



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.521.5.2022

[data ukończenia 23.01.2024]

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
CKPPP	Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych
CMKP	Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego
CPL	względny poziom cen (ang. <i>Comparative Price Levels</i>)
CRP	białko C-reaktywne (ang. <i>C Reactive Protein</i>)
DRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Diagnosis Related Groups</i>)
FFS	płatność za usługę (ang. <i>fee-for-service</i>)
FK	formularz finansowo-księgowy
GHM	jednorodne grupy pacjentów (fr. <i>Groupes Homogène de Malades</i>)
GHS	jednorodne grupy pobytów (fr. <i>Groupe Homogène de Séjours</i>)
HD	hospicjum domowe
HIV	ludzki wirus niedoboru odporności (ang. <i>human immunodeficiency virus</i>)
HRG	jednorodne grupy pacjentów (ang. <i>Healthcare Resource Groups</i>)
ICD-10	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja Dziesiąta
KBV	Stowarzyszenie Lekarzy Ustawowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (niem. <i>Kassenärztlichen Bundesvereinigung</i>)
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. <i>Organization for Economic Co-operation and Development</i>)
OM	obróć magazynowy z apteki szpitalnej
OPH	opieka paliatywna i hospicyjna
OPK	ośrodek powstawania kosztów
PKB	produkt krajowy brutto
PNF	proprioceptywne torowanie nerwowo – mięśniowe (ang. <i>proprioceptive neuromuscular facilitation</i>)
PPP	parytet siły nabywczej (ang. <i>Purchasing Power Parities</i>)
PTPOP	Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej
SPZOZ	samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
TENS	przezsłonna elektryczna stymulacja nerwów (ang. <i>transcutaneous electrical nerve stimulation</i>)
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia (ang. <i>World Health Organization</i>)
WKK	własna kalkulacja kosztów
ZDOP	zespół domowej opieki paliatywnej

Spis treści

1. Problem decyzyjny	5
2. Taryfikowane świadczenie	7
2.1. Charakterystyka świadczenia	7
2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce	24
2.3. Analiza popytu i podaży	30
2.3.1. Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne	43
2.3.2. Hospicjum domowe	49
2.3.3. Hospicjum domowe dla dzieci.....	53
2.3.4. Poradnia medycyny paliatywnej	57
2.3.5. Perinatalna opieka paliatywna	61
2.3.6. Liczba lekarzy.....	65
2.3.7. Liczba i wykorzystanie łóżek.....	65
2.3.8. Kolejki oczekujących.....	67
2.4. Stan finansowania w innych krajach	74
2.4.1. Anglia.....	74
2.4.2. Francja	75
2.4.3. Niemcy.....	76
2.5. Cenniki komercyjne.....	78
2.6. Uwagi do świadczenia	79
3. Projekt taryfy.....	82
3.1. Pozyskanie danych	82
3.2. Analiza danych	88
3.2.1. Propozycje zmian w katalogu świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej	88
3.2.2. Mnożnik zmian wielkości kosztów	91
3.2.3. Osobodzień pobytu	92
3.2.4. Koszt żywienia	94
3.2.5. Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych.....	95
3.2.6. Koszt infrastruktury	95
3.2.7. Koszt personelu realizującego świadczenia	97
3.2.8. Koszt transportu	99
3.2.9. Wyniki analizy kosztów	102
3.3. Analiza wrażliwości	108

3.4.	Projekt taryfy	110
4.	Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	113
4.1.	Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	113
4.2.	Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej.....	116
5.	Najważniejsze informacje i wnioski	118
6.	Bibliografia	128
7.	Spis tabel i rysunków	129
8.	Załączniki.....	133

1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: Plan Taryfikacji na rok 2023, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 29.06.2022 r., w punkcie: II lp. 1-4, odnoszący się do świadczeń gwarantowanych zgodnych z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2020 poz. 457 z późn. zm.) realizowanych w warunkach stacjonarnych, domowych, ambulatoryjnych oraz perinatalnej opieki paliatywnej.

W ramach prowadzonych prac taryfikacyjnych uwzględniono propozycje zmian w katalogu świadczeń, przekazane pismem Ministra Zdrowia z dn. 28.09.2023 r. (znak pisma: DLR.7003.34.2022.AK), które opracowane zostały przez Zespół do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (dalej: Zespół MZ ds. OPH). Ponadto uwzględniono prośbę o wydanie opinii w sprawie stosowania u pacjentów, w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej, procedur:

- przetaczanie krwi i preparatów krwio pochodnych,
- podawanie bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną,
- podawanie preparatów zawierających czynniki wzrostu,

wobec których Zespół MZ ds. OPH wnioskował o możliwość dosumowania do osobodnia.

Przedmiotem raportu są:

świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej:

świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych,

świadczenia realizowane w warunkach domowych,

świadczenia realizowane w warunkach ambulatoryjnych,

świadczenia realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej

identyfikowane produktami rozliczeniowymi Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna, określonymi w załączniku 1 do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna:

osobodzeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym

osobodzeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo

osobodzeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo

osobodzeń w hospicjum domowym

osobodzeń w hospicjum domowym dla dzieci

porada w poradni medycyny paliatywnej

porada w domu świadczeniobiorcy

porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki

zwane dalej: **opieką paliatywną i hospicyjną.**

Opieka paliatywna i hospicyjna była przedmiotem taryfikacji w 2015 roku, zgodnie z planem taryfikacji zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w dniu 10 marca 2015 r. Ponadto przedmiotem wyceny AOTMiT było świadczenie perinatalna opieka paliatywna na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z 30.03.2017 r., znak IK 913164/DS.

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Zapotrzebowanie na opiekę paliatywną i hospicyjną jest coraz większe głównie z powodu starzenia się ludności Polski oraz obserwowanego i prognozowanego wzrostu liczby zachorowań i zgonów na choroby przewlekłe oraz nowotworowe. Ponadto zgodnie z informacjami zamieszczonymi w Krajowym Planie Transformacji do 2050 r. spodziewany wzrost zapotrzebowania na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej wyniesie 38%. Łącznie w Polsce potrzebnych będzie ok. 202 tys. miejsc, z czego ok. 198 tys. w ramach hospicjum oraz ok. 3,4 tys. w hospicjach stacjonarnych/oddziałach medycyny paliatywnej.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgodnie z definicją zawartą w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 poz. 262 t.j.), 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.

Natomiast według definicji WHO z 2020 r. opieka paliatywna to podejście, które poprawia jakość życia pacjentów (dorosłych i dzieci) oraz ich rodzin, którzy borykają się z problemami związanymi z chorobami zagrażającymi życiu. Zapobiega i łagodzi cierpienie poprzez wczesną identyfikację, prawidłową ocenę oraz leczenie bólu i innych problemów fizycznych, psychospołecznych lub duchowych (Dzierżanowski, 2021).

Opieka hospicyjna ma odmienne znaczenie od opieki paliatywnej. Według Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej, opieka hospicyjna obejmuje całą osobę i ma na celu zaspokojenie wszystkich potrzeb – fizycznych, emocjonalnych, społecznych i duchowych. W domu, w ośrodku dziennej opieki i hospicjum zapewnia się opiekę nad osobą zbliżającą się do końca życia oraz osobami ją kochającymi. Personel i wolontariusze pracują w zespołach wieloprofesjonalnych, zapewniając opiekę dostosowaną do indywidualnych potrzeb i osobistych wyborów, starając się zapewnić wolność od bólu, godność, pokój i spokój (Dzierżanowski, 2021).

Mimo że zgodnie z rekomendacjami komitetu Ministrów z 2003 roku dla państw członkowskich opieka paliatywna nie jest związana z konkretną chorobą (Rada Europy, 2003), w Polsce kwalifikacji chorych do objęcia opieką paliatywną i hospicyjną dokonuje się na podstawie poniżej wymienionych nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych nienowotworowych.

Tabela 1 Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – osoby dorosłe

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
C00-D48	Nowotwory
G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
G35	Stwardnienie rozsiane
I42-I43	Kardiomiopatia
J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
L89	Owrzodzenie odleżynowe

Źródło: Rozporządzenie MZ (Dz. U. z 2022 poz. 262 t.j.)

Tabela 2 Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – dzieci do ukończenia 18. roku życia

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
A81	Atypowe wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego
B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
B90-B94	Następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych
C00-C14	Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła
C15-C26	Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego
C30-C39	Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej
C40-C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej
C43-C44	Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry
C45-C49	Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich
C50	Nowotwór złośliwy piersi
C51-C58	Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych
C60-C63	Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych
C64-C68	Nowotwory złośliwe układu moczowego
C69-C72	Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
C73-C75	Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego
C76-C80	Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu
C81-C96	Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
C97	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
D00-D09	Nowotwory in situ
D32	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych
D33	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
D37-D48	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze
E70-E90	Choroby metaboliczne
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
G10-G13	Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
G23	Inne choroby zwyrodnieniowe zwojów podstawnych (w szczególności choroba Hellervordena-Spatza)
G70-G73	Choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni (w szczególności G71.0 Dystrofia mięśniowa, w tym ciężka [Duchenne’a], G71.2 Miopatie wrodzone, G71.3 Miopatia mitochondrialna niesklasyfikowana gdzie indziej)
G80-G83	Mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne (w szczególności G80 Mózgowe porażenie dziecięce)
G90-G99	Inne zaburzenia układu nerwowego
I50	Niewydolność serca
I69	Następstwa chorób naczyniowych mózgu
J96.1	Przewlekła niewydolność oddechowa
K72	Niewydolność wątroby, niesklasyfikowana gdzie indziej
K74	Zwłóknienie i marskość wątroby
N18.0	Schyłkowa niewydolność nerek
P10	Uszkodzenie struktur śródczaszkowych i krwotok spowodowany urazem porodowym
P11	Inne porodowe urazy ośrodkowego układu nerwowego

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
P21	Zamartwica urodzeniowa
P27	Przewlekła choroba oddechowa rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym (w szczególności P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym)
P35	Wrodzone choroby wirusowe
P91	Inne zaburzenia mózgowe noworodka (w szczególności P91.0 Niedokrwienie mózgu noworodkowe)
Q00-Q07	Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (w szczególności Q03 Wodogłowie wrodzone, Q03.1 Zespół Dandy-Walkera, Q04.2 Przodomózgowie jednokomorowe - holoprosencephalia, Q04.3 Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek, np. gładkomózgowie - lissencephalia, Q04.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe mózgu, Q04.9 Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nieokreślone, Q05 Rozszczep kręgosłupa, Q05.0 Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem, Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem, Q07 Inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, Q07.0 Zespół Arnolda-Chiari)
Q20-Q25	Wrodzone wady rozwojowe serca i dużych naczyń - dotyczy dzieci niezakwalifikowanych do leczenia operacyjnego
Q31	Wrodzone wady rozwojowe krtani
Q32	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
Q44	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby (w szczególności Q44.2 Zarośnięcie przewodów żółciowych, Q44.7 Zespół Alagille'a)
Q60	Niewytworzenie się nerki i inne zaburzenia związane z niedorozwojem nerki (w szczególności Q60.4 Niedorozwój nerek, obustronny)
Q61.1	Wielotorbielowość nerek, dziedziczona autosomalnie recesywnie
Q77	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa (w szczególności Q77.4 Achondroplazja - chondrodystrofia płodowa)
Q78	Inne osteochondrodysplazje (w szczególności Q78.0 Kostnienie niedoskonałe - łamliwość kości wrodzona - osteogenesis imperfecta)
Q79	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q81	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
Q85	Fakomatozy, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
Q89	Inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej (w szczególności Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej)
Q90-Q99	Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej
R40.2	Śpiączka, nieokreślona
S06	Uraz śródczaszkowy (w szczególności S06.7 Uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności)
T90	Następstwa urazów głowy
T91	Następstwa urazów szyi i tułowia
T94	Następstwa urazów obejmujących liczne okolice ciała i nieokreślone okolice ciała
T96	Następstwa zatrucia lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi
T97	Następstwa toksycznych skutków działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych
Y85-Y89	Następstwa zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu (w szczególności Y85 Następstwa wypadków komunikacyjnych, Y87.0 Następstwa zamierzonego samouszkodzenia, Y88.0 Następstwa niekorzystnego działania leku, środka farmakologicznego i substancji biologicznej zastosowanych do celów leczniczych, Y88.1 Następstwa wypadku pacjenta w trakcie zabiegów chirurgicznych i medycznych, Y89 Następstwa działania innych przyczyn zewnętrznych)

Źródło: Rozporządzenie MZ (Dz. U. z 2022 poz. 262 t.j.)

Tabela 3 Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – perinatalna opieka paliatywna

Kod ICD-10	Kryteria kwalifikacji do leczenia
P00-P96 Q00-Q99	Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym oraz wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenie i aberracje chromosomowe

Źródło: Rozporządzenie MZ (Dz. U. z 2022 poz. 262 t.j.)

Opieka paliatywna w świetle standardów organizacyjnych – pacjenci dorośli

Rodzaje (poziomy) opieki paliatywnej:

- Elementy opieki paliatywnej — to podstawowe zasady opieki paliatywnej stosowane u pacjentów we wszystkich podmiotach leczniczych, innych niż specjalistyczna opieka paliatywna, które obejmują leczenie objawów, właściwe porozumiewanie się z chorymi i rodzinami, ustalanie wspólnie z pacjentami i rodzinami celów leczenia i opieki oraz podejmowanie decyzji klinicznych z uwzględnieniem preferencji chorych oraz zasad opieki paliatywnej.
- Specjalistyczna opieka paliatywna — jest zapewniana chorym z kompleksowymi potrzebami w zakresie leczenia objawów, wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego, przez wieloprofesjonalne zespoły specjalistycznej opieki paliatywnej, które cechuje interdyscyplinarny sposób pracy.
 - Zespół specjalistycznej opieki paliatywnej — obejmuje lekarzy, w tym specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej, pielęgniarki, w tym specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, fizjoterapeutów i psychologów. Do zespołu specjalistycznej opieki paliatywnej mogą należeć lub z nim współpracować: farmaceuci, opiekunowie medyczni, dietetycy, pracownicy socjalni, osoby duchowne, terapeuci zajęciowi, asystenci medyczni, wolontariusze i koordynatorzy wolontariatu.
 - Specjalistyczna opieka paliatywna jest zapewniana w warunkach domowych, stacjonarnych i ambulatoryjnych (Leppert i inni, 2022).

Specjalistyczna domowa opieka paliatywna

Specjalistyczna domowa opieka paliatywna stanowi podstawowy i preferowany rodzaj opieki paliatywnej. Świadczenia udzielane są przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów. Zespół domowej opieki paliatywnej (ZDOP) udziela następujących świadczeń:

- Badania diagnostyczne zlecane przez lekarzy lub pielęgniarki ZDOP.
- Zapobieganie wystąpieniu i leczenie bólu oraz innych objawów.
- Opieka psychologiczna i wsparcie socjalne chorych i rodzin.
- Opieka duchowa dla pacjentów.
- Wsparcie psychologiczne i socjalne osób osieroconych.
- Bezpłatne wypożyczanie sprzętu medycznego.
- Specjalistyczne porady i konsultacje udzielane przez personel ZDOP lekarzom i pielęgniarkom POZ w zakresie leczenia objawów, wsparcia psychosocjalnego i duchowego.
- W razie potrzeby kierowanie chorych do specjalistycznej stacjonarnej lub ambulatoryjnej opieki paliatywnej bądź innych jednostek ochrony zdrowia.
- Wsparcie psychologiczne i zapobieganie wypaleniu personelu (Leppert i inni, 2022).

Wymagania dotyczące świadczeń:

- Całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń lekarza, co oznacza dostępność pod telefonem i gotowość do realizacji wizyty domowej interwencyjnej.
- Wizyty lekarskie w zależności od potrzeb pacjenta, nie mniej niż 2 wizyty w okresie 30 dni.
- Całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń pielęgniarki, co oznacza dostępność pod telefonem i gotowość do realizacji wizyty domowej interwencyjnej.
- Wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb pacjenta, nie mniej niż 2 wizyty w okresie 7 dni.

- Wizyty fizjoterapeuty i psychologa, w zależności od potrzeb pacjenta (Leppert i inni, 2022).

Wymagania organizacyjne:

- W miastach poniżej 100 000 mieszkańców zalecany jest przynajmniej jeden ZDOP w powiecie, którego obszar działania obejmuje jeden powiat lub w przypadku siedziby położonej blisko granicy — sąsiadujące powiaty.
- W miastach powyżej 100 000 mieszkańców zalecany jest przynajmniej jeden ZDOP na 100 000 mieszkańców (dzielnice), którego obszar działania obejmuje jedną lub kilka dzielnic (Leppert i inni, 2022).

Wymagania i normy zatrudnienia personelu:

- Kierownikiem medycznym ZDOP jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej w trybie szkolenia po uzyskaniu tytułu specjalisty w innej dziedzinie lub w trybie modułowym po ukończeniu szkolenia w zakresie modułu podstawowego.
- Pielęgniarka koordynująca pracę pielęgniarek jest specjalistą pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- Zespół obejmuje lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, psychologów i innych pracowników.
- Lekarze — równoważnik 1 etatu na 30 chorych.
- Pielęgniarki — równoważnik 1 etatu na 12 pacjentów.
- Spośród całkowitego czasu pracy wszystkich pielęgniarek zatrudnionych w ZDOP 50% jest zapewniane przez pielęgniarki, które posiadają ukończony kurs kwalifikacyjny opieki paliatywnej lub posiadają specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub są w jej trakcie.
- Spośród całkowitego czasu pracy wszystkich pielęgniarek zatrudnionych w ZDOP 90% jest zapewniane przez pielęgniarki, które posiadają ukończony co najmniej kurs specjalistyczny opieki paliatywnej.
- Fizjoterapeuta — równoważnik 1 etatu na 60 pacjentów.
- Psycholog — równoważnik 1 etatu na 60 chorych, konsultacja dotyczy odrębnie pacjenta, członka rodziny chorego, osoby osieroconej oraz członka zespołu.
- Możliwe zatrudnienie jednego, więcej bądź wszystkich wymienionych pracowników: farmaceuta, dietetyk, asystent medyczny, pracownik socjalny, duchowny i koordynator wolontariatu — łącznie równoważnik 1 etatu na 15 pacjentów (Leppert i inni, 2022).

Wymagania dotyczące wypożyczanego sprzętu medycznego:

- Koncentratory tlenu, inhalatory, pompy infuzyjne, pulsoksymetry i ssaki — przynajmniej jedna sztuka każdego wymienionego sprzętu na 10 pacjentów (Leppert i inni, 2022).

Specjalistyczna stacjonarna opieka paliatywna

Specjalistyczna stacjonarna opieka paliatywna jest zapewniana w warunkach oddziału medycyny paliatywnej i pozaszpitalnego oddziału medycyny paliatywnej. Chorzy są przyjmowani do oddziałów stacjonarnych na okres zależny od indywidualnych potrzeb pacjentów i rodzin, do chwili wypisania chorych lub do końca życia (Leppert i inni, 2022).

Zakres świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej i w pozaszpitalnym oddziale medycyny paliatywnej:

- Świadczenia udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Badania diagnostyczne zlecane przez lekarzy.
- Zapobieganie wystąpieniu i leczenie bólu oraz innych objawów.
- Opieka psychologiczna i wsparcie socjalne chorych i rodzin.
- Opieka duchowa dla pacjentów.
- Wsparcie psychologiczne i socjalne osób osieroconych.
- Opieka wyręczająca dla rodzin chorych.
- Zaopatrzenie w wyroby medyczne niezbędne do wykonania świadczeń na oddziale.
- Wsparcie psychologiczne i zapobieganie wypaleniu personelu (Leppert i inni, 2022).

Wymagania dotyczące świadczeń:

- Dostęp do świadczeń udzielanych przez lekarza przez całą dobę i 7 dni w tygodniu.
- Świadczenia udzielane przez pielęgniarkę przez całą dobę i 7 dni w tygodniu (Leppert i inni, 2022).

Wymagania organizacyjne:

- oddział medycyny paliatywnej i pozaszpitalny oddział medycyny paliatywnej stanowią, odpowiednio, odrębny oddział w szpitalu i odrębny oddział poza szpitalem, i liczą nie mniej niż 8 łóżek.
- Nowo tworzone oddziały stanowią odrębne oddziały i liczą nie mniej niż 15 łóżek.
- Zalecane jest, aby podmiot leczniczy dla zapewnienia ciągłości specjalistycznej opieki paliatywnej posiadał w strukturze lub współpracował z jedną lub większą liczbą komórek organizacyjnych: szpitalnym zespołem opieki paliatywnej, zespołem domowej opieki paliatywnej, poradnią medycyny paliatywnej i dziennym ośrodkiem opieki paliatywnej.
- Zalecane jest tworzenie oddziałów medycyny paliatywnej w szpitalach klinicznych, onkologicznych i wojewódzkich, z uwzględnieniem lokalnych uwarunkowań.
- Zalecane jest utworzenie przynajmniej jednego oddziału medycyny paliatywnej lub pozaszpitalnego oddziału medycyny paliatywnej na obszarze jednego powiatu.
- Zalecane jest zapewnienie normy 130 łóżek w jednostkach stacjonarnych specjalistycznej opieki paliatywnej na 1 000 000 mieszkańców (Leppert i inni, 2022).

Wymagania i normy zatrudnienia personelu:

- Kierownikiem medycznym oddziału medycyny paliatywnej jest lekarz specjalista medycyny paliatywnej.
- Kierownikiem medycznym, dyrektorem medycznym i zastępcą dyrektora ds. medycznych pozaszpitalnego oddziału medycyny paliatywnej jest lekarz specjalista medycyny paliatywnej.
- Pracą pielęgniarek kieruje pielęgniarka specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- Zespół obejmuje lekarzy, pielęgniarki, opiekunów medycznych, fizjoterapeutów, psychologów i innych pracowników.
- Lekarze — równoważnik 1 etatu na 10 łóżek.
- Pielęgniarki — równoważnik 8 etatów na 10 łóżek: specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji lub posiadająca co najmniej kurs specjalistyczny podstawy opieki paliatywnej.

- Spośród całkowitego czasu pracy wszystkich pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach medycyny paliatywnej i pozaszpitalnych oddziałach medycyny paliatywnej, świadczenia realizowane przez specjalistów pielęgniarstwa opieki paliatywnej stanowią co najmniej 30%.
- W oddziałach medycyny paliatywnej i pozaszpitalnych oddziałach medycyny paliatywnej pielęgniarki bez specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub nieposiadające ukończonego kursu kwalifikacyjnego lub specjalistycznego z zakresu opieki paliatywnej oraz pielęgniarki, które nie podjęły żadnej z wymienionych form kształcenia, mogą być zatrudnione na okres do 12 miesięcy.
- Opiekunowie medyczni — równoważnik 1 etatu na 4 łóżka.
- Fizjoterapeuta — równoważnik 1 etatu na 30 łóżek.
- Psycholog — równoważnik 1 etatu na 40 łóżek, konsultacja dotyczy odrębnie pacjenta, członka rodziny chorego i osoby osieroconej oraz członka zespołu.
- Możliwe zatrudnienie jednego, więcej bądź wszystkich wymienionych pracowników: farmaceuta, dietetyk, asystent medyczny, pracownik socjalny, duchowny, terapeuta zajęciowy i koordynator wolontariatu — łącznie równoważnik 1 etatu na 8 łóżek (Leppert i inni, 2022).

Wymagania dotyczące sprzętu medycznego:

- Łóżka zwykłe i wielopozycyjne z materacami przeciwoleżynowymi.
- Koncentratory tlenu — 1 sztuka na 3 łóżka lub inne źródło tlenu.
- Ssaki elektryczne — 1 sztuka na 5 łóżek.
- Pompy infuzyjne — 1 sztuka na 5 łóżek.
- Inhalatory — 1 sztuka na 10 łóżek.
- Pulsoksymetry — 1 sztuka na 3 łóżka.
- Glukometry — 1 sztuka na 10 łóżek.
- Aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi — 1 sztuka na 5 łóżek.
- Aparat do wykonania elektrokardiogramu.
- Ultrasonograf.
- Sprzęt do resuscytacji, zestaw przeciwwstrząsowy.
- Wózki inwalidzkie, balkoniki, chodziki, kule i laski (Leppert i inni, 2022).

Specjalistyczna ambulatoryjna opieka paliatywna

Specjalistyczna ambulatoryjna opieka paliatywna jest zapewniana chorym, którzy mogą przybyć do poradni medycyny paliatywnej i pacjentom, którzy pozostają w domach, jednak nie wymagają stałego leczenia i wsparcia zespołu domowej opieki paliatywnej. Świadczenia udzielane są w ramach poradni medycyny paliatywnej i dziennego ośrodka opieki paliatywnej (Leppert i inni, 2022).

Zakres świadczeń udzielanych w poradni medycyny paliatywnej:

- Konsultacje udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Badania i czynności diagnostyczne, w tym pobranie materiału biologicznego.
- Zapobieganie wystąpieniu i leczenie bólu oraz innych objawów.
- Opieka psychologiczna i wsparcie socjalne chorych i rodzin.
- Opieka duchowa dla pacjentów.
- Wsparcie psychologiczne i socjalne osób osieroconych.
- Świadczenia w siedzibie poradni dla chorych w stabilnym stanie ogólnym i w dobrym stanie sprawności.

- Porady i wizyty w domu pacjentów z ograniczoną aktywnością, którzy nie mogą przybyć do poradni, jednak są w stanie ogólnym stabilnym i nie wymagają stałego leczenia zapewnianego przez zespół domowej opieki paliatywnej.
- Wsparcie psychologiczne i zapobieganie wypaleniu personelu (Leppert i inni, 2022).

Wymagania dotyczące świadczeń udzielanych w poradni medycyny paliatywnej:

- Świadczenia udzielane są w poradni i w domu przez lekarza, pielęgniarkę, fizjoterapeutę i psychologa.
- W przypadkach wynikających ze stanu zdrowia chorych świadczenia lekarza, pielęgniarki, fizjoterapeuty i psychologa są udzielane w domu pacjenta.
- W przypadku pogorszenia stanu chorych zalecane jest zapewnienie pacjentom i rodzinom dostępu do innych komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej (Leppert i inni, 2022).

Wymagania organizacyjne poradni medycyny paliatywnej:

- Podmiot leczniczy prowadzący poradnię medycyny paliatywnej posiada w strukturze lub współpracuje z zespołem domowej opieki paliatywnej, oddziałem medycyny paliatywnej, pozaszpitalnym oddziałem medycyny paliatywnej i szpitalnym zespołem opieki paliatywnej.
- Zalecane jest, aby poradnia medycyny paliatywnej zapewniała specjalistyczne konsultacje lekarza w dziennym ośrodku opieki paliatywnej, jeżeli znajduje się on w strukturze danego podmiotu leczniczego.
- Zalecane jest, aby w zakresie wizyt domowych zasięg działania poradni medycyny paliatywnej, w zależności od lokalizacji, obejmował obszary wymienione dla zespołu domowej opieki paliatywnej.
- Zalecane jest utworzenie poradni medycyny paliatywnej w każdym Wojewódzkim Centrum Onkologii i w Instytucie (Oddziale Instytutu) Onkologii (Leppert i inni, 2022).

Wymagania i normy zatrudnienia personelu w poradni medycyny paliatywnej:

- Kierownikiem poradni medycyny paliatywnej jest lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej.
- Zespół obejmuje lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Lekarz — specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub w trakcie specjalizacji medycyny paliatywnej.
- Pielęgniarka — specjalista pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub w trakcie specjalizacji pielęgniarstwa opieki paliatywnej.
- Fizjoterapeuta.
- Psycholog — konsultacja dotyczy odrębnie pacjenta, członka rodziny chorego, osoby osieroconej i członka zespołu.
- Dla wizyt domowych uwzględniono średni czas dojazdu na jedną wizytę 30 minut.
- Równoważnik 1 etatu lekarza. W poradni 8 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 45 minut, pierwszej konsultacji 60 minut. W domu 5 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 75 minut, pierwszej konsultacji 90 minut.
- Równoważnik 1 etatu pielęgniarki. W poradni 12 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 30 minut, pierwszej konsultacji 45 minut. W domu 6 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 60 minut, pierwszej konsultacji 75 minut.

- Równoważnik 1 etatu fizjoterapeuty. W poradni 8 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 45 minut, pierwszej konsultacji 60 minut. W domu 5 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 75 minut, pierwszej konsultacji 90 minut.
- Równoważnik 1 etatu psychologa dla wszystkich rodzajów konsultacji. W poradni 8 konsultacji dziennie: średni czas jednej konsultacji 45 minut, pierwszej konsultacji 60 minut. W domu 5 konsultacji dziennie: średni czas 1 konsultacji 75 minut, pierwszej konsultacji 90 minut (Leppert i inni, 2022).

Wymagania dotyczące sprzętu medycznego w poradni medycyny paliatywnej:

- Aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, glukometr i pulsoksymetr (Leppert i inni, 2022).

Zakres świadczeń udzielanych w dziennym ośrodku opieki paliatywnej:

- Konsultacje udzielane przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i psychologów.
- Terapia zajęciowa.
- Opieka psychologiczna i wsparcie socjalne chorych i rodzin.
- Opieka duchowa dla pacjentów.
- Wsparcie psychologiczne i zapobieganie wypaleniu personelu (Leppert i inni, 2022).

Wymagania dotyczące świadczeń udzielanych w dziennym ośrodku opieki paliatywnej:

- Zapewnienie pacjentom konsultacji lekarza w dziennym ośrodku opieki paliatywnej lub w poradni medycyny paliatywnej lub w innej komórce organizacyjnej podmiotu leczniczego posiadającego dzienny ośrodek opieki paliatywnej.
- Chorzy przebywają w dziennym ośrodku opieki paliatywnej w dni robocze tygodnia przez okres według zaleceń lekarza zespołu specjalistycznej opieki paliatywnej.
- Dzienny ośrodek opieki paliatywnej posiada przynajmniej 10 miejsc dla pacjentów (Leppert i inni, 2022).

Wymagania organizacyjne w dziennym ośrodku opieki paliatywnej:

- Dzienny ośrodek opieki paliatywnej stanowi część struktury podmiotu leczniczego, w ramach którego funkcjonuje jedna lub więcej komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej.
- Zalecane jest, aby dzienny ośrodek opieki paliatywnej był zlokalizowany w budynku, w którym znajduje się jedna lub więcej komórek organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej.
- Dzienny ośrodek opieki paliatywnej obejmuje: pokój terapii pacjentów, pokój odpoczynku chorych, pokój badania pacjentów, pomieszczenie dla personelu, kuchnię lub pomieszczenie dla przygotowania posiłków i łazienkę, przy czym wszystkie pomieszczenia, w których przebywają chorzy, są przystosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.
- Zalecany jest jeden dzienny ośrodek opieki paliatywnej na 150 000 mieszkańców (Leppert i inni, 2022).

Wymagania i normy zatrudnienia personelu w dziennym ośrodku opieki paliatywnej:

- Równoważnik 1 etatu lekarza: 8 konsultacji dziennie, średni czas 1 konsultacji 45 minut, pierwszej konsultacji 60 minut.
- Pielęgniarka — równoważnik 1 etatu na 15 pacjentów, w tym równoważnik 1/2 etatu pielęgniarki specjalisty pielęgniarstwa opieki paliatywnej lub pielęgniarki w trakcie specjalizacji pielęgniarstwa opieki paliatywnej.

- Fizjoterapeuta — równoważnik 1 etatu na 40 chorych.
- Terapeuta zajęciowy — równoważnik 1 etatu na 15 pacjentów.
- Psycholog — równoważnik 1 etatu na 60 pacjentów, konsultacja dotyczy odrębnie pacjenta, członka rodziny chorego i członka zespołu.
- Możliwe zatrudnienie jednego, więcej bądź wszystkich wymienionych pracowników: opiekun medyczny, muzykoterapeuta, pracownik socjalny, duchowny — równoważnik 1 etatu na 10 chorych (Leppert i inni, 2022).

Procedury wykonywane w poradni medycyny paliatywnej, oddziale medycyny paliatywnej/ pozaszpitalnym oddziale medycyny paliatywnej oraz przez zespół domowej opieki paliatywnej zamieszczono w poniższej tabeli.

Tabela 4 Procedury wykonywane w komórkach organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej

Procedura	Zespół domowej opieki paliatywnej	Oddział medycyny paliatywnej	Poradnia medycyny paliatywnej
Procedury diagnostyczne:			
Badanie podmiotowe ukierunkowane na ustalenie przyczyn objawów	X	X	X
Wywiad rodzinny w oparciu o genogram	X	X	X
Badanie przedmiotowe z uwzględnieniem patomechanizmu objawów	X	X	X
Pomiar ciśnienia tętniczego krwi	X	X	X
Pomiar ciepłoty ciała	X	X	X
Pomiar częstości oddechów	X	X	X
Pomiar wysycenia hemoglobiny tlenem	X	X	X
Pomiar masy ciała	X	X	X
Określenie planu postępowania uzgodnionego z chorym i rodziną, dotyczącego miejsca sprawowania opieki, stosowanych metod diagnostyki i leczenia	X	X	X
Pobranie krwi żyłnej lub włóścikowej do badań	X	X	X
Pomiar glikemii za pomocą glukometru	X	X	X
Pobranie wymazu i wydzieliny	X	X	X
Pobranie moczu do badania	X	X	X
Wykonanie badań laboratoryjnych	X	X	X
Wykonanie badań mikrobiologicznych	X	X	X
Wykonanie badań obrazowych	X	X	X
Diagnoza pielęgnarska	X	X	X
Rozpoznanie stanów nagłych	X	X	X
Rozpoznanie działań niepożądanych leków	X	X	X
Ocena ryzyka rozwoju odleżyn	X	X	X
Ocena siły mięśniowej	X	X	X
Badanie zakresów ruchów	X	X	X
Badanie czynnościowe wraz z oceną lokomocji, samoobsługi, sprawności manualnej, równowagi i stabilności ciała	X	X	X
Ocena potrzeb w zakresie zaopatrzenia ortopedycznego	X	X	X
Ocena stanu odżywienia chorych	X	X	X
Ocena stanu aktywności chorych	X	X	X
Ocena natężenia bólu	X	X	X

Procedura	Zespół domowej opieki paliatywnej	Oddział medycyny paliatywnej	Poradnia medycyny paliatywnej
Ocena napięcia innych objawów	X	X	X
Ocena jakości życia chorych	X	X	X
Ocena jakości opieki	X	X	
Prowadzenie bilansu płynów	X	X	
Procedury terapeutyczne:			
Przygotowanie i podawanie leków drogą doustną, przez skórą, podjęzykową, donosową, wziewną i doodbytniczą	X	X	X
Przygotowanie i podawanie leków (we wstrzyknięciu lub ciągłym wlewie) drogą podskórną, dożylną, domięśniową i dokanałową	X	X	X
Obsługa i pielęgnacja portów naczyniowych	X	X	X
Obsługa i pielęgnacja centralnych dostępów naczyniowych	X	X	X
Obsługa i pielęgnacja obwodowych dostępów naczyniowych	X	X	X
Znieczulenie miejscowe skóry przy zastosowaniu kremu EMLA	X	X	X
Obsługa pomp strzykawkowych	X	X	X
Obsługa pomp żywieniowych	X	X	X
Toaleta i wymiana rurki tracheotomijnej	X	X	X
Zakładanie zgłębnika do żołądka	X	X	X
Pielęgnacja i leczenie zachowawcze zmian przy gastrostomii	X	X	X
Żywienie do żołądka przez zgłębnik	X	X	X
Żywienie dojelitowe przez gastrostomię	X	X	X
Żywienie dojelitowe przez przeskórną endoskopową gastrostomię	X	X	X
Żywienie dojelitowe przez jejunostomię	X	X	X
Wykonanie wlewu doodbytniczego	X	X	X
Wykonanie wlewu do stomii	X	X	X
Wykonanie ręcznego wydobycia stolca	X	X	X
Cewnikowanie i płukanie pęcherza moczowego	X	X	X
Leczenie odleżyn	X	X	X
Leczenie owrzodzeń skóry	X	X	X
Leczenie przetok	X	X	X
Pielęgnacja i leczenie zmian w obrębie jamy ustnej	X	X	X
Płukanie pochwy	X	X	X
Płukanie nefrostomii	X	X	X
Leczenie zmian skórnych wokół stomii jelitowych	X	X	X
Leczenie zmian skórnych wokół urostomii	X	X	X
Zaopatrzenie stomii powikłanej	X	X	X
Drenaż ułożeniowy	X	X	X
Leczenie farmakologiczne bólu	X	X	X
Leczenie innych objawów	X	X	X
Leczenie stanów nagłych	X	X	X
Leczenie działań niepożądanych leków	X	X	X
Tlenoterapia	X	X	

Procedura	Zespół domowej opieki paliatywnej	Oddział medycyny paliatywnej	Poradnia medycyny paliatywnej
Stosowanie sedacji paliatywnej	X	X	
Leczenie bólu z zastosowaniem technik interwencyjnych		X	
Leczenie preparatami krwiopochodnymi		X	
Kwalifikacja do leczenia żywieniowego		X	
Żywienie pozajelitowe		X	
Nakłucie jamy otrzewnowej		X	
Nakłucie jamy opłucnowej		X	
Nacięcie ropnia		X	
Opieka wyręczająca		X	
Procedury pielęgnacyjno-higieniczne:			
Związane z utrzymaniem czystości skóry, włosów, paznokci i jamy ustnej	X	X	
Związane z utrzymaniem higieny bielizny	X	X	
Związane z układem oddechowym: toaleta tchawicy, drzewa oskrzelowego i tracheostomii, nawilżanie powietrza	X	X	
Związane z wydalaniem: wymiana środków higienicznych jednorazowego użytku (pieluchy, tampony, cewniki zewnętrzne), zaopatrzenie stomii jelitowych i urostomii	X	X	
Zmiana pozycji ciała i przemieszczanie chorego	X	X	
Kąpiel	X	X	
Zapobieganie odleżynom	X	X	
Toaleta po zgonie i pomoc w ubieraniu ciała zmarłego	X	X	
Karmienie i asystowanie przy spożywaniu posiłków przez chorych		X	
Procedury fizjoterapeutyczne:			
Kinezyterapia	X	X	X
Mobilizacje stawowe	X	X	X
Usprawnianie układu oddechowego	X	X	X
Reedukacja chodu	X	X	X
Fizykoterapia: prądkość elektryczna, stymulacja nerwów (TENS, <i>transcutaneous electrical nerve stimulation</i>), laseroterapia	X	X	X
Metody neurofizjologiczne: proprioceptywne, torowanie nerwowo-mięśniowe (PNF, <i>proprioceptive neuromuscular facilitation</i>), NDT-Bobath (leczenie poprzez usprawnianie nerwowo-ruchowe)	X	X	X
Kompleksowa terapia obrzęku limfatycznego	X	X	X
Plastrowanie (kinesiotaping)	X	X	X
Terapia tkanek miękkich	X	X	X
Masaż klasyczny	X	X	X
Drenaż limfatyczny	X	X	X
Procedury wsparcia psychologicznego, socjalnego i duchowego:			
Ocena potrzeb psychologicznych pacjentów i rodzin lub osób osieroconych	X	X	X
Ocena potrzeb socjalnych pacjentów i rodzin lub osób osieroconych	X	X	X

Procedura	Zespół domowej opieki paliatywnej	Oddział medycyny paliatywnej	Poradnia medycyny paliatywnej
Ocena potrzeb duchowych pacjentów i rodzin lub osób osieroconych	X	X	X
Wsparcie psychologiczne pacjentów i rodzin lub osób osieroconych	X	X	X
Prowadzenie rozmów wspierających i informacyjnych z chorym i rodziną lub osobą osieroconą	X	X	X
Psychoterapia bezpośrednia odreagowująca, kognitywna i podtrzymująca dla pacjentów i rodzin lub osób osieroconych	X	X	X
Psychoterapia bezpośrednia behawioralna: relaksacja i wizualizacja dla pacjentów i rodzin lub osób osieroconych	X	X	X
Psychoterapia pośrednia rodziny podczas choroby pacjenta i w okresie żałoby	X	X	X
Wsparcie socjalne indywidualne, dostosowane do aktualnych potrzeb pacjentów i rodzin lub osób osieroconych, obejmujące uzyskiwanie świadczeń z pomocy społecznej i organizowanie usług opiekuńczych	X	X	X
Wsparcie duchowe pacjentów i rodzin lub osób osieroconych	X	X	X
Zapobieganie wypaleniu personelu	X	X	X
Wsparcie psychologiczne członka zespołu	X	X	X
Posługa kapłańska dla chorych	X	X	
Inne procedury			
Edukacja chorego i rodziny	X	X	X
Stwierdzenie zgonu i wypisanie karty zgonu	X	X	X
Wsparcie rodziny po zgonie pacjenta	X	X	X
Opieka nad chorym i rodziną w okresie agonii	X	X	
Wypożyczanie niezbędnego sprzętu	X		
Terapia zajęciowa		X	
Terapie komplementarne		X	

Źródło: (Leppert i inni, 2022)

Opieka paliatywna w świetle standardów organizacyjnych – pacjenci pediatryczni

Pediatryczna domowa opieka paliatywna w hospicjach dla dzieci

Pediatryczna domowa opieka paliatywna może być realizowana przez hospicjum domowe dla dzieci oraz w przypadku braku na danym terenie hospicjum domowego dla dzieci, przez hospicjum domowe dla dorosłych. Hospicjum domowe dla dzieci zapewnia całodobową opiekę lekarza i pielęgniarki, z czasem dojazdu do chorego w nagłych wypadkach nieprzekraczającym 2 godzin (Bednarska i inni, 2019).

Świadczenia w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej są udzielane przez:

- Lekarza
 - posiadającego świadectwo ukończenia kursu, zarejestrowanego przez CMKP, dla lekarzy hospicjów domowych dla dzieci „Pediatryczna medycyna paliatywna” w ośrodku referencyjnym;

- następnie zobowiązanego do ukończenia co 2 lata kursu doskonalącego, zarejestrowanego przez CMKP, dla lekarzy hospicjów domowych dla dzieci „Zaawansowana pediatryczna medycyna paliatywna” w ośrodku referencyjnym.
- Pielęgniarkę posiadającą świadectwo ukończenia kursu specjalistycznego „Pediatryczna domowa opieka paliatywna”, zarejestrowanego przez CKPPP, w ośrodku referencyjnym;
- Innych pracowników medycznych i niemedycznych zatrudnionych w hospicjach domowych dla dzieci, posiadających wykształcenie specjalistyczne kierunkowe, a także przez wolontariuszy (Bednarska i inni, 2019).

Minimalne normy zatrudnienia w hospicjum domowym dla dzieci:

- dwóch lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy (dostępność jednego lekarza przez całą dobę); na jednego lekarza przypada nie więcej niż 15 pacjentów;
- cztery pielęgniarki na podstawie umowy (dostępność jednej pielęgniarki przez całą dobę); na jedną pielęgniarkę przypada nie więcej niż 4 pacjentów;
- jeden pracownik socjalny na podstawie umowy;
- jeden psycholog na podstawie umowy;
- jeden fizjoterapeuta na podstawie umowy;
- jeden kapelan na podstawie umowy (Bednarska i inni, 2019).

Minimalny wykaz sprzętu niezbędnego do funkcjonowania hospicjum domowego dla dzieci:

- pięć samochodów osobowych, każda pielęgniarka powinna dysponować samochodem;
- ponadto jeden dodatkowy dla lekarza dyżurnego;
- telefony komórkowe dla wszystkich lekarzy i pielęgniarek;
- jeden pulsoksymetr dla każdej pielęgniarki i jeden dla lekarza dyżurnego;
- jeden koncentrator tlenu na 2 pacjentów;
- jeden asystor kaszlu na 3 pacjentów;
- cztery ssaki na 5 pacjentów;
- cztery materace przeciwoleżynowe na 5 pacjentów;
- jedna pompa strzykawkowa na 5 pacjentów;
- jeden inhalator na 2 pacjentów;
- aparat do mierzenia ciśnienia – dla każdej pielęgniarki i jeden dla lekarza dyżurnego;
- łóżko szpitalne wielopozycyjne dla każdego pacjenta o masie ciała powyżej 30 kg;
- jeden agregat prądotwórczy na 2 pacjentów;
- jedna waga i jedna taśma do mierzenia długości ciała;
- jeden glukometr;
- jeden aparat do pomiaru CRP;
- jeden podnośnik na 8 pacjentów (Bednarska i inni, 2019).

Minimalne warunki lokalowe hospicjum domowego dla dzieci:

- pomieszczenie biurowe z telefonem, sekretarką automatyczną, faksem i dostępem do Internetu;
- pomieszczenie magazynowe na leki, materiały opatrunkowe i sprzęt medyczny;
- pomieszczenie do odpraw zespołu (Bednarska i inni, 2019).

Zasady organizacji pracy hospicjum domowego dla dzieci:

- odległość miejsca zamieszkania pacjenta od siedziby hospicjum nie powinna przekraczać 100 km;
- czas trwania wizyty pielęgniarzkiej u pacjenta wynosi średnio 90 minut;
- w celu zapewnienia właściwej jakości świadczeń hospicjum domowe dla dzieci nie powinno mieć więcej niż 30 pacjentów
- pielęgniarzka opiekuje się w tym samym czasie maksymalnie czterema pacjentami;
- do każdego pacjenta przydzielona jest na stałe pielęgniarzka, która koordynuje wszystkie działania zespołu hospicjum (Bednarska i inni, 2019);

Procedury medyczne z zakresu pediatrycznej domowej opieki paliatywnej:

- Procedury diagnostyczne obejmują w szczególności:
 - badanie przedmiotowe;
 - badanie podmiotowe;
 - ustalenie wskazań i zakresu leczenia objawowego;
 - monitorowanie skuteczności leczenia objawowego;
 - pomiary nieinwazyjne: wysycenie hemoglobiny tlenem, częstość tętna, ciśnienie tętnicze, ciepłota ciała, masa i długość ciała;
 - pobranie krwi żyłnej lub kapilarnej do badania;
 - pobranie moczu do badania;
 - pobranie wydzieliny z dróg oddechowych do badania mikrobiologicznego;
 - bilans płynów;
 - pomiar glikemii;
 - pomiar ciał ketonowych w moczu;
 - pomiar CRP.
- Procedury terapeutyczne obejmują w szczególności:
 - przygotowywanie i podawanie leków drogą doustną lub dożołądkową;
 - przygotowywanie i podawanie leków drogą doodbytniczą;
 - przygotowywanie i podawanie leków drogą wziewną;
 - przygotowywanie i podawanie leków drogą przezskórną;
 - przygotowywanie i podawanie leków (wstrzyknięcie lub infuzja) drogą podskórną, dożylną, domięśniową lub zewnątrzoponową;
 - zakładanie igły do portu podskórnego;
 - zakładanie kaniuli podskórnej;
 - znieczulenie miejscowe skóry;
 - obsługę pomp strzykawkowych;
 - obsługę pomp żywieniowych;
 - tlenoterapię;
 - toaletę i wymianę rurki tracheostomijnej;
 - pielęgnację i leczenie zmian w jamie ustnej;
 - zakładanie sondy dożołądkowej;
 - pielęgnację i leczenie zmian gastrostomii;
 - żywienie dożołądkowe i dojelitowe przez sondę lub gastrostomię;
 - projektowanie i prowadzenie diety ketogennej lub innej diety zbilansowanej;
 - cewnikowanie i płukanie pęcherza moczowego;
 - leczenie odleżyn;

- fizykoterapię oddechową z użyciem asystora kaszlu;
- wstrzykiwanie toksyny botulinowej do mięśni i ślinianek;
- wykonywanie enemy (Bednarska i inni, 2019).

W pediatrycznej domowej opiece paliatywnej nie stosuje się procedur terapeutycznych mających na celu przedłużenie życia dziecka:

- resuscytacji krążeniowo-oddechowej;
- nawadniania dożylnego;
- żywienia dożylnego (pozajelitowego);
- przetaczania preparatów krwi;
- przetaczania mannitolu;
- wentylacji respiratorem;
- dożylnego lub domięśniowego podawania antybiotyków;
- chemioterapii (Bednarska i inni, 2019).

Perinatalna opieka paliatywna

Perinatalna opieka paliatywna polega na:

- Zapewnieniu wsparcia rodzicom dzieci z wadami letalnymi i wadami, których leczenie jest możliwe, ale obarczone wysokim ryzykiem powikłań, w okresie prenatalnym, szczególnie przed terminem dopuszczalności przerwania ciąży, w formie konsultacji lekarskiej i psychologicznej.
- Opiece postnatalnej nastawionej na zapewnienie choremu dziecku komfortu i ochrony przed uporczywą/daremnią terapią, która obejmuje leczenie objawowe u noworodka oraz wsparcie psychologiczne, socjalne i duchowe. Opieka nad dzieckiem może być prowadzona na oddziale neonatologii lub w domu przez rodziców i hospicjum, jeżeli dziecko przeżyje poród i zostanie wypisane ze szpitala. Perinatalna opieka paliatywna świadczona jest noworodkom z chorobami nieuleczalnymi, obciążonymi wysokim ryzykiem przedwczesnej śmierci oraz skrajnie niedojrzałym, urodzonym przed 24. tygodniem ciąży.
- Zapewnieniu komfortu i złagodzenia duszności dzieciom poronionym, jeżeli przejawiają oznaki życia.
- Zapewnieniu wsparcia w żałobie rodzicom dzieci zmarłych zarówno przed jak i po urodzeniu (Bednarska i inni, 2019).

Perinatalna opieka paliatywna ma różny charakter w następujących sytuacjach:

1. Rozpoznanie wady letalnej zostaje postawione i zweryfikowane przed 24. tygodniem ciąży, możliwe jest wówczas podjęcie decyzji o kontynuacji lub o przerwaniu ciąży. Lekarz przekazuje informacje medyczne dotyczące możliwości leczenia i rokowania. Psycholog omawia skutki obydwu decyzji.
2. Rozpoznanie wady letalnej zostaje postawione i zweryfikowane po 24. tygodniu ciąży.
3. Rozpoznanie wady letalnej zostaje postawione i zweryfikowane po urodzeniu dziecka.
4. Wskutek poronienia naturalnego lub sztucznego (przerwanie ciąży) rodzi się dziecko skrajnie niedojrzałe przed 24. tygodniem ciąży, które przejawia oznaki życia (Bednarska i inni, 2019).

W sytuacjach 1 i 2 perinatalna opieka paliatywna powinna być świadczona w ośrodkach diagnostyki prenatalnej, kardiologii prenatalnej lub zakładach genetyki, a następnie w poradniach patologii ciąży. Pierwsze konsultacje lekarza i psychologa w sytuacjach 1 i 2 powinny być zintegrowane i odbywać się w tym samym miejscu i czasie. Jeżeli nie jest to możliwe, konsultacja psychologa powinna odbyć się

w ciągu 24 godzin od przekazania rodzicom informacji rozpoznaniu wady letalnej. W sytuacjach 3 i 4 perinatalna opieka paliatywna powinna być świadczona w ośrodkach neonatologii, położnictwa i ginekologii (Bednarska i inni, 2019).

Hospicja dla dzieci świadczą pediatryczną opiekę paliatywną (jako kontynuację perinatalnej opieki paliatywnej) dopiero, gdy noworodek przeżyje i zostanie wypisany ze szpitala. Lekarze hospicjów dla dzieci nie posiadają kompetencji do udzielania konsultacji prenatalnych (Bednarska i inni, 2019).

Personel:

- Lekarz specjalista posiadający udokumentowany co najmniej dwuletni staż pracy w ośrodku diagnostyki prenatalnej lub referencyjnym ośrodku kardiologii prenatalnej lub zakładzie genetyki lub w ośrodku położnictwa i neonatologii III stopnia referencyjności oraz posiadający certyfikat ukończenia kursu doskonalącego CMKP „Perinatalna opieka paliatywna”.
- Psycholog posiadający certyfikat ukończenia szkolenia w ośrodku referencyjnym pediatrycznej i perinatalnej opieki paliatywnej, wskazanym przez Dyrektora CMKP. Psycholodzy udzielający konsultacji w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej powinni być zatrudnieni w referencyjnym ośrodku diagnostyki lub kardiologii prenatalnej, zakładzie genetyki, ośrodku neonatologii, położnictwa i ginekologii III stopnia referencyjności lub hospicjum dla dzieci, pod warunkiem ich dostępności w ciągu 24 godzin.
- Lekarz poradni patologii ciąży.
- Położna przygotowująca matkę do porodu (Bednarska i inni, 2019).

2.2. Aktualny stan finansowania w Polsce

Rozporządzenie Ministra Zdrowia

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej definiuje i określa 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 t.j.).

W załączniku nr 1 do rozporządzenia określono wykaz nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Przytoczono je w rozdziale *Charakterystyka świadczenia* (Tabela 1, Tabela 2, Tabela 3).

W załączniku nr 2 do rozporządzenia określono warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych, domowych, ambulatoryjnych oraz perinatalnej opieki paliatywnej. Zestawiono je w załączniku nr 1 do raportu.

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej 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:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- leczenie farmakologiczne;
- leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
- leczenie innych objawów somatycznych;
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- rehabilitację;
- zapobieganie powikłaniom;
- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują:

- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;

- leczenie innych objawów somatycznych;
- opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- rehabilitację;
- zapobieganie powikłaniom;
- badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- ordynację leków;
- bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych.

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 pielęgniarские w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

Porada w poradni medycyny paliatywnej lub w domu świadczeniobiorcy jest to świadczenie obejmujące:

- badanie podmiotowe;
- badanie przedmiotowe;
- ordynację leków, w tym leków przeciwbólowych;
- zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;
- zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;
- kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia świadczeniobiorcy;
- poradę lekarską w domu świadczeniobiorcy;
- poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu świadczeniobiorcy;
- zabieg pielęgniarский lub wizytę pielęgniarki w domu świadczeniobiorcy.

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej obejmują:

- porady i konsultacje lekarskie w poradni medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dzieci lub hospicjum stacjonarnym;
- porady psychologa w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym;
- koordynację opieki przez:
 - zapewnienie współpracy ze świadczeniodawcą udzielającym świadczeń z zakresu położnictwa i ginekologii lub neonatologii, w warunkach leczenia szpitalnego lub porady specjalistycznej,
 - zapewnienie współpracy z hospicjum domowym dla dzieci lub z hospicjum stacjonarnym, pozwalającej na zachowanie ciągłości opieki nad dzieckiem w przypadku zaistnienia możliwości wypisu z oddziału, na którym przebywa dziecko,
 - zapewnienie współpracy z ośrodkiem diagnostyki prenatalnej, ośrodkiem kardiologii prenatalnej lub zakładem genetyki,

- poinformowanie rodziców dziecka o możliwości pożegnania się ze zmarłym dzieckiem oraz o sposobie pochówku,
- przekazanie informacji dotyczących postępowania w przypadku zgonu dziecka,
- zapewnienie ciągłości leczenia stosownie do stanu zdrowia, po zakończeniu realizacji świadczenia gwarantowanego w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej, w tym w uzasadnionych przypadkach opiekę paliatywną po urodzeniu dziecka oraz wsparcie w żałobie po śmierci dziecka przez udział w grupie wsparcia w żałobie.

Bezpłatny przejazd środkami transportu sanitarnego do najbliższego podmiotu leczniczego przysługuje w przypadkach:

- konieczności podjęcia natychmiastowego leczenia w podmiocie leczniczym;
- wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia,
- dysfunkcji narządu ruchu, uniemożliwiającej korzystanie ze środków transportu publicznego, w celu odbycia leczenia.

W pozostałych przypadkach, gdy świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych, transport sanitarny jest finansowany w 40% ze środków publicznych i dotyczy świadczeniobiorców z:

- chorobami krwi i narządów krwiotwórczych,
- chorobami nowotworowymi,
- chorobami oczu,
- chorobami przemiany materii,
- chorobami psychicznymi i zaburzeniami zachowania,
- chorobami skóry i tkanki podskórnej,
- chorobami układu krążenia,
- chorobami układu moczowo-płciowego,
- chorobami układu nerwowego,
- chorobami układu oddechowego,
- chorobami układu ruchu,
- chorobami układu trawienego,
- chorobami układu wydzielania wewnętrznego,
- chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi,
- urazami i zatruciami,
- wadami rozwojowymi wrodzonymi, zniekształceniami i aberracjami chromosomowymi.

Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych albo hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielane w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane w warunkach domowych.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej finansowane są w ramach umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia. Zasady kontraktowania i rozliczania świadczeń określone zostały w zarządzeniu 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. Zarządzeniem zmieniającym nr 45/2023/DSOZ z dnia 1 marca 2023 r. wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy: „porada w domu świadczeniobiorcy” w zakresie poradni medycyny paliatywnej.

Jednostką rozliczeniową w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest punkt.

Szczegółowy katalog świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej zawarty w załączniku nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 5 Katalog świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Lp.	Nazwa zakresu świadczeń	Kod zakresu świadczeń	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod produktu rozliczeniowego	Waga punktowa produktu rozliczeniowego	Taryfa*
1	świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	15.4180.021.02	punkt	osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000146	x	6,10
				osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo	5.15.00.0000147	7,95	x
				osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo	5.15.00.0000148	9,80	x
2	świadczenia w hospicjum domowym	15.2180.027.02	punkt	osobodzień w hospicjum domowym	5.15.00.0000149	x	1,00
3	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	15.2181.027.02	punkt	osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	5.15.00.0000150	x	1,60
4	porada w poradni medycyny paliatywnej	15.1180.007.02	punkt	porada w poradni medycyny paliatywnej	5.15.00.0000151	x	0,99
				porada w domu świadczeniobiorcy	5.15.00.0000159	1,36	x
5	perinatalna opieka paliatywna**	15.2181.028.02	punkt	porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki	5.15.00.0000161	x	25,82

* uwzględniona na podstawie załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna oraz załącznika do Obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Taryfy zostały ustalone w odniesieniu do świadczenia bazowego, tj. osobodzień w hospicjum domowym, któremu przyporządkowano wartość równą 1 punkt.

** świadczenie rozliczane za kompleksową opiekę, liczba porad i konsultacji dostosowana do potrzeb dziecka i rodziców dziecka

Źródło: Zarządzenie nr 45/2023/DSOZ/ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 marca 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna

Zarządzenie określa następujące zasady rozliczania świadczeń:

- w razie korzystania przez świadczeniobiorcę z przepustki, Fundusz finansuje 50% wartości osobodnia pobytu świadczeniobiorcy w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- w okresie korzystania z przepustki, świadczeniodawca wyposaża świadczeniobiorcę w leki i wyroby medyczne;
- Fundusz finansuje czas przebywania świadczeniobiorcy na przepustce do 2 dni w miesiącu;
- Fundusz finansuje świadczenia realizowane w ramach perinatalnej opieki paliatywnej do 28. dnia po porodzie na rzecz:
 - rodziców dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej,
 - noworodków.
- W przypadku udzielania świadczeń chemioterapii paliatywnej w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji onkologicznej w trybie jednodniowym oraz świadczeń teleradioterapii paliatywnej w trybie hospitalizacji, rozliczeniu nie podlega osobodzień pobytu świadczeniobiorcy objętego opieką w hospicjum stacjonarnym, oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym dla dorosłych oraz dzieci do ukończenia 18. roku życia.

W przypadku udzielanych w ramach sprawowanej opieki świadczeń:

- odrębnie kontraktowanych, z wyłączeniem:
 - żywienia dojelitowego i pozajelitowego w warunkach domowych – w odniesieniu do zakresu świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym,
 - tlenoterapii w warunkach domowych w odniesieniu do zakresu świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym oraz hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;
 - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
 - psychiatrii ambulatoryjnej;
 - opieki stomatologicznej;
 - radioterapii paliatywnej (teleradioterapii paliatywnej) w trybie ambulatoryjnym;
 - chemioterapii paliatywnej w trybie ambulatoryjnym
- dopuszcza się rozliczanie świadczeń udzielanych jednocześnie na podstawie odrębnych umów.

2.3. Analiza popytu i podaży

Celem analizy popytu i podaży jest ocena zasadności oraz możliwości wpływania wartości wyceny świadczenia na jego podaż tak, by zaspokoić popyt co, w przypadku rynku świadczeń opieki zdrowotnej, oznacza likwidację lub zmniejszenie kolejek do świadczeń. Ocena taka powinna identyfikować przyczyny niezaspokojonego popytu i niedostatecznej podaży (możliwość wpływania wyceną), a także odnosić się do istotności świadczenia (zasadność wpływania ceną).

Przez popyt na świadczenia rozumiana jest głównie liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia oraz czas oczekiwania na jego udzielenie. Podaż zaś definiowana jest poprzez poziom realizacji danego świadczenia przez podmioty lecznicze, wynikający z potencjału do realizacji tych świadczeń, wyrażony wielkością posiadanej infrastruktury i zatrudnionego personelu, a także z wielkości środków finansowych przeznaczanych na ten cel.

W odniesieniu do wielkości popytu na świadczenia, podstawowym źródłem informacji dotyczących dostępności do świadczeń były dane o liczbie osób oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, publikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w „Informatorze o Terminach Leczenia”. Lista oczekujących prowadzona jest zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 434 z późn. zm.). Należy jednak mieć na względzie fakt, iż listy oczekujących prowadzone są, poza kilkoma wyjątkami, do komórki organizacyjnej (oddziału, pracowni), a nie do konkretnego świadczenia. Dlatego też uzyskanie dokładnych i miarodajnych informacji w tym zakresie jest niemożliwe.

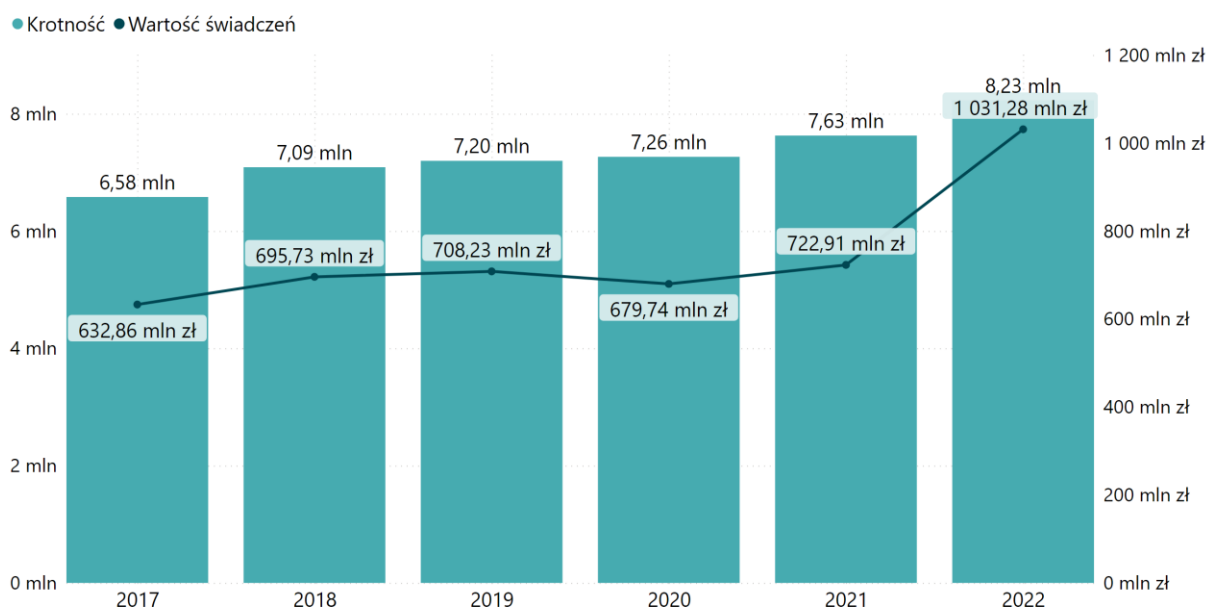
Mając na uwadze powyższe, w celu najlepszego przybliżenia poziomu dostępności do świadczeń, pod uwagę wzięte zostały dane z komórek organizacyjnych realizujących taryfikowane świadczenie.

Od strony podaży, oszacowanie potencjału do realizacji taryfikowanych świadczeń zostało oparte o analizę liczby zrealizowanych świadczeń, liczby podmiotów realizujących dane świadczenie oraz potencjalnych świadczeniodawców, a także kadry medycznej określonych specjalności. Korzystano z publicznie dostępnych źródeł informacji, takich mapy potrzeb zdrowotnych.

W 2022 roku Oddziały Wojewódzkie NFZ zawarły umowy o udzielanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z 545 świadczeniodawcami, którzy zrealizowali łącznie 8,23 mln świadczeń o wartości 1,03 mld zł. W latach 2017–2022 odnotowano tendencję wzrostową liczby realizowanych świadczeń. Natomiast wartość świadczeń rosła w latach 2017–2019, a następnie zmalała w 2020 roku do 679,74 mln zł. Od 2021 roku wartość świadczeń ponownie rośnie.

Szczegółowe informacje przedstawiono na rysunku poniżej.

Krotność i wartość świadczeń w latach 2017-2022

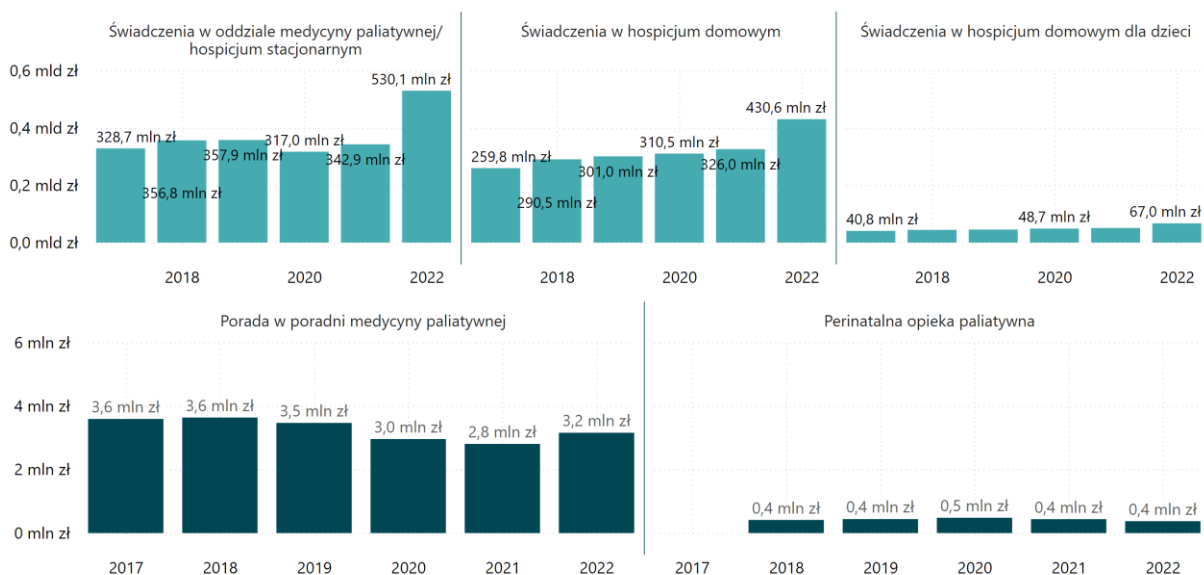


Rysunek 1. Krotność i wartość świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wartość świadczeń udzielonych w oddziałach medycyny paliatywnej/ hospicjach stacjonarnych wahała się w latach 2017–2022. W 2022 roku ich wartość wyniosła 530 mln zł. W hospicjach domowych dla dorosłych i dla dzieci wartość udzielonych świadczeń rosła, osiągając w 2022 roku odpowiednio kwoty: 430,6 mln zł i 67 mln zł. Natomiast wartość świadczeń w poradni medycyny paliatywnej wzrosła do 3,2 mln zł, a wartość świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej utrzymała się na stałym poziomie – 0,4 mln zł. Szczegółowe informacje przedstawiono na poniższym rysunku.

Wartość świadczeń w poszczególnych zakresach opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017-2022



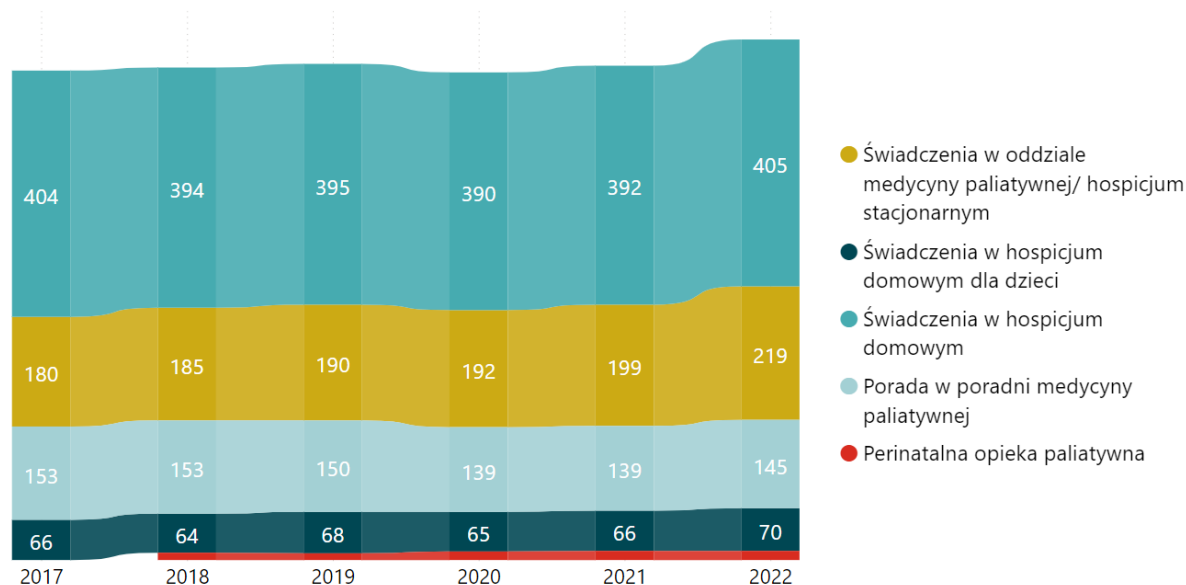
Rysunek 2. Wartość poszczególnych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na przestrzeni lat 2017–2022 liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych ulegała zwiększeniu. W 2022 roku świadczeń w warunkach stacjonarnych udzielało o 20 podmiotów więcej niż roku poprzedzającym. Natomiast w liczbie poradni medycyny paliatywnej, hospicjów domowych dla dorosłych i dla dzieci obserwuje się wahania.

Na poniższym rysunku przedstawiono liczbę świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017–2022.

Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017-2022

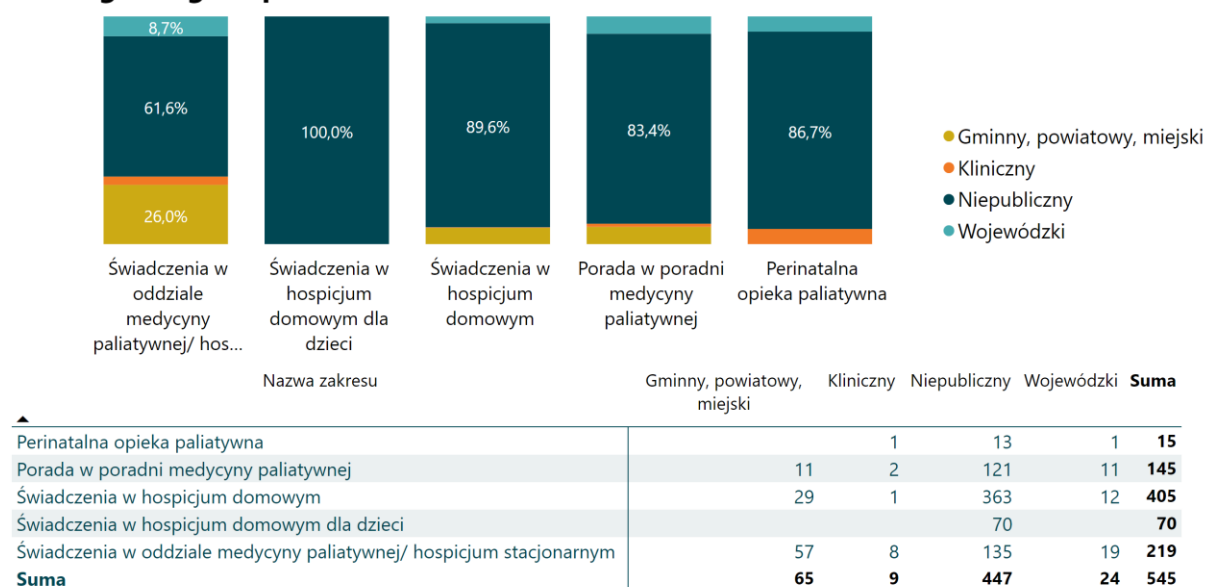


Rysunek 3. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2022 roku w strukturze podmiotów udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w podziale na kategorie podmiotu zdecydowana większość świadczeniodawców to podmioty niepubliczne (447), wśród których dominują fundacje i stowarzyszenia. Wszystkie podmioty prowadzące hospicja domowe dla dzieci to podmioty niepubliczne (70). W hospicjach domowych dla dorosłych, w poradni medycyny paliatywnej i w perinatalnej opiece paliatywnej udział tych podmiotów jest niższy i wynosi: 89,6% w hospicjum domowym, 83,4% w poradni oraz 86,7% w perinatalnej opiece paliatywnej. Odminną strukturę posiadają świadczeniodawcy udzielający świadczeń w warunkach stacjonarnych. Podmioty gminne, powiatowe, miejskie, wojewódzkie oraz kliniczne stanowią 38,4% świadczeniodawców, a podmioty niepubliczne – 61,6% (Rysunek 4).

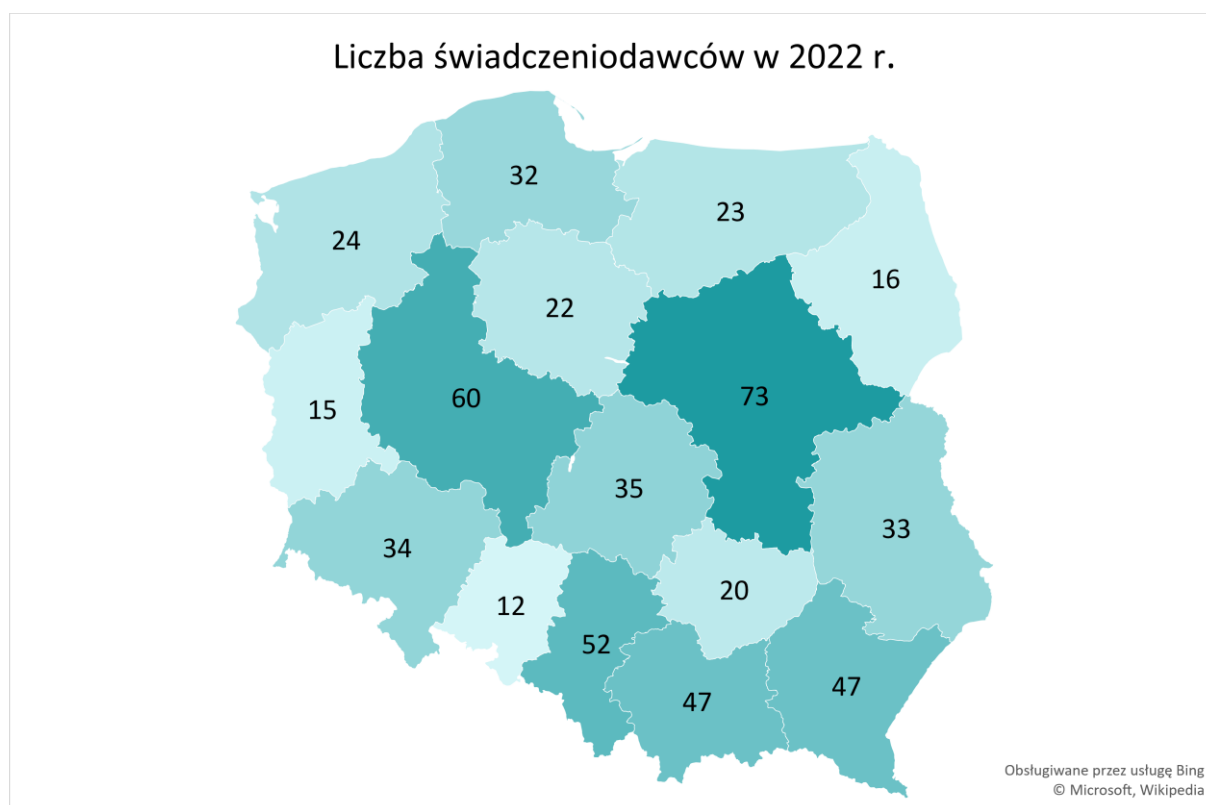
Struktura podmiotów udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej według kategorii podmiotu w 2022 r.



Rysunek 4. Struktura świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej według kategorii podmiotu w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2022 roku placówki udzielające świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej nie były rozłożone równomiernie na terenie Polski. Spośród 545 świadczeniodawców realizujących świadczenia, najwięcej występowało ich w województwie mazowieckim (73), wielkopolskim (60) i śląskim (52), a najmniej w opolskim (12), lubuskim (15) i podlaskim (16) (Rysunek 5).



Rysunek 5. Liczba świadczeniodawców w poszczególnych województwach w 2022 r. – opieka paliatywna i hospicyjna.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2022 r. najwięcej podmiotów udzielających świadczeń w warunkach stacjonarnych było w województwie mazowieckim (24) i wielkopolskim (22), a najmniej w lubuskim (5) i warmińsko-mazurskim (6). Natomiast hospicjów domowych najwięcej było w województwie mazowieckim (54) oraz wielkopolskim (47), a najmniej w opolskim (8). Warto zwrócić uwagę na wysoką liczbę świadczeniodawców udzielających świadczeń w hospicjach domowych dla dzieci w województwie małopolskim (15) oraz na wysoką liczbę poradni medycyny paliatywnej w województwie śląskim (32).

Szczegółowe dane dotyczące liczby świadczeniodawców zostały przedstawione w poniższej tabeli (Tabela 6).

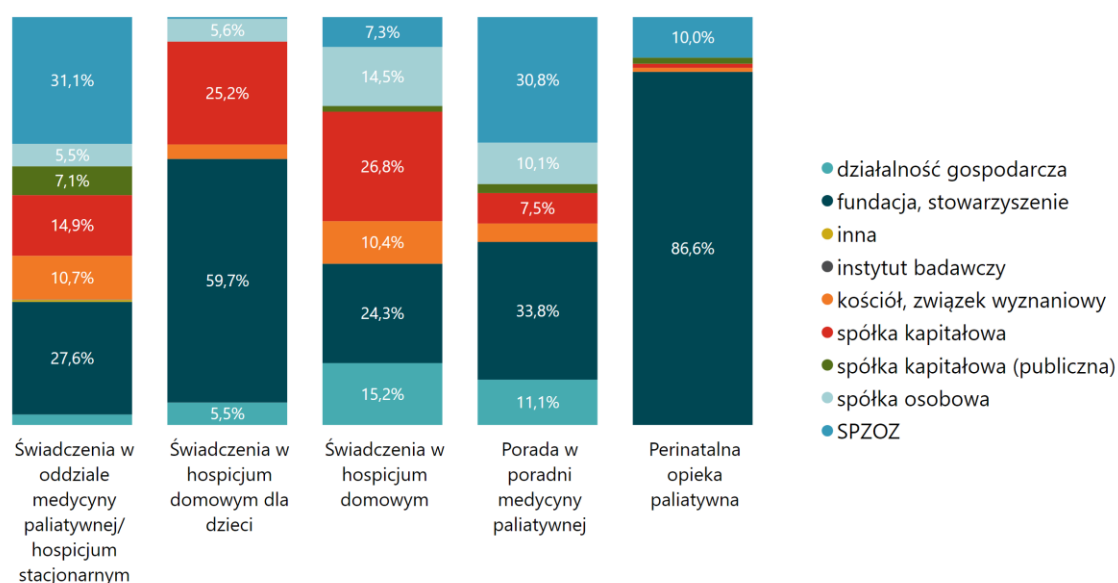
Tabela 6 Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach w 2022 r.

Województwo	Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	Świadczenia w hospicjum domowym	Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	Porada w poradni medycyny paliatywnej	Perinatalna opieka paliatywna
Dolnośląskie	16	19	5	16	2
Kujawsko-Pomorskie	11	17	4	7	–
Lubelskie	17	26	2	4	1
Lubuskie	5	12	2	5	1
Łódzkie	12	28	2	16	1
Małopolskie	21	28	15	15	1
Mazowieckie	24	54	9	9	1
Opolskie	6	8	1	4	1
Podkarpackie	17	36	4	3	1
Podlaskie	9	10	2	1	1
Pomorskie	13	25	4	6	2
Śląskie	20	43	4	32	1
Świętokrzyskie	13	10	2	3	–
Warmińsko-Mazurskie	6	21	3	9	1
Wielkopolskie	22	47	10	8	1
Zachodniopomorskie	7	21	1	7	–
Razem	219	405	70	145	15

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2022 roku większość świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej została udzielona przez fundacje, stowarzyszenia oraz spółki kapitałowe. Fundacje i stowarzyszenia dominowały w udzielaniu świadczeń w hospicjach domowych dla dzieci (59,7%), poradniach medycyny paliatywnej (33,8%) oraz w perinatalnej opiece paliatywnej (86,6%). Odminną strukturę odnotowano w realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych, gdzie dominowały samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (31,1%) oraz w hospicjach domowych dla dorosłych, gdzie najczęściej świadczeń udzieliły podmioty prowadzone w formie spółki kapitałowej (26,8%) (Rysunek 6).

Struktura świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej według formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy w 2022 r.



Rysunek 6. Struktura świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej według formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2022 roku świadczeń w oddziałach medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym najwięcej zrealizowano w województwach: małopolskim (154,3 tys.), śląskim (138,5 tys.) i mazowieckim (130,6 tys.), a najmniej w lubuskim (23,1 tys.) i warmińsko-mazurskim (30,1 tys.). Realizatorami świadczeń w hospicjach domowych byli głównie świadczeniodawcy z województw: mazowieckiego (882,8 tys.), śląskiego (816,1 tys.) i dolnośląskiego (796,5 tys.). W realizacji świadczeń w hospicjach domowych dla dzieci przodowało województwo małopolskie, w którym zrealizowano 22% świadczeń (134 tys.). W poradni medycyny paliatywnej najwięcej porad udzielono w województwie śląskim (11,1 tys.), w którym udział wyniósł 24%, a najmniej w opolskim (231). Perinatalną opieką paliatywną najczęściej obejmowano pacjentów w województwie mazowieckim, w którym udzielono 44% świadczeń (189). Natomiast w województwach: kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim nie udzielano świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.

Szczegółowe dane dotyczące liczby zrealizowanych świadczeń zostały przedstawione w poniższej tabeli (Tabela 7).

Tabela 7 Liczba zrealizowanych świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach w 2022 r.

Województwo	Nazwa zakresu i produktu							
	Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne				Hospicjum domowe	Hospicjum domowe dla dzieci	Poradnia medycyny paliatywnej	Perinatalna opieka paliatywna
	Osobodzień	Osobodzień dla pacjentów żywionych dojelitowo	Osobodzień dla pacjentów żywionych pozajelitowo	Razem	Osobodzień w hospicjum domowym	Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	Porada w poradni medycyny paliatywnej	Porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki
Dolnośląskie	95 818	11 391	2 919	110 128	796 532	79 603	4 992	15
Kujawsko-Pomorskie	56 501	3 992	891	61 384	507 223	61 594	2 568	–
Lubelskie	54 033	7 617	6 394	68 044	276 757	30 641	879	6
Lubuskie	22 277	571	263	23 111	218 537	10 143	1 611	3
Łódzkie	49 218	3 945	2 204	55 367	305 327	17 350	5 678	10
Małopolskie	137 603	14 509	2 187	154 299	411 971	134 022	2 626	7
Mazowieckie	124 219	5 227	1 155	130 601	882 844	47 546	1 543	89
Opolskie	34 398	2 011	4 561	40 970	261 260	7 920	231	1
Podkarpackie	84 718	12 112	2 100	98 930	389 703	23 848	634	32
Podlaskie	39 408	2 709	614	42 731	131 640	14 450	362	3
Pomorskie	27 398	2 510	913	30 821	269 642	31 609	3 391	11
Śląskie	125 576	8 940	3 982	138 498	816 149	46 400	11 084	2
Świętokrzyskie	59 810	5 965	1 206	66 981	164 463	11 023	2 240	–
Warmińsko-Mazurskie	25 749	3 907	433	30 089	197 366	29 804	3 960	2
Wielkopolskie	91 869	6 221	1 985	100 075	534 367	49 450	1 963	20
Zachodniopomorskie	33 855	3 244	449	37 548	214 097	16 233	2 835	–
Razem	1 062 450	94 871	32 256	1 189 577	6 377 878	611 636	46 597	201

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Największy udział w wartości świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2022 roku miały osobodni zrealizowane w oddziałach medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, których łączna wartość wyniosła ponad 530 mln zł, a ich udział w całości wydatków stanowił 51,4%. Kolejny wysoki udział w wartości świadczeń stanowiły produkty zrealizowane w hospicjum domowym o wartości 431 mln zł, stanowiące 41,76% ogółu świadczeń. Wartość osobodni w hospicjum domowym dla dzieci wyniosła 67 mln zł, co stanowiło 6,5% udziału w całości wydatków na opiekę paliatywną i hospicyjną. Natomiast udział wartości porad udzielonych w poradni medycyny paliatywnej wyniósł 0,31%, a perinatalnej opieki paliatywnej – 0,04%.

Szczegółowe dane dotyczące wartości zrealizowanych świadczeń zostały przedstawione w poniższej tabeli (Tabela 8).

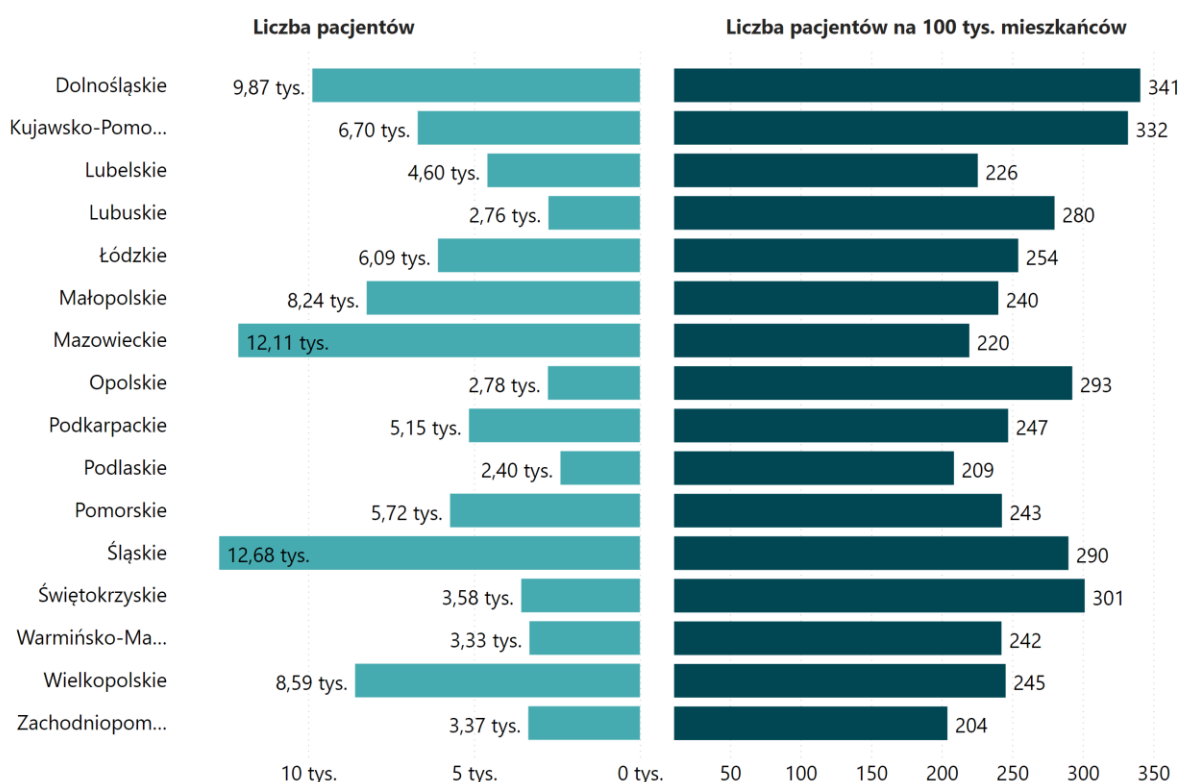
Tabela 8 Wartość zrealizowanych świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2022 r.

Nazwa zakresu	Nazwa produktu	Wartość świadczeń [zł]	Udział %
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	453 995 236,91	44,02%
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo	53 443 970,88	5,18%
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo	22 563 713,84	2,19%
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym - przepustka - 50%	98 458,51	0,01%
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo - przepustka 50%	3 955,80	0,00%
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo - przepustka 50%	6 027,34	0,00%
	Razem	530 111 363,29	51,40%
Świadczenia w hospicjum domowym	Osobodzień w hospicjum domowym	430 610 004,98	41,76%
Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	67 020 185,91	6,50%
Porada w poradni medycyny paliatywnej	Porada w poradni medycyny paliatywnej	3 159 696,48	0,31%
Perinatalna opieka paliatywna	Porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki	374 233,01	0,04%
Razem		1 031 275 483,67	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Pod względem liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2022 r. największy wskaźnik był w województwie dolnośląskim (341 na 100 tys.) i kujawsko-pomorskim (332 na 100 tys.), przy czym największą liczbę pacjentów odnotowano w województwie śląskim (12,68 tys.) i mazowieckim (12,11 tys.). Natomiast najniższy przelicznik pacjentów na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwie zachodniopomorskim (204 na 100 tys.), a najmniej pacjentów w województwie podlaskim (2,4 tys.) (Rysunek 7).

Liczba pacjentów w poszczególnych województwach w 2022 r.



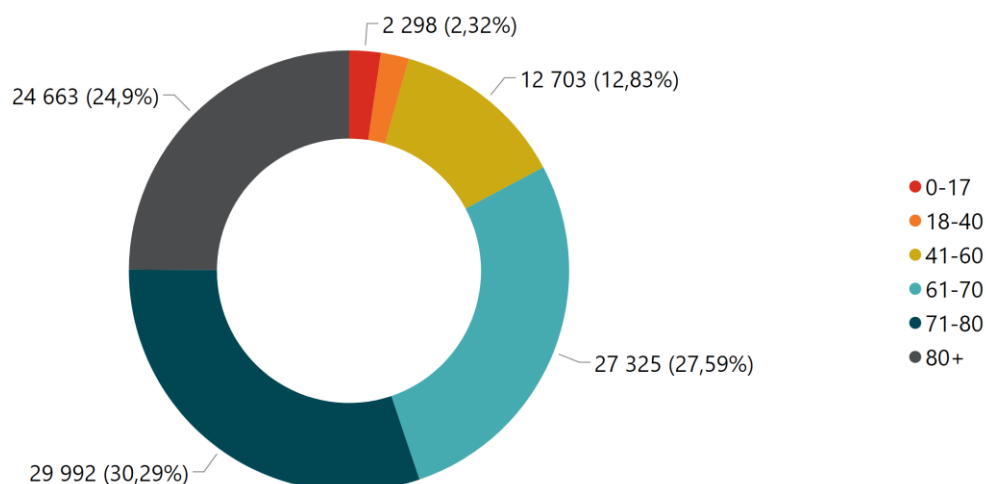
Rysunek 7. Liczba pacjentów w poszczególnych województwach w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Struktura wiekowa

Świadczenia udzielane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej dotyczyły głównie pacjentów dorosłych. W 2022 r. największy udział w strukturze mieli pacjenci w przedziale wiekowym 71–80 lat (30,29%) oraz 61–70 lat (27,59%), a także w wieku powyżej 80 r.ż. (24,9%). Natomiast dzieci stanowiły 2,32% pacjentów (Rysunek 8).

Struktura wiekowa pacjentów, którym udzielono świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2022 r.



Rysunek 8. Struktura wiekowa pacjentów w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Rozpoznania

W poniższych tabelach przedstawiono grupy głównych rozpoznań, zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2022 poz. 262 t.j.) w Wykazie nieuleczalnych, postępujących, ograniczających życie chorób nowotworowych i nienowotworowych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej wraz z liczbą pacjentów którym udzielono tych świadczeń w 2022 r.

U dorosłych, *nowotwory* (C00-D48) stanowiły największą grupę rozpoznań kwalifikujących do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozpoznanie to odnotowano u 88% pacjentów (83,8 tys. pacjentów). Rzadziej rozpoznawano: *owrzodzenie odleżynowe* (L89) i *niewydolność oddechową niesklasyfikowaną gdzie indziej* (J96). Warto podkreślić również wysoki udział (18,54%) rozpoznań, które nie zostały ujęte w rozporządzeniu. Do najczęstszych rozpoznań stanowiących podstawę objęcia opieką poza wskazaniami określonymi w rozporządzeniu należały: *samoistne (pierwotne) nadciśnienie* (I10) (3 554 pacjentów), *niewydolność serca* (I50) (3 264 pacjentów), *kacheksja* (R64) (2 872 pacjentów), *miażdżyca* (I70) (2 268 pacjentów) i *cukrzyca insulinoniezależna* (E11) (2 031 pacjentów).

Tabela 9 Grupy głównych rozpoznań, w których były udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej u dorosłych w 2022 r.

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia	Liczba pacjentów z danym rozpoznaniem	Udział %
B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)	16	0,02%
C00-D48	Nowotwory	83 773	88,00%
G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego	81	0,09%
G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy	442	0,46%
G35	Stwardnienie rozsiane	405	0,43%
I42-I43	Kardiomiopatia	1 752	1,84%
J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej	3 675	3,86%
L89	Owrzodzenie odleżynowe	7 234	7,60%
Inne	Inne nie ujęte w rozporządzeniu	17 648	18,54%
Razem		95 202	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wśród dzieci objętych opieką paliatywną i hospicyjną w 2022 r. najczęściej rozpoznawano *mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne* (G80-G83). Odnotowano je u 558 pacjentów, którzy stanowili 24,28% udziału pacjentów do 18 r. ż. W drugiej kolejności rozpoznano *wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego* (Q00-Q07), występujące u 318 pacjentów (13,84%), a następnie *inne zaburzenia układu nerwowego* (G90-G99) u 283 pacjentów (12,32%). Do najczęstszych rozpoznań stanowiących podstawę objęcia opieką dzieci poza wskazaniami określonymi w rozporządzeniu należały: *padaczka* (G49) (185 pacjentów), *ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym* (J06) (46 pacjentów) oraz *stany związane z obecnością sztucznego otworu* (Z93) (43 pacjentów).

Tabela 10 Grupy głównych rozpoznań, w których były udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej u dzieci do 18 r.ż. w 2022 r.

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia	Liczba pacjentów z danym rozpoznaniem	Udział %
B90-B94	Następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych	1	0,04%
C00-C14	Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła	1	0,04%
C15-C26	Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego	8	0,35%
C30-C39	Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej	2	0,09%
C40-C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej	19	0,83%
C43-C44	Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry	1	0,04%
C45-C49	Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich	20	0,87%
C50	Nowotwór złośliwy piersi	1	0,04%
C64-C68	Nowotwory złośliwe układu moczowego	2	0,09%
C69-C72	Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego	85	3,70%
C73-C75	Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego	7	0,30%
C76-C80	Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu	5	0,22%
C81-C96	Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych	20	0,87%
D33	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego	15	0,65%
D37-D48	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze	9	0,39%
E70-E90	Choroby metaboliczne	167	7,27%
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe	42	1,83%
G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego	7	0,30%
G10-G13	Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy	37	1,61%
G23	Inne choroby zwyrodnieniowe zwojów podstawnych (w szczególności choroba Hellervordena-Spatza)	7	0,30%
G70-G73	Choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni (w szczególności G71.0 Dystrofia mięśniowa, w tym ciężka [Duchenne'a], G71.2 Miopatie wrodzone, G71.3 Miopatia mitochondrialna niesklasyfikowana gdzie indziej)	45	1,96%
G80-G83	Mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne (w szczególności G80 Mózgowe porażenie dziecięce)	558	24,28%
G90-G99	Inne zaburzenia układu nerwowego	283	12,32%
I50	Niewydolność serca	21	0,91%
I69	Następstwa chorób naczyniowych mózgu	6	0,26%
J96.1	Przewlekła niewydolność oddechowa	87	3,79%
K72	Niewydolność wątroby, niesklasyfikowana gdzie indziej	3	0,13%

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia	Liczba pacjentów z danym rozpoznaniem	Udział %
K74	Zwłóknienie i marskość wątroby	1	0,04%
N18.0	Schyłkowa niewydolność nerek	5	0,22%
P11	Inne porodowe urazy ośrodkowego układu nerwowego	1	0,04%
P21	Zamartwica urodzeniowa	28	1,22%
P27	Przewlekła choroba oddechowa rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym (w szczególności P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym)	92	4,00%
P35	Wrodzone choroby wirusowe	3	0,13%
P91	Inne zaburzenia mózgowe noworodka (w szczególności P91.0 Niedokrwienie mózgu noworodkowe)	17	0,74%
Q00-Q07	Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (w szczególności Q03 Wodogłowie wrodzone, Q03.1 Zespół Dandy-Walkera, Q04.2 Przodomózgowie jednokomorowe - holoprosencephalia, Q04.3 Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek, np. gładkomózgowie - lissencephalia, Q04.8 Inne określone wrodzone wady rozwojowe mózgu, Q04.9 Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nieokreślone, Q05 Rozszczep kręgosłupa, Q05.0 Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem, Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem, Q07 Inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, Q07.0 Zespół Arnolda-Chiarięgo)	318	13,84%
Q20-Q25	Wrodzone wady rozwojowe serca i dużych naczyń - dotyczy dzieci niezakwalifikowanych do leczenia operacyjnego	208	9,05%
Q31	Wrodzone wady rozwojowe krtani	7	0,30%
Q32	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli	8	0,35%
Q44	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby (w szczególności Q44.2 Zarośnięcie przewodów żółciowych, Q44.7 Zespół Alagille'a)	4	0,17%
Q60	Niewytworzenie się nerki i inne zaburzenia związane z niedorozwojem nerki (w szczególności Q60.4 Niedorozwój nerek, obustronny)	9	0,39%
Q77	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa (w szczególności Q77.4 Achondroplazja - chondrodystrofia płodowa)	5	0,22%
Q78	Inne osteochondrodysplazje (w szczególności Q78.0 Kostnienie niedoskonałe - łamliwość kości wrodzona - osteogenesis imperfecta)	12	0,52%
Q79	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej	17	0,74%
Q81	Pęcherzowe oddzielanie naskórka	3	0,13%
Q85	Fakomatozy, niesklasyfikowane gdzie indziej	14	0,61%

Kod ICD-10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia	Liczba pacjentów z danym rozpoznaniem	Udział %
Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów	132	5,74%
Q89	Inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej (w szczególności Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej)	80	3,48%
Q90-Q99	Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej	221	9,62%
R40.2	Śpiączka, nieokreślona	1	0,04%
S06	Uraz śródczaszkowy (w szczególności S06.7 Uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności)	2	0,09%
T90	Następstwa urazów głowy	2	0,09%
Y85-Y89	Następstwa zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu (w szczególności Y85 Następstwa wypadków komunikacyjnych, Y87.0 Następstwa zamierzonego samouszkodzenia, Y88.0 Następstwa niekorzystnego działania leku, środka farmakologicznego i substancji biologicznej zastosowanych do celów leczniczych, Y88.1 Następstwa wypadku pacjenta w trakcie zabiegów chirurgicznych i medycznych, Y89 Następstwa działania innych przyczyn zewnętrznych)	2	0,09%
Inne	Inne nie ujęte w rozporządzeniu	409	17,80%
Razem		2 298	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W perinatalnej opiece paliatywnej u 90,85% pacjentów rozpoznano *wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenie i aberracje chromosomowe* (Q00-Q99), a u 9,15% pacjentów rozpoznano *wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym* (P00-P96).

Tabela 11 Grupy głównych rozpoznań, w których były udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach perinatalnej opieki paliatywnej w 2022 r.

Kod ICD-10	Kryteria kwalifikacji do leczenia	Liczba pacjentów z danym rozpoznaniem	Udział %
P00-P96	Wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym	28	9,15%
Q00-Q99	Wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenie i aberracje chromosomowe	278	90,85%
Inne nie ujęte w rozporządzeniu	–	2	0,65%
Razem		306	100,00%

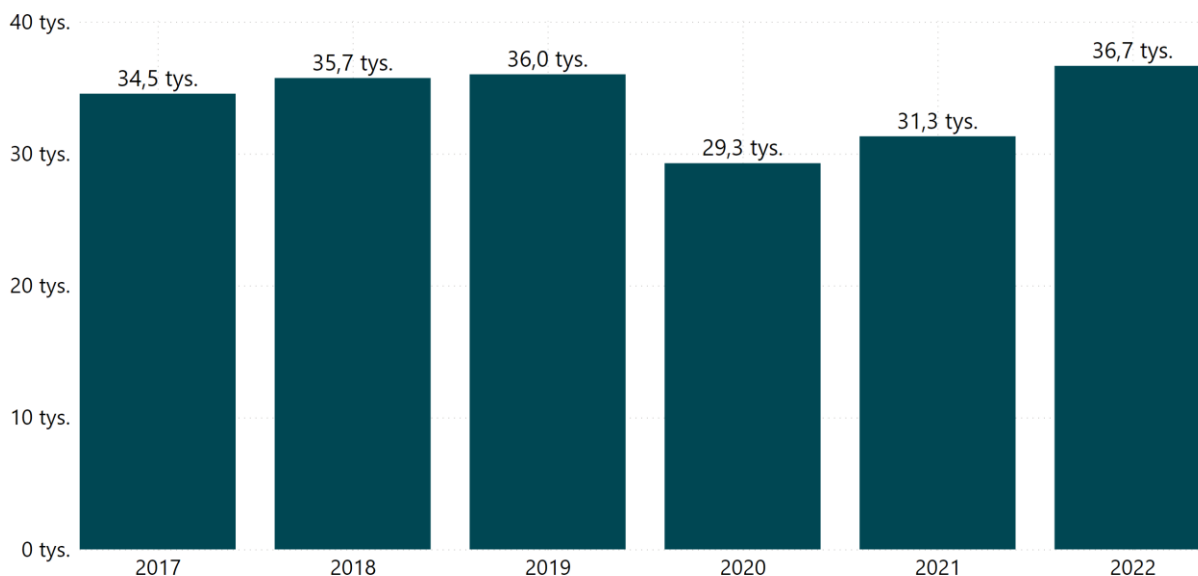
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Analiza świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, ze względu na różnorodny ich charakter, na potrzeby niniejszego raportu, została podzielona na zakresy świadczeń.

2.3.1. Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne

W latach 2017–2019 liczba pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym rosła, a następnie zmalała w 2020 r., po czym ponownie wzrosła, osiągając poziom 36,7 tys. pacjentów w 2022 roku (Rysunek 9).

Liczba pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w latach 2017-2022

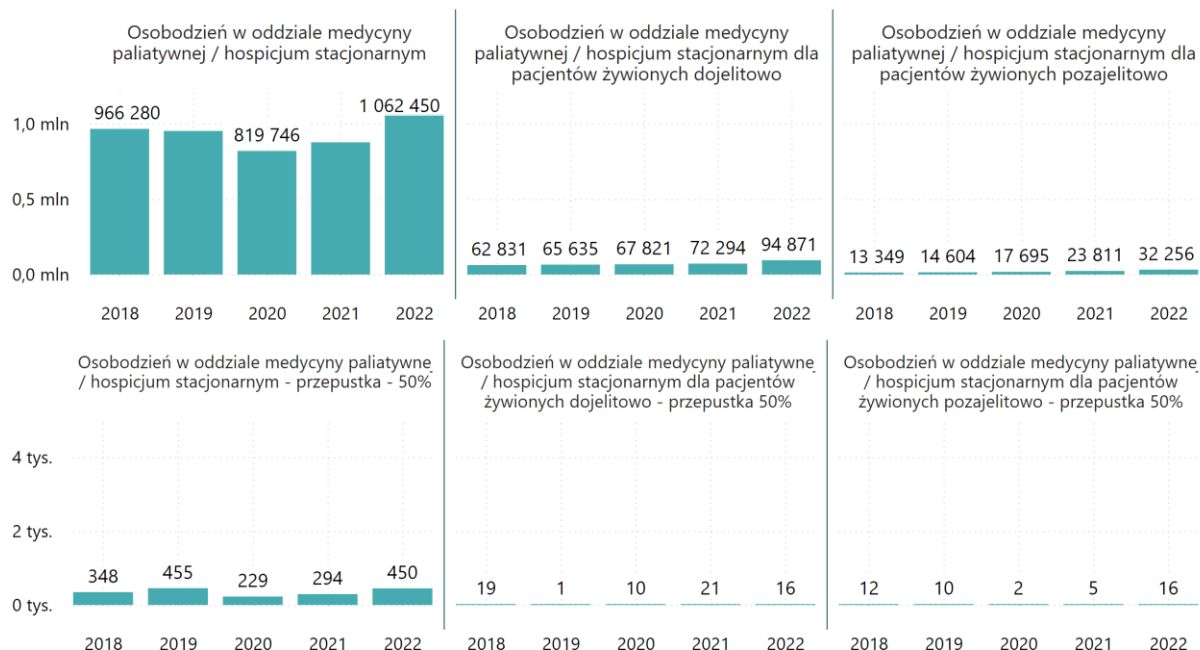


Rysunek 9. Liczba pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w latach 2017–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Liczba świadczeń udzielonych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym rosła w latach 2018–2019. Pandemia Covid-19 wywołała spadek liczby świadczeń w 2020 r., a następnie odnotowano ich znaczny wzrost. W 2022 roku zrealizowano ponad 1 mln osobodni, 95 tys. osobodni dla pacjentów żywionych dojelitowo oraz 32 tys. osobodni dla pacjentów żywionych pozajelitowo. W tym okresie świadczeniobiorcy przez 482 osobodni przebywali na przepustkach (Rysunek 10).

Liczba świadczeń udzielonych w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym w latach 2018-2022

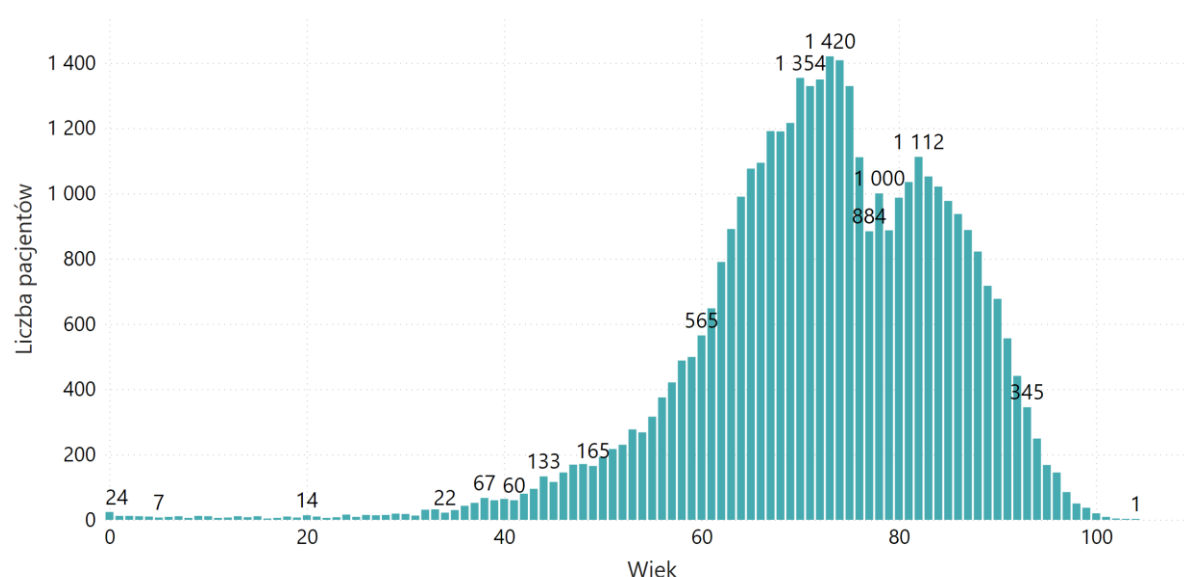


Rysunek 10. Liczba świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w latach 2018–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Pacjenci, którym udzielono świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym w 2022 r., mieścili się w przedziale wiekowym 0–103 lat. Średnia wieku wyniosła 72 lata, a mediana 73 lata (Rysunek 11).

Struktura wieku pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.



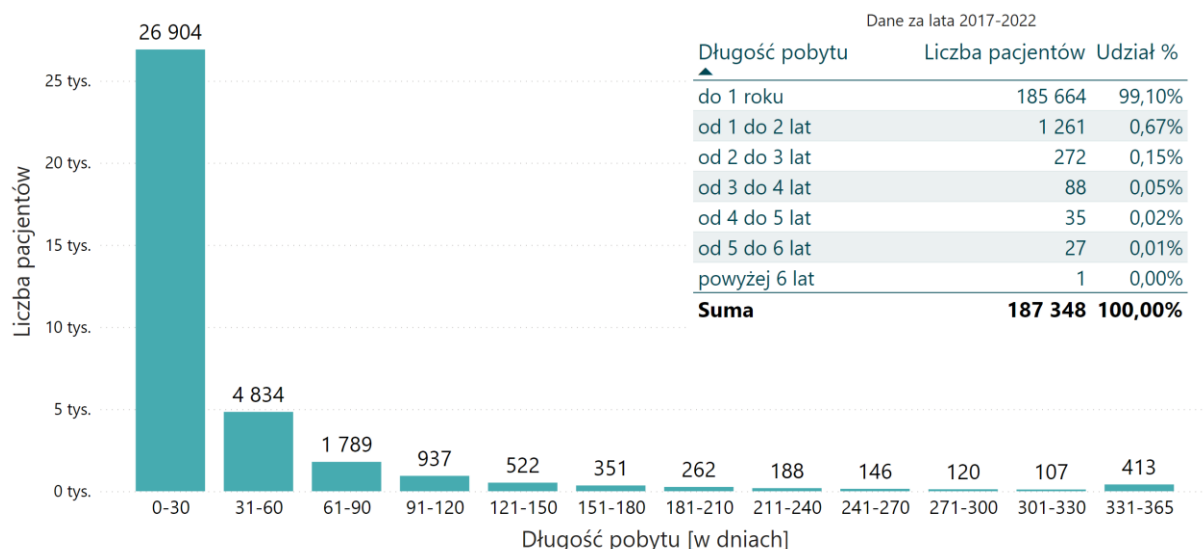
Rysunek 11. Struktura wieku pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W latach 2017–2022 w strukturze długości hospitalizacji w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych dominowały pobyty do 1 miesiąca. Ponad 99% hospitalizacji trwało mniej niż 1 rok (Rysunek 12).

Długość pobytu pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym

Dane za 2022 r.



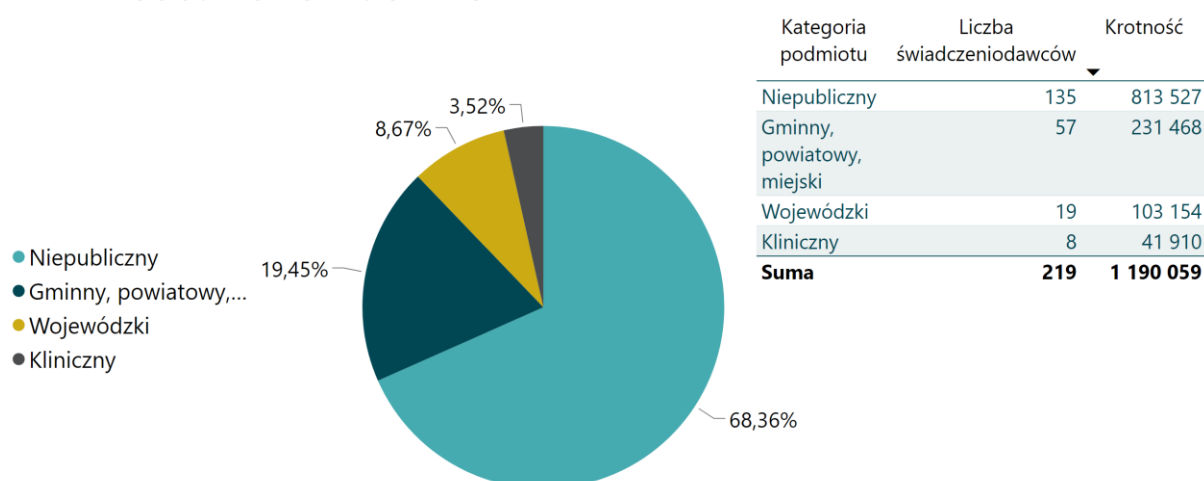
Rysunek 12. Struktura długości pobytu pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w latach 2017–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Większość świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych w 2022 roku została udzielona w podmiotach niepublicznych. Podmioty gminne, powiatowe i miejskie udzieliły 19,45% świadczeń w tym zakresie, a podmioty wojewódzkie – 8,67% (Rysunek 13).

Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r.

Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne



Rysunek 13. Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r. – oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne.

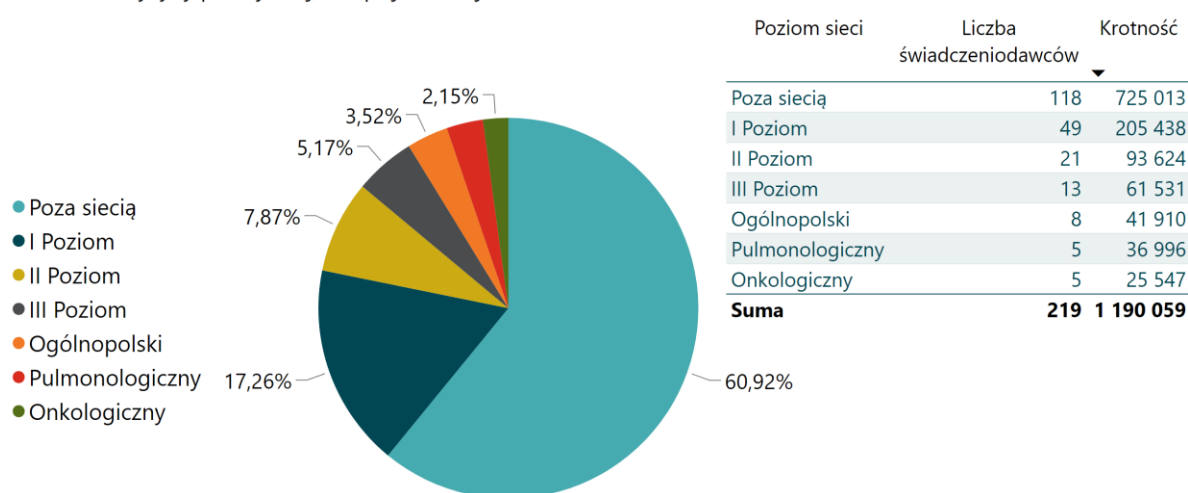
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Mimo, że klasyfikacja względem poziomu sieci szpitali stosowana jest do podmiotów udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, to na potrzeby niniejszego opracowania przeprowadzono analizę struktury świadczeniodawców pod względem przypisanego poziomu sieci. Powyższe wynika z faktu, że w standardach organizacyjnych zaleca się tworzenie oddziałów medycyny paliatywnej w szpitalach klinicznych, onkologicznych i wojewódzkich.

Większość świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych w 2022 roku została udzielona w podmiotach poza siecią szpitali. Natomiast szpitale I poziomu udzieliły 17,26% świadczeń w tym zakresie, a szpitale II poziomu sieci – 7,87% (Rysunek 14).

Struktura świadczeń według poziomu sieci szpitali w 2022 r.

Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne

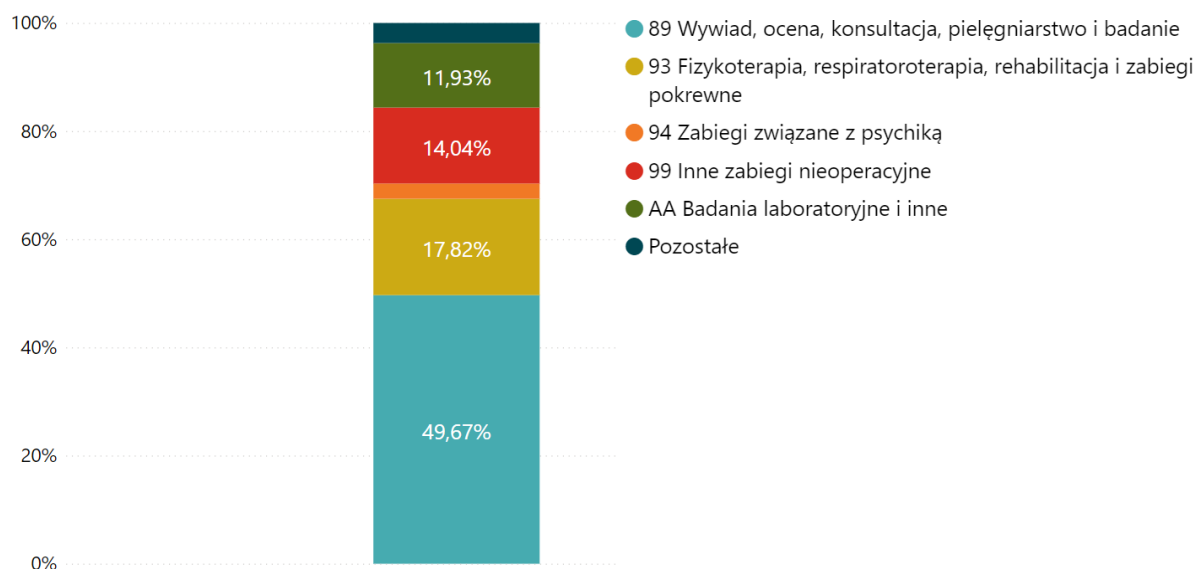


Rysunek 14. Struktura świadczeń według poziomu sieci szpitali w 2022 r. – oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na poniższym rysunku przedstawiono najczęściej wykonywane procedury w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych w 2022 roku (Rysunek 15).

Struktura procedur medycznych w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym w 2022 r.

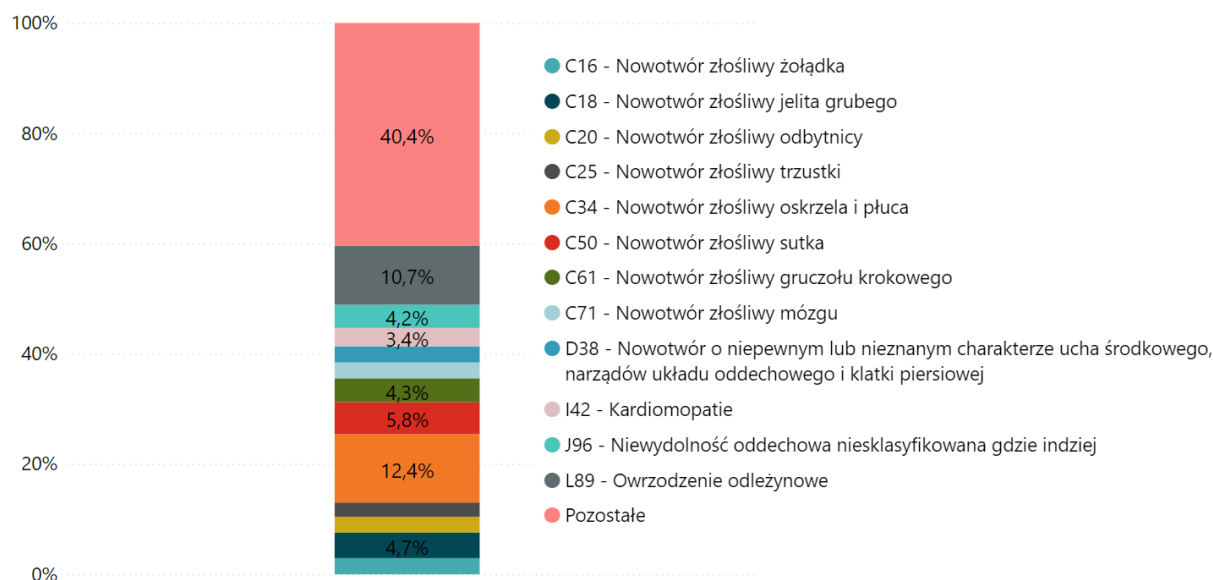


Rysunek 15. Struktura procedur medycznych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Największą grupę rozpoznań kwalifikujących do leczenia w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych stanowiły nowotwory. *Nowotwory złośliwe oskrzela i płuca* (C34) odnotowano u 12,4% hospitalizowanych pacjentów. Rzadziej rozpoznawano: *owrzodzenie odleżynowe* (L89) oraz *nowotwór złośliwy sutka* (C50) (Rysunek 16).

Struktura głównych rozpoznań w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym w 2022 r.

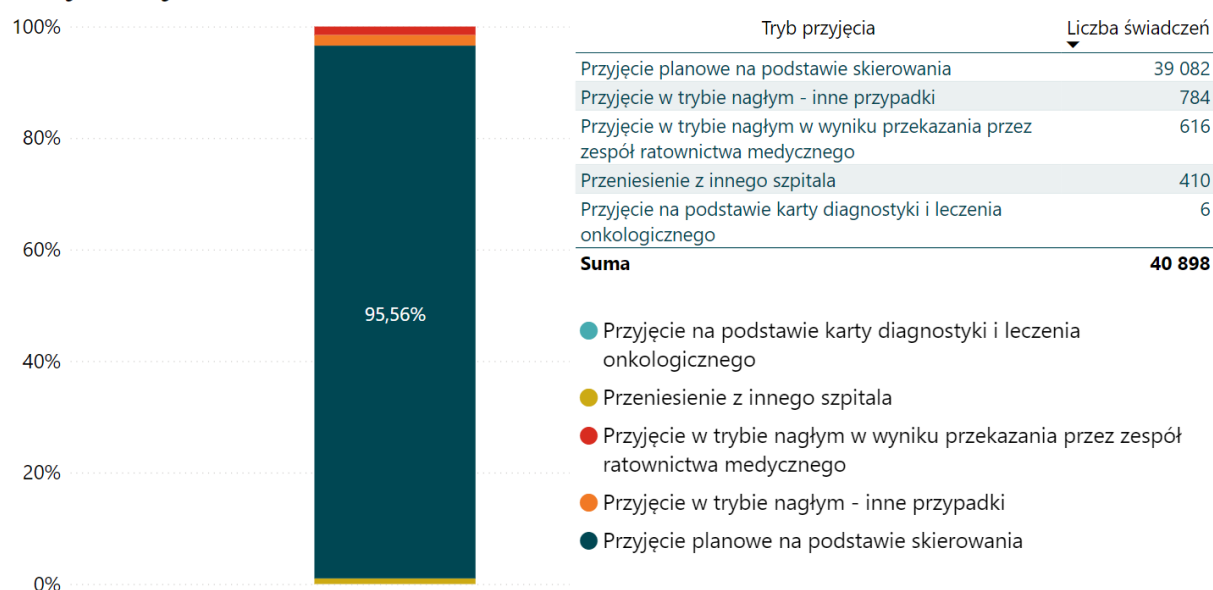


Rysunek 16. Struktura rozpoznań głównych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2022 roku pacjenci hospitalizowani w oddziałach medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, najczęściej byli przyjmowani w trybie planowym na podstawie skierowania (39 tys., 95,56%) (Rysunek 17).

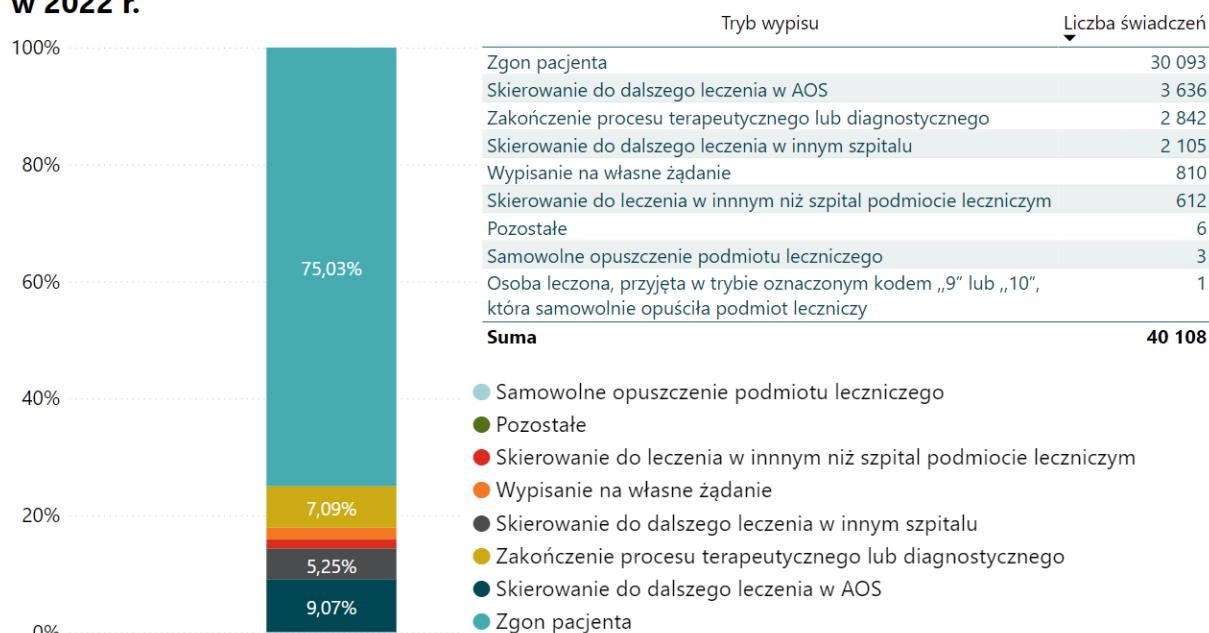
Tryb przyjęcia pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.



Rysunek 17. Tryb przyjęcia pacjentów do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego w 2022 r.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2022 roku opieka w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym kończyła się w zdecydowanej większości zgonem pacjenta. Odnotowano 30 tys. zgonów, co stanowiło 75,03% udziału w zakończonej opiece nad pacjentem. W następnej kolejności odnotowano 9,07% skierowań do leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a u 7,09% pacjentów zakończono proces terapeutyczny lub diagnostyczny (Rysunek 18).

Tryb wypisu pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.

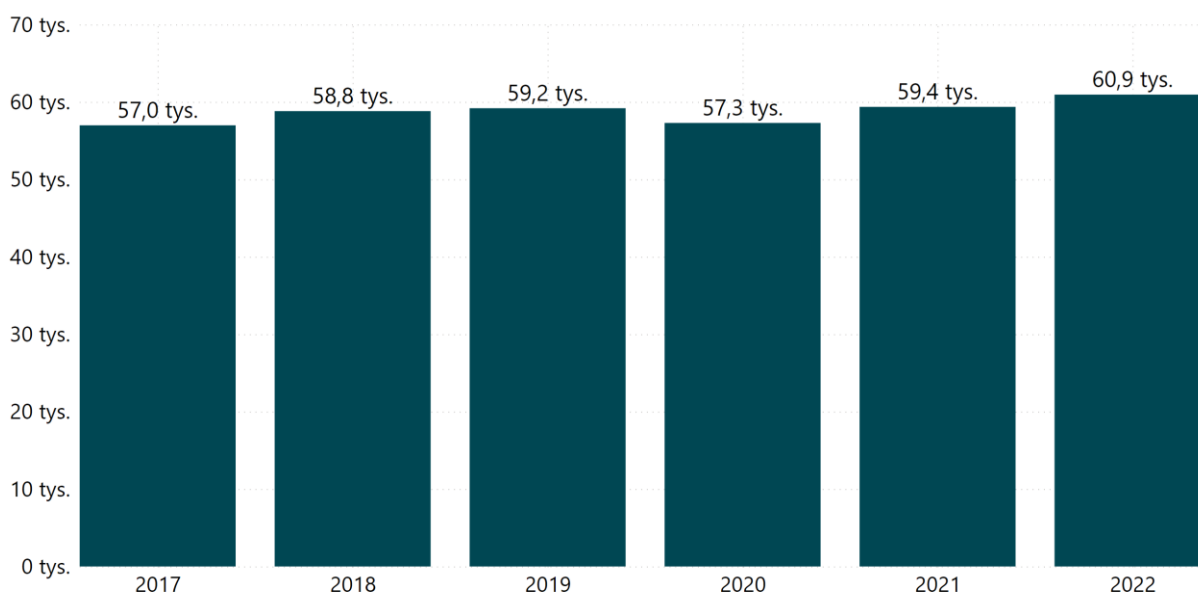


Rysunek 18. Tryb wypisu pacjentów z oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego w 2022 r.
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

2.3.2. Hospicjum domowe

Liczba pacjentów w hospicjum domowym wykazuje tendencję rosnącą w latach 2017–2022, za wyjątkiem roku 2020, w którym liczba ta na skutek pandemii Covid-19 znacznie zmalała. W 2022 roku domową opieką hospicyjną objęto 60,9 tys. osób (Rysunek 19).

Liczba pacjentów w hospicjum domowym w latach 2017-2022

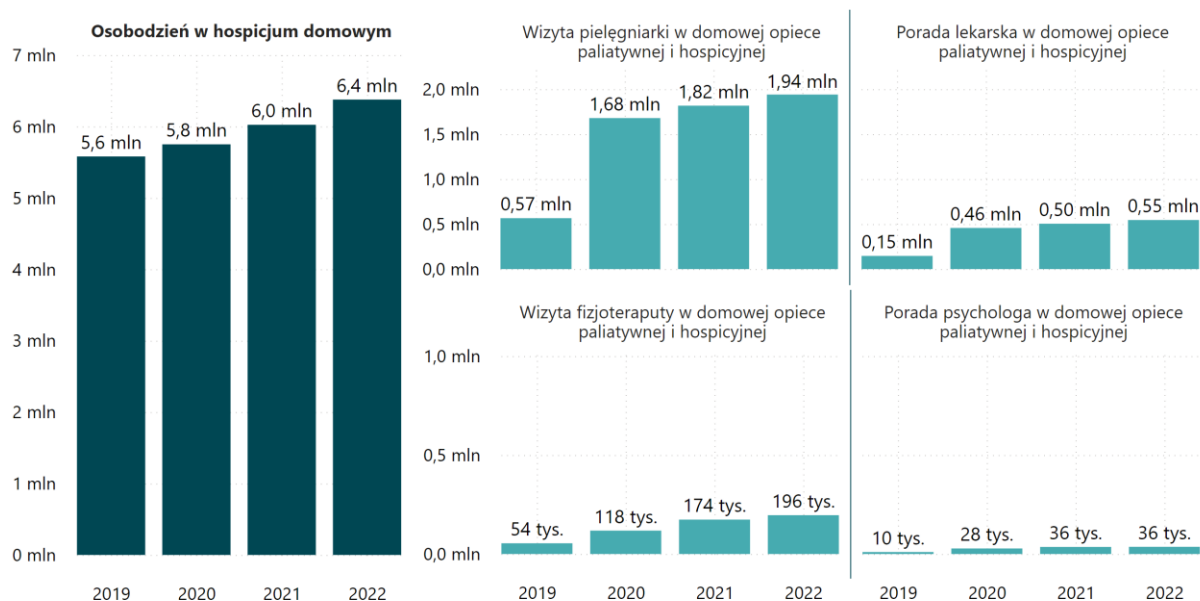


Rysunek 19. Liczba pacjentów w hospicjum domowym w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W latach 2019–2022 liczba rozliczonych świadczeń w hospicjach domowych stale rosła. W 2022 roku zrealizowano ponad 6,4 mln osobodni, w ramach których udzielono 1,94 mln wizyt pielęgniarских, 0,55 mln porad lekarskich, 196 tys. wizyt fizjoterapeuty oraz 36 tys. porad psychologa (Rysunek 20).

Liczba świadczeń udzielonych w hospicjum domowym w latach 2019-2022

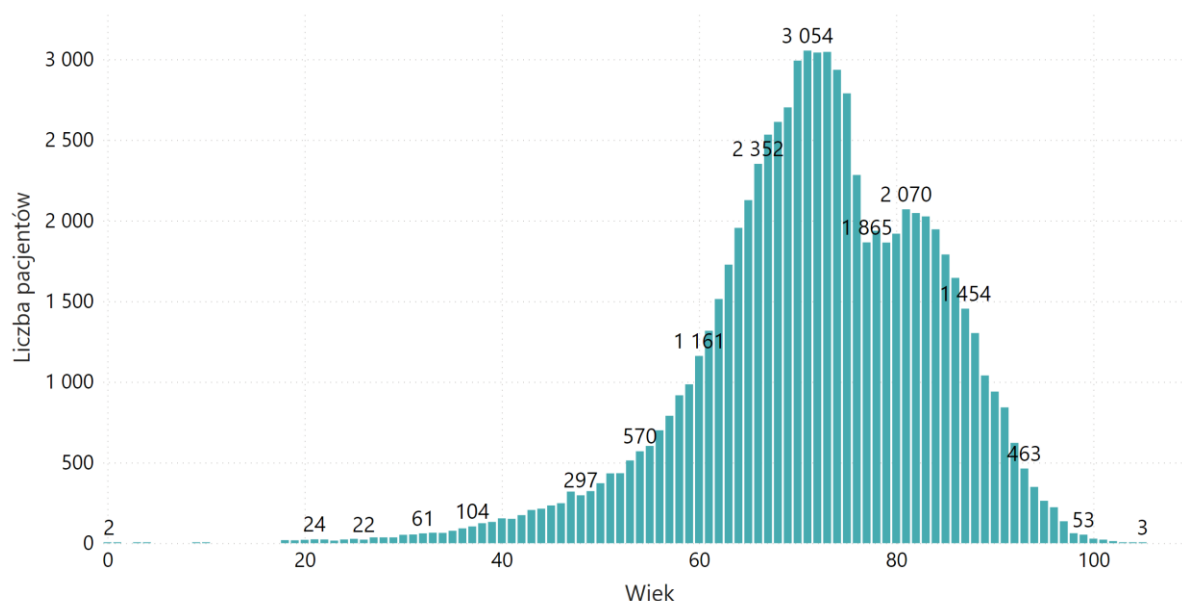


Rysunek 20. Liczba świadczeń w hospicjum domowym w latach 2019–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wiek pacjentów, których objęto opieką w hospicjum domowym w 2022 roku mieścił się w przedziale 0–105 lat. Zarówno średnia jak i mediana wyniosła 72 lata (Rysunek 21).

Struktura wieku pacjentów w hospicjum domowym w 2022 r.



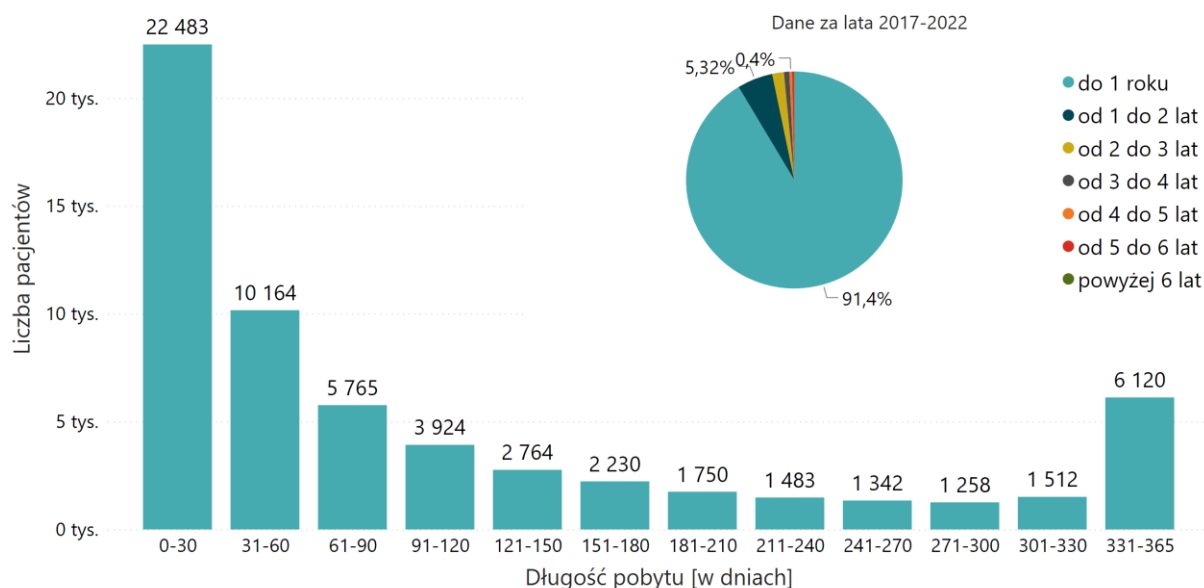
Rysunek 21. Struktura wieku pacjentów w hospicjum domowym w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W latach 2017–2022 w strukturze długości pobytów w domowej opiece hospicyjnej dominowały krótkie pobyty, tj. do 1 miesiąca. Ponad 91% pobytów w hospicjum domowym skończyło się przed upływem 1 roku, a 5,3% przed upływem 2 lat (Rysunek 22).

Długość pobytu pacjentów w hospicjum domowym

Dane za 2022 r.



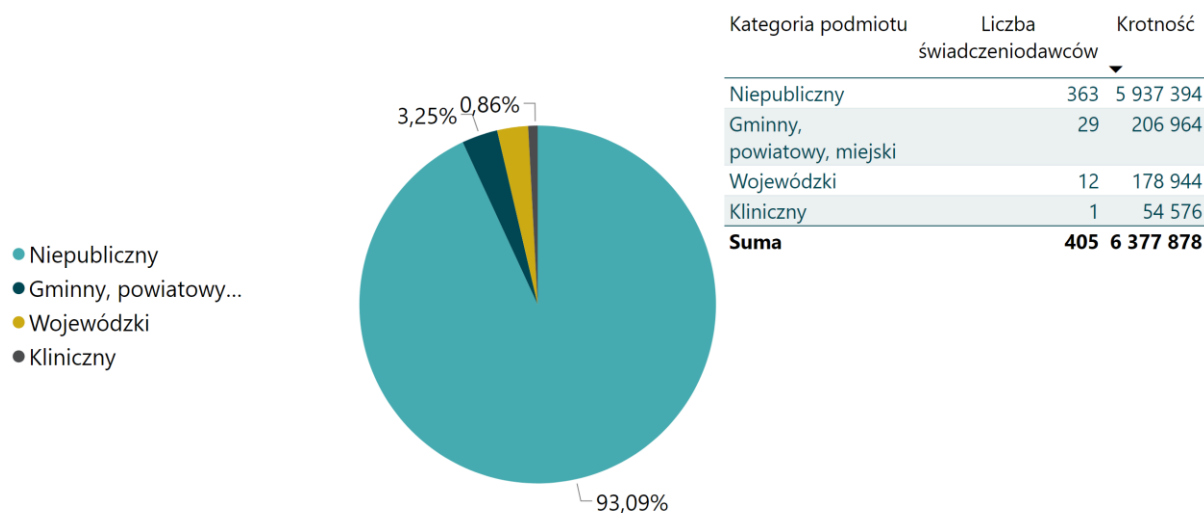
Rysunek 22. Struktura długości pobytu pacjentów w hospicjum domowym w latach 2017–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Większość świadczeń w domowej opiece hospicyjnej w 2022 r. udzielono w podmiotach niepublicznych. Podmioty gminne, powiatowe i miejskie udzieliły 3,25% świadczeń w tym zakresie (Rysunek 23).

Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r.

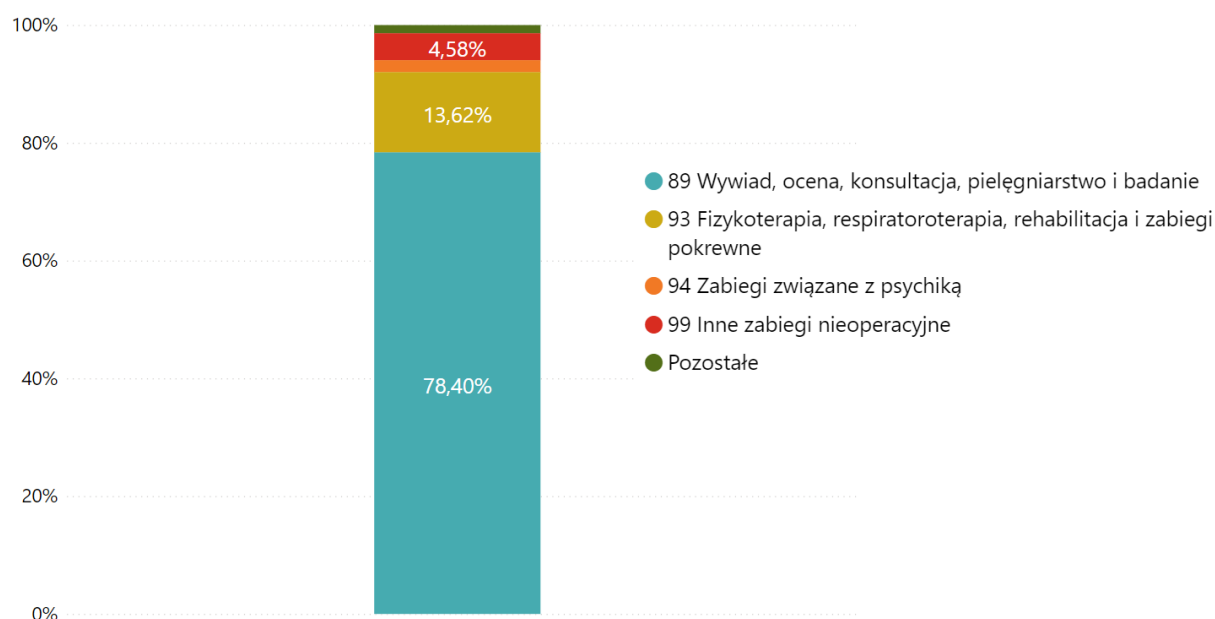
Hospicjum domowe



Rysunek 23. Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r. – hospicjum domowe.

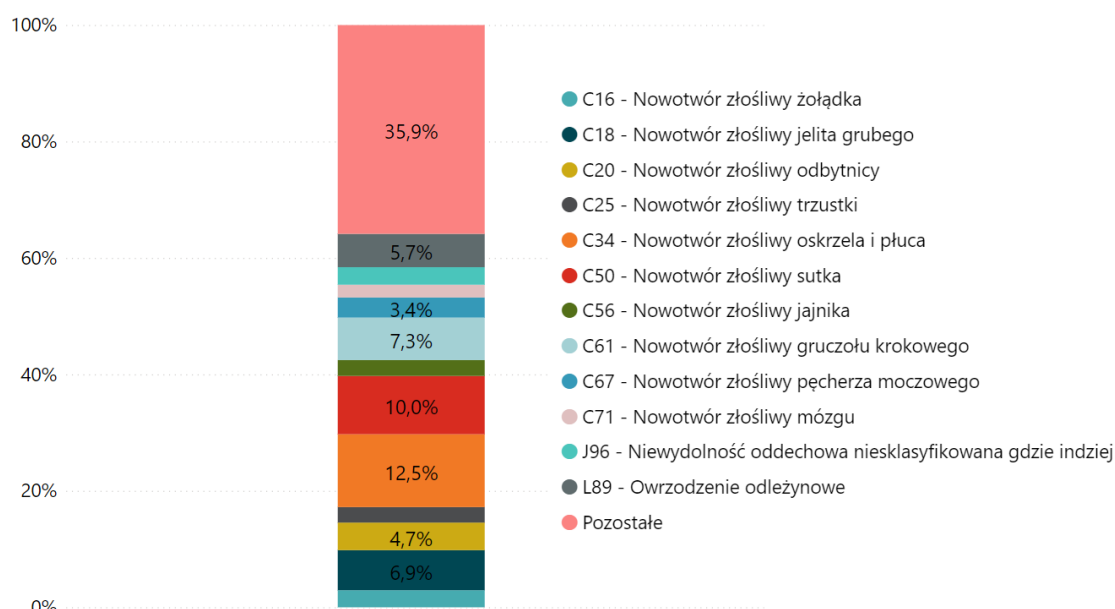
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na poniższym rysunku przedstawiono najczęściej wykonywane procedury medyczne w hospicjach domowych w 2022 roku (Rysunek 24).

Struktura procedur medycznych w hospicjum domowym w 2022 r.**Rysunek 24. Struktura procedur medycznych w hospicjum domowym w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Największą grupę rozpoznań kwalifikujących do pobytu w hospicjach domowych stanowiły nowotwory. *Nowotwory złośliwe oskrzela i płuca* (C34) odnotowano u 12,5% pacjentów. Rzadziej rozpoznawano *nowotwór złośliwy sutka* (C50) oraz *nowotwór gruczołu krokowego* (C61) (Rysunek 25).

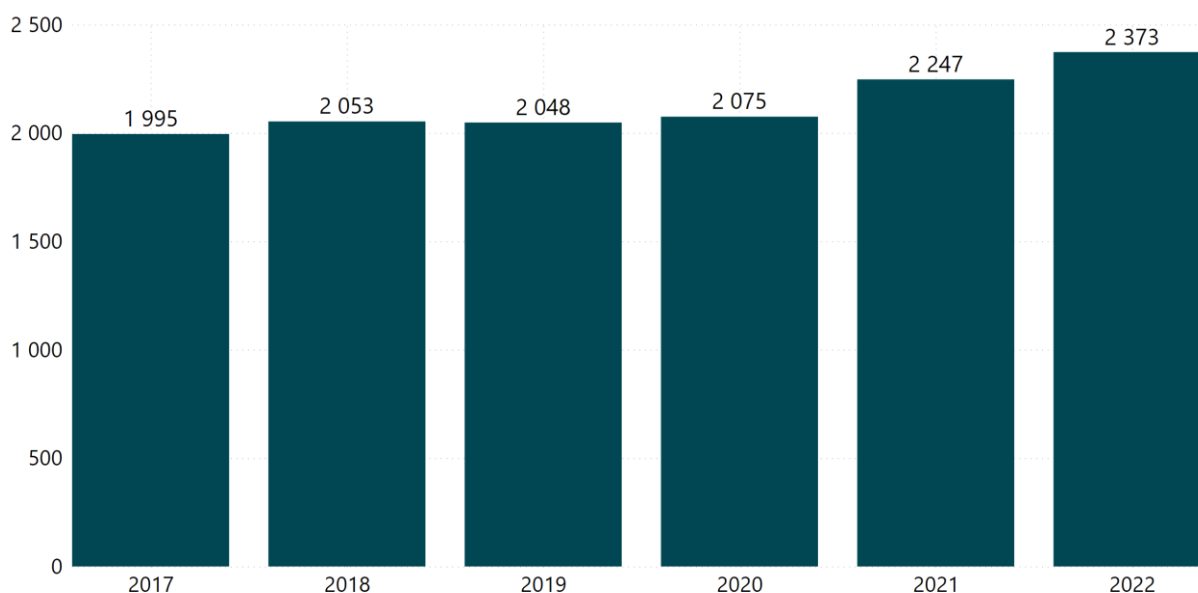
Struktura głównych rozpoznań w hospicjum domowym w 2022 r.**Rysunek 25. Struktura rozpoznań głównych w hospicjum domowym w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

2.3.3. Hospicjum domowe dla dzieci

Liczba pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w latach 2017–2022 wykazuje tendencję rosnącą. Pandemia Covid-19 nie wpłynęła na liczbę pacjentów. W 2022 roku liczba dzieci objętych domową opieką hospicyjną wyniosła prawie 2,4 tys. (Rysunek 26).

Liczba pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w latach 2017-2022

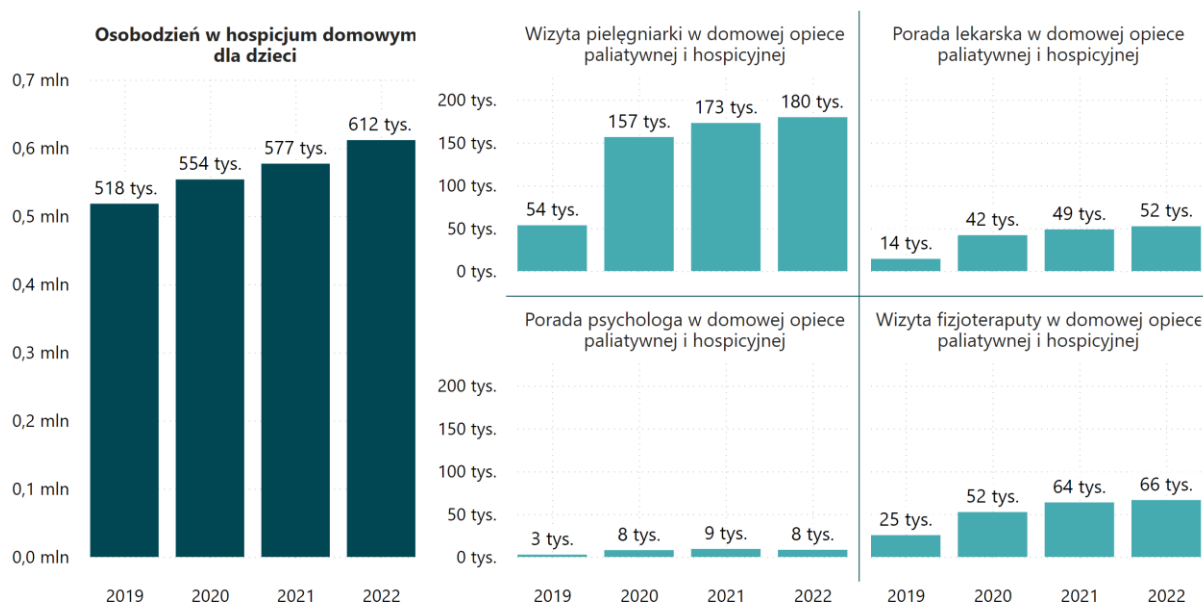


Rysunek 26. Liczba pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci liczba świadczeń w latach 2019–2022 stale rosła. W 2022 roku zrealizowano ponad 612 tys. osobodni w hospicjum domowym, w ramach których udzielono 180 tys. wizyt pielęgniarских, 52 tys. porad lekarskich, 66 tys. wizyt fizjoterapeuty oraz 8 tys. porad psychologa (Rysunek 27).

Liczba świadczeń udzielonych w hospicjum domowym dla dzieci w latach 2019-2022

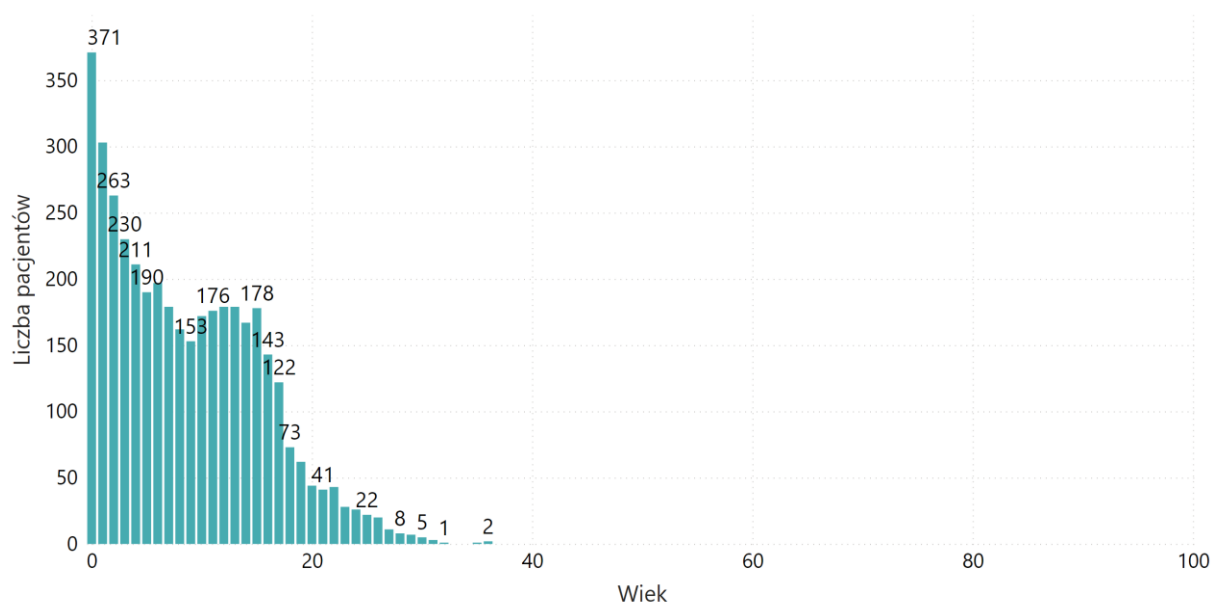


Rysunek 27. Liczba świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci w latach 2019–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wiek pacjentów, którym udzielono świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 roku mieścił się w przedziale 0–36 lat. Średnia wieku wyniosła 9 lat, a mediana 8 lat (Rysunek 28).

Struktura wieku pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.



Rysunek 28. Struktura wieku pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.

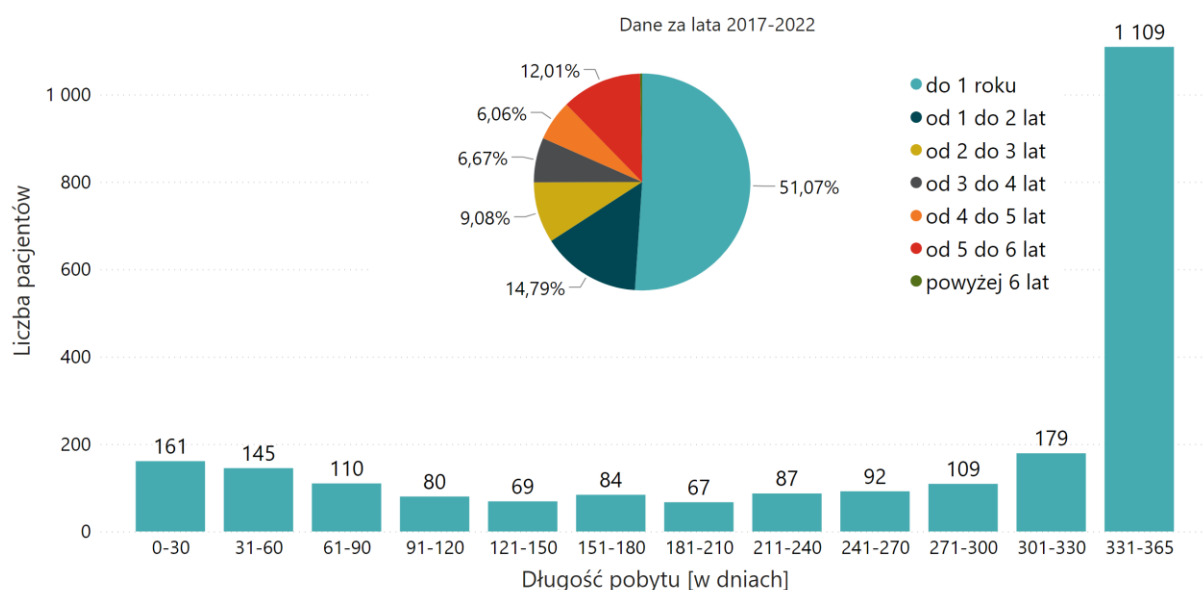
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W 2022 roku w strukturze długości pobytów w domowej opiece hospicyjnej dla dzieci dominowały długie hospitalizacje do 12 miesięcy. Natomiast na przestrzeni lat 2017–2022 prawie połowa pobytów w hospicjum domowym dla dzieci wyniosła więcej niż 1 rok. Czas opieki w hospicjum

wyniósł od 1 roku do 2 lat u 14,8% pacjentów, od 2 do 3 lat u 9%, od 3 do 4 lat u 6,7%, od 4 do 5 lat – 6,1%, a – od 5 do 6 lat – 12% (Rysunek 29).

Długość pobytu pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci

Dane za 2022 r.

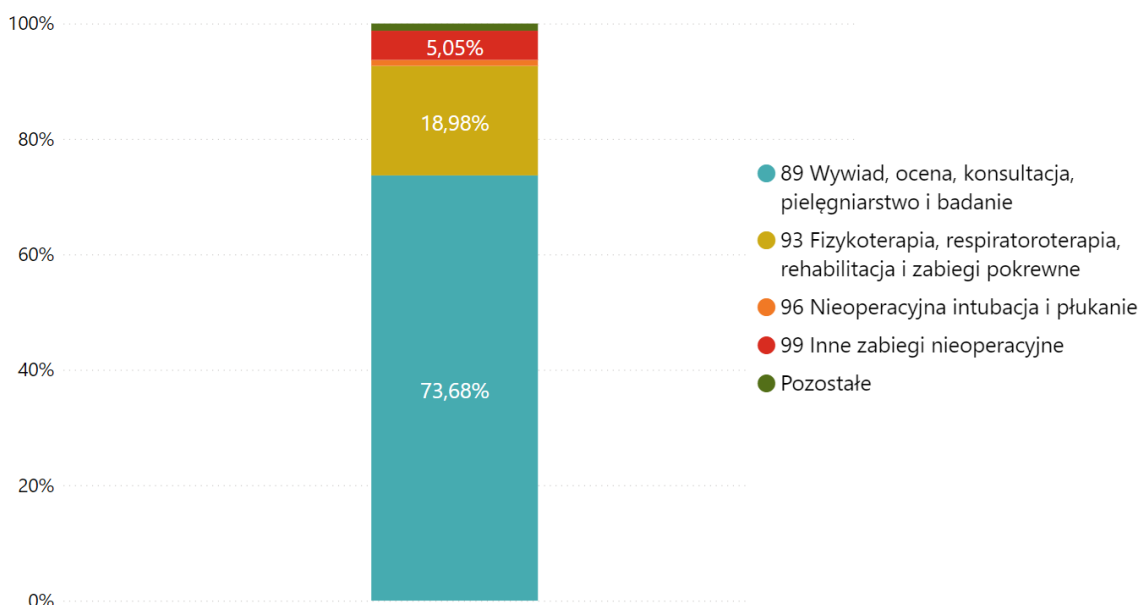


Rysunek 29. Struktura długości pobytu pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w latach 2017-2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na poniższym rysunku przedstawiono najczęściej wykonywane procedury w hospicjach domowych dla dzieci w 2022 roku (Rysunek 30).

Struktura procedur medycznych w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.

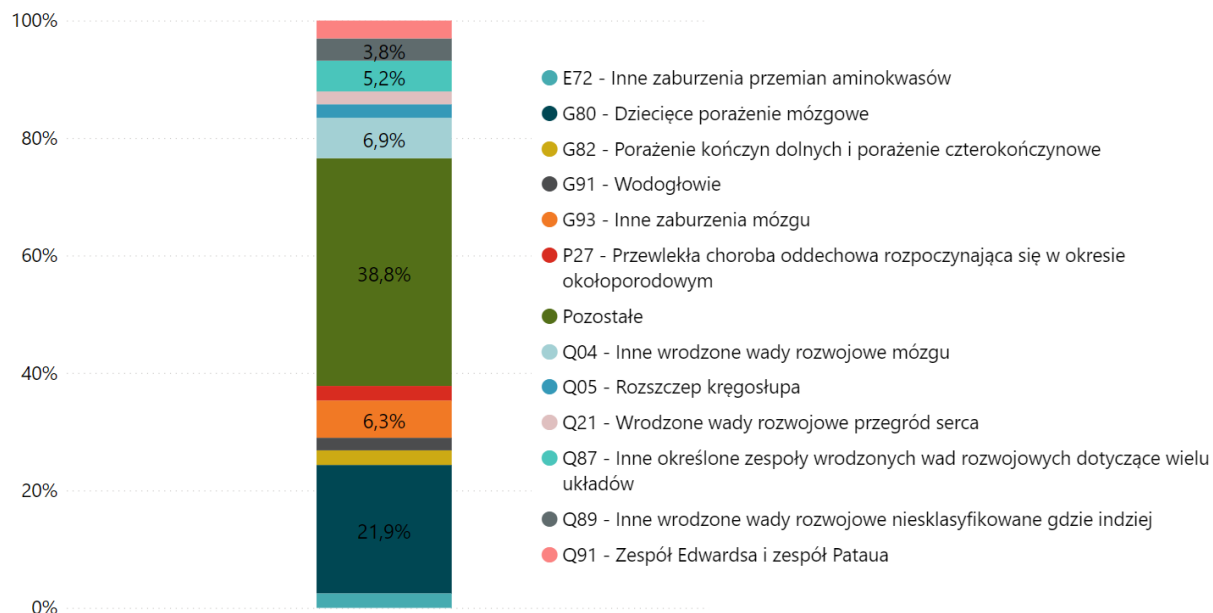


Rysunek 30. Struktura procedur medycznych w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wśród dzieci objętych opieką hospicyjną w 2022 r. najczęściej rozpoznawano *dziecięce porażenie mózgowe* (G80). Odnotowano je u 21,9% pacjentów. W drugiej kolejności rozpoznano *inne wrodzone wady rozwojowe mózgu* (Q04), występujące u 6,9% pacjentów (Rysunek 31).

Struktura głównych rozpoznań w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.



Rysunek 31. Struktura rozpoznań głównych w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.

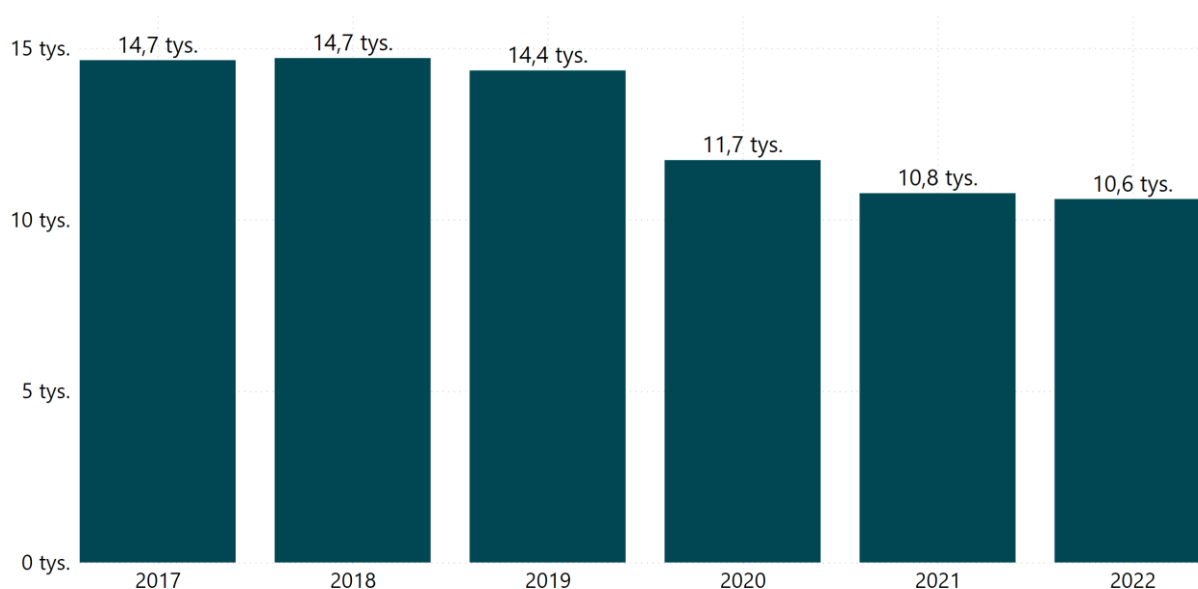
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Świadczeń w domowej opiece hospicyjnej dla dzieci w 2022 roku udzielano w podmiotach niepublicznych, wśród których dominowały fundacje i stowarzyszenia.

2.3.4. Poradnia medycyny paliatywnej

Liczba pacjentów w poradni medycyny paliatywnej w latach 2017–2018 utrzymywała się na stałym poziomie – około 14,7 tys. W kolejnych latach liczba ta znacznie zmalała, do poziomu 10,6 tys. pacjentów w 2022 roku (Rysunek 32).

Liczba pacjentów w poradni medycyny paliatywnej w latach 2017-2021

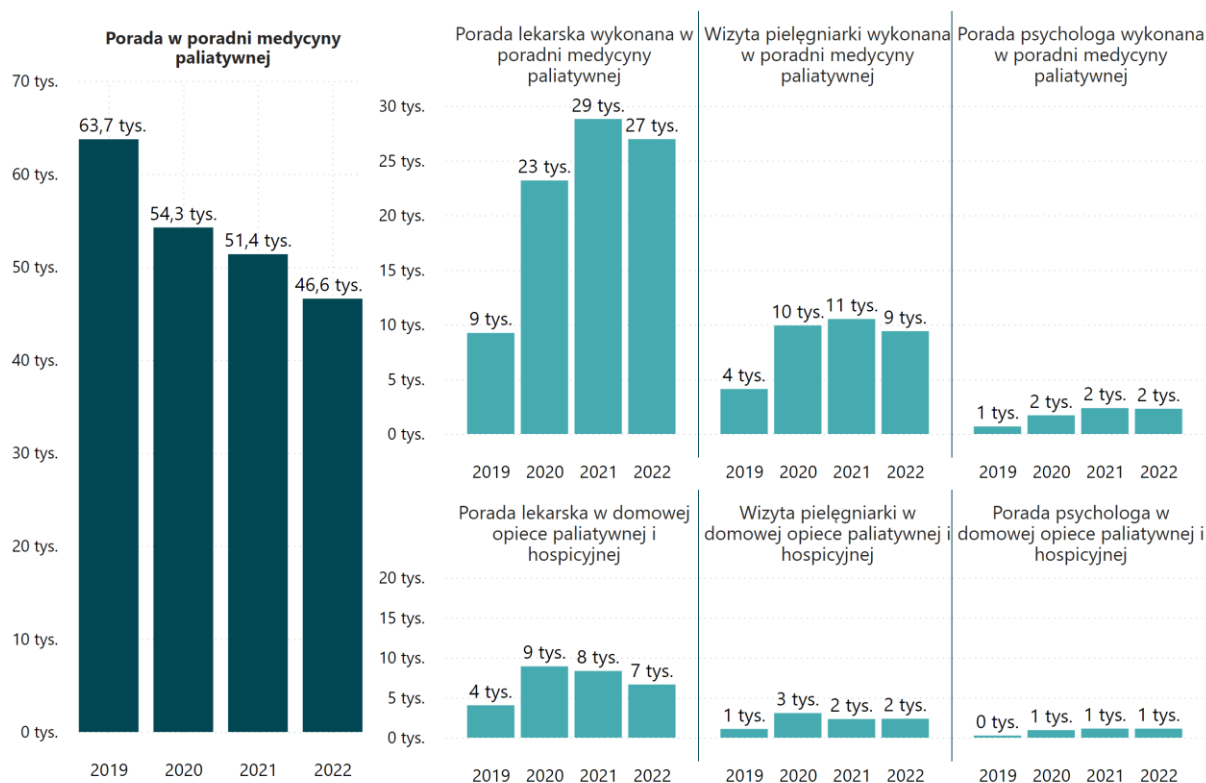


Rysunek 32. Liczba pacjentów w poradni medycyny paliatywnej w latach 2017–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na przestrzeni lat 2019–2022 obserwuje się spadek liczby rozliczonych świadczeń zrealizowanych w poradni medycyny paliatywnej. W stosunku do roku 2019 liczba ta zmalała z 63,7 tys. do 46,6 tys., co stanowi spadek o 27%. W ramach tych świadczeń, w 2022 roku wykonano 10,1 tys. porad w domu pacjenta oraz 38,7 tys. w poradni. Najczęściej udzielano porad lekarskich: 27 tys. w poradni oraz 7 tys. w domu pacjenta (Rysunek 33).

Liczba świadczeń udzielonych w poradni medycyny paliatywnej w latach 2019-2022

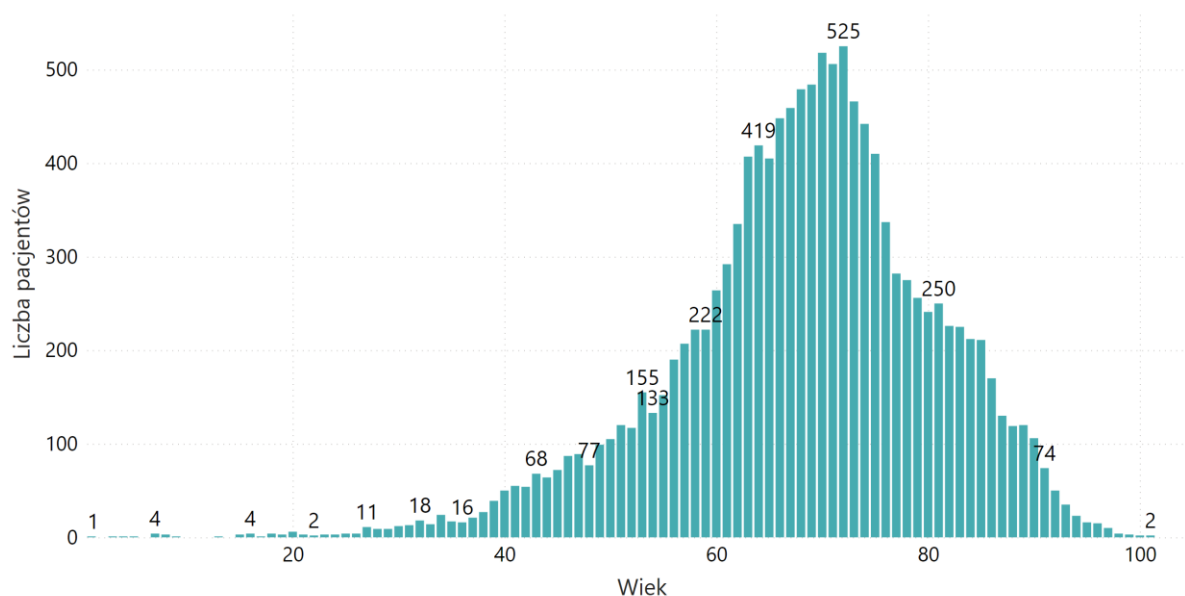


Rysunek 33. Liczba świadczeń w poradni medycyny paliatywnej w latach 2019–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Pacjenci, którym udzielono porad w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r. mieścili się w przedziale wiekowym 1–101 lat. Średnia wieku wyniosła 68 lat, a mediana 69 lat (Rysunek 34).

Struktura wieku pacjentów w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.



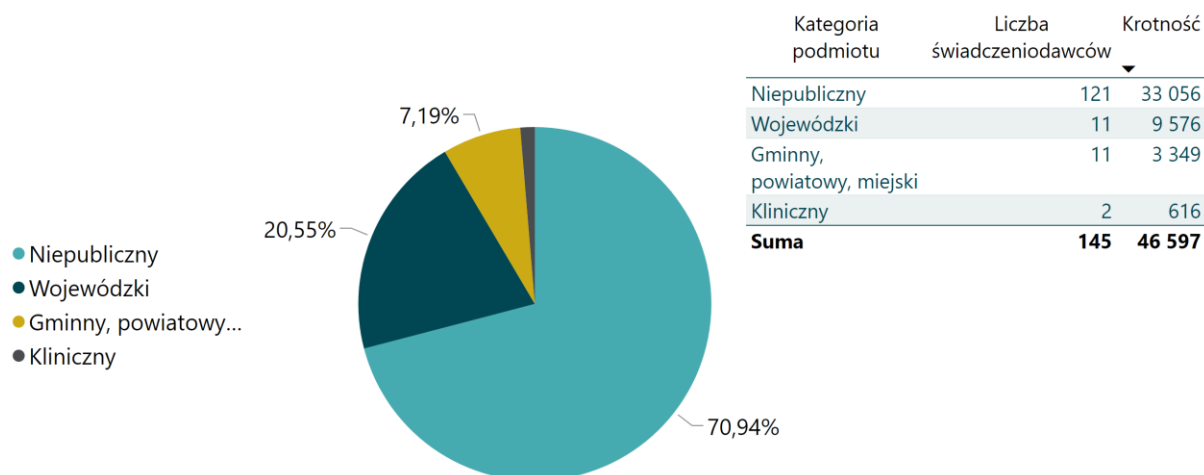
Rysunek 34. Struktura wieku pacjentów w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Większość świadczeń w poradni medycyny paliatywnej w 2022 roku została udzielona w podmiotach niepublicznych. Natomiast podmioty wojewódzkie udzieliły 20,55% świadczeń w tym zakresie, a podmioty gminne, powiatowe i miejskie – 7,19% (Rysunek 35).

Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r.

Poradnia medycyny paliatywnej



Rysunek 35. Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r. – poradnia medycyny paliatywnej.

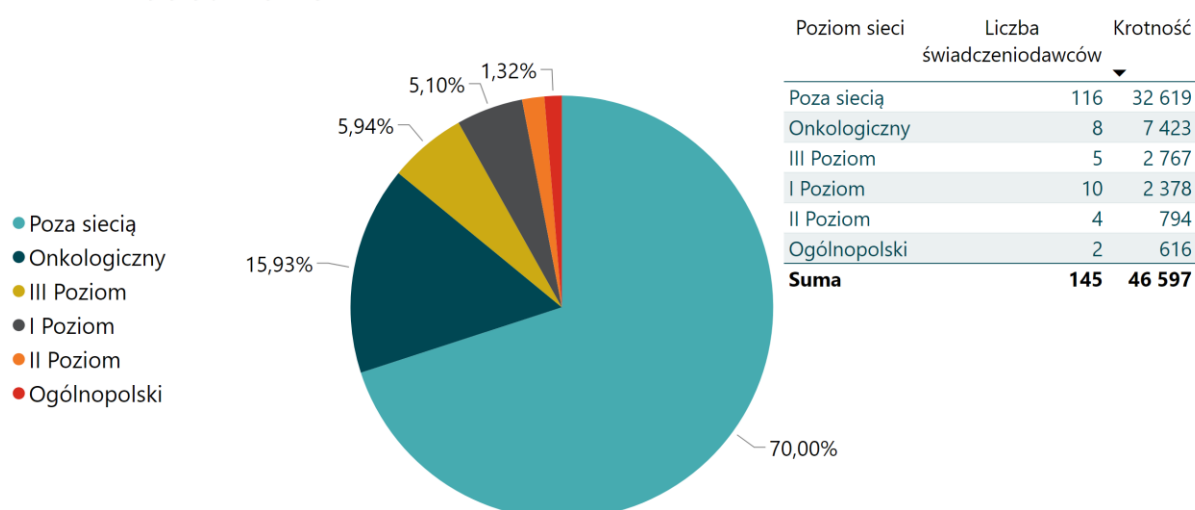
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Mimo, że klasyfikacja względem poziomu sieci szpitali stosowana jest do podmiotów udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, to na potrzeby niniejszego opracowania przeprowadzono analizę struktury świadczeniodawców pod względem przypisanego poziomu sieci. Powyższe wynika z faktu, że w standardach organizacyjnych zaleca się tworzenie poradni medycyny paliatywnej w podmiotach posiadających w strukturze oddział medycyny paliatywnej.

Większość świadczeń w poradni medycyny paliatywnej w 2022 roku została udzielona w podmiotach poza siecią szpitali. Natomiast szpitale onkologiczne udzieliły 15,93% świadczeń w tym zakresie, a szpitale III poziomu sieci – 5,94% (Rysunek 36).

Struktura świadczeń według poziomu sieci szpitali w 2022 r.

Poradnia medycyny paliatywnej

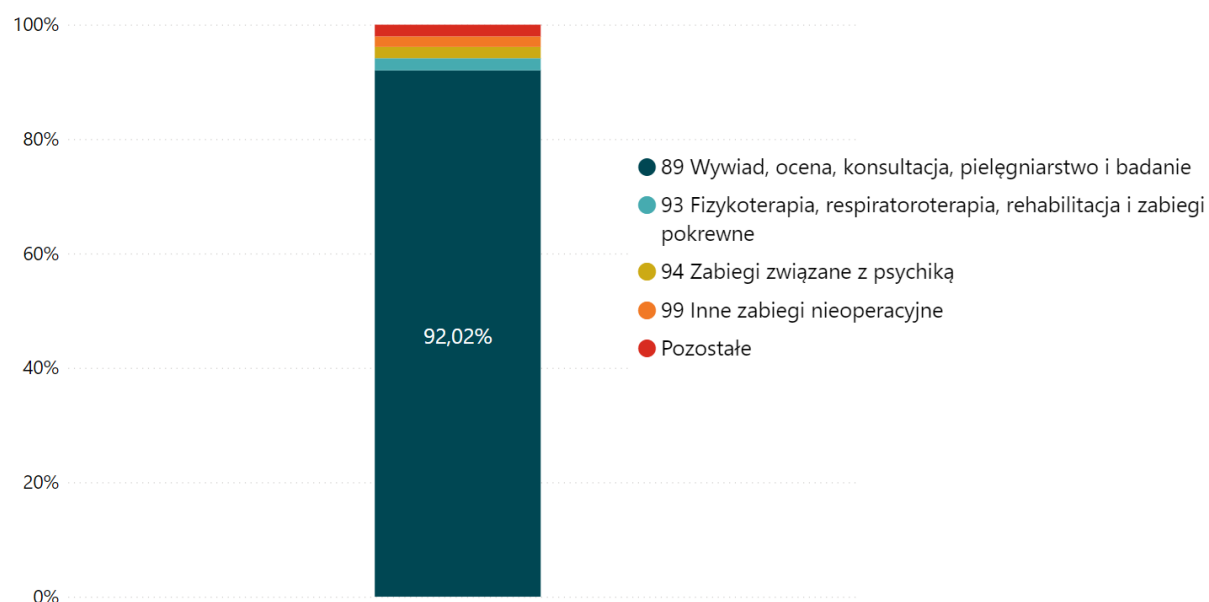


Rysunek 36. Struktura świadczeń według poziomu sieci szpitali w 2022 r. – poradnia medycyny paliatywnej.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na poniższym rysunku przedstawiono najczęściej wykonywane procedury w poradni medycyny paliatywnej w 2022 roku (Rysunek 37).

Struktura procedur medycznych w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.

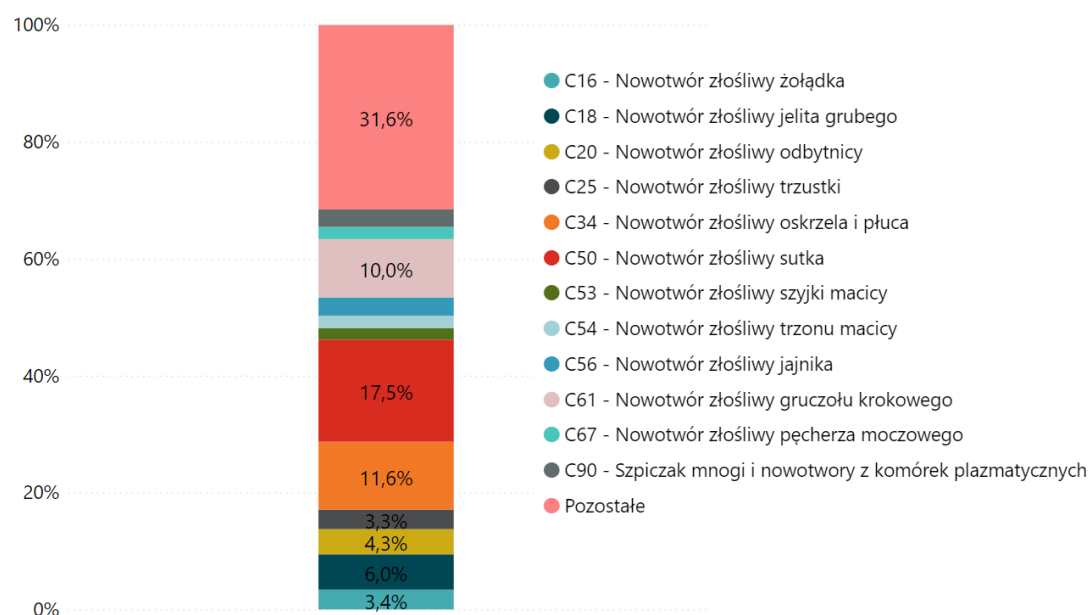


Rysunek 37. Struktura procedur medycznych w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wśród pacjentów objętych opieką w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r. najczęściej rozpoznawano *nowotwór złośliwy sutka* (C50). Odnotowano je u 17,5% pacjentów poradni. W drugiej kolejności rozpoznano *nowotwór złośliwy oskrzela i płuca* (C34) oraz *nowotwór złośliwy gruczołu krokowego* (C61) (Rysunek 38).

Struktura głównych rozpoznań w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.



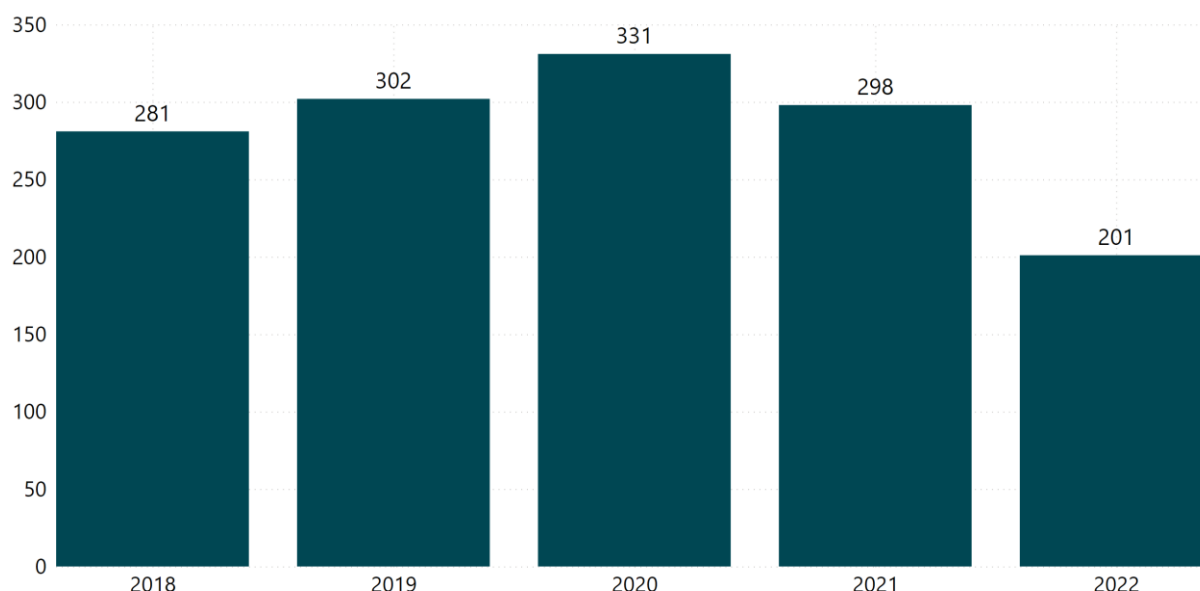
Rysunek 38. Struktura rozpoznań głównych w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

2.3.5. Perinatalna opieka paliatywna

Liczba pacjentek, które objęto perinatalną opieką paliatywną rosła w latach 2018–2020, a w kolejnych malała. W 2022 roku rozliczono świadczenia u 201 pacjentek (Rysunek 39).

Liczba pacjentek w perinatalnej opiece paliatywnej w latach 2018-2022

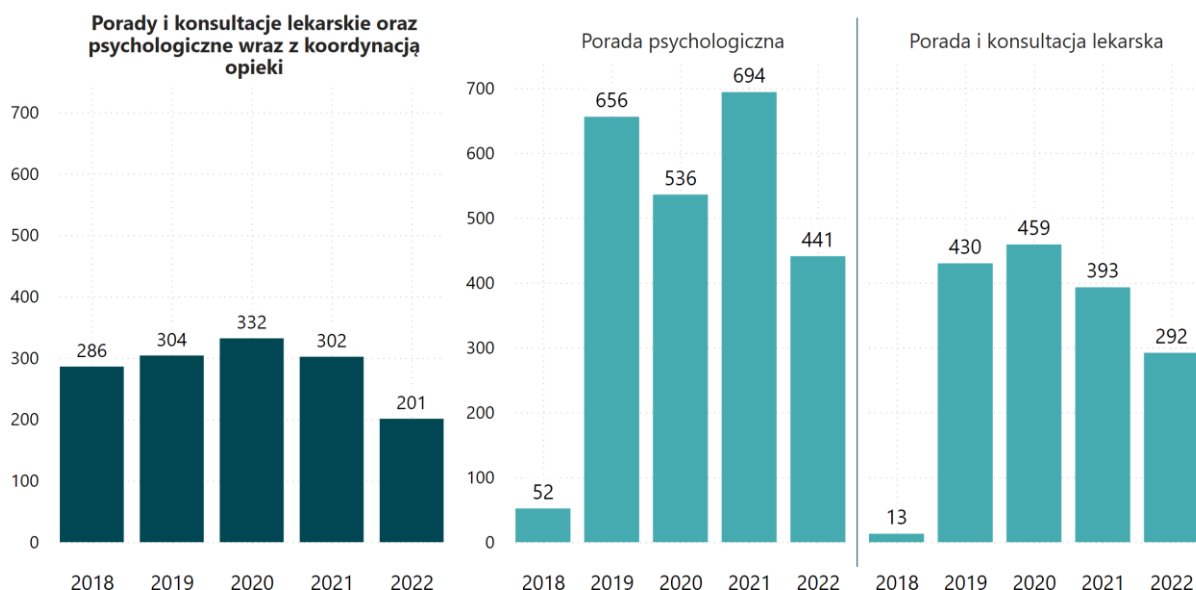


Rysunek 39. Liczba pacjentek w perinatalnej opiece paliatywnej w latach 2018–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Z uwagi na specyfikę sposobu rozliczeń, tj. zryczałtowanej płatności za cały okres opieki, w perinatalnej opiece paliatywnej, liczba rozliczonych świadczeń jest tożsama z liczbą pacjentek i osiągnęła w 2022 roku poziom 201 świadczeń. W ramach tych świadczeń udzielono 441 porad psychologicznych oraz 292 porady i konsultacje lekarskie (Rysunek 40).

Liczba świadczeń udzielonych w perinatalnej opiece paliatywnej w latach 2018-2022

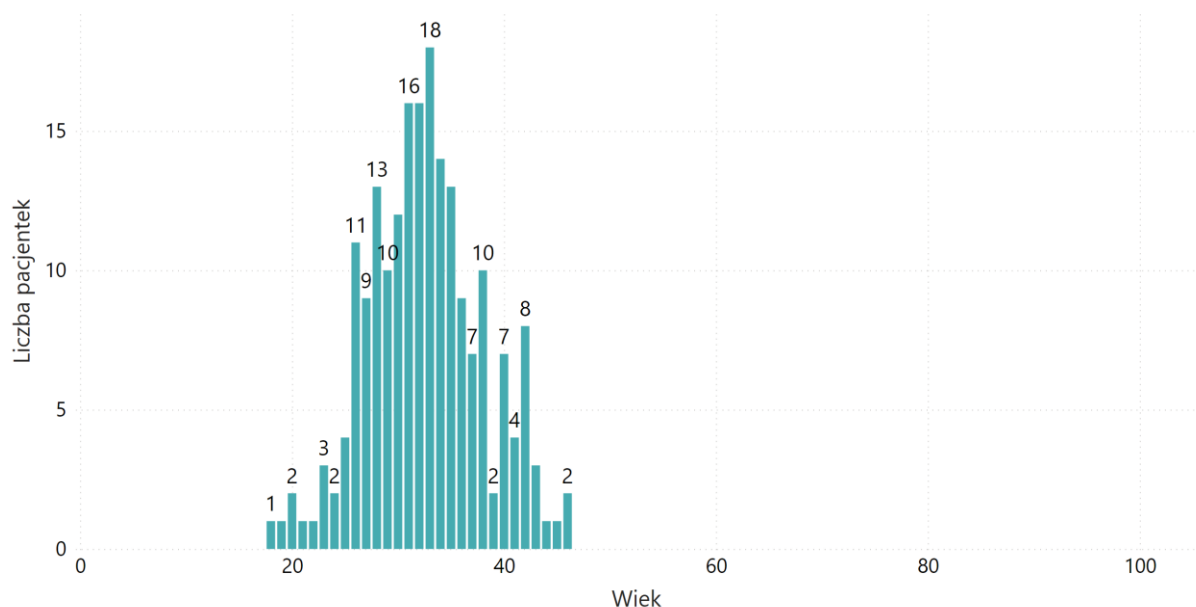


Rysunek 40. Liczba świadczeń w perinatalnej opiece paliatywnej w latach 2018–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Pacjentki, które objęto perinatalną opieką paliatywną w 2022 roku mieściły się w przedziale wiekowym 18–46 lat. Średnia wieku wyniosła 33 lata, a mediana 32 lata (Rysunek 41).

Struktura wieku pacjentek w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.



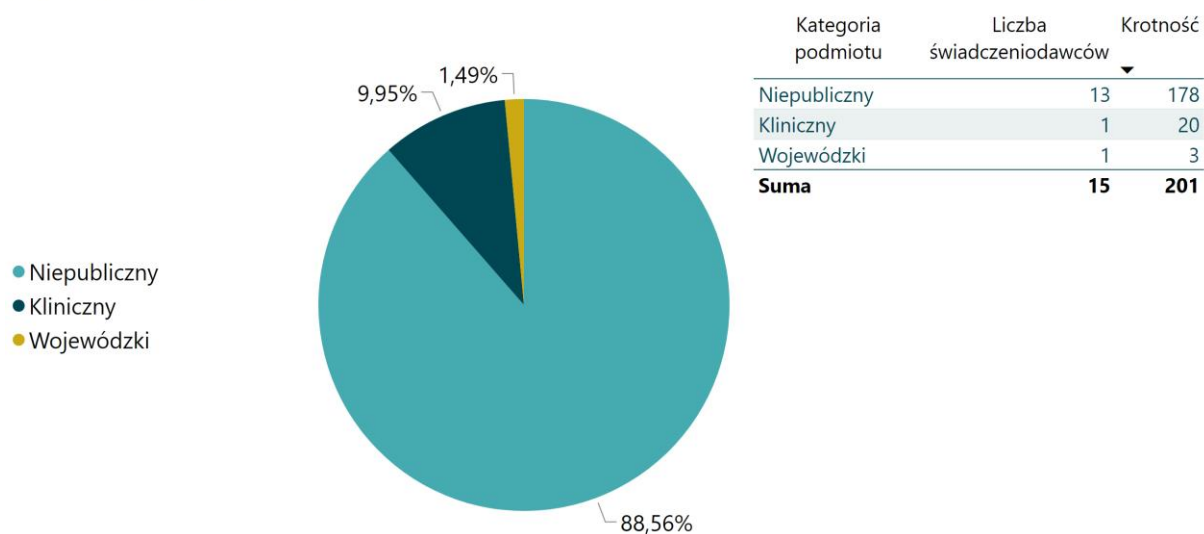
Rysunek 41. Struktura wieku pacjentek w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Większość świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej w 2022 r. została udzielona w podmiotach niepublicznych. Podmioty kliniczne udzieliły 9,95% świadczeń w tym zakresie (Rysunek 42).

Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r.

Perinatalna opieka paliatywna

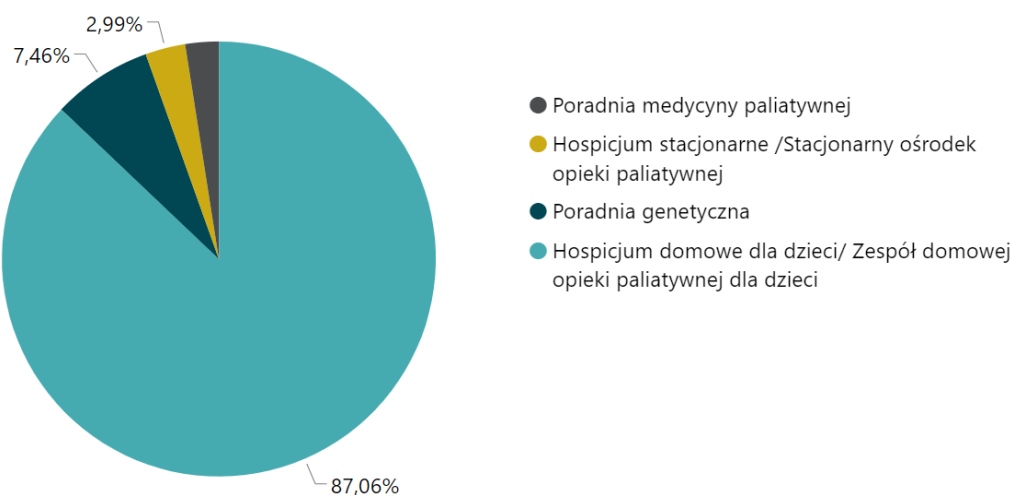
**Rysunek 42. Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r. – perinatalna opieka paliatywna.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Świadczenia w ramach zakresu perinatalnej opieki paliatywnej w 2022 roku były udzielane głównie przez hospicja domowe dla dzieci/ zespoły domowej opieki paliatywnej dla dzieci (87,06%) (Rysunek 43).

Struktura świadczeń według zakresu w 2022 r.

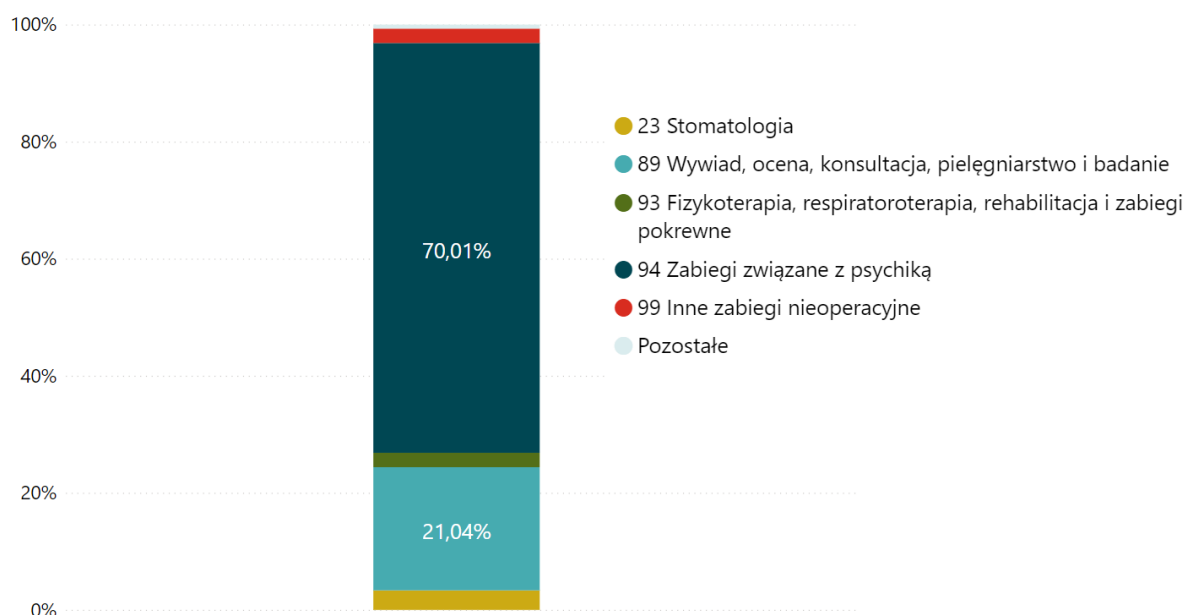
Perinatalna opieka paliatywna

**Rysunek 43. Struktura świadczeń w perinatalnej opiece paliatywnej według zakresu świadczeń w 2022 r.**

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Na poniższym rysunku przedstawiono najczęściej wykonywane procedury medyczne na rzecz pacjentek objętych perinatalną opieką paliatywną w 2022 roku (Rysunek 44).

Struktura procedur medycznych w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.

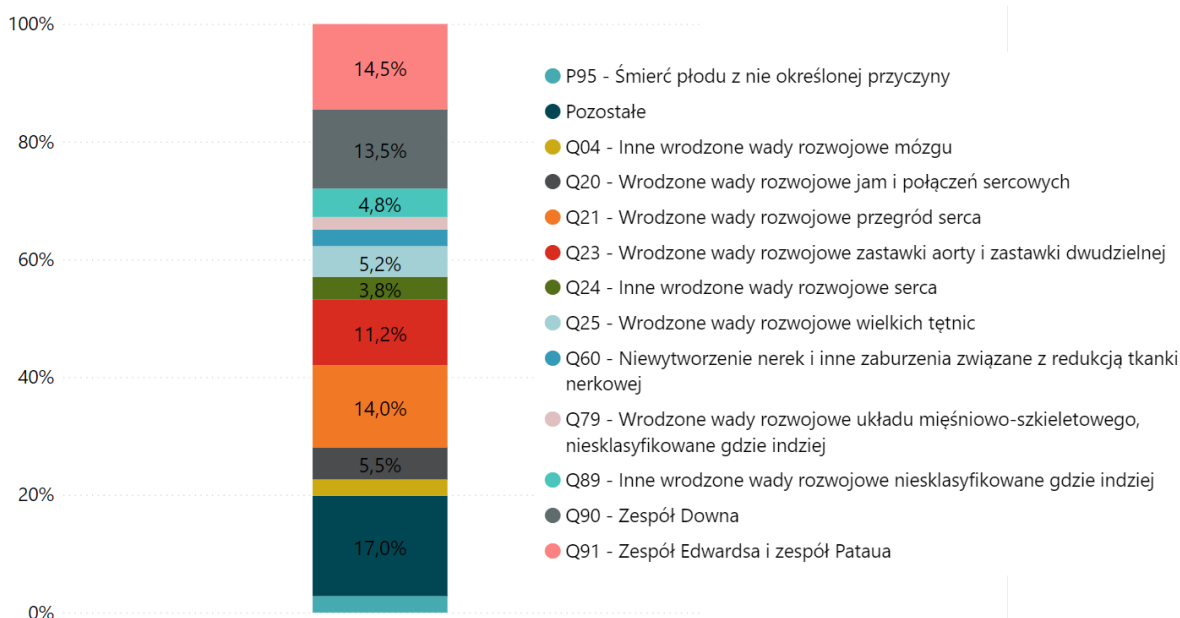


Rysunek 44. Struktura procedur medycznych w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 roku najczęściej rozpoznawano zespół Edwardsa i zespół Patau (Q91) oraz wrodzone wady rozwojowe przegrody serca (Q21), a także zespół Downa (Q90) (Rysunek 45).

Struktura głównych rozpoznań w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.



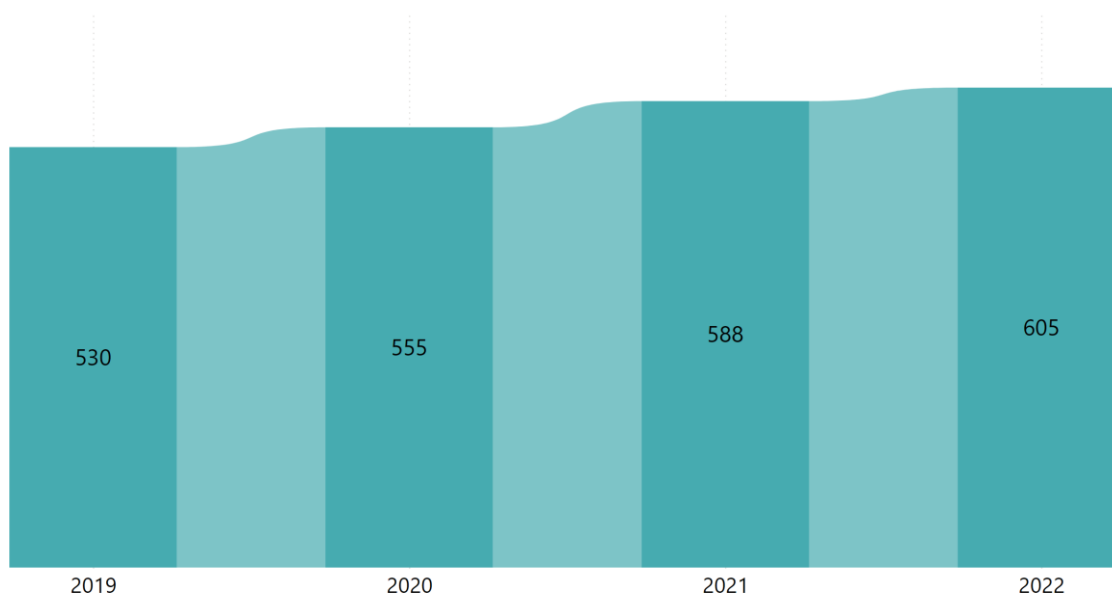
Rysunek 45. Struktura rozpoznań głównych w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

2.3.6. Liczba lekarzy

Na przestrzeni lat 2019–2022 obserwuje się stały wzrost liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej. W stosunku do roku 2019 liczba lekarzy tej specjalizacji zwiększyła się z 530 osób do 605, co stanowi wzrost o 14% (Rysunek 46).

Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej w latach 2019–2022



Rysunek 46. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej w latach 2019–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MZ

2.3.7. Liczba i wykorzystanie łóżek

W latach 2017–2022 obserwuje się wzrost liczby posiadanych łóżek w oddziałach opieki paliatywnej i hospicjach stacjonarnych. W 2022 roku w Polsce było średnio ponad 4,5 tys. łóżek w opiece paliatywnej, z czego 1,5 tys. w oddziałach opieki paliatywnej, 2,9 tys. w hospicjach stacjonarnych oraz 20 w hospicjach stacjonarnych dla dzieci. Warto zauważyć, że w stosunku do roku 2017 liczba łóżek w hospicjach stacjonarnych zwiększyła się o ponad 1,1 tys., co stanowi wzrost o 65%. W 2022 roku najwięcej łóżek dostępnych było w województwach: mazowieckim (524), małopolskim (522) oraz śląskim (509). Natomiast najmniej łóżek funkcjonowało w województwach: lubuskim (80), warmińsko-mazurskim (105) i opolskim (110) (Tabela 12).

Tabela 12 Liczba łóżek w oddziałach medycyny paliatywnej/ hospicjach stacjonarnych w poszczególnych województwach w latach 2017–2022

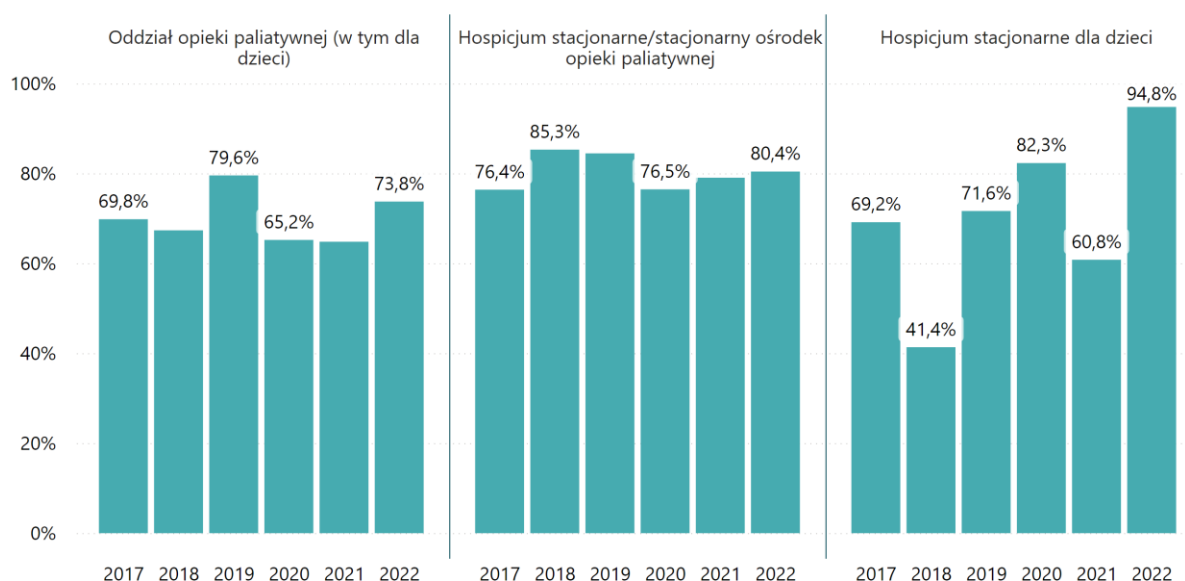
Województwo	Specjalności komórki i rok																		Razem					
	Oddział opieki paliatywnej (w tym dla dzieci)						Hospicjum stacjonarne/ stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej						Hospicjum stacjonarne dla dzieci											
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Dolnośląskie	133	145	145	140	164	164	158	173	188	189	189	215	–	–	–	–	–	–	291	318	333	329	353	379
Kujawsko-Pomorskie	111	112	113	142	105	113	52	52	52	72	110	115	–	–	–	–	–	–	163	164	165	214	215	228
Lubelskie	87	52	52	52	72	126	80	108	107	75	111	146	–	–	–	21	20	–	167	160	159	148	203	272
Lubuskie	18	18	18	18	18	18	53	57	57	62	62	62	–	–	–	–	–	–	71	75	75	80	80	80
Łódzkie	111	111	111	111	120	125	–	21	34	29	40	131	11	–	11	11	–	–	122	132	156	151	160	256
Małopolskie	186	161	174	137	157	182	222	253	258	274	299	340	–	–	–	–	–	–	408	414	432	411	456	522
Mazowieckie	52	83	83	83	88	78	290	303	294	308	320	446	–	–	12	–	16	–	342	386	389	391	424	524
Opolskie	26	29	14	14	34	34	35	52	82	78	83	76	–	–	–	–	–	–	61	81	96	92	117	110
Podkarpackie	101	101	71	71	71	71	167	236	293	284	280	292	35	–	–	–	–	–	303	337	364	355	351	363
Podlaskie	16	20	19	9	19	39	115	27	31	36	36	113	–	–	–	–	–	–	131	47	50	45	55	152
Pomorskie	9	8	9	8	9	9	191	178	200	177	205	243	10	25	9	9	9	11	210	211	218	194	223	263
Śląskie	233	139	201	206	201	240	126	221	237	237	244	260	7	9	9	9	9	9	366	369	447	452	454	509
Świętokrzyskie	80	53	53	55	53	53	112	150	150	149	182	198	–	–	–	–	–	–	192	203	203	204	235	251
Warmińsko-Mazurskie	36	35	30	34	36	36	57	56	61	58	55	69	–	–	–	–	8	–	93	91	91	92	99	105
Wielkopolskie	211	240	205	229	212	260	60	41	104	75	76	89	–	–	5	–	–	–	271	281	314	304	288	349
Zachodniopomorskie	6	5	6	5	12	18	53	90	124	125	128	132	–	–	–	–	–	–	59	95	130	130	140	150
Polska	1 416	1 312	1 304	1 314	1 371	1 566	1 771	2 018	2 272	2 228	2 420	2 927	63	34	46	50	62	20	3 250	3 364	3 622	3 592	3 853	4 513

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MZ

Na poniższym rysunku przedstawiono szczegółowe informacje na temat wykorzystania łóżek w oddziałach opieki paliatywnej, w hospicjach stacjonarnych/ stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej oraz w hospicjach stacjonarnych dla dzieci.

Na przestrzeni lat 2017–2022 nastąpiły wahania wykorzystania łóżek we wszystkich analizowanych komórkach. W omawianych latach największe obłożenie łóżek odnotowano w hospicjach stacjonarnych – wahało się ono od 76,4% do 85,3%. Obłożenie na oddziałach opieki paliatywnej było niższe i wynosiło od 64,8% do 79,6%. Natomiast wykorzystanie łóżek w hospicjach stacjonarnych dla dzieci wahało się od 41,4% do 94,8% (Rysunek 47).

Obłożenie łóżek w oddziałach medycyny paliatywnej/ hospicjach stacjonarnych w latach 2017-2022



Rysunek 47. Obłożenie łóżek w poszczególnych oddziałach w latach 2017–2022.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MZ

2.3.8. Kolejki oczekujących

Czas oczekiwania na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest monitorowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Szczegółowe informacje o liczbie osób oczekujących na świadczenia oraz średnim czasie oczekiwania na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego, hospicjum domowego, hospicjum domowego dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej, w podziale na województwa prezentuje tabela poniżej.

Tabela 13 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego, hospicjum domowego, hospicjum domowego dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej według stanu na dzień 31.10.2023 r.

Zakres	Oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne				Hospicjum domowe				Hospicjum domowe dla dzieci				Poradnia medycyny paliatywnej			
Kategoria medyczna	Przypadek pilny		Przypadek stabilny		Przypadek pilny		Przypadek stabilny		Przypadek pilny		Przypadek stabilny		Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
Województwo	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania [w dniach]	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania [w dniach]	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania [w dniach]	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania [w dniach]	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania [w dniach]	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania [w dniach]	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania [w dniach]	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania [w dniach]
Dolnośląskie	11	13	357	18	104	6	142	7	0	0	1	0	4	0	12	1
Kujawsko-Pomorskie	0	1	12	1	0	0	17	2	0	0	5	18	0	0	0	0
Lubelskie	0	0	19	1	5	0	38	4	0	0	0	0	0	1	4	10
Lubuskie	0	1	2	1	10	1	61	9	0	0	0	0	0	1	0	4
Łódzkie	11	1	6	1	214	3	513	8	0	0	0	1	0	1	0	1
Małopolskie	13	2	82	5	47	4	320	13	0	0	4	1	1	1	26	2
Mazowieckie	190	2	199	3	41	1	126	7	0	0	0	0	0	0	4	1
Opolskie	2	0	15	6	0	0	18	5	0	0	0	0	0	0	0	0
Podkarpackie	0	0	28	1	8	2	53	6	0	0	3	20	0	0	0	3
Podlaskie	4	0	3	0	30	3	8	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Pomorskie	2	0	87	5	18	2	191	6	0	0	0	0	0	0	0	0
Śląskie	8	1	189	10	39	2	236	9	0	0	0	0	1	1	55	5
Świętokrzyskie	0	0	8	1	5	0	239	15	0	0	5	0	0	1	2	1
Warmińsko-Mazurskie	0	2	4	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Wielkopolskie	0	0	17	4	81	5	200	10	1	7	8	6	0	1	5	2
Zachodniopomorskie	6	1	14	3	67	10	190	27	0	0	4	2	3	1	16	6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

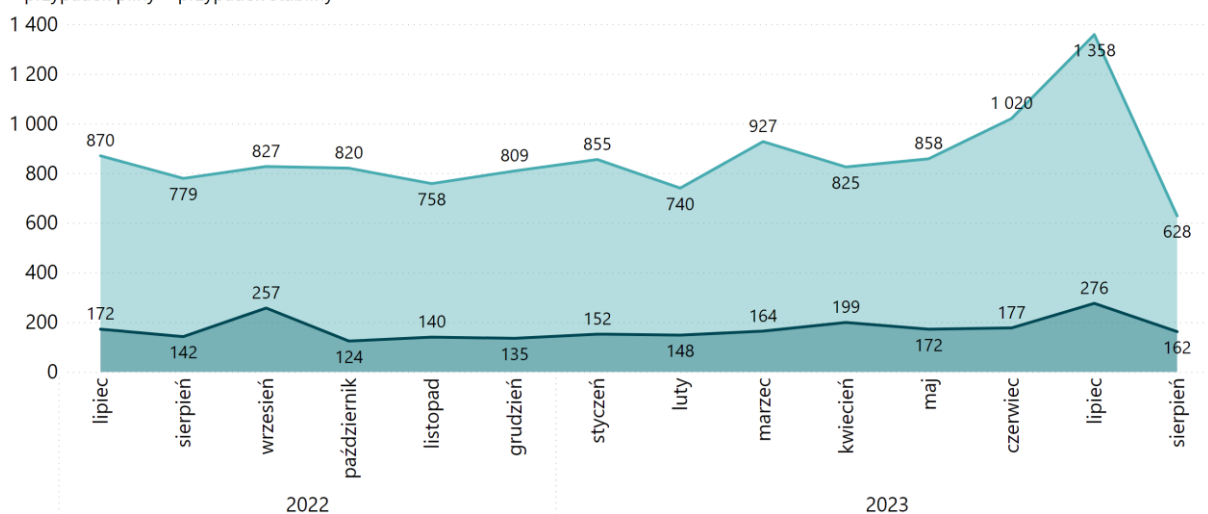
W celu poszerzenia analizy podaży świadczeń, przeanalizowano zmiany liczby osób oczekujących na przyjęcie oraz średniego czasu oczekiwania w okresie lipiec 2022 – sierpień 2023 roku.

Liczba osób oczekujących na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego wahała się w analizowanym czasie, zarówno w przypadkach pilnych jak i stabilnych. W przypadkach stabilnych, największą liczbę osób oczekujących odnotowano w lipcu 2023 roku i wyniosła 1 358 osób, natomiast w przypadkach pilnych największą liczbę (276) odnotowano w lipcu 2023 r. (Rysunek 48).

Liczba osób oczekujących na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego

Dane za okres lipiec 2022 - sierpień 2023 r.

● przypadek pilny ● przypadek stabilny



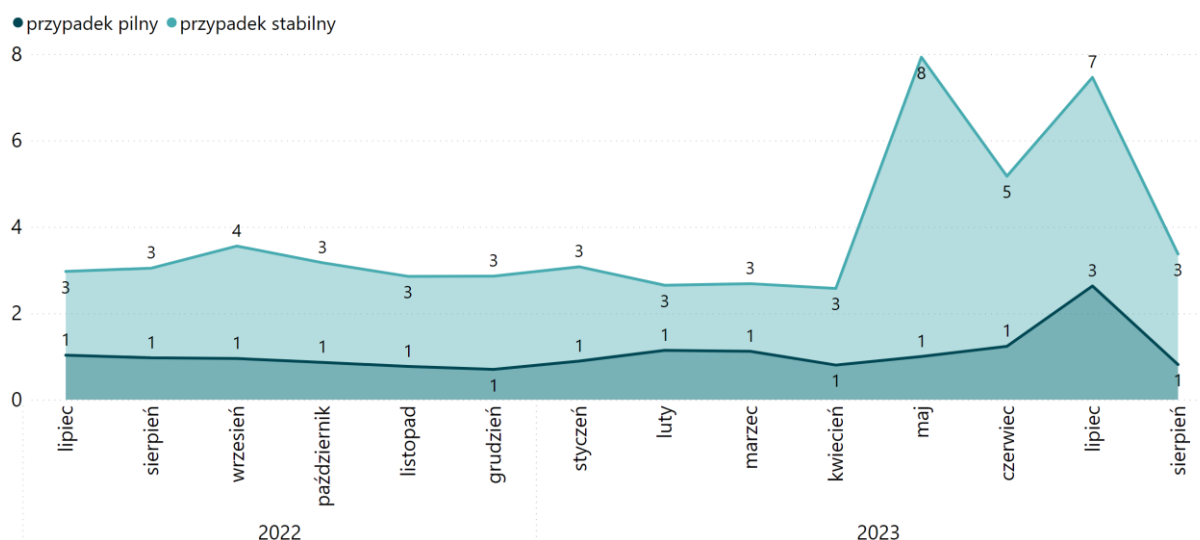
Rysunek 48. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego w okresie od lipca 2022 r. do kwietnia 2023 r. utrzymywał się na stałym poziomie 3 dni, a następnie wzrósł do 5-8 dni. Natomiast w przypadkach pilnych w analizowanym okresie, czas oczekiwania wynosił od 1 do 3 dni (Rysunek 49).

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego

Dane za okres lipiec 2022 – sierpień 2023 r.



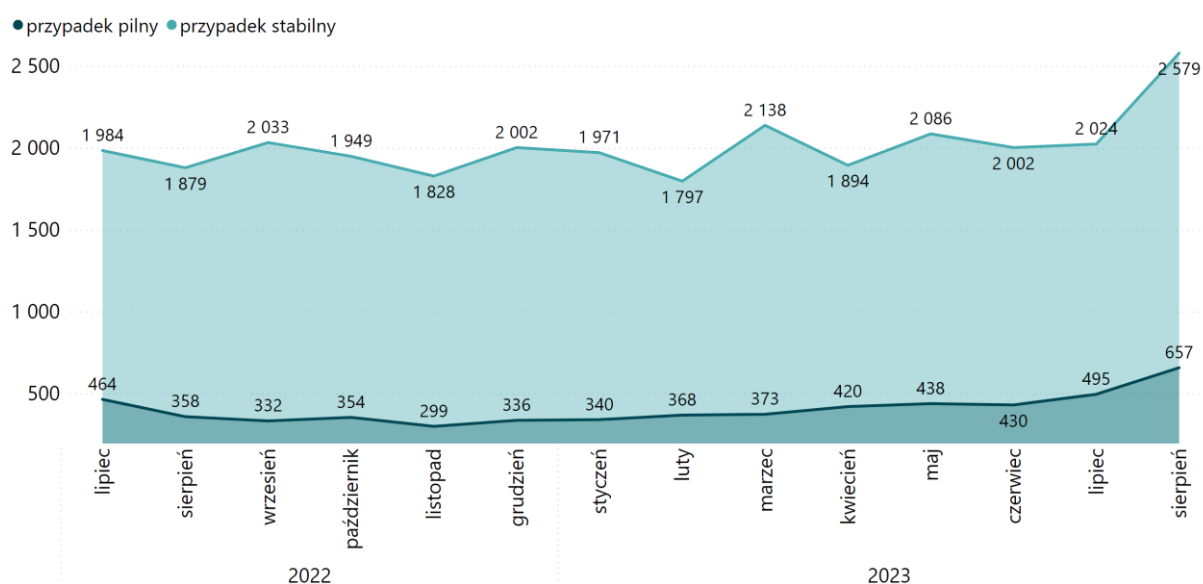
Rysunek 49. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W okresie od lipca 2022 r. do sierpnia 2023 r. liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego wahała się od 1,7 tys. do 2,6 tys. w przypadkach stabilnych. Natomiast w przypadkach pilnych liczba oczekujących rośnie od listopada 2022 r., z 299 do 657 osób w sierpniu 2023 r. (Rysunek 50).

Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego

Dane za okres lipiec 2022 – sierpień 2023 r.



Rysunek 50. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

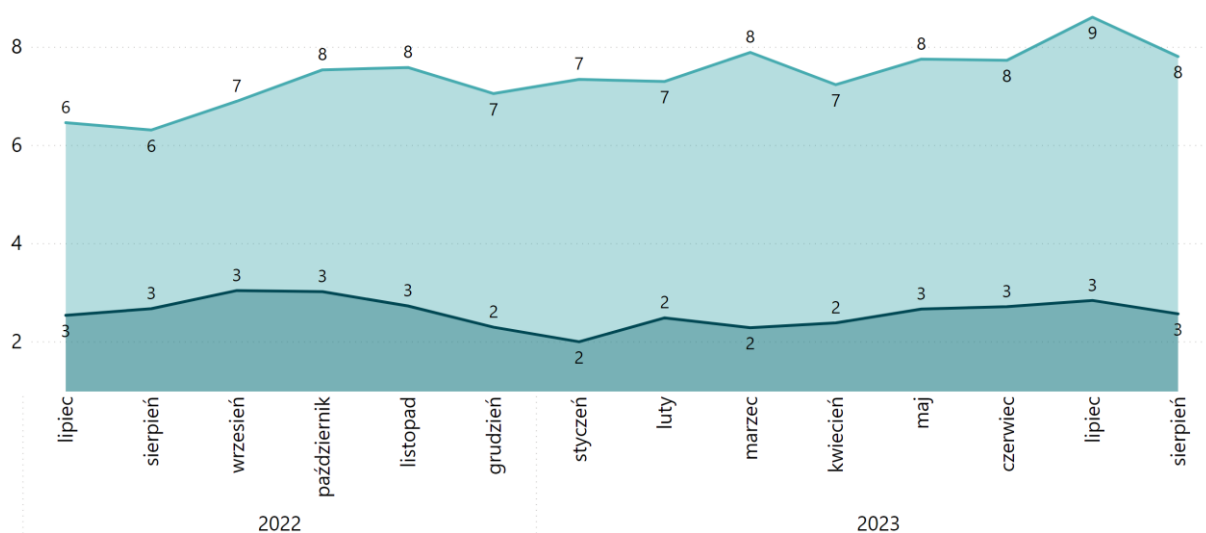
Zarówno w przypadkach pilnych jak i stabilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego w okresie lipiec 2022 – sierpień 2023 roku utrzymywał się na stałym poziomie.

W przypadkach stabilnych oczekiwano 6-9 dni, a w przypadkach pilnych 2-3 dni (Rysunek 51).

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego [w dniach]

Dane za okres lipiec 2022 - sierpień 2023 r.

● przypadek pilny ● przypadek stabilny



Rysunek 51. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.

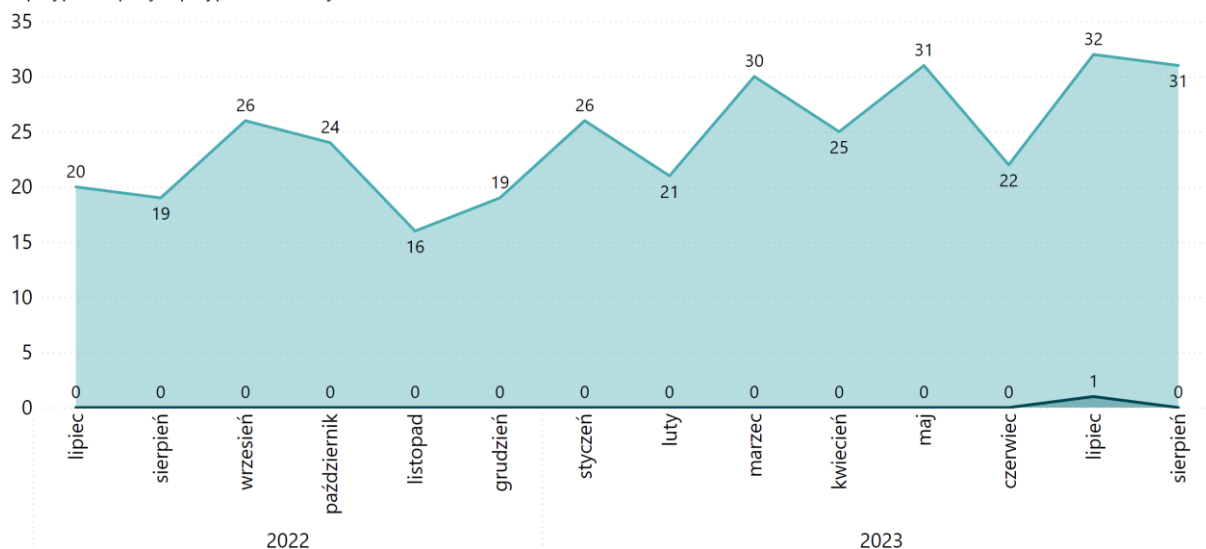
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci w okresie lipiec 2022 – sierpień 2023 roku wahała się między 16 a 32 w przypadkach stabilnych. W przypadkach pilnych nie odnotowano kolejek oczekujących (Rysunek 52).

Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci

Dane za okres lipiec 2022 - sierpień 2023 r.

● przypadek pilny ● przypadek stabilny



Rysunek 52. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.

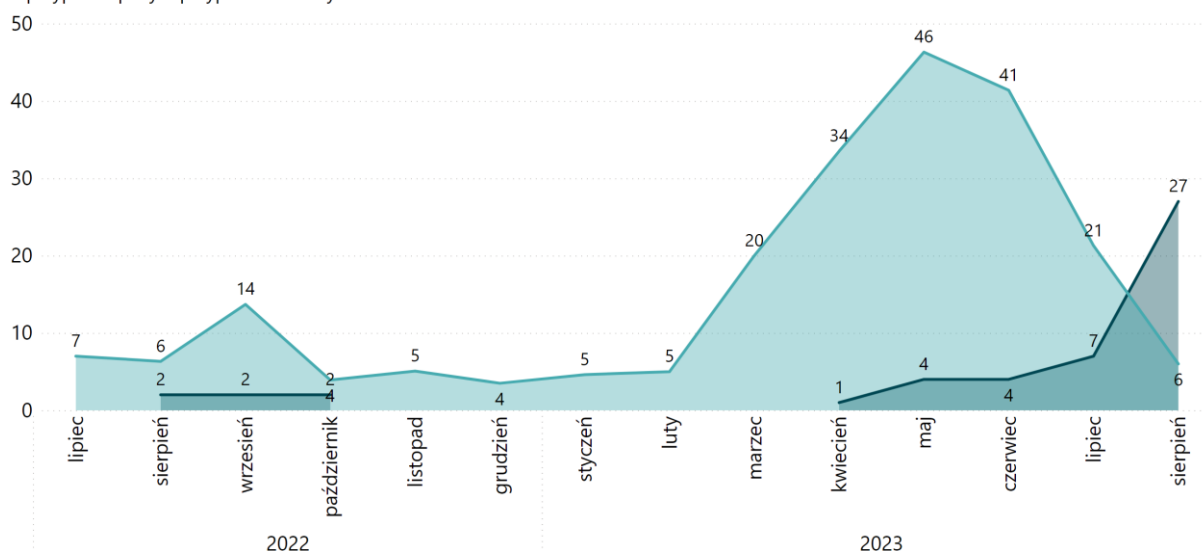
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci wahał się w przypadkach stabilnych od 4 do 46 dni. W okresie marzec–lipiec 2023 roku obserwuje się znaczne wydłużenie czasu oczekiwania na przyjęcie do hospicjum. Natomiast w przypadkach pilnych w poszczególnych miesiącach nie zarejestrowano oczekiwania na przyjęcie, a od kwietnia 2023 r. czas ten się wydłużył, osiągając w sierpniu 2023 r. 27 dni (Rysunek 53).

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci

Dane za okres lipiec 2022 – sierpień 2023 r.

● przypadek pilny ● przypadek stabilny



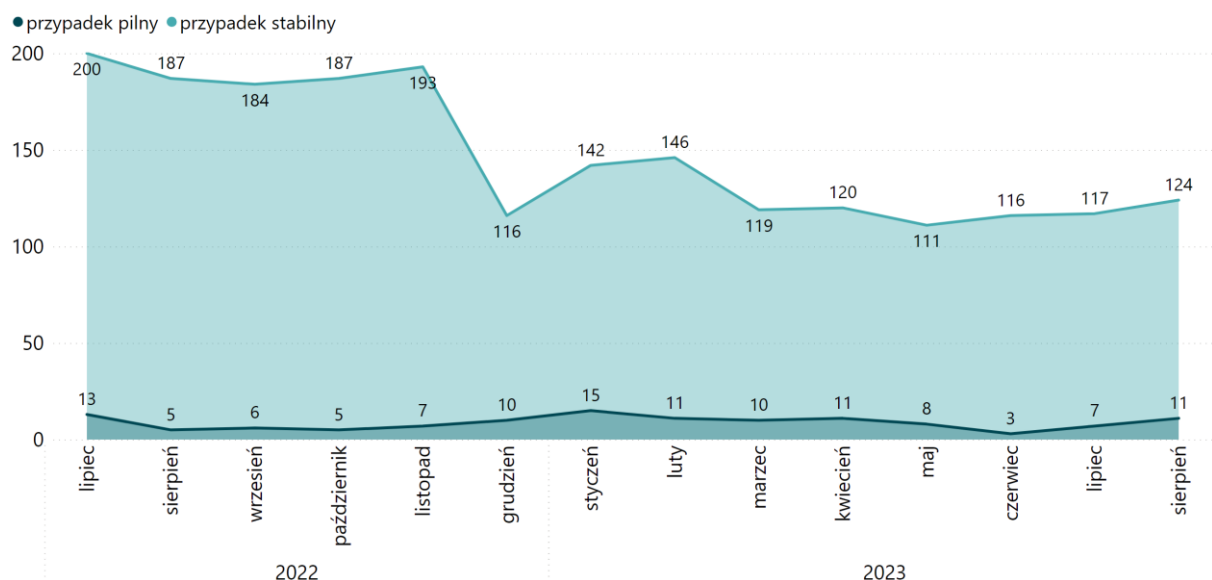
Rysunek 53. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W analizowanym okresie liczba osób w kolejce do poradni medycyny paliatywnej w przypadkach stabilnych malała. W lipcu 2022 r. oczekiwało 200 osób, a w sierpniu 2023 r. – 124. Natomiast w przypadkach pilnych liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni wahała się od 5 do 15 osób (Rysunek 54).

Liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej

Dane za okres lipiec 2022 – sierpień 2023 r.



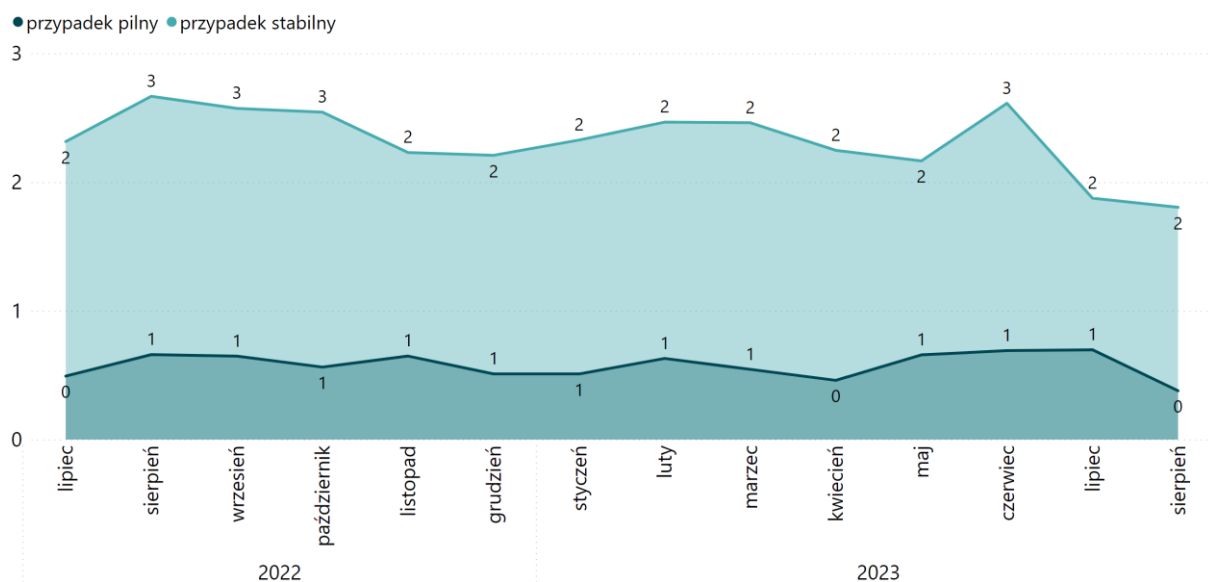
Rysunek 54. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej utrzymał się na stałym poziomie 2–3 dni. Natomiast średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych wyniósł 0–1 dzień (Rysunek 55).

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej

Dane za okres lipiec 2022 – sierpień 2023 r.



Rysunek 55. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ

2.4.Stan finansowania w innych krajach

W celu porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami w innych krajach przeszukiwano strony internetowe podmiotów zajmujących się oceną technologii medycznych oraz taryfikacją świadczeń.

Informacje dotyczące wyceny świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej odnaleziono dla następujących krajów: Anglii, Francji oraz Niemiec. Koszty i ceny podane w innych walutach zostały przeliczone na polski złoty, zgodnie z aktualnymi kursami walut, opublikowanymi w serwisie internetowym Narodowego Banku Polskiego.

Dodatkowo w analizie zostały przedstawione informacje dotyczące parytetu siły nabywczej (ang. *Purchasing Power Parities*).¹

Należy zaznaczyć, że wnioskowanie na podstawie odnalezionych taryf wiąże się z pewnymi ograniczeniami. Ze względu na różnice w systemach ubezpieczeń zdrowotnych to samo świadczenie może być zdefiniowane i finansowane zupełnie inaczej w poszczególnych krajach (np.: DRG, FFS, osobodzień itd.). Także klasyfikacja jednorodnych grup pacjentów: cechy pacjentów, czas hospitalizacji oraz rodzaj leczenia, które są uwzględnione przez klasyfikację DRG mogą być zróżnicowane pomiędzy krajami.

Z uwagi na powyższe, a także na trudności w dotarciu do dokładnych informacji o ujętych w taryfie kosztach, niemożliwe jest jednoznaczne porównanie refundacji analizowanych procedur w Polsce i za granicą. Jeżeli nie zaznaczono inaczej, w zestawieniu ujęto koszty finansowania produktów rozliczeniowych podobnych do polskich (na podstawie nazwy grupy), wynikające bezpośrednio z katalogów świadczeń, bez uwzględnienia dodatkowych innych opłat, np. ponoszonych przez pacjenta, czy też naliczanych przez szpitale na podstawie obowiązujących w danym kraju przepisów prawa.

Poniżej opisano informacje dotyczące wyceny świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych krajach w latach 2020–2023. Natomiast szczegółowe zestawienie przedstawiono w załączniku 2.

2.4.1.Anglia

W angielskim systemie zidentyfikowano 10 grup służących do rozliczania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej. Jednakże są to grupy HRG bez ustalonej taryfy krajowej. W angielskim katalogu występuje zróżnicowanie świadczeń ze względu na wiek pacjenta oraz długość pobytu. Nie zidentyfikowano grup służących rozliczaniu świadczeń udzielanych pacjentom wymagającym leczenia żywieniowego w warunkach stacjonarnych. Nie obserwuje się również zróżnicowania świadczeń ze względu na miejsce ich udzielania (Tabela 14).

¹ PPP służy do przeliczania walut w taki sposób, by wyeliminować różnice w poziomie cen pomiędzy krajami oraz pozwala ustalić rzeczywistą siłę nabywczą danej waluty.

Parytety PPP są średnimi ważonymi relacji cen, ustalonymi dla krajów OECD. W bazie danych OECD te relacje cenowe są przekształcane w taki sposób, by wyrażały siłę nabywczą poszczególnych krajów, tj., aby dana suma pieniędzy w dolarach USA po zamianie na różne waluty w jednostkach parytetu siły nabywczej tworzyła ten sam koszyk dóbr i usług.

W literaturze przedmiotu parytet siły nabywczej (PPP) może być definiowany przy pomocy kilku wskaźników. Dla celów porównawczych wykorzystano wskaźnik CPL (ang. *Comparative Price Levels*) - względny poziom cen. Wskaźnik ten (CPL) wyraża siłę nabywczą danego kraju w odniesieniu do średniej dla krajów OECD (OECD=100).

Tabela 14 Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w Anglii

Kod HRG	HRG - nazwa
SD01A	Specjalistyczna opieka paliatywna w warunkach stacjonarnych, 19 lat i więcej (ang. <i>Inpatient Specialist Palliative Care, 19 years and over</i>)
SD01B	Specjalistyczna opieka paliatywna w warunkach stacjonarnych, 18 lat i mniej (ang. <i>Inpatient Specialist Palliative Care, 18 years and under</i>)
SD02A	Specjalistyczna opieka paliatywna w warunkach stacjonarnych, pobyt jednodniowy, 19 lat i więcej (ang. <i>Inpatient Specialist Palliative Care, Same Day, 19 years and over</i>)
SD02B	Specjalistyczna opieka paliatywna w warunkach stacjonarnych, pobyt jednodniowy, 18 lat i mniej (ang. <i>Inpatient Specialist Palliative Care, Same Day, 18 years and under</i>)
SD03A	Szpitalny zespół opieki paliatywnej, 19 lat i więcej (ang. <i>Hospital Specialist Palliative Care Support, 19 years and over</i>)
SD03B	Szpitalny zespół opieki paliatywnej, 18 lat i mniej (ang. <i>Hospital Specialist Palliative Care Support, 18 years and under</i>)
SD04A	Medyczna opieka wspierająca, 19 lat i więcej (ang. <i>Medical Specialist Palliative Care Attendance, 19 years and over</i>)
SD04B	Medyczna opieka wspierająca, 18 lat i mniej (ang. <i>Medical Specialist Palliative Care Attendance, 18 years and under</i>)
SD05A	Niemedyczna opieka wspierająca, 19 lat i więcej (ang. <i>Non-Medical Specialist Palliative Care Attendance, 19 years and over</i>)
SD05B	Niemedyczna opieka wspierająca, 18 lat i mniej (ang. <i>Non-Medical Specialist Palliative Care Attendance, 18 years and under</i>)

Źródło: opracowanie własne na podstawie *National tariff workbook*

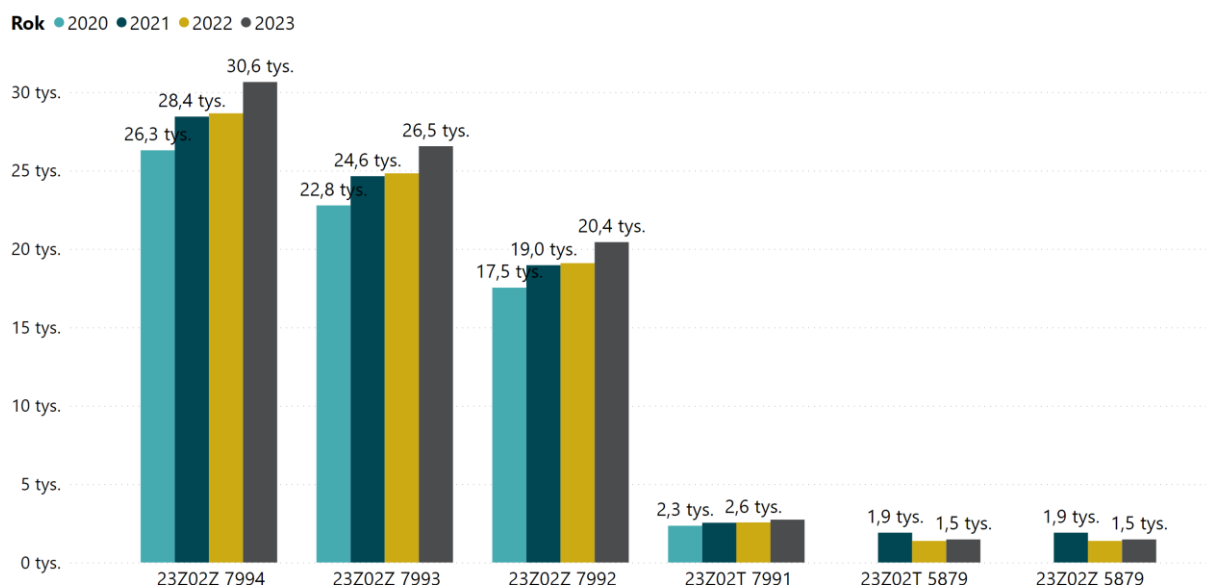
2.4.2. Francja

We francuskim systemie opieki zdrowotnej poziom finansowania świadczeń różni się w zależności od tego, czy jest to instytucja publiczna (lub niekomercyjny podmiot prywatny), czy prywatna instytucja nastawiona na zysk. Wycena świadczeń medycznych w szpitalach publicznych oparta jest na wszystkich kategoriach kosztów, natomiast w szpitalach prywatnych nie uwzględnia się w niej kosztów pracy lekarzy i części kosztów wyposażenia szpitali, które są rozliczane w innym systemie. Poza tym różnice cenowe między sektorami wynikają również z innych kosztów historycznych (Kludacz, 2014). W związku z powyższym porównania sposobu i poziomu finansowania taryfikowanych świadczeń z ich odpowiednikami we Francji dokonano na podstawie wycen dotyczących sektora publicznego.

Zidentyfikowano 6 grup GHS (fr. *Groupe Homogène de Séjours*) w ramach 2 grup GHM (fr. *Groupes Homogène de Malades*) służących rozliczaniu świadczeń z zakresu opieki paliatywnej. Wartość taryf grup GHS różni się ze względu na miejsce udzielania świadczeń (oddział medycyny paliatywnej, łóżko w innym oddziale przeznaczone dla pacjentów leczonych paliatywnie, pozostałe przypadki – taryfa bazowa). Pobyt pacjenta na oddziale medycyny paliatywnej (GHS 7994) jest o 50% wyższy od wartości taryfy bazowej (GHS 7992), a pobyt pacjenta w łóżku przeznaczonym dla pacjentów leczonych paliatywnie (GHS 7993) jest wyższy o 30%. Ponadto wyodrębniono grupy dla pobytów 0 dniowych (GHM 23Z02T).

Na poniższym rysunku przedstawiono wycenę świadczeń dotyczących opieki paliatywnej we Francji w latach 2020–2023. W analizowanych latach zaobserwowano wzrost wartości taryf poza taryfą grupy GHS 5879, która zmalała o 28% w 2022 roku. Największy wzrost wartości wszystkich taryf nastąpił w 2023 roku, o 7%. Najwyżej wyceniona jest grupa GHS 7994 *Opieka paliatywna z zabiegiem lub bez* (30 642 zł).

W załączniku nr 2 znajduje się szczegółowe zestawienie grup GHM i GHS.

Wycena grup dedykowanych opiece paliatywnej we Francji w latach 2020-2023.

23Z02Z 7994 - Opieka paliatywna z zabiegiem lub bez, 23Z02Z 7993 - Opieka paliatywna z zabiegiem lub bez, 23Z02Z 7992 - Opieka paliatywna z zabiegiem lub bez, 23Z02T 7991 - Opieka paliatywna z zabiegiem lub bez, bardzo krótki czas trwania opieki, 23Z02T 5879 - Opieka paliatywna z zabiegiem lub bez, bardzo krótki czas trwania opieki, 23Z02T 5879 - Opieka paliatywna z zabiegiem lub bez.

Rysunek 56. Wycena grup dotyczących opieki paliatywnej we Francji (zł), w latach 2020–2023.

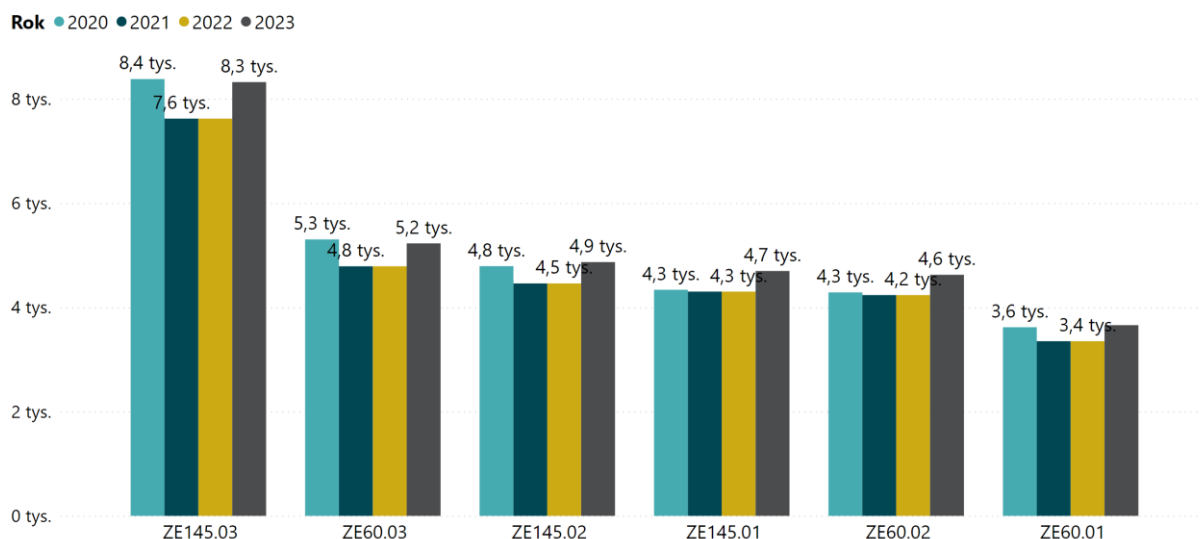
Źródło: opracowanie własne na podstawie Groupes Homogène de Malades 2020–2023

2.4.3. Niemcy

W niemieckim systemie zidentyfikowano 8 grup, z katalogu opłat dodatkowych, służących do rozliczania analizowanych świadczeń, przy czym 2 grupy nie mają ustalonej opłaty krajowej i są negocjowane indywidualnie przez szpitale. Szpitale otrzymują dodatkową opłatę oprócz stawki ryczałtowej za leczenie (grupy aG-DRG). Analizowane grupy dedykowane są zarówno osobom dorosłym jak i dzieciom.

Na poniższym rysunku przedstawiono wysokości opłat dodatkowych związanych z udzielaniem świadczeń z zakresu opieki paliatywnej w Niemczech, w latach 2020–2023. Po spadku wartości opłat dodatkowych w 2021 roku nastąpił ich wzrost o 9% w 2023 roku. Największa dopłata przysługuje za *Specjalistyczne, stacjonarne, kompleksowe leczenie paliatywne przez co najmniej 21 dni* (ZE145.03, 8 321 zł).

Wycena grup dedykowanych opiece paliatywnej w Niemczech w latach 2020-2023.



ZE60.01 - Kompleksowe leczenie paliatywne, co najmniej 7 do maksymalnie 13 dni leczenia, ZE60.02 - Kompleksowe leczenie paliatywne, co najmniej 14 do maksymalnie 20 dni leczenia, ZE60.03 - Kompleksowe leczenie paliatywne; co najmniej 21 dni leczenia, ZE145.01 - Specjalistyczne stacjonarne kompleksowe leczenie paliatywne; co najmniej 7 do maksymalnie 13 dni leczenia, ZE145.02 - Specjalistyczne stacjonarne kompleksowe leczenie paliatywne; co najmniej 14 do maksymalnie 20 dni leczenia, ZE145.03 - Specjalistyczne stacjonarne kompleksowe leczenie paliatywne; co najmniej 21 dni leczenia

Rysunek 57. Wycena grup dotyczących opieki paliatywnej w Niemczech (zł), w latach 2020–2023.

Źródło: opracowanie własne na podstawie Fallpauschalen-Katalog 2020–2023

W poniższej tabeli przedstawiono wycenę świadczeń ambulatoryjnych udzielanych przez lekarzy, dotyczących opieki paliatywnej, finansowanych z ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego, uzgadnianego z regionalnymi stowarzyszeniami zakładów ubezpieczeń zdrowotnych, regulowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Ustawowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (KBV, niem. *Kassenärztlichen Bundesvereinigung*).

Tabela 15 Wycena świadczeń finansowanych z ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących opieki paliatywnej regulowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Ustawowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (KBV) w Niemczech w 2023 roku

Kod i nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Wycena [zł]
01425 Pierwsze skierowanie na specjalistyczną ambulatoryjną opiekę paliatywną (niem. <i>Erstverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</i>)	253	131
01426 Kolejne skierowanie w celu kontynuacji specjalistycznej ambulatoryjnej opieki paliatywnej (niem. <i>Folgeverordnung zur Fortführung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung</i>)	152	79
03370 Wstępna ocena stanu pacjenta, włącznie z planem leczenia, w medycynie paliatywnej (niem. <i>Palliativmedizinische Ersterhebung des Patientenstatus inkl. Behandlungsplan</i>)	341	177
03371 Dopłata do ryczałtu ubezpieczonego za opiekę paliatywną nad pacjentem w praktyce lekarskiej (niem. <i>Zuschlag zu der Versichertenpauschale 03000 für die palliativmedizinische Betreuung des Patienten in der Arztpraxis</i>)	159	82
03372 Dopłata do pozycji z wykazu opłat 01410 lub 01413 za opiekę paliatywną w domu (niem. <i>Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01410 oder 01413 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit</i>)	124	64

Kod i nazwa świadczenia	Wartość punktowa	Wycena [zł]
01410 Wizyta u pacjenta (niem. <i>Besuch eines Kranken</i>)	212	110
01413 Wizyta u innej osoby chorej w tej samej społeczności (niem. <i>Besuch eines weiteren Kranken</i>)	106	55
03373 Dopłata do pozycji w wykazie opłat 01411, 01412 lub 01415 za opiekę paliatywną w domu (niem. <i>Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 01411, 01412 oder 01415 für die palliativmedizinische Betreuung in der Häuslichkeit</i>)	124	64
01411 Nagła wizyta I (niem. <i>Dringender Besuch I</i>)	469	243
01412 Nagła wizyta II (niem. <i>Dringender Besuch II</i>)	626	324
01415 Pilna wizyta u pacjenta w domach opieki lub placówkach ochronnych, domach opieki lub domach spokojnej starości z personelem pielęgniarstwowym (niem. <i>Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal</i>)	546	283

Źródło: opracowanie własne na podstawie *Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)*

2.5. Cenniki komercyjne

W celach porównawczych zebrano informacje o cenach komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanym świadczeniom. Ze względu na specyfikę świadczeń i sposób finansowania odnaleziono tylko 1 cennik komercyjny zamieszczony na stronie internetowej świadczeniodawcy uwzględniający koszt za osobodzień pobytu w hospicjum stacjonarnym i domowej opiece paliatywnej. Zdecydowana większość świadczeniodawców nie pobiera opłat za świadczone usługi w zakresie opieki paliatywnej lub hospicyjnej, finansując swoją działalność ze środków pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia bądź prywatnych darczyńców.

Dodatkowo znaleziono 3 cenniki komercyjne obejmujące świadczenia w poradni medycyny paliatywnej.

Ograniczenia opisywanych analiz to:

- ograniczona dostępność cenników komercyjnych,
- brak informacji o składowych ceny świadczenia i w konsekwencji brak możliwości jednoznacznego potwierdzenia jej kompletności.

Ze względu na powyższe ograniczenia nie przeprowadzono analizy porównawczej cenników komercyjnych z aktualną wartością katalogową analizowanych świadczeń, a przytoczone niżej cenniki potraktowano tylko informacyjnie.

Tabela 16 Zestawienie cen komercyjnych

Nazwa świadczenia	Liczba obserwacji	Średnia cena [zł]
Hospicjum domowe - wyjazd lekarza	1	140,00
Hospicjum domowe - wyjazd lekarza i pielęgniarzki	1	220,00
Hospicjum domowe - wyjazd pielęgniarzki	1	90,00
Osobodzień pobytu w hospicjum stacjonarnym	1	366,00
Osobodzień pobytu w hospicjum stacjonarnym z żywieniem dojelitowym	1	450,00
Osobodzień pobytu w hospicjum stacjonarnym z żywieniem pozajelitowym	1	588,00
Osobodzień zespołu domowej opieki paliatywnej	1	60,00

Nazwa świadczenia	Liczba obserwacji	Średnia cena [zł]
Osobodzień zespołu domowej opieki paliatywnej nad dziećmi	1	96,00
Poradnia medycyny paliatywnej - porada lekarska	3	153,33
Poradnia medycyny paliatywnej - porada lekarska wizyta domowa	1	170,00
Poradnia medycyny paliatywnej - porada pielęgniarska	1	150,00

Źródło: opracowanie własne

2.6. Uwagi do świadczenia

Do czasu sporządzenia niniejszego raportu do Agencji wpłynęły 4 uwagi środowiska. Dwa stanowiska od Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej (PTPOP) oraz dwie uwagi od świadczeniodawców.

Uwagi PTPOP dotyczą kwalifikacji personelu pielęgniarskiego zatrudnianego w specjalistycznej opiece paliatywnej oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach całodobowej dostępności w specjalistycznej domowej opiece paliatywnej. PTPOP uznaje za konieczne określenie szczegółowych wymagań dotyczących kwalifikacji zawodowych na stanowiskach pielęgniarskich dla poszczególnych zakresów świadczeń. Jako podstawowy wymóg Towarzystwo zaleca, aby w podmiotach leczniczych realizujących specjalistyczne świadczenia z zakresu opieki paliatywnej, wszystkie pielęgniarki, w ciągu jednego roku od zatrudnienia ukończyły, co najmniej kurs specjalistyczny „Podstawy Opieki Paliatywnej” jako najniższy poziom kształcenia podyplomowego pozwalający na uzyskanie kompetencji koniecznych do realizacji specjalistycznej opieki paliatywnej (dotyczy osób zatrudnionych w jednostkach realizujących opiekę dla dorosłych).

Według Polskiego Towarzystwa Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, w obowiązującym rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2022 poz. 262) nie określono szczegółowego sposobu realizacji i wymagań personelu do zapewnienia całodobowego dostępu, przez siedem dni w tygodniu, do świadczeń lekarza i pielęgniarki opieki paliatywnej, pacjentom w warunkach domowych oraz niewystarczającego finansowania. PTPOP postuluje doprecyzowanie zakresu realizacji tej formy opieki paliatywnej i wskazuje na możliwość realizowania całodobowej dostępności do specjalistycznych świadczeń domowej opieki paliatywnej (HD/ZDOP) przez pielęgniarki wyłącznie posiadające specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej z możliwością kontaktu telefonicznego z lekarzem opieki paliatywnej.

PTPOP stoi na stanowisku, że spełnienie wymogu całodobowej dostępności do świadczeń zdrowotnych może być realizowane w warunkach domowych samodzielnie przez pielęgniarki wyłącznie specjalistów w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, ponieważ posiadają wiedzę, umiejętności i kompetencje kliniczne, nabyte w toku kształcenia podyplomowego w tym zakresie, co gwarantuje wysoką jakość, dostępność i szybkość realizacji świadczeń opieki paliatywnej. Spełnienie wymogu całodobowej dostępności powinno uwzględniać bezpieczne warunki pracy, w tym dojazd do pacjenta na wizytę oraz wykorzystanie systemów teleinformatycznych lub systemów łączności umożliwiające kontakt z lekarzem opieki paliatywnej.

W opinii świadczeniodawców największym problemem w opiece paliatywnej i hospicyjnej jest zbyt niska wycena świadczeń, a co za tym idzie ograniczone możliwości odpowiedniego wynagradzania personelu. Praca jest bardzo trudna, gdzie frustrujący i nieprzewidywalny jest już sam dojazd do

pacjenta. Pacjent i jego rodzina wymagają, oprócz wykonywania trudnych procedur medycznych, również poświęcenia dużej ilości czasu na edukację i wsparcie, zwłaszcza w okresie umierania. Personel wymaga ciągłego doskazywania i podnoszenia swoich kompetencji. Kontrakty, które świadczeniodawcy zawierają z Narodowym Funduszem Zdrowia, to niejednokrotnie okres kilkuletni a wycena świadczeń w trakcie umowy nie ulega zmianie.

W związku ze zmianą w ostatnim czasie proporcji pacjentów nowotworowych i nienowotworowych, konieczna jest zmiana systemowa określająca wymogi dotyczące personelu medycznego, sprzętu i organizacji opieki w zależności od typu pacjenta oraz odpowiednia wycena świadczeń. Potrzeby pacjentów neurologicznych są wyższe z uwagi na wysoki koszt opatrunków i zwiększone zapotrzebowanie na rehabilitację oraz sprzęt medyczny.

Świadczeniodawcy zgłaszają konieczność analizy minimalnych potrzeb w zakresie dostępu do sprzętu medycznego zgodne z wymogami NFZ, w tym głównie koncentratorów tlenu. Wskazują na konieczność dostosowania katalogu wymaganych sprzętów do tych wykorzystywanych w praktyce, uwzględniające sprzęt niezbędny w opiece, który świadczeniodawcy wypożyczają wyłącznie w ramach dobrych praktyk.

Ważną kwestią dla świadczeniodawców jest opieka psychologiczna. Konsultacje psychologiczne w obecnych przepisach potraktowane są wariantowo podczas gdy opieka psychologiczna stanowi ważną część opieki paliatywno-hospicyjnej nie tylko dla pacjentów, ale również dla członków ich rodzin – wpływa to na niedoszacowanie kosztów opieki psychologicznej. Podobna sytuacja dotyczy fizjoterapii, która jest niedocenianą składową kompleksowej opieki nad pacjentem paliatywnym zarówno dorosłym jak i dzieckiem, w warunkach stacjonarnych i w domu. Fizjoterapeuci stanowią duże wsparcie psychologiczne dla pacjentów i ich rodzin. Podpowiadają rozwiązania, dobierają sprzęt pomocniczy, ortezy, edukują pacjentów i rodziny, a obecne wymogi mówiące o 1/4 etatu przeliczeniowego na 15 pacjentów to spore niedoszacowanie.

Ponadto, zgłoszone uwagi dotyczą również braku skoordynowania opieki paliatywnej z opieką długoterminową oraz pomocą społeczną. W konsekwencji pacjenci lub ich opiekunowie, aby skorzystać z opieki oferowanej przez państwo, muszą samodzielnie występować do kilku podmiotów – hospicjów, świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej i ośrodków pomocy społecznej.

W związku ze zwiększoną liczbą dzieci przedwcześnie urodzonych do opieki w hospicjach domowych kwalifikowane są dzieci coraz młodsze. Świadczeniodawcy zobowiązani są zatem zapewnić opiekę wyspecjalizowanych zespołów neonatologicznych oraz większą ilość procedur medycznych. Częstość wizyt u tego typu małych pacjentów jest zdecydowanie wyższa od średniej. Wskazane jest poszerzenie katalogu specjalistów udzielających świadczeń oraz wycena większej liczby wizyt lekarza, pielęgniarki i fizjoterapeuty niż aktualnie. Obecny wymóg 1/4 etatu przeliczeniowego na 15 pacjentów nie odpowiada realnym potrzebom pacjentów.

W przypadku hospicjum domowego dla dorosłych, największym obecnie problemem jest brak jasnych wytycznych dotyczących interpretacji częstości wykonywania wizyt w niepełnym tygodniu/miesiącu opieki nad pacjentem. Brak wytycznych w jakim przypadku NFZ uzna zasadność wykonania jednej, a kiedy dwóch wizyty pielęgniarskich w tygodniu/miesiącu opieki.

W związku z nowymi rozwiązaniami telemedycznymi świadczeniodawcy widzą duży potencjał i konieczność wdrożenia powstającego standardu interdyscyplinarnego w telemedycynie oraz dostosowania systemu medycznego do rozwiązań telemedycznych tj.: nowoczesne systemy

monitorowania bólu, mierzenia parametrów pacjenta na odległość (telemonitoring), telekonsultacje i teleporady, system elektronicznej rezerwacji sprzętu dla pacjentów, elektroniczna karta potwierdzeń wizyt.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

W celu ustalenia taryfy świadczeń będących przedmiotem niniejszego raportu przeprowadzono odrębne postępowanie (nr 69) służące pozyskaniu danych o kosztach realizacji świadczeń gwarantowanych z rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Postępowanie miało na celu pozyskanie danych od świadczeniodawców, którzy w 2022 r. udzielali świadczeń zdrowotnych w zakresach:

- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym (15.4180.021.02),
- świadczenia w hospicjum domowym (15.2180.027.02),
- świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci (15.2181.027.02),
- porady w poradni medycyny paliatywnej (15.1180.007.02),
- perinatalnej opieki paliatywnej (15.2181.028.02).

Prowadzona, na podstawie informacji pozyskanych z NFZ oraz dotychczasowej współpracy podmiotów z Agencją, analiza pozwoliła na określenie próby 113 świadczeniodawców, którzy w okresie od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2022 r. zrealizowali przedmiotowe świadczenia. Pozostałym świadczeniodawcom (realizującym przedmiotowe świadczenia) umożliwiono przystąpienie do postępowania poprzez złożenie ankiety, w której świadczeniodawca zadeklarował udostępnienie danych.

W odpowiedzi na zamieszczone na stronie internetowej w dniu 14.02.2023 r. ogłoszenie do AOTMiT wpłynęło 47 deklaracji nieodpłatnego udostępnienia danych (47 świadczeniodawców).

Agencja wystąpiła do 160 świadczeniodawców z wnioskami o udostępnienie danych:

- finansowo-księgowych (FK), zawartych w formularzu finansowo-księgowym (FK) za okres od dnia 1 stycznia 2022 roku do dnia 31 grudnia 2022 roku, o przychodach i kosztach (FK.OPK) oraz statystycznych w tym o zatrudnionym personelu i środkach trwałych (TAB1, TAB2, TAB3) dla medycznych ośrodków powstawania kosztów scharakteryzowanych kodem resortowym zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. z 2019, poz. 173 t.j.) oraz o koszcie całkowitym wszystkich niemedycznych ośrodków powstawania kosztów (TAB4). Raportowane koszty finansowo-księgowe powinny zawierać bezpośrednie oraz alokowane koszty pośrednie.

Przekazanie danych miało nastąpić zgodnie z Zarządzeniem nr 8/2022 z dnia 15 lipca 2022 roku Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasad udostępnienia przez świadczeniodawców danych finansowo-księgowych niezbędnych do ustalenia taryfy świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

- zawartych w formularzu własnej kalkulacji kosztów (WKK) zawierającej informacje ogólne identyfikujące świadczenie obejmujące koszty zużycia produktów leczniczych, wyrobów medycznych i wykonanych procedur medycznych wraz z kosztami osobowymi personelu medycznego zaangażowanego w realizację świadczenia z rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Przekazanie danych nastąpiło zgodnie z przygotowanymi przez Agencję wzorami plików.

Agencja gromadziła również dane dotyczące obrotu przychodu we wszystkich magazynach (w tym magazynach oddziałowych) produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych (plik OM) i kalkulację jednostkową kosztu procedury medycznej - cennik procedur (plik CP). Przekazanie danych nastąpiło zgodnie z przygotowanymi przez Agencję wzorami plików. Udostępnienie tych plików było dla świadczeniodawców opcjonalne.

Na wniosek Agencji dane (finansowo-księgowe i/lub własne kalkulacje kosztów) udostępniło 141 świadczeniodawców (137 dane finansowo-księgowe, 94 własne kalkulacje kosztów). Lista świadczeniodawców, którzy przekazali dane znajduje się w załączniku nr 3.

Dodatkowo do analiz wykorzystano dane finansowo-księgowe pozyskane w ramach postępowania nr 68 „Choroby układu nerwowego” oraz 71 „Choroby kręgosłupa”, zbierane w formie formularza finansowo-księgowego (FK) – w części odnoszącej się do świadczeń z obszaru opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Własne kalkulacje kosztów

W procesie taryfikacji wykorzystano dane zawarte w formularzu własnej kalkulacji kosztów (WKK) zawierającej informacje o 416 529 świadczeniach zrealizowanych w latach 2022–2023 (5,06% wszystkich świadczeń z rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w 2022 roku), pochodzących od 94 świadczeniodawców (17,2% wszystkich świadczeniodawców udzielających w 2022 roku świadczeń z rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna) pozyskanych w postępowaniu nr 69. Lista świadczeniodawców, którzy przekazali dane, znajduje się w załączniku nr 4.

Odsetek pozyskanych świadczeń waha się od 2,99% w perinatalnej opiece paliatywnej do 30,74% porad w poradni medycyny paliatywnej.

Szczegółowe zestawienie liczby świadczeniodawców i liczby świadczeń w odniesieniu do poszczególnych wycenianych świadczeń z rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna znajduje się w poniższej tabeli.

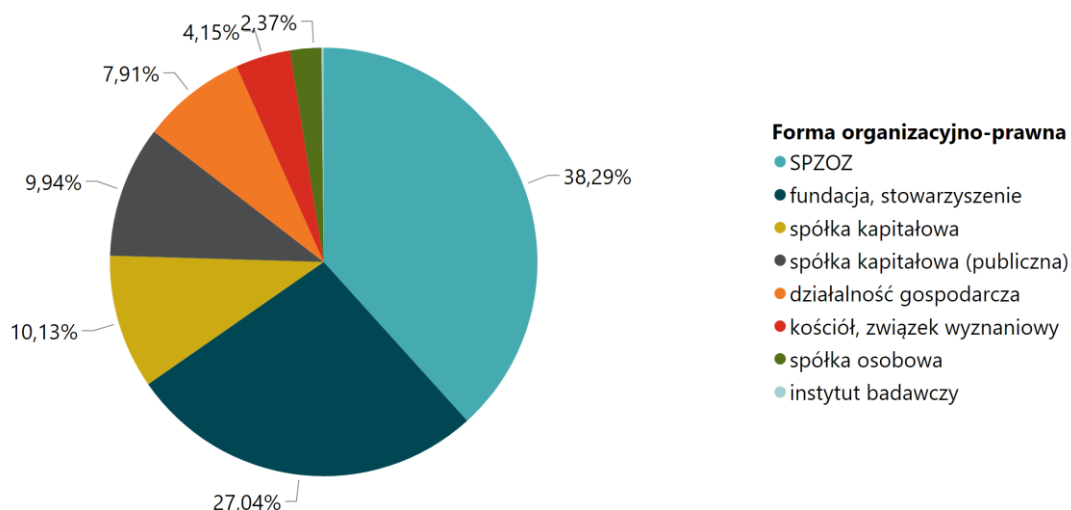
Tabela 17 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowania nr 69 – własna kalkulacja kosztów

Zakres świadczeń	Nazwa świadczenia	Liczba świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia w 2022 r.	[%] świadczeniodawców, których dane zostały włączone do wyliczeń	Liczba świadczeń, które zostały włączone do wyliczeń	Liczba zrealizowanych świadczeń w 2022 r.	[%] świadczeń włączonych do wyliczeń
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	77	219	35,16%	114 971	1 062 450	10,82%
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo	64	175	36,57%	12 323	94 871	12,99%
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo	53	142	37,32%	4 488	32 256	13,91%
Świadczenia w hospicjum domowym	Osobodzień w hospicjum domowym	53	405	13,09%	239 407	6 377 878	3,75%
Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	16	70	22,86%	31 010	611 636	5,07%
Porada w poradni medycyny paliatywnej	Porada w poradni medycyny paliatywnej	32	145	22,07%	14 324	46 597	30,74%
Perinatalna opieka paliatywna	Porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki	6	15	40,00%	6	201	2,99%

Źródło: opracowanie własne

Na poniższym rysunku przedstawiono strukturę próby danych medyczno-kosztowych w podziale na formę organizacyjno-prawną podmiotu, na podstawie której kalkulowano wartość taryfikowanych świadczeń. Najwięcej danych pochodzi z samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz fundacji i stowarzyszeń (Rysunek 58).

Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według formy organizacyjno-prawnej

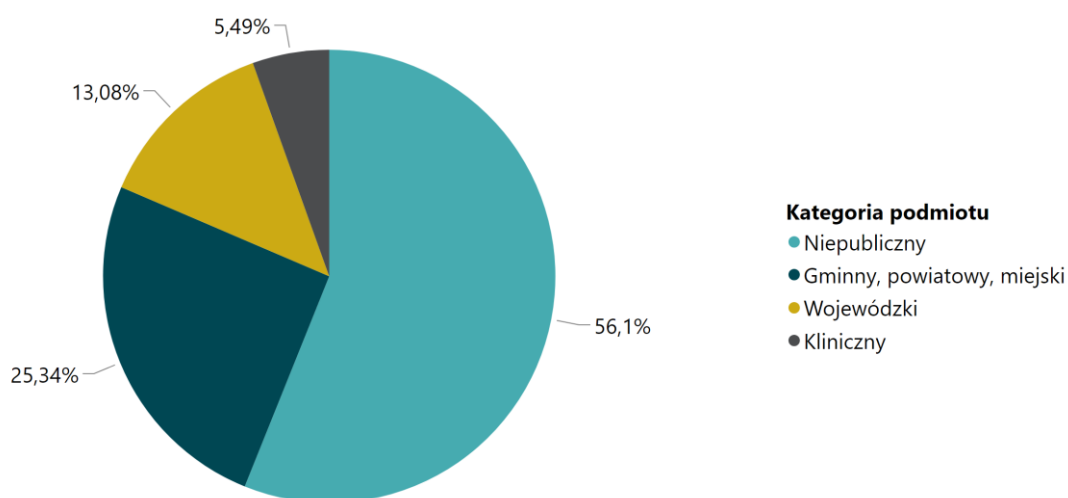


Rysunek 58. Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według formy organizacyjno-prawnej.

Źródło: opracowanie własne

Na poniższym rysunku przedstawiono strukturę próby danych medyczno-kosztowych w podziale na kategorie podmiotu, na podstawie której kalkulowano wartość taryfikowanych świadczeń. Najwięcej danych pochodzi z podmiotów niepublicznych, natomiast najmniej pochodzi ze szpitali klinicznych (Rysunek 59).

Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii podmiotu



Rysunek 59. Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii podmiotu.

Źródło: opracowanie własne

Dane finansowo-księgowe

Do oszacowania kosztu osobodnia, zajęcia infrastruktury poradni i wynagrodzeń personelu wykorzystano dane finansowo-księgowe za lata 2022–2023 pozyskane w ramach przeprowadzonych przez AOTMiT postępowań.

W poniższej tabeli przedstawiono licznosc próby danych finansowo-księgowych dla OPK wybranych na podstawie poziomu realizacji świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych identyfikowanych właściwym kodem resortowym. Łącznie na potrzeby analiz Agencja dysponowała danymi finansowo-księgowymi o 231 OPK, które w większości pochodziły z podmiotów niepublicznych (138 OPK), gminnych, powiatowych, miejskich (53 OPK) i wojewódzkich (27 OPK).

Najwięcej danych zgromadzono dla hospicjum domowego bądź zespołu domowej opieki paliatywnej (71 OPK) oraz oddziału medycyny paliatywnej (51 OPK), natomiast najmniej dla poradni genetycznej (7 OPK) oraz hospicjum stacjonarnego dla dzieci bądź stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej dla dzieci (1 OPK).

Tabela 18 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców w podziale na kategorie podmiotu

Kod resortowy	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria podmiotu				Razem
		Gminny, powiatowy, miejski	Wojewódzki	Kliniczny	Niepubliczny	
1180	Poradnia medycyny paliatywnej	7	4	3	21	35
2180	Hospicjum domowe/ zespół domowej opieki paliatywnej	11	9	1	50	71
2181	Hospicjum domowe dla dzieci/ zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	–	–	–	25	25
2184	Hospicjum stacjonarne/ stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	4	4	–	33	41
2185	Hospicjum stacjonarne dla dzieci/ stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej dla dzieci	–	–	–	1	1
4180	Oddział medycyny paliatywnej	30	8	5	8	51
1210	Poradnia genetyczna	1	2	4	–	7
Razem		53	27	13	138	231

Źródło: opracowanie własne

Ze względu na formę organizacyjno-prawną podmiotów pozyskane dane finansowo-księgowe pochodziły głównie od samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) (89 OPK) oraz od fundacji i stowarzyszeń (62 OPK). Szczegółowe informacje zestawiono w poniższej tabeli.

Tabela 19 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców w podziale na formę organizacyjno-prawną podmiotu

Kod resortowy - nazwa komórki organizacyjnej	Forma organizacyjno-prawna							Razem
	Działalność gospodarcza	Fundacja, stowarzyszenie	Kościół, związek wyznaniowy	Spółka kapitałowa	Spółka kapitałowa (publiczna)	Spółka osobowa	SPZOZ	
1180 Poradnia medycyny paliatywnej	1	10	4	3	1	1	15	35
2180 Hospicjum domowe/ zespół domowej opieki paliatywnej	2	19	6	17	5	2	20	71
2181 Hospicjum domowe dla dzieci/ zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	2	11	1	7	–	4	–	25
2184 Hospicjum stacjonarne/ stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	–	20	3	5	3	2	8	41
2185 Hospicjum stacjonarne dla dzieci/ stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej dla dzieci	–	1	–	–	–	–	–	1
4180 Oddział medycyny paliatywnej	–	1	–	3	8	–	39	51
1210 Poradnia genetyczna	–	–	–	–	–	–	7	7
Razem	5	62	14	35	17	9	89	231

Źródło: opracowanie własne

3.2. Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*. W uzasadnionych przypadkach, które zostały wskazane w dalszej części dokumentu, zastosowano odstępstwa od metodyki.

Poniżej przedstawiono informacje o sposobie obliczeń podstawowych składowych kosztu świadczenia, m.in.: kosztu osobodnia, kosztów żywienia dojelitowego i pozajelitowego, kosztów personelu realizującego świadczenia, kosztów transportu, kosztów leków i wyrobów medycznych, a także kosztów wykonanych procedur z uwzględnieniem propozycji zmian w katalogu świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

3.2.1. Propozycje zmian w katalogu świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Propozycje zmian w katalogu świadczeń zostały opracowane z uwzględnieniem materiału opracowanego przez Zespół MZ ds. OPH, przekazanego przez Ministerstwo Zdrowia pismem z dn. 28.09.2023 r. (znak pisma: DLR.7003.34.2022.AK). W ramach powyższego proponuje się wprowadzenie poniższych świadczeń opieki zdrowotnej:

- w zakresie poradni medycyny paliatywnej:
 - porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej,
 - wizyta pielęgniarska w poradni medycyny paliatywnej,
 - porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej,
 - porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy,
 - wizyta pielęgniarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy,
 - porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy,
 - porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej,
- w zakresie: hospicjum stacjonarne/ oddział medycyny paliatywnej:
 - porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego,
- w zakresie: hospicjum domowe:
 - porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego,
- w zakresie: hospicjum domowe dla dzieci:
 - porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci.

Uzasadnieniem wprowadzenia odrębnego finansowania porady kwalifikacyjnej jest brak finansowania przez NFZ pierwszej wizyty lekarskiej w ramach hospicjum domowego bądź oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego, podczas której pacjent nie zostaje zakwalifikowany do objęcia świadczeniem.

Jednocześnie zakłada się, że porada pierwszorazowa w zakresie poradni medycyny paliatywnej będzie odbywać się we współpracy lekarza z pielęgniarką i psychologiem.

Oczekuje się, że podział porad w poradni medycyny paliatywnej ze względu na personel realizujący świadczenia, przyczyni się do poprawy ich finansowania oraz rozwoju tej formy opieki paliatywnej, a także do zwiększenia dostępności do świadczeń udzielanych w hospicjum domowym.

Ponadto, mając na celu poprawę sposobu finansowania świadczeń realizowanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym, proponuje się utworzenie jednego produktu rozliczeniowego dla hospitalizacji w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym (bez

względem na konieczność leczenia żywieniowego) oraz produktów do sumowania dedykowanych żywieniu dojelitowemu i pozajelitowemu.

Dodatkowo proponuje się zmianę nazwy świadczenia w ramach zakresu perinatalna opieka paliatywna: „Porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki” na „Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej”.

W związku z pismem Ministra Zdrowia z dn. 28.09.2023 r. (znak pisma: DLR.7003.34.2022.AK), zawierającym prośbę o wydanie opinii w sprawie stosowania u pacjentów w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej procedur:

- przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
- podawanie bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną,
- podawanie preparatów zawierających czynniki wzrostu,

wobec których Zespół MZ ds. OPH wnioskował o zapewnienie możliwości dosumowania do osobodnia, przeprowadzono w tym zakresie analizy.

Na podstawie przeprowadzonych analiz wydaje się dopuszczalne włączenie do stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej wyżej wymienionych procedur, uwzględniając przepisy prawa i wytyczne kliniczne.

Jednocześnie nie można jednoznacznie stwierdzić o zasadności systemowego włączenia tych procedur do realizacji w ramach oddziałów medycyny paliatywnej i hospicjów stacjonarnych, z uwagi na niską jakość wytycznych klinicznych z tego obszaru, a także ograniczoną liczbę pacjentów korzystających z przedmiotowych świadczeń.

- 1) Wnioskowane procedury są świadczeniami gwarantowanymi, dedykowanymi do realizacji w warunkach stacjonarnych, tj. w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, spełniających wymagania określone w stosownych rozporządzeniach Ministra Zdrowia (m.in. rozporządzeniu w sprawie leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne).
- 2) Z danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ dotyczących realizacji świadczeń gwarantowanych w oddziałach medycyny paliatywnej lub hospicjach stacjonarnych w 2022 r. wynika, że pacjenci w trakcie pobytu na oddziale opieki medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym mieli realizowane procedury w ramach hospitalizacji w oddziałach szpitalnych związane z:
 - a. przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych – ok. 1,98% (736 z 37 218) pacjentów,
 - b. podawaniem leków zawierających substancje czynne z grupy bisfosfonianów (kwas zolendronowy) – ok. 0,06% (22 z 37 218) pacjentów,
 - c. podawaniem preparatów zawierających czynniki wzrostu (darbepoetyna alfa, filgrastim i pegfilgrastim) – ok. 0,14% (53 z 37 218) pacjentów.

Potwierdzają to również dane z 2021 r. przekazane przez NFZ do MZ w ramach uwag do postulatów ww. Zespołu MZ ds. OPH. Z przedmiotowych danych wynika, że transfuzję krwi otrzymało ok. 1,68% (540 z 32 086) pacjentów objętych stacjonarną opieką paliatywno-hospicyjną. Obserwowana śmiertelność do 30 dni od przetoczenia w tej grupie wynosiła 57%, z czego 20% zgonów odnotowano w dniu wypisu.

- 3) Odnalezione wytyczne kliniczne zawierają rekomendacje dotyczące stosowania wnioskowanych procedur w opiece paliatywno-hospicyjnej, jednak przeważnie opierają się one na dowodach niskiej jakości i nie określają miejsca ich realizacji (leczenie szpitalne, opieka paliatywna stacjonarna lub domowa), a wskazania do stosowania wynikają przede wszystkim ze stanu klinicznego pacjenta czy oczekiwanego czasu przeżycia. W zależności od wnioskowanej procedury wytyczne wskazują, że:
- a. przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych łagodziło objawy takie jak duszność i zmęczenie, mogło być dopuszczalne jako tymczasowo skuteczne w leczeniu niedokrwistości i małopłytkowości w populacji pediatrycznej oraz stosowane w przypadku starszych dorosłych z ostrą białaczką szpikową;
 - b. podawanie bisfosfonianów rekomendowano do rozważenia jako uzupełniające leczenie bólu najczęściej związanego z chorobami nowotworowymi i chorobami układu kostnego, ze wskazaniem uwzględnienia upływu czasu jako mającego znaczenie w osiągnięciu pełnych efektów terapii;
 - c. w odniesieniu do podawania preparatów zawierających czynniki wzrostu w kontekście OPH rekomendowano stosowanie czynników wzrostu stymulujących tworzenie kolonii granulocytów w profilaktyce gorączki neutropenicznej przy ryzyku wystąpienia tego stanu większym niż 10%, stosowanie erytropoetyny u pacjentów z dusznością w schyłkowej niewydolności nerek jeśli duszność jest wynikiem niedokrwistości, możliwość proponowania czynników wzrostu stymulujących erytropoezę pacjentom z niedokrwistością poddawanych chemioterapii paliatywnej, jednak nie rekomendowano stosowania erytropoetyny w leczeniu zmęczenia u pacjentów z nieuleczalnym nowotworem oraz w przypadku niedokrwistości związanej z chemioterapią u dzieci.
- 4) Odnalezione rozwiązania organizacyjne w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej w kontekście wnioskowanych procedur (niezależnie od miejsca realizacji) wskazują, że:
- a. przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych stosowane jest w Stanach Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii, Niemczech i Szwecji,
 - b. podawanie bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną stosowane jest w Wielkiej Brytanii, Niemczech i Szwecji,
 - c. podawanie preparatów zawierających czynniki wzrostu stosowane jest w Niemczech i Szwecji.

Podsumowując, decyzja lekarza o zastosowaniu u pacjentów wnioskowanych procedur w ramach oddziału medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarnego powinna być podejmowana indywidualnie, mając na względzie stan kliniczny pacjenta.

W przypadku uwzględnienia możliwości stosowania u pacjentów w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej procedur związanych z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych, istotne jest spełnienie przez te oddziały wymagań określonych m.in.: rozporządzeniem ws. leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, rozporządzeniem ws. szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników, oraz obwieszczeniem ws. wymagań dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla banków krwi oraz badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach

lecniczych podmiotów leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA.

Biorąc pod uwagę powyższe, wskazać należy zarówno potencjalne korzyści, jak i ryzyka płynące z umożliwienia stosowania u pacjentów, w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej, procedur związanych z: przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych, podawania bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną oraz podawania preparatów zawierających czynniki wzrostu.

Korzyści:

- Zwiększenie dostępu do wnioskowanych procedur w placówkach opieki paliatywno-hospicyjnej udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym.
- Brak konieczności przewożenia pacjentów do innych podmiotów leczniczych na realizację wnioskowanych procedur, co może przełożyć się na zmniejszenie negatywnych skutków zdrowotnych pacjenta związanych z transportem.
- Poprawa organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej nad pacjentem związana z brakiem przyjmowania pacjenta na oddział szpitalny wyłącznie w celu realizacji ww. procedur, ograniczeniem transportu międzyszpitalnego i jego finansowania.

Ryzyka:

- Umożliwienie wykonywania wnioskowanych procedur medycznych w ramach oddziałów medycyny paliatywnej i hospicjów stacjonarnych może wpłynąć na zwiększoną podaż tych świadczeń, co powinno być monitorowane przez płatnika publicznego.

Szczegółowa analiza w zakresie oceny zasadności stosowania u pacjentów w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej procedur: przetaczania krwi i preparatów krwiopochodnych, podawania bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną, podawania preparatów zawierających czynniki wzrostu znajduje się w opracowaniu Wydziału Świadczeń AOTMiT nr WS.422.36.2023 stanowiącym załącznik nr 5 do raportu.

3.2.2.Mnożnik zmian wielkości kosztów

W związku z oparciem analiz o dane pochodzące z lat 2022–2023, zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 r. właściwymi wskaźnikami częstkowymi wskazanymi w poniższej tabeli.

Tabela 20 Wskaźniki częstkowe uaktualniające dane do 30.06.2024 roku

Kategoria	Rok, z którego pochodzą dane
	2022
Dynamika przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto - opieka zdrowotna i pomoc społeczna	1,28
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych – zdrowie	1,05
Dynamika średnioważonego kosztu kapitału	1,04

Źródło: opracowanie własne

Wykorzystane mnożniki zostały opracowane w oparciu o korelację prognoz z "Wytęczydami dotyczącymi stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw" oraz dane dla sektora opieki zdrowotnej

(dla wskaźnika wynagrodzeń oraz inflacji). Mnożnik uwzględnia zwiększenie minimalnego wynagrodzenia oraz założenia z Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2139).

3.2.3. Osobodzień pobytu

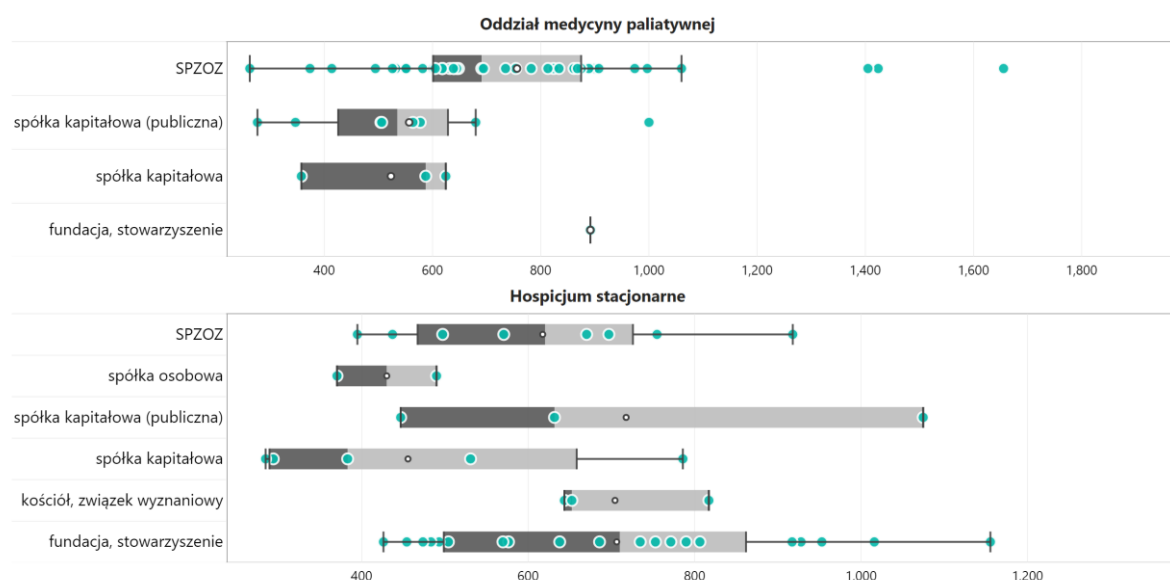
Ze względu na długie pobyty pacjentów w oddziałach medycyny paliatywnej, hospicjach stacjonarnych oraz hospicjach domowych, koszt osobodnia został skalkulowany w oparciu o koszty stałe wynikające z wykorzystania infrastruktury oddziału i jego obłożenia rzeczywistego lub teoretycznego (przy założeniu 85% obłożenia od poniedziałku do niedzieli). Na potrzeby oszacowania kosztów taryfikowanych świadczeń przyjęto założenie o najbardziej efektywnym wykorzystaniu infrastruktury (zwane dalej optymalnym osobodniem), na podstawie którego do wyliczeń wykorzystywano niższy z dwóch oszacowanych kosztów osobodnia.

Średni optymalny koszt osobodnia dla każdego z produktów rozliczeniowych został obliczony jako średnia odcięta wartość kosztów ośrodków powstawania kosztów, w ramach których realizowane są świadczenia (oddziałów szpitalnych, hospicjów stacjonarnych, hospicjów domowych).

Na poniższych rysunkach przedstawiono rozrzut optymalnych kosztów osobodnia pobytu pacjenta w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci, skalkulowanych na podstawie danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców za lata 2022–2023, po aktualizacji do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku, w podziale na formę organizacyjno-prawną podmiotu.

Koszt osobodnia - oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne

Dane finansowo-księgowe owskaźnikowane do 30.06.2024 roku

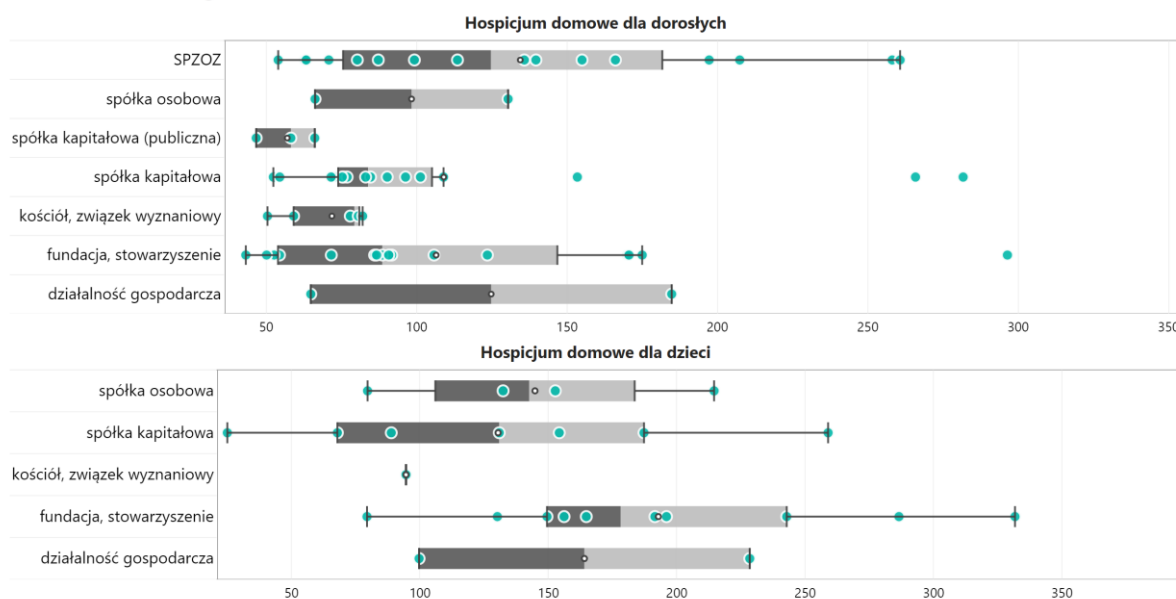


Rysunek 60. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach medycyny paliatywnej oraz hospicjach stacjonarnych, po aktualizacji do 30.06.2024 r., w podziale na formę organizacyjno-prawną.

Źródło: opracowanie własne

Koszt osobodnia - hospicjum domowe/ hospicjum domowe dla dzieci

Dane finansowo-księgowe owskaźnikowane do 30.06.2024 roku



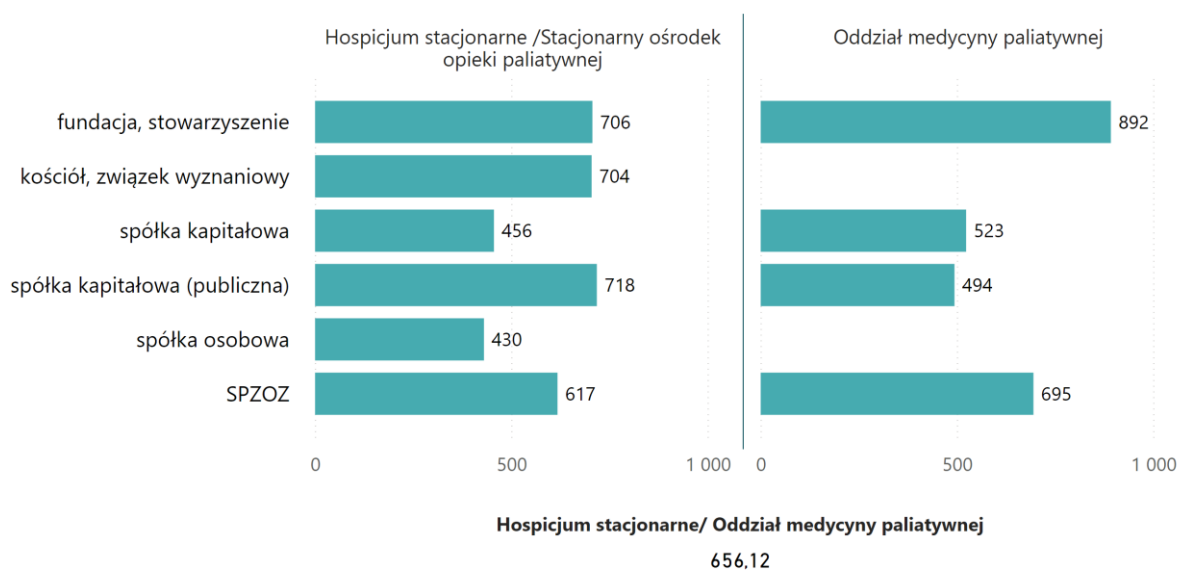
Rysunek 61. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w hospicjach domowych dla dorosłych oraz hospicjach domowych dla dzieci, po aktualizacji do 30.06.2024 r., w podziale na formę organizacyjno-prawną.

Źródło: opracowanie własne

Średni optymalny koszt osobodnia waha się od 430 zł w hospicjach stacjonarnych w podmiotach będącymi spółkami osobowymi do 892 zł w oddziałach medycyny paliatywnej w fundacjach i stowarzyszeniach. Do oszacowania osobodnia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym przyjęto koszt pobytu w wysokości 656,12 zł, stanowiący ich średnią skalkulowaną po odcięciach obserwacji skrajnych (Rysunek 62).

Koszt osobodnia - oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne

Dane finansowo-księgowe owskaźnikowane do 30.06.2024 roku



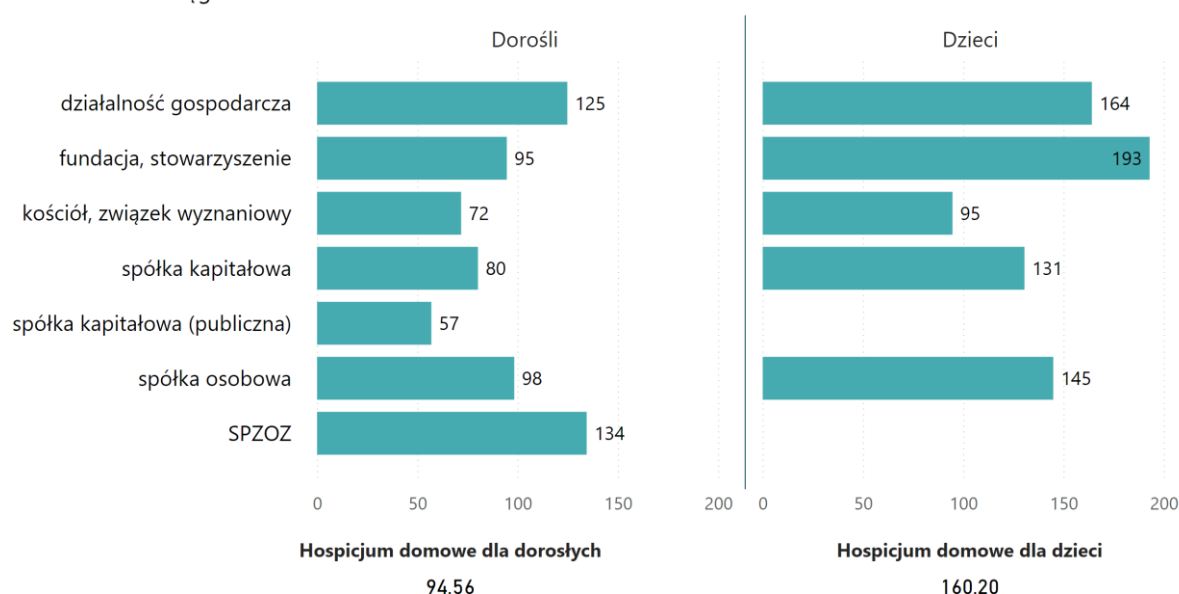
Rysunek 62. Koszt osobodnia [zł] w oddziałach medycyny paliatywnej oraz hospicjach stacjonarnych, po aktualizacji do 30.06.2024 r., w podziale na formę organizacyjno-prawną.

Źródło: opracowanie własne

Średni optymalny koszt osobodnia w hospicjach domowych dla dorosłych waha się od 57 zł w podmiotach będącymi publicznymi spółkami kapitałowymi do 134 zł w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W przypadku hospicjum domowego dla dzieci średni optymalny koszt osobodnia jest najniższy w podmiotach prowadzonych przez kościoły i związki wyznaniowe (95 zł) a najwyższy w podmiotach, których organem założycielskim jest fundacja bądź stowarzyszenie (193 zł). Do oszacowania osobodnia w hospicjum domowym przyjęto koszt pobytu w wysokości 94,56 zł, zaś w hospicjum domowym dla dzieci 160,20 zł. Wartości te zostały obliczone jako średnia po odcięciach obserwacji skrajnych (Rysunek 63).

Koszt osobodnia - hospicjum domowe dla dorosłych/ dzieci

Dane finansowo-księgowe owskaźnikowane do 30.06.2024 roku



Rysunek 63. Koszt osobodnia [zł] w hospicjach domowych dla dorosłych oraz hospicjach domowych dla dzieci, po aktualizacji do 30.06.2024 r., w podziale na formę organizacyjno-prawną.

Źródło: opracowanie własne

3.2.4. Koszt żywienia

W przypadku pacjentów wymagających leczenia żywieniowego, hospitalizowanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym, proponuje się przyjęcie kosztów żywienia dojelitowego i pozajelitowego w wysokości odpowiadających im produktów rozliczeniowych z katalogu produktów do sumowania (1c) w ramach leczenia szpitalnego. Oszacowania wartości omawianych produktów rozliczeniowych, na potrzeby niniejszego raportu, dokonano przy założeniu średniej ważonej ceny punktu od lipca 2023 roku, tj. 1,71 zł (określonej na podstawie danych sprawozdawczych NFZ, dla wszystkich zakresów świadczeń, realizowanych w ramach leczenia szpitalnego, za okres lipiec–wrzesień 2023 roku).

Tabela 21 Propozycja kosztów żywienia dojelitowego i pozajelitowego

Nazwa produktu	Kod produktu	Wartość punktowa	Wartość w zł
Żywienie dojelitowe	5.53.01.0000006	108	184,68
Kompletne żywienie pozajelitowe	5.53.01.0001468	216	369,36

Źródło: załącznik nr 3 do zarządzenia nr 142/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2023 r.

3.2.5. Koszt procedur medycznych, produktów leczniczych, wyrobów medycznych

Koszty ordynowanych leków, wyrobów medycznych oraz realizowanych procedur medycznych w trakcie pobytu pacjenta w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym oraz hospicjum domowym dla dzieci oszacowane zostały na podstawie danych medyczno-kosztowych, przekazanych przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów, po aktualizacji do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku.

Koszty leków, wyrobów oraz procedur medycznych analizowano w przeliczeniu na jeden osobodzień. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 22 Średnie koszty leków, wyrobów i procedur medycznych, po odcięciach wartości skrajnych, przyjęte do analiz (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury medyczne [zł]
Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	23,13	18,23	5,91
Osobodzień w hospicjum domowym	0,25	1,89	0,58
Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	0,24	5,39	0,78

Źródło: opracowanie własne

Koszty ordynowanych leków, wyrobów medycznych oraz realizowanych procedur medycznych w trakcie udzielania porad w poradni medycyny paliatywnej bądź w miejscu pobytu świadczeniobiorcy oszacowane zostały na podstawie danych medyczno-kosztowych, przekazanych we własnych kalkulacjach kosztów, po aktualizacji do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku.

Koszty leków, wyrobów i procedur medycznych analizowano w przeliczeniu na jedną poradę/ wizytę. Szczegółowe dane przedstawia poniższa tabela.

Tabela 23 Średnie koszty leków, wyrobów i procedur medycznych, po odcięciach wartości skrajnych, przyjęte do analiz (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury medyczne [zł]
Porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej	7,55	2,61	11,87
Wizyta pielęgniarki w poradni medycyny paliatywnej	7,24	18,77	11,11
Porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej	–	0,62	–
Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	–	6,99	1,92
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	1,22	8,26	–
Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	–	1,33	–

Źródło: opracowanie własne

3.2.6. Koszt infrastruktury

Do obliczenia kosztu infrastruktury poradni medycyny paliatywnej posłużyły dane finansowo-księgowe za 2022 rok, uaktualnione do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku. Oszacowania oparto na rzeczywistej lub teoretycznej (6 godzin dziennie w dni robocze) liczbie godzin pracy OPK zaraportowanej przez świadczeniodawców. Na potrzeby niniejszej

analizy przyjęto założenie o najbardziej efektywnym wykorzystaniu infrastruktury, na podstawie którego do wyliczeń wykorzystywano niższy z dwóch oszacowanych kosztów infrastruktury poradni.

W poniższej tabeli zamieszczono średnie koszty zajęcia infrastruktury w poszczególnych komórkach organizacyjnych, w których realizowane są świadczenia z zakresów: porady w poradni medycyny paliatywnej oraz perinatalna opieka paliatywna.

Tabela 24 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury, po odcięciach wartości skrajnych (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Komórka organizacyjna	Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury [zł]
Poradnia medycyny paliatywnej	48,78
Poradnia genetyczna	97,64
Hospicjum domowe/ zespół domowej opieki paliatywnej	63,72
Razem	57,61

Źródło: opracowanie własne

W poniższej tabeli zestawiono koszty infrastruktury przyjęte do wyliczenia kosztów świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej oraz miejscu pobytu świadczeniobiorcy. Łączny koszt zajęcia infrastruktury został obliczony jako iloczyn średniego kosztu godziny zajęcia infrastruktury oraz czasu trwania poszczególnych porad, sprawozdanego przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów oraz poddanego weryfikacji przez eksperta. W przypadku świadczeń realizowanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy przyjęto 10 min czasu zajęcia infrastruktury, zgodnie z metodyką taryfikacji innych świadczeń opieki zdrowotnej.

Tabela 25 Koszt zajęcia infrastruktury, po aktualizacji do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 r.

Nazwa świadczenia	Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury [zł]	Czas [min]	Łączny koszt zajęcia infrastruktury [zł]
Porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej	48,78	40	32,52
Wizyta pielęgniarki w poradni medycyny paliatywnej		40	32,52
Porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej		60	48,78
Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy		10	8,13
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy		10	8,13
Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy		10	8,13
Porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej		70	56,91
Porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego		60	48,78
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego		10	8,13
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci			

Źródło: opracowanie własne

W przypadku świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej łączny koszt zajęcia infrastruktury został obliczony jako iloczyn średniego kosztu godziny zajęcia infrastruktury oraz czasu trwania poszczególnych porad, sprawozdanego przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach

kosztów oraz poddanego weryfikacji przez eksperta, a następnie zważonego odsetkami realizacji świadczeń w poszczególnych miejscach ich udzielania.

Tabela 26 Koszt zajęcia infrastruktury dla świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej, po aktualizacji do 30.06.2024 r.

Miejsce udzielania świadczeń	Udział [%]	Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury [zł]	Czas [min]	Łączny koszt zajęcia infrastruktury [zł]
Hospicjum domowe/ zespół domowej opieki paliatywnej	87,06	57,61	61	58,51
Poradnia medycyny paliatywnej, poradnia genetyczna, hospicjum stacjonarne/ stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	12,94		101	96,91
Razem				155,43

Źródło: opracowanie własne

3.2.7. Koszt personelu realizującego świadczenia

Stawki godzinowe personelu uczestniczącego w realizacji świadczeń oszacowane zostały na podstawie danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców za lata 2022–2023.

W poniżej tabeli zestawiono średnie stawki godzinowe personelu poradni medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnego/ stacjonarnego ośrodka opieki paliatywnej, oddziału medycyny paliatywnej, hospicjum domowego/ zespołu domowej opieki paliatywnej oraz poradni genetycznej, po odrzuceniu obserwacji odstających i aktualizacji do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku.

Tabela 27 Średnie stawki godzinowe personelu realizującego taryfikowane świadczenia (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Komórka organizacyjna	Lekarz [zł]	Pielęgniarka [zł]	Psycholog [zł]	Fizjoterapeuta [zł]
Poradnia medycyny paliatywnej	145,21	72,06	62,55	–
Poradnia genetyczna	146,69	77,82	–	–
Hospicjum domowe/ zespół domowej opieki paliatywnej	136,95	74,38	57,98	54,03
Hospicjum domowe dla dzieci/ zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	134,70	71,46	57,52	72,14
Hospicjum stacjonarne/ stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	115,40	74,27	62,73	51,36
Oddział medycyny paliatywnej	130,58	78,68	64,65	55,94

Źródło: opracowanie własne

W poniższej tabeli zestawiono koszty personelu przyjęte do wyliczenia kosztów świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej oraz miejscu pobytu świadczeniobiorcy. Łączny koszt personelu został obliczony jako iloczyn średniej stawki godzinowej oraz czasu trwania poszczególnych porad, sprawozdanego przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów oraz poddanego weryfikacji przez eksperta.

Tabela 28 Łączne koszty personelu realizującego taryfikowane świadczenia (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Personel	Średnia stawka godzinowa [zł]	Czas [min]	Łączny koszt personelu [zł]
Porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej	Lekarz	145,21	40	96,81
Wizyta pielęgniarki w poradni medycyny paliatywnej	Pielęgniarka	72,06	40	48,04
Porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej	Psycholog	62,55	60	62,55
Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Lekarz	145,21	60	145,21
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Pielęgniarka	72,06	60	72,06
Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Psycholog	62,55	60	62,55
Porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej	Lekarz	145,21	30	72,61
	Pielęgniarka	72,06	20	24,02
	Psycholog	62,55	20	20,85
Porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego	Lekarz	127,36	60	127,36
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	Lekarz	136,35	60	136,35
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci				

Źródło: opracowanie własne

W poniższej tabeli zestawiono koszty personelu przyjęte do wyliczenia kosztów świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej. Łączny koszt personelu został obliczony jako iloczyn średniej stawki godzinowej i liczby oraz czasu trwania poszczególnych porad, sprawozdanego przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów.

Tabela 29 Łączne koszty personelu realizującego kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Personel	Średnia stawka godzinowa [zł]	Liczba porad	Łączny czas porad [min]	Łączny koszt personelu [zł]
Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	Lekarz	130,72	2	180	392,16
	Psycholog	59,65	5	600	596,50
Razem					988,66

Źródło: opracowanie własne

Koszt personelu koordynującego opiekę w ramach świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej został oszacowany w oparciu o:

- Średnią stawkę godziny wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia w poradni medycyny paliatywnej, poradni genetycznej, hospicjum domowym, zespole domowej opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, stacjonarnym ośrodku opieki paliatywnej,
- Założenie czasu koordynacji opieki w wymiarze 0,053 etatu (509 min), tj. 20 minut tygodniowo przez okres 6 miesięcy.

Tabela 30 Łączne koszty personelu koordynującego opiekę w ramach świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Personel	Średnia stawka godzinowa [zł]	Czas [min]	Łączny koszt personelu [zł]
Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	Koordinator (pielęgniarka)	73,01	509	618,85

Źródło: opracowanie własne

Mając na względzie, że świadczenia w hospicjach stacjonarnych, stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej oraz oddziałach medycyny paliatywnej udzielane są również przez wolontariuszy, dokonano wyceny ich pracy na poziomie wynagrodzeń personelu o zbliżonych kompetencjach. Wyliczenia oparto na danych o koszcie wynagrodzeń, będącym składową kosztów osobodnia (dane finansowo-księgowe), zważonego udziałem wolontariuszy w całości zatrudnionego personelu (na podstawie własnych kalkulacji kosztów przekazanych przez świadczeniodawców).

Tabela 31 Koszt wynagrodzeń wolontariuszy – hospicjum stacjonarne, stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej, oddział medycyny paliatywnej

Komórka organizacyjna	Koszt wynagrodzeń personelu na osobodzień [zł]	Udział wolontariuszy [%]	Koszt wynagrodzeń wolontariuszy na osobodzień [zł]
Hospicjum stacjonarne, stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej, oddział medycyny paliatywnej	468,57	0,05	23,43

Źródło: opracowanie własne

3.2.8. Koszt transportu

W przypadku świadczeń udzielanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy posłużono się przedziałami odległości pokonywanymi przez świadczeniodawców oraz czasem dojazdu do pacjentów wskazanymi w raporcie AOTMiT „Opieka paliatywna i hospicyjna” nr AOTMiT-WT-5315-1/2015 – po aktualizacji.

Tabela 32 Odległości i czasy dojazdu dla świadczeń udzielanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy

Odległość	0-15 km	16-30 km	31-50 km	51-100 km
Przejazd km	15	46	81	150
Czas dojazdu w obie strony [min]	30	60	90	133

Źródło: opracowanie własne na podstawie raportu „Opieka paliatywna i hospicyjna” (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, 2015)

Na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 rok oszacowano odsetki świadczeń w poszczególnych przedziałach odległości pokonywanych przez personel realizujący świadczenia² (Tabela 33).

² Kalkulacji odległości dokonano poprzez przekodowanie kodów TERYT na współrzędne GPS, które następnie wykorzystano do policzenia odległości drogowej pomiędzy dwoma punktami. W tym celu wykorzystano API map Bing, w warunkach darmowej licencji dla celów edukacyjnych i niezarobkowych (ang. *Education or Non-Profit Use*).

Tabela 33 Udział świadczeń w poszczególnych przedziałach pokonywanych odległości, w podziale na personel realizujący świadczenia

Nazwa świadczenia	Personel	0-15 km	16-30 km	31-50 km	51-100 km
Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Lekarz	80,17%	10,02%	3,53%	6,27%
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Pielęgniarka	85,17%	11,24%	0,97%	2,62%
Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Psycholog	85,12%	7,26%	2,04%	5,58%
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	Lekarz	68,36%	18,22%	6,84%	6,58%
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci					
Osobodzień w hospicjum domowym	Lekarz	70,94%	18,46%	6,00%	4,60%
	Pielęgniarka	70,47%	18,89%	6,10%	4,54%
	Fizjoterapeuta	74,47%	15,88%	5,64%	4,01%
	Psycholog	75,89%	14,79%	5,76%	3,56%
Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	Lekarz	41,59%	15,64%	15,60%	27,17%
	Pielęgniarka	41,56%	16,25%	15,25%	26,93%
	Fizjoterapeuta	41,04%	18,29%	14,19%	26,47%
	Psycholog	40,66%	11,89%	15,52%	31,92%
Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	Lekarz	41,67%	13,60%	6,58%	38,16%
	Psycholog	43,43%	13,94%	10,72%	31,90%

Źródło: opracowanie własne

Jednocześnie dla świadczeń realizowanych w hospicjum domowym oraz hospicjum domowym dla dzieci uwzględniono średnią liczbę porad na osobodzień pobytu pacjenta, udzielanych przez lekarza, pielęgniarkę, psychologa i fizjoterapeutę (Tabela 34).

Tabela 34 Średnia liczba porad na osobodzień

Zakres świadczenia	Nazwa świadczenia	Średnia liczba porad na osobodzień
Świadczenia w hospicjum domowym	Porada lekarska w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej	0,09
	Wizyta pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej	0,3
	Wizyta fizjoterapeuty w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej	0,03
	Porada psychologa w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej	0,01
Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	Porada lekarska w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej	0,09
	Wizyta pielęgniarki w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej	0,29
	Wizyta fizjoterapeuty w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej	0,11
	Porada psychologa w domowej opiece paliatywnej i hospicyjnej	0,01

Źródło: opracowanie własne

Na potrzeby taryfikacji świadczeń udzielanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy przyjęto poniższe koszty wynagrodzenia za czas dojazdu zważone udziałami realizacji świadczeń w poszczególnych przedziałach pokonywanych odległości, w 2022 roku, przez poszczególny personel.

Tabela 35 Wynagrodzenie za czas dojazdu

Nazwa świadczenia	Personel	Średnia stawka godzinowa [zł]	Czas dojazdu [h]	Razem [zł]
Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Lekarz	145,21	0,69	100,65
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Pielęgniarka	72,06	0,61	44,02
Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Psycholog	62,55	0,65	40,81
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	Lekarz	136,35	0,77	104,99
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci				

Źródło: opracowanie własne

W przypadku świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej przyjęto poniższe koszty wynagrodzenia za czas dojazdu zważone udziałami realizacji świadczeń w poszczególnych przedziałach pokonywanych odległości, w 2022 roku, przez poszczególny personel, przy uwzględnieniu udziału świadczeń realizowanych w domu pacjenta.

Tabela 36 Wynagrodzenie za czas dojazdu – kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej

Nazwa świadczenia	Personel	Średnia stawka godzinowa [zł]	Czas dojazdu [h]	Liczba świadczeń udzielonych w domu pacjenta	Razem [zł]
Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	Lekarz	130,72	1,29	1,74	293,37
	Psycholog	59,65	1,22	4,35	317,94
Razem					611,31

Źródło: opracowanie własne

Średni koszt transportu na świadczenie został skalkulowany przy założeniu stawki za 1 kilometr przebiegu pojazdu osobowego używanego do celów służbowych w wysokości 0,89 zł, określonej w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. Nr 27, poz. 271 z późn. zm.).

Ponadto pokonywane odległości zostały zważone odsetkami realizacji poszczególnych świadczeń. W przypadku hospicjum domowego oraz hospicjum domowego dla dzieci dodatkowo uwzględniono średnią liczbę porad na jeden osobodzień, a dla świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej, średnią liczbę porad realizowanych w domu pacjenta.

Tabela 37 Koszt transportu

Nazwa świadczenia	Personel	Stawka za 1 km [zł]	Koszt transportu [zł]
Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Lekarz	0,89	25,73
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Pielęgniarka		20,17

Nazwa świadczenia	Personel	Stawka za 1 km [zł]	Koszt transportu [zł]
Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Psycholog		23,26
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	Lekarz		30,30
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci			
Osobodzień w hospicjum domowym	Lekarz/ pielęgniarka/ psycholog/ fizjoterapeuta		11,78
Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	Lekarz/ pielęgniarka/ psycholog/ fizjoterapeuta		29,59
Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	Lekarz/ psycholog		385,48

Źródło: opracowanie własne

3.2.9. Wyniki analizy kosztów

Wyniki analizy kosztów dla świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń stanowi sumę kosztu pobytu (w tym kosztów personelu), kosztów leków, wyrobów i procedur medycznych oraz kosztu wynagrodzeń personelu obecnie świadczącego usługi w formie wolontariatu.

Tabela 38 Wyniki analizy kosztów świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Pobyt [zł]	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury medyczne [zł]	Wolontariusze [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	656,12	23,13	5,91	18,23	23,43	726,82

Źródło: opracowanie własne

W przypadku pacjentów wymagających leczenia żywieniowego do kosztów osobodnia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym należy dosumować odpowiednio koszt żywienia dojelitowego bądź pozajelitowego (Tabela 39).

Tabela 39 Wyniki analizy kosztów świadczeń do sumowania (przy założeniu średniej ważonej ceny punktu od lipca 2023 roku, tj. 1,71 zł)

Nazwa świadczenia	Wynik analizy kosztów [zł]
Żywienie dojelitowe	184,68
Kompletne żywienie pozajelitowe	369,36

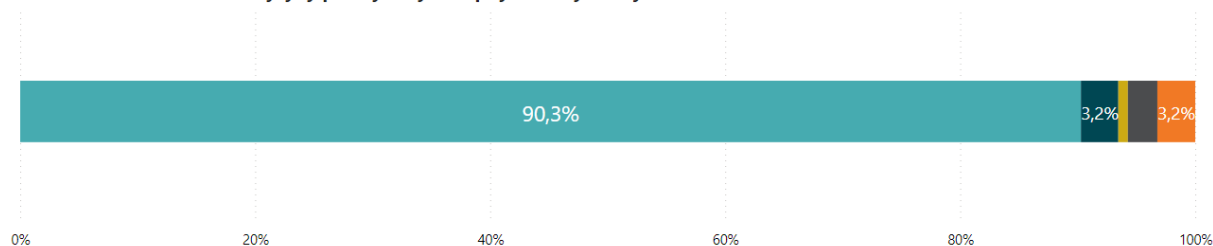
Źródło: opracowanie własne

Na poniższym rysunku przedstawiono strukturę kosztów całkowitych osobodnia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym. Największy udział w kosztach stanowi koszt pobytu (90,3%), następnie koszt wynagrodzeń personelu obecnie świadczącego usługi w formie wolontariatu (3,2%), koszt leków (3,2%), wyrobów medycznych (2,5%) oraz procedur (0,8%).

Struktura kosztów całkowitych

● Pobyt ● Leki ● Procedury ● Wyroby medyczne ● Wolontariat

Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym



Rysunek 64. Struktura kosztów całkowitych – osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.).

Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy kosztów dla świadczeń udzielanych w hospicjum domowym oraz w hospicjum domowym dla dzieci, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń stanowi sumę kosztu pobytu, kosztów leków, wyrobów i procedur medycznych oraz kosztu transportu.

Tabela 40 Wyniki analizy kosztów świadczeń udzielanych w hospicjum domowym oraz w hospicjum domowym dla dzieci (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Pobyt [zł]	Leki [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Procedury medyczne [zł]	Transport [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
Osobodzień w hospicjum domowym	94,56	0,25	1,89	0,58	11,78	109,05
Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	160,20	0,24	5,39	0,78	29,59	196,20

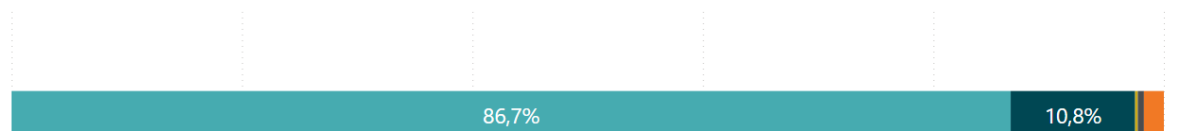
Źródło: opracowanie własne

W przypadku świadczeń udzielanych w hospicjum domowym dla dzieci w porównaniu z hospicjum domowym dla dorosłych obserwuje się w strukturze kosztów większy udział kosztu transportu (15,1% vs 10,8%) oraz kosztów wyrobów medycznych (2,7% vs 1,7%) (Rysunek 65).

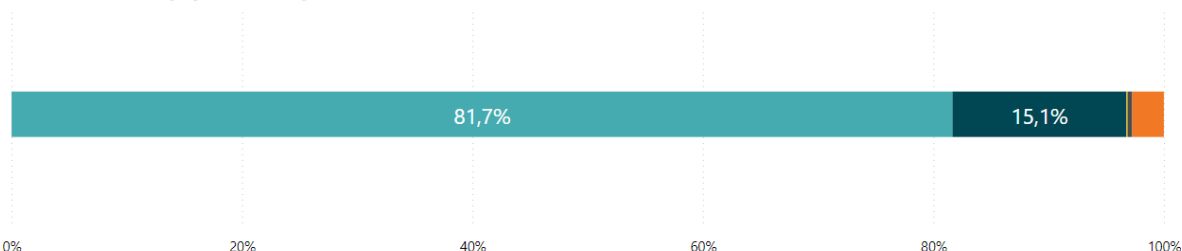
Struktura kosztów całkowitych

● Pobyt ● Transport ● Leki ● Procedury ● Wyroby medyczne

Osobodzień w hospicjum domowym



Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci



Rysunek 65. Struktura kosztów całkowitych – osobodzień w hospicjum domowym (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.).

Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy kosztów porady kwalifikacyjnej do hospicjum domowego, hospicjum domowego dla dzieci oraz oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego przedstawia poniższa tabela. Na koszt świadczenia składa się koszt infrastruktury, wynagrodzeń oraz koszt transportu.

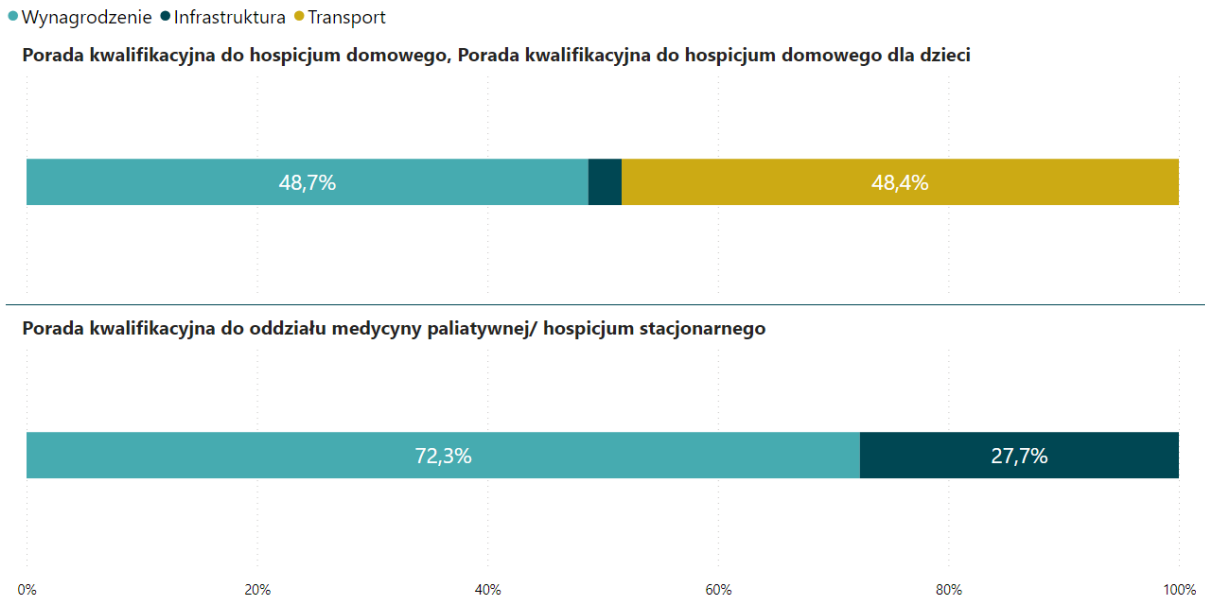
Tabela 41 Wyniki analizy kosztów świadczeń – porada kwalifikacyjna (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Infrastruktura [zł]	Wynagrodzenia [zł]	Transport [zł]	Wynagrodzenie za czas dojazdu [zł]	Wynik analizy kosztów [zł]
Porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego	48,78	127,36	nd.	nd.	176,14
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	8,13	136,35	30,30	104,99	279,77
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci					

Źródło: opracowanie własne

W strukturze kosztów porady kwalifikacyjnej do hospicjum domowego oraz hospicjum domowego dla dzieci obserwuje się zbliżony udział kosztów wynagrodzeń i kosztów transportu (w tym wynagrodzenie za czas dojazdu) (około 48%). Natomiast w całości kosztów porady kwalifikacyjnej do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego przeważają koszty wynagrodzeń (72%).

Struktura kosztów całkowitych



Rysunek 66. Struktura kosztów całkowitych – porada kwalifikacyjna (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.).
Źródło: opracowanie własne

W odniesieniu do świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej udzielanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy wyniki analizy kosztów, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń stanowi sumę kosztu infrastruktury, wynagrodzeń, leków, wyrobów i procedur medycznych oraz kosztu transportu i wynagrodzenia za czas dojazdu do pacjenta.

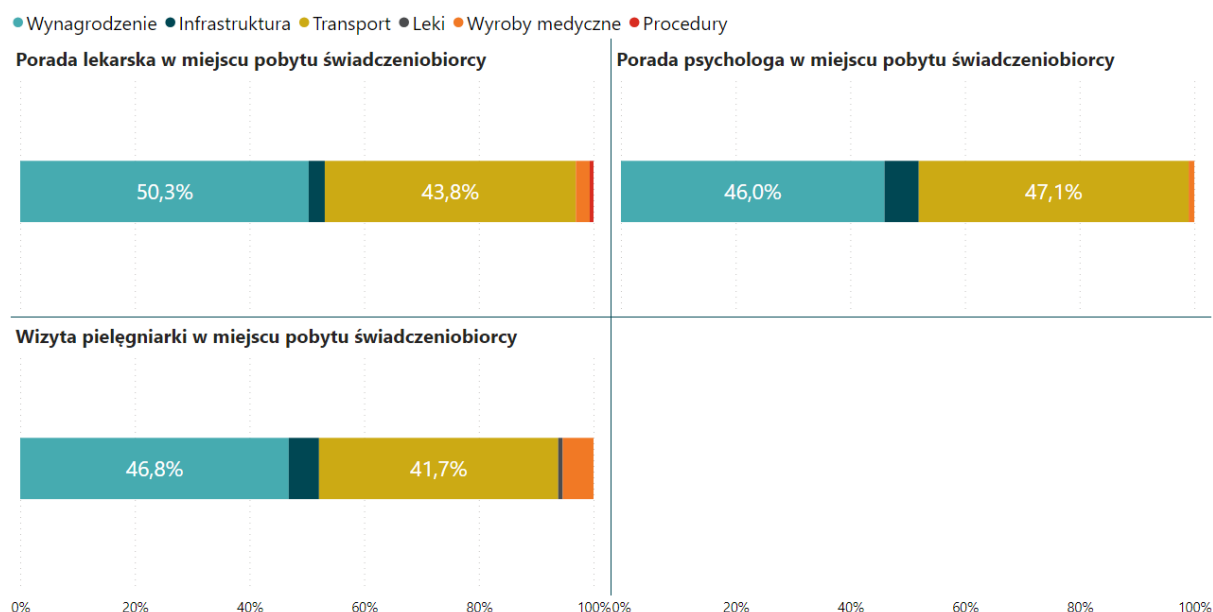
Tabela 42 Wyniki analizy kosztów świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej – porady udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Składowe kosztu świadczenia	Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy
Infrastruktura [zł]	8,13	8,13	8,13
Wynagrodzenie [zł]	145,21	72,06	62,55
Leki [zł]	–	1,22	–
Procedury medyczne [zł]	1,92	–	–
Wyroby medyczne [zł]	6,99	8,26	1,33
Transport [zł]	25,73	20,17	23,26
Wynagrodzenie za czas dojazdu [zł]	100,65	44,02	40,81
Wyniki analizy kosztów [zł]	288,62	153,86	136,08

Źródło: opracowanie własne

W koszcie porad/ wizyt udzielanych w miejscu pobytu pacjenta koszt wynagrodzeń oraz koszt transportu (w tym wynagrodzenie za czas dojazdu) mają zbliżony udział. Szczegółowe dane przedstawia poniższy rysunek.

Struktura kosztów całkowitych



Rysunek 67. Struktura kosztów całkowitych świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej – porady udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.).

Źródło: opracowanie własne

W przypadku świadczeń udzielanych w poradni medycyny paliatywnej, ich całkowity koszt stanowi sumę kosztu infrastruktury, wynagrodzeń, leków, wyrobów i procedur medycznych. Wyniki analizy kosztów, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku, zostały zamieszczone w poniższej tabeli.

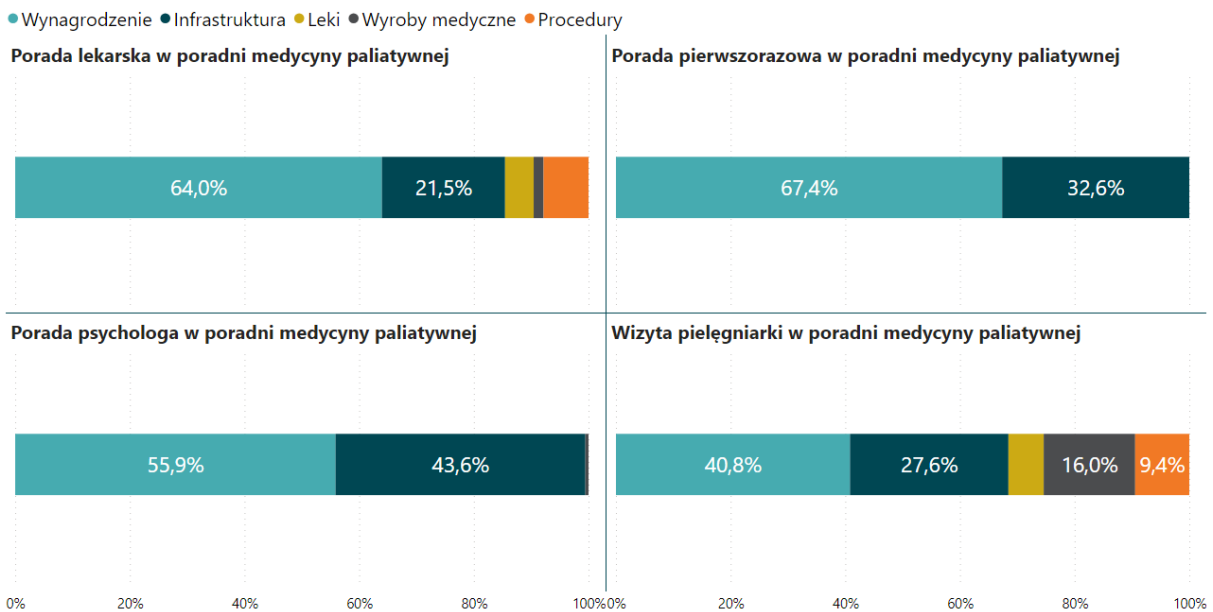
Tabela 43 Wyniki analizy kosztów świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej – porady udzielane w poradni medycyny paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Infrastruktura [zł]	Wynagrodzenia [zł]	Leki [zł]	Procedury medyczne [zł]	Wyroby medyczne [zł]	Wyniki analizy kosztów [zł]
Porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej	32,52	96,81	7,55	11,87	2,61	151,36
Wizyta pielęgniarki w poradni medycyny paliatywnej	32,52	48,04	7,24	11,11	18,77	117,68
Porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej	48,78	62,55	–	–	0,62	111,95
Porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej	56,91	117,48	–	–	–	174,39

Źródło: opracowanie własne

W koszcie porady lekarskiej oraz porady pierwszorazowej udzielanych w poradni medycyny paliatywnej znaczący udział ma koszt wynagrodzeń (ponad 60%). Największe zróżnicowanie obserwuje się w kosztach wizyty pielęgniarki. Szczegółowe dane przedstawia poniższy rysunek.

Struktura kosztów całkowitych



Rysunek 68. Struktura kosztów całkowitych świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej – porady udzielane w poradni medycyny paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.).
Źródło: opracowanie własne

Wyniki analizy kosztów dla świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej, zaktualizowane do poziomu odpowiadającego kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku, zostały przedstawione w poniższej tabeli. Całkowity koszt świadczeń stanowi sumę kosztu infrastruktury, wynagrodzeń oraz transportu.

Tabela 44 Wyniki analizy kosztów świadczeń w ramach perinatalnej opieki paliatywnej – kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Nazwa świadczenia	Infrastruktura [zł]	Wynagrodzenie			Transport [zł]	Wyniki analizy kosztów [zł]
		Porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne [zł]	Czas dojazdu [zł]	Koordinacja opieki [zł]		
Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	155,43	988,66	611,31	618,85	385,48	2 759,73

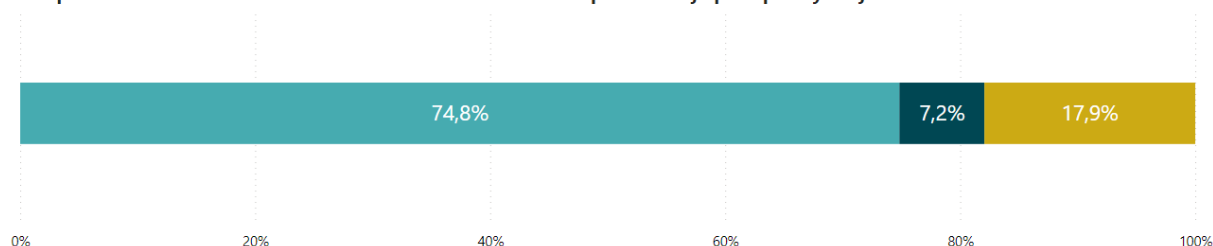
Źródło: opracowanie własne

W strukturze kosztów świadczenia w ramach perinatalnej opieki paliatywnej dominują koszty wynagrodzeń personelu biorącego udział w realizacji świadczenia (74,8%), co prezentuje poniższy rysunek.

Struktura kosztów całkowitych

● Wynagrodzenie ● Infrastruktura ● Transport

Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej



Rysunek 69. Struktura kosztów całkowitych świadczeń w ramach perinatalnej opieki paliatywnej – kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.).

Źródło: opracowanie własne

Ograniczenia przeprowadzonej analizy kosztów:

- przedmiotowe analizy zostały oparte o próbę świadczeniodawców oraz produktów rozliczeniowych – dane o kosztach świadczeń uzyskano od części świadczeniodawców realizujących przedmiotowe świadczenia,
- niejednorodność, różny stopień szczegółowości oraz sposób agregacji przekazanych danych medyczno-kosztowych (metoda sporządzenia kalkulacji kosztów pojedynczego świadczenia) wymagały ujednolicenia przed analizą,
- brak możliwości zweryfikowania, czy przekazane przez świadczeniodawców dane o kosztach są rzeczywiste i adekwatne,
- oszacowania kosztów świadczeń dokonano w oparciu o historyczne dane dotyczące realizowanych świadczeń, przy czym zostały one zaktualizowane właściwymi wskaźnikami aktualizacji kosztów,
- dane o zużytych zasobach, pozyskiwane poprzez formularze własnej kalkulacji kosztów, odnosiły się do jednego uśrednionego świadczenia – brak informacji o podanych produktach leczniczych, wykorzystanych wyrobach medycznych, zrealizowanych badaniach laboratoryjnych i procedurach diagnostycznych w poszczególnych świadczeniach,
- oszacowania kosztu transportu oparto na opracowanych przez ekspertów przedziałach pokonywanych odległości i czasach ich przejazdu oraz na podstawie odsetków świadczeń w poszczególnych przedziałach odległości.

3.3. Analiza wrażliwości

W celu zbadania wpływu niepewnych parametrów na wynik analizy kosztów świadczenia, została przeprowadzona deterministyczna jednokierunkowa analiza wrażliwości. Testowano założenie o przyjęciu do wyliczeń kosztów transportu skalkulowanych na podstawie danych finansowo-księgowych. Zestawienie badanych parametrów przedstawia poniższa tabela.

Tabela 45 Zestawienie parametrów analizy kosztów w ramach analizy wrażliwości

Parametr	Wartość parametru		Źródło	Uzasadnienie
Koszt transportu	Nazwa świadczenia	Transport [zł]	baza danych finansowo-księgowych za lata 2022–2023	w celu sprawdzenia dysproporcji kosztów pomiędzy kosztami transportu kalkulowanymi na podstawie danych
	Osobodzień w hospicjum domowym	0,36		
	Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	0,23		
	Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	0,35		

Parametr	Wartość parametru		Źródło	Uzasadnienie
	Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci			finansowo-księgowych a kosztami transportu uwzględniającymi dane rozliczeniowe NFZ
	Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5,36		
	Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5,36		
	Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	5,36		

Źródło: opracowanie własne

Przyjęcie kosztów transportu oszacowanych na podstawie danych finansowo-księgowych, powoduje spadek kosztów całkowitych świadczeń (w odniesieniu do podstawowego wariantu analizy kosztów) od 8% do 18%. Poniżej znajduje się zestawienie wyników analizy kosztów w opisanym powyżej scenariuszu analizy wrażliwości.

Tabela 46 Wyniki analizy wrażliwości (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)

Świadczenie jednostkowe	Wynik analizy kosztów wrażliwości [zł]	Wynik analizy podstawowej [zł]	Różnica względem wyniku dla analizy podstawowej [%]
Osobodzień w hospicjum domowym	97,63	109,05	-12%
Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	166,85	196,20	-18%
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	249,82	279,77	-12%
Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci			
Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	268,26	288,62	-8%
Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	139,05	153,86	-11%
Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	118,19	136,08	-15%

Źródło: opracowanie własne

3.4. Projekt taryfy

Projekty taryf opierają się na wynikach analiz kosztów w wariancie podstawowym obejmujących:

- likwidację produktów rozliczeniowych:
 - osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo,
 - osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo,
- utworzenie katalogu i produktów do sumowania dedykowanych żywieniu dojelitowemu i pozajelitowemu,
- podział i finansowanie porad w poradni medycyny paliatywnej ze względu na personel realizujący świadczenia i miejsce udzielania świadczenia,
- wyodrębnienie do oddzielnego finansowania wizyty pierwszorazowej lekarza w hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci, oddziale medycyny paliatywnej oraz hospicjum stacjonarnym jako porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego, porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci oraz porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego,
- wyodrębnienie do oddzielnego finansowania wizyty pierwszorazowej w ramach zakresu porada w poradni medycyny paliatywnej,
- zmianę nazwy świadczenia w ramach zakresu perinatalna opieka paliatywna: *porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki na kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej.*

W przypadku większości produktów rozliczeniowych projekt taryfy jest wyższy aniżeli aktualna wycena. Różnica wynosi odpowiednio od 5,7% do 109,6%. W odniesieniu do świadczeń udzielanych przez psychologa w domowej opiece paliatywnej proponuje się utrzymanie obecnej wartości taryfy (Tabela 47).

Tabela 47 Projekt taryfy

Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
		[punkty]	[zł]*	[punkty]	[zł]*	
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	6,1	616,95	7,19	727,20	17,9%
	Porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego	nd.	nd.	1,74	175,98	nd.
Świadczenia w hospicjum domowym	Osobodzień w hospicjum domowym	1	101,14	1,08	109,23	8,0%
	Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	nd.	nd.	2,77	280,16	nd.
Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	1,6	161,82	1,94	196,21	21,3%
	Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci	nd.	nd.	2,77	280,16	nd.
Porada w poradni medycyny paliatywnej	Porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej	0,99	100,13	1,50	151,71	51,5%
	Wizyta pielęgniarki w poradni medycyny paliatywnej	0,99	100,13	1,16	117,32	17,2%
	Porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej	0,99	100,13	1,11	112,27	12,1%
	Porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej	nd.	nd.	1,72	173,96	nd.
	Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	1,36	137,55	2,85	288,25	109,6%
	Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	1,36	137,55	1,52	153,73	11,8%
	Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	1,36	137,55	1,36	137,55	0,0%
Perinatalna opieka paliatywna	Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	25,82	2 611,43	27,29	2 760,11	5,7%

* dla wartości 1 pkt = 101,14 zł, stanowiącym średnią oczekiwaną cenę punktu rozliczeniowego, dla analizowanych świadczeń, od 1 lipca 2023 r.

Źródło: opracowanie własne

W związku z propozycją usunięcia produktów rozliczeniowych związanych z leczeniem żywieniowym proponuje się utworzenie katalogu produktów do sumowania, w ramach zakresu świadczeń – świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym, obejmującego:

- Żywnienie dojelitowe,
- Kompletne żywienie pozajelitowe.

Jednocześnie proponuje się przyjęcie wartości produktów rozliczeniowych związanych z leczeniem żywieniowym w wysokości odpowiadających im produktów rozliczeniowych z katalogu produktów do sumowania (1c) w ramach leczenia szpitalnego.

Dodatkowo proponuje się utrzymanie dotychczasowych zasad dotyczących okresowego przebywania świadczeniobiorcy poza hospicjum stacjonarnym lub oddziałem medycyny paliatywnej, bez potrzeby wypisywania go z hospicjum lub oddziału, tj. przepustek.

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanych taryf dla świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W ramach niniejszej analizy porównano nakłady finansowe z perspektywy płatnika publicznego ponoszone na realizację świadczeń w ramach obowiązującej wyceny oraz zmiany wynikające z zastosowania proponowanej taryfy, przy uwzględnieniu zmian w katalogu świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej.

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych za rok 2022, z uwzględnieniem:

- wszystkich świadczeń, które zostały sprawozdane do NFZ w omawianym okresie, w tym świadczeń, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ,
- nowych produktów rozliczeniowych wynikających z proponowanych zmian sposobu finansowania świadczeń,
- średniej ceny punktu w poszczególnych zakresach świadczeń obowiązujących od lipca 2023 r. wynoszącej 101,14 zł.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że oszacowania opierają się na historycznych danych dotyczących struktury realizowanych świadczeń. Do celów prezentacyjnych dla świadczeń realizowanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym posłużono się dotychczasowymi produktami rozliczeniowymi – przypisana im wartość świadczenia wynika natomiast z wyniku analizy kosztów.

Szacuje się, że wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości **213,07 mln zł**, co odpowiada zwiększeniu ponoszonych kosztów, w obszarze analizowanych świadczeń, w stosunku do szacowanej rocznej wartości świadczeń przy przyjęciu realizacji świadczeń za rok 2022 o **14,9%**.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 48 Analiza wpływu na budżet płatnika z uwzględnieniem zmian w katalogu świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej

Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Szacowana realizacja świadczeń w 2022 roku*	Aktualna wycena**		Szacowana wartość świadczeń przed zmianą***	Projekt taryfy**		Szacowana wartość świadczeń po zmianach****	Różnica
			(pkt)	(zł)		(pkt)	(zł)		
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	950 484	6,10	616,95	586 404 858	7,19	727,20	691 188 733	104 783 875
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo	78 790	7,95	804,06	63 352 123	nd.	nd.	71 799 074	8 446 951
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo	32 175	9,80	991,17	31 890 958	nd.	nd.	35 275 306	3 384 348
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym - przepustka - 50%	425	3,05	308,48	131 103	nd.	nd.	154 314	23 211
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo - przepustka 50%	14	3,98	402,03	5 628	nd.	nd.	5 083	-545
	Osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo - przepustka 50%	16	4,90	495,59	7 929	nd.	nd.	5 809	-2 120
	Porada kwalifikacyjna do hospicjum stacjonarnego / oddziału medycyny paliatywnej	31 824	nd.	nd.	nd.	1,74	175,98	5 600 423	5 600 423
Świadczenia w hospicjum domowym	Osobodzień w hospicjum domowym	6 379 894	1,00	101,14	645 262 479	1,08	109,23	696 883 477	51 620 998
	Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego	49 159	nd.	nd.	nd.	2,77	280,16	13 772 308	13 772 308
Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	Osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	619 714	1,60	161,82	100 284 556	1,94	196,21	121 595 075	21 310 519
	Porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci	1 117	nd.	nd.	nd.	2,77	280,16	312 925	312 925
Porada w poradni medycyny paliatywnej	Porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	6 064	1,36	137,55	834 103	2,85	288,25	1 747 942	913 839
	Wizyta pielęgniarki w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	2 285	1,36	137,55	314 302	1,52	153,73	351 279	36 978
	Porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	860	1,36	137,55	118 293	1,36	137,55	118 293	0
	Porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej	26 855	0,99	100,13	2 688 991	1,5	151,71	4 074 172	1 385 181

Nazwa zakresu świadczeń	Nazwa produktu rozliczeniowego	Szacowana realizacja świadczeń w 2022 roku*	Aktualna wycena**		Szacowana wartość świadczeń przed zmianą***	Projekt taryfy**		Szacowana wartość świadczeń po zmianach****	Różnica
			(pkt)	(zł)		(pkt)	(zł)		
	Wizyta pielęgniarki w poradni medycyny paliatywnej	9 401	0,99	100,13	941 322	1,16	117,32	1 102 948	161 626
	Porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej	2 277	0,99	100,13	227 996	1,11	112,27	255 628	27 632
	Porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej	7 267	nd.	nd.	nd.	1,72	173,96	1 264 173	1 264 173
Perinatalna opieka paliatywna	Kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	201	25,82	2 611,43	524 897	27,29	2 760,11	554 782	29 885
Razem		8 198 822	–	–	1 432 989 539	–	–	1 646 061 747	213 072 208

* Symulacja realizacji świadczeń w 2022 roku z uwzględnieniem nowych produktów rozliczeniowych.

** Określenia wartości punktowej projektu taryfy dokonano przy wykorzystaniu średniej ceny punktu obowiązującej od lipca 2023 r., tj. 101,14 zł.

*** Szacowane wydatki płatnika przed zmianą wysokości taryf przy uwzględnieniu przewidywanej realizacji świadczeń w roku 2022 i cenie punktu obowiązującej od lipca 2023 r.

**** Szacowane wydatki płatnika po zmianie wysokości taryf przy uwzględnieniu przewidywanej realizacji świadczeń w roku 2022 i cenie punktu obowiązującej od lipca 2023 r. W przypadku świadczeń realizowanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym posłużono się dotychczasowymi produktami rozliczeniowymi, przypisując im łączną wartość świadczeń wynikającą z proponowanych zmian.

Źródło: opracowanie własne

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Wynikowy wzrost wycen w analizowanym obszarze powinien umożliwić pokrycie rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców realizujących świadczenia z obszaru opieki paliatywnej i hospicyjnej pozwalając na zmniejszenie strat sygnalizowanych przez nich w analizowanym obszarze świadczeń. Proponowane taryfy powinny przyczynić się do promowania ambulatoryjnego i domowego trybu leczenia pacjenta, jednocześnie powodować, że pobyty stacjonarne nie będą dla świadczeniodawców obciążające ekonomicznie, co w rezultacie powinno przełożyć się na polepszenie opieki nad pacjentem, a także na racjonalizację wydatków płatnika publicznego.

Wśród oczekiwanych rezultatów jest także zahamowanie oraz odwrócenie trendu związanego ze stałym zmniejszaniem się liczby świadczeń realizowanych w poradni medycyny paliatywnej, wywołanym jednolitym sposobem finansowania – niepokrywającym ponoszonych kosztów. Aktualnie pacjenci w stanie stabilnym, ale z ograniczoną mobilnością, przebywający w domu zbyt wcześnie są obejmowani opieką zespołu opieki domowej. Dzięki planowanemu istotnemu finansowemu impulsowi decyzja o objęciu pacjentów opieką domową będzie mogła być podejmowana jedynie na podstawie parametrów medycznych, bez obawy o jej skutki finansowe. Efektem wskazanych powyżej zmian powinno być zwiększenie liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie (w poradni) a co za tym idzie zmniejszenie kolejek oczekujących zarówno do hospicjum domowego jak i stacjonarnego.

Dodatkowo przedstawione w raporcie rozwiązania dotyczące zmiany sposobu finansowania leczenia żywieniowego pacjentów, tj. utworzenie katalogu produktów do sumowania, których wartość będzie skorelowana z analogicznymi świadczeniami realizowanymi w ramach leczenia szpitalnego umożliwią zachowanie spójności w sposobie i wartości refundacji za tożsame świadczenia.

Szacuje się, że całkowity wzrost nakładów na świadczenia z obszaru opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniesie 14,9%, jednak jest on zróżnicowany w zależności od obszaru oraz struktury realizowanych świadczeń. Proponowane zmiany przyczynią się do wzrostu przychodów w podmiotach gminnych, powiatowych, miejskich, wojewódzkich, klinicznych oraz niepublicznych od 14,4% do 17,1%. Szacowany rozkład przychodów w poszczególnych kategoriach podmiotu uzależniony jest od liczby świadczeniodawców realizujących świadczenia oraz struktury zrealizowanych świadczeń. W zakresie: porada w poradni medycyny paliatywnej, oczekuje się wzrostu przychodów o 68,3% w podmiotach niepublicznych, będącymi głównymi realizatorami tych świadczeń. W podmiotach realizujących świadczenia w ramach hospicjów domowych oczekuje się wzrostu refundacji od 9,9% do 10,4%, a w hospicjach domowych dla dzieci o 21,6% w podmiotach niepublicznych. Natomiast przychody wszystkich podmiotów realizujących świadczenia w ramach perinatalnej opieki paliatywnej wzrosną o 5,7% (**Błąd! Nie można odnaleźć źródła odwołania.**).

Tabela 49 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię podmiotu

Kategoria podmiotu oraz zakres świadczeń	Liczba podmiotów	Szacowana wartość świadczeń przed zmianą [zł]**	Szacowana wartość świadczeń po zmianach [zł]***	Różnica [zł]	Różnica [%]
Gminny, powiatowy, miejski	65	161 118 389	188 360 429	27 242 040	16,9%
Porada w poradni medycyny paliatywnej	11	357 512	636 976	279 464	78,2%
Świadczenia w hospicjum domowym	29	20 932 339	23 080 866	2 148 527	10,3%
Świadczenia w oddziale medycyny	57	139 828 539	164 642 587	24 814 048	17,7%

Kategoria podmiotu oraz zakres świadczeń	Liczba podmiotów	Szacowana wartość świadczeń przed zmianą [zł]**	Szacowana wartość świadczeń po zmianach [zł]***	Różnica [zł]	Różnica [%]
paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym					
Wojewódzki	24	84 132 302	98 537 752	14 405 451	17,1%
Perinatalna opieka paliatywna	1	7 834	8 280	446	5,7%
Porada w poradni medycyny paliatywnej	11	970 789	1 868 904	898 115	92,5%
Świadczenia w hospicjum domowym	12	18 098 396	19 892 481	1 794 085	9,9%
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	19	65 055 282	76 768 086	11 712 805	18,0%
Kliniczny	9	32 610 740	38 050 185	5 439 444	16,7%
Perinatalna opieka paliatywna	1	52 229	55 202	2 974	5,7%
Porada w poradni medycyny paliatywnej	2	72 876	141 966	69 090	94,8%
Świadczenia w hospicjum domowym	1	5 519 817	6 092 698	572 881	10,4%
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	8	26 965 819	31 760 318	4 794 499	17,8%
Niepubliczny	447	1 155 128 108	1 321 113 381	165 985 273	14,4%
Perinatalna opieka paliatywna	12	464 835	491 300	26 465	5,7%
Porada w poradni medycyny paliatywnej	121	3 723 830	6 266 590	2 542 760	68,3%
Świadczenia w hospicjum domowym	363	600 711 927	661 589 740	60 877 813	10,1%
Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	70	100 284 556	121 908 001	21 623 444	21,6%
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym	135	449 942 960	530 857 751	80 914 791	18,0%
Razem	545	1 432 989 539	1 646 061 747	213 072 208	14,9%

* Symulacja realizacji świadczeń w 2022 roku z uwzględnieniem nowych produktów rozliczeniowych.

** Szacowane wydatki płatnika przed zmianą wysokości taryf przy uwzględnieniu przewidywanej realizacji świadczeń w roku 2022 i cenie punktu obowiązującej od lipca 2023 r.

*** Szacowane wydatki płatnika po zmianie wysokości taryf przy uwzględnieniu przewidywanej realizacji świadczeń w roku 2022 i cenie punktu obowiązującej od lipca 2023 r.

Źródło: opracowanie własne

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Przedmiotem raportu są świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane w warunkach stacjonarnych, domowych, ambulatoryjnych oraz perinatalnej opieki paliatywnej. Identyfikowane produktami:

- *osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym,*
- *osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo,*
- *osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo,*
- *osobodzień w hospicjum domowym,*
- *osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci,*
- *porada w poradni medycyny paliatywnej,*
- *porada w domu świadczeniobiorcy,*
- *porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki.*

Opieka paliatywna i hospicyjna była przedmiotem taryfikacji w 2015 roku, zgodnie z planem taryfikacji zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w dniu 10 marca 2015 r. Ponadto przedmiotem wyceny AOTMiT było świadczenie perinatalna opieka paliatywna na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z 30.03.2017 r., znak IK 913164/DS.

Analiza popytu i podaży

W 2022 roku Oddziały Wojewódzkie NFZ zawarły umowy o udzielanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z 545 świadczeniodawcami, którzy zrealizowali łącznie 8,23 mln świadczeń o wartości 1,03 mld zł. W latach 2017–2022 odnotowano tendencję wzrostową liczby realizowanych świadczeń ogółem. Jednocześnie na przestrzeni lat 2019–2022 nastąpił spadek liczby rozliczonych świadczeń zrealizowanych w poradni medycyny paliatywnej.

Wartość świadczeń udzielonych w oddziałach medycyny paliatywnej/ hospicjach stacjonarnych wahała się w latach 2017–2022. W 2022 roku ich wartość wyniosła 530 mln zł, a ich udział w całości wydatków stanowił 51,4%. W hospicjach domowych dla dorosłych i dla dzieci wartość udzielonych świadczeń rosła, osiągając w 2022 roku odpowiednio kwoty: 430,6 mln zł i 67 mln zł, co stanowiło 41,76% i 6,5% udziału. Natomiast wartość świadczeń w poradni medycyny paliatywnej wzrosła do 3,2 mln zł, a wartość świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej utrzymała się na stałym poziomie – 0,4 mln zł.

Na przestrzeni lat 2017–2022 liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych ulegała zwiększeniu. W 2022 roku świadczeń w warunkach stacjonarnych udzielało o 20 podmiotów więcej niż roku poprzedzającym. Natomiast w liczbie poradni medycyny paliatywnej, hospicjów domowych dla dorosłych i dla dzieci obserwuje się wahania.

W 2022 roku w strukturze podmiotów udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w podziale na kategorie podmiotu zdecydowana większość świadczeniodawców to podmioty niepubliczne (447), wśród których dominują fundacje i stowarzyszenia. Wszystkie podmioty prowadzące hospicja domowe dla dzieci to podmioty niepubliczne (70). W hospicjach domowych dla dorosłych, w poradni medycyny paliatywnej i w perinatalnej opiece paliatywnej udział tych podmiotów jest niższy i wynosi odpowiednio: 89,6% w hospicjum domowym, 83,4% w poradni oraz 86,7% w perinatalnej opiece paliatywnej. Odminną strukturę posiadają świadczeniodawcy

udzielający świadczeń w warunkach stacjonarnych. Podmioty gminne, powiatowe, miejskie, wojewódzkie oraz kliniczne stanowią 38,4% świadczeniodawców, a podmioty niepubliczne – 61,6%.

W 2022 roku placówki udzielające świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej nie były rozłożone równomiernie na terenie Polski. Spośród 545 świadczeniodawców realizujących świadczenia, najwięcej występowało ich w województwie mazowieckim (73), wielkopolskim (60) i śląskim (52), a najmniej w opolskim (12), lubuskim (15) i podlaskim (16).

W 2022 r. najwięcej podmiotów udzielających świadczeń w warunkach stacjonarnych było w województwie mazowieckim (24) i wielkopolskim (22), a najmniej w lubuskim (5) i warmińsko-mazurskim (6). Natomiast hospicjów domowych najwięcej było w województwie mazowieckim (54) oraz wielkopolskim (47), a najmniej w opolskim (8).

W 2022 roku większość świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej została udzielona przez fundacje, stowarzyszenia oraz spółki kapitałowe. Fundacje i stowarzyszenia dominowały w udzielaniu świadczeń w hospicjach domowych dla dzieci (59,7%), poradniach medycyny paliatywnej (33,8%) oraz w perinatalnej opiece paliatywnej (86,6%). Odminną strukturę odnotowano w realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych, gdzie dominowały samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (31,1%) oraz w hospicjach domowych dla dorosłych, gdzie najwięcej świadczeń udzieliły podmioty prowadzone w formie spółki kapitałowej (26,8%).

W 2022 roku świadczeń w oddziałach medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym najwięcej zrealizowano w województwach: małopolskim (154,3 tys.), śląskim (138,5 tys.) i mazowieckim (130,6 tys.), a najmniej w lubuskim (23,1 tys.) i warmińsko-mazurskim (30,1 tys.). Realizatorami świadczeń w hospicjach domowych byli głównie świadczeniodawcy z województw: mazowieckiego (882,8 tys.), śląskiego (816,1 tys.) i dolnośląskiego (796,5 tys.). W realizacji świadczeń w hospicjach domowych dla dzieci przodowało województwo małopolskie, w którym zrealizowano 22% świadczeń (134 tys.). W poradni medycyny paliatywnej najwięcej porad udzielono w województwie śląskim (11,1 tys.), w którym udział wyniósł 24%, a najmniej w opolskim (231). Perinatalną opieką paliatywną najczęściej obejmowano pacjentki w województwie mazowieckim, w którym udzielono 44% świadczeń (189). Natomiast w województwach: kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim nie udzielano świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej.

Pod względem liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2022 r. największy wskaźnik był w województwie dolnośląskim (341 na 100 tys.) i kujawsko-pomorskim (332 na 100 tys.), przy czym największą liczbę pacjentów odnotowano w województwie śląskim (12,68 tys.) i mazowieckim (12,11 tys.). Natomiast najniższy przelicznik pacjentów na 100 tys. mieszkańców odnotowano w województwie zachodniopomorskim (204 na 100 tys.), a najmniej pacjentów w województwie podlaskim.

W 2022 roku pacjenci hospitalizowani w oddziałach medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym, najczęściej byli przyjmowani w trybie planowym na podstawie skierowania (39 tys., 95,56%).

W 2022 roku opieka w oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym kończyła się w zdecydowanej większości zgonem pacjenta. Odnotowano 30 tys. zgonów, co stanowiło 75,03% udziału w zakończonej opiece nad pacjentem. W następnej kolejności odnotowano 9,07% skierowań do leczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, a u 7,09% pacjentów zakończono proces terapeutyczny lub diagnostyczny.

Świadczenia udzielane w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej dotyczyły głównie pacjentów dorosłych. W 2022 roku największy udział w strukturze mieli pacjenci w przedziale wiekowym 71–80 lat (30,29%) oraz 61–70 lat (27,59%), a także w wieku powyżej 80 r.ż. (24,9%). Natomiast dzieci stanowiły 2,32% pacjentów. Mediana wieku pacjentów, którym udzielono świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnym wyniosła 73 lata, w hospicjum domowym – 72 lata, w hospicjum domowym dla dzieci – 8 lat, w poradni medycyny paliatywnej – 69 lat, w zakresie perinatalnej opieki paliatywnej – 32 lata.

W latach 2017–2022 w strukturze długości hospitalizacji w oddziałach medycyny paliatywnej i hospicjach stacjonarnych dominowały pobyty do 1 miesiąca. W domowej opiece hospicyjnej 91% pobytów w hospicjum domowym skończyło się przed upływem 1 roku, a w domowej opiece hospicyjnej dla dzieci prawie połowa pobytów wyniosła więcej niż 1 rok.

U dorosłych, *nowotwory* (C00-D48) stanowiły największą grupę rozpoznań kwalifikujących do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozpoznanie to odnotowano u 88% pacjentów (83,8 tys. pacjentów). Rzadziej rozpoznawano: *owrzodzenie odleżynowe* (L89) i *niewydolność oddechową niesklasyfikowaną gdzie indziej* (J96).

Wśród dzieci objętych opieką paliatywną i hospicyjną w 2022 r. najczęściej rozpoznawano *mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne* (G80-G83). Odnotowano je u 558 pacjentów, którzy stanowili 24,28% udziału pacjentów do 18 r. ż. W drugiej kolejności rozpoznano *wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego* (Q00-Q07), występujące u 318 pacjentów (13,84%), a następnie *inne zaburzenia układu nerwowego* (G90-G99) u 283 pacjentów (12,32%).

W perinatalnej opiece paliatywnej u 90,85% pacjentów rozpoznano *wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenie i aberracje chromosomowe* (Q00-Q99), a u 9,15% pacjentów rozpoznano *wybrane stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym* (P00-P96).

Świadczenia w ramach zakresu perinatalnej opieki paliatywnej w 2022 roku były udzielane głównie przez hospicja domowe dla dzieci/ zespoły domowej opieki paliatywnej dla dzieci (87,06%).

Na przestrzeni lat 2019–2022 obserwuje się stały wzrost liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej. W stosunku do roku 2019 liczba lekarzy tej specjalizacji zwiększyła się z 530 osób do 605, co stanowi wzrost o 14%.

W latach 2017–2022 obserwuje się wzrost liczby posiadanych łóżek w oddziałach opieki paliatywnej i hospicjach stacjonarnych. W 2022 roku w Polsce było średnio ponad 4,5 tys. łóżek w opiece paliatywnej, z czego 1,5 tys. w oddziałach opieki paliatywnej, 2,9 tys. w hospicjach stacjonarnych oraz 20 w hospicjach stacjonarnych dla dzieci. Warto zauważyć, że w stosunku do roku 2017 liczba łóżek w hospicjach stacjonarnych zwiększyła się o ponad 1,1 tys. łóżek, co stanowi wzrost o 65%. W 2022 roku najwięcej łóżek odnotowano w województwach: mazowieckim (524), małopolskim (522) oraz śląskim (509). Natomiast najmniej łóżek posiadano w województwach: lubuskim (80), warmińsko-mazurskim (105) i opolskim (110).

Na przestrzeni lat 2017–2022 nastąpiły wahania wykorzystania łóżek we wszystkich analizowanych komórkach. W omawianych latach największe obłożenie łóżek odnotowano w hospicjach stacjonarnych – wahało się ono od 76,4% do 85,3%. Obłożenie na oddziałach opieki paliatywnej było niższe i wynosiło od 64,8% do 79,6%. Natomiast wykorzystanie łóżek w hospicjach stacjonarnych dla dzieci wahało się od 41,4% do 94,8%.

W okresie od lipca 2022 r. do sierpnia 2023 r. w przypadkach stabilnych, największą liczbę osób oczekujących do oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego odnotowano w lipcu 2023 roku i wyniosła 1 358 osób, natomiast w przypadkach pilnych największą liczbę (276) odnotowano w lipcu 2023 r. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego wahała się od 1,7 tys. do 2,6 tys. w przypadkach stabilnych. Natomiast w przypadkach pilnych liczba oczekujących rośnie od listopada 2022 r., z 299 do 657 osób w sierpniu 2023 r. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci wahała się między 16 a 32 w przypadkach stabilnych, a w przypadkach pilnych nie odnotowano kolejek oczekujących. Liczba osób w kolejce do poradni medycyny paliatywnej w przypadkach stabilnych malała. W lipcu 2022 r. oczekiwało 200 osób, a w sierpniu 2023 r. – 124. Natomiast w przypadkach pilnych liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni wahała się od 5 do 15 osób.

W przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarnego w okresie od lipca 2022 r. do kwietnia 2023 r. utrzymywał się na stałym poziomie 3 dni, a następnie wzrósł do 5-8 dni. Natomiast w przypadkach pilnych w analizowanym okresie, czas oczekiwania wynosił od 1 do 3 dni.

Zarówno w przypadkach pilnych jak i stabilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego w okresie lipiec 2022–sierpień 2023 roku utrzymywał się na stałym poziomie. W przypadkach stabilnych oczekiwano 6-9 dni, a w przypadkach pilnych 2-3 dni.

Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci wahał się w przypadkach stabilnych od 4 do 46 dni. W okresie marzec–lipiec 2023 roku obserwuje się znaczne wydłużenie czasu oczekiwania na przyjęcie do hospicjum. Natomiast w przypadkach pilnych w poszczególnych miesiącach nie zarejestrowano oczekiwania na przyjęcie, a od kwietnia 2023 r. czas ten się wydłużył, osiągając w sierpniu 2023 r. 27 dni.

W przypadkach stabilnych średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej utrzymał się na stałym poziomie 2–3 dni. Natomiast średni czas oczekiwania w przypadkach pilnych wyniósł 0–1 dzień.

Cenniki komercyjne

Ze względu na specyfikę świadczeń i sposób finansowania odnaleziono tylko 1 cennik komercyjny zamieszczony na stronie internetowej świadczeniodawcy uwzględniający koszt za osobodzień pobytu w hospicjum stacjonarnym i domowej opiece paliatywnej. Zdecydowana większość świadczeniodawców nie pobiera opłat za świadczone usługi w zakresie opieki paliatywnej lub hospicyjnej, finansując swoją działalność ze środków pozyskanych z Narodowego Funduszu Zdrowia bądź prywatnych darczyńców.

Uwagi do świadczenia

W przesłanych do Agencji uwagach dotyczących analizowanych świadczeń, środowisko zgłasza niedoszacowanie wszystkich świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ponadto świadczeniodawcy postulują o:

- określenie szczegółowych wymagań dotyczących kwalifikacji zawodowych na stanowiskach pielęgniarskich dla poszczególnych zakresów świadczeń,

- określenie szczegółowego sposobu realizacji i wymagań personelu do zapewnienia całodobowego dostępu, przez siedem dni w tygodniu, do świadczeń lekarza i pielęgniarki opieki paliatywnej, pacjentom w warunkach domowych
- zróżnicowanie wyceny świadczeń, wymogów dotyczących personelu medycznego, sprzętu i organizacji opieki w zależności od typu pacjenta,
- dostosowanie katalogu wymaganych sprzętów medycznych,
- zwiększenie norm zatrudnienia fizjoterapeutów,
- skoordynowanie opieki paliatywnej z opieką długoterminową oraz pomocą społeczną,
- wdrożenie powstającego standardu interdyscyplinarnego w telemedycynie oraz dostosowanie systemu medycznego do rozwiązań telemedycznych.

Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*. W uzasadnionych przypadkach, które zostały wskazane w dalszej części dokumentu, zastosowano odstępstwa od metodyki. Analizy przeprowadzono z uwzględnieniem:

- wprowadzenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie poradni medycyny paliatywnej:
 - porada lekarska w poradni medycyny paliatywnej,
 - wizyta pielęgniarska w poradni medycyny paliatywnej,
 - porada psychologa w poradni medycyny paliatywnej,
 - porada lekarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy,
 - wizyta pielęgniarska w miejscu pobytu świadczeniobiorcy,
 - porada psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy,
 - porada pierwszorazowa w poradni medycyny paliatywnej
- wprowadzenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: hospicjum stacjonarne/ oddział medycyny paliatywnej:
 - porada kwalifikacyjna do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego,
- wprowadzenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: hospicjum domowe:
 - porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego,
- wprowadzenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: hospicjum domowe dla dzieci:
 - porada kwalifikacyjna do hospicjum domowego dla dzieci,
- utworzenia jednego produktu rozliczeniowego dla hospitalizacji w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym (bez względu na konieczność leczenia żywieniowego) oraz produktów do sumowania dedykowanych żywieniu dojelitowemu i pozajelitowemu,
- zmiany nazwy świadczenia w ramach zakresu perinatalna opieka paliatywna: *porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki na kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej*.

Dodatkowo w związku z pismem Ministra Zdrowia z dn. 28.09.2023 r. (znak pisma: DLR.7003.34.2022.AK), zawierającym prośbę o wydanie opinii w sprawie stosowania u pacjentów w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej procedur:

- przetaczanie krwi i preparatów krwiopochodnych,
- podawanie bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną,
- podawanie preparatów zawierających czynniki wzrostu,

wobec których Zespół MZ ds. OPH wnioskował o zapewnienie możliwości dosumowania do osobodnia przeprowadzono w tym zakresie analizy.

Na podstawie przeprowadzonych analiz wydaje się dopuszczalne włączenie do stacjonarnej opieki paliatywno-hospicyjnej wyżej wymienionych procedur, uwzględniając przepisy prawa i wytyczne kliniczne. Jednakże decyzja lekarza o zastosowaniu u pacjentów wnioskowanych procedur w ramach oddziału medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarnego powinna być podejmowana indywidualnie, mając na względzie stan kliniczny pacjenta.

W przypadku uwzględnienia możliwości stosowania u pacjentów w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej procedur związanych z przetaczaniem krwi i preparatów krwiopochodnych, istotne jest spełnienie przez te oddziały wymagań określonych m.in.: rozporządzeniem ws. leczenia krwią i jej składnikami w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, rozporządzeniem ws. szkolenia pielęgniarek i położnych dokonujących przetaczania krwi i jej składników, oraz obwieszczeniem ws. wymagań dobrej praktyki przechowywania i wydawania krwi i jej składników dla banków krwi oraz badań z zakresu immunologii transfuzjologicznej wykonywanych w zakładach leczniczych podmiotów leczniczych innych niż regionalne centra, Wojskowe Centrum lub Centrum MSWiA.

Należy również wskazać zarówno potencjalne korzyści, jak i ryzyka płynące z umożliwienia stosowania u pacjentów w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej procedur związanych z przetoczeniem krwi i preparatów krwiopochodnych, podawania bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną oraz podawania preparatów zawierających czynniki wzrostu.

Korzyści:

- Zwiększenie dostępu do wnioskowanych procedur w placówkach opieki paliatywno-hospicyjnej udzielających świadczeń w trybie stacjonarnym.
- Brak konieczności przewożenia pacjentów do innych podmiotów leczniczych na realizację wnioskowanych procedur, co może przełożyć się na zmniejszenie negatywnych skutków zdrowotnych pacjenta związanych z transportem.
- Poprawa organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej nad pacjentem związana z brakiem przyjmowania pacjenta na oddział szpitalny wyłącznie w celu realizacji ww. procedur, ograniczeniem transportu międzyszpitalnego i jego finansowania.

Ryzyka:

- Umożliwienie wykonywania wnioskowanych procedur medycznych w ramach oddziałów medycyny paliatywnej i hospicjów stacjonarnych może wpłynąć na zwiększoną podaż tych świadczeń, co powinno być monitorowane przez płatnika publicznego.

Składowe kosztowe świadczeń

Całkowity koszt świadczeń stanowi w przypadku:

- świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym sumę kosztu pobytu, kosztów leków, wyrobów i procedur medycznych oraz kosztu wynagrodzeń personelu obecnie świadczącego usługi w formie wolontariatu,

- świadczeń związanych z leczeniem żywieniowym pacjenta sumę kosztów świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym oraz właściwego produktu do sumowania tj. kosztów żywienia dojelitowego bądź pozajelitowego, których wartość ustalana jest na poziomie odpowiadającym im produktom rozliczeniowym z katalogu produktów do sumowania (1c) w ramach leczenia szpitalnego,
- świadczeń udzielanych w hospicjum domowym oraz w hospicjum domowym dla dzieci sumę kosztu pobytu, kosztów leków, wyrobów i procedur medycznych oraz kosztu transportu,
- porady kwalifikacyjnej do hospicjum domowego, hospicjum domowego dla dzieci oraz oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego sumę kosztu infrastruktury, wynagrodzeń oraz koszt transportu,
- świadczeń udzielanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy, w ramach zakresu porada w poradni medycyny paliatywnej, sumę kosztu infrastruktury, wynagrodzeń, leków, wyrobów i procedur medycznych oraz kosztu transportu i wynagrodzenia za czas dojazdu do pacjenta,
- świadczeń udzielanych w poradni medycyny paliatywnej, w ramach zakresu porada w poradni medycyny paliatywnej, sumę kosztu infrastruktury, wynagrodzeń, leków, wyrobów i procedur medycznych,
- świadczeń udzielanych w ramach zakresu perinatalna opieka paliatywna sumę kosztu infrastruktury, wynagrodzeń oraz transportu.

W związku z oparciem analiz o dane pochodzące z lat 2022–2023 zostały one zaktualizowane do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku właściwymi wskaźnikami cząstkowymi.

Podstawowe składowe kosztu świadczenia oszacowano w niżej wymieniony sposób:

- Koszt osobodnia został skalkulowany w oparciu o koszty stałe wynikające z wykorzystania infrastruktury oddziału i jego obłożenia rzeczywistego lub teoretycznego (przy założeniu 85% obłożenia od poniedziałku do niedzieli). Na potrzeby oszacowania kosztów taryfikowanych świadczeń przyjęto założenie o najbardziej efektywnym wykorzystaniu infrastruktury (zwane dalej optymalnym osobodniem), na podstawie którego do wyliczeń wykorzystywano niższy z dwóch oszacowanych kosztów osobodnia.
- Średni optymalny koszt osobodnia dla każdego z produktów rozliczeniowych został obliczony jako średnia odcięta wartość kosztów ośrodków powstawania kosztów, w ramach których realizowane są świadczenia (oddziałów szpitalnych, hospicjów stacjonarnych, hospicjów domowych).
- Koszt żywienia dojelitowego i pozajelitowego został przyjęty w wysokości odpowiadającym im produktom rozliczeniowym z katalogu produktów do sumowania w ramach leczenia szpitalnego (przy założeniu średniej ceny punktu od lipca 2023 roku, tj. 1,71 zł).
- Koszty ordynowanych leków, wyrobów medycznych oraz realizowanych procedur medycznych w trakcie pobytu pacjenta w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym oraz hospicjum domowym dla dzieci oszacowane zostały na podstawie danych medyczno-kosztowych, w przeliczeniu na jeden osobodzień, przekazanych przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów.
- Koszty ordynowanych leków, wyrobów medycznych oraz realizowanych procedur medycznych w trakcie udzielania porad w poradni medycyny paliatywnej bądź w domu świadczeniobiorcy oszacowane zostały na podstawie danych medyczno-kosztowych, w przeliczeniu na jedną poradę/ wizytę, przekazanych we własnych kalkulacjach kosztów.

- Do obliczenia kosztu infrastruktury poradni medycyny paliatywnej posłużyły dane finansowo-księgowe za 2022 rok, uaktualnione do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku. Oszacowania oparto na rzeczywistej lub teoretycznej (6 godzin dziennie w dni robocze) liczbie godzin pracy OPK zaraportowanej przez świadczeniodawców. Na potrzeby niniejszej analizy przyjęto założenie o najbardziej efektywnym wykorzystaniu infrastruktury, na podstawie którego do wyliczeń wykorzystywano niższy z dwóch oszacowanych kosztów infrastruktury poradni.
- Koszt zajęcia infrastruktury, podczas udzielania świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej oraz domu świadczeniobiorcy, został obliczony jako iloczyn średniego kosztu godziny zajęcia infrastruktury oraz czasu trwania poszczególnych porad, sprawozdanego przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów oraz poddanego weryfikacji przez eksperta.
- Koszt zajęcia infrastruktury w przypadku świadczeń udzielanych w ramach zakresu perinatalna opieka paliatywna został obliczony jako iloczyn średniego kosztu godziny zajęcia infrastruktury oraz czasu trwania poszczególnych porad, sprawozdanego przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów oraz poddanego weryfikacji przez eksperta, a następnie zważonego odsetkami realizacji świadczeń w poszczególnych miejscach ich udzielania.
- Stawki godzinowe personelu uczestniczącego w realizacji świadczeń oszacowane zostały na podstawie danych finansowo-księgowych przekazanych przez świadczeniodawców za lata 2022–2023, uaktualnione do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 roku.
- Koszt personelu dla świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym, hospicjum domowym dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej oraz miejsca pobytu świadczeniobiorcy został obliczony jako iloczyn średniej stawki godzinowej oraz czasu trwania poszczególnych porad, sprawozdanego przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów oraz poddanego weryfikacji przez eksperta.
- Koszt personelu dla świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej został obliczony jako iloczyn średniej stawki godzinowej i liczby oraz czasu trwania poszczególnych porad, sprawozdanego przez świadczeniodawców we własnych kalkulacjach kosztów.
- Koszt koordynacji świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej został obliczony w oparciu o średnią stawkę godziny wynagrodzenia pielęgniarek realizujących świadczenia w poradni medycyny paliatywnej, poradni genetycznej, hospicjum domowym, zespole domowej opieki paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, stacjonarnym ośrodku opieki paliatywnej oraz założenie czasu koordynacji opieki w wymiarze 0,053 etatu (509 min), tj. 20 minut tygodniowo przez okres 6 miesięcy.
- Koszt wynagrodzeń personelu obecnie świadczącego usługi w formie wolontariatu w hospicjach stacjonarnych, stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej oraz oddziałach medycyny paliatywnej został wyceniony na poziomie wynagrodzeń personelu o zbliżonych kompetencjach. Wyliczenia oparto na danych o koszcie wynagrodzeń, będącym składową kosztów osobodnia (dane finansowo-księgowe), zważonego udziałem wolontariuszy w całości zatrudnionego personelu (własna kalkulacja kosztów).

- Koszt transportu na świadczenie został skalkulowany przy założeniu stawki za 1 kilometr przebiegu pojazdu osobowego używanego do celów służbowych w wysokości 0,89 zł, określonej w rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 25 marca 2002 r. w sprawie warunków ustalania oraz sposobu dokonywania zwrotu kosztów używania do celów służbowych samochodów osobowych, motocykli i motorowerów niebędących własnością pracodawcy (Dz. U. Nr 27, poz. 271 z późn. zm.). Ponadto pokonywane odległości zostały zważone odsetkami realizacji poszczególnych świadczeń. W przypadku hospicjum domowego oraz hospicjum domowego dla dzieci dodatkowo uwzględniono średnią liczbę porad na jeden osobodzień, a dla świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej średnią liczbę porad realizowanych w domu pacjenta.
- Koszt wynagrodzenia za czas dojazdu został oszacowany w oparciu o przedziały odległości pokonywanych przez świadczeniodawców oraz czas dojazdu do pacjentów wskazanymi w raporcie AOTMiT „Opieka paliatywna i hospicyjna” nr AOTMiT-WT-5315-1/2015 – po aktualizacji, a także o odsetki świadczeń w poszczególnych przedziałach odległości pokonywanych przez personel realizujący świadczenia (dane NFZ za 2022 rok).

Projekty taryf opierają się na wynikach analiz kosztów w wariantach podstawowym obejmujących:

- likwidację produktów rozliczeniowych:
 - osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo,
 - osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo,
- utworzenie katalogu i produktów do sumowania służących rozliczaniu kosztów żywienia dojelitowego oraz pozajelitowego,
- podział finansowania porad w poradni medycyny paliatywnej ze względu na personel realizujący świadczenia a także miejsce udzielania świadczeń,
- wyodrębnienie do oddzielnego finansowania wizyty pierwszorazowej w poradni medycyny paliatywnej a także porady kwalifikacyjnej do hospicjum domowego, porady kwalifikacyjnej do hospicjum domowego dla dzieci oraz porady kwalifikacyjnej do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego,
- wyodrębnienie do oddzielnego finansowania wizyty pierwszorazowej w ramach zakresu porada w poradni medycyny paliatywnej,
- zmianę nazwy świadczenia w ramach zakresu perinatalna opieka paliatywna: *porady i konsultacje lekarskie oraz psychologiczne wraz z koordynacją opieki na kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej.*

W przypadku większości produktów rozliczeniowych projekt taryfy jest wyższy niż aktualna wycena. Różnica wynosi odpowiednio od 5,7% do 109,6%. W odniesieniu do świadczeń udzielanych przez psychologa w miejscu pobytu świadczeniobiorcy proponuje się utrzymanie obecnej wartości taryfy.

Ponadto proponuje się utworzenie katalogu produktów do sumowania w ramach zakresu świadczeń – świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym. Jednocześnie proponuje się utworzenie produktów do sumowania dedykowanych żywieniu dojelitowemu oraz pozajelitowemu o wartości odpowiadającej analogicznym produktom rozliczeniowym z katalogu produktów do sumowania w ramach leczenia szpitalnego (1c).

Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona z wykorzystaniem danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie produktów jednostkowych zrealizowanych za rok 2022 z uwzględnieniem:

- wszystkich świadczeń, które zostały sprawozdane do NFZ w omawianym okresie, w tym świadczeń, które nie zostały rozliczone (zapłacone) przez NFZ,
- nowych produktów rozliczeniowych wynikających z proponowanych zmian sposobu finansowania świadczeń,
- średniej ceny punktu w poszczególnych zakresach świadczeń obowiązujących od lipca 2023 r.

Jednocześnie należy mieć na uwadze, że oszacowania opierają się na historycznych danych dotyczących struktury realizowanych świadczeń.

Wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości **213,07 mln zł**, co odpowiada zwiększeniu ponoszonych kosztów, w obszarze analizowanych świadczeń, w stosunku do estymowanej rocznej wartości świadczeń przy przyjęciu realizacji świadczeń za rok 2022 o **14,9%**.

6. Bibliografia

- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. (2015). *Opieka paliatywna i hospicyjna*.
- Bednarska, I., Boszko, K., Dangel, T., Dębska, M., Grenda, R., Januszaniec, A., . . . Szymkiewicz-Dangel, J. (2019). *Standardy postępowania i procedury medyczne pediatrycznej domowej opieki paliatywnej w hospicjach dla dzieci. Standardy perinatalnej opieki paliatywnej*. Warszawa: Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci.
- Dzierżanowski, T. (2021). Definicje opieki paliatywnej – przegląd narracyjny i nowa propozycja. *Medycyna Paliatywna*, 13(4), strony 187-200.
- Kłudacz, M. (2014). Zasady wyceny świadczeń zdrowotnych we francuskim systemie ochrony zdrowia. *Studia prawno-ekonomiczne*, XCIII, 193-205.
- Leppert, W., Grądalski, T., Kotlińska-Lemieszek, A., Kaptacz, I., Białoń-Janusz, A. i Pawłowski, L. (2022). Organizational standards for specialist palliative care for adult patients: Recommendations of the Expert Group of National Consultants in Palliative Medicine and Palliative Care Nursing. *Palliat. Med. Pract.*, 16(1), strony 7-26.
- Rada Europy. (2003). Wytyczne (Rekomendacje) Rec (2003) 24 Komitetu Ministrów dla państw członkowskich dotyczące organizacji opieki paliatywnej przyjęte przez Komitet Ministrów 12 listopada 2003 na 860 Konferencji Zastępców Ministrów.

7. Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – osoby dorosłe	7
Tabela 2 Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – dzieci do ukończenia 18. roku życia	8
Tabela 3 Wykaz jednostek chorobowych, w których są udzielane świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej – perinatalna opieka paliatywna	9
Tabela 4 Procedury wykonywane w komórkach organizacyjnych specjalistycznej opieki paliatywnej	16
Tabela 5 Katalog świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej	28
Tabela 6 Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach w 2022 r.	34
Tabela 7 Liczba zrealizowanych świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w poszczególnych województwach w 2022 r.	36
Tabela 8 Wartość zrealizowanych świadczeń w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2022 r.	37
Tabela 9 Grupy głównych rozpoznań, w których były udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej u dorosłych w 2022 r.	39
Tabela 10 Grupy głównych rozpoznań, w których były udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej u dzieci do 18 r.ż. w 2022 r.	40
Tabela 11 Grupy głównych rozpoznań, w których były udzielane świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w ramach perinatalnej opieki paliatywnej w 2022 r.	42
Tabela 12 Liczba łóżek w oddziałach medycyny paliatywnej/ hospicjach stacjonarnych w poszczególnych województwach w latach 2017–2022	66
Tabela 13 Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania (w dniach) na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego, hospicjum domowego, hospicjum domowego dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej według stanu na dzień 31.10.2023 r.	68
Tabela 14 Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w Anglii	75
Tabela 15 Wycena świadczeń finansowanych z ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących opieki paliatywnej regulowanych przez Stowarzyszenie Lekarzy Ustawowego Ubezpieczenia Zdrowotnego (KBV) w Niemczech w 2023 roku	77
Tabela 16 Zestawienie cen komercyjnych	78
Tabela 17 Wielkość pozyskanej próby danych w ramach postępowania nr 69 – własna kalkulacja kosztów	84
Tabela 18 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców w podziale na kategorie podmiotu	86
Tabela 19 Liczba ośrodków powstawania kosztów pozyskanych od świadczeniodawców w podziale na formę organizacyjno-prawną podmiotu	87
Tabela 20 Wskaźniki częstkowe uaktualniające dane do 30.06.2024 roku	91
Tabela 21 Propozycja kosztów żywienia dojelitowego i pozajelitowego	94
Tabela 22 Średnie koszty leków, wyrobów i procedur medycznych, po odcięciach wartości skrajnych, przyjęte do analiz (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	95
Tabela 23 Średnie koszty leków, wyrobów i procedur medycznych, po odcięciach wartości skrajnych, przyjęte do analiz (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	95
Tabela 24 Średni koszt godziny zajęcia infrastruktury, po odcięciach wartości skrajnych (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	96
Tabela 25 Koszt zajęcia infrastruktury, po aktualizacji do poziomu odpowiadającemu kosztom świadczeń realizowanych do 30.06.2024 r.	96
Tabela 26 Koszt zajęcia infrastruktury dla świadczeń udzielanych w ramach perinatalnej opieki paliatywnej, po aktualizacji do 30.06.2024 r.	97

Tabela 27 Średnie stawki godzinowe personelu realizującego taryfikowane świadczenia (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.).....	97
Tabela 28 Łączne koszty personelu realizującego taryfikowane świadczenia (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.).....	98
Tabela 29 Łączne koszty personelu realizującego kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	98
Tabela 30 Łączne koszty personelu koordynującego opiekę w ramach świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	99
Tabela 31 Koszt wynagrodzeń wolontariuszy – hospicjum stacjonarne, stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej, oddział medycyny paliatywnej	99
Tabela 32 Odległości i czasy dojazdu dla świadczeń udzielanych w miejscu pobytu świadczeniobiorcy	99
Tabela 33 Udział świadczeń w poszczególnych przedziałach pokonywanych odległości, w podziale na personel realizujący świadczenia	100
Tabela 34 Średnia liczba porad na osobodzień	100
Tabela 35 Wynagrodzenie za czas dojazdu	101
Tabela 36 Wynagrodzenie za czas dojazdu – kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej	101
Tabela 37 Koszt transportu	101
Tabela 38 Wyniki analizy kosztów świadczeń udzielanych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	102
Tabela 39 Wyniki analizy kosztów świadczeń do sumowania (przy założeniu średniej ważonej ceny punktu od lipca 2023 roku, tj. 1,71 zł)	102
Tabela 40 Wyniki analizy kosztów świadczeń udzielanych w hospicjum domowym oraz w hospicjum domowym dla dzieci (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	103
Tabela 41 Wyniki analizy kosztów świadczeń – porada kwalifikacyjna (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.) ..	104
Tabela 42 Wyniki analizy kosztów świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej – porady udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	105
Tabela 43 Wyniki analizy kosztów świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej – porady udzielane w poradni medycyny paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	106
Tabela 44 Wyniki analizy kosztów świadczeń w ramach perinatalnej opieki paliatywnej – kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	107
Tabela 45 Zestawienie parametrów analizy kosztów w ramach analizy wrażliwości	108
Tabela 46 Wyniki analizy wrażliwości (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	109
Tabela 47 Projekt taryfy	111
Tabela 48 Analiza wpływu na budżet płatnika z uwzględnieniem zmian w katalogu świadczeń w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej	114
Tabela 49 Wpływ propozycji zmian na budżet świadczeniodawców w podziale na kategorię podmiotu	116

Spis rysunków

Rysunek 1. Krotność i wartość świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017–2022.	31
Rysunek 2. Wartość poszczególnych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017–2022.	31
Rysunek 3. Liczba świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w latach 2017–2022.	32
Rysunek 4. Struktura świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej według kategorii podmiotu w 2022 r.	33
Rysunek 5. Liczba świadczeniodawców w poszczególnych województwach w 2022 r. – opieka paliatywna i hospicyjna.	33

Rysunek 6. Struktura świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej według formy organizacyjno-prawnej świadczeniodawcy w 2022 r.....	35
Rysunek 7. Liczba pacjentów w poszczególnych województwach w 2022 r.....	38
Rysunek 8. Struktura wiekowa pacjentów w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2022 r.	38
Rysunek 9. Liczba pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w latach 2017–2022.	43
Rysunek 10. Liczba świadczeń w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w latach 2018–2022.	44
Rysunek 11. Struktura wieku pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.	44
Rysunek 12. Struktura długości pobytu pacjentów w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w latach 2017–2022.	45
Rysunek 13. Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r. – oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne.	45
Rysunek 14. Struktura świadczeń według poziomu sieci szpitali w 2022 r. – oddział medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarne.	46
Rysunek 15. Struktura procedur medycznych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.	47
Rysunek 16. Struktura rozpoznań głównych w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym w 2022 r.	47
Rysunek 17. Tryb przyjęcia pacjentów do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego w 2022 r.	48
Rysunek 18. Tryb wypisu pacjentów z oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego w 2022 r.	48
Rysunek 19. Liczba pacjentów w hospicjum domowym w 2022 r.	49
Rysunek 20. Liczba świadczeń w hospicjum domowym w latach 2019–2022.	50
Rysunek 21. Struktura wieku pacjentów w hospicjum domowym w 2022 r.	50
Rysunek 22. Struktura długości pobytu pacjentów w hospicjum domowym w latach 2017–2022.	51
Rysunek 23. Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r. – hospicjum domowe.	51
Rysunek 24. Struktura procedur medycznych w hospicjum domowym w 2022 r.	52
Rysunek 25. Struktura rozpoznań głównych w hospicjum domowym w 2022 r.	52
Rysunek 26. Liczba pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.	53
Rysunek 27. Liczba świadczeń w hospicjum domowym dla dzieci w latach 2019–2022.	54
Rysunek 28. Struktura wieku pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.	54
Rysunek 29. Struktura długości pobytu pacjentów w hospicjum domowym dla dzieci w latach 2017–2022.	55
Rysunek 30. Struktura procedur medycznych w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.	55
Rysunek 31. Struktura rozpoznań głównych w hospicjum domowym dla dzieci w 2022 r.	56
Rysunek 32. Liczba pacjentów w poradni medycyny paliatywnej w latach 2017–2022.	57
Rysunek 33. Liczba świadczeń w poradni medycyny paliatywnej w latach 2019–2022.	58
Rysunek 34. Struktura wieku pacjentów w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.	58
Rysunek 35. Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r. – poradnia medycyny paliatywnej.	59
Rysunek 36. Struktura świadczeń według poziomu sieci szpitali w 2022 r. – poradnia medycyny paliatywnej.	59
Rysunek 37. Struktura procedur medycznych w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.	60
Rysunek 38. Struktura rozpoznań głównych w poradni medycyny paliatywnej w 2022 r.	60
Rysunek 39. Liczba pacjentek w perinatalnej opiece paliatywnej w latach 2018–2022.	61
Rysunek 40. Liczba świadczeń w perinatalnej opiece paliatywnej w latach 2018–2022.	62
Rysunek 41. Struktura wieku pacjentek w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.	62
Rysunek 42. Struktura świadczeń według kategorii podmiotu w 2022 r. – perinatalna opieka paliatywna.	63
Rysunek 43. Struktura świadczeń w perinatalnej opiece paliatywnej według zakresu świadczeń w 2022 r.	63
Rysunek 44. Struktura procedur medycznych w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.	64
Rysunek 45. Struktura rozpoznań głównych w perinatalnej opiece paliatywnej w 2022 r.	64
Rysunek 46. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej w latach 2019–2022.	65

Rysunek 47. Obłożenie łóżek w poszczególnych oddziałach w latach 2017–2022.	67
Rysunek 48. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.	69
Rysunek 49. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnego w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.	70
Rysunek 50. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.	70
Rysunek 51. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.	71
Rysunek 52. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.	71
Rysunek 53. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do hospicjum domowego dla dzieci w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.	72
Rysunek 54. Liczba osób oczekujących na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.	73
Rysunek 55. Średni czas oczekiwania na przyjęcie do poradni medycyny paliatywnej w okresie lipiec 2022 r. – sierpień 2023 r.	73
Rysunek 56. Wycena grup dotyczących opieki paliatywnej we Francji (zł), w latach 2020–2023.	76
Rysunek 57. Wycena grup dotyczących opieki paliatywnej w Niemczech (zł), w latach 2020–2023.	77
Rysunek 58. Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według formy organizacyjno-prawnej.	85
Rysunek 59. Struktura pozyskanych danych medyczno-kosztowych według kategorii podmiotu.	85
Rysunek 60. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w oddziałach medycyny paliatywnej oraz hospicjach stacjonarnych, po aktualizacji do 30.06.2024 r., w podziale na formę organizacyjno-prawną.	92
Rysunek 61. Rozkład kosztu osobodnia [zł] w hospicjach domowych dla dorosłych oraz hospicjach domowych dla dzieci, po aktualizacji do 30.06.2024 r., w podziale na formę organizacyjno-prawną.	93
Rysunek 62. Koszt osobodnia [zł] w oddziałach medycyny paliatywnej oraz hospicjach stacjonarnych, po aktualizacji do 30.06.2024 r., w podziale na formę organizacyjno-prawną.	93
Rysunek 63. Koszt osobodnia [zł] w hospicjach domowych dla dorosłych oraz hospicjach domowych dla dzieci, po aktualizacji do 30.06.2024 r., w podziale na formę organizacyjno-prawną.	94
Rysunek 64. Struktura kosztów całkowitych – osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej/ hospicjum stacjonarnym (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	103
Rysunek 65. Struktura kosztów całkowitych – osobodzień w hospicjum domowym (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	104
Rysunek 66. Struktura kosztów całkowitych – porada kwalifikacyjna (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.) ..	105
Rysunek 67. Struktura kosztów całkowitych świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej – porady udzielane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	106
Rysunek 68. Struktura kosztów całkowitych świadczeń w ramach poradni medycyny paliatywnej – porady udzielane w poradni medycyny paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	107
Rysunek 69. Struktura kosztów całkowitych świadczeń w ramach perinatalnej opieki paliatywnej – kompleksowe świadczenie zdrowotne realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej (dane uaktualnione do 30.06.2024 r.)	108

8. Załączniki

- Załącznik 1. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych, domowych, ambulatoryjnych oraz perinatalnej opieki paliatywnej
- Załącznik 2. Stan finansowania w innych krajach
- Załącznik 3. Lista świadczeniodawców, którzy przekazali dane w postępowaniach 68, 69, 71
- Załącznik 4. Lista świadczeniodawców, którzy przekazali dane Własnej kalkulacji kosztów w postępowaniu 69
- Załącznik 5. Analiza w zakresie oceny zasadności stosowania u pacjentów w ramach hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej procedur: przetaczania krwi i preparatów krwio pochodnych, podawania bisfosfonianów i innych leków wpływających na gospodarkę kostną, podawania preparatów zawierających czynniki wzrostu