



Minister Zdrowia

Warszawa, 06 maja 2021 r.

DLZR.7003.6.2020.AK

Pan
Bartłomiej Chmielowiec
Rzecznik Praw Pacjenta

Szanowny Panie Rzeczniku,

W odpowiedzi na pismo Pana Rzecznika, z dnia 22 grudnia 2020 r., znak: RzPP-DSD.420.186.2018.MR, w sprawie potrzeby wprowadzenia zmian w opiece paliatywnej i hospicyjnej, uprzejmie informuję, że został powołany zespół pod przewodnictwem Pełnomocnika Ministra Zdrowia ds. opieki paliatywnej, który będzie proponował Ministrowi Zdrowia rozwiązania legislacyjne i organizacyjno – finansowe w przedmiotowym obszarze. Decyzję co do zakresu i terminu zmian podejmie Minister Zdrowia.

Nawiązując do przywołanej w wystąpieniu Pana Rzecznika rekomendacji nr 16/2019 z dnia 3 kwietnia 2019 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany technologii medycznej w zakresie definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz w zakresie wskazań będących podstawą kwalifikacji do opieki paliatywnej i hospicyjnej, uprzejmie wyjaśniam, iż ww. rekomendacja określiła planowane zmiany jako mające charakter organizacyjny i formalny. W opinii ekspertów, cytowanych w rekomendacji, tylko w sytuacji zniesienia limitowania świadczeń, zasadne jest rozszerzenie listy wskazań kwalifikujących do leczenia paliatywnego. W innym przypadku, rozszerzenie kryteriów spowodowałoby zwiększenie liczby świadczeniobiorców, co w konsekwencji wydłużyłoby czas oczekiwania na objęcie opieką.

Jednocześnie uprzejmie informuję, że określenie w umowach kwot zobowiązań NFZ wobec świadczeniodawców stanowi narzędzie właściwego gospodarowania środkami finansowymi oraz jest fundamentem wypłacalności Narodowego Funduszu Zdrowia. Wartość finansowanych przez NFZ świadczeń opieki zdrowotnej w danym roku jest zdeterminowana poziomem środków zapisanych na ten cel w planie finansowym Funduszu. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, ze zm.), Prezes Funduszu sporządza corocznie plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów. W przypadku, gdy plan finansowy Funduszu prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów, minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych odmawia zatwierdzenia planu finansowego i zaleca Prezesowi Funduszu usunięcie nieprawidłowości. W związku z powyższym, zgodnie ze stanowiskiem NFZ, obecnie nie jest planowane wprowadzenia nielimitowania świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Dodać należy, iż od 1 stycznia 2021 r. w związku z ustawą z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 1875), bezlimitowo finansowane są świadczenia udzielane świadczeniobiorcom do ukończenia 18 r.ż., w tym świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

W odniesieniu do postulatu dotyczącego zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych na terenach wiejskich i miejskich, uprzejmie informuję, że oceny potrzeb zdrowotnych na terenie województwa dokonuje oddział wojewódzki NFZ na podstawie danych epidemiologicznych, demograficznych i danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dysproporcja w dostępie do świadczeń na terenach wiejskich może wynikać z ograniczonej liczby świadczeniodawców gotowych udzielać świadczeń na terenach wiejskich. Należy zaznaczyć, że ponad 60% populacji Polski zamieszkuje miasta. Fakt ten oraz zdecydowanie większa gęstość zaludnienia cechująca tereny miejskie może wpływać na to, że świadczeniodawcy chętniej zakładają hospicja w terenach miejskich lub podmiejskich z uwagi na docelowo większą liczbę świadczeniobiorców.

Odnosnie postulatu taryfikacji świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, uprzejmie informuję, że decyzja o umieszczeniu danej grupy świadczeń na dany rok w Planie Taryfikacji Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji podejmowana jest przy uwzględnieniu obiektywnych kryteriów, do których należą: sytuacja epidemiologiczna i procesy demograficzne zachodzące w Polsce, szczególne potrzeby wybranych grup pacjentów, znaczenie finansowe dla systemu ochrony zdrowia, koszty

społeczne oraz istotność z punktu widzenia priorytetów polityki zdrowotnej państwa. Obecnie wydaje się, że taryfa określona przez Agencję dla świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest adekwatna do wymagań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 742, ze zm.).

Odnosząc się do kwestii problemu ważności oświadczenia woli wyrażanego przez pacjenta w stanach mających wpływ na możliwość samostanowienia oraz zaproponowanych rozwiązań, tj. powołanie kuratora medycznego i pełnomocnika medycznego, uprzejmie informuje, iż stanowisko w tym zakresie zostało zawarte w odpowiedzi Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2019 r., znak: ZPG.073.1.2019.AK i pozostaje aktualne. W przedmiotowym piśmie m.in. wskazano, iż szczególnego rozważenia wymagają wątpliwości dotyczące kwestii podważalności decyzji kuratora, tzn. możliwości zakwestionowania jej przez lekarza oraz odpowiedzialności pracowników medycznych w przypadku, gdy nie ma on możliwości ustalenia, czy pacjent ma ustanowionego kuratora medycznego oraz czy przedłożone postanowienie sądu jest ważne, np. nie zostało odwołane. Jest to szczególnie ważne z punktu widzenia lekarza, gdyż mimo zachowania należytej staranności, może zostać uwikłany w sytuacje sporne lub konflikty, w przypadku gdy okaże się, że osoba, która wyraziła zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie była do tego uprawniona.

Odnosząc się do problemu braku koordynacji opieki paliatywnej i hospicyjnej z pomocą społeczną, uprzejmie informuję, że w celu poprawy koordynacji istniejącego wsparcia dla osób chorych na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie choroby oraz ich opiekunów niezbędne jest przede wszystkim usprawnienie przepływu informacji pomiędzy poszczególnymi instytucjami publicznymi funkcjonującymi w systemie ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz władzami samorządowymi, tak aby umożliwić chorym i ich rodzinom uzyskanie przysługującej im pomocy w możliwie jak najszybszym czasie i jak najbardziej kompleksowym zakresie. Wymaga to zarówno zapewnienia warunków dla skutecznej współpracy pomiędzy pracownikami takich instytucji, jak również stworzenia kompleksowego i ogólnodostępnego źródła informacji na temat oferty istniejącego wsparcia, z którego mogliby korzystać bezpośrednio chorzy i ich opiekunowie. W tym celu możliwe jest wykorzystanie aktualnie tworzonych i rozbudowywanych portali informacyjnych w zakresie ochrony zdrowia (www.pacjent.gov.pl) z przekierowaniem do informacji o pomocy społecznej oraz innych informacji przydatnych dla chorych i ich opiekunów (np. kwestii prawnych).

Ze względu na zindywidualizowane potrzeby pacjentów i ich rodzin wydaje się, że bezpośrednią funkcję koordynującą dostępne wsparcie dla tych osób powinny pełnić w pierwszej kolejności instytucje samorządowe, sprawujące bezpośrednią kontrolę nad instytucjami i placówkami powołanymi do udzielania wsparcia i opieki dla tych grup osób oraz odpowiedzialne za organizację opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w środowisku lokalnym.

Ponadto, potencjalnym miejscem wspierającym dodatkowo koordynację usług społecznych na poziomie lokalnym, w tym również usług skierowanych do osób chorych nieuleczalnie i ich bliskich, mogłyby być Centra Usług Społecznych (CUS), które mogą powstawać na podstawie ustawy o realizowaniu usług społecznych przez centra usług społecznych (obowiązującej od 1 stycznia 2020 r.). Zgodnie z ustawą CUS mogą bowiem realizować działania m.in. z zakresu: pomocy społecznej, promocji i ochrony zdrowia, wspierania osób niepełnosprawnych, czy edukacji publicznej.

Niemniej jednak należy zaznaczyć, że Ministerstwo Zdrowia prowadzi bieżącą współpracę z Ministerstwem Rodziny i Polityki Społecznej ukierunkowaną na poprawę koordynacji dostępnego wsparcia systemowego dla pacjentów chorych terminalnie i ich bliskich, m.in. poprzez analizy sytuacji i potrzeb tych osób oraz możliwości organizacyjnych, kadrowych i finansowych systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej w tym zakresie. Kontynuacja podjętej współpracy międzyresortowej jest niezwykle istotna dla wypracowania skutecznych rozwiązań systemowych umożliwiających dostosowanie usług zdrowotnych i społecznych do potrzeb chorych i ich rodzin.

W tym kontekście kluczową rolę odgrywa operacjonalizacja zadań wspólnych ujętych w dokumencie strategicznym pn. "Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030. Bezpieczeństwo–Uczestnictwo–Solidarność", m.in. w zakresie tworzenia warunków dla rozwoju kompleksowej opieki nad chorymi osobami starszymi i niesamodzielnymi, zapewnienie optymalnego dostępu do usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i opiekuńczo-pielęgnacyjnych dostosowanych do potrzeb niesamodzielnymi osób starszych, czy też utworzenia wspólnej bazy informacji umożliwiającej monitorowanie systemów opieki zdrowotnej i pomocy społecznej i wspólnego systemu informowania o dostępnym wsparciu, zapewnienia ciągłości opieki nad chorymi osobami starszymi (w szczególności po przebytej hospitalizacji).

Koordinacji wymagają także rozwiązania służące zapewnieniu dostępności do usług społecznych i opieki zdrowotnej w środowisku lokalnym, w miarę możliwości w domu pacjenta. Okazją do sformułowania założeń tychże działań jest proces opracowywania

"Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych", której opracowanie stanowi jeden z warunków ex ante dla uruchomienia wsparcia finansowego z funduszy europejskich na okres 2021–2027. Zarówno po stronie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej "Strategia" uwzględnia obszary strategiczne obejmujące działania na rzecz niesamodzielnych osób starszych i ich opiekunów, w tym na skutek chorób przewlekłych i chorób terminalnych.

Odnosząc się do problemu edukacji społecznej, należy zgodzić się, że świadomość i wiedza społeczna na temat chorób terminalnych, zarówno wśród personelu medycznego i opiekuńczego oraz przedstawicieli innych pokrewnych zawodów, jak również samych chorych, ich opiekunów i ogółu społeczeństwa, stanowi niewątpliwie istotny element wiedzy społecznej w zakresie zdrowia oraz radzenia sobie w sytuacji choroby, w tym choroby terminalnej. Ministerstwo Zdrowia podejmowało i nadal podejmuje wiele działań na rzecz zwiększenia wiedzy społecznej, w tym m.in. personelu medycznego (np. fizjoterapeutów, dietetyków) poprzez ogólnopolskie szkolenia na temat właściwej opieki nad osobami starszymi z różnymi chorobami przewlekłymi, realizowane i finansowane w ramach Narodowego Programu Zdrowia (NPZ) na lata 2016-2020, które będą również kontynuowane kierunkowo w kolejnych latach realizacji NPZ. Działania edukacyjne skierowane do poszczególnych grup społecznych osławajające i przybliżające tematykę starzenia się – z którym choroby terminalne są nierozzerwalnie związane ze względu na zachodzące procesy demograficzne skutkujące wzrostem rozpowszechnienia wielu chorób przewlekłych charakterystycznych dla starszego wieku – zostały również przewidziane w przywołanym powyżej dokumencie strategicznym pn. Polityka społeczna wobec osób starszych do 2030. Bezpieczeństwo–Uczestnictwo–Solidarność, m.in. w ramach działań na rzecz upowszechnienia wiedzy na temat zmian wynikających z procesu starzenia się.

Poprawa wiedzy na temat starzenia się i chorób z nim związanych oraz poprawa umiejętności opiekuńczych u personelu opiekuńczego udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (w tym również świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej) oraz opiekunów nieformalnych osób starszych i niesamodzielnych (w tym osób chorych terminalnie) jest jednym z celów opracowywanej "Strategii deinstytucjonalizacji usług społecznych w zakresie opieki zdrowotnej dla osób starszych i ich opiekunów". Działania edukacyjne skierowane do personelu medycznego i wspomagającego mają wspierać proces zapewniania optymalnej opieki zdrowotnej pacjentowi, jak i wsparcia bliskich osób chorych w zakresie sprawowanej codziennej opieki. Działania dedykowane opiekunom

nieformalnym (edukacyjne, psychologiczne, informacyjne) mają pomóc we właściwej opiece nad bliskim i radzeniu sobie z trudami opieki.

Z poważaniem,

Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/