

**KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ**  
**dr n. o zdr. IZABELA KAPTACZ**  
**Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa,**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

---

L. dz.3/10/2021

Częstochowa, 27.10.2021r.

**Szanowny Pan**  
**Dr Adam Niedzielski**  
**Minister Zdrowia**

*Szanowny Panie Ministrze,*

W nawiązaniu do otrzymanej korespondencji i uwag od konsultantów wojewódzkich w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej zwracam się z uprzejmą prośbą o podjęcie działań mających na celu poprawę realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej finansowanych ze środków publicznych.

Wskaźniki epidemiologiczne, demograficzne i zdrowotne wskazują, że opieka paliatywna i opieka paliatywna wspierająca onkologię będą coraz bardziej istotnym elementem ochrony zdrowia w aspekcie opieki medycznej, psychospołecznej i duchowej, dla wzrastającej liczby pacjentów z przewlekłą, postępującą chorobą o niekorzystnym rokowaniu oraz ich rodzinom.

W najbliższych latach przewidywany jest w Polsce wzrost liczby zachorowań i wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów złośliwych. Prognozowane dla polskiej populacji zapotrzebowanie na opiekę paliatywną znacznie wzrośnie do 2030 r., głównie z powodu wzrostu liczby zgonów z powodu chorób przewlekłych, zwłaszcza nowotworów ale również poprawę skuteczności leczenia przeciwnowotworowego, wydłużenie czasu przeżycia pacjentów z nowotworami oraz starzenie się społeczeństwa.

Tak postawione wyzwania, wskazują na konieczność podjęcia natychmiastowych działań mających na celu poprawę organizacji i finansowania prowadzonej opieki paliatywnej w Polsce. Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej od wielu lat pozostaje na niezmiennym poziomie, będąc w budżecie całego systemu ochrony zdrowia marginalnie niskim kosztem, szczególnie w odniesieniu do opieki szpitalnej. Natomiast społeczne i ekonomiczne korzyści dobrze prowadzonej opieki paliatywnej i hospicyjnej przekładają się na zdrowsze społeczeństwo, które uzyskało wsparcie podczas trwania choroby bliskiej osoby, a po jej śmierci podejmuje zdrowszą aktywność zawodową i społeczną.

W obecnym czasie, przy konieczności zapewnienia opieki w nowych uwarunkowaniach zarówno epidemiologicznych jak i „rynku pracownika” bez poprawy finansowania świadczeń w tym zakresie, jednostki opieki paliatywnej w Polsce stają przed trudnymi decyzjami dalszego prowadzenia na dobrym poziomie opieki nad chorymi ich bliskimi. Ponieważ większość jednostek opieki hospicyjnej tworzona była jako inicjatywa oddolna (w sektorze ngo), doświadczenie i zaangażowanie personelu medycznego bez zapewnienia godnego finansowania i dobrych warunków pracy, staje się wyjątkowo trudne. Z informacji otrzymywanych z podmiotów leczniczych i od konsultantów wojewódzkich należy stwierdzić, że zapewnienie zabezpieczenia świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej staje się wyjątkowo trudne do realizacji na optymalnym poziomie a pomimo trwającej epidemii jednostki opieki paliatywnej nadal realizują

**KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELEŃNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ**  
**dr n. o zdr. IZABELA KAPTACZ**  
**Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa,**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

---

świadczenia zarówno w warunkach domowej opieki (często, kiedy nikt inny do chorego nie dociera) oraz w stacjonarnej opiece paliatywnej, również nad chorymi z COVID.

Przeprowadzona w 2015 roku taryfikacja świadczeń gwarantowanych opieki paliatywnej i hospicyjnej opierała się na danych z 2013 r i 2014 r. Pierwotna taryfa ogłoszona obwieszczeniem Prezesa AOTMiT w dniu 19 listopada 2015 r. zakładała osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej i w hospicjum stacjonarnym na poziomie 7,21 pkt.; dla pacjentów żywionych dojelitowo 9,97 pkt.; dla pacjentów żywionych pozajelitowo 11,53 pkt., natomiast Obwieszczeniem z dnia 29 czerwca 2016 r. została obniżona (osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej i w hospicjum stacjonarnym 6,1 pkt.; dla pacjentów żywionych dojelitowo 7,95 pkt.; dla pacjentów żywionych pozajelitowo 9,80 pkt.) i pomimo wielu monitów środowiska do dnia dzisiejszego nie została wyrównana.

Przedstawione problemy, wskazują na najbardziej newralgiczne poziomy funkcjonowania, które wpływają zarówno na jakość opieki i końcowy efekt jakim jest poprawa jakości życia nieuleczalnie chorych i ich opiekunów.

Celem poprawy funkcjonowania i realizacji opieki paliatywnej i hospicyjnej jest uwzględnienie różnic w dostępności do paliatywnej opieki domowej w miejscach styku powiatów, gdzie dojazd jest najdłuższy lub utrudniony, oraz w regionach, gdzie funkcjonują placówki w mieście powiatowym, a powiat jest położony na bardzo rozległym terenie. Niektóre placówki mają mniej kilometrów z innego województwa i dobrą praktyką jest uregulowanie terenu działań pomiędzy podmiotami, aby określić najbliższy zasięg placówki do chorego. Niejednolity obszar działania hospicjum domowego wiąże się również z różnymi kosztami dla części podmiotów, ponoszonymi na dojazd do chorego (np. 2 podmioty z siedzibą w mieście powiatowym podpisują umowę na taki sam obszar działania (powiat, powiaty), przy czym jeden z podmiotów obejmuje opieką pacjentów ograniczając się jedynie do lokalizacji miasta (promień ok. 15 km), a inny obejmuje opieką chorych z całego powiatu (w promieniu 50 km), przy takim samym finansowaniu świadczeń.

Niska wycena i limity porad w Poradni Opieki Paliatywnej powodują, że chorzy są kierowani do hospicjum domowego. Niska wycena porady oraz niska liczba kontraktowanych porad w Poradni może być jednym z powodów kolejek oczekujących chorych do opieki domowej (z powodu braku możliwości objęcia chorego w stabilnej fazie choroby opieką w ramach Poradni). Podniesienie stawki za poradę jako wizyta wyjazdowa powinno skutkować przekierowaniem nawet ok 20 % chorych z opieki domowej do Poradni. Wyższa wycena porady wyjazdowej z uwzględnieniem kosztów dojazdu może również przyczynić się do dłuższego pozostawiania chorych pod opieką w Poradni bez konieczności kierowania chorych zbyt wcześnie do opieki paliatywnej domowej.

Wymagana w zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna konieczność zbierania podpisów tj. potwierdzenia wizyty, z uwzględnieniem czasu trwania wizyty, bez opcji uwzględnienia czasu trwania dojazdu do chorego, który jest elementem czasu pracy członków zespołu opieki paliatywnej, narusza zasady zaufania publicznego pracowników ochrony zdrowia oraz wiarygodności przed chorym i jego rodziną. Każdy wpis dokonany przez osoby wykonujące zawód medyczny niezgodnie ze stanem faktycznym w dokumentacji medycznej pociąga za sobą odpowiedzialność zawodową, cywilną i karną. Szczególnie w sytuacji wprowadzania dokumentacji medycznej w formie elektronicznej i sprawozdawczości zdarzeń medycznych prowadzenie zbieranie podpisu w papierowej wersji po odbyciu wizyty u pacjentów w domu jest

**KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ**  
**dr n. o zdr. IZABELA KAPTACZ**  
**Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa,**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

---

rozwiązaniem wskazującym z założenia na prawdopodobieństwo nadużyć, a w dobie epidemii sytuacją problematyczną.

Umożliwienie w uzasadnionych przypadkach (we wskazaniach) wprowadzania/ kwalifikowania do leczenia żywieniowego pacjentów w opiece paliatywnej bez konieczności kierowania chorego do poradni żywieniowej, które są zwykle odległe zlokalizowane, a transport pacjenta uniemożliwiony, zapewniłaby podjęcie decyzji przez zespół znający potrzeby chorych bez stosowania uporczywej terapii.

Rozliczanie pierwszego i ostatniego dnia objęcia opieką jako jeden osobodzień a nie dwa odrębne - nadal stanowi znaczące obniżenie finansowania świadczeń.

Kolejnym zgłaszanym w ostatnim czasie problemem jest równoczesne rozliczanie świadczeń w zakresie domowej i lub ambulatoryjnej lub stacjonarnej opieki paliatywnej (w zależności od miejsca pobytu pacjenta i udzielanych świadczeń) podczas prowadzonego leczenia przeciwnowotworowego z świadczeniami z zakresu opieki paliatywnej. Coraz częściej chorujący na nowotwory wymagają opieki ze strony medycyny paliatywnej i onkologii, co jest zgodne z założeniami WHO i międzynarodowymi wytycznymi wczesnej i zintegrowanej opieki paliatywnej i wspierającej.

Należy uznać, że w paliatywnej domowej opiece największym problemem jest zbyt niska wycena oraz limitowanie świadczeń, co powoduje, iż na przyjęcie do domowej opieki paliatywnej pacjenci po wypisie ze szpitala np. z onkologii oczekują w kolejkach, często kilkutygodniowych. Zatem część chorych mimo gwarantowanych świadczeń nie otrzymuje należytą, specjalistyczną opiekę paliatywną i cierpi z powodu nasilonych objawów, w tym bólu, problemów psychosocjalnych i duchowych a opiekunowie nie uzyskują wsparcia. Brak zapewnienia kontynuacji opieki nad pacjentem w ramach leczenia paliatywnego powoduje istotny wzrost kosztów społecznych dla chorych i rodzin, nieprzestrzeganie podstawowych praw pacjenta a także dodatkowe koszty dla systemu ochrony zdrowia (pozostawania chorych wymagających opieki paliatywnej w oddziałach szpitalnych).

Największym i pozostającym nadal nie rozwiązany problemem w paliatywnej opiece ambulatoryjnej (Poradni Medycyny Paliatywnej) jest zbyt niska wycena świadczeń (0,90 pkt) oraz brak różnicowania pomiędzy wizytą pacjenta w poradni, a wizytą domową. W przypadku wykonywania, często koniecznych dla tej grupy chorych, wizyt domowych przez lekarza, pielęgniarkę czy psychologa, stawka finansowana przez NFZ jest z założenia niemożliwa na pokrycie czasu pracy personelu, bez uwzględnienia kosztów dojazdu, co stanowi stratę dla podmiotu. Optymalna wycena wizyty domowej i porady w poradni stanowi uzupełnienie często niewydolnej opieki ze strony hospicjum domowego jednocześnie skracając czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego.

Wzrastające koszty zatrudnienia personelu, sprzętu medycznego, leków oraz mediów powodują znaczne straty finansowe wszystkich jednostek opieki paliatywnej a szczególnie w ramach prowadzonych oddziałów medycyny paliatywnej i w hospicjum stacjonarnym. Istotnym warunkiem powinno być wyrównanie wyceny świadczeń do taryfy opublikowanej Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 19 listopada 2015 r. Taryfa świadczeń opierała się na danych z lat 2013– 2014 a od tego czasu bardzo znacznie wzrosły koszty, zwłaszcza osobowe personelu pielęgniarskiego i lekarskiego, wzrosła wielkość płacy minimalnej, wprowadzono zatrudnienie w oddziałach stacjonarnych opiekuna medycznego, wzrosły również koszty zabezpieczenia personelu w środki ochrony osobistej przed zakażeniem SARS-CoV-2. Trwająca

**KONSULTANT KRAJOWY W DZIEDZINIE PIELĘGNIARSTWA OPIEKI PALIATYWNEJ**  
**dr n. o zdr. IZABELA KAPTACZ**  
**Zakład Medycyny i Opieki Paliatywnej, Katedra Pielęgniarstwa,**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach**

---

epidemia COVID-19 spowodowała również większe niedobory w zakresie pozyskiwania chętnego do pracy (za dużo niższe stawki) personelu, zwłaszcza lekarzy i pielęgniarek.

Podsumowując, rekomenduje się jako priorytetowe następujące działania:

W oddziale medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarnym:

- zwiększenie wartości taryfy osobodnia z 6,10, do 7,21; dla pacjentów żywionych dojelitowo z 7,95, do 8,97; dla pacjentów żywionych pozajelitowo z 9,80 do 11,53.

W hospicjum domowym:

- podniesienie taryfy osobodnia z 1,00 do 1,20,
- zniesienie limitowania świadczeń.

W poradni medycyny paliatywnej:

- zwiększenie wartości taryfy porady lekarza, wizyty pielęgniarki i psychologa z 0,99 do 1,2,
- wprowadzenie odrębnej wartości dla lekarza, pielęgniarki i psychologa za wizytę w domu pacjenta (wizyta domowa) na poziomie 2,40

oraz rozpoczęcie procedury nowej taryfikacji świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej we wszystkich zakresach.

Z poważaniem,

dr n. o zdr. Izabela Kaptacz

Konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej

Do wiadomości:

Pan Dr Filip Nowak – p.o. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia,

Pan dr hab. med. Maciej Niedźwiecki - Pełnomocnik Ministra Zdrowia ds. Opieki Paliatywnej

Pani dr hab. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz - Prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Paliatywnej

Pani mgr Anna Kaptacz – Prezes Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej

Pani Dr Jolanta Stokłosa - Prezes Forum Hospicjów Polskich

Pan Prof. dr hab. med. Wojciech Leppert – Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej

Konsultanci Wojewódzcy w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej