

Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2011 roku

The appraisal of the situation of the palliative care in Poland in 2011

Aleksandra Ciałkowska-Rysz¹, Tomasz Dzierżanowski²

¹Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Fundacja Hospicjum Onkologiczne św. Krzysztofa w Warszawie

Streszczenie

Opieka paliatywna to – według definicji Światowej Organizacji Zdrowia – całościowe postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin zmagających się z postępującą, zagrażającą życiu chorobą. Do tej pory nie opracowano uniwersalnego modelu opieki paliatywnej, który mógłby być wykorzystany w różnych krajach. Na podstawie analiz przygotowywanych dla Parlamentu Europejskiego oraz Atlasu Opieki Paliatywnej w Europie Polska zajmuje piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej (2006).

Celem pracy była ocena sytuacji opieki paliatywnej w Polsce w 2011 r. poprzez określenie całkowitej liczby jednostek opieki paliatywnej z wyszczególnieniem liczby jednostek mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), określenie nakładów na opiekę paliatywną w latach 2005–2011, określenie nakładów na opiekę paliatywną w 2011 r. z podziałem na województwa, określenie wartości kontraktu na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach oraz określenie nakładów na oddziały stacjonarne, opiekę ambulatoryjną oraz opiekę domową.

Analizy dokonano na podstawie danych liczbowych z oddziałów wojewódzkich NFZ oraz ankiet wypełnionych przez konsultantów wojewódzkich.

Stwierdzono zróżnicowanie liczebności jednostek oraz ich struktury w poszczególnych województwach, zróżnicowanie pomiędzy nakładami finansowymi na jednego mieszkańca w zakresie poszczególnych świadczeń w województwach, a także małą liczbę kontraktowanych świadczeń w zakresie poradni medycyny paliatywnej oraz opieki stacjonarnej.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, system opieki paliatywnej, świadczenia zdrowotne.

Abstract

Palliative care, following WHO definition, is an overall approach that improves the quality of life of patients and their families facing the progressive life-threatening illness. There is not available a universal model of palliative care yet that would be implemented in different countries. Based on the analyses prepared for the European Parliament as wells as Atlas of Palliative Care in Europe, Poland is ranked fifth in palliative care development (2006).

The aim of the study was the appraisal of the situation of palliative care in Poland in 2011 through estimation of the overall number of palliative care units and detailing the number of units providing services contracted by the National Health Fund; estimation of expenses on palliative care in 2011 with distribution per voivodeships (regions); estimation of value of contract per capita in particular voivodeships and estimation of expenses on stationary units, ambulatory care and home care.

The analysis was done based on numerical data from regional departments of the National Health Fund, as well as the questionnaires completed by the regional consultants.

There has been observed diversity of numbers of units and their structure in particular voivodeships, diversity of expenses for particular services per inhabitant in regions, as wells as very small amount of services contracted in form of ambulatory and stationary care.

Key words: palliative care, palliative care system, health services.

Adres do korespondencji:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, ul. Ciołkowskiego 3, 93-509 Łódź, tel. +48 42 689 54 84,
e-mail: olarysz@rmed.pl

Medycyna paliatywna jest dziedziną medycyny zajmującą się pacjentami z postępującą, zaawansowaną, zagrażającą życiu chorobą. Na pierwszym miejscu stawia dbałość o poprawę jakości życia oraz wsparcie opiekunów chorych [1]. Do tej pory nie opracowano uniwersalnego modelu opieki paliatywnej, który mógłby być wykorzystany w różnych krajach. Zgodnie z rekomendacjami Rady Europy z 2003 r. każdy kraj powinien wypracować swój indywidualny model opieki paliatywnej uwzględniający: system opieki zdrowotnej i opieki społecznej, warunki socjalno-ekonomiczne, a także uwarunkowania religijne i kulturowe [2].

Pierwszym obiektywnym źródłem informacji o sytuacji opieki paliatywnej był wydany przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (*European Association for Palliative Care – EAPC*) w 2006 r. Atlas Opieki Paliatywnej w Europie. Łączy on raporty oraz dane porównawcze na temat stanu opieki paliatywnej z 52 krajów z liczbą ludności – ok. 879 milionów osób. Przeprowadzone badania i analizy potwierdziły, że opieka paliatywna nie spełnia potrzeb ludności Europy [3]. Pomimo wielu badań odbywających się pod auspicjami EAPC opartych na współpracy różnych ośrodków do tej pory nie udało się zdefiniować podstawowych określeń oraz modeli prowadzenia serwisów opieki paliatywnej. Na podstawie metody badawczej, w skład której wchodziły analizy raportów komitetów międzynarodowych, hospicjów, organizacji opieki paliatywnej oraz dane z EAPC *Atlas of Palliative Care*, określono obszary zgodności. Należały do nich wskazanie domu jako preferowanego miejsca dla opieki i najlepszego miejsca dla umierania. Drugim ważnym zagadnieniem, na które wspólnie zwrócono uwagę, była konieczność wczesnego włączenia do opieki paliatywnej wtedy, gdy pojawiają się pierwsze objawy nieuleczalnej choroby. Ponad 75% ekspertów zgodziło się, że standardy i normy powinny być raczej zalecane niż obowiązkowe. Główne obszary niezgodności dotyczyły wytycznych dla różnych serwisów. Pomimo społeczno-kulturowych różnic między uczestnikami badania stwierdzono jednorodność dotyczącą powszechnych wartości i zasad w opiece paliatywnej [4]. Ważnym dokumentem zawierającym oficjalne stanowisko EAPC, opublikowane w *European Journal of Palliative Care* w dwóch częściach w 2009 i 2010 r., jest Biała księga w sprawie standardów i norm dla hospicjum i opieki paliatywnej w Europie. Zawiera ona definicje i zalecenia dotyczące liczby usług, personelu oraz sposobu świadczenia usług. Wytyczne dotyczące norm i standardów są niezbędne dla pracowników służby zdrowia pracujących w jednostkach opieki paliatywnej, ale są również skierowane do decydentów służby zdrowia odpowiedzialnych za racjonal-

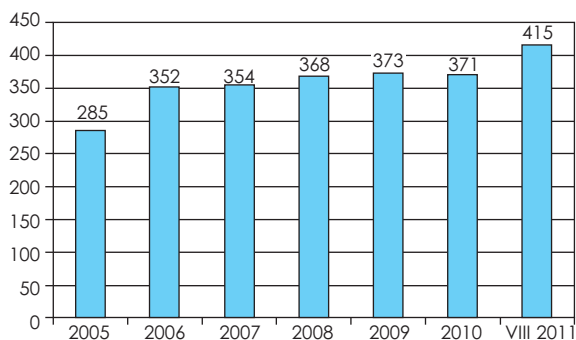
ny dostęp do opieki paliatywnej. Dokument ten uwzględnia różnice organizacyjne i kulturowe w różnych krajach europejskich. Zaleca on podstawę funkcjonowania jednostek opieki paliatywnej opierającą się na zespole interdyscyplinarnym składającym się z lekarzy i pielęgniarek posiadających wiedzę wysokospecjalistyczną oraz psychologów, fizjoterapeutów, osób duchownych, pracowników socjalnych, pracowników administracyjnych i wolontariuszy. Zgodnie z tym dokumentem zalecane jest 80–100 łóżek w opiece stacjonarnej na milion mieszkańców. Pojedyncza jednostka opieki paliatywnej powinna zawierać 8–15 łóżek, optymalnie sale 1–2-łóżkowe. Na jednego pacjenta powinno przypadać od 1 do 1,2 pielęgniarki oraz 0,15 lekarza. W opiece domowej zaleca się 1 jednostkę na 140 000 mieszkańców [5, 6].

Kolejny dokument to niezależny raport na temat opieki paliatywnej w Unii Europejskiej *A European Parliament report on palliative care* z 2009 r. Dokument został przygotowany jako narzędzie dla posłów Parlamentu Europejskiego, europejskich polityków i naukowców, wspierające ich działania na rzecz opieki paliatywnej w Europie i na świecie. W jego wnioskach zawarto informacje, że niezbędne są dalsze wysiłki w celu zapewnienia właściwego upowszechniania i wykorzystania sprawozdania wśród władz zdrowotnych na poziomie europejskim [7]. Na podstawie danych *Atlas of Palliative Care in Europe* oraz *Transforming research into action: A European Parliament report on palliative care* Polska znajduje się na piątym miejscu pod względem rozwoju opieki paliatywnej [3, 7].

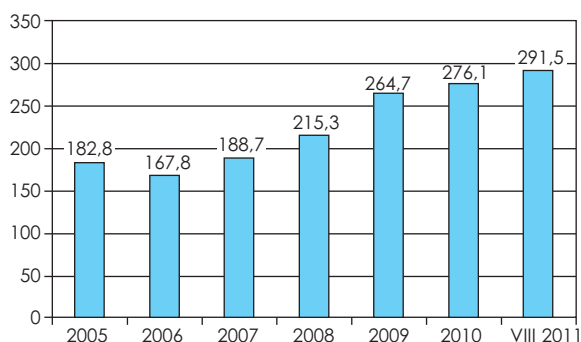
W Polsce opieka paliatywna jest odrębnym świadczeniem zdrowotnym, finansowanym ze środków publicznych w zakresie stacjonarnej opieki paliatywnej, domowej opieki paliatywnej oraz ambulatoryjnej opieki paliatywnej. Finansowania ze środków publicznych nie mają: dzienny ośrodek medycyny paliatywnej oraz szpitalny zespół wspierający.

Medycyna paliatywna to świadczenie specjalistyczne (od 1999 r. – szczegółowa specjalizacja kliniczna dla lekarzy) [8, 9].

Do najważniejszych polskich aktów prawnych stanowiących podstawę funkcjonowania jednostek medycyny paliatywnej należy ustawa o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W nowelizacji z 2007 r. ze świadczeń z opieki długoterminowej wyodrębniono świadczenia z opieki paliatywnej [10]. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z nowelizacją z 8 grudnia 2010 r. określa podstawy funkcjonowania jednostek opieki paliatywnej finansowanych ze środków publicznych [11].



Rycina 1. Liczba zakładów opieki zdrowotnej (podmiotów leczniczych), z którymi NFZ zawarł umowy w latach 2005–2011



Rycina 2. Nakłady na opiekę paliatywną w latach 2005–2011 [mln zł]

Celem pracy była ocena sytuacji opieki paliatywnej w Polsce poprzez:

- identyfikację całkowitej liczby jednostek opieki paliatywnej z wyszczególnieniem liczby jednostek mających kontrakt z Narodowym Funduszem

Zdrowia (NFZ) w 2011 r. z podziałem na województwa w porównaniu z latami 2004–2010,

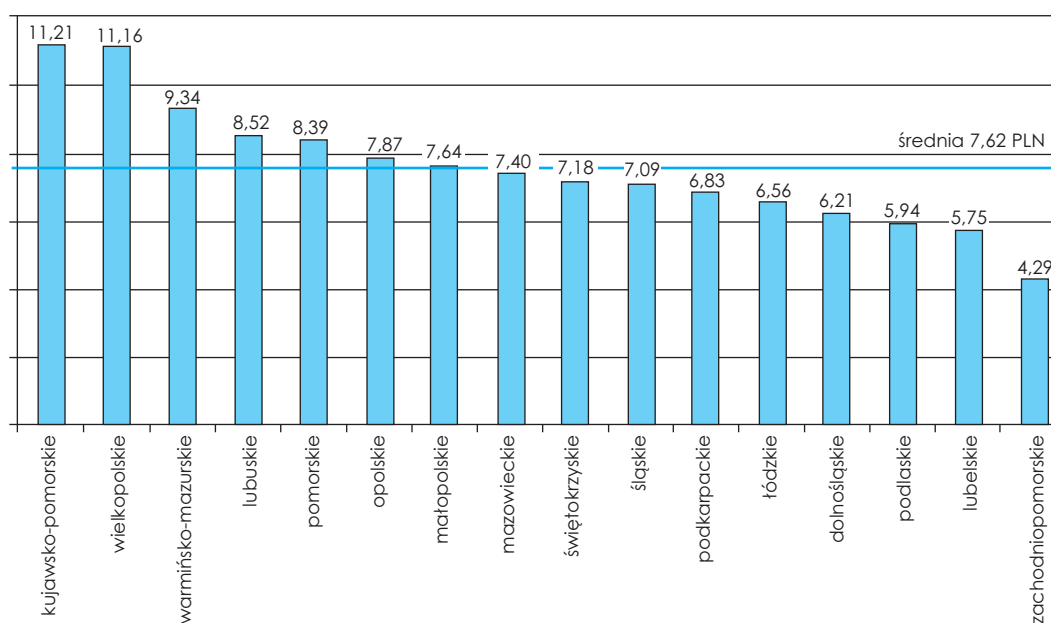
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w latach 2005–2011,
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w 2011 r. z podziałem na województwa,
- określenie wartości kontraktu na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach,
- określenie nakładów na oddziały stacjonarne, opiekę ambulatoryjną i opiekę domową.

MATERIAŁ I METODY

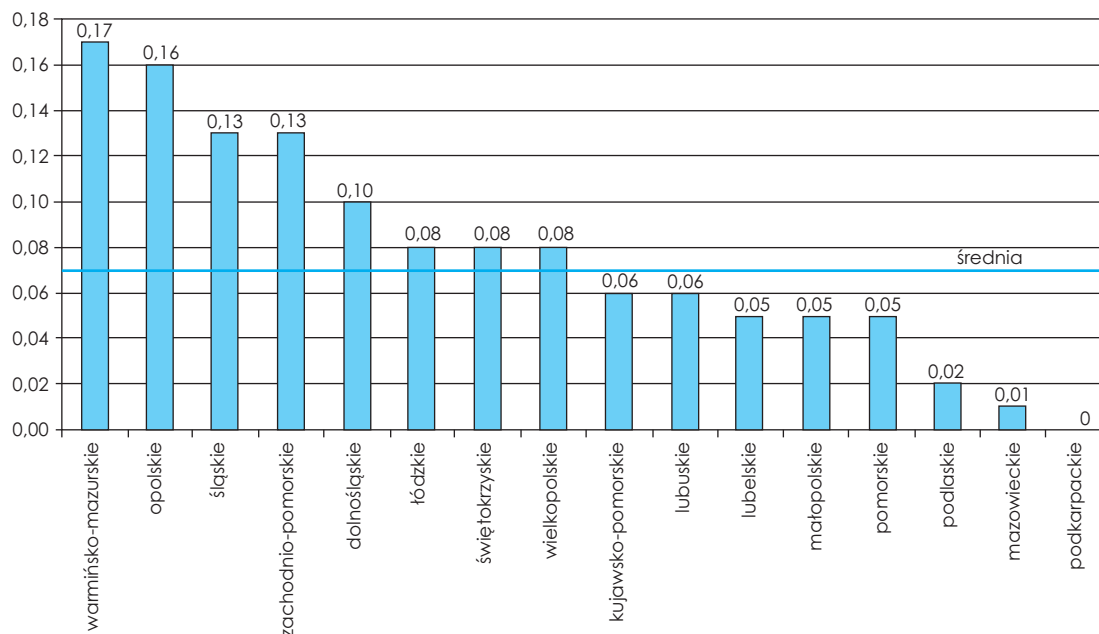
Do analizy włączono dane zebrane w formie ankiet wypełnionych przez konsultantów wojewódzkich oraz pochodzące z informatorów umieszczonych na stronach oddziałów wojewódzkich NFZ.

WYNIKI I ICH OMÓWIENIE

Na podstawie danych z 2011 r. w Polsce funkcjonują 442 jednostki opieki paliatywnej. Z tego finansowanie ze środków publicznych ma 415 jednostek. Liczbę jednostek w latach 2005–2011 przedstawiono na rycinie 1. Najwięcej jednostek znajduje się w województwach: mazowieckim, śląskim i wielkopolskim, najmniej jest ich w województwach: opolskim, świętokrzyskim i podlaskim. Nakłady na opiekę paliatywną pochodzące ze środków publicznych w latach 2005–2011 przedstawiono na rycinie 2. W 2011 r. wyniosły one 291 456 mln zł (na podstawie danych z sierpnia 2011 r.), co w przeliczeniu na jed-



Rycina 3. Nakłady na opiekę paliatywną (w złotych) na jednego mieszkańca (sierpień 2011 r.)



Rycina 4. Nakłady na poradnie medycyny paliatywnej (w złotych) na jednego mieszkańca (sierpień 2011 r.)

nego mieszkańca wynosi 7,62 zł. Nakłady na opiekę paliatywną w złotych w przeliczeniu na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach przedstawiono na rycinie 3. Największe nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca występują w województwach: kujawsko-pomorskim (11,21 zł/mieszkańca) oraz wielkopolskim (11,16 zł/mieszkańca), najniższe w zachodniopomorskim (4,29 zł/mieszkańca) oraz lubelskim (5,75 zł/mieszkańca).

PORADNIE MEDYCYNYPALIATYWNEJ

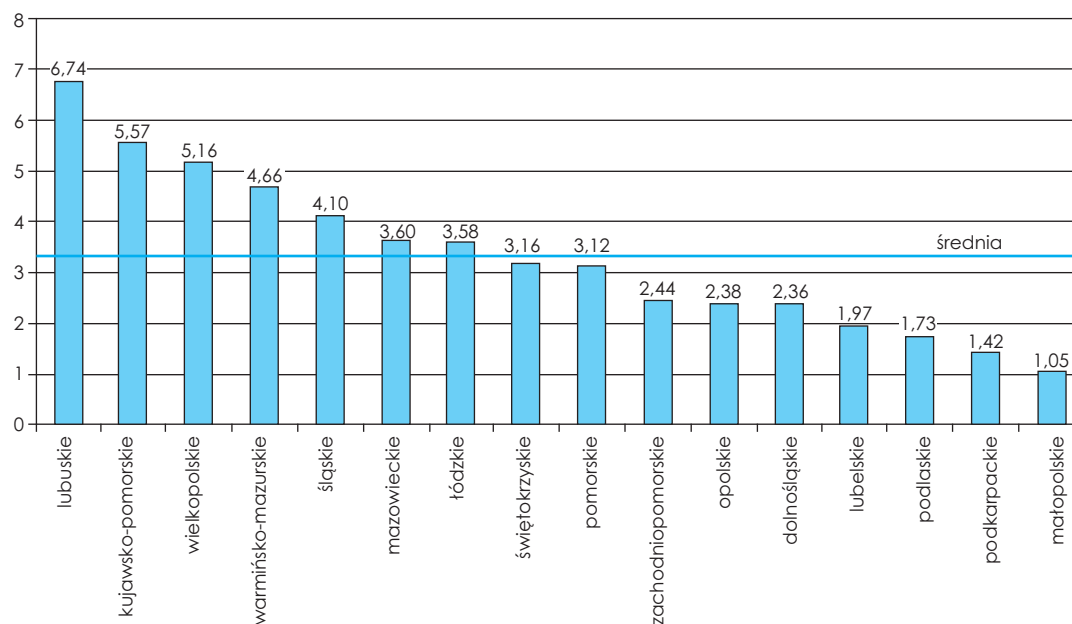
W Polsce w 2011 r. funkcjonowało 145 poradni medycyny paliatywnej (ryc. 4.). Najwięcej poradni jest w województwie śląskim (36), najmniej w województwach podlaskim (1) oraz podkarpackim (2) i mazowieckim (2). Nakłady na poradnie medycyny paliatywnej są bardzo niskie, średnio wynoszą 0,07 zł/mieszkańca, najwyższe wartości na jednego mieszkańca występują w województwie warmińsko-mazurskim (0,17 zł/mieszkańca) oraz opolskim (0,16 zł/mieszkańca), najniższe zaś w województwach podkarpackim (0,00 zł/mieszkańca) oraz mazowieckim (0,01 zł/mieszkańca).

Na podstawie analizy zebranych danych można stwierdzić, że w Polsce jest zbyt mało poradni medycyny paliatywnej, w niektórych województwach działają pojedyncze poradnie medycyny paliatywnej. Przyczyną tego są bardzo niskie kwoty przeznaczone na świadczenia w tym zakresie oraz brak zróżnicowania kwotowego dla porad i wizyt domowych. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra

Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej poradnia medycyny paliatywnej udziela porad i konsultacji dla pacjentów, którzy mogą przybyć do poradni, świadczy też wizyty domowe dla chorych w stanie stabilnym, którzy z powodu małej mobilności nie mogą przybyć do poradni [11]. Liczba poradni medycyny paliatywnej funkcjonujących obecnie nie zabezpiecza potrzeb w tym zakresie. Można więc przyjąć, że pacjenci zbyt późno objęci zostają opieką paliatywną lub zbyt szybko są obejmowani opieką domową lub stacjonarną. Obie te sytuacje nie są prawidłowe, gdyż w pierwszej mamy do czynienia z brakiem dostępu do opieki paliatywnej, w drugim przypadku z generowaniem niepotrzebnych kosztów. W celu zabezpieczenia potrzeb konieczne jest funkcjonowanie przynajmniej jednej poradni w powiecie. Niezależnie poradnia medycyny paliatywnej powinna działać w każdym ośrodku onkologicznym. Niezbędne jest także zróżnicowanie cenowe porady w poradni oraz wizyty domowej.

Opieka domowa

W Polsce 321 jednostek posiada kontrakty na świadczenie paliatywnej opieki domowej dla dorosłych (ryc. 5.). Najwięcej jednostek jest w województwie mazowieckim (35), śląskim (30), najmniej w województwie świętokrzyskim (8) oraz opolskim (8). Według załączonych danych (z sierpnia 2011 r.) na opiekę domową przeznaczono 126,8 mln zł, co w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosi 3,32 zł.



Rycina 5. Nakłady na opiekę domową (w złotych) na jednego mieszkańca (sierpień 2011 r.)

Najwyższe środki finansowe na opiekę domową w przeliczeniu na jednego mieszkańca przeznaczono w województwach lubuskim (6,74 zł/mieszkańca) kujawsko-pomorskim (5,57 zł/mieszkańca), wielkopolskim (5,16 zł/mieszkańca), najniższe w małopolskim (1,05 zł/mieszkańca), podkarpackim (1,42 zł/mieszkańca), podlaskim (1,73 zł/mieszkańca).

Liczba jednostek opieki domowej jest w naszym kraju duża i tylko w nielicznych powiatach brakuje takich jednostek. Zwraca jednak uwagę znaczne zróżnicowanie nakładów w poszczególnych województwach, w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Może to oznaczać, że pomimo dużej liczby jednostek opieki domowej w województwach o małych nakładach może występować ograniczenie dostępu do świadczeń z powodu kontraktowania zbyt małej liczby osobodni.

Opieka domowa dla dzieci (ryc. 6.)

W 2011 r. zawarto kontrakty na opiekę domową dla dzieci z 48 jednostkami, z czego 11 jednostek pochodziło z województwa małopolskiego, co stanowi 23%. Widoczne jest to w kwocie nakładów finansowych w przeliczeniu na jednego mieszkańca w tym województwie, która wyniosła 1,19 zł/mieszkańca, średnia ze wszystkich województw wynosi 0,47 zł/mieszkańca. Najniższe środki na jednego mieszkańca przeznaczono w województwie lubuskim (0,11 zł/mieszkańca).

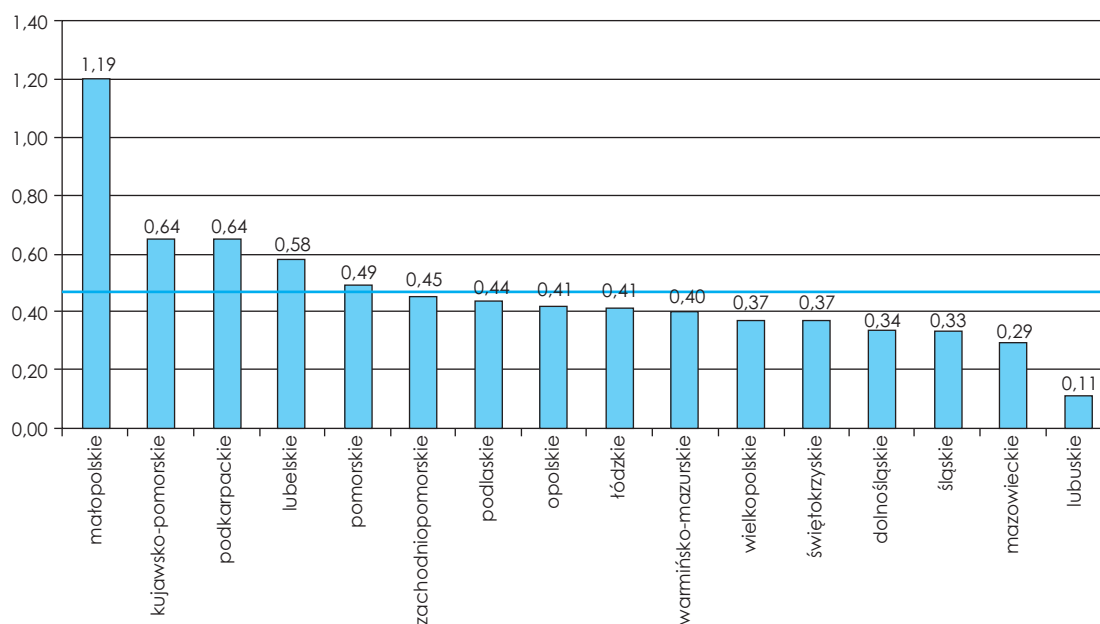
W opiece domowej dla dzieci sytuacja jest podobna do opieki domowej dla dorosłych, środki finansowe są również znacznie zróżnicowane. Zgodnie

z wcześniej przyjętymi normami w jednym województwie powinny być 1–2 jednostki sprawujące opiekę domową dla dzieci. Znaczne odstępstwo w tym zakresie obserwujemy w województwie małopolskim, gdzie jest 11 hospicjów domowych dla dzieci. W tym województwie przeznaczono największe nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca na opiekę domową dla dzieci, a najmniejszą na opiekę domową dla dorosłych.

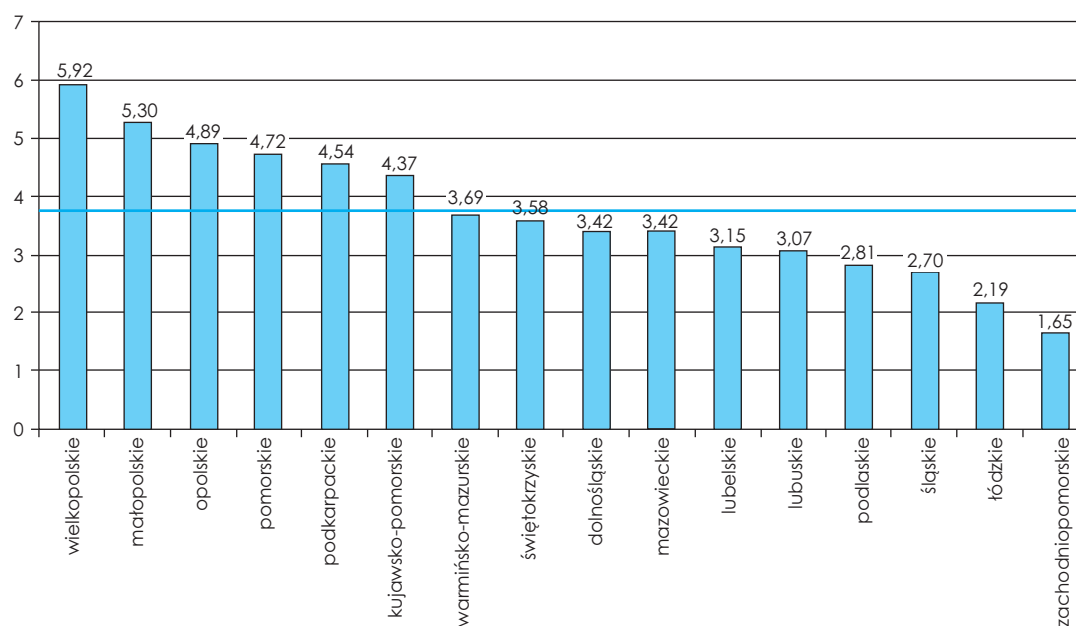
Opieka stacjonarna (ryc. 7.)

W 2011 r. podpisano umowy na świadczenia w zakresie opieki stacjonarnej z 145 jednostkami, najwięcej w Wielkopolsce (20), na Mazowszu (15) oraz w Małopolsce (14), najmniej w województwie zachodniopomorskim (2), świętokrzyskim (4), łódzkim (4). Na hospitalizację z opieki paliatywnej przeznaczono 143 218 mln zł, w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosi to średnio 3,75 zł. Najwyższe wartości na jednego mieszkańca były w województwach wielkopolskim (5,92 zł/mieszkańca) oraz małopolskim (5,3 zł/mieszkańca), najniższe zaś w zachodniopomorskim (1,65 zł/mieszkańca) i łódzkim (2,19 zł/mieszkańca).

Liczba jednostek opieki stacjonarnej również jest zróżnicowana. Świadczenia w tym zakresie są zabezpieczone tylko w części województw. W większości województw można zaobserwować ograniczenie dostępu do opieki stacjonarnej wynikające głównie z braku takich jednostek. Pacjenci wymagający opieki stacjonarnej trafiają więc na bardziej kosztochłonne oddziały internistyczne lub zabiego-



Rycina 6. Nakłady na opiekę domową dla dzieci (w złotych) na jednego mieszkańca (sierpień 2011 r.)



Rycina 7. Nakłady na opiekę stacjonarną (w złotych) na jednego mieszkańca (sierpień 2011 r.)

we. Przyczyną takiej sytuacji jest zbyt niska wycena tego świadczenia.

WNIOSKI

Na podstawie przeprowadzonej analizy danych z 2011 r. stwierdzono:

- 1) zróżnicowanie pomiędzy liczbą jednostek i ich strukturą w poszczególnych województwach w zakresie poszczególnych świadczeń,
- 2) brak zabezpieczenia w poradnie medycyny paliatywnej,
- 3) zróżnicowanie pomiędzy nakładami finansowymi na jednego mieszkańca w zakresie poszczególnych świadczeń w województwach,
- 4) ograniczenie dostępu do opieki stacjonarnej spowodowane niewystarczającą liczbą jednostek stacjonarnych.

PIŚMIENICTWO

1. Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organizations global perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-96.
2. Wytuczne (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. Wyd. Polskie ECEPT, Abedek, Poznań 2004.
3. Atlas of Palliative Care in Europe. Rocafort J., Rocafort J., Centeno C. (red.). IAHPIC Press, Houston 2007.
4. Junger S., Payne S., Rodbruch L. and Board of Directors of the EAPC. Wien 2009.
5. Radbruch L., White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *Eur J Pall Care* 2009; 16: 278-289.
6. Radbruch L. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. *Eur J Pall Care* 2010; 17: 22-33.
7. Transforming research into action: A European Parliament report on palliative care. *Eurohealth* 2009; 15: 23-25.
8. Ciałkowska-Rysz A. Wytuczne organizacji opieki paliatywnej. *Twój Magazyn Medyczny* 2005; 10: 9-12.
9. Ciałkowska-Rysz A. Sytuacja i wyzwania opieki paliatywnej w Polsce. *Medycyna Paliatywna* 2009; 1: 22-26.
10. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 31b (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1138).