

# Ocena sytuacji w opiece paliatywnej w Polsce w 2017 roku

## *The appraisal of the situation of the palliative care in Poland in 2017*

Aleksandra Ciałkowska-Rysz, Tomasz Dzierżanowski

<sup>1</sup>Pracownia Medycyny Paliatywnej, Katedra Onkologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup>Pracownia Medycyny Paliatywnej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny

### Streszczenie

W pracy dokonano oceny sytuacji, finansowania oraz dostępności opieki paliatywnej w Polsce w 2017 r. Do przygotowania niniejszego opracowania wykorzystano dane Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, Centrum Egzaminów Medycznych oraz raporty konsultantów. Wykazano, że dostęp do świadczeń gwarantowanych z opieki paliatywnej i hospicyjnej w Polsce jest zróżnicowany regionalnie. Dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępności świadczeń. Najlepsza dostępność dotyczy świadczeń domowych. Wprowadzenie nowych taryf świadczeń w dziedzinie opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2017 r. spowodowało zwiększenie nakładów na opiekę paliatywną o ponad 30%. Największy wzrost nakładów dotyczył opieki stacjonarnej. Stan zasobów kadrowych w opiece paliatywnej można uznać za zadowalający, jednak wraz ze wzrostem zapotrzebowania na opiekę paliatywną będzie rosło zapotrzebowanie na kadrę specjalistyczną.

**Słowa kluczowe:** opieka paliatywna, organizacja, finansowanie.

### Abstract

The assessment of the situation, financing and accessibility of palliative care in Poland in 2017 have been done in this paper. We used data from the National Health Fund, the Ministry of Health, the Centre of Education for Nurses and Midwives, the Centre of Medical Examinations, and consultants' reports. We demonstrated that the access to palliative and hospice care services warranted by the insurance system in Poland is regionally diversified. Disproportions between voivodeships concern the number of entities, expenditures per capita, and the accessibility to services. Home care is the best accessible. The implementation of new pricing of palliative and hospice care services in 2017 resulted in over 30% increase in expenditures on palliative care. The highest growth referred to in-patient care. The human staff in palliative care may be appraised as satisfactory. However, along with the increase of demand for palliative care, the demand for specialistic staff will be growing too.

**Key words:** palliative care, organization, financing.

Adres do korespondencji

dr n. med. Tomasz Dzierżanowski, Pracownia Medycyny Paliatywnej, Zakład Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Oczki 3, 02-007 Warszawa, e-mail: [tomasz.dzierzanowski@wum.edu.pl](mailto:tomasz.dzierzanowski@wum.edu.pl)

### WSTĘP

W Polsce zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych w dziedzinie opieki paliatywnej i hospicyjnej z budżetu państwa finansowane są: świadczenia stacjonarne (oddziały medycyny paliatywnej i hospicja

stacjonarne), świadczenia domowe (hospicja domowe, hospicja domowe dla dzieci) i ambulatoryjne (poradnie medycyny paliatywnej) [1]. Choć świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej są świadczeniami gwarantowanymi, to jednak przez wiele lat środki przeznaczane na ich realizację były niewystarczające. Problem niedostatecznego finan-

Tabela 1. Taryfikacja świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej

Nazwa zakresu świadczeń	Kod świadczeń jednostkowych	Nazwa świadczeń jednostkowych	Taryfa punktowa	Średnia ocena NFZ 2014 (zł)	AOTMiT (zł)	Zmiana (%)	Relacje w grupie stacjonarnej
świadczenia na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym	5.15.00.0000075	osobodzień na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym	7,21	215	405	88	1
	5.15.00.0000103	osobodzień na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych dojelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,2	8,97	258	504	95	1,2
	5.15.00.0000104	osobodzień na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym dla pacjentów żywionych pozajelitowo, ze współczynnikiem korygującym 1,7	11,53	371	648	75	1,6
świadczenia w hospicjum domowym	5.15.00.0000002	osobodzień w hospicjum domowym	1	42	56	34	x
świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	5.15.00.0000003	osobodzień w hospicjum domowym dla dzieci	1,6	74	90	22	x
porada w poradni medycyny paliatywnej	5.15.00.0000001	porada w poradni medycyny paliatywnej	0,99	35	56	58	x

sowania opieki paliatywnej poruszany był w wielu naszych wcześniejszych publikacjach [2–4].

W 2015 r. na podstawie wniosków ze spotkania sejmowej Komisji Zdrowia poświęconego problematyce opieki paliatywnej i na zlecenie Ministerstwa Zdrowia Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) dokonała taryfikacji świadczeń z dziedziny opieki paliatywnej i hospicyjnej. Podstawą ustalenia taryfy były koszty rzeczywiste pozyskane od świadczeniodawców oraz przebiegi referencyjne przygotowane przez zespół ekspertów. Taryfy zostały ustalone poprzez odniesienie całkowitych kosztów danego świadczenia do wybranego świadczenia bazowego, któremu przypisana została wartość jeden. Jako świadczenie bazowe wybrane zostało to świadczenie, dla którego udało się zebrać największą liczbę danych od świadczeniodawców, a więc dla którego próba była najbardziej reprezentatywna – był to osobodzień w hospicjum domowym. Koszt świadczenia bazowego oszacowano na 56,19 zł [5].

W przypadku świadczeń stacjonarnych, gdzie jednostką rozliczeniową jest osobodzień, wyodrębniono dodatkowo osobodzień w opiece stacjonarnej dla pacjentów żywionych dojelitowo, korygując go na 1,2, oraz osobodzień dla pacjentów żywionych pozajelitowo, korygując go na 1,7 względem wartości osobodnia pacjentów bez leczenia żywieniowego. Każdemu ze świadczeń przyznano wartość punktową jak w tabeli 1.

Niestety opisane w tabeli 1 wartości punktowe uległy obniżeniu w maju 2016 r. do wartości, które obowiązują obecnie. Zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) został zobligowany do wprowadzenia taryf od 1 stycznia 2017 r.

Opieka paliatywna świadczona w ramach oddziałów pobytów dziennych oraz szpitalnych zespołów wspierających nie ma finansowania w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Jednostek tego typu jest więc niewiele i są finansowane przez organizacje *non profit* lub samorządy terytorialne. Jednostki te nie podlegały taryfikacji.

Celem autorów było opracowanie danych dotyczących opieki paliatywnej w Polsce w 2017 r., w tym:

- taryfikacja liczby jednostek opieki paliatywnej finansowanych ze środków publicznych w 2017 r. oraz porównanie z latami 2005–2016,
- określenie zasobów kadrowych oraz kwalifikacji lekarzy i pielęgniarek w 2017 r.,
- określenie całkowitych nakładów na opiekę paliatywną w latach 2005–2017,
- określenie nakładów na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2017 r. i porównanie z 2016 r.,

- określenie nakładów na opiekę paliatywną w zakresie świadczeń gwarantowanych (opieka stacjonarna, opieka domowa dla dorosłych oraz dzieci, opieka ambulatoryjna) w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2017 r. i porównanie z 2016 r.

## MATERIAŁ I METODY

Metodyka badania została oparta na analizie krajowych baz danych dotyczących 2016 i 2017 r.: stron internetowych centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych, Centrum Egzaminów Medycznych, oraz na danych pozyskanych od konsultanta krajowego i konsultantów wojewódzkich w dziedzinie medycyny paliatywnej.

## WYNIKI

### Kształcenie i zasoby kadrowe – lekarze i pielęgniarki

W 2017 r. w Polsce funkcjonowały 33 jednostki uprawnione do prowadzenia specjalizacji, w których było 197 miejsc szkoleniowych. Największa liczba miejsc specjalizacyjnych była w województwach wielkopolskim – 27, dolnośląskim i śląskim – po 24 miejsca, najmniejsza w województwach podkarpackim i lubelskim (tab. 2). W tym roku 38 lekarzy zdało egzamin specjalizacyjny z medycyny paliatywnej i tym samym całkowita liczba lekarzy, którzy od 2003 r. ukończyli specjalizację, wyniosła 497 (tab. 3). Najwięcej specjalistów w dziedzinie medycyny paliatywnej pracuje w województwach dolnośląskim, śląskim, kujawsko-pomorskim, najmniej w województwach lubelskim i lubuskim. Ponadto 48 jednostek posiadało akredytacje do prowadzenia staży fakultatywnych w ramach specjalizacji z medycyny paliatywnej.

W 2017 r. 314 pielęgniarek uzyskało tytuł specjalisty z pielęgniarstwa opieki paliatywnej, tym samym całkowita liczba pielęgniarek, które od początku istnienia specjalizacji zdały egzamin z pielęgniarstwa opieki paliatywnej, wyniosła 1236 (1208 kobiet i 28 mężczyzn). Rozmieszczenie terytorialne specjalistów pielęgniarstwa opieki paliatywnej jest podobnie jak lekarzy i bardzo zróżnicowane; największa liczba specjalistów, tj. powyżej 100 osób, jest w województwach śląskim, mazowieckim, łódzkim, małopolskim i wielkopolskim, najmniejsza, tj. poniżej 10, w województwach podlaskim i świętokrzyskim [6].

### Świadczenia opieki paliatywnej

W 2017 r. świadczenia z zakresu opieki paliatywnej wykonywało 525 podmiotów leczniczych.

**Tabela 2.** Liczba jednostek uprawnionych do prowadzenia specjalizacji i liczba miejsc szkoleniowych w latach 2005–2017 dla lekarzy

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	197

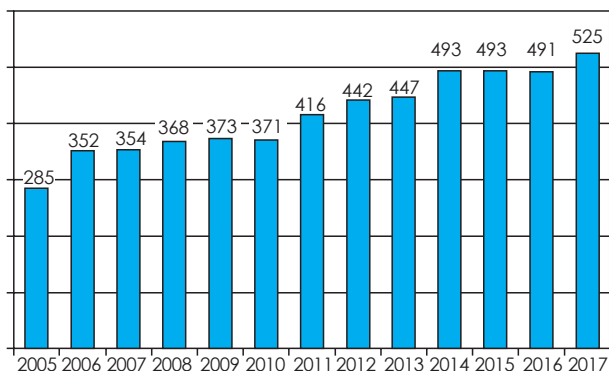
**Tabela 3.** Zasoby kadrowe – lekarze (dane z CEM)

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
2015	26	19	45
2016	10	19	29
2017	24	14	38
<b>razem</b>	<b>279</b>	<b>218</b>	<b>497</b>

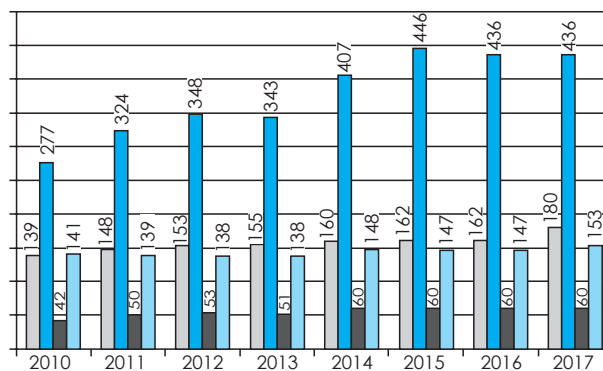
W porównaniu z 2016 r. liczba jednostek świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej wzrosła o 34, co prawdopodobnie należy wiązać z nowym kontraktowaniem świadczeń w niektórych województwach. Liczbę jednostek opieki paliatywnej finansowanych ze środków publicznych (NFZ) w latach 2005–2017 przedstawia rycina 1. Analizę poszczególnych serwisów opieki paliatywnej przedstawiono na rycinie 2.

W 2017 r. w Polsce funkcjonowało:

- 180 jednostek opieki stacjonarnej (oddział medycyny paliatywnej lub hospicjum stacjonarne),

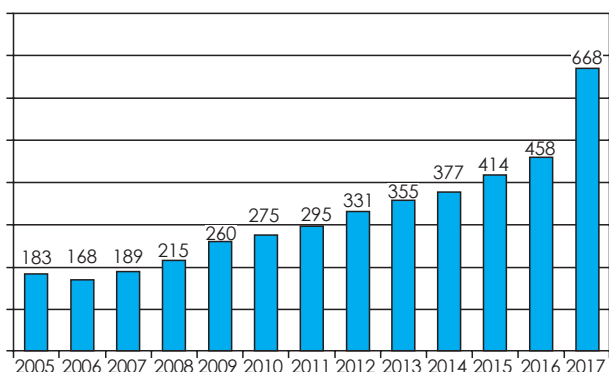


**Ryc. 1.** Liczba podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w latach 2005–2017



■ Opieka stacjonarna  
■ Opieka domowa  
■ Opieka domowa dla dzieci  
■ Poradnie medycyny paliatywnej

**Ryc. 2.** Liczba podmiotów leczniczych wykonujących świadczenia w latach 2005–2017 z podziałem na poszczególne świadczenia



**Ryc. 3.** Nakłady finansowe ogółem na opiekę paliatywną (w milionach zł)

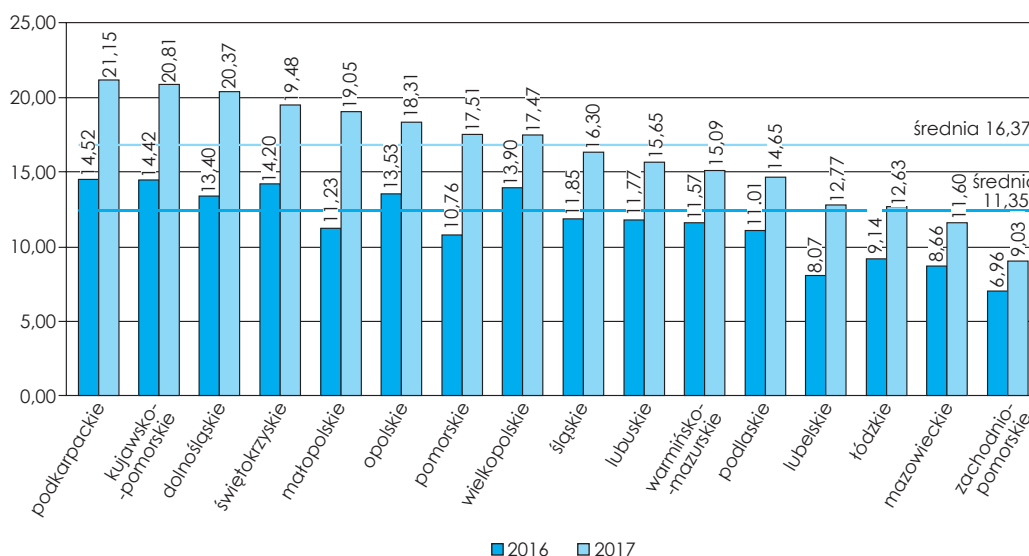
Nakłady finansowe na opiekę paliatywną pochodzące ze środków publicznych w Polsce w 2017 r. wyniosły 668 mln zł i były wyższe o 210 mln zł niż w 2016 r., co stanowiło 31,4%; dla porównania różnica pomiędzy 2016 r. a 2015 r. wynosiła zaledwie 50 mln zł. Rycina 3 przedstawia nakłady na opiekę paliatywną w latach 2005–2017, a rycina 4 nakłady na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkańca z podziałem na województwa.

- 436 hospicjów domowych dla dorosłych,
- 60 hospicjów domowych dla dzieci,
- 153 poradnie medycyny paliatywnej.

### Finansowanie opieki paliatywnej

W 2017 r. zostały wprowadzone nowe taryfy świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Choć zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych NFZ został zobligowany do wprowadzenia nowych taryf od 1 stycznia 2017 r., tylko w 6 województwach (kujawsko-pomorskim, dolnośląskim, łódzkim, małopolskim, śląskim, lubelskim) została wprowadzona cena rekomendowana przez AOTMiT, w pozostałych województwach kwoty podwyżki były różne, ale niższe od rekomendowanej. Najniższe podwyż-



**Ryc. 4.** Nakłady na opiekę paliatywną łącznie (w zł/mieszkańca)

ki zaferowały oddziały wojewódzkie NFZ w województwach świętokrzyskim, lubuskim i podlaskim. W części województw wprowadzanie nowych taryf zostało rozłożone na 2 lata.

Średnie nakłady finansowe w przeliczeniu na jednego mieszkańca w 2017 r. wyniosły 16,37 zł i były wyższe o 5,02 zł niż w 2016 r. Najwyższy wzrost nakładów *per capita* wystąpił w województwach małopolskim (o 7,82 zł), dolnośląskim (o 6,97 zł) i pomorskim (o 6,75 zł), najniższy w województwach zachodniopomorskim (o 2,7 zł) i mazowieckim (o 2,94 zł).

W odniesieniu do rozkładu terytorialnego w 2017 r. najwyższe nakłady na opiekę paliatywną w przeliczeniu na jednego mieszkańca poniesiono w województwach podkarpackim, kujawsko-pomorskim i dolnośląskim, najniższe zaś w województwach zachodniopomorskim, mazowieckim, łódzkim i lubuskim.

Na podstawie analizy poszczególnych świadczeń można stwierdzić, że w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa w 2017 r. na świadczenia z zakresu stacjonarnej opieki paliatywnej przeznaczono średnio 8,47 zł, w porównaniu z 2016 r. było to średnio o 3,15 zł więcej, co stanowiło 37,2%. W przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa najwyższe nakłady na opiekę stacjonarną przeznaczono w województwach podkarpackim, małopolskim i świętokrzyskim, najniższe zaś w zachodniopomorskim, łódzkim, mazowieckim i lubuskim. Na rycinie 5 przedstawiono nakłady na jednego mieszkańca w zakresie opieki stacjonarnej w 2016 r. i 2017 r.

Po wprowadzeniu nowych taryf nakłady na paliatywną opiekę domową dla pacjentów dorosłych w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa wyniosły średnio 6,82 zł. W porównaniu z 2016 r. różnica wyniosła 1,65 zł, co stanowiło 24,19%. Naj-

więcej środków przeznaczono w województwach kujawsko-pomorskim, opolskim i lubuskim, a najmniej w województwach małopolskim i lubelskim (ryc. 6).

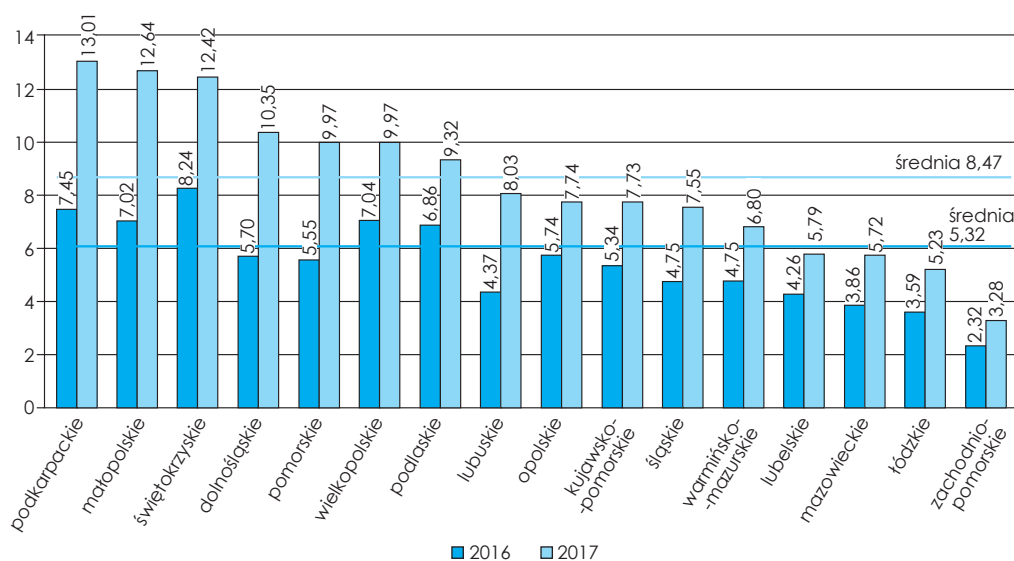
Nakłady na świadczenia z zakresu opieki domowej dla dzieci w przeliczeniu na jednego mieszkańca wyniosły 0,99 zł i były wyższe w porównaniu z 2016 r. o 0,19 zł – wzrost nakładów wyniósł 19,2%. Nadal znacznie wyższe nakłady na opiekę domową dla dzieci utrzymują się w województwie małopolskim. Środki finansowe przeznaczone na to świadczenie o ponad 100% przewyższają średnią krajową. Najniższe nakłady na opiekę domową dla dzieci przeznaczono w województwach lubuskim i mazowieckim (ryc. 7).

W 2017 r. nakłady na poradnie medycyny paliatywnej *per capita* wyniosły 0,09 zł, czyli wzrosły od 2016 r. o 33,3%. Najwięcej środków na poradnię medycyny paliatywnej przeznaczono w województwach śląskim i warmińsko-mazurskim, najmniej zaś w województwach podkarpackim i mazowieckim (ryc. 8).

## DYSKUSJA

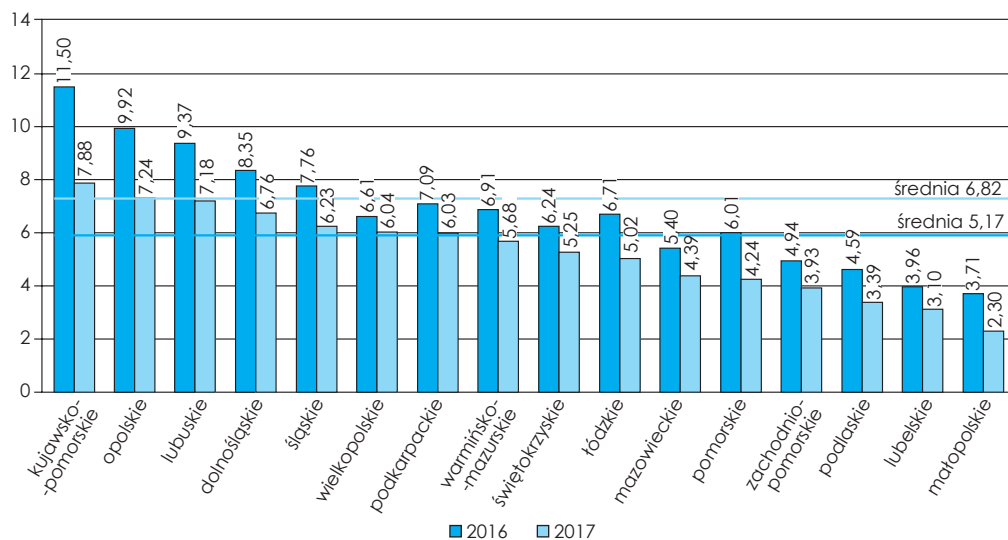
W Polsce w ostatnich latach obserwuje się rozwój opieki paliatywnej. Jet to związane z rosnącą liczbą podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rosnącą liczbą świadczeń, a także znacznym rozwojem kadry lekarskiej i pielęgniarskiej. Zwiększająca się liczba ośrodków kształcących lekarzy specjalistów jest bazą do kształcenia nowych lekarzy. Corocznie specjalizację z zakresu pielęgniarstwa opieki paliatywnej uzyskuje także duże grono pielęgniarek.

Wprowadzenie w 2017 r. nowych taryf oraz wzrost nakładów przeznaczonych ze środków publicznych,

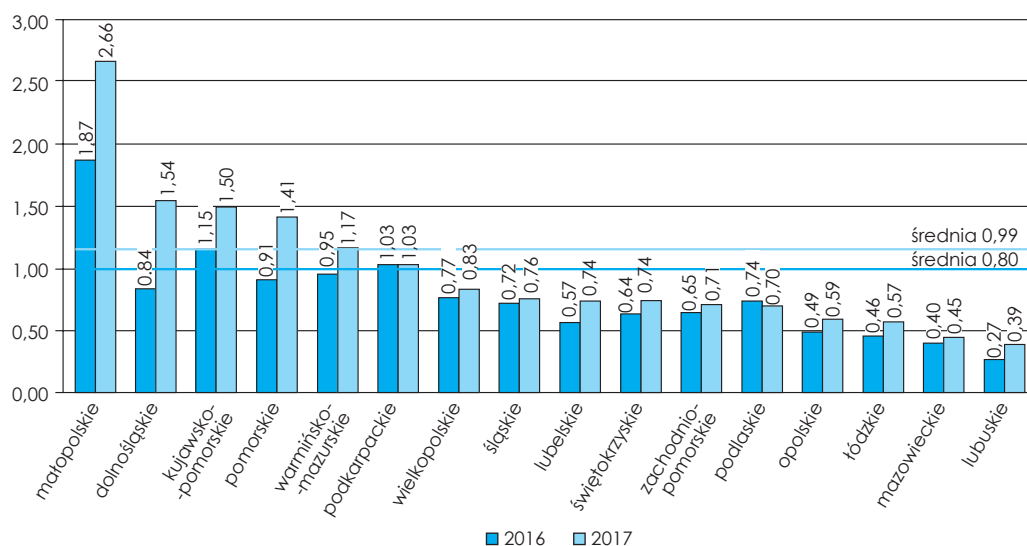


Ryc. 5. Nakłady na opiekę paliatywną stacjonarną (w zł/mieszkańca)

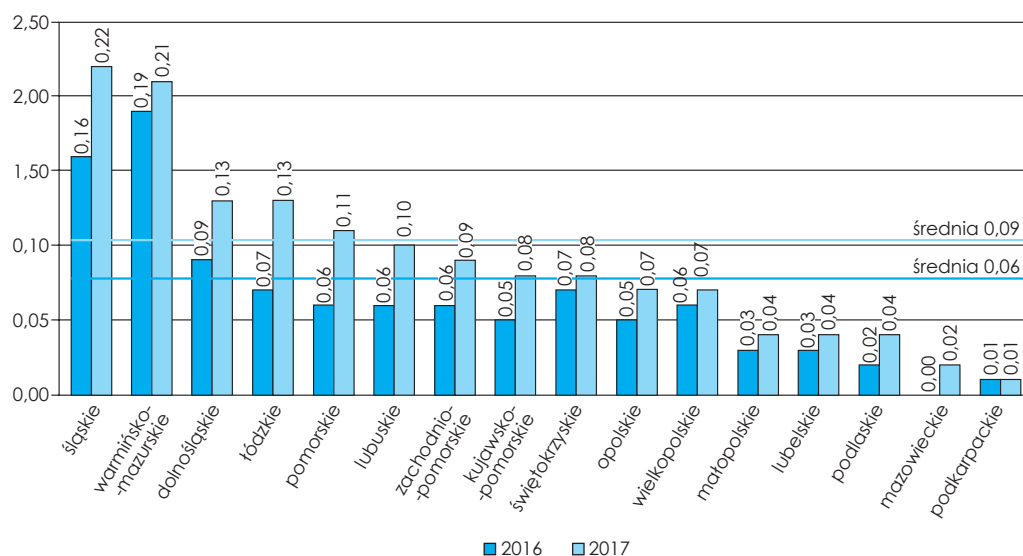




Ryc. 6. Nakłady na opiekę paliatywną domową (w zł/mieszkańca)



Ryc. 7. Nakłady na domową opiekę paliatywną dla dzieci (w zł/mieszkańca)



Ryc. 8. Nakłady na ambulatoryjną opiekę paliatywną (w zł/mieszkańca)

wynoszący ponad 30%, poprawiły sytuację finansową jednostek opieki paliatywnej. Zwiększenie nakładów na opiekę paliatywną o co najmniej 30% było zgodne z naszymi wcześniejszymi wyliczeniami [2, 7].

Niepokojący jest jednak brak zastosowania w niektórych województwach zalecanej taryfy oraz ograniczenia w nakładach, które można było zaobserwować w innych województwach, tzn. wprowadzenie nowej taryfy, ale zmniejszanie liczby kontraktowanych świadczeń. Najbardziej zauważalny wzrost nakładów nastąpił w opiece stacjonarnej. Taki podział środków finansowych należy uznać za słuszny, gdyż zgodnie z naszymi wcześniejszymi wyliczeniami opieka stacjonarna była najbardziej niedofinansowana. Niskie finansowanie było przez wiele lat barierą rozwoju tej formy opieki, gdyż opieka stacjonarna jest najbardziej kosztochłonna [2, 3, 7].

Na fakt, że największym składnikiem kosztów opieki paliatywnej jest opieka stacjonarna, zwrócono także uwagę w badaniu kanadyjskim. Autorzy tego opracowania przedstawili kompleksowy obraz kosztów związanych z opieką paliatywną w Kanadzie, określając podział kosztów między sektor publiczny, rodzinę i organizację non profit [8].

W naszym kraju najlepsza dostępność dotyczy opieki domowej. Najwięcej jest serwisów zapewniających opiekę domową dla dorosłych. Z powodu ich nierównomiernego rozmieszczenia istnieją jednak nadal powiaty, gdzie dostęp do opieki paliatywnej jest ograniczony. W 2017 r. nakłady na opiekę domową dla pacjentów dorosłych wzrosły o ok. 24%, co w znacznym stopniu było związane z wprowadzeniem nowych taryf. Niestety nie zwiększyła się w sposób znaczący liczba kontraktowanych świadczeń, a w niektórych województwach wzrost ceny jednostkowej świadczenia był związany z kontraktowaniem mniejszej liczby świadczeń. Nadal utrzymuje się limitowanie świadczeń i kolejki pacjentów oczekujących na świadczenie, choć w większości województw NFZ finansuje nadwykonania.

Liczba hospicjów domowych dla dzieci od kilku lat jest na stabilnym poziomie, choć dzięki wprowadzeniu nowych taryf nakłady na to świadczenie w przeliczeniu na jednego mieszkańca uległy zwiększeniu o ok. 19%. W zakresie nakładów na pediatryczną opiekę domową przeważa województwo małopolskie, w którym nakłady w przeliczeniu na jednego mieszkańca są 2 razy wyższe niż średnia krajowa.

Wprowadzenie nowych taryf o ponad 30% zwiększyło nakłady na ambulatoryjną opiekę paliatywną, jednak dostępność tej formy opieki nie uległa poprawie. Można to tłumaczyć zbyt krótkim czasem oraz brakiem możliwości zawierania kontraktów w części województw. Najważniejszym nierozwiązanym problemem w zakresie ambulatoryjnej opieki paliatywnej jest brak wprowadzenia zmian organizacyjnych dotyczących możliwości odrębnego finansowania porady w poradni medycyny paliatywnej oraz wizyty w domu pacjenta. Dostępność do ambulatoryjnej opieki paliatywnej jest najlepsza w województwach śląskim i warmińsko-mazurskim, najtrudniejsza sytuacja w tym zakresie występuje w województwach podkarpackim i mazowieckim.

Powyższe dane dotyczą nakładów finansowych przeznaczonych ze środków publicznych (NFZ) i nie są równoznaczne z całkowitymi kosztami opieki. Nadal brakuje opracowań na temat kosztów nieformalnych ponoszonych przez organizacje *non profit* będące organami założycielskimi oraz organizacjami wspierającymi hospicja, a także kosztów ponoszonych przez pacjentów i ich opiekunów. Nie ma też danych dotyczących kosztów nieformalnych, co uniemożliwia uzyskanie pełnych danych dotyczących finansowania opieki paliatywnej. Na te ograniczenia zwrócili uwagę autorzy brytyjscy w przeglądzie systematycznym z 2018 r. [9].

Zapewnienie równego dostępu do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej powinno być elementem polityki zdrowotnej państwa. Świadczenia w zakresie domowej, stacjonarnej oraz ambulatoryjnej opieki paliatywnej są świadczeniami gwarantowanymi.

Zapewnienie równego dostępu do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej powinno być elementem polityki zdrowotnej państwa. Świadczenia w zakresie domowej, stacjonarnej oraz ambulatoryjnej opieki paliatywnej są świadczeniami gwarantowanymi.

## WNIOSKI

Wprowadzenie nowych taryf świadczeń w dziedzinie opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2017 r. spowodowało zwiększenie nakładów na opiekę paliatywną o ok. 30%. Największy wzrost nakładów dotyczył opieki stacjonarnej.

Dostęp do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest w Polsce zróżnicowany. Dysproporcje pomiędzy województwami dotyczą liczby jednostek, nakładów na jednego mieszkańca oraz dostępności świadczeń. Najlepsza dostępność dotyczy świadczeń domowych.

Stan zasobów kadrowych w opiece paliatywnej można uznać za zadowalający, jednak z rosnącym zapotrzebowaniem na opiekę paliatywną związany jest wzrost zapotrzebowania na kadrę specjalistyczną.

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

## PIŚMIENNICTWO

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. nr 2013, poz. 1347).

2. Ciałkowska-Rysz A, Pokropska W, Łuczak J i wsp. How much does care in palliative care wards cost in Poland? *Arch Med Sci* 2016; 12: 457-468.
3. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T, Łuczak J i wsp. Summary of works of the expert task force on palliative and hospice care (August 2011 – June 2012). *Med Paliat* 2014; 6: 177-189.
4. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. The condition of palliative care in Poland in 2014. *Med Paliat* 2016; 8: 120-127.
5. Obwieszczenie z dnia 19 listopada 2015 roku w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna; dostępne na: [www.aotmit.gov.pl](http://www.aotmit.gov.pl) (dostęp: 18.02.2019).
6. Centrum Kształcenia Pielęgniarek i Położnych; dostępne na: <http://www.ckppip.edu.pl/> (dostęp: 4.05.2018).
7. Ciałkowska-Rysz A, Dzierżanowski T. An appraisal of the situation of the palliative care in Poland in 2016. *Med Paliat* 2018; 10: 24-29.
8. Dumont S, Jacobs P, Fassbender K i wsp. Costs associated with resource utilization during the palliative phase of care: a Canadian perspective. *Palliat Med* 2009; 23: 708-717.
9. Gardiner C, Ryan T, Gott M. What is the cost of palliative care in the UK? A systematic review. *BMJ Support Palliat Care* 2018; 8: 250-257.