

Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2016 roku

An appraisal of the situation of the palliative care in Poland in 2016

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

W pracy dokonano oceny sytuacji oraz dostępności opieki paliatywnej w 2016 r. Do przygotowania niniejszego opracowania wykorzystano dane ze stron internetowych centrali oraz oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, Centrum Egzaminów Medycznych, a także mapy potrzeb zdrowotnych z 2014 r. i dane Głównego Urzędu Statystycznego. Wykazano, że dostęp do świadczeń gwarantowanych z opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce jest zróżnicowany, a dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępu do świadczeń. Najlepsza dostępność dotyczy świadczeń domowych, najmniejsza ambulatoryjnych. Aby poprawić dostęp do świadczeń stacjonarnych, konieczny jest nie tylko wzrost nakładów finansowych na świadczenia, ale i wzrost nakładów na infrastrukturę. Stan zasobów kadrowych w opiece paliatywnej jest dość dobry, jednak rosnące zapotrzebowanie na opiekę paliatywną powoduje wzrost zapotrzebowania na kadrę specjalistyczną.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, organizacja, finansowanie.

Abstract

The situation and accessibility to palliative care in 2016 was assessed in this paper. The data used in this study come from the websites of the national central and regional divisions of the National Health Fund, the Ministry of Health, the Education Centre for Nurses and Midwives, the Medical Examination Centre, and from the map of healthcare needs in 2014 and the Central Statistical Office. The results revealed that access to guaranteed palliative and hospice services in Poland is diverse, and there are disparities between the voivodeships in the entities count, expenditures per capita, and accessibility to services. The best accessibility refers to the home care, and the worst – to the out-patient clinics. It is necessary to increase not only financial expenditures on the services but also investments in the infrastructure. The quantity of staff in palliative care is quite good, although the increasing demand for palliative care generates growth of the need for specialist staff.

Key words: palliative care, organisation, financing.

Adres do korespondencji

dr Tomasz Dzierżanowski, Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź, e-mail: t.dzierzanowski@termedia.pl

WSTĘP

W Polsce świadczenia z zakresu opieki paliatywnej są świadczeniami gwarantowanymi w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej finansowanie ze środków publicznych posiadają: świadczenia stacjonarne (oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne), świadczenia domowe (hospicjum domowe, hospicjum domowe

dla dzieci) oraz ambulatoryjne (poradnia medycyny paliatywnej) [1].

Opieka paliatywna świadczona w ramach oddziałów pobytów dziennych oraz szpitalnych zespołów wspierających nie jest finansowana z ubezpieczenia zdrowotnego. Jednostek tego typu jest więc niewiele i są finansowane przez organizacje non profit lub samorządy terytorialne. W Polsce rocznie opieką paliatywną obejmowanych jest ok. 100 tys. osób, z tego wśród osób dorosłych ok. 90% stanowią pacjenci z rozpoznaniem nowotworu. Z naszych wcześniej-

szych opracowań widomo, że pacjenci powyżej 65. roku życia stanowią ponad 61% [2].

Z powodu wielochorobowości u pacjentów w wieku podeszłym zapewnienie opieki paliatywnej jest procesem bardziej skomplikowanym, wymaga większych nakładów finansowych oraz wszechstronnej wiedzy ze strony personelu medycznego. Pacjent może być objęty opieką paliatywną, jeśli cierpi na jedną z chorób wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i jeśli zostanie skierowany przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Kwalifikacji do przyjęcia do opieki paliatywnej dokonuje lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej. Według map potrzeb zdrowotnych wśród dorosłych pacjentów objętych opieką paliatywną przeważają pacjenci z nowotworami (> 80%) [3].

Celem pracy było opracowanie danych dotyczących opieki paliatywnej w Polsce:

- identyfikacja liczby jednostek opieki paliatywnej finansowanych ze środków publicznych w 2016 r. oraz porównanie z latami 2005–2016,
- ocena poszczególnych serwisów w latach 2010–2016,
- identyfikacja liczby łóżek w opiece stacjonarnej z podziałem na województwa oraz odniesienie się do wymogów dotyczących liczby łóżek zalecanej przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej,
- określenie zasobów kadrowych oraz kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek,
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w latach 2005–2016,
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w 2016 r. z podziałem na województwa,
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

Tabela 1. Liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji i liczba miejsc szkoleniowych dla lekarzy w latach 2005–2016

Rok	Liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej	Liczba miejsc szkoleniowych
2005–2006	14	101
2007–2009	16	121
2010–2011	19	157
2012	20	169
2013	21	178
2014	22	187
2015	24	190
2016	31	191

MATERIAŁ I METODY

Metodyka badania została oparta na analizie krajowych baz danych: stron internetowych centrali oraz oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, Centrum Egzaminów Medycznych, map potrzeb zdrowotnych z 2014 r., danych Głównego Urzędu Statystycznego z 2016 r.

Dane zebrano w formie ankiet wypełnionych przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej.

WYNIKI

Kształcenie i zasoby kadrowe

Lekarze

Szkolenie specjalizacyjne lekarzy jest prowadzone od 2003 r. Specjalizację z medycyny paliatywnej może uzyskać lekarz posiadający specjalizację kliniczną; od 2014 r. możliwe jest jej uzyskanie także w trybie kształcenia modułowego po module podstawowym z chorób wewnętrznych lub pediatrii. Pierwsza grupa lekarzy (55 osób) specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej uzyskała w 2003 r., kolejne 30 osób w 2004 r. Następnie od 2005 r. prowadzone było szkolenie specjalizacyjne – początkowo w 14 ośrodkach posiadających akredytację do prowadzenia specjalizacji. Liczba ośrodków oraz miejsc szkoleniowych stopniowo rosła i w 2016 r. istniało już 31 ośrodków posiadających łącznie 191 miejsc szkoleniowych (tab. 1). Największa liczba lekarzy – 48 osób – uzyskała specjalizację w 2012 r. Do końca 2016 r. 459 lekarzy zdało egzamin specjalizacyjny w dziedzinie medycyny paliatywnej (tab. 2).

Pielęgniarki

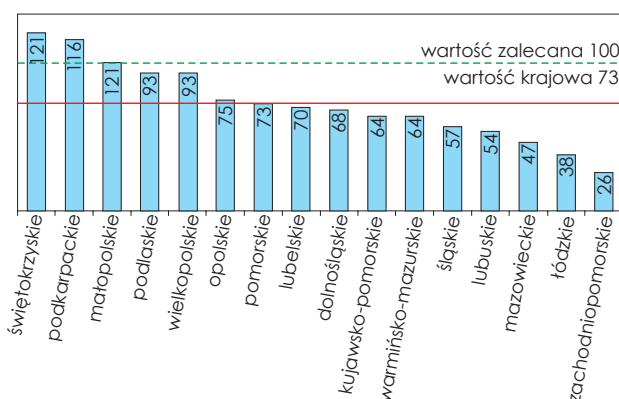
W 2006 r. 40 osób uzyskało po raz pierwszy tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Do końca 2016 r. 922 pielęgniarki uzyskały specjalizację z pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Oprócz szkolenia specjalizacyjnego szkolenie pielęgniarek prowadzone jest także w formie kursów, przy czym kurs kwalifikacyjny ukończyło 4766 osób, kurs specjalistyczny „podstawy opieki paliatywnej” – 6236, natomiast kurs „pediatryczna domowa opieka paliatywna” – 99 pielęgniarek [4].

Świadczenia opieki paliatywnej

Liczbę jednostek opieki paliatywnej finansowanych ze środków publicznych (Narodowy Fundusz Zdrowia) w latach 2005–2016 przedstawia rycina 1.

Tabela 2. Zasoby kadrowe – lekarze (dane z Centrum Egzaminów Medycznych)

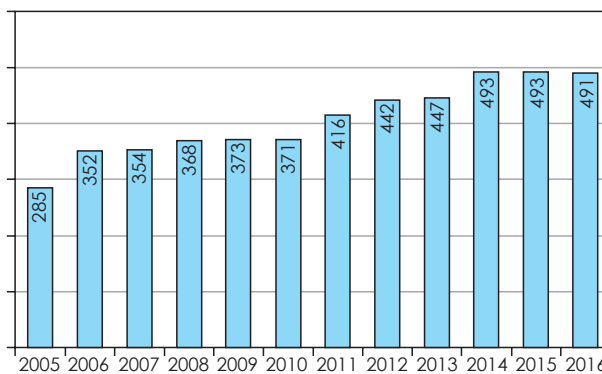
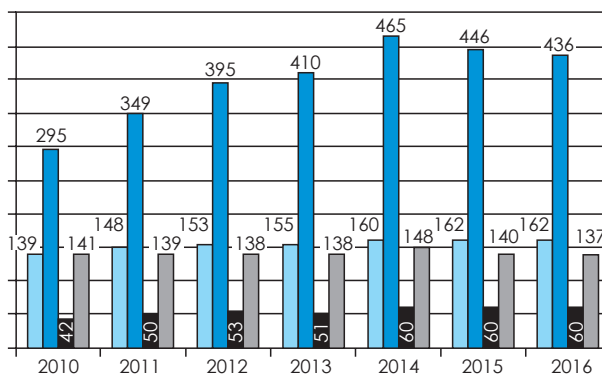
Rok	Liczba lekarzy, którzy uzyskali specjalizację w dziedzinie medycyny paliatywnej		
	Sesja wiosenna	Sesja jesienna	Razem
2003	55	0	55
2004	27	3	30
2005	5	5	10
2006	2	18	20
2007	13	10	23
2008	14	12	26
2009	14	17	31
2010	10	17	27
2011	22	25	47
2012	21	27	48
2013	16	16	32
2014	20	16	36
2015	26	19	45
2016	10	19	29
Razem	255	204	459

**Ryc. 3.** Liczba łóżek dla pacjentów wymagających opieki paliatywnej na milion mieszkańców w 2016 r., z podziałem na województwa

W 2016 r. świadczenia z zakresu opieki paliatywnej wykonywało 491 podmiotów leczniczych. W ciągu ostatnich trzech lat utrzymuje się stagnacja w zakresie liczby jednostek, co należy wiązać z brakiem kontraktowania świadczeń z nowymi podmiotami leczniczymi.

Dokonując analizy w zakresie poszczególnych świadczeń opieki paliatywnej (ryc. 2), można stwierdzić, że w 2016 r. w Polsce funkcjonowały:

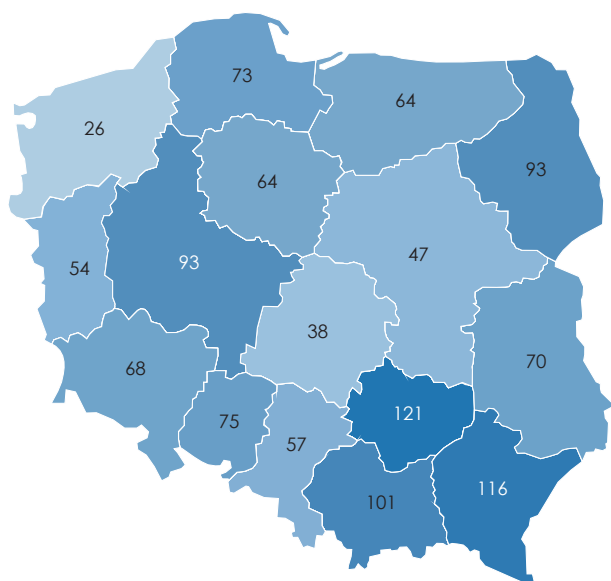
- 162 jednostki opieki stacjonarnej (oddział medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarne),
- 436 hospicjów domowych dla dorosłych,
- 60 hospicjów domowych dla dzieci,
- 137 poradni medycyny paliatywnej.

**Ryc. 1.** Liczba podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w latach 2005–2016**Ryc. 2.** Liczba podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w latach 2010–2016 z podziałem na poszczególne świadczenia

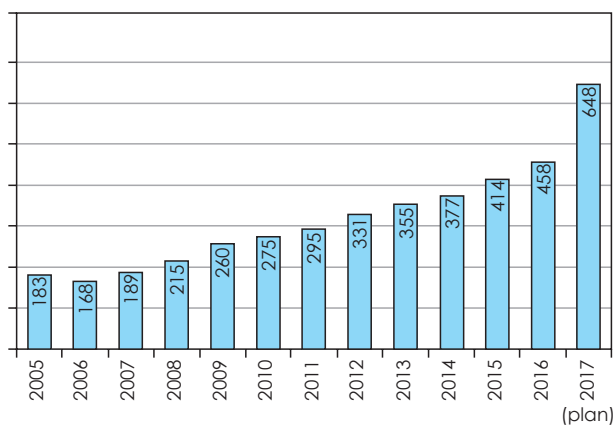
Według danych z Głównego Urzędu Statystycznego w 2016 r. w Polsce były 2804 łóżka przeznaczone dla pacjentów wymagających opieki paliatywnej; opiekę w tym czasie uzyskało 33 700 osób. Liczba łóżek w przeliczeniu na milion mieszkańców Polski wynosiła 73. Największa liczba łóżek była w województwach świętokrzyskim (121), podkarpackim (116) i małopolskim (101), najmniejsza zaś w zachodniopomorskim (26), łódzkim (38) oraz mazowieckim (47) (ryc. 3). Rozmieszczenie terytorialne łóżek opieki paliatywnej przedstawia rycina 4 [5].

Finansowanie opieki paliatywnej

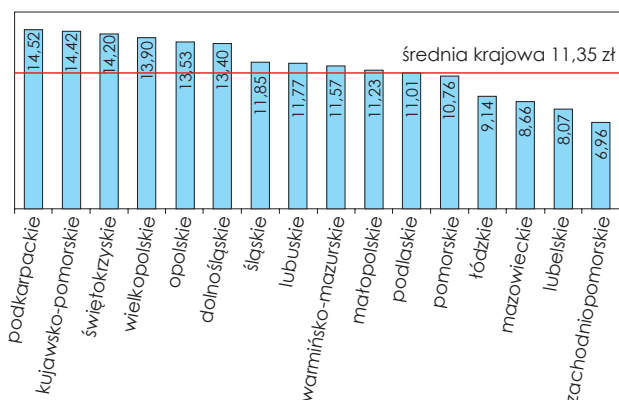
Nakłady finansowe na opiekę paliatywną pochodzące ze środków publicznych w latach 2005–2016 przedstawione zostały na ryc. 5. W 2016 r. w Polsce wyniosły one 458 mln zł i były wyższe w porównaniu z rokiem poprzednim o ok. 50 ml zł, a w porównaniu z 2011 r. wzrost wynosił ok. 45%. W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2017 widoczny był znaczny wzrost nakładów, sięgający ok. 30% w porównaniu z 2016 r. Nakłady finansowe w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosiły w 2016 r. 11,35 zł (ryc. 6).



Ryc. 4. Liczba łóżek w hospicjach stacjonarnych i na oddziałach medycyny paliatywnej na milion ludności według województw (źródło: Główny Urząd Statystyczny)

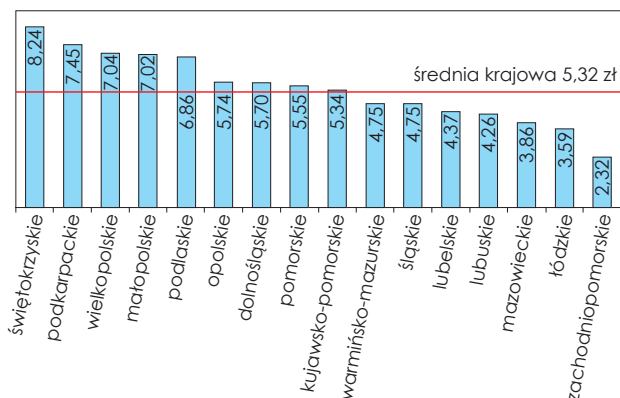


Ryc. 5. Nakłady finansowe ze środków publicznych na opiekę paliatywną w latach 2005–2017 (mln zł)

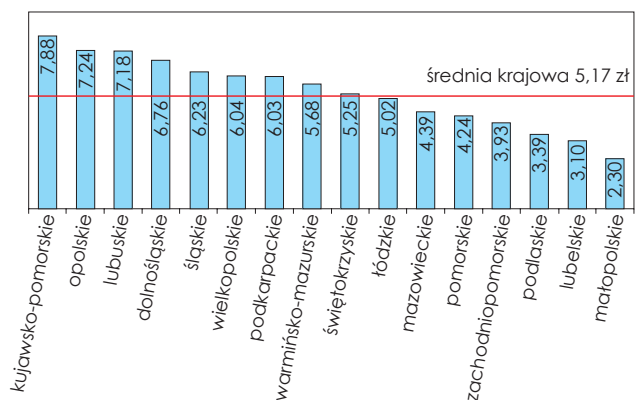


Ryc. 6. Nakłady na opiekę paliatywną w województwach w 2016 r. (zł na jednego mieszkańca)

W odniesieniu do rozkładu terytorialnego najwyższe nakłady na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkańca poniesiono w województwie podkarpackim, kujawsko-pomorskim oraz święto-



Ryc. 7. Nakłady na świadczenia w zakresie stacjonarnej opieki paliatywnej w województwach w 2016 r. (zł na jednego mieszkańca)

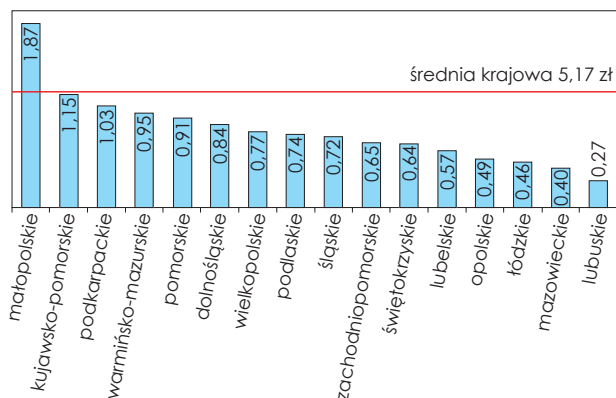


Ryc. 8. Nakłady na domową opiekę paliatywną dla dorosłych województwach w 2016 r. (zł na jednego mieszkańca)

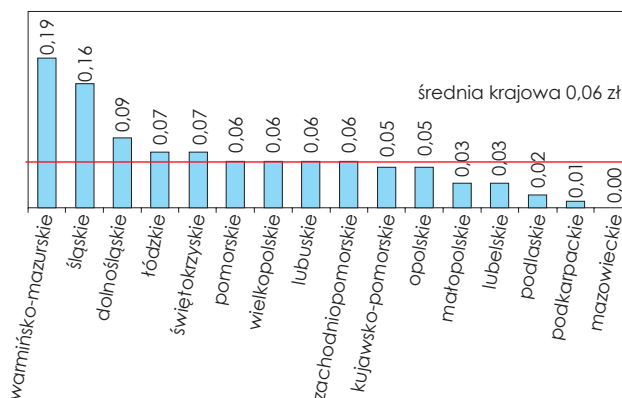
krzyskim, najniższe zaś w województwie zachodniopomorskim, mazowieckim, łódzkim i lubelskim.

W 2016 r. na świadczenia w zakresie stacjonarnej opieki paliatywnej w przeliczeniu na jednego mieszkańca przeznaczono średnio 5,32 zł, najwięcej w województwach świętokrzyskim, podkarpackim, wielkopolskim, najmniej w zachodniopomorskim, łódzkim i mazowieckim. Należy zwrócić uwagę, że w zakresie tego świadczenia różnice pomiędzy województwami są znaczne – i tak nakłady na opiekę stacjonarną w województwie świętokrzyskim są przeszło trzykrotnie większe niż w zachodniopomorskim (ryc. 7).

Na opiekę domową dla pacjentów dorosłych przeznaczono średnio 5,17 zł *per capita*. Tu także widać znaczne zróżnicowanie: najwięcej przeznaczono w województwach kujawsko-pomorskim, opolskim i lubuskim, a najmniej w małopolskim, lubelskim i podlaskim (ryc. 8). Najwyższe nakłady na opiekę domową dla dzieci przeznaczono w województwie małopolskim – były one znacznie wyższe niż w pozostałych województwach. Najmniej na opiekę domową dla dzieci przeznaczono w województwie lubuskim i mazowieckim (ryc. 9).



Ryc. 9. Nakłady na opiekę paliatywną w województwach w 2016 r. (zł na jednego mieszkańca)



Ryc. 10. Nakłady na poradnie medycyny paliatywnej w województwach w 2016 r. (zł na jednego mieszkańca)

Nakłady na poradnie medycyny paliatywnej najwyższą wartość osiągnęły w województwach warmińsko-mazurskim i śląskim, najniższą zaś w województwach mazowieckim i podkarpackim (ryc. 10).

DYSKUSJA

Porównując sytuację opieki paliatywnej w Polsce w 2016 r. z sytuacją w 2011 oraz 2014 r., można zauważyć wyraźny wzrost liczby jednostek oraz stopniowy, niewielki wzrost nakładów finansowych [2, 6].

W ostatnich latach w Polsce wzrosła liczba świadczeń w zakresie opieki paliatywnej. Najlepsza sytuacja dotyczy opieki domowej – prawie 500 jednostek mogłoby zapewnić dość dobry dostęp do tej formy opieki, ich rozmieszczenie nie jest jednak równomierne. Największy wpływ na ograniczenie dostępności opieki domowej, widoczne w niektórych województwach w postaci kolejek oczekujących, ma zbyt mała z stosunku do potrzeb liczba kontraktowanych świadczeń. Pomimo licznych postulatów do tej pory nie udało się uzyskać zniesienia limitowania świadczeń.

Stan dostępności hospicjów domowych dla dzieci utrzymuje się od trzech lat na stabilnym poziomie. Liczbę 60 jednostek można uznać za wystarczającą, aczkolwiek ich rozmieszczenie terytorialne, podobnie jak hospicjów dla dorosłych, budzi zastrzeżenia. W niektórych województwach (np. województwo małopolskie) liczba hospicjów domowych dla dzieci w porównaniu z jednostkami obejmującymi opieką domową dorosłych jest nieproporcjonalnie duża. Zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami w każdym województwie powinno być co najmniej jedno hospicjum domowe sprawujące opiekę nad dziećmi (brak norm określających górną granicę liczby podmiotów).

Najtrudniejsza sytuacja w zakresie dostępu do świadczeń dotyczy opieki ambulatoryjnej. Tyko w dwóch województwach liczba poradni i ich roz-

mieszczenie są zbliżone do oczekiwań. W pozostałych województwach dostępność ambulatoryjnej opieki paliatywnej jest ograniczona. Wartością oczekiwaną jest jedna poradnia w powiecie poznańskim oraz odpowiednio większa w dużych miastach. Niskie finansowanie oraz brak różnicowania w finansowaniu pomiędzy poradą w poradni a wizytą w domu chorego są barierami w rozwoju tej formy opieki.

W Polsce świadczenia w zakresie opieki stacjonarnej mogą być realizowane w hospicjach stacjonarnych oraz na oddziałach medycyny paliatywnej. Zgodnie z rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych w dziedzinie opieki paliatywnej i hospicyjnej wymogi organizacyjne oraz sposób finansowania dla wszystkich form opieki stacjonarnej są takie same. Dostęp do opieki stacjonarnej w naszym kraju także jest zróżnicowany. Tyko w trzech województwach liczba łóżek w opiece stacjonarnej przekracza normę zalecaną przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (EAPC), czyli 100 łóżek na milion mieszkańców [7, 8]. Jednak nawet w województwach, w których liczba łóżek jest najwyższa, okresowo zdarzają się kolejki oczekujących. Zwiększenie liczby pacjentów ze schorzeniami nienowotworowymi trafiających do opieki paliatywnej oraz warunki demograficzne są przyczyną rosnącego zapotrzebowania na opiekę. Według naszych szacunków w rejonach dużych miast potrzeby związane z dostępem do stacjonarnych miejsc opieki paliatywnej mogą kształtować się na poziomie 120–140 łóżek na milion mieszkańców [2]. Warto zwrócić uwagę, że w czterech województwach powyższy wskaźnik jest znacznie poniżej średniej krajowej. Sytuacja ta utrzymuje się od lat i wynika ze znacznego niedofinansowania opieki stacjonarnej. Zgodnie z naszymi szacunkami nakłady na stacjonarną opiekę paliatywną powinny zostać podwyższone o ok. 30% [9].

Sama poprawa finansowania nie rozwiąże jednak problemu dostępności tej formy opieki paliatywnej. Budowanie infrastruktury stacjonarnej opieki pa-

liatywnej to wyzwanie dla samorządów lokalnych. Większość funkcjonujących obecnie hospicjów stacjonarnych jest owocem oddolnych inicjatyw, podejmowanych najczęściej przez stowarzyszenia oraz organizacje wyznaniowe. Tymczasem zapewnienie równego dostępu do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej powinno być elementem polityki zdrowotnej państwa. Świadczenia w zakresie domowej, stacjonarnej oraz ambulatoryjnej opieki paliatywnej są świadczeniami gwarantowanymi. Na podstawie analizy danych dotyczących zasobów kadrowych widać, że od 2003 r. systematycznie grupa lekarzy uzyskuje co roku specjalizację z medycyny paliatywnej. Z roku na rok zwiększa się także liczba jednostek szkoleniowych oraz miejsc specjalizacyjnych. Podobna sytuacja dotyczy pielęgniarek – w ciągu ostatnich trzech lat każdego roku przybywało ponad 100 specjalistek z zakresu pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Kształcenie pielęgniarek odbywa się na różnych poziomach, co jest zgodne z zaleceniami EAPC [10].

Oceniając wartości średnich krajowych, stan zasobów kadrowych w zakresie podstawowych członków zespołów interdyscyplinarnych, czyli lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej i pielęgniarek specjalistek opieki paliatywnej, można uznać za zadowalający. Istnieją jednak różnice pomiędzy poszczególnymi województwami i w niektórych z nich nadal brakuje specjalistów. Ponadto ze względu na sytuację demograficzną oraz ciągły wzrost zachorowań na nowotwory zapotrzebowanie na kadrę specjalistyczną będzie rosło. Duże potrzeby edukacyjne dotyczące podstaw opieki paliatywnej odnoszą się też do lekarzy innych specjalizacji (lekarzy rodzinnych i internistów).

WNIOSKI

Dostęp do świadczeń gwarantowanych z opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce jest zróżnicowany, dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępności świadczeń.

Najlepszy dostęp jest do świadczeń domowych, najmniejszy do świadczeń stacjonarnych i ambulatoryjnych. Do poprawy dostępności świadczeń stacjonarnych konieczny jest nie tylko wzrost nakładów finansowych na świadczenia, ale również wzrost nakładów na infrastrukturę w celu niwelowania nierówności pomiędzy województwami.

Stan zasobów kadrowych w opiece paliatywnej jest dość dobry, jednak rosnące zapotrzebowanie na opiekę paliatywną powoduje wzrost zapotrzebowania na kadrę specjalistyczną.

PIŚMIENNICTWO

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2013 r. poz. 1347).
2. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Stan opieki paliatywnej w Polsce w 2014 roku. *Med Paliat* 2014; 3: 1-8.
3. <http://www.mpz.mz.gov.pl/> (dostęp: 4.05.2018).
4. Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych. <http://www.ckppip.edu.pl/> (dostęp: 4.05.2018).
5. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku. Warszawa 2017. <http://www.stat.gov.pl> (dostęp: 4.05.2018).
6. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w 2011 roku. *Med Paliat* 2011; 4: 214-220.
7. Radbruch L, Paine S. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe Part 1. *Eur J Palliat Care* 2009; 16: 278-289.
8. Radbruch L, Paine S., White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe Part 2. *Eur J Palliat Care* 2010; 17: 22-33.
9. Ciałkowska-Rysz A, Pokropska W, Łuczak J i wsp. How much does care in palliative care wards cost in Poland? *Arch Med Sci* 2016; 12: 2-12.
10. European Association for Palliative Care. A Guide for the Development of Palliative Nurse Education in Europe. <http://www.eapcnet.eu/LinkClick.aspx?fileticket=e9JnEa7YZD-M%3D> (dostęp: 4.05.2018).

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.