

Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2018 roku

An appraisal of the situation of palliative care in Poland in 2018

Aleksandra Ciałkowska-Rysz

Zakład Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Streszczenie

W pracy dokonano oceny sytuacji, finansowania oraz dostępności opieki paliatywnej w Polsce w 2018 r. Do przygotowania opracowania wykorzystano dane Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, Centrum Egzaminów Medycznych oraz raporty konsultantów. Wykazano, że dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce jest zróżnicowany terytorialnie. Dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, dostępności poszczególnych świadczeń, dostępu do kadry specjalistycznej oraz nakładów na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa. Najlepsza jest dostępność świadczeń domowych, najmniejsza – świadczeń ambulatoryjnych. Konieczne są skoordynowane działania ze strony instytucji państwowych, które w sposób systemowy poprawiłyby dostęp do zagwarantowanych ustawowo świadczeń opieki paliatywnej.

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, organizacja, finansowanie.

Abstract

The situation of, and accessibility to, palliative care in 2018 was assessed in this paper. The data used in this study are 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 2019 and the Central Statistical Office. This study demonstrated that access to palliative and hospice care services in Poland was territorially differentiated. Disproportions between voivodeships concern the number of units, the availability of individual services, access to specialist staff, and expenditure on palliative care services per inhabitant of the voivodeship. The availability of home services was the highest, while access to outpatient services was the worst. Coordinated actions of state institutions are required in order to systematically improve legal guaranteed access to palliative care services.

Key words: palliative care, organisation, financing.

Adres do korespondencji

dr hab. n. med. Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Zakład Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Żeromskiego 113, 90-549 Łódź, e-mail: olarysz@rmed.pl

WSTĘP

W 2018 r. Ministerstwo Zdrowia dokonało nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w dziedzinie opieki paliatywnej i hospicyjnej, aktu prawnego określającego szczegółowo wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozporządzenie to zostało wydane po raz pierwszy w 2009 r., a następnie było wielokrotnie nowelizowane [1]. Zgodnie z tym dokumentem świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane są bezpłatnie w warunkach:

- stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej,
- domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia,
- ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej [1, 2].

W 2017 r. do ukształtowanego od lat modelu finansowania opieki paliatywnej w Polsce dotyczącego świadczeń opieki paliatywnej stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej dodano nowe świadczenie – opiekę perinatalną, jednak dopiero od 2018 r. Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) rozpoczął jego finan-

sowanie. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej obejmują porady i konsultacje lekarskie oraz porady psychologa. Zapewniają wszechstronną opiekę kobiecie ciężarnej po prenatalnym rozpoznaniu wady letalnej płodu. Do czasu porodu obejmują opieką rodziców dziecka, zapewniając wsparcie medyczne, psychologiczne i duchowe. W ramach tego świadczenia po porodzie dziecko może być objęte opieką neonatologiczną oraz domową opieką paliatywną. Świadczenie to zapewnia także rodzicom wsparcie po stracie dziecka. Świadczenie gwarantowane w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej jest realizowane do 28. dnia po porodzie. Kwalifikacje personelu wykonującego powyższe świadczenia są podobne jak w hospicjum domowym dla dzieci.

W nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z 2018 r. do świadczeń z zakresu opieki stacjonarnej wprowadzono nowy zawód – opiekun medyczny, jednak nie zostały określone normy i warunki, w jakich osoby wykonujące ten zawód powinny pracować [2, 3].

W rozporządzeniu zmianie uległ także tekst dotyczący leczenia bólu: „leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna)” zmieniono na „leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, za pomocą leków dostępnych na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej” [2, 3].

Ważnym punktem powyższego rozporządzenia była zmiana w załączniku nr 1 – liście jednostek chorobowych uprawniających do opieki paliatywnej. Dodano do niej stwardnienie rozsiane, co było odpowiedzią na postulaty Polskiego Towarzystwa Stwardnienia Rozsianego [2, 3].

Tabela 1. Liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji i liczba miejsc szkoleniowych dla lekarzy w latach 2005–2018

| 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 |
| 2017 | 32 | 200 |
| 2018 | 33 | 197 |

Celem pracy była analiza danych dotyczących opieki paliatywnej w Polsce, tj.:

- identyfikacja liczby jednostek opieki paliatywnej finansowanych ze środków publicznych w 2018 r. oraz porównanie z latami 2005–2018,
- ocena poszczególnych serwisów w latach 2010–2018,
- identyfikacja liczby łóżek w opiece stacjonarnej z podziałem na województwa oraz odniesienie się do wymogów dotyczących liczby łóżek Europejskiego Towarzystwa Opieki Paliatywnej (*European Association for Palliative Care – EAPC*),
- określenie zasobów kadrowych oraz kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek,
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w latach 2005–2018,
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w 2018 r. z podziałem na województwa,
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w 2018 r. w przeliczeniu na jednego mieszkańca,
- porównanie stawek zaproponowanych przez NFZ z wyceną Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

MATERIAŁ I METODY

Metodyka badania opierała się na analizie krajowych baz danych dotyczących roku 2018 i obejmowała strony internetowe centrali oraz oddziałów wojewódzkich NFZ, strony internetowe Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, Centrum Egzaminów Medycznych, mapy potrzeb zdrowotnych, dane Głównego Urzędu Statystycznego, dokumenty z kontroli NIK „Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej” [1–7].

Wykorzystano także dane zebrane w formie ankiet wypełnionych przez konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej.

WYNIKI I OMÓWIENIE

Kształcenie i zasoby kadrowe

Lekarze – stan na koniec 2018 r.

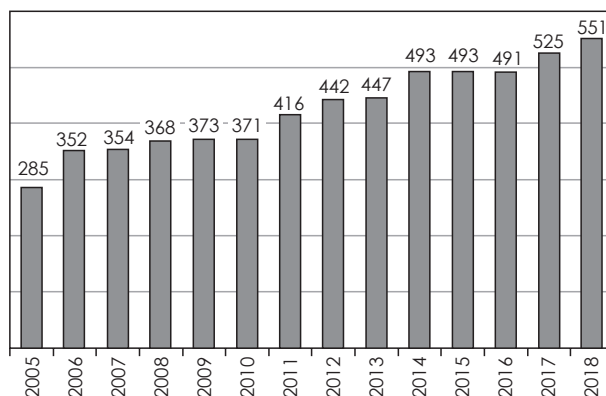
Specjalizację z medycyny paliatywnej może uzyskać lekarz ze specjalizacją kliniczną, a od 2014 r. także w trybie kształcenia modułowego po module podstawowym z chorób wewnętrznych lub pediatrii. W 2018 r. szkolenie specjalizacyjne prowadzone było w 33 ośrodkach mających łącznie 197 miejsc szkoleniowych (tab. 1). W 2018 r. egzamin specjalizacyjny zdało 39 lekarzy (12 wiosną, 27 jesienią). Do końca 2018 r. liczba wszystkich lekarzy, którzy uzyskali specjalizację z medycyny paliatywnej, wyniosła 536 (tab. 2). Ponadto wg danych z 1 października 2018 r. w trakcie specjalizacji było 153 lekarzy [3].

Tabela 2. Zasoby kadrowe – lekarze (dane z CEM)

| Rok | Specjalizacja 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 |
| 2017 | 24 | 14 | 38 |
| 2018 | 12 | 27 | 39 |
| Razem | 291 | 245 | 536 |

Pielęgniarki – stan na koniec 2018 r.

Według informacji zawartych na stronach internetowych Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w 2018 r. dyplom specjalisty z pielęgniarstwa opieki paliatywnej uzyskało 275 osób [4]. Od początku wprowadzenia szkolenia do końca 2018 r. specjalizację z pielęgniarstwa opieki paliatywnej uzyskało łącznie 1511 osób. W odniesieniu do niższych poziomów szkolenia wartości te przedstawiają się następująco: w roku 2018 kurs kwalifikacyjny ukończyły 74 osoby, łącznie od początku szkolenia były to 5033 pielęgniarki, a kurs

**Ryc. 1.** Liczba podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w latach 2005–2018

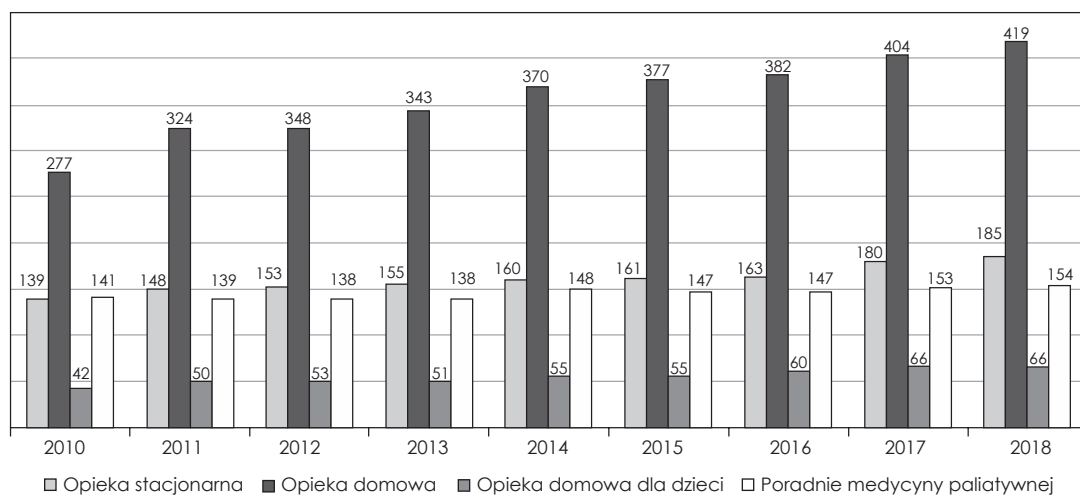
specjalistyczny: podstawy opieki paliatywnej – 128 osób, co daje razem 6808 pielęgniarek [4].

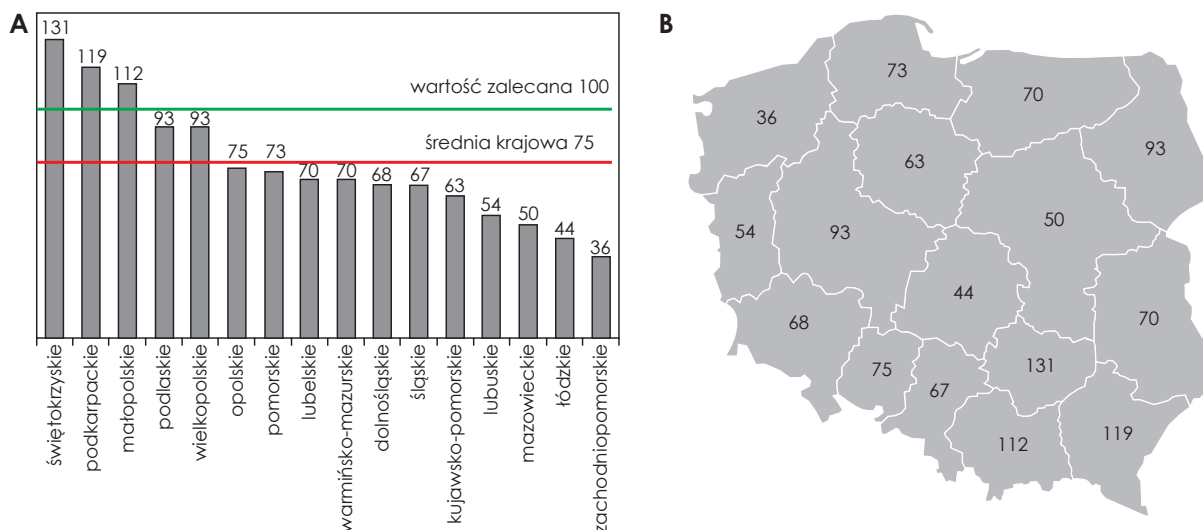
Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej

W 2018 r. umowę na udzielanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej podpisało 551 podmiotów leczniczych (wg kodu świadczeniodawców). W porównaniu z rokiem 2017 przybyło 26 jednostek (ryc. 1).

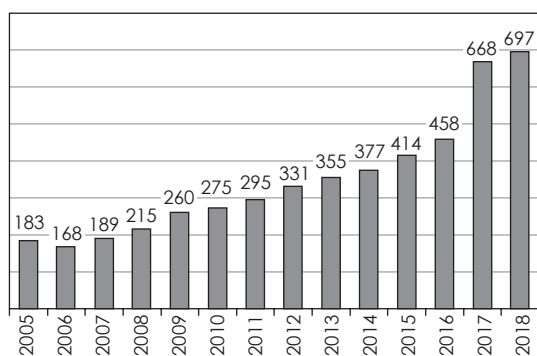
Poszczególne serwisy opieki paliatywnej to opieka stacjonarna (oddział medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarne) – 185, hospicja domowe dla dorosłych – 419, hospicja domowe dla dzieci – 66, poradnie medycyny paliatywnej – 154 oraz perinatalna opieka paliatywna – 7 (ryc. 2).

W porównaniu z rokiem 2017 można odnotować niewielki wzrost liczby jednostek w zakresie paliatywnej opieki stacjonarnej oraz opieki domowej dla dorosłych. Powstały także pierwsze jednostki udzielające świadczeń w zakresie opieki perinatalnej, niestety opieka ta nie była dostępna w połowie województw.

**Ryc. 2.** Liczba podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia z zakresu opieki paliatywnej w latach 2010–2018 z podziałem na poszczególne świadczenia



Ryc. 3. A – Liczba łóżek na 1 milion mieszkańców (2018), **B** – Liczba łóżek w hospicjach stacjonarnych i na oddziałach medycyny paliatywnej na 1 milion ludności wg województw – rok 2018



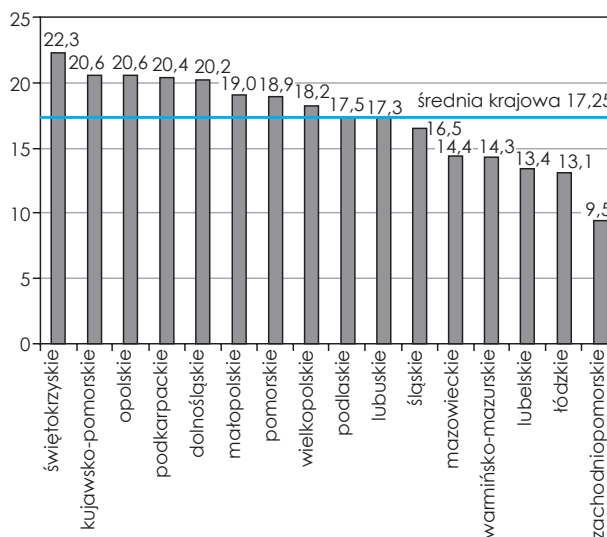
Ryc. 4. Nakłady finansowe ogółem na opiekę paliatywną w latach 2005–2018 [mln PLN]

W 2018 r. w niewielkim stopniu wzrosła liczba łóżek na oddziałach stacjonarnych – średnia liczba łóżek w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców z 73 w 2016 r. wzrosła do 75. Najwięcej łóżek opieki paliatywnej było w województwach świętokrzyskim (121), podkarpackim (116) i małopolskim (101), najmniej w województwach zachodniopomorskim (26), łódzkim (38) oraz mazowieckim (47) (ryc. 3A, B) [5, 8, 9].

Finansowanie opieki paliatywnej

Nakłady finansowe na opiekę paliatywną w Polsce ze środków publicznych w latach 2005–2018 przedstawiono na ryc. 4. W 2018 r. wydatki z budżetu państwa na opiekę paliatywną wyniosły ok. 697 mln PLN i były nieznacznie wyższe w porównaniu z rokiem poprzednim. Nakłady finansowe na wszystkie świadczenia w przeliczeniu na jednego mieszkańca wynosiły 17,25 PLN i znacznie się różniły w porównaniu z rokiem 2016 (11,35 PLN) (ryc. 5).

Przyjmując za kryterium podział terytorialny, najwyższe nakłady na opiekę paliatywną w przeliczeniu na 1 mieszkańca przeznaczono w województwie

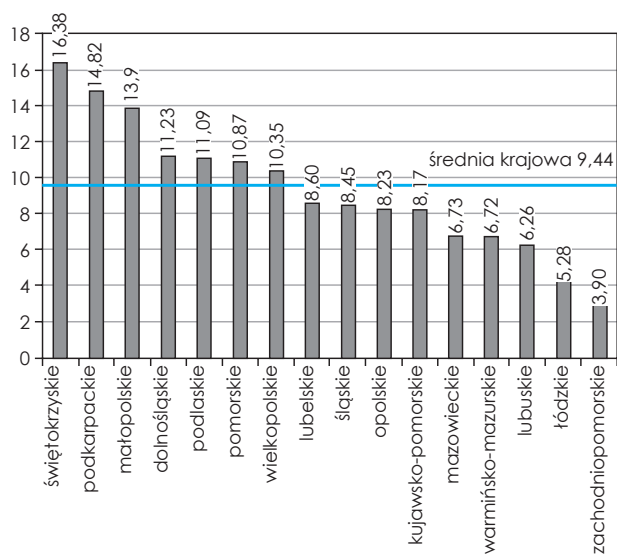


Ryc. 5. Nakłady na opiekę paliatywną w województwach w 2018 r. [PLN na 1 mieszkańca] – nakłady łączne

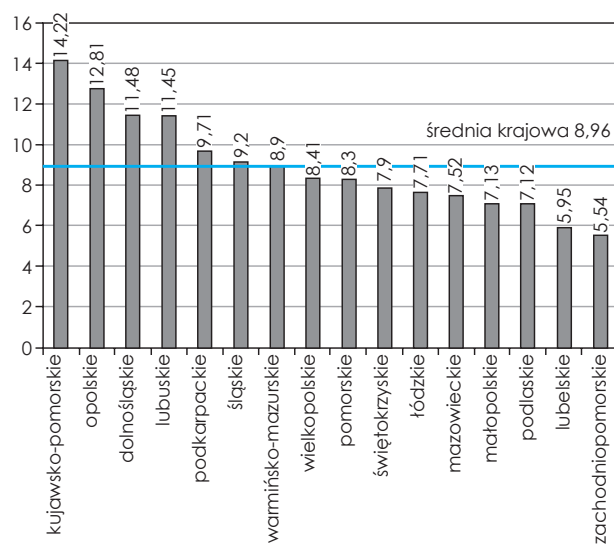
świętokrzyskim, nieco niższe w województwach kujawsko-pomorskim, opolskim oraz podkarpackim, najniższe zaś w województwie zachodniopomorskim, mazowieckim, łódzkim i lubelskim.

Na opiekę stacjonarną w przeliczeniu na jednego mieszkańca przeznaczono średnio 9,44 PLN. Kwota ta była nieznacznie wyższa (111,5%) od kwoty z roku 2017 (8,47 PLN) oraz o 174% wyższa niż w roku 2016 (5,43 PLN). W przeliczeniu na jednego mieszkańca na opiekę stacjonarną najwięcej przeznaczono w województwach świętokrzyskim, podkarpackim, małopolskim, najmniej w zachodniopomorskim, łódzkim i lubuskim (ryc. 6).

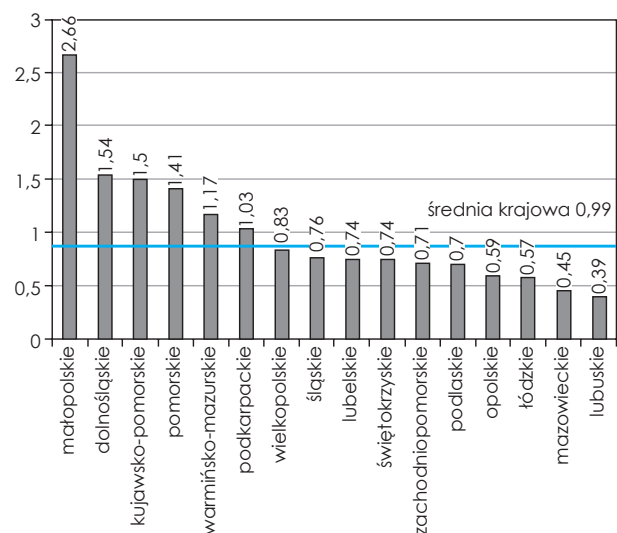
Nakłady na opiekę domową dla pacjentów dorosłych wyniosły średnio 8,96 PLN i były wyższe niż w 2017 r. (6,82 PLN). Najwięcej na to świadczenie przeznaczono w województwach kujawsko-pomorskim, opolskim, dolnośląskim i lubuskim, najmniej



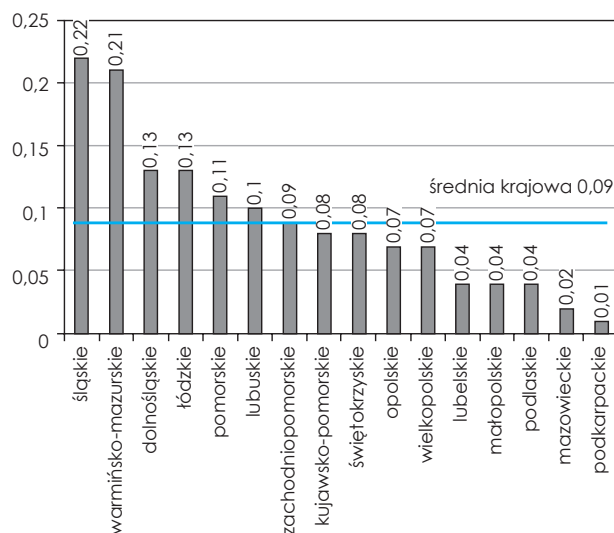
Ryc. 6. Nakłady na opiekę paliatywną w województwach w 2018 r. [PLN na 1 mieszkańca] – opieka stacjonarna



Ryc. 7. Nakłady na opiekę paliatywną w województwach w 2018 r. [PLN na 1 mieszkańca] – hospicja domowe



Ryc. 8. Nakłady na opiekę paliatywną w województwach w 2018 r. [PLN na 1 mieszkańca] – hospicja domowe dla dzieci



Ryc. 9. Nakłady na opiekę paliatywną w województwach w 2018 r. [PLN na 1 mieszkańca] – poradnie medycyny paliatywnej

w małopolskim i lubelskim (ryc. 7). W hospicjach domowych dla dzieci najwyższe nakłady odnotowano w województwie małopolskim, a najniższe w województwach lubuskim, mazowieckim i opolskim (ryc. 8). W odniesieniu do poradni medycyny paliatywnej nie stwierdzono istotnych różnic w porównaniu z rokiem poprzednim. W przeliczeniu na jednego mieszkańca najwyższe nakłady odnotowano w województwach śląskim i warmińsko-mazurskim, a najniższe w województwach podkarpackim i mazowieckim (ryc. 9).

Warto porównać jednostkowe ceny świadczeń w 2018 r. z wyceną AOTMiT. W jednostkach stacjonarnych cena ta była najbardziej zbliżona do zaproponowanej przez AOTMiT – wynosiła średnio 328,91 PLN (53,92 PLN za punkt rozliczeniowy)

i stanowiła 96% zaproponowanej kwoty. Jedynie w województwach łódzkim, kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim i lubelskim wartość ta wyniosła 56,18 PLN za punkt rozliczeniowy, co stanowiło 100% ceny wynikającej z taryfikacji. Najniższa cena jednostkowa świadczeń stacjonarnych była w województwie opolskim (43,30 PLN za punkt rozliczeniowy) [6, 7].

W przypadku świadczeń domowych dla dorosłych średnia cena świadczeń jednostkowych wyniosła 52,16 PLN, co stanowiło 92,8% wyceny AOTMiT. Najwyższą średnią cenę za to świadczenie zaproponowano w województwach kujawsko-pomorskim i podlaskim (100% ceny zaproponowanej przez AOTMiT), najniższą zaś w zachodniopomorskim [6, 7].

W hospicjach domowych dla dzieci średnia cena świadczeń jednostkowych stanowiła 95,9% ceny wynikającej z taryfikacji i wynosiła 86,21 PLN. Najwyższa cena jednostkowa (100% zaproponowanej ceny) była w województwach łódzkim, kujawsko-pomorskim, podlaskim oraz lubuskim. Najmniej NFZ zaproponował za to świadczenie w województwie opolskim.

Konsultacja w poradni medycyny paliatywnej w 2018 r. została wyceniona średnio na 53,30 PLN, co stanowiło 95,8% wyceny AOTMiT. Stuprocentowa wartość została osiągnięta w województwach kujawsko-pomorskim, lubuskim, warmińsko-mazurskim, podlaskim i lubelskim. Najniższa cena porady była w województwie opolskim.

Perinatalna opieka paliatywna była finansowana na poziomie 98,2% kwoty zaproponowanej w ramach taryfikacji [6, 7].

DYSKUSJA

Starzenie się polskiego społeczeństwa oraz wzrost częstości zachorowań na nowotwory są przyczyną rosnącego zapotrzebowania na opiekę paliatywną. Większe zapotrzebowanie na te świadczenia będzie wynikało także ze stopniowego rozszerzania opieki na inne grupy pacjentów. W 2018 r. spełniono postulaty organizacji chorych ze stwardnieniem rozsianym i również oni mogą korzystać z opieki paliatywnej. Jednak osoby z innymi chorobami (niewydolność nerek, niewydolność serca) także mogą potrzebować opieki paliatywnej. Należy oczekiwać, że załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych zostanie uzupełniony o inne jednostki chorobowe (np. przewlekłą niewydolność nerek) lub lista schorzeń kwalifikujących do opieki paliatywnej zostanie zastąpiona innym narzędziem umożliwiającym włączenie do niej pacjentów [1, 2].

W porównaniu z rokiem 2017 liczba jednostek opieki paliatywnej nieznacznie się zwiększyła, ale potrzeby w tym zakresie nadal nie zostały zaspokojone. W porównaniu z poprzednimi latami nadal są znaczne różnice w dostępie do opieki paliatywnej w poszczególnych województwach.

Odnotowano niewielki wzrost liczby jednostek opieki stacjonarnej – w porównaniu z 2017 r. przybyło 5 jednostek. Przekłada się to także na nieznaczny wzrost liczby łóżek w odniesieniu do średniej krajowej. Największy wzrost liczby łóżek nastąpił w województwach świętokrzyskim, podkarpackim oraz małopolskim, czyli w województwach, gdzie w przeliczeniu na 1 mln mieszkańców było najwięcej łóżek, a wskazywaną przez EAPC normę, czyli 100 łóżek na 1 mln mieszkańców, przekroczone już w 2016 r. [5, 10, 11].

Normy, na które powołuje się wiele instytucji, EAPC ustaliło w 2010 r. W ciągu 10 lat potrzeby w zakresie opieki paliatywnej uległy zwiększeniu. Według szacunków potrzeby dotyczące miejsc stacjonarnej opieki paliatywnej mogą się kształtować na poziomie ok. 120–140 łóżek na 1 mln mieszkańców. Niestety w województwach o największych potrzebach wzrost liczby łóżek jest znikomy. Pogłębia się więc różnica między województwami.

W porównaniu z rokiem 2017 finansowanie opieki stacjonarnej nie zmieniło się istotnie. Warto zwrócić uwagę, że w odniesieniu do wyceny AOTMiT w opiece stacjonarnej kwoty zaproponowane świadczeniodawcom są najbardziej zbliżone do kwot wynikających z taryfikacji [6, 7].

Najlepsza dostępność świadczeń dotyczy opieki domowej. Zostało to docenione w najnowszym rankingu zamieszczonym w „Atlasie Opieki Paliatywnej w Europie”, w którym Polska zajęła pierwsze miejsce pod względem rozwoju paliatywnej opieki domowej [12]. Niestety w dostępie do opieki domowej dla dorosłych widoczne jest także znaczne zróżnicowanie terytorialne. Wynika ono z niewystarczającej liczby jednostek w wybranych województwach oraz ze zbyt małej liczby kontraktowanych świadczeń w innych. W części województw są więc kolejki oczekujących na przyjęcie do hospicjów, które są wynikiem nie tylko małej liczby jednostek, lecz przede wszystkim limitowania świadczeń. Zniesienie kilka lat wcześniej obowiązku raportowania kolejek pacjentów oczekujących na świadczenie w hospicjach domowych utrudnia prawidłową ocenę potrzeb.

Sytuacja w zakresie opieki domowej dla dzieci w porównaniu z rokiem 2017 nie zmieniła się zauważalnie. Choć hospicjów domowych dla dzieci jest dużo, ich rozmieszczenie terytorialne jest niezadowolające. Kontraktowane po raz pierwszy świadczenia z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej nie objęły wszystkich województw i niestety w 2018 r. dostęp do nich był ograniczony.

Rok 2018 nie przyniósł także przełomu w ambulatoryjnej opiece paliatywnej. Liczba jednostek utrzymuje się na podobnym poziomie, ich rozmieszczenie terytorialne jest znacznie zróżnicowane, a w niektórych województwach właściwie nie ma do nich dostępu.

Na podstawie powyższych danych można uznać, że dostęp do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej jest różny w zależności od miejsca zamieszkania. Rok 2018 pogłębił różnice w dostępie do świadczeń stacjonarnych.

Jednocześnie nie ma zaplanowanych działań ze strony instytucji państwowych, które w sposób systemowy poprawiłyby dostępność zagwarantowanych ustawowo świadczeń z zakresu opieki paliatywnej. Na nierówność w dostępie do opieki paliatywnej nie tylko pomiędzy krajami europejskimi,

lecz także pomiędzy subregionami zwrócili uwagę autorzy „Atlasu Opieki Paliatywnej w Europie” w 2019 r. [12].

Wzrost zapotrzebowania na opiekę paliatywną będzie się wiązał ze zwiększonym zapotrzebowaniem na kadrę specjalistyczną (lekarzy i pielęgniarzy). Na podstawie danych można stwierdzić, że co-rocennie przybywa lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej oraz specjalistów pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Kształcenie pielęgniarzek odbywa się na różnych poziomach, oprócz szkole-
nia specjalizacyjnego wiele pielęgniarzek kończy też kursy kwalifikacyjne oraz specjalistyczne z zakresu opieki paliatywnej, taki sposób kształcenia zalecany jest przez EAPC [13]. Dostęp do specjalistycznej kadry medycznej opieki paliatywnej jest zróżnicowany terytorialnie.

WNIOSKI

W Polsce dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest zróżnicowany terytorialnie.

Dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, dostępności świadczeń, dostępu do kadry specjalistycznej oraz nakładów na jednego mieszkańca.

Najlepsza dostępność dotyczy świadczeń domowych, najgorsza zaś świadczeń ambulatoryjnych.

Konieczne jest zaplanowanie przez instytucje państwowe działań, które w sposób systemowy poprawiłyby dostępność zagwarantowanych ustawowo świadczeń z opieki paliatywnej.

Autorka deklaruje brak konfliktu interesów.

PIŚMIENNICTWO

1. 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).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2013 poz. 1347). <https://www.infor.pl/akt-prawny/DZU.2018.075.0000742,rozporzadzenie-ministra-zdrowia-w-sprawie-swiadczen-gwarantowanych-z-zakresu-opieki-paliatywnej-i-hospicyjnej.html>
3. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zmiana z 12 czerwca 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 1185). <http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20180001185/O/D20181185.pdf>
4. Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych. <http://www.ckppip.edu.pl/kafelki/opracowania-analazy/dane-statystyczne-ksztalcenia-2.html>
5. Główny Urząd Statystyczny. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 roku. GUS, Warszawa 2017. www.stat.gov.pl
6. Obwieszczenie z dnia 19 listopada 2015 roku w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. www.aotmit.gov.pl
7. Najwyższa Izba Kontroli. Informacja o wynikach kontroli. Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej (październik 2019). www.nik.gov.pl/kontrola/P/18/063/
8. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2017 roku. *Medycyna Paliatywna* 2018; 10: 191-198.
9. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2016 roku. *Medycyna Paliatywna* 2018; 10: 24-29.
10. 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.
11. 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.
12. Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY i wsp. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. www.eapcnet.eu/Portals/0/PDFs/Atlas_Europa_2019_DEF.pdf
13. 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>