

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 2009 r.

**w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej
i hospicyjnej**

Na podstawie art. 31d 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§1. Rozporządzenie określa:

- 1) wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 3) warunki realizacji świadczeń gwarantowanych.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej - zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918 i Nr 118, poz. 989.

- 1) dostęp lub zapewnienie realizacji - zapewnienie wykonywania świadczeń gwarantowanych w innym miejscu udzielania świadczeń lub lokalizacji niż ta, w której świadczenia te są udzielane;
- 2) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny;
- 3) lekarz danej specjalności – lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w danej dziedzinie medycyny;
- 4) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który ukończył drugi rok specjalizacji;
- 5) lokalizacja - budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub których udziela się świadczeń gwarantowanych;
- 6) miejsce udzielania świadczeń - pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie, w celu wykonywania świadczeń gwarantowanych u danego świadczeniodawcy.

§ 3. Świadczenia gwarantowane realizowane są w warunkach:

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

§ 4. 1. Świadczenia gwarantowane w warunkach stacjonarnych i domowych obejmują:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- 3) leczenie farmakologiczne w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- 4) leczenie bólu zgodnie ze zdefiniowanym przez Światową Organizację Zdrowia w 1986 r. schematem stosowania leków przeciwbólowych oraz innych leków podawanych w celu zmniejszenia doznań bólowych (drabina analgetyczna);
- 5) leczenie innych objawów somatycznych;
- 6) opiekę psychologiczną;
- 7) rehabilitację;

- 8) zapobieganie powikłaniom;
 - 9) badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
 - 10) zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego;
 - 11) pomoc w rozwiązywaniu problemów społecznych;
 - 12) bezpłatne wypożyczanie wyrobów medycznych i środków pomocniczych przez hospicja domowe, wymienionego w pkt II ppkt 2 załącznika nr 2 do rozporządzenia;
 - 13) opiekę nad osieroconymi
- udzielane świadczeniobiorcom w chorobach wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują:

- 1) porady lekarskie, porady lekarsko-pielęgniarskie oraz porady psychologiczne;
- 2) wizyty pielęgniarskie w domu chorego.

3. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy przejazd środkami transportu sanitarnego, w przypadku, o którym mowa w art. 41 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

4. Przejazd, o którym mowa w ust. 3, jest finansowany w 40% ze środków publicznych w przypadku gdy z oceny dokonanej przez lekarza lub felczera ubezpieczenia zdrowotnego wynika, że świadczeniobiorca jest zdolny do samodzielnego poruszania się bez stałej pomocy innej osoby, ale wymaga przy korzystaniu ze środków transportu sanitarnego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

§ 5. Warunkiem realizacji świadczenia gwarantowanego jest również przedstawienie skierowania wydanego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

§ 6. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określone są w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 31 sierpnia 2009 r.

MINISTER ZDROWIA

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia2009 r. (poz....)

Załącznik nr 1

**WYKAZ CHORÓB, W KTÓRYCH UDZIAŁANE SĄ ŚWIADCZENIA
GWARANTOWANE W WARUNKACH STACJONARNYCH I DOMOWYCH**

I. OSOBY DOROSŁE

Kod świadczenia wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10	Nazwa świadczenia gwarantowanego
C00-D48	Nowotwory
G09	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego
B20-24	Choroby wywołane przez wirus ludzki upośledzenia odporności (HIV)
G10-G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
I42-43	Kardiomiopatie
J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
L89	Owrzodzenie odleżynowe

II. DZIECI DO UKOŃCZENIA 18 ROKU ŻYCIA

Kod świadczenia wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10	Nazwa świadczenia gwarantowanego
A 81	Zakażenie powolnymi wirusami ośrodkowego układu nerwowego
B20-B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności [HIV]
B90-B94	Następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych
C00-C14	Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła
C15-C26	Nowotwory złośliwe narządów trawiennych
C30-C39	Nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej
C40-C41	Nowotwory złośliwe kości i chrząstki stawowej
C43-C44	Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry
C45-C49	Nowotwory złośliwe międzybłonna i tkanek miękkich
C50	Nowotwory złośliwe sutka
C51-C58	Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych
C60-C63	Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych
C64-C68	Nowotwory złośliwe układu moczowego
C69-C72	Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części centralnego systemu nerwowego
C73-C75	Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego
C76-C80	Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu
C81-C96	Nowotwory złośliwe tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanek pokrewnych
C97	Nowotwory złośliwe niezależnych (pierwotnych) mnogich umiejscowień
D00-D09	Nowotwory in situ
D32-D33	Nowotwory niezłośliwe opon mózgowych, mózgu i innych części

	centralnego systemu nerwowego
D37-D48	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze
E70-90	Choroby metaboliczne
F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
G09	Następstwa chorób zapalnych ośrodkowego układu nerwowego
G10-G13	Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
G23	Inne choroby zwyrodnieniowe i zwojów podstawy (ch. Hellervordena-Spatza)
G70-G73	Choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni (G71.0 Dystrofia mięśniowa Duchenne'a, G71.2 Miopatie wrodzone, G71.3 Miopatia mitochondrialna (niesklasyfikowana gdzie indziej))
G80-G83	Porażenie mózgowe i inne zespoły porażenne (G80 Dziecięce porażenie mózgowe)
G90-G99	Inne zaburzenia układu nerwowego
I50	Niewydolność serca
I69	Następstwa chorób naczyń mózgowych
J96.1	Przewlekła niewydolność oddechowa
K72	Niewydolność wątroby niesklasyfikowana gdzie indziej
K74	Zwłóknienie i marskość wątroby
N 18.0	Schyłkowa niewydolność nerek
P10	Rozerwanie struktur śródczaszkowych i krwotok spowodowany urazem porodowym
P11	Inne porodowe urazy ośrodkowego układu nerwowego
P21	Zamartwica urodzeniowa
P27	Przewlekła choroba oddechowa rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym (P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym)
P35	Wrodzone choroby wirusowe
P91	Inne zaburzenia mózgowe noworodka (P91.0 Niedokrwienie mózgu noworodka)
Q00-Q07	Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (Q03 Wodogłowie wrodzone, Q03.1 Zespół Dandy-Walkera, Q04.2 Przodomózgowie

	jednokomorowe – holoprosencephalia, Q04.3 Inne wady mózgu z ubytkiem tkanek np. gładkomózgowie – lissencephalia, Q04.8; Q04.9; Q05 Rozszczep kręgosłupa, Q05.0 Rozszczep kręgosłupa szyjnego ze współistniejącym wodogłowiem, Q05.2 Rozszczep kręgosłupa lędźwiowego ze współistniejącym wodogłowiem, Q07 Inne wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego, Q07.0 Zespół Arnoldda-Chiariego)
Q20-Q25	Wrodzone wady rozwojowe serca i dużych naczyń – dotyczy dzieci nie zakwalifikowanych do leczenia operacyjnego
Q31	Wrodzone wady rozwojowe krtani
Q32	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
Q44	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby (Q44.2 Zarośnięcie przewodów żółciowych, Q44.7 Zespół Alagille'a)
Q60	Niewytworzenie nerek i inne zaburzenia związane z redukcją tkanki nerwowej (Q60.4 Niedorozwój nerek, obustronny)
Q61.1	Wielotorbielowość nerek, typu dziecięcego
Q77	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa (Q77.4 Achondroplazja – chondrodystrofia płodowa)
Q78	Inne osteochondrodysplazje (Q78.0 Kostnienie niedoskonałe – łamliwość kości wrodzona – osteogenesis imperfecta)
Q79	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
Q81	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
Q85	Choroby dziedziczne ze zmianami ektodermalnymi (fakomatozy)
Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
Q89	Inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej (Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej)
Q90-99	Abberacje chromosomowe
R40.2	Śpiączka, nieokreślona
S06	Uraz śródczaszkowy (S06.7 Uraz śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności)

T90	Następstwa urazów głowy
T91	Następstwa urazów szyi i tułowia
T94	Następstwa urazów obejmujących mnogie okolice ciała
T96	Następstwa zatrucia lekami i substancjami biologicznymi
T97	Następstwa skutków toksycznych substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych
Y85-Y89	<p>Następstwo przyczyny zewnętrznej powodującej zachorowanie i zgon (Y85)</p> <p>Następstwo wypadku komunikacyjnego (Y87.0)</p> <p>Następstwo umyślnego samouszkodzenia (Y 88.0)</p> <p>Następstwo niekorzystnego działania leku, środka farmakologicznego i substancji biologicznej zastosowanych w celach leczniczych (Y88.1)</p> <p>Następstwo wypadku pacjenta w trakcie zabiegów chirurgicznych i medycznych (Y89)</p>

WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH

I. Świadczenia realizowane w warunkach stacjonarnych.

1. Wymagania dotyczące personelu:

- 1) lekarz medycyny paliatywnej lub lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz będący w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej lub lekarz danej specjalności, który uzyskał w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej 50 punktów edukacyjnych związanych z problematyką dotyczącą medycyny paliatywnej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek;
- 2) pielęgniarki - ukończony kurs kwalifikacyjny lub specjalizacja w dziedzinie opieki paliatywnej lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji w dziedzinie opieki paliatywnej - 25% czasu pracy pielęgniarek;
- 3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej - równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek;
- 4) fizjoterapeuta posiadający wykształcenie wyższe lub średnie – równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek.

2. Sprzęt medyczny i pomocniczy:

- 1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu co najmniej 3 szt. na każde rozpoczęte 10 łóżek;
- 2) ssak elektryczny co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 5 łóżek;
- 3) inhalatory;
- 4) glukometry;
- 5) aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;
- 6) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej;
- 7) pompy infuzyjne co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 5 łóżek;
- 8) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie

- znajdujący się w miejscu udzielania świadczeń,
- 9) aparat EKG, który może znajdować się w lokalizacji.

3. Inne warunki:

- 1) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza medycyny paliatywnej lub lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarza danej specjalności, który uzyskał w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej 50 punktów edukacyjnych związanych z problematyką dotyczącą medycyny paliatywnej;
- 2) całodobowa opieka pielęgniarska;
- 3) przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres czasowy nie dłużej niż 10 dni;
- 4) w przypadku gdy choroba ograniczająca życie ma charakter wrodzony i została zdiagnozowana przed ukończeniem 18 roku życia przez świadczeniobiorcę, świadczenia gwarantowane określone w § 4 udzielane są świadczeniobiorcom dorosłym cierpiącym na choroby, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

II. Świadczenia gwarantowane w warunkach domowych.

1. Wymagania dotyczące personelu:

- 1) lekarz medycyny paliatywnej lub lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz będący w trakcie specjalizacji z medycyny paliatywnej lub lekarz danej specjalności, który uzyskał w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej 50 punktów edukacyjnych związanych z problematyką dotyczącą medycyny paliatywnej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców, a w opiece nad dziećmi równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 świadczeniobiorców;
- 2) pielęgniarki z ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalizacją w dziedzinie opieki paliatywnej lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji w dziedzinie opieki paliatywnej - 25% czasu pracy pielęgniarek; równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców, a w opiece nad dziećmi – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców;

3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej - równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców, a w opiece nad dziećmi - równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców;

4) fizjoterapeuta posiadający wykształcenie wyższe lub średnie – równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.

2. Sprzęt medyczny i pomocniczy:

1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu co najmniej 3 szt. na 30 świadczeniobiorców;

2) ssak elektryczny co najmniej 3 szt. na 30 świadczeniobiorców;

3) inhalatory;

4) glukometry;

5) pompy infuzyjne co najmniej 3 szt. na 30 świadczeniobiorców;

6) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie.

Dodatkowo neseser pielęgniarski dla każdej pielęgniarki wyposażony w:

1) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku w tym zestaw do wykonania iniekcji, przetaczania płynów infuzyjnych, zestaw do wykonywania opatrunków, zestaw podstawowych narzędzi chirurgicznych, pakiet ochronny;

2) zestaw do karmienia przez zgłębnik, stomię;

3) zestaw do karmienia i pielęgnacji przetoki;

4) zestaw do założenia, płukania i usunięcia cewnika;

5) pakiet do odkażania i dezynfekcji;

6) zestaw do pielęgnacji tracheotomii;

7) zestaw przeciwwstrząsowy;

8) maseczka twarzowa do prowadzenia oddechu zastępczego;

9) glukometr;

10) termometr;

11) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi;

12) zestaw do wykonywania zabiegów i czynności higieniczno-pielęgnacyjnych;

13) środki ochrony osobistej: fartuchy, maseczki, rękawice

- znajdujący się w miejscu udzielania świadczeń.

3. Inne warunki:

- 1) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza medycyny paliatywnej lub lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarza danej specjalności, który uzyskał w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej 50 punktów edukacyjnych związanych z problematyką dotyczącą medycyny paliatywnej;
- 2) porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
- 3) całodobowy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu;
- 4) wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 razy w tygodniu;
- 5) pozostały personel medyczny – porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza hospicjum domowego;
- 6) w przypadku gdy choroba ograniczająca życie ma charakter wrodzony i została zdiagnozowana przed ukończeniem 18 roku życia przez świadczeniobiorcę, świadczenia gwarantowane określone w § 4 udzielane są świadczeniobiorcom dorosłym cierpiącym na choroby, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia;
- 7) w przypadku gdy nie istnieje możliwość odpowiedniego realizowania świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcom dorosłym przez hospicja domowe dla dorosłych z uwagi na rzadki charakter schorzenia zdiagnozowanego przed ukończeniem 18 roku życia lub z uwagi na miejsce zamieszkania, świadczenia te realizowane są w hospicjach domowych dla dzieci do ukończenia 18 roku życia.

III. Świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych.

1. Wymagania dotyczące personelu:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej;
- 2) pielęgniarki z ukończonym kursem kwalifikacyjnym lub specjalizacją w dziedzinie opieki paliatywnej lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego lub specjalizacji w dziedzinie opieki paliatywnej;
- 3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej.

2. Organizacja pracy poradni:

co najmniej 3 dni w tygodniu po 2,5 godziny dziennie, w tym 1 dzień w godzinach popołudniowych - do godziny 18.00.

3. Inne warunki:

- 1) świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych przeznaczone są dla świadczeniobiorców, których stan ogólny jest stabilny oraz którzy mogą przybyć do poradni medycyny paliatywnej sami lub którzy ze względu na ograniczoną możliwość poruszania się wymagają porad lub wizyt w domu;
- 2) świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują tygodniowo dwie porady lub wizyty domowe.

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi realizację upoważnienia ustawowego zawartego w art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

Projektowane rozporządzenie określa w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej wykaz świadczeń gwarantowanych wraz z określeniem sposobu finansowania oraz warunków realizacji świadczeń gwarantowanych.

W poniższym rozporządzeniu uwzględniono specyfikę świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, stosując przy systematyce tych świadczeń przejrzyste i jasne podziały.

Wykaz świadczeń gwarantowanych został przygotowany w oparciu o kryteria wskazane w art. 31a ustawy oraz rekomendację Agencji Oceny Technologii Medycznych przedstawioną na podstawie rekomendacji Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych *Nr 54/16/2009 z dnia 6 sierpnia 2009 r. w sprawie wykazów świadczeń opieki zdrowotnej gwarantowanych do finansowania ze środków publicznych* zawierającą rekomendację, w której Rada Konsultacyjna „rekomenduje finansowanie ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej załączonych do projektów rozporządzeń w poszczególnych zakresach wymienionych w art. 15 ust. 2 ustawy, pod warunkiem, że obejmują one wszystkie świadczenia obecnie finansowane w ochronie zdrowia ze środków publicznych. Świadczenia te należy uznać za gwarantowane”.

Wykaz spełnić będzie również rolę informacyjną. Dla pacjenta będzie on stanowił źródło informacji, jakie świadczenia opieki zdrowotnej będą finansowane ze środków publicznych, a pośrednio również, za jakie świadczenia będzie musiał pokrywać pełne koszty. Będzie to również cenna informacja dla świadczeniodawców realizujących świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, którzy dzięki temu dowiedzą się z rozporządzenia, które świadczenia opieki zdrowotnej będą

przedmiotem umowy z publicznym płatnikiem i jakie minimalne warunki realizacji świadczeń są stawiane przed ubiegającymi się o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Przyczynić się to zapewne powinno do stabilizacji stosunków kontraktowych pomiędzy świadczeniodawcami a Narodowym Funduszem Zdrowia, gdyż to nie publiczny płatnik, który dotychczas ustalał zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych i warunki wymagane od świadczeniodawców, tylko Minister Zdrowia, w drodze rozporządzenia, przy współdziałaniu Agencji Oceny Technologii Medycznych, czyli profesjonalnej i niezależnej jednostki organizacyjnej zajmującej się badaniem efektywności klinicznej i kosztowej świadczeń opieki zdrowotnej.

Projektowane rozporządzenie nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039, oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009r. Nr 42, poz. 337) projekt rozporządzenia zostanie udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Ocena Skutków Regulacji

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projekt oddziałuje na ministra właściwego do spraw zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, Agencję Oceny Technologii Medycznych, świadczeniodawców realizujących świadczenia lub ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz świadczeniobiorców.

2. Wyniki przeprowadzonych konsultacji społecznych

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt zostanie skierowany w szczególności do następujących podmiotów: Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związku Pracodawców Służby Zdrowia, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Krajowej Radzie Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowej Radzie Transplantacyjnej, związków zawodowych i innych organizacji działających w ochronie zdrowia.

W ramach konsultacji społecznych projekt zostanie umieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej Ministerstwa Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, gdyż wykaz świadczeń gwarantowanych w niniejszym rozporządzeniu jest tożsamy z zakresem świadczeń, który obecnie jest

finansowany ze środków publicznych. Wykaz świadczeń regulowany przepisami powszechnie obowiązującymi spełnił będzie przede wszystkim funkcję informacyjną, w związku z tym, należy przyjąć, że zaproponowane w nim rozwiązania nie będą generować dodatkowych środków finansowych pochodzących z sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Projektowane regulacje nie będą miały wpływu na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia nie będą miały wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na zdrowie ludzi

Projektowane rozporządzenie nie będzie miało wpływu na zdrowie ludzi, ale powinno się przyczynić, z uwagi na określenie wykazu świadczeń gwarantowanych i sposobu ich finansowania, do poprawy świadomości pacjentów o przysługujących im uprawnieniach do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

8. Ocena zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa Unii Europejskiej.