

Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2012 roku

The appraisal of the situation of the palliative care in Poland in 2012

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski

Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

Wprowadzenie: Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej są składową praw człowieka. Skuteczne łagodzenie cierpień pacjentów poprzez zapewnienie właściwej opieki paliatywnej nie jest związane z wysokimi kosztami finansowymi, jednak istnieją minimalne nakłady, które powinny zostać zapewnione, aby te działania mogły być prowadzone we właściwy sposób.

Celem pracy była ocena sytuacji opieki paliatywnej w Polsce w 2012 r. poprzez określenie liczby jednostek opieki paliatywnej mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ), określenie dynamiki wzrostu nakładów na opiekę paliatywną w latach 2005–2012, określenie nakładów na opiekę paliatywną w 2012 r. z podziałem na województwa, określenie wydatków NFZ na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach oraz określenie nakładów na oddziały stacjonarne, opiekę ambulatoryjną i opiekę domową.

Materiał i metody: Analizy dokonano na podstawie danych liczbowych z oddziałów wojewódzkich NFZ oraz ankiet wypełnianych przez konsultantów wojewódzkich.

Wyniki i wnioski: Stwierdzono, że w 2012 r. w porównaniu z 2011 r. sytuacja w opiece paliatywnej nie uległa zmianie ilościowej. Utrzymują się dysproporcje pomiędzy województwami z zakresu liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępności świadczeń. W większości województw brakuje dostępu do świadczeń z zakresu poradni medycyny paliatywnej. W części województw obserwuje się ograniczenie lub brak dostępu do świadczeń stacjonarnych.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, organizacja, świadczenia zdrowotne.

Abstract

Introduction: Palliative care services are a part of human rights. Effective attenuation of patients' suffering by providing of appropriate palliative care is not associated with high financial spending, however there is some minimal investment that should be ensured to assure those efforts being done in a proper way.

The aim of this study was the assessment of the situation of palliative care in Poland in 2012 by defining a number of palliative care units contracted by the National Health Fund (NFZ), the dynamics of spending for palliative care in 2005–2012, the expenditures for palliative care in 2012 by province, the value of reimbursed services per capita in particular provinces, as well as spending on stationary wards, outpatient and home care.

Material and methods: The analysis was performed based on report data from provincial departments of the National Health Fund and from the questionnaires filled in by the provincial consultants.

Conclusions: It has been found that in 2012 the situation of palliative care did not change in comparison to 2011. The disproportions between the provinces, in relation to a number of units, spending per capita and accessibility of services remain. In the majority of provinces outpatient palliative services are not accessible. In some provinces, stationary services are limited or not accessible.

Abstract: palliative care, organization, health services.

Adres do korespondencji:

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Ciałkowskiego 2, 93-509 Łódź, tel. +48 42 689 54 84, e-mail: olarysz@rmed.pl

WPROWADZENIE

Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia z 2002 r. opieka paliatywna to działanie, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin, stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu, postępującą chorobą, poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji, ocenie i leczeniu bólu oraz pomoc w innych problemach: somatycznych, psychologicznych, socjalnych i duchowych [1]. Jak wynika z analiz przygotowywanych dla Parlamentu Europejskiego oraz *Atlas of Palliative Care in Europe*, Polska zajmuje piąte miejsce w Europie pod względem rozwoju opieki paliatywnej [2, 3]. Dane, które zostały zawarte w powyższych dokumentach, pochodzą z 2006 r. Według najbardziej aktualnego badania przeprowadzonego przez *Worldwide Palliative Care Alliance* zatytułowanego *Mapowanie poziomu rozwoju opieki paliatywnej: globalna aktualizacja 2011 Polska znajduje się w grupie państw IV b*. Jest to grupa krajów o najwyższym poziomie rozwoju opieki paliatywnej na świecie. Poziom opieki paliatywnej w grupie IV b określa się jako etap zaawansowanej integracji w ramach głównych form organizacyjnych [4]. Kraje te cechuje opieka paliatywna zintegrowana z systemem opieki zdrowotnej. Świadczenia wszystkich form opieki paliatywnej oferowane są w nich przez wielu świadczeniodawców. Świadomość opieki paliatywnej obecna jest wśród pracowników służby zdrowia, lokalnych społeczności i ogólnie społeczeństwa. Ponadto w krajach tych funkcjonują centra edukacyjne i ośrodki akademickie zajmujące się opieką paliatywną. Istnieje w nich nieograniczona dostępność morfiny i innych silnych opioidów.

Na podstawie *Atlas of Palliative Care in Europe* zawierającego raporty oraz dane porównawcze na temat stanu opieki paliatywnej z **52 krajów** z liczbą ludności ok. **879 milionów** wiadomo jednak, że do chwili obecnej **opieka paliatywna nie spełnia potrzeb ludności Europy** i konieczne są dalsze działania w kierunku rozwoju tej dziedziny medycyny z uwzględnieniem zwiększających się potrzeb wynikających z uwarunkowań demograficznych.

W 2011 r. w czasie zjazdu Europejskiego Stowarzyszenia Opieki Paliatywnej w Lizbonie został opracowany dokument określany jako *Wyzwania strategii lizbońskiej*. W przygotowaniu tego dokumentu wzięli udział przedstawiciele organizacji zajmujących się opieką paliatywną oraz obroną praw człowieka. Dokument ten, nawiązując do rekomendacji z 2002 r., uznaje prawo do dostępu do odpowiedniej opieki paliatywnej za składową praw człowieka i zobowiązuje rządy poszczególnych państw do uwzględnienia w ich strategii zdrowotnej potrzeb pacjentów z postępującymi, zagrażającymi życiu, nieuleczalnymi chorobami. Podkreśla też, że skuteczne łagodzenie cierpienia pacjentów poprzez zapewnienie właściwej opieki paliatywnej nie jest związane z wysokimi kosztami. W dokumen-

cie zawarto apel do rządów o opracowanie polityki zdrowotnej umożliwiającej zapewnienie niezbędnych środków finansowych [5, 6].

W Polsce opieka paliatywna jest integralną częścią systemu opieki zdrowotnej. Wynika to z przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). W nowelizacji z 2007 r. ze świadczeń opieki długoterminowej wyodrębniono świadczenia opieki paliatywnej. Zgodnie z art. 15 ust. 2 ww. ustawy pacjenci w Polsce mają prawo do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej [7]. Aktem prawnym określającym rodzaje i warunki realizacji tych świadczeń jest rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2009 r. Nr 139, poz. 1138 z późn. zm.). Świadczeniami finansowanymi ze środków publicznych są: świadczenia stacjonarne (oddział medycyny paliatywnej i hospicjum stacjonarne), świadczenia domowe (hospicjum domowe, hospicjum domowe dla dzieci) i ambulatoryjne (poradnia medycyny paliatywnej). Świadczeniami nieobjętymi finansowaniem są świadczenia oddziału opieki dziennej oraz szpitalnego zespołu wspierającego [8].

W Polsce z powodu choroby nowotworowej umiera rocznie ok. 93 tys. osób [9]. Z danych Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) wynika, że w 2011 r. ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało ok. 90 tys. pacjentów.

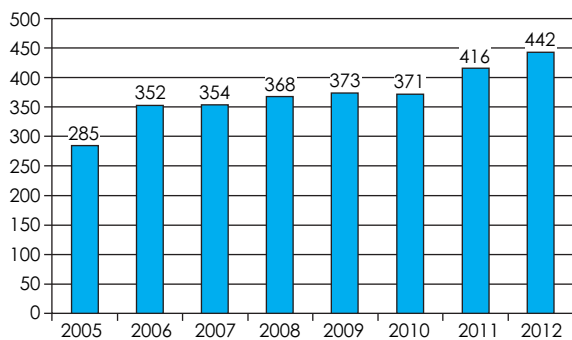
Celem pracy była ocena sytuacji opieki paliatywnej w Polsce w 2012 r. poprzez identyfikację liczby jednostek opieki paliatywnej mających kontrakt z NFZ, określenie nakładów na opiekę paliatywną w 2012 r. z podziałem na województwa, określenie dynamiki nakładów na opiekę paliatywną w latach 2005–2012, określenie wartości kontraktu na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, określenie nakładów na oddziały stacjonarne, opiekę ambulatoryjną i opiekę domową.

MATERIAŁ I METODY

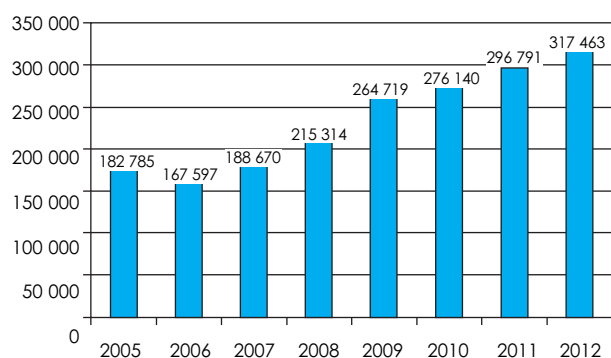
Analizy dokonano na podstawie danych liczbowych ze stron internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ oraz korespondencji z NFZ, a także ankiet wypełnianych przez konsultantów wojewódzkich. Dane przedstawiają stan na 30 czerwca 2012 r. Wartości te po zakończeniu roku i ewentualnej zapłacie za nadwykonania mogą ulec niewielkim zmianom.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Dynamikę zmian liczby jednostek opieki paliatywnej mających umowy z NFZ obrazuje rycina 1. W latach 2005–2012 liczba jednostek wzrosła o 65%. W 2012 r.



Ryc. 1. Liczba jednostek opieki paliatywnej mających umowy z NFZ



Ryc. 2. Nakłady (w PLN) na opiekę paliatywną pochodzące ze środków publicznych

świadczenia z zakresu opieki paliatywnej wykonywały 442 podmioty – w porównaniu z 2011 r. liczba tych jednostek wzrosła o 26, co stanowi 6,25%.

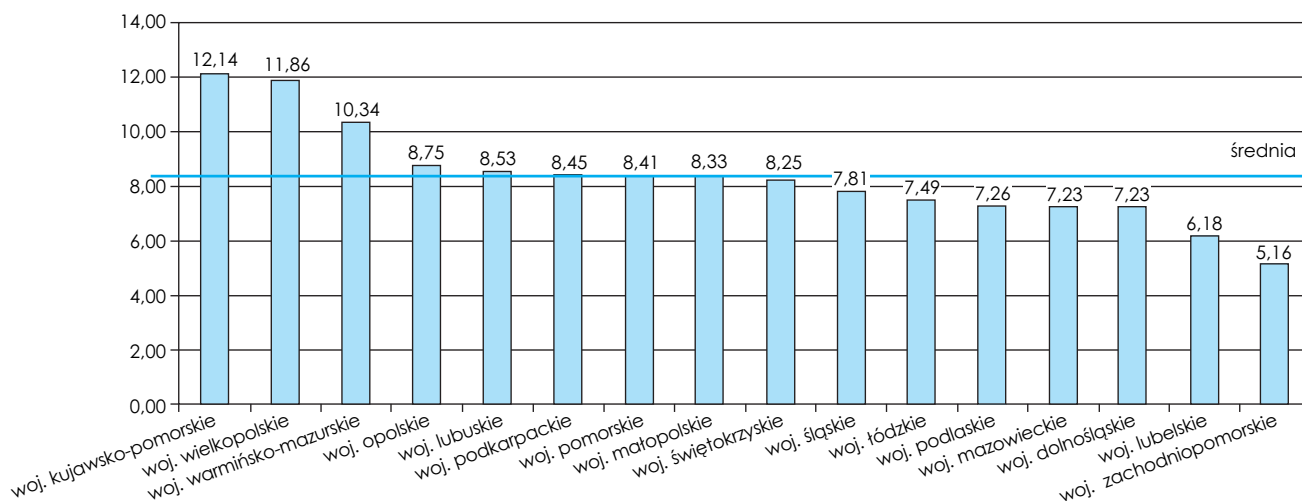
Rozmieszczenie terytorialne jednostek opieki paliatywnej w 2012 r. przedstawiono w tabeli 1. Najwięcej jednostek funkcjonuje w województwach wielkopolskim (52), mazowieckim (51) i śląskim (49), najmniej zaś w województwach opolskim (11) i świętokrzyskim (13).

Tabela 1. Nakłady na opiekę paliatywną ogółem oraz na mieszkańca w poszczególnych województwach w 2012 r.

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Ogółem (PLN)	Na mieszkańca (PLN)
dolnośląskie	27	20 887	7,26
kujawsko-pomorskie	21	25 132	12,14
lubelskie	22	13 298	6,18
lubuskie	15	8 624	8,53
łódzkie	32	18 976	7,49
małopolskie	35	27 572	8,33
mazowieckie	51	37 906	7,23
opolskie	11	9 001	8,75
podkarpackie	33	17 783	8,45
podlaskie	13	8 720	7,34
pomorskie	24	18 839	8,41
śląskie	49	36 227	7,81
świętokrzyskie	12	10 442	8,25
warmińsko-mazurskie	23	14 752	10,34
wielkopolskie	52	40 561	11,86
zachodniopomorskie	22	8 742	5,16
Łącznie	442	317 463	8,31

Nakłady na opiekę paliatywną pochodzące ze środków publicznych w latach 2005–2012 zostały przedstawione na rycinie 2. oraz w tabeli 1. Nakłady w analizowanym okresie wzrosły o 58% – największy wzrost wystąpił w 2009 r., nieco niższy w 2008 r.

W 2012 r. ze środków publicznych na opiekę paliatywną przeznaczono 317,5 tys. PLN, w porównaniu z 2011 r. wzrost wyniósł ok. 7%. W przeliczeniu na jednego mieszkańca było to 8,31 PLN. W 2011 r. nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosiły 7,62 PLN, zatem w porównaniu z 2011 r. wzrosły średnio o 0,69 PLN. Najwyższe nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca dotyczyły województw kujaw-



Ryc. 3. Nakłady (w PLN) na opiekę paliatywną na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach w 2012 r.

sko-pomorskiego (12,14 PLN) oraz wielkopolskiego (11,86 PLN), najniższe województw zachodniopomorskiego (5,16 PLN) oraz lubelskiego (6,18 PLN). Największy wzrost nakładów w przeliczeniu na jednego mieszkańca odnotowano w województwach podlaskim oraz podkarpackim. W województwach mazowieckim oraz lubelskim wartości te w porównaniu z 2011 r. uległy obniżeniu. Nakłady na opiekę paliatywną na mieszkańca w poszczególnych województwach w 2012 r. przedstawia rycina 3.

W zakresie opieki stacjonarnej (oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne) w 2012 r. świadczenia realizowało 148 jednostek. Najliczniej są one reprezentowane w województwach wielkopolskim, śląskim i mazowieckim, najmniej jest ich w województwach zachodniopomorskim i lubuskim. Najwyższe nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca na świadczenia z zakresu opieki stacjonarnej przeznaczono w województwach wielkopolskim i małopolskim, najmniejsze w województwach zachodniopomorskim i łódzkim. Dane przedstawiono w tabeli 2. oraz na rycinie 4.

W 2012 r. na świadczenia z zakresu opieki domowej dla dorosłych umowy podpisały 344 podmioty lecznicze. Największa liczba hospicjów domowych dla dorosłych funkcjonuje w województwach wielkopolskim i śląskim, najmniej hospicjów domowych jest w województwach opolskim i świętokrzyskim. Najwyższe nakłady na to świadczenie w przeliczeniu na jednego mieszkańca przeznaczane są w województwach kujawsko-pomorskim i wielkopolskim, najniższe w województwach małopolskim i lubelskim. Dane przedstawiono w tabeli 3. oraz na rycinie 5.

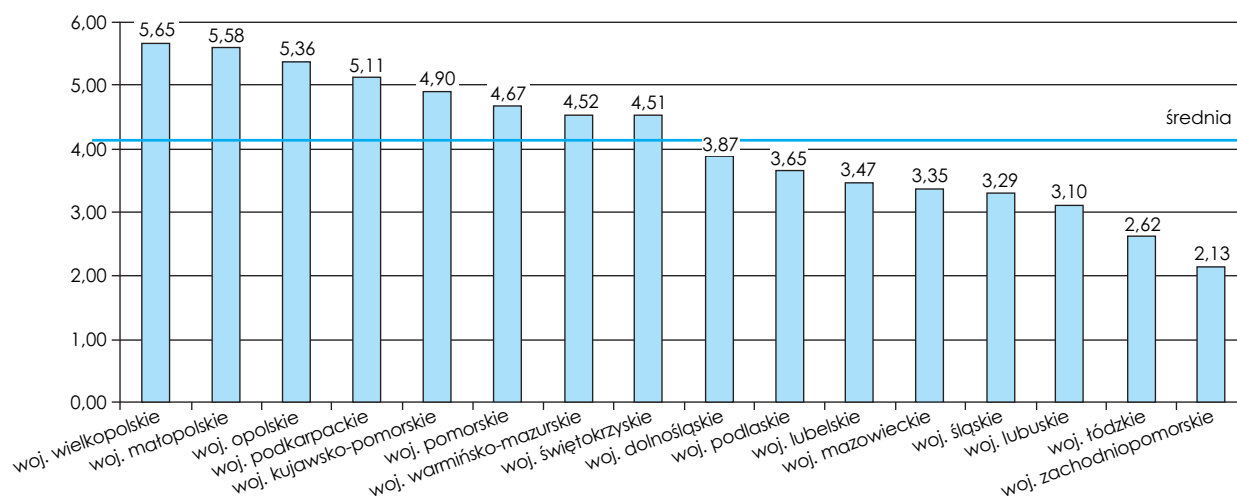
Tabela 4. i rycina 6. przedstawiają dane dotyczące hospicjów domowych dla dzieci. W 2012 r. umowę z NFZ na powyższe świadczenie podpisało 51 podmiotów leczniczych. Jednostki te są najliczniejsze w województwach małopolskim i wielkopolskim, najmniej jest ich w województwach lubuskim i świę-

Tabela 2. Nakłady na paliatywną opiekę stacjonarną ogółem oraz na mieszkańca w poszczególnych województwach w 2012 r.

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Ogółem (PLN)	Na mieszkańca (PLN)
dolnośląskie	11	11 130	3,87
kujawsko-pomorskie	9	10 145	4,90
lubelskie	9	7 463	3,47
lubuskie	4	3 129	3,10
łódzkie	6	6 647	2,62
małopolskie	14	18 476	5,58
mazowieckie	15	17 583	3,35
opolskie	6	5 510	5,36
podkarpackie	10	10 748	5,11
podlaskie	6	4 332	3,65
pomorskie	10	10 469	4,67
śląskie	15	15 255	3,29
świętokrzyskie	5	5 711	4,51
warmińsko-mazurskie	6	6 455	4,52
wielkopolskie	19	19 319	5,65
zachodniopomorskie	3	3 610	2,13
	148	155 983	4,08

tokrzyskim. Najwyższe nakłady na jednego mieszkańca przeznaczane są w województwach małopolskim i podkarpackim, najniższe w województwach lubuskim i mazowieckim.

W 2012 r. świadczenia realizowało 135 poradni medycyny paliatywnej – oznacza to, że liczba tych jednostek spadła o 4 w porównaniu z 2011 r. Najwięcej poradni medycyny paliatywnej działa w województwie śląskim, najmniej w województwach podkarpackim i podlaskim. Najwyższe nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca w zakresie poradni medycyny paliatywnej dotyczą województw war-



Ryc. 4. Liczba jednostek opieki paliatywnej realizujących świadczenia w zakresie opieki stacjonarnej (oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne) w 2012 r.

Tabela 3. Nakłady na paliatywną opiekę domową ogółem oraz na mieszkańca w poszczególnych województwach w 2012 r.

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Ogółem (PLN)	Na mieszkańca (PLN)
dolnośląskie	19	8 402	2,92
kujawsko-pomorskie	18	13 371	6,46
lubelskie	18	4 455	2,07
lubuskie	14	5 208	5,15
łódzkie	25	11 060	4,36
małopolskie	21	3 958	1,20
mazowieckie	39	18 794	3,58
opolskie	8	2 968	2,89
podkarpackie	27	5 470	2,60
podlaskie	8	3 589	3,02
pomorskie	19	7 081	3,16
śląskie	40	18 247	3,94
świętokrzyskie	8	4 114	3,25
warmińsko-mazurskie	21	7 205	5,05
wielkopolskie	40	18 878	5,52
zachodniopomorskie	19	4 132	2,44
Średnia	344	136 933	3,58

mińsko-mazurskiego i śląskiego, najniższe województw podkarpackiego i mazowieckiego. Liczba poradni i nakłady na poradnie medycyny paliatywnej w przeliczeniu na jednego mieszkańca przedstawiają tabela 5. i rycina 7.

DYSKUSJA

W latach 2005–2012 zaobserwowano wzrost liczby podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia z zakresu opieki paliatywnej. Świadczy to o dynamicznym

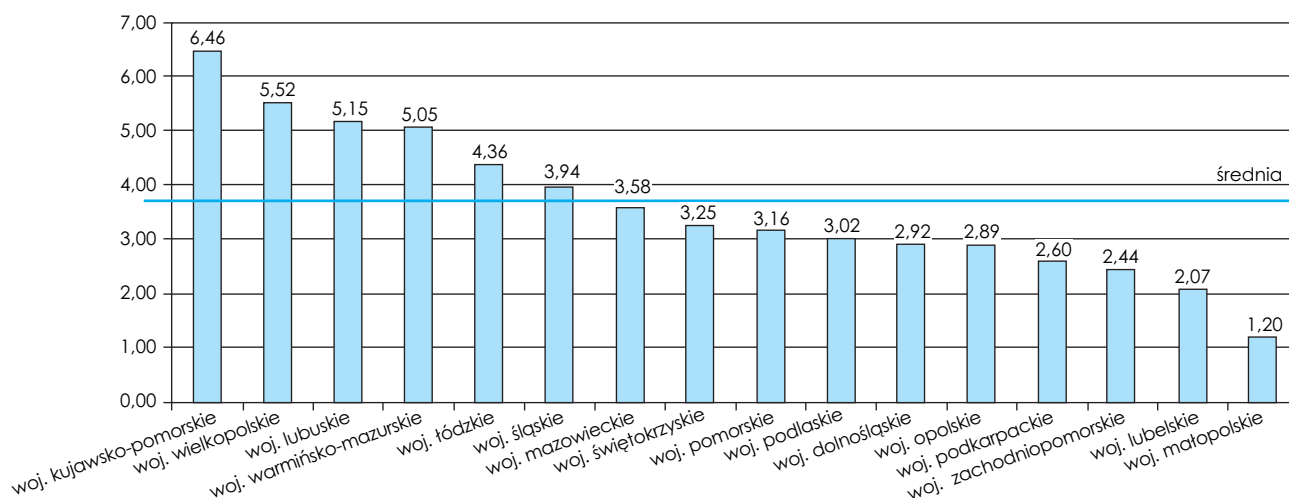
rozwoju tej dziedziny medycyny oraz coraz większym wzroście dostępności tego typu świadczeń.

Nakłady finansowe na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w okresie 2005–2012 rosły corocznie w niewielkim stopniu, jedynie w 2008 r. i 2009 r. nastąpiły kilkunastoprocentowe wzrosty nakładów, które były odczuwalne przez podmioty lecznicze wykonujące to świadczenie.

Podobnie jak w latach poprzednich utrzymuje się znaczne zróżnicowanie pomiędzy województwami w wysokości nakładów finansowych na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkańca. W województwach kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim wartości te przewyższają ponad dwukrotnie nakłady finansowe w województwie zachodniopomorskim. Istotny wzrost nakładów finansowych na opiekę paliatywną nastąpił w latach 2008–2009, w późniejszym okresie wielkości te zwiększały się nieznacznie.

W zakresie świadczeń stacjonarnych zaobserwowano niewielki wzrost całkowitych nakładów (średnio w przeliczeniu na jednego mieszkańca było to 0,36 PLN). Widoczne jest znaczne zróżnicowanie pomiędzy liczbą jednostek oraz nakładami na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach. W województwach wielkopolskim, małopolskim i opolskim wartości te są ponad dwukrotnie wyższe niż w województwach zachodniopomorskim i łódzkim. W województwach, gdzie nakłady na jednego mieszkańca są niższe niż 4 PLN, należy się spodziewać ograniczenia dostępności tego typu świadczeń. Województwa łódzkie i zachodniopomorskie, gdzie nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca są niszere niż 3 PLN, można uznać za województwa, gdzie brakuje dostępu do powyższych świadczeń.

Dysproporcje pomiędzy województwami dotyczące świadczeń z zakresu opieki paliatywnej jeszcze bardziej wyraźnie zaznaczone są w świadczeniach domowych dla dorosłych. Najlepsza sytuacja jest

**Ryc. 5.** Liczba jednostek opieki paliatywnej realizujących świadczenia w zakresie opieki domowej dla dorosłych w 2012 r.

w województwie kujawsko-pomorskim, najgorsza w małopolskim, przy czym nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca w województwie kujawsko-pomorskim są pięć razy wyższe niż w małopolskim. Tak niskie nakłady nie są w stanie zapewnić należytej dostępności. Biorąc pod uwagę całkowite nakłady na opiekę paliatywną w województwie małopolskim, kształtujące się na poziomie średniej krajowej, oraz dość wysokie nakłady na opiekę stacjonarną, można stwierdzić, że w województwie tym częstsze hospitalizacje wynikają być może z ograniczenia nakładów na opiekę domową. Do województw o niskich nakładach na opiekę domową (poniżej 2,5 PLN/mieszkańca, przy średniej krajowej 3,58 PLN) należą także województwa lubelskie i zachodniopomorskie. Średnia wartość nakładów na opiekę domową w porównaniu z 2011 r. wzrosła o ok. 8%, co w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosi 0,11 PLN. W związku z tym można założyć, że dostępność opieki domowej w niewielkim stopniu poprawiła się, nie uległa zmianie lub pogorszyła się [10].

W zakresie świadczeń domowych dla dzieci utrzymują się znaczne dysproporcje pomiędzy województwami. W województwie małopolskim liczba jednostek, w których zakontraktowano to świadczenie, jest nadal nieproporcjonalnie duża w porównaniu z pozostałymi województwami. Nakłady finansowe na jednego mieszkańca są także znacznie wyższe w porównaniu z pozostałymi województwami i przekraczają dwukrotnie średnią krajową. Należy podkreślić, że w województwie tym nakłady na opiekę domową dla dorosłych są najniższe w kraju. Dokładna analiza sytuacji w opiece domowej dla dzieci nie była przedmiotem niniejszego opracowania – jest ona dostępna w *Raporcie Warszawskiego Hospicjum dla Dzieci* [11].

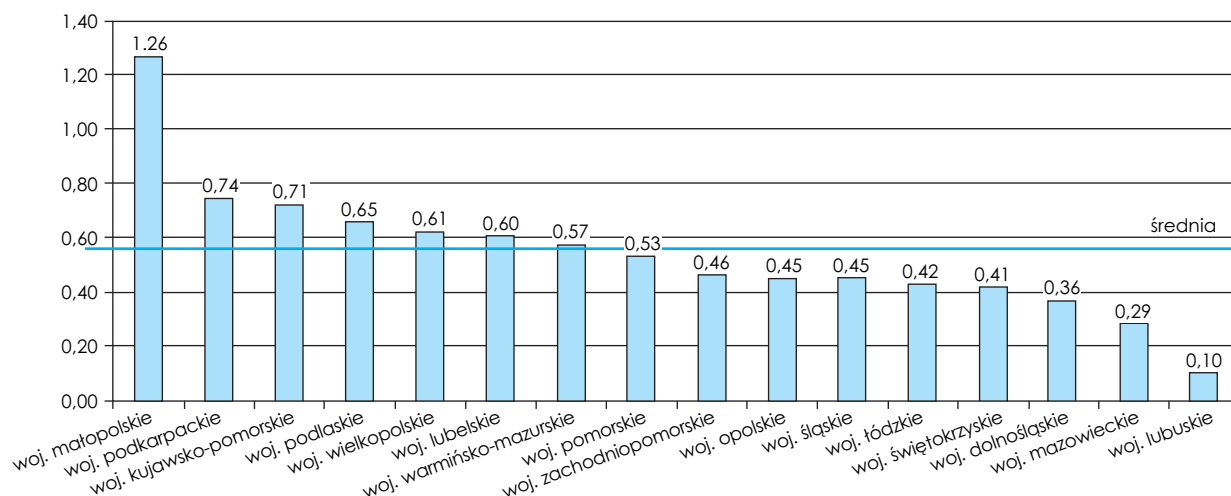
Sytuacja poradni medycyny paliatywnej nie poprawiła się – w większości województw nie ma dostępu do tego typu świadczeń. Środki finansowe przeznaczone na tę formę organizacyjną są znikome, a woje-

Tabela 4. Nakłady na paliatywną opiekę domową dla dzieci ogółem oraz na mieszkańca w poszczególnych województwach w 2012 r.

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Ogółem (PLN)	Na mieszkańca (PLN)
dolnośląskie	2	1 036	0,36
kujawsko-pomorskie	3	1 473	0,71
lubelskie	2	1 294	0,60
lubuskie	1	105	0,10
łódzkie	2	1 071	0,42
małopolskie	11	4 168	1,26
mazowieckie	7	1 494	0,29
opolskie	1	460	0,45
podkarpackie	2	1 562	0,74
podlaskie	2	777	0,65
pomorskie	3	1 182	0,53
śląskie	3	2 069	0,45
świętokrzyskie	1	524	0,41
warmińsko-mazurskie	2	808	0,57
wielkopolskie	8	2 099	0,61
zachodniopomorskie	1	773	0,46
Średnia	51	20 895	0,55

wództwach podkarpackim, mazowieckim oraz podlaskim świadczenia te praktycznie nie występują. Powodem jest zbyt niska wycena tego świadczenia.

Porównując sytuację dotyczącą świadczeń z zakresu opieki paliatywnej w poszczególnych województwach, można stwierdzić, że najlepsza sytuacja pod względem dostępności tych świadczeń jest w województwach kujawsko-pomorskim, wielkopolskim i warmińsko-mazurskim. W powyższych województwach na opiekę paliatywną przeznaczono największe środki, a podział pomiędzy poszczególnymi formami organizacyjnymi jest proporcjonalny. Najtrudniejsza sytuacja



Ryc. 6. Liczba jednostek opieki paliatywnej realizujących świadczenia w zakresie hospicjów domowych dla dzieci w 2012 r.

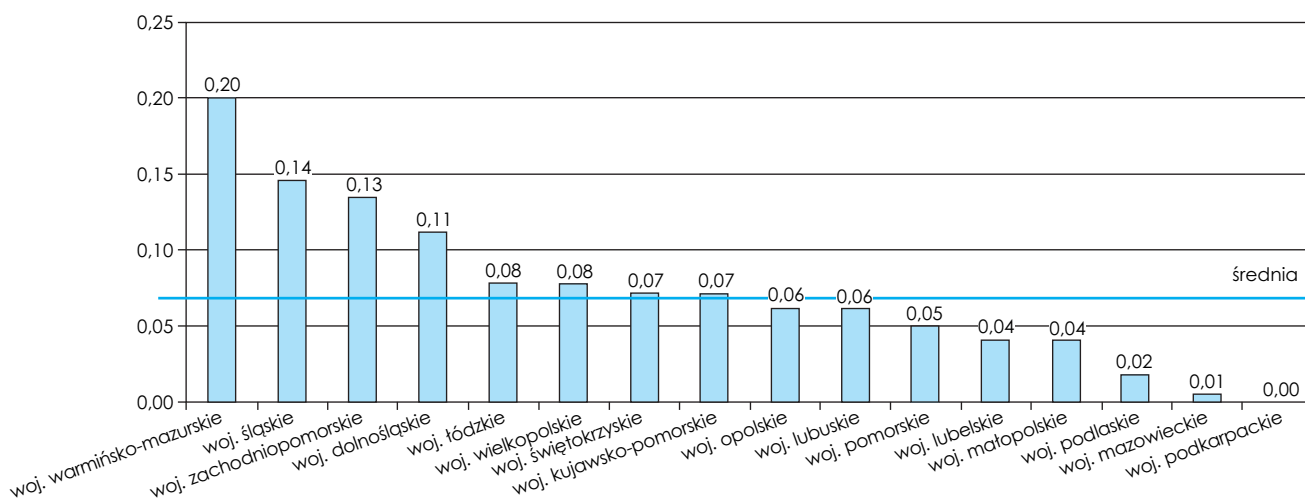
Tabela 5. Nakłady na poradnie opieki paliatywnej ogółem oraz na mieszkańca w poszczególnych województwach w 2012 r.

Województwo	Liczba świadczeniodawców	Ogółem (PLN)	Na mieszkańca (PLN)
dolnośląskie	14	319	0,11
kujawsko-pomorskie	6	143	0,07
lubelskie	6	87	0,04
lubuskie	3	60	0,06
łódzkie	14	197	0,08
małopolskie	7	127	0,04
mazowieckie	2	29	0,01
opolskie	6	63	0,06
podkarpackie	1	3	0,00
podlaskie	1	22	0,02
pomorskie	8	107	0,05
śląskie	34	672	0,14
świętokrzyskie	5	93	0,07
warmińsko-mazurskie	11	283	0,20
wielkopolskie	10	266	0,08
zachodniopomorskie	7	227	0,13
średnia	135	2 697	0,07

jest w województwach zachodniopomorskim oraz lubelskim, gdzie znaczne niedobory dotyczą zarówno opieki stacjonarnej, jak i domowej dla dorosłych. Największe dysproporcje pomiędzy podziałem środków na poszczególne formy organizacyjne są widoczne w województwie małopolskim.

WNIOSKI

W 2012 r. w porównaniu z 2011 r. sytuacja w opiece paliatywnej nie uległa zmianie ilościowej. Nadal utrzymują się dysproporcje pomiędzy województwami w zakresie liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępności świadczeń. W większości województw brakuje dostępu do świadczeń z zakresu poradni medycyny paliatywnej. W części województw występuje ograniczenie lub brak dostępu do świadczeń stacjonarnych.

**Ryc. 7.** Liczba poradni medycyny paliatywnej w 2012 r.

PIŚMIENNICTWO

- Sepúlveda C., Marlin A., Yoshida T. i wsp. Palliative care: The World Health Organization's Global Perspective. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24: 91-96.
- Atlas of Palliative Care in Europe. The International Congress, Budapest, 7-9 June 2007.
- Transforming research into action: A European Parliament report on palliative care. *Eurohealth* 2009; 15: 23-25.
- Mapping Levels of Palliative Care Development: A Global Update 2011. Worldwide Palliative Care Alliance; dostępne na: www.worldday.org, www.thewpca.org.
- 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. ECEPT, Abedek, Poznań 2004.
- The Lisbon Challenge: acknowledging palliative care as a human right.
- 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.).
- Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1138).
- Krajowy Rejestr Nowotworów. Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów Centrum Onkologii – Instytut; dostępne na: www.onkologia.org.pl.
- Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w 2011 roku. *Medycyna Paliatywna* 2011; 4: 214-220.
- Dangel T, Murawska M, Marciniak W i wsp. Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce (2011). *Medycyna Paliatywna* 2012; 3: 137-167.