

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia2013 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 oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zwanych dalej „świadczeniami gwarantowanymi”;
- 2) poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

§ 2. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny;
- 2) lekarz w trakcie specjalizacji – lekarza, który rozpoczął specjalizację zgodnie z programem specjalizacji.

§ 3. 1. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka nad świadczeniobiorcami chorującymi na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

2. Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na jednostki chorobowe, których wykaz określa załącznik nr I do rozporządzenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 listopada 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 248, poz. 1495 i Nr 284, poz. 1672).

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, 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, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857 i Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390 i Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548 oraz z 2013 r. poz. 154.

3. Świadczenia gwarantowane są udzielane zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z wykorzystaniem metod diagnostyczno-terapeutycznych innych niż stosowane w medycynie niekonwencjonalnej, ludowej lub orientalnej.

4. Zapewnienie opieki pielęgniarstwa w zakresie nieuregulowanym w niniejszym rozporządzeniu, następuje z uwzględnieniem minimalnej liczby pielęgniarek lub położnych, ustalonej na podstawie przepisów o działalności leczniczej.

§ 4. Świadczenia gwarantowane są realizowane w warunkach:

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

§ 5. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych obejmują:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- 3) leczenie farmakologiczne;
- 4) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- 5) leczenie innych objawów somatycznych;
- 6) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 7) rehabilitację;
- 8) zapobieganie powikłaniom;
- 9) badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej;
- 10) zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia gwarantowanego, w hospicjum stacjonarnym lub w oddziale medycyny paliatywnej;
- 11) opiekę wyręczającą obejmującą przyjmowanie świadczeniobiorców do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

§ 6. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują świadczenia, o których mowa w § 5 pkt 1-8, oraz bezpłatne wypożyczenie przez hospicja domowe wyrobów medycznych wymienionych w ust. 3 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej obejmują:

- 1) porady lekarskie, porady lekarsko-pielęgniarskie w domu świadczeniobiorcy, porady psychologiczne;
- 2) konsultacje lekarskie, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego;
- 3) wsparcie rodziny świadczeniobiorcy.

2. Porada w poradni medycyny paliatywnej jest to świadczenie obejmujące:

- 1) badanie podmiotowe;
- 2) badanie przedmiotowe;
- 3) ordynacje leków, w tym leków przeciwbólowych;
- 4) zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych;

- 5) zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych;
- 6) kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych;
- 7) wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia świadczeniobiorcy;
- 8) poradę lub wizytę w domu świadczeniobiorcy.

§ 8. 1. W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy nieodpłatnie:

- 1) badania diagnostyczne;
- 2) w warunkach stacjonarnych – leki i wyroby medyczne.

2. Przejazd środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest finansowany w 40 % ze środków publicznych w przypadku:

- 1) chorób krwi i narządów krwiotwórczych,
- 2) chorób nowotworowych,
- 3) chorób oczu,
- 4) chorób przemiany materii,
- 5) chorób psychicznych i zaburzeń zachowania,
- 6) chorób skóry i tkanki podskórnej,
- 7) chorób układu krążenia,
- 8) chorób układu moczowo-płciowego,
- 9) chorób układu nerwowego,
- 10) chorób układu oddechowego,
- 11) chorób układu ruchu,
- 12) chorób układu trawiennego,
- 13) chorób układu wydzielania wewnętrznego,
- 14) chorób zakaźnych i pasożytniczych,
- 15) urazów i zatruc,
- 16) wad rozwojowych wrodzonych, zniekształceń i aberracji chromosomowych

– gdy ze zlecenia lekarza ubezpieczenia zdrowotnego 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 publicznego pomocy innej osoby lub środka transportu publicznego dostosowanego do potrzeb osób niepełnosprawnych.

3. Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych albo hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej udzielanej w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielanej w warunkach domowych.

§ 9. Warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są:

- 1) przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;

2) wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie.

§ 10. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 11. 1. Przepisy rozporządzenia stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

2. Przepisy pkt 5 ust. 1 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia, dotyczące wymogu posiadania udokumentowanego odpowiedniego doświadczenia w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej, stosuje się do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2016 r.

3. Do dnia 31 grudnia 2013 r. świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane zgodnie z warunkami realizacji określonymi w dotychczasowych przepisach.

§ 12. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.³⁾

MINISTER ZDROWIA

**Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym**

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Alina Budziszewska-Makulska

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia

Beata Rorant

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1138 i Nr 211, poz. 1640 oraz z 2011 r. Nr 27, poz. 139), które utraci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia zgodnie z art. 63 pkt 6 w związku z art. 85 ust. 1 oraz 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z 2012 r. poz. 95 i 742 oraz z 2013 r. poz. 766).

Załączniki do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia
.....2013 r. (poz....)

Załącznik nr 1

**WYKAZ JEDNOSTEK CHOROBYCH, W KTÓRYCH SĄ UDZIELANE ŚWIADCZENIA
GWARANTOWANE Z ZAKRESU OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ**

I. Osoby dorosłe

L.p.	Kod ICD- 10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
1.	B20- B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
2.	C00- D48	Nowotwory
3.	G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
4.	G10- G13	Układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
5.	I42- I43	Kardiomiopatia
6.	J96	Niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej
7.	L89	Owrzodzenie odleżynowe

II. Dzieci do ukończenia 18 roku życia

L.p.	Kod ICD- 10	Jednostki chorobowe kwalifikujące do leczenia
1.	A 81	Atypowe wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego
2.	B20- B24	Choroba wywołana przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV)
3.	B90- B94	Następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych
4.	C00- C14	Nowotwory złośliwe wargi, jamy ustnej i gardła
5.	C15- C26	Nowotwory złośliwe narządów układu pokarmowego
6.	C30- C39	Nowotwory złośliwe układu oddechowego i narządów klatki piersiowej

7.	C40- C41	Nowotwór złośliwy kości i chrząstki stawowej
8.	C43- C44	Czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry
9.	C45- C49	Nowotwory złośliwe mezotelium i tkanek miękkich
10.	C50	Nowotwór złośliwy piersi
11.	C51- C58	Nowotwory złośliwe żeńskich narządów płciowych
12.	C60- C63	Nowotwory złośliwe męskich narządów płciowych
13.	C64- C68	Nowotwory złośliwe układu moczowego
14.	C69- C72	Nowotwory złośliwe oka, mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
15.	C73- C75	Nowotwory złośliwe tarczycy i innych gruczołów wydzielania wewnętrznego
16.	C76- C80	Nowotwory złośliwe niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu
17.	C81- C96	Nowotwory złośliwe, o potwierdzonym lub przypuszczalnym pierwotnym charakterze, tkanki limfatycznej, układu krwiotwórczego i tkanek pokrewnych
18.	C97	Nowotwory złośliwe o niezależnym (pierwotnym) mnogim umiejscowieniu
19.	D00- D09	Nowotwory in situ
20.	D32	Nowotwór niezłośliwy opon mózgowo-rdzeniowych,
21.	D33	Nowotwór niezłośliwy mózgu i innych części ośrodkowego układu nerwowego
22.	D37- D48	Nowotwory o niepewnym lub nieznanym charakterze
23.	E70- E90	Choroby metaboliczne
24.	F84	Całościowe zaburzenia rozwojowe
25.	G09	Następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego
26.	G10- G13	Układowe zaniki pierwotnie zajmujące ośrodkowy układ nerwowy
27.	G23	Inne choroby zwyrodnieniowe zwojów podstawnych (w szczególności choroba Hellervordena-Spatza)
28.	G70- G73	Choroby połączeń nerwowo-mięśniowych i mięśni (w szczególności G71.0 Dystrofia mięśniowa Duchenne'a,

		G71.2 Miopatie wrodzone, G71.3 Miopatia mitochondrialna niesklasyfikowana gdzie indziej)
29.	G80- G83	Mózgowe porażenie dziecięce i inne zespoły porażenne (w szczególności G80 Mózgowe porażenie dziecięce)
30.	G90- G99	Inne zaburzenia układu nerwowego
31.	I50	Niewydolność serca
32.	I69	Następstwa chorób naczyniowych mózgu
33.	J96.1	Przewlekła niewydolność oddechowa
34.	K72	Niewydolność wątroby, niesklasyfikowana gdzie indziej
35.	K74	Zwłóknienie i marskość wątroby
36.	N 18.0	Schyłkowa niewydolność nerek
37.	P10	Uszkodzenie struktur śródczaszkowych i krwotok spowodowany urazem porodowym
38.	P11	Inne porodowe urazy ośrodkowego układu nerwowego
39.	P21	Zamartwica urodzeniowa
40.	P27	Przewlekła choroba oddechowa rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym (w szczególności P27.1 Dysplazja oskrzelowo-płucna rozpoczynająca się w okresie okołoporodowym)
41.	P35	Wrodzone choroby wirusowe
42.	P91	Inne zaburzenia mózgu noworodka (w szczególności P91.0 Niedokrwienie mózgu noworokowe)
43.	Q00- Q07	Wrodzone wady rozwojowe układu nerwowego (w szczególności 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 Inne określone wrodzone wady rozwojowe mózgu; Q04.9 Wrodzone wady rozwojowe mózgu, nieokreślone; 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 Arnolda-Chiariego)
44.	Q20- Q25	Wrodzone wady rozwojowe serca i dużych naczyń - dotyczy dzieci niezakwalifikowanych do leczenia operacyjnego
45.	Q31	Wrodzone wady rozwojowe krtani
46.	Q32	Wrodzone wady rozwojowe tchawicy i oskrzeli
47.	Q44	Wrodzone wady rozwojowe pęcherzyka żółciowego, przewodów żółciowych i wątroby (w szczególności Q44.2 Zarośnięcie przewodów żółciowych, Q44.7 Zespół Alagille'a)
48.	Q60	Niewytworzenie się nerki i inne zaburzenia związane z niedorozwojem nerki (w szczególności Q60.4 Niedorozwój nerek, obustronny)
49.	Q61.1	Wielotorbielowatość nerek, dziedziczona autosomalnie recesywnie
50.	Q77	Dysplazja kostno-chrzęstna z upośledzeniem wzrostu kości długich i kręgosłupa (w szczególności Q77.4 Achondroplazja - chondrodystrofia płodowa)
51.	Q78	Inne osteochondrodysplazje (w szczególności Q78.0 Kostnienie niedoskonałe - łamliwość kości wrodzona - osteogenesis imperfecta)
52.	Q79	Wrodzone wady rozwojowe układu mięśniowo-szkieletowego, niesklasyfikowane gdzie indziej
53.	Q81	Pęcherzowe oddzielanie naskórka
54.	Q85	Fakomatozy nie sklasyfikowane gdzie indziej
55.	Q87	Inne określone zespoły wrodzonych wad rozwojowych dotyczące wielu układów
56.	Q89	Inne wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej (w szczególności Q89.7 Mnogie wrodzone wady rozwojowe niesklasyfikowane gdzie indziej)
57.	Q90- Q99	Aberracje chromosomowe, niesklasyfikowane gdzie indziej
58.	R40.2	Śpiączka, nieokreślona
59.	S06	Uraz śródczaszkowy (w szczególności S06.7 Uraz

		śródczaszkowy z długotrwałym okresem nieprzytomności)
60.	T90	Następstwa urazów głowy
61.	T91	Następstwa urazów szyi i tułowia
62.	T94	Następstwa urazów obejmujących liczne okolice ciała i nieokreślone okolice ciała
63.	T96	Następstwa zatrucia lekami, środkami farmakologicznymi i substancjami biologicznymi
64.	T97	Następstwa toksycznych skutków działania substancji zazwyczaj niestosowanych w celach leczniczych
65.	Y85- Y89	Następstwa zewnętrznych przyczyn zachorowania i zgonu (w szczególności Y85 Następstwa wypadków komunikacyjnych, Y87.0 Następstwa zamierzonego samouszkodzenia, Y 88.0 Następstwa niekorzystnego działania leku, środka farmakologicznego i substancji biologicznej zastosowanych do celów leczniczych, Y88.1 Następstwa wypadku pacjenta w trakcie zabiegów chirurgicznych i medycznych, Y89 Następstwa działania innych przyczyn zewnętrznych

WARUNKI REALIZACJI ŚWIADCZEŃ GWARANTOWANYCH Z ZAKRESU OPIEKI PALIATYWNEJ I HOSPICYJNEJ

I. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach stacjonarnych

1. Wymagania dotyczące personelu:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez uczelnię medyczną lub podstawową jednostkę organizacyjną uczelni działającą w dziedzinie nauk medycznych posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz z udokumentowanymi kwalifikacjami z medycyny paliatywnej, 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) pielęgniarka, która:
 - a) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tej specjalizacji lub
 - b) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu, lub
 - c) ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu – co najmniej 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy;
- 3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek;
- 4) osoba, która:
 - a) rozpoczęła po dniu 31 grudnia 1997 r. studia wyższe na kierunku fizjoterapia zgodnie ze standardami kształcenia określonymi w odrębnych przepisach i uzyskała tytuł licencjata lub magistra na tym kierunku,
 - b) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe na kierunku rehabilitacja ruchowa i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku,
 - c) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1998 r. studia wyższe w Akademii Wychowania Fizycznego i uzyskała tytuł magistra oraz ukończyła specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie rehabilitacji ruchowej,
 - d) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła w ramach studiów dwuletnią specjalizację z zakresu gimnastyki leczniczej lub rehabilitacji ruchowej,
 - e) rozpoczęła przed dniem 1 stycznia 1980 r. studia wyższe na kierunku wychowanie fizyczne i uzyskała tytuł magistra na tym kierunku oraz ukończyła trzymiesięczny kurs specjalizacyjny z rehabilitacji,

f) ukończyła szkołę policealną publiczną lub niepubliczną o uprawnieniach szkoły publicznej i uzyskała tytuł zawodowy technik fizjoterapii

– równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek.

2. Sprzęt medyczny i pomocniczy

- 1) łóżka szpitalne (zwykłe i łamane) o regulowanej wysokości, wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem,
- 2) materace przeciwodleżynowe,
- 3) inny sprzęt przeciwodleżynowy – w szczególności poduszki, podpórki, wałki,
- 4) sprzęt ułatwiający pielęgnację – zintegrowany system do higieny ciała, podnośniki, parawany, pasy ślizgowe,
- 5) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 3 łóżka,
- 6) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 5 łóżek,
- 7) inhalatory,
- 8) glukometry,
- 9) aparaty do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi,
- 10) zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej,
- 11) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 15 łóżek,
- 12) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie
– znajdujące się w miejscu udzielania świadczeń;
- 13) aparat EKG, który znajduje się w budynku lub zespole budynków oznaczonych tym samym adresem, w którym lub w których jest zlokalizowane miejsce udzielania świadczeń.

3. Inne warunki:

- 1) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, o którym mowa w ust. 1 pkt 1;
- 2) całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu.

II. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych

1. Wymagania dotyczące personelu w hospicjum domowym dla dorosłych:

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez uczelnię medyczną lub podstawową jednostkę organizacyjną uczelni działającej w dziedzinie nauk medycznych posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz z udokumentowanymi kwalifikacjami z medycyny paliatywnej, 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;
- 2) pielęgniarka, która:
 - a) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tej specjalizacji lub
 - b) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu,
lub

c) ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu
– co najmniej 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy;
równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców;

3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców;

4) osoba, o której mowa w części I ust. 1 pkt 4 – równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców;

2. Wymagania dotyczące personelu w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia:

1) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub neonatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii lub anestezjologii i reanimacji lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii, lub neonatologii, lub neurologii dziecięcej, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub anestezjologii i intensywnej terapii, lub chirurgii dziecięcej, lub medycyny paliatywnej, lub medycyny rodzinnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez uczelnię medyczną lub podstawową jednostkę organizacyjną uczelni działającą w dziedzinie nauk medycznych posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej lub lekarz z udokumentowanymi kwalifikacjami z medycyny paliatywnej, który uzyskał w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej 50 punktów edukacyjnych związanych z problematyką dotyczącą medycyny paliatywnej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 świadczeniobiorców;

2) pielęgniarka, która:

a) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tej specjalizacji lub

b) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i jest w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej, lub

c) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu, lub

d) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i jest w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej, lub

e) ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu lub ukończyła kurs specjalistyczny w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu

– co najmniej 25 % czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy;
równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców;

- 3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej – równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców;
- 4) osoba, o której mowa w części I ust. 1 pkt 4 – równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 15 świadczeniobiorców.
- 5) wymagane jest od osoby, o której mowa w części I ust. 1 pkt 4 posiadanie udokumentowanego odpowiedniego doświadczenia w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej.

3. Sprzęt medyczny i pomocniczy

- 1) koncentrator tlenu lub inne dostępne źródło tlenu w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 świadczeniobiorców;
- 2) ssak elektryczny w liczbie co najmniej 1 szt. na 10 świadczeniobiorców;
- 3) inhalatory;
- 4) glukometry;
- 5) aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego;
- 6) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na 20 świadczeniobiorców;
- 7) kule, laski, balkoniki, chodziki, wózki inwalidzkie;
- 8) neseser pielęgniarstwa dla każdej pielęgniarki wyposażony w:
 - a) podstawowy sprzęt i materiały jednorazowego użytku:
 - do wykonania iniekcji:
 - igły, strzykawki, wenflony,
 - zestaw niezbędnych płynów dezynfekcyjnych i odkażających,
 - do przetaczania płynów:
 - aparat do kroplowych wlewów dożylnych,
 - zestaw gazików, plastry,
 - stazę,
 - do wykonania opatrunków:
 - serwety, pakiety opatrunkowe,
 - podstawowy zestaw narzędzi chirurgicznych, nożyczki, miskę nerkową,
 - pakiet ochronny przed zakażeniem: maseczki, rękawice, fartuch,
 - sprzęt do płukania pęcherza moczowego lub przetoki:
 - strzykawkę jednorazowego użytku 50 ml,
 - strzykawkę specjalistyczną 50/60 K z końcówką cewnikową,
 - sprzęt do karmienia przez zgłąbnik:
 - sondę żołądkową,
 - strzykawkę jednorazowego użytku 20 ml;
 - b) zestaw przeciwwstrząsowy: leki, rurkę ustno-gardłową, maseczkę do reanimacji z filtrem;
 - c) sprzęt do pomiaru ciśnienia krwi;
 - d) testy do obrazowego oznaczania wartości cukru we krwi i w moczu;
 - e) pakiet do mycia i odkażania rąk.

4. Inne warunki

- 1) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza, o którym mowa w ust. 1 pkt 1;
- 2) porady lekarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w miesiącu;
- 3) całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę;
- 4) wizyty pielęgniarskie w zależności od potrzeb, nie rzadziej niż 2 w tygodniu;
- 5) pozostały personel – porady lub wizyty ustalane indywidualnie przez lekarza, o którym mowa w ust. 1 pkt 1;
- 6) świadczeniobiorcy dorosłemu mogą być udzielane świadczenia gwarantowane w ramach opieki paliatywnej dla dzieci, jeżeli:
 - a) jednostka chorobowa ma charakter wrodzony lub choroba ograniczająca życie została zdiagnozowana przed ukończeniem przez świadczeniobiorcę 18. roku życia, a świadczeniobiorca korzystał ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia lub
 - b) gdy nie istnieje możliwość odpowiedniego udzielania świadczeń gwarantowanych przez hospicja domowe dla dorosłych ze względu na rzadki charakter choroby lub miejsce zamieszkania.

III. Świadczenia gwarantowane w warunkach ambulatoryjnych

1. Wymagania dotyczące personelu

- 1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie tej specjalizacji; wizyty domowe mogą być realizowane również przez lekarza legitymującego się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez uczelnię medyczną lub podstawową jednostkę organizacyjną uczelni działającej w dziedzinie nauk medycznych posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz z udokumentowanymi kwalifikacjami z medycyny paliatywnej, który uzyskał w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej 50 punktów edukacyjnych związanych z problematyką dotyczącą medycyny paliatywnej;
- 2) pielęgniarka, która:
 - a) ukończyła specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tej specjalizacji, lub
 - b) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu, lub
 - c) ukończyła kurs specjalistyczny z zakresu podstaw opieki paliatywnej albo jest w trakcie tego kursu.
- 3) psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej.

2. Organizacja pracy poradni

Poradnia jest czynna 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 są przeznaczone 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 nie więcej niż 2 porady lub wizyty w tygodniu w domu świadczeniobiorcy.

UZASADNIENIE

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), zaistniał obowiązek wydania nowego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, gdyż ustawa ta w art. 63 pkt 6 dokonała zmiany treści upoważnienia zawartego w 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.). Zgodnie natomiast z art. 85 pkt 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, dotychczasowe akty wykonawcze wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zachowują swoją moc, jednak nie dłużej niż przez 24 miesiące od wejścia w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, tj. do dnia 1 stycznia 2014 r.

Na podstawie upoważnienia zawartego w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, Minister Zdrowia został zobowiązany do określenia, w drodze rozporządzenia, wykazów świadczeń gwarantowanych, w poszczególnych zakresach, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1-8 i 10-13 ustawy, w tym z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Projektowana regulacja, co do zasady, odzwierciedla brzmienie dotychczasowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1138, z późn. zm.). Zmiany, jakie zostały zaproponowane w treści projektowanego rozporządzenia, dotyczą przepisów § 6, 7 i 8 ust. 3 oraz załącznika nr 1 do niniejszego rozporządzenia.

W § 6 projektu rozszerzono katalog świadczeń udzielanych w warunkach hospicjum domowego o zapobieganie powikłaniom, tj. świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmą świadczenia, o których mowa w § 5 pkt 1-8, a nie jak dotychczas w § 5 pkt 1-7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Powyższa zmiana uzyskała pozytywną rekomendację Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych

– rekomendacja nr 29/2012 dnia 25 czerwca 2012 r. Zapobieganie powikłaniom w warunkach domowych obecnie nie jest zaliczone do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielanych w warunkach domowych, natomiast przed wprowadzeniem rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczenie to było realizowane, zgodnie z zarządzeniem nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna. Zapobieganie powikłaniom jest nieodłączną częścią każdego procesu leczniczego, niezależnie od miejsca wykonywania świadczeń. Definicja WHO z 2002 r. dotycząca opieki paliatywnej mówi o zapobieganiu i znoszeniu cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji. W warunkach domowych w hospicjum domowym dla dorosłych oraz w hospicjum domowym dla dzieci, podobnie jak w warunkach stacjonarnych, prowadzone jest zapobieganie powikłaniom, w postaci profilaktyki przeciwoleżynowej, przeciwbólowej, przeciwwzparciowej, przeciwwymiotnej i innych. Działania te są prowadzone przez poszczególnych członków zespołu wielodyscyplinarnego, a przede wszystkim przez lekarzy i pielęgniarki. Rozszerzenie katalogu świadczeń udzielanych w warunkach hospicjum domowego o zapobieganie powikłaniom, jest usankcjonowaniem stosowanej praktyki. Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), w § 7 ust. 1 pkt 6 projektowanego rozporządzenia dokonano też zmiany porządkowej polegającej na zastąpieniu wyrażenia „kierowanie do zakładów opieki zdrowotnej” na wyrażenie „kierowanie do podmiotów leczniczych”.

W § 8 ust. 3 doprecyzowano, iż świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych albo hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18. roku życia nie przysługują świadczenia rehabilitacji leczniczej domowej, podobnie jak to jest w przypadku świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych. Uszczegółowienie przepisu przyczyni się do zapobieżenia podwójnemu finansowaniu przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń rehabilitacji leczniczej domowej, gdyż powinny być one wykonywane wyłącznie w ramach zespołu realizującego świadczenia w hospicjum domowym, w skład którego wchodzi pielęgniarka oraz rehabilitant.

W załączniku nr 1, w części I, dotyczącej wykazu jednostek chorobowych u osób dorosłych, w których są udzielane świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej, dokonano zmian redakcyjnych polegających na alfabetycznym uporządkowaniu kodów Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD-10). Ponadto w ww. załączniku, w części I i II (wykaz jednostek chorobowych u dzieci do ukończenia 18. roku życia), uaktualniono nazwy kodów jednostek chorobowych w oparciu o ICD-10 oraz dodano numery porządkowe.

W załączniku nr 2, w części I, w punkcie dotyczącym kwalifikacji personelu medycznego, dodano możliwość udzielania świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych przez lekarzy, którzy posiadają udokumentowane kwalifikacje z medycyny paliatywnej i który uzyskali w ciągu ostatnich dwóch lat co najmniej 50 punktów edukacyjnych związanych z problematyką dotyczącą medycyny paliatywnej.

Na wniosek Narodowego Funduszu Zdrowia w załączniku nr 2, w części II, w ust. 2, w pkt 4 zaproponowano dodanie wymagania posiadania przez osobę wymienioną w części I pkt 1 ppkt 4 (fizjoterapeuta) udokumentowanego doświadczenia w zakresie metod usprawniania dzieci z zaburzeniami rozwojowymi oraz wczesnej diagnostyki i terapii neurorozwojowej. Posiadanie tych umiejętności podniesie jakość świadczeń udzielanych w hospicjum domowym dla dzieci, z uwagi na fakt, iż ułatwi to pielęgnację dziecka, poprawiając również jakość jego życia.

Dalsze przepisy projektowanego rozporządzenia zawierają postanowienia analogiczne do dotychczasowych unormowań.

Przepisy § 1 projektowanego rozporządzenia określają jego zakres przedmiotowy, który jest zgodny z brzmieniem upoważnienia ustawowego.

Regulacje § 2 zawierają tzw. słowniczek pojęć przyjętych na użytek proponowanego aktu wykonawczego.

Należy zwrócić uwagę, iż w § 3 ust. 1 przedmiotowego projektu określono czym są świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej. Zgodnie z przyjętą regulacją świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka nad świadczeniobiorcą chorującym na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na jednostki chorobowe, których

wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

W § 4 projektu wskazano, że świadczenia z omawianego zakresu wykonywane są w warunkach stacjonarnych – w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej; domowych – w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia oraz ambulatoryjnych – w poradni medycyny paliatywnej.

Jednocześnie przepisy § 5 zawierają katalog świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych. § 6 projektu zawiera przepisy odnoszące się do zakresu świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach hospicjum domowego dla dorosłych i dla dzieci. Natomiast w § 7 ust. 1 określono świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej. Jednocześnie w § 7 ust. 2 wskazano zakres tej porady.

W § 8 ust. 1 określono zakres świadczeń zapewnianych nieodpłatnie, przy jednoczesnym wskazaniu poziomu finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego (§ 8 ust. 2).

Na podstawie § 9 warunkami realizacji świadczeń gwarantowanych są:

- 1) przedstawienie skierowania wystawionego przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) wskazanie medyczne, a w szczególności fakt występowania u świadczeniobiorcy jednostki chorobowej, o której mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nierokującej nadziei na wyleczenie.

Natomiast zgodnie z § 10 warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określa załącznik nr 2 do rozporządzenia.

Z dniem wejścia w życie projektowanego rozporządzenia utraci moc 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, z późn. zm.).

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych, w związku z czym nie podlega notyfikacji w trybie przewidzianym w przepisach 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, z późn. zm.).

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projektowana regulacja

Regulacja 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. Konsultacje społeczne

Równoległe z uzgodnieniami międzyresortowymi, projekt został przesłany do zaopiniowania następującym podmiotom:

- 1) Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych;
- 2) NSZZ Solidarność;
- 3) Forum Związków Zawodowych;
- 4) Naczelnej Radzie Lekarskiej;
- 5) Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce;
- 6) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 7) Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarskiemu;
- 8) Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej;
- 9) Polskiemu Stowarzyszeniu Pielęgniarek Pediatrycznych;
- 10) Ogólnopolskiemu Forum Ruchu Hospicyjnego;
- 11) Ogólnopolskiemu Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej;
- 12) Polskiemu Towarzystwu Medycyny Paliatywnej;
- 13) Polskiemu Towarzystwu Opieki Paliatywnej;
- 14) ECEPT – Stowarzyszeniu Rozwijania Opieki Paliatywnej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej;
- 15) Polskiemu Towarzystwu Badania Bólu;
- 16) Polskiemu Towarzystwu Psychoonkologicznemu;
- 17) Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 18) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych;
- 19) Business Centre Club;
- 20) Krajowej Izbie Gospodarczej;
- 21) Związkowi Województw Polskich;

- 22) Związku Powiatów Polskich;
- 23) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 24) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia - „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 25) Związku Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 26) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 27) Izbie Lecznictwa Polskiego;
- 28) Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego - Organizacji Pracodawców w Łańcucie;
- 29) Związkowi Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego - Organizacji Pracodawców w Gnieźnie;
- 30) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi;
- 31) Gdańskiemu Związkowi Pracodawców Członkowi Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 32) Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 33) Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 34) Wielkopolskiemu Związkowi Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacji Pracodawców;
- 35) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 36) Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego;
- 37) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 38) Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu;
- 39) Związkowi Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej;
- 40) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 41) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 42) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 43) Caritas Polska;
- 44) Warszawskiemu Hospicjum dla Dzieci;
- 45) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pediatrii;
- 46) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Psychiatrii;
- 47) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;

- 48) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Urologii;
- 49) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Medycyny Paliatywnej;
- 50) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Neurologii;
- 51) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Chorób Płuc;
- 52) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej;
- 53) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Chorób Wewnętrznych;
- 54) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Medycyny Rodzinnej;
- 55) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Onkologii Klinicznej;
- 56) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- 57) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej;
- 58) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekłe Chorych i Niepełnosprawnych;
- 59) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa;
- 60) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego;
- 61) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego;
- 62) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki;
- 63) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatrycznego.

Projekt został zamieszczony na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia oraz w Biuletynie Informacji Publicznej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.).

Projekt zgodnie z przepisami Regulaminu prac Rady Ministrów został zamieszczony na stronie Biuletynu Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji.

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 oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego, jak również nie będą miały wpływu na budżet Narodowego Funduszu Zdrowia.

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 będzie miało wpływ na zdrowie ludzi, w szczególności na poprawę jakości życia osób objętych opieką paliatywną i hospicyjną.