

Stan opieki paliatywnej w Polsce w 2014 roku

The condition of palliative care in Poland in 2014

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Niniejsze opracowanie zostało przygotowane na podstawie danych z 2014 r. ze strony internetowej NFZ, informacji z Centrum Egzaminów Medycznych, Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych oraz informacji od konsultantów wojewódzkich. Zawiera ocenę ogólnej sytuacji w opiece paliatywnej i hospicyjnej, liczbę jednostek udzielających świadczeń z zakresu poszczególnych form opieki paliatywnej oraz ich rozmieszczenie, liczbę łóżek w opiece stacjonarnej w poszczególnych województwach, strukturę wiekową pacjentów, zasoby kadrowe – lekarzy i pielęgniarek oraz porównuje finansowanie świadczeń w poszczególnych województwach. Wykazano, że dostępność poszczególnych form opieki paliatywnej w różnych regionach kraju jest nierówna, dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępności świadczeń. Liczba jednostek opieki domowej jest zadowalająca, choć w niektórych województwach nadal jest potrzebny rozwój tej formy opieki. Ograniczeniem w dostępności opieki domowej jest zbyt mała liczba kontraktowanych świadczeń.

Liczba jednostek stacjonarnych oraz liczba łóżek przypadająca na 100 tys. mieszkańców jest niewystarczająca, tylko nieliczne województwa osiągają zadowalający stan w tym zakresie.

Ambulatoryjna opieka paliatywna nie zabezpiecza zapotrzebowania (zbyt mała liczba jednostek oraz nierówne rozmieszczenie).

Środki finansowe przeznaczone na opiekę paliatywną w Polsce są niewystarczające.

Sytuację dotyczącą zasobów kadrowych można uznać za zadowalającą. Liczba ośrodków kształcących oraz specjalistów lekarzy i pielęgniarek corocznie się zwiększa.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, organizacja, finansowanie.

Abstract

This report was prepared based on the 2014 data from the National Health Fund, Medical Exams Center, Post-gradual Nurses and Midwives Education Center and information collected from voivodeship consultants. It contains the assessment of the general situation of palliative and hospice care, the number, and location of particular types of palliative care units, the number of beds in inpatient care per voivodeship, the patient age profile, doctors and nurses human resources, and it also presents a comparison of financing services in particular voivodeships. It has been demonstrated that the accessibility to specific forms of palliative care is uneven across the country, there are disparities in the density of units, expenditures per capita and accessibility to the services between the voivodeships. The number of home care units is satisfying, however, in some voivodeships this form of palliative care still needs development. The impediment against accessibility to home care is too little number of contracted services. The number of inpatient units and the number of beds per 100 thousands of inhabitants are insufficient, and only a few voivodeships reach satisfactory condition. The outpatient palliative care does not meet the necessary volume (too little number of units and uneven dispersion). The financial resources spent on palliative care in Poland are insufficient. The human resources situation may be regarded as satisfactory. The number of educational centers for professionals (doctors and nurses) grows from year to year.

Key words: palliative care, organization, financing.

Adres do korespondencji:

Tomasz Dzierżanowski, Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, e-mail: t.dzierzanowski@termedia.pl

WPROWADZENIE

W Polsce medycyna paliatywna należy do najmłodszych, podlegających dynamicznym zmianom, dziedzin medycyny. Zmiany te z jednej strony wynikają ze starzenia się społeczeństwa i wzrostu zachorowań na tak zwane choroby cywilizacyjne, z drugiej z postępu dokonującego się w terapii wielu chorób, a także wprowadzania nowych, skutecznych metod leczenia objawowego. Znaczny wpływ na zmiany sytuacji w opiece paliatywnej mają także system finansowania i rozwiązania legislacyjne w zakresie kontraktowania świadczeń.

Medycyna paliatywna to świadczenie specjalistyczne, finansowane ze środków publicznych (od 1999 – szczegółowa specjalizacja kliniczna dla lekarzy).

Obecnie obowiązuje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2013 poz. 1347). Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane są bezpłatnie w następujących warunkach:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej;
- domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych;
- domowych – w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia;
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

W Polsce do tej pory ze środków publicznych nie są finansowane świadczenia w zakresie dziennych ośrodków opieki paliatywnej oraz szpitalnych zespołów wspierających.

Powyższe dokumenty określają warunki udzielania świadczeń, czyli standardy dotyczące liczby zatrudnionego personelu medycznego, kwalifikacji zawodowych i wyposażenia jednostek, oraz sposób sprawowania opieki. Według obecnie obowiązujących dokumentów lekarze zatrudnieni w jednostkach opieki paliatywnej powinni posiadać specjalizację z medycyny paliatywnej lub ukończyć kurs zorganizowany przez jednostkę uprawnioną do szkolenia lekarzy odbywający się zgodnie z programem specjalizacji (tematyka: ból, objawy somatyczne, problemy psychologiczne oraz komunikacja). Jeden lekarz opiekuje się 10 pacjentami na oddziale stacjonarnym, w opiece domowej 1 lekarz sprawuje opiekę nad 30 pacjentami. Zatrudnienie pielęgniarek w opiece stacjonarnej jest regulowane oddzielnym rozporządzeniem Ministra Zdrowia dotyczącym standardów liczby pielęgniarek przypadających na łóżko szpitalne (uzależnione od stanu pacjentów). W opiece domowej 1 pielęgniarka może mieć pod opieką maksymalnie 15 chorych. Pozostali pra-

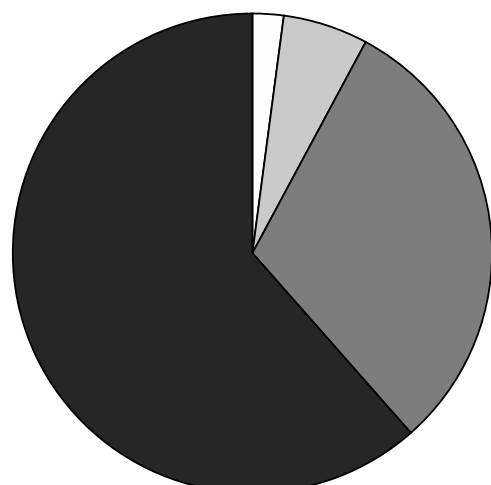
cownicy: psychologowie, fizjoterapeuci, kapelani, pracownicy socjalni, powinni mieć wykształcenie specjalistyczne związane z wykonywanymi czynnościami oraz kurs z zakresu opieki paliatywnej. Wolontariusze pracujący z pacjentami powinni ukończyć kurs dla wolontariuszy z zakresu opieki paliatywnej. Na oddziale stacjonarnym podstawowym wyposażeniem są łóżka szpitalne o regulowanej wysokości, z materacami pneumatycznymi, mające dostęp do źródła tlenu. Ponadto wymagane są pompy infuzyjne, ssaki elektryczne, drobny sprzęt rehabilitacyjny. Podobny sprzęt może być wypożyczony do domu.

Kształcenie lekarzy regulują przepisy ustawy z 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z 2013 r. w sprawie specjalizacji lekarzy. Zgodnie z ww. rozporządzeniem, specjalizacja z zakresu medycyny paliatywnej stała się specjalizacją realizowaną w ramach dwóch modułów: podstawowego z zakresu chorób wewnętrznych lub pediatrii (czas trwania 3 lata) oraz modułu specjalistycznego z medycyny paliatywnej (2 lata). Lekarze posiadający już specjalizację w dziedzinie klinicznej mogą odbywać szkolenie specjalizacyjne w trybie 2–3-letnim.

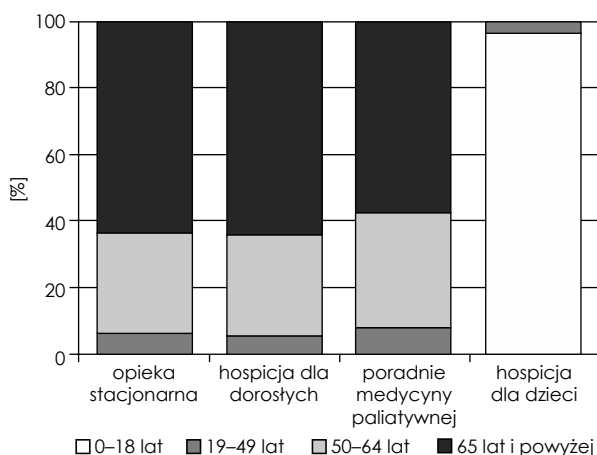
Kształcenie pielęgniarek w zakresie opieki paliatywnej ma formę kształcenia podyplomowego i odbywa się pod nadzorem Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych. Pielęgniarki mogą uzyskiwać specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej – szkolenie specjalizacyjne trwa 18–24 miesiące (1070 godzin dydaktycznych). Są także krótsze formy kształcenia: kurs kwalifikacyjny 3–6-miesięczny (505 godzin) i kurs z zakresu podstaw opieki paliatywnej (85 godzin). Podstawą prawną jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne.

W Polsce rocznie umiera ok. 380 tys. osób, w tym na choroby przewlekłe ok. 320 tys., z czego na nowotworowe ok. 95 tys. osób. Na podstawie danych z NFZ, z opieki paliatywnej finansowanej ze środków publicznych w 2012 r. skorzystało ponad 90 tys. pacjentów [1, 2].

Kwalifikacji do objęcia opieką paliatywną dokonuje lekarz zatrudniony w jednostce opieki paliatywnej na podstawie oceny stanu klinicznego oraz rozpoznania zgodnego z Międzynarodową Klasyfikacją Chorób ICD-10. Do opieki paliatywnej pacjentów dorosłych kwalifikuje się osoby z rozpoznaniem choroby nowotworowej (ICD-10 C oraz D) niezależnie od stadium zaawansowania choroby – jeśli konieczne jest leczenie objawowe. Ponadto opieką paliatywną mogą być objęci pacjenci w zaawansowanych stadiach ze schorzeniami z ICD-10: G (następstwa chorób zapalnych układu nerwowego,



Ryc. 1. Struktura wiekowa pacjentów objętych opieką paliatywną



Ryc. 2. Struktura wiekowa pacjentów w ramach poszczególnych świadczeń

Tabela 1. Liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji i liczba miejsc szkoleniowych w latach 2005–2014

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

układowe zaniki pierwotne OUN, choroby demielinizacyjne OUN), B (choroby wywołane przez wirus HIV), L (owrzodzenia odleżynowe) oraz stadia schyłkowe kardiomiopatii (I) i przewlekłej niewy-

dolności oddechowej (J). Wśród pacjentów dorosłych > 90% pacjentów objętych opieką paliatywną stanowią osoby ze schorzeniami nowotworowymi. Pacjenci z innymi schorzeniami przewlekłymi mają zagwarantowane świadczenia z zakresu długoterminowej opieki pielęgniarstwa, zakładów opiekuńczo-leczniczych, opiekuńczo-pielęgnacyjnych [3].

W grupie pacjentów do 18. roku życia lista schorzeń gwarantowanych zgodnie z kodami ICD-10 jest bardzo szeroka i obejmuje, oprócz chorób nowotworowych, wady rozwojowe wrodzone, zniekształcenia i aberracje chromosomowe, uszkodzenia okołoporodowe, zaburzenia metaboliczne, choroby układu nerwowego i inne. Według corocznego raportu Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci w 2013 r. najliczniejszą grupę stanowiły dzieci z wadami rozwojowymi i aberracjami chromosomowymi (33%) oraz dzieci z chorobami układu nerwowego (32%). Dzieci z nowotworami stanowiły zaledwie 12% wszystkich pacjentów. Podobny odsetek stanowiły dzieci z uszkodzeniami okołoporodowymi (12%) [4].

STRUKTURA WIEKOWA PACJENTÓW OBJĘTYCH OPIEKĄ PALIATYWNĄ

Najliczniejszą grupę pacjentów objętych opieką paliatywną, tj. 61,5%, stanowili pacjenci powyżej 65. roku życia, odsetek pacjentów w wieku 50–64 lata wynosił 30,7%, a w wieku 19–49 lat 5,7%, grupa 0–18 lat stanowiła zaledwie 2,1%. W ramach poszczególnych świadczeń najwięcej pacjentów po 65. roku życia korzystało z opieki hospicjum domowego dla dorosłych. Pacjenci w wieku 19–49 lat częściej korzystali z poradni medycyny paliatywnej niż pacjenci w innych przedziałach wiekowych. Do analizy wykorzystano dane z 2012 r. (ryc. 1. i 2.).

ZASOBY KADROWE I OŚRODKI PROWADZĄCE KSZTAŁCENIE

Lekarze

Szkolenie specjalizacyjne lekarzy jest prowadzone od 2003 r. Specjalizację z medycyny paliatywnej może uzyskać lekarz posiadający specjalizację z zakresu podstawowej specjalizacji klinicznej. Od 2005 r. prowadzone było systematyczne szkolenie lekarzy, które odbywało się początkowo w 14, a w 2014 r. w 22 ośrodkach szkoleniowych, mających łącznie 187 miejsc szkoleniowych (tab. 1.). Do końca 2014 r. 385 lekarzy zdało egzamin specjalizacyjny w dziedzinie medycyny paliatywnej, a więcej niż 500 lekarzy pracujących w jednostkach medycyny paliatywnej ukończyło specjalistyczny kurs z zakresu medycyny paliatywnej (tab. 2.).

Pielęgniarki

Tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej uzyskało 648 pielęgniarek. Kurs kwalifikacyjny ukończyło 4109 pielęgniarek, kurs specjalistyczny z zakresu podstaw opieki paliatywnej – 5609 pielęgniarek (stan na koniec 2014 r.).

JEDNOSTKI OPIEKI PALIATYWNEJ

Liczbę jednostek opieki paliatywnej finansowanych ze środków publicznych [5] przedstawiono na ryc. 3. W latach 2005–2014 liczba jednostek corocznie się zwiększała. W 2014 r. świadczenia z zakresu opieki paliatywnej wykonywały 493 podmioty lecznicze.

W zakresie poszczególnych form opieki paliatywnej (ryc. 4.) w 2014 r. funkcjonowało:

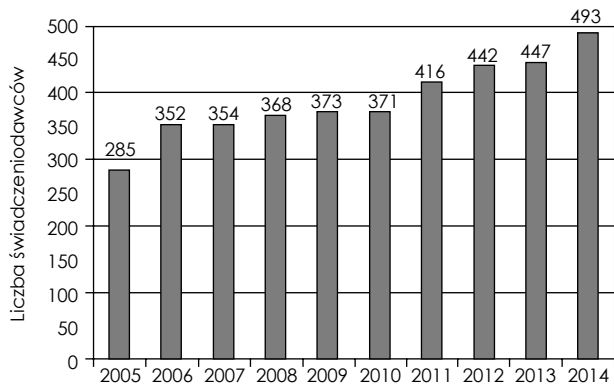
- opieka stacjonarna (oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne) – 160,
- hospicjum domowe dla dorosłych – 407,
- hospicjum domowe dla dzieci – 58,
- poradnia medycyny paliatywnej – 147 jednostek.

Według danych z Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r. w Polsce były 2282 łóżka przeznaczone dla pacjentów wymagających opieki paliatywnej, na których zrealizowano świadczenia w liczbie 832 960 osobodni opieki. Liczba łóżek wynosiła 6 na 100 tys. mieszkańców (ryc. 5.).

Średnia liczba łóżek na pojedynczym oddziale stacjonarnym opieki paliatywnej wyniosła 14.

ROZMIESZCZENIE TERYTORIALNE

Rozmieszczenie terytorialne jednostek opieki paliatywnej w 2014 r. przedstawiono w tab. 3. Największa liczba jednostek stacjonarnych jest w województwie wielkopolskim (18) oraz małopolskim (16), najmniejsza zaś w województwie zachodniopomorskim (3). Najlepszy dostęp do poradni medycyny paliatywnej – w województwie śląskim (35),



Ryc. 3. Liczba jednostek, które są finansowane ze środków publicznych

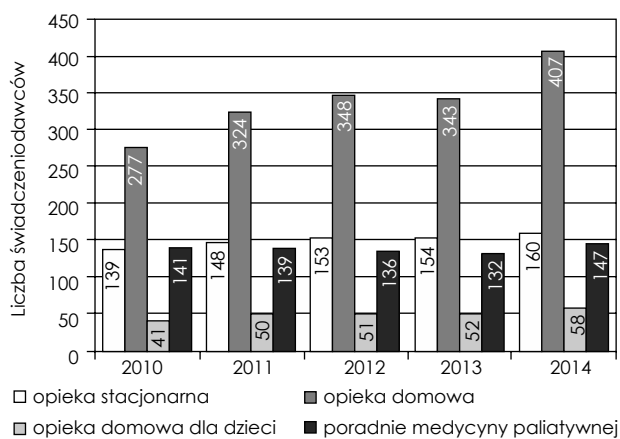
Tabela 2. Liczba lekarzy, którzy uzyskali specjalizację w latach 2003–2014

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
razem	219	166	385

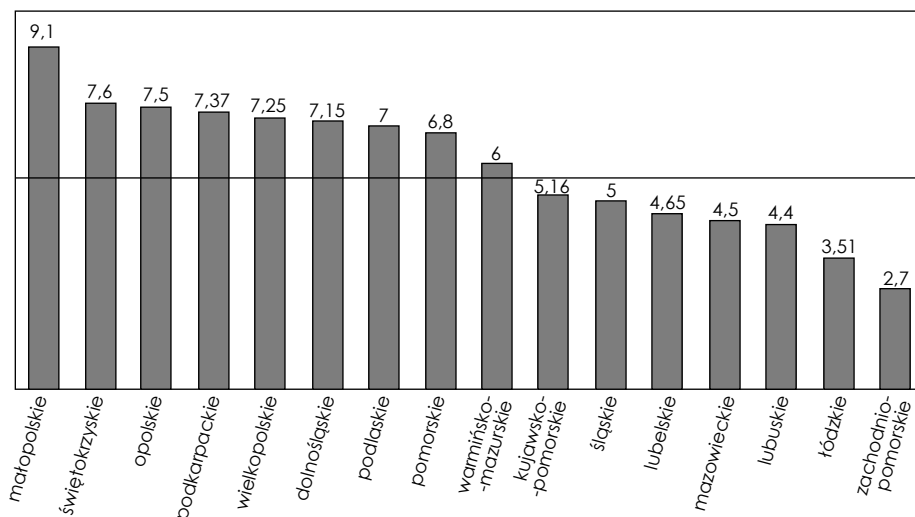
– w województwie śląskim (35), dolnośląskim (14) i łódzkim (14). Hospicja domowe dla dorosłych najliczniej występują w województwie mazowieckim (42), wielkopolskim (40) i śląskim (39), najmniej jest ich w województwach opolskim (7), podlaskim (9) i świętokrzyskim (9). Hospicja domowe dla dzieci najliczniej występują w województwie małopolskim.

Na ryc. 6.–9. przedstawiono mapy z rozmieszczeniem jednostek opieki paliatywnej w rozbiciu na poszczególne jej formy.

W założeniu na 1 powiat powinna przypadać co najmniej 1 jednostka opieki domowej i ambulatoryjnej (w powiatach i miastach o dużej liczbie mieszkańców odpowiednio do potrzeb). Jedna jednostka opieki paliatywnej powinna przypadać na 1–3 powiatów, z zastrzeżeniem odpowiednio większej liczby w dużych miastach. Na 1 województwo



Ryc. 4. Liczba świadczeniodawców w rozbiciu na poszczególne formy opieki paliatywnej



Ryc. 5. Liczba łóżek w jednostkach stacjonarnych na 100 tys. mieszkańców

Tabela 3. Rozmieszczenie terytorialne jednostek organizacyjnych oraz liczby łóżek według województw

Lp.	Województwo	Poradnie	Opieka domowa	Opieka domowa dzieci	Opieka stacjonarna	
					jednostki	łóżka
1	dolnośląskie	14	21	2	13	208
2	kujawsko-pomorskie	8	20	4	9	108
3	lubelskie	5	24	2	10	100
4	lubuskie	3	13	1	4	45
5	łódzkie	14	27	2	7	88
6	małopolskie	9	25	11	16	309
7	mazowieckie	2	54	8	17	240
8	opolskie	7	9	1	6	75
9	podkarpackie	3	36	2	12	157
10	podlaskie	1	10	2	6	83
11	pomorskie	9	22	4	10	157
12	śląskie	38	45	4	14	230
13	świętokrzyskie	6	14	2	8	131
14	warmińsko-mazurskie	11	21	2	6	87
15	wielkopolskie	10	43	9	18	252
16	zachodniopomorskie	7	23	1	4	47
	razem	147	407	57	160	2317

powinny przypadać 1–2 jednostki opieki domowej dla dzieci.

(12,65 PLN) oraz kujawsko-pomorskim (11,98 PLN), najniższe w województwie zachodniopomorskim (6,34 PLN) oraz lubelskim (6,60 PLN) – ryc. 11.

FINANSOWANIE OPIEKI PALIATYWNEJ

Nakłady na opiekę paliatywną pochodzące ze środków publicznych w latach 2005–2014 przedstawione zostały na ryc. 10. W 2014 r. nakłady finansowe wyniosły 382,7 mln PLN. W przeliczeniu na jednego mieszkańca stanowiło to 9,74 PLN. Najwyższe nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca przeznaczono w województwie wielkopolskim

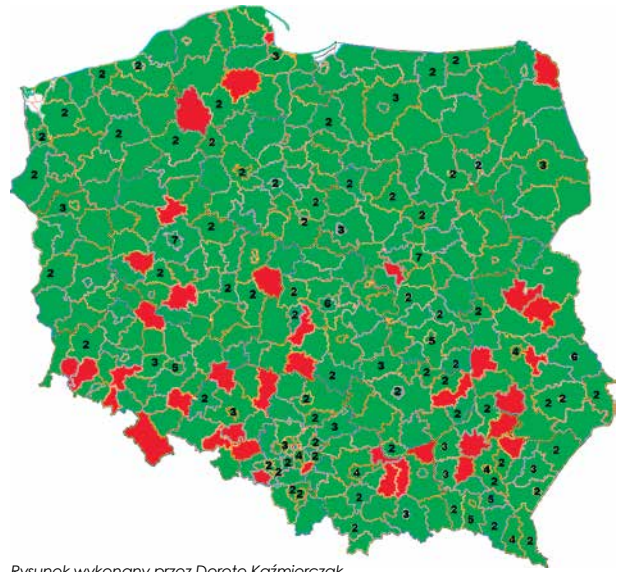
PODSUMOWANIE

W Polsce opieka paliatywna od wielu lat jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Wydane akty prawne traktują ją na równi z innymi dziedzinami medycyny. Dostępność świadczeń z zakresu opieki paliatywnej jest zagwarantowana przez rozporządzenie Ministra Zdrowia. Jest to



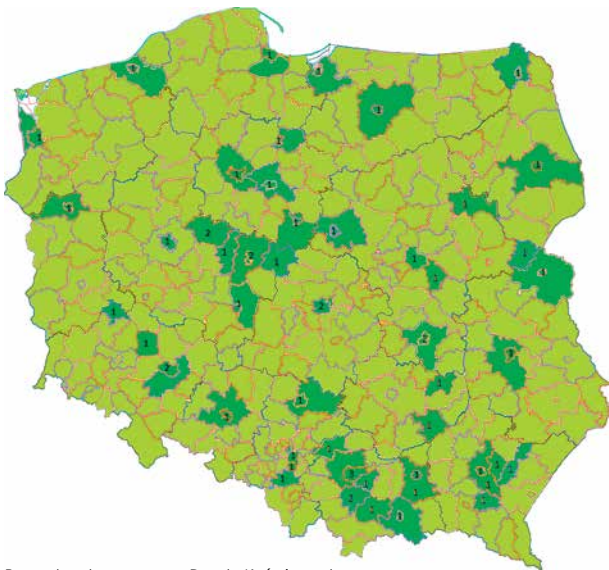
Rysunek wykonany przez Dorotę Kaźmierczak

Ryc. 6. Rozmieszczenie jednostek opieki stacjonarnej w powiatach (liczby jednostek w powiecie; jasny kolor i brak liczby – brak czynnej jednostki)



Rysunek wykonany przez Dorotę Kaźmierczak

Ryc. 7. Rozmieszczenie jednostek opieki domowej (liczby jednostek w powiecie; brak liczby – 1 jednostka; kolorem czerwonym zaznaczono powiaty, w których brak jednostek)



Rysunek wykonany przez Dorotę Kaźmierczak

Ryc. 8. Rozmieszczenie jednostek opieki domowej dla dzieci (liczby jednostek w powiecie; jasny kolor i brak liczby – brak czynnej jednostki)

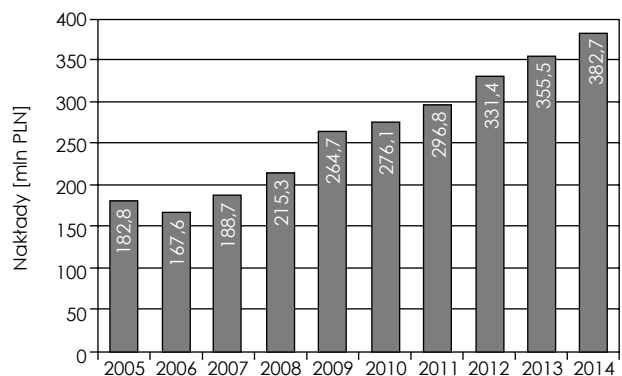


Rysunek wykonany przez Dorotę Kaźmierczak

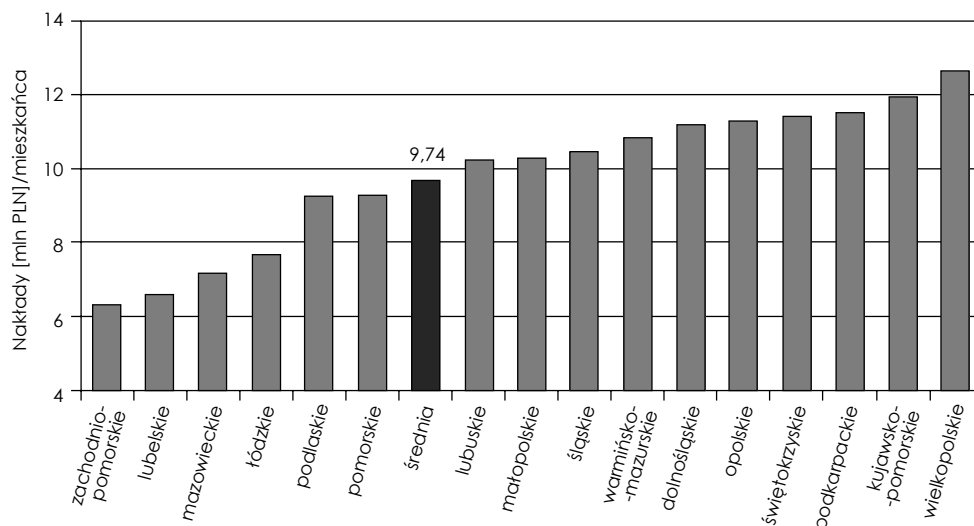
Ryc. 9. Rozmieszczenie jednostek opieki ambulatoryjnej (liczby jednostek w powiecie; jasny kolor, brak liczby – brak czynnej jednostki)

zgodne z zaleceniami dotyczącymi organizacji opieki paliatywnej w Europie [6].

Struktura wiekowa pacjentów objętych świadczeniami w warunkach stacjonarnych, hospicjum domowego dla dorosłych i poradni medycyny paliatywnej wskazuje, że obecnie wśród odbiorców opieki paliatywnej przeważają pacjenci powyżej 65. roku życia. Na podstawie ogólnodostępnych danych demograficznych wiadomo o postępującym procesie starzenia się społeczeństwa. Można wnioskować, że odsetek pacjentów w wieku podeszłym będzie nadal się zwiększał. Zaspokojenie potrzeb wynikających z warunków demograficznych jest jednym z naj-



Ryc. 10. Nakłady na opiekę paliatywną w latach 2005–2014



Ryc. 11. Nakłady na opiekę paliatywną w 2014 r. w PLN w przeliczeniu na 1 mieszkańca w podziale na województwa

większych wyzwań w planowaniu opieki zdrowotnej, w tym opieki paliatywnej. Opieka paliatywna nad populacją pacjentów po 65. roku życia jest związana z wyższymi kosztami wynikającymi z konieczności leczenia dodatkowych schorzeń występujących u osób w wieku podeszłym.

W latach 2005–2014 obserwowany jest wzrost liczby jednostek wykonujących świadczenia z zakresu opieki paliatywnej. Świadczy to o dynamicznym rozwoju tej dziedziny medycyny oraz coraz większej dostępności świadczeń.

Najlepsza dostępność dotyczy opieki domowej. Ta forma opieki paliatywnej zaczęła rozwijać się w Polsce pod koniec lat osiemdziesiątych, jednak największy rozwój nastąpił po wprowadzeniu opieki paliatywnej do wykazu świadczeń gwarantowanych. Dostęp do opieki domowej jest dobry i dość równomierny.

Liczba jednostek opieki stacjonarnej nie zabezpiecza zapotrzebowania. Pomimo stopniowego wzrostu liczby łóżek dostęp do opieki stacjonarnej jest w Polsce nierówny i niewystarczający. Choć średnia liczba łóżek przypadająca na 100 tys. mieszkańców wynosząca 6 nie odbiega znacznie od zaleceń EAPC, to jednak istnieje duże zróżnicowanie terytorialne. W regionach, gdzie liczba łóżek na 100 tys. mieszkańców wynosi 10, też okresowo zdarzają się kolejki oczekujących. Z powodów demograficznych oraz zwiększenia liczby pacjentów ze schorzeniami nieonkologicznymi zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę paliatywną należy szacować na ponad 10 łóżek na 100 tys. mieszkańców. W rejonach dużych miast potrzeby dotyczące miejsc stacjonarnych opieki paliatywnej mogą kształtować się na poziomie ok. 12–14 łóżek na 100 tys. mieszkańców [7].

W zakresie świadczeń w poradni medycyny paliatywnej przez kilka lat występowała stagnacja, a nawet spadek ilości świadczeń, w 2014 r. trend ten

został zahamowany, jednak liczba poradni medycyny paliatywnej w Polsce nadal nie zabezpiecza potrzeb. Przyczyną tej sytuacji jest wadliwa organizacja i finansowanie poradni w systemie opieki zdrowotnej, a konsekwencją jest ograniczenie dostępności. Według naszej analizy do opieki w ramach poradni trafiają częściej osoby w wieku poniżej 65 lat. Na podstawie małej liczebności poradni można wnioskować, że grupa pacjentów na wcześniejszym etapie choroby w niektórych regionach kraju ma utrudniony dostęp do profesjonalnego leczenia objawowego.

Nakłady finansowe na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w latach 2005–2014 rosły corocznie w niewielkim stopniu, jedynie w 2008 i 2009 r. nastąpiły kilkunastoprocentowe wzrosty nakładów, odczuwalne przez podmioty lecznicze wykonujące to świadczenie. W pozostałych latach wzrost nakładów był związany z niewielkim wzrostem liczby kontraktowanych świadczeń.

Oceniając finansowanie opieki paliatywnej w Polsce, można stwierdzić, że środki finansowe przeznaczone na opiekę paliatywną są niewystarczające i dostęp do różnych form opieki jest nierówny. Od lat utrzymuje się znaczne zróżnicowanie pomiędzy województwami w nakładach na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W województwach kujawsko-pomorskim i wielkopolskim wartości te przewyższają ponad dwa razy nakłady finansowe z województwa zachodniopomorskiego lub lubelskiego. Finansowanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej było przedmiotem jednej z naszych wcześniejszych publikacji [8].

Oceniając zasoby kadrowe, należy podkreślić, że lekarze i pielęgniarki są mocną stroną opieki paliatywnej w Polsce. Liczba ośrodków oraz miejsc szkoleniowych dla lekarzy rośnie, zwiększa się także liczba specjalistów z zakresu medycyny paliatywnej. Trzeba jednak zwrócić uwagę na problem edukacji

z zakresu medycyny paliatywnej lekarzy innych specjalizacji. W tym obszarze są jeszcze duże potrzeby, szczególnie w zakresie szkolenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej oraz onkologów.

WNIOSKI

1. Dostępność poszczególnych form opieki paliatywnej w różnych regionach kraju jest nierówna, dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępności świadczeń.
2. Liczba jednostek opieki domowej jest zadowalająca, choć w niektórych województwach nadal jest potrzebny rozwój tej formy opieki. Ograniczeniem w dostępie do opieki domowej jest zbyt mała liczba kontraktowanych świadczeń.
3. Liczba jednostek stacjonarnych oraz liczba łóżek przypadająca na 100 tys. mieszkańców jest niewystarczająca, tylko nieliczne województwa osiągnęły zadowalający stan w tym zakresie.
4. Ambulatoryjna opieka paliatywna nie zabezpiecza zapotrzebowania (zbyt mała liczba jednostek oraz nierówne rozmieszczenie).
5. Środki finansowe przeznaczone na opiekę paliatywną w Polsce są niewystarczające.
6. Sytuację dotyczącą zasobów kadrowych można uznać za zadowalającą. Liczba ośrodków kształcących oraz specjalistów lekarzy i pielęgniarek corocznie się zwiększa.

PIŚMIENNICTWO

1. Sytuacja zdrowotna ludności Polski. http://www.pzh.gov.pl/page/fileadmin/user_upload/page/fileadmin/user_upload/PZH_Raport_2008.pdf, Krajowy Rejestr Nowotworów. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut: www.onkologia.org.pl.
2. Ciałkowska-Rysz A. Wskazania do objęcia opieką paliatywną. *Med Paliat* 2010; 1: 2-7.
3. Kozera K, Wojciechowska U, Marciniak W i wsp. Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce (2013). *Med Paliat* 2015; 7: 9-44.
4. Dane Narodowego Funduszu Zdrowia.
5. Transforming research into action: A European Parliament report on palliative care. *Eurohealth* 2009; 15: 23-25.
6. 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.
7. Ciałkowska-Rysz A, Pokropska W, Łuczak J, et al. How much does care in palliative care wards cost in Poland? *Arch Med Sci* 2016; 12: 2-12.