jak Pani zauważa nie zmieniają się od kilku lat, pragnę zaznaczyć, że stawka na ubezpieczenie zdrowotne również od kilku lat nie uległa zmianie.

Zróżnicowanie cen za dany zakres świadczeń wynika z konkursów ofert, które przeprowadzane są w wojewódzkich oddziałach NFZ.

Nadmieniam, że realizacja planu finansowego należy do zadań dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Plan finansowy Funduszu zatwierdzany jest przez Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów. Z uwagi na brak środków finansowych pozostających w dyspozycji płatnika nie zawsze jest możliwe uwzględnienie finansowania nadwykonań, nie tylko w opiece paliatywnej, ale we wszystkich rodzajach świadczeń.

W sprawie zlecenia i prowadzenia rehabilitacji w opiece paliatywnej Fundusz jest tego samego zdania, że powinna ona być zlecona i prowadzona przez pracowników hospicjum. Jeżeli natomiast u pacjenta objętego opieką paliatywną prowadzona jest intensywna rehabilitacja lecznicza, należy poddać pod wątpliwość, czy pacjent został właściwie zakwalifikowany do tej formy opieki tj. do hospicjum domowego, które gwarantuje m.in. świadczenia wykonywane przez rehabilitanta. Nadmieniam, że sprawozdając świadczenia, zawsze istnieje możliwość indywidualnego sprawdzenia przez oddział wojewódzki NFZ zakwestionowanych świadczeń i jeżeli okaże się, że istnieją uzasadnione wskazania medyczne do wykonania rehabilitacji w warunkach innych niż domowe, to jest możliwość ich uwzględnienia i dokonania płatności za wykonane świadczenia zarówno w opiece paliatywnej jak i rehabilitacji leczniczej.

Biorąc powyższe pod uwagę uprzejmie informuję, że podjęcie działań zmierzających do urealnienia ceny, będzie możliwe po przedłożeniu rzeczywistych kosztów realizacji świadczeń z kilku hospicjów domowych z różnych rejonów Polski.

Odnośnie proponowanego spotkania proszę o przedłożenie jego tematu i konkretnych problemów, które miałyby zostać wspólnie omówione.

Do wiadomości:

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Prezes Rady Ministrów
3. Marszałek Sejmu
4. Minister Zdrowia
5. Przewodniczący Sejmowej Komisji Zdrowia
6. Przewodniczący Senackiej Komisji Zdrowia
7. Rzecznik Praw Dziecka
8. Rzecznik Praw Pacjenta

2 / *Podestaw*
Zastępca Prezesa ds. Medycyny
Narodowego Funduszu Zdrowia
Alina Fikulska