

Opieka paliatywna i hospicyjna – organizacja i finansowanie na przykładzie województwa zachodniopomorskiego

Palliative and hospice care – organisation and functioning, based on the example of the West Pomeranian Voivodship

Rafał Iwański, Edyta Sielicka, Aneta Jarzębińska

Katedra Pedagogiki Społecznej, Instytut Pedagogiki, Wydział Humanistyczny Uniwersytet Szczeciński

Streszczenie

Celem artykułu jest przeprowadzenie analizy w zakresie społecznych i ekonomicznych aspektów świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej na przykładzie badań przeprowadzonych w województwie zachodniopomorskim ze szczególnym uwzględnieniem aglomeracji szczecińskiej. Analiza przeprowadzona została w oparciu o dane statystyczne i finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia, podmiotów świadczących usługi oraz informacje uzyskane podczas wywiadów z osobami zarządzającymi hospicjami. Wyniki badań wskazują, że środki z kontraktów z NFZ nie wystarczają na pokrycie kosztów opieki. Podmioty realizujące usługi, aby zapewnić większą dostępność do świadczeń i rozszerzyć zakres usług, pokrywają wydatki związane opieką z środków uzyskanych ze zbiorów publicznych, odpisów podatkowych oraz akcji charytatywnych. (Gerontol Pol 2019; 27; 77-82)

Słowa kluczowe: opieka paliatywna, opieka hospicyjna, polityka społeczna

Abstract

The aim of the article is an economic and social analysis of public palliative and hospice services in zachodniopomorskie voivodship and particularly city of Szczecin area. Research is based on statistic and financial data from provided public National Health Fund (NFZ), dedicated institutions and from series of interviews with management of hospices. The research results show that funds from contracts with NFZ are highly insufficient to cover the costs of care. The examined institutions to offer wider accessibility to benefits and expand the scope of services, cover current expenses with funds obtained from sources like public collections, tax deductions and charity campaigns. (Gerontol Pol 2019; 27; 77-82)

Key words: palliative care, hospice care, public social policy

Wstęp

Rzeczywistość, w której żyjemy, została nazwana przez Philippa Aries czasem śmierci zdziżalej i nieoswojonej, ponieważ tabuuje się temat cierpienia, umierania i skończoności ludzkiego życia [1]. Ceni się natomiast młodość, witalność, samodzielność życiową. Medycyna, technologia, kosmetologia codziennie podejmują walkę z tym, co nieuchronne, próbują usunąć temat choroby i śmierci z przestrzeni ludzkiego postrzegania.

W tych okolicznościach rośnie rola instytucji, których zadanie jest jednym z najtrudniejszych, podejmują się

one bowiem opieki nad pacjentem nieuleczalnie chorym, umierającym. To one przejmują szerokie spektrum działań związanych zarówno z opieką medyczną, jak i z opieką psychologiczną i duchową nad pacjentem, a często również nad jego rodziną. Uzupełniają, a niekiedy zastępują w tym zakresie instytucje medyczne, pracowników socjalnych oraz rodziny. Mowa o poradniach paliatywnych oraz hospicjach domowych i stacjonarnych. Stanowią one główny filar systemu ochrony zdrowia w zakresie zaspokajania potrzeb opiekuńczych i leczniczych pacjentów terminalnie chorych i ich rodzin.

Adres do korespondencji: ✉ Rafał Iwański; Katedra Pedagogiki Społecznej, Instytut Pedagogiki, Wydział Humanistyczny, Uniwersytet Szczeciński; ul. Ogińskiego 16/17, 71-431 Szczecin ☎ (+48 69) 189 41 99 ✉ rafaliwanski@wp.pl

Celem podjętych badań była analiza społecznych i ekonomicznych aspektów funkcjonowania instytucji opieki paliatywnej i hospicyjnej, które świadczą usługi na rzecz osób starszych. Autorzy artykułu podjęli próbę odpowiedzi na pytanie badawcze: Jak w województwie zachodniopomorskim są zorganizowane i z jakich źródeł finansowane świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla pacjentów dorosłych, w tym w szczególności osób starszych?

Badania przeprowadzono w oparciu o dane finansowe i statystyczne opracowane na prośbę autorów artykułu przez Zachodniopomorski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia [2], sprawozdania merytoryczne i finansowe przedkładane przez świadczeniodawców z województwa zachodniopomorskiego oraz o informacje uzyskane podczas badań terenowych. W trakcie tych ostatnich przeprowadzono cztery wywiady pogłębione z osobami kierującymi placówkami realizującymi usługi z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej na terenie województwa zachodniopomorskiego. Były to następujące podmioty: Hospicjum Św. Jana Ewangelisty w Szczecinie, Fundacja Zachodniopomorskie Hospicjum dla Dzieci i Dorosłych w Szczecinie z filią w Koszalinie, Stowarzyszenie Hospicjum Królowej Apostołów w Policach oraz Zachodniopomorskie Centrum Onkologii w Szczecinie. Każdy wywiad był z zgodą respondentów rejestrowany.

Idea i organizacja opieki paliatywnej i hospicyjnej

Osoba z chorobą nieuleczalną i postępującą, której leczenie przyczynowe jest nieskuteczne, może liczyć na świadczenia zdrowotne w formie opieki paliatywnej i hospicyjnej. W praktyce terminy „opieka paliatywna” oraz „opieka hospicyjna” używane są w wielu krajach zamiennie, także w Polsce, jednak ich znaczenie jest różne. Pierwszy definiuje się jako czynną i kompleksową opiekę nad chorym, którego choroba nie reaguje na leczenie. W opiece tej bazuje się na przeświadczeniu, że śmierć to naturalny proces, toteż nie należy za wszelką cenę przedłużać życia chorego (niepodejmowanie tzw. uporeczywej terapii). Opieką paliatywną obejmuje się chorego, członków jego rodziny a także społeczność. Może być ona realizowana zarówno w domu, jak i w szpitalu [3]. Opieka hospicyjna definiowana jest natomiast jako świadczenia, które mają na celu zaspokojenie potrzeb fizycznych, emocjonalnych, społecznych i duchowych chorego i jego rodziny niezależnie od miejsca realizacji usług. Opiekę hospicyjną sprawują profesjonaliści uzupełniani przez wsparcie wolontariuszy [4]. Warto pokreślić, że opieka hospicyjna wywodzi się ze

społecznych ruchów hospicyjnych, których członkowie zwracali szczególną uwagę na aspekty pozamedyczne, w tym wsparcie duchowe i zapewnienie towarzystwa [5] Zakłada się w niej równowagę wspólnotowego prowadzenia działań, a zatem zwraca szczególną uwagę na wymiar społeczny wsparcia osoby umierającej, jej rodziny a także zespołu pracującego z osobami umierającymi.

W Polsce oba pojęcia używane są łącznie i przypisuje im się następującą specyfikę: ustawiczność opieki, pełną dyspozycyjność wobec pacjenta oraz etos opiekuna hospicyjnego, który nie tylko świadczy usługi, ale przed wszystkim czuwa z pacjentem towarzysząc mu stale u kresu życia [6]. W realizacji wyszczególnionych założeń potrzebni są zarówno ludzie, którzy je rozumieją, wdrażają i chronią, jak i wsparcie w postaci przyjaznych rozwiązań systemowych, w tym finansowych.

W myśl obowiązujących w kraju rozwiązań do opieki paliatywnej i hospicyjnej kierowanej do pacjentów dorosłych uprawnione są osoby z jedną z w sumie siedmiu jednostek chorobowych (na liście znajdują się: choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności, nowotwory, następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatia, niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej oraz owrzodzenie odleżynowe) [7]. Chorzy uprawnieni do opieki paliatywno-hospicyjnej, a także ich rodziny mogą otrzymać pomoc i wsparcie w formach: 1) ambulatoryjnej – w poradni medycyny paliatywnej; 2) stacjonarnej – na oddziale medycyny paliatywnej czy w hospicjum stacjonarnym; 3) w formie hospicjum domowego.

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielone w województwie zachodniopomorskim

W województwie zachodniopomorskim, jak wskazują badania autorów, w 2016 roku kontrakty na świadczenia realizowane w poradniach paliatywnych uzyskało 5 podmiotów. W przypadku hospicjów domowych dla dorosłych podpisano 25 kontraktów na świadczenie usług finansowanych z środków NFZ. Hospicja stacjonarne dla dorosłych oraz oddziały medycyny paliatywnej działały w czterech miastach województwa [8]. Na dostępność do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej wpływ ma miejsce zamieszkania. Zdecydowanie więcej podmiotów świadczyło usługi w dużych miastach i terenach bezpośrednio do nich przyległych.

W analizowanym okresie nastąpił wzrost wydatków na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z 2 457 tys. zł w 2006 roku do 10 791 tys. zł w 2016 roku (tabela I). Największy wzrost wydatków

zauważalny jest w grupie świadczeń realizowanych w formie hospicjów domowych dla osób dorosłych gdzie nakłady wzrosły o ponad 5,7 mln zł. Znacząco spadły wydatki na porady w poradniach medycyny paliatywnej. W 2006 roku na tego rodzaju świadczenia wydano 451 tys. zł, a 2016 roku zaledwie 94 tys. zł. Przedstawione dane wskazują, że główny ubezpieczyciel odchodzi od finansowania świadczeń w formie ambulatoryjnej na rzecz hospicjów domowych i stacjonarnych. Tymczasem świadczenia w poradniach są najtańszą formą wsparcia w systemie usług paliatywnych i hospicyjnych.

Zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

W systemie ochrony zdrowia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej wyróżnić można trzy główne grupy pacjentów. Pierwszą stanowią pacjenci w wieku 0-18 lat, drugą osoby w wieku produkcyjnym, to jest pomiędzy 19-64 rokiem życia, trzecią osoby starsze. Pacjenci z poszczególnych kategorii różnią się specyfiką chorób (w populacji dorosłych przeważają nowotwory, które u dzieci należą do rzadkości) oraz strukturą potrzeb, co rzutuje na sposób sprawowania opieki.

Tabela I. Świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie zachodniopomorskim finansowane z środków NFZ w latach 2006-2016 (w tys. zł)

Table I. Services in the field of palliative and hospice care in the West Pomeranian Voivodship financed by the National Health Fund in 2006-2016 (in thousands PLN)

Rok	Porada w poradni medycyny paliatywnej	Świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych	Świadczenia na oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	Razem
2006	451	1022	984	2457
2007	497	1253	978	2728
2008	423	1898	1559	3880
2009	372	2588	2236	5196
2010	263	3266	2493	6022
2011	185	4657	2897	7739
2012	173	4609	3466	8248
2013	176	4725	3649	8550
2014	140	5469	3910	9519
2015	101	6286	4018	10405
2016	94	6724	3973	10791

Źródło: opracowanie własne autorów na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału NFZ 2017.

Tabela II. Liczba pacjentów objętych świadczeniami w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w województwie zachodniopomorskim finansowanych z środków NFZ w latach 2006-2016 (w tys. zł)

Table II. The number of patients provided with palliative and hospice care in the West Pomeranian Voivodship financed by the National Health Fund in 2006-2016 (in thousands PLN)

Lata	Liczba pacjentów - porada w poradni paliatywnej	Liczba pacjentów - świadczenia w hospicjum domowym dla dorosłych	Liczba pacjentów - świadczenia na oddziale medycyny paliatywnej / hospicjum stacjonarnym	Razem (bez świadczeń w poradni paliatywnej)
2006	2003	918	487	1405
2007	2029	1087	470	1557
2008	2000	1128	470	1598
2009	2015	1308	406	1714
2010	1662	1389	528	1917
2011	1395	1569	638	2207
2012	1221	1655	681	2336
2013	1211	1666	780	2446
2014	1062	1851	894	2745
2015	754	2028	894	2922
2016	695	2151	931	3082

Źródło: opracowanie własne autorów na podstawie danych Zachodniopomorskiego Oddziału NFZ 2017.

Według danych Zachodniopomorskiego Oddziału NFZ [8] w 2016 roku NFZ sfinansował realizację świadczeń w formie hospicjum domowego dla 2151 pacjentów w wieku powyżej 18 roku życia. W hospicjach stacjonarnych opiekę uzyskało w analizowanym roku 931 pacjentów. Zarówno w przypadku hospicjów domowych jak i stacjonarnych dla osób dorosłych około 70% pacjentów objętych świadczeniami stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat. W latach 2006-2016 średnioroczny wzrost liczby pacjentów (z wyłączeniem świadczeń w poradni paliatywnej) wyniósł 8%. Jedyne w przypadku świadczeń realizowanych w poradniach medycy paliatywnej zauważalny jest znaczący spadek liczby pacjentów. W rekordowym roku 2007 roku w poradniach leczonych było 2029 chorych, natomiast w 2016 roku ich liczba spadła do 695.

W województwie zachodniopomorskim w 2016 roku mieszkało ponad 348 tys. osób w wieku 65 i więcej lat, z czego ponad 30 tys. było w wieku powyżej 85 lat (określanym mianem sędziwej starości). Według prognoz demograficznych w 2035 roku osób po 65 roku życia będzie co najmniej 402 tys., a osób w wieku sędziwej starości – ponad 56 tys. [9]. Prognozowane postępujące starzenie się populacji będzie skutkowało wzrostem liczby stulatków i superstulatków, czyli osób w wieku ponad 100 i 110 lat. Tymczasem seniorzy znajdują się w grupie szczególnego ryzyka zachorowania na choroby nowotworowe (najwięcej nowotworów złośliwych diagnozuje się u mężczyzn w wieku 55-74 lata, a w przypadku kobiet w wieku 50-69 lat) [10]. Należy zatem założyć, że coraz liczniejsza będzie grupa seniorów wymagających opieki w formie paliatywnej i hospicyjnej.

Źródła finansowania świadczeń

Na przestrzeni dekady odnotowano wzrost liczby pacjentów objętych świadczeniami w formie hospicjów domowych i stacjonarnych o 119%, przy czym jak wskazują dane (tabela I), wydatki na te dwie formy świadczeń wzrosły czterokrotnie. Jednym z głównych składników kosztów związanych z prowadzeniem opieki we wspomnianych formach są wydatki związane z wypłatą wynagrodzeń personelowi medycznemu. Na rynku usług medycznych od lat zauważalny jest problem braku odpowiedniej liczby pracowników posiadających wymagane wykształcenie oraz umiejętności. Według opinii osób prowadzących hospicja, praca w tego typu placówkach nie jest atrakcyjna dla większości lekarzy właśnie ze względu na zarobki a także prestiż, możliwości rozwoju zawodowego oraz specyficzne uwarunkowania wynikające z kontaktu pacjentem umierającym i jego rodziną. Chcąc zabezpieczyć odpowiednią liczbę lekarzy

i pielęgniarek organizatorzy świadczeń muszą proponować uposażenia konkurencyjne do rynkowych. Nieco łatwiejsza jest sytuacja w przypadku placówek prowadzonych przez organizacje wyznaniowe, gdzie część pracowników stanowią osoby duchowne, dla których praca w hospicjum jest misją, wobec czego kwestie finansowe mają drugorzędne znaczenie.

Warto pokreślić, że mimo obserwowalnego wzrostu wydatków w stosunku do liczby chorych nie wszystkie koszty związane z realizacją świadczeń pokrywane są z środków NFZ. Przedstawiciele podmiotów prowadzących działalność w zakresie opieki i leczenia paliatywnego i hospicyjnego w województwie zachodniopomorskim podkreślali, że środki uzyskiwane z kontraktów z NFZ nie wystarczają. Zarazem częstą praktyką jest, iż środki za nadwykonania rozliczane są ze znacznym opóźnieniem, nierzadko pod koniec roku. Wówczas podmioty decydujące się na realizację świadczeń ponad określony w kontrakcie limit zmuszone są zabezpieczyć niezbędne sumy. Utrzymywanie takiego rozwiązania może powodować konieczność uzyskiwania większych środków ze źródeł publicznych, darowizn czy odpisów 1%. Może również skutkować ograniczeniem działalności przez świadczeniodawców, co z kolei prowadzić będzie do niezaspokojenia potrzeb pacjentów i ich rodzin.

Poza wymienionymi zdarzają się przypadki braku uzyskania przez podmioty prowadzące opiekę kontraktów z NFZ, wobec czego organizacje te pokrywają 100% kosztów prowadzonej działalności. Sięgają wówczas po środki uzyskane w ramach wpłat 1% podatku na organizacje pożytku publicznego i organizowanych źródeł publicznych oraz granty samorządowe. Opisany schemat działania występuje w Hospicjum Królowej Apostołów w Policach. Dzięki pozyskiwanym w wymienionych sposobach środkom w latach 2007-2016 roku placówka otoczyła opieką 627 chorych dorosłych (przeważnie na choroby onkologiczne). W analizowanym okresie świadczeniodawca pozyskał i wydatkował na świadczenia 1 749 340 zł. Pomoc ta nie była by możliwa bez zaangażowania wolontariuszy, których wkład w pracę hospicjum, między innymi w pozyskiwanie środków jest znaczący.

Niedoszacowanie systemu

Zauważalna jest rozbieżność pomiędzy zapotrzebowaniem na świadczenia w środowisku w zakresie ilościowym oraz jakościowym a kontraktowaniem usług przez publicznego ubezpieczyciela. System zbudowany jest w oparciu o niepisaną zasadę, że organizator świadczeń będzie pozyskiwał dodatkowe środki w celu zapewnienia świadczeń adekwatnych do potrzeb chorych

i członków ich rodzin. Według obowiązujących taryf osobodzień na oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym został wyceniony na 6,1 pkt, gdzie jeden pkt ma wartość 56,19 zł, co daje kwotę 342,76 zł. W przypadku świadczeń realizowanych na rzecz osób dorosłych w formie hospicjum domowego, osobodzień wyceniony został na 1 pkt, natomiast porada w poradni medycy paliatywnej wiąże się z wydatkiem 55,62 zł [11]. Z wywiadów przeprowadzonych z kierownikami placówek świadczących opiekę hospicyjną wynika niedoszacowane jej kosztów. Respondenci przywołali między innymi problem terapii przeciwbólowej prowadzonej z wykorzystaniem silnych leków opioidowych, które choć cechuje duża skuteczność, nie są refundowane dla placówek stacjonarnej opieki hospicyjnej. W konsekwencji, jak wynika z doświadczeń hospicjów a także z raportu NIK [12] leki z tej grupy stosuje się w Polsce pięciokrotnie rzadziej niż w innych krajach europejskich.

Zdaniem osób kierujących instytucjami świadczącymi usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, środki uzyskane z NFZ pokrywają około 60% kosztów udzielanej bieżącej opieki, bez wydatków na inwestycje. W przekonaniu tych osób zapewnienie właściwej i adekwatnej do potrzeb opieki wymaga podjęcia działań zdecydowanie wykraczających poza minima określone w kontrakcie z NFZ. Obecnie wszelkie nakłady inwestycyjne tj. budowa hospicjum stacjonarnego, remonty, doposażenia pokrywane są z środków uzyskanych od sponsorów. Można zatem stwierdzić, że część zadań w zakresie zapewnienia opieki i wsparcia osobom w ostatnim okresie życia oraz członkom ich rodzin zostało nieformalnie przekazanych organizacjom pozarządowym, w tym związkom wyznaniowym, które organizują, świadczą i kreują współczesny model opieki paliatywnej i hospicyjnej.

W oparciu o przeprowadzone badania terenowe można wyróżnić kilka sfer deficytowych w systemie opieki paliatywnej i hospicyjnej, które wynikają z niewystarczającego finansowania z środków ubezpieczyciela i, jak można przypuszczać, również z braku zrozumienia zasadności realizacji opieki zgodnie z jej holistycznym ujęciem. W pierwszej kolejności zauważana jest wyraźna rozbieżność pomiędzy finansowaniem a realizacją usług medycznych, zarówno leczniczych, jak i opiekuńczych. Określone w przepisach minima okazują się zdecydowanie niewystarczające pod względem liczby świadczeń oraz zabezpieczenia w niezbędny do ich realizacji sprzęt. Potrzebne są również większe środki na opiekę psychologiczną dla chorego i członków jego rodziny, także w razie ich osierocenia. Zwłaszcza ten ostatni aspekt pozostaje w systemie białą plamą. Tym-

czasem środowiska hospicyjne są zgodne co do potrzeby a często wręcz konieczności wsparcia osoby po stracie. Nieprzeżyta żałoba jest bowiem przyczyną społecznej izolacji jednostki, problemów zdrowotnych, pogorszenia funkcjonowania w relacjach rodzinnych, szczególnie w przypadku osób starszych. Wszystkie badane środowiska mają świadomość wagi problemu, dlatego podejmowały inicjatywy (pozyskując środki zewnętrzne) polegające na wspieraniu rodzin w żałobie. Organizowano: spotkania plenerowe, warsztaty psychologiczne, indywidualne spotkania z psychologiem, grupy wsparcia, itp.

Kolejnym ważnym elementem działań paliatywno-hospicyjnych, który nie został uwzględniony w rozwiązaniach systemowych, jest zaangażowanie wolontariuszy. Wykonują oni wiele zadań nieobjętych kontraktem: wspierają instytucje w pracach porządkowo – administracyjnych (wolontariat gospodarczy), w pozyskiwaniu środków i promocji idei hospicyjnej (wolontariat akcyjny) a także w bezpośredniej opiece nad chorym (wolontariat medyczny lub specjalistyczny). Warto jednak pokreślić, że przygotowanie wolontariusza do pracy, szczególnie do realizacji zadań opiekuńczych wymaga specjalistycznych szkoleń, co również generuje określone koszty i czas potrzebny do tego, aby kandydat zdobył podstawową wiedzę, umiejętności oraz rozwinął pożądaną w opiece paliatywnej postawę względem pacjenta i członków jego rodziny.

Podsumowanie

Przedstawione w artykule dane finansowe, statystyczne oraz uwarunkowania społeczne realizowanej opieki, a także informacje uzyskane od osób prowadzących podmioty świadczące opiekę paliatywną i hospicyjną w formie stacjonarnej oraz środowiskowej wskazują, że aktualnie realizacja świadczeń zależna jest od organizacji pozarządowych, w tym religijnych.

Finansowanie świadczeń ze środków publicznego ubezpieczyciela [2] ma wymiar deficytowy i nie zakłada pełnego zaspokojenia potrzeb pacjentów zarówno pod względem dostępności, jak i zakresu oferowanych świadczeń. Prowadzona polityka w zakresie niepełnego kontraktowania skutkuje tym, że część pacjentów jest zmuszona czekać na objęcie opieką. Tymczasem zbyt długi czas oczekiwania na miejsce np. w hospicjum stacjonarnym stanowi wypaczenie idei i zasad obowiązujących w tej sferze usług zdrowotnych i opiekuńczych. Taki stan rzeczy podważa również społeczny, a szczególnie etyczny wymiar sprawowania opieki nad pacjentem umierającym i jego rodziną.

Ze względu na prognozowany proces starzenia się populacji można spodziewać się wzrostu zapotrzebowania

na świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wzrastać będzie liczba pacjentów chorych terminalnie, wymagających profesjonalnej i dostępnej opieki u kresu życia. Wymaga to szybkiej reorganizacji przyjętych rozwiązań systemowych, finansowych i społecznych.

Konflikt interesów / Conflict of interest

Brak/None

Piśmiennictwo/References

1. Aries E. Człowiek i śmierć. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1989. p. 592.
2. <http://www.nfz-szczecin.pl> [dostęp: 27.8.2017].
3. Centeno C, Lynch T, Donea O. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013, Full Edition. Milan: EAPC Press; 2013. p. 280-281.
4. Centeno C, Lynch T, Donea O. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2013, Full Edition. Milan: EAPC Press; 2013. p. 342.
5. Kurczewska U, Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Opieka paliatywna w Polsce – wybrane zagadnienia. Część I. Założenia, organizacja i funkcjonowanie opieki paliatywnej. Farm Pol. 2010;66(2):93-100.
6. Górecki M. Prawda umierania i tajemnica śmierci. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie Żak; 2010. p. 216.
7. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. 2013.
8. Narodowy Fundusz Zdrowia. Poradnie paliatywne i hospicja. 2017. http://www.nfz-szczecin.pl/snpc0_poradnie_paliatywne_i_hospicja.htm?PHPSESSID=4d62be3a8b899e35c17fd5242d4182df [dostęp: 27.07.2017].
9. Bank Danych Lokalnych. 2017; <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start> [dostęp: 15.05.2017].
10. Tuchowska P, Worach-Kardas H, Marcinkowski JT. Najczęstsze nowotwory złośliwe w Polsce – główne czynniki ryzyka i możliwości optymalizacji działań profilaktycznych. Probl Hig Epidemiol. 2013;94(2):166-71.
11. Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej. 2016 <http://bipold.aotm.gov.pl/index.php/taryfikacja-swiadczen/860-taryfikacja-obwieszczenia/4941-obwieszczenie-paliatywna-hospicyjna> [dostęp: 15.08.2017].
12. Najwyższa Izba Kontroli. Dostępności terapii przeciwbólowej. 2017; <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nieleczenie-bolu.html> [dostęp: 16.08.2017].