ROZPORZĄDZENIE

MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia ...29...października...2013 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 oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę.

§ 3. 1. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzanie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

[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, 879 i 983.

2. Świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na nieuleczalne, postępujące, ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe, których wykaz określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

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. 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, 2 i 4 – 8, oraz badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie 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 i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy, w tym również świadczeniobiorcy, który nie został zakwalifikowany do hospicjum domowego;
2) porady psychologa w poradni lub w domu świadczeniobiorcy;
3) świadczenia pielęgniarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy.

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

1) badanie podmiotowe;
2) badanie przedmiotowe;

3) ordynację 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 lekarską w domu świadczeniobiorcy;
9) poradę psychologiczną lub wizytę psychologa w domu świadczeniobiorcy;
10) zabieg pielęgniarski lub wizytę pielęgniarki 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 zatruć,
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 udzielane w warunkach domowych oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej udzielane 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 gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r.

2. Do świadczeń gwarantowanych udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r. stosuje się przepisy dotychczasowe.

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

MINISTER ZDROWIA

Bartosz Arłukowicz

17.10.2013

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego
Alina Bałaszewska-Makulska

DYREKTOR
Departamentu Prawnego
Władysław Puzoń
radca prawny

[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 traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 85 ust. 1 pkt 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).

2013 -10- 15

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
Beata Rorant

DYREKTOR
Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia
Piotr Warczyński

2013 -10- 15

SEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Sławomir Neumann

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.

Zmiany, jakie zostały zaproponowane w treści projektowanego rozporządzenia, dotyczą przepisów § 2 - 7 i 8 ust. 3 oraz załączników nr 1 i 2 do niniejszego rozporządzenia.

Z uwagi na fakt, że produkty dotychczas określane jako „środki pomocnicze" spełniają definicję wyrobu medycznego określoną w ustawie z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. Nr 107, poz. 679 z późn. zm.), w § 5, 6 i 8 usunięto określenie „środki pomocnicze".

W § 2 ust 2 dookreślono, iż lekarz w trakcie specjalizacji oznacza lekarza, który rozpoczął specjalizację zgodnie z programem specjalizacji oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę. Powyższa zmiana pozwoli zapewnić odpowiednią jakość udzielanych świadczeń.

Na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej w § 3 zmieniona

została definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej. Opieka paliatywna jest działaniem, które poprawia jakość życia chorych i ich rodzin stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą poprzez zapobieganie i znoszenie cierpienia dzięki wczesnej identyfikacji oraz ocenie i leczeniu bólu i innych problemów somatycznych, psychologicznych i duchowych. Jednocześnie dookreślono, iż świadczenia gwarantowane przysługują świadczeniobiorcom chorującym na choroby nowotworowe i nienowotworowe - zaproponowana zmiana jest usankcjonowaniem stanu faktycznego, gdyż w załączniku nr 1 znajduje się wykaz chorób nowotworowych i nienowotworowych, kwalifikujących świadczeniobiorców do otrzymania świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.
W § 6 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 1-2 i 4-8 oraz badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. roku życia, ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych. Świadczenie - zapobieganie powikłaniom - uzyskało 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 przeciwodleżynowej, przeciwbólowej, przeciwzaparciowej, 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.

Na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej w § 7 uporządkowano nazewnictwo, proponowana zmiana w sposób przejrzysty przedstawia warunki realizacji świadczeń gwarantowanych realizowanych w poradni medycyny paliatywnej. Ponadto w związku z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r. poz. 217), we wskazanym wyżej paragrafie 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, II, III, w punkcie dotyczącym kwalifikacji lekarzy, doprecyzowano, iż wymagane kursy zgodne z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczące problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, mogą być organizowane przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia do kształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do

prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej. W obowiązującym rozporządzeniu istnieje przepis, iż wymagane kursy zgodne z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej, dotyczące problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowane są przez szkołę wyższą lub jednostkę posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej.

W załączniku nr 2, w części I, w punkcie 4) dotyczącym kwalifikacji personelu medycznego, realizującego świadczenia gwarantowane w warunkach stacjonarnych, dodano możliwość udzielania świadczeń przez osoby, które rozpoczęły po dniu 30 września 2012 r. studia wyższe z zakresu fizjoterapii obejmujące co najmniej 2435 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskały tytuł licencjata lub dodatkowo co najmniej 1440 godzin kształcenia w zakresie fizjoterapii i uzyskały tytuł magistra.

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 psychoonkologów. Zawód psychoonkologa uzyskują osoby posiadające odpowiednie przeszkolenie specjalistyczne, co gwarantuje w pełni profesjonalną opiekę psychologiczną wobec chorych u kresu życia, ich rodzin a także zapewnia wsparcie personelowi medycznemu jako istotny element zapobiegania objawom wypalenia zawodowego. Jednocześnie wskazano, iż psychoonkologiem może być osoba posiadająca wykształcenie psychologiczne lub medyczne, która ukończyła studia wyższe i uzyskała tytuł magistra lub równorzędny oraz ukończyła studia podyplomowe z psychoonkologii.

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.

Zgodnie z przepisem przejściowym zawartym w § 11 przepisy rozporządzenia będą miały zastosowanie do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2014 r. Natomiast do świadczeń gwarantowanych, udzielanych przed dniem 1 stycznia 2014 r., będą miały zastosowanie przepisy dotychczas obowiązujące.

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 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

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

W ramach szerokich konsultacji społecznych projekt został przesłany do zaopiniowania przez następujące podmioty: Wojewodów, Unii Metropolii Polskich, Związku Gmin Wiejskich RP, Związku Miast Polskich, Związku Powiatów Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentu Marszałków Województw, Narodowego Instytutu Leków, Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego - PZH, Związku Rzemiosła Polskiego, Rzecznika Praw Pacjenta, oraz był konsultowany m. in. z:

a) konsultantami krajowymi w poszczególnych dziedzinach medycyny;

b) samorządami zawodowymi (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Aptekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, Krajowa Rada Transplantacyjna);

c) stowarzyszeniami zawodowymi (tj.: Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolski Związek zawodowy Położnych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy Radiologów, Krajowy Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80", Federacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Sekretariat Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność", Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych „Medyk", Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związek Zawodowy Farmaceutów, Związek Zawodowy Anestezjologów, Związek Zawodowy Chirurgów Polskich, Związek Zawodowy Neonatologów, Związek Zawodowy Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii, Krajowy Związek Zawodowy Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych,

Izba Gospodarcza „Farmacja Polska", Izba Gospodarcza „Apteka Polska", Ogólnopolska Izba Gospodarcza Wyrobów Medycznych POLMED, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Pediatrycznych, Porozumienie Pracodawców Ochrony Zdrowia, Kolegium Lekarzy Rodzinnych, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce, Izba Lecznictwa Polskiego);

d) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów (tj.: Unia Szpitali Klinicznych; Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmacji; Stowarzyszenie Menedżerów Ochrony Zdrowia; Stowarzyszenie Primum Non Nocere; Stowarzyszenie Unia Uzdrowisk Polskich; Federacja Pacjentów Polskich, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty PASMI, Ogólnopolskie Forum Ruchu Hospicyjnego, Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, Unia Farmaceutów Właścicieli Aptek, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Stowarzyszenie Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD" w Toruniu, Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Caritas Polska);

e) towarzystwami naukowymi (tj.: Polskie Towarzystwo Ortoptyki i Protetyki Narządu Ruchu, Polskie Towarzystwo Ortopedyczne i Traumatologiczne, Polskie Towarzystwo Neurologiczne, Polskie Towarzystwo Chirurgii Onkologicznej, Polskie Towarzystwo Urologiczne, Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej, Polskie Towarzystwo Medycyny Stanów Nagłych i Katastrof, Polskie Towarzystwo Medycyny Paliatywnej, Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, ECEPT – Stowarzyszenie Rozwijania Opieki Paliatywnej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej, Polskie Towarzystwo Badania Bólu, Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne, Polska Izba Przemysłu Farmaceutycznego i Sprzętu Medycznego „POLFARMED", Polska Rada Resuscytacji, Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu, Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci, Polskie Towarzystwo Chorób Płuc, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą);

f) instytutami badawczymi (tj.: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Instytut „Centrum Zdrowia Matki Polki" w Łodzi, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, Instytut Hematologii i Transfuzjologii w Warszawie, Instytut Kardiologii im. Prymasa Tysiąclecia Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Instytut , Matki i Dziecka w Warszawie, Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. Jerzego Nofera w Łodzi, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego w Sosnowcu, Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki

w Lublinie, Instytut Pomnik - „Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, Instytut Reumatologii im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher w Warszawie, Instytut Żywności i Żywienia im. prof. dr med. Aleksandra Szczygła w Warszawie);

f) organizacjami pracodawców (tj.: Związek Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego - Organizacja Pracodawców w Gnieźnie; Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej; Wielkopolski Związek Zakładów Opieki Zdrowotnej - Organizacja Pracodawców; Konfederacja Pracodawców Polskich; Polska Konfederacja Pracodawców Prywatnych; Ogólnopolski Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych; Związek Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego; Gdański Związek Pracodawców; Związek Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi; Stowarzyszenie Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego; „Związek Pracodawców Ratownictwa Medycznego; Porozumienie Zielonogórskie" Federacja Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia; Ogólnopolski Związek Pracodawców Opieki Zdrowotnej; Ogólnopolska Konfederacja Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia; Związek Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur; Ogólnopolski Związek Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia; Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych; Związek Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Polski Związek Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego).

Zgodnie z art. 5 ustawy z 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), projekt rozporządzenia został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem rozporządzenia w trybie przepisów o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa. W ramach konsultacji społecznych projekt został umieszczony na stronie internetowej Biuletynu Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministerstwa Zdrowia oraz na stronie Rządowego Centrum Legislacji, zgodnie z Regulaminem Pracy Rady Ministrów.

W konsultacjach społecznych zgłoszono następujące uwagi:

I. do części normatywnej rozporządzenia:

1) propozycja określenia w § 3 pediatrycznej domowej opieki paliatywnej (Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci) - nieuwzględniono, poza zakresem regulacji,

zaproponowana zmiana wymaga rekomendacji AOTM;

2) propozycja wykreślenia przepisu § 3 ust. 4 i/lub dopisania w załączniku nr 2 ust II punkt 2 1 pielęgniarka na 4 świadczeniobiorców (Porozumienie Zielonogórskie, Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Częstochowie) - częściowo uwzględniono, przepis usunięto z uwagi na fakt, iż jeżeli nie ma określonych norm, obowiązują przepisy ustawy o działalności leczniczej;

3) propozycja dopisania: wsparcie socjalne, duchowe oraz opieka nad rodziną w okresie żałoby (Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci) - nieuwzględniono, poza zakresem regulacji, zaproponowane rozwiązanie wiąże się ze zwiększeniem wymagań;

4) propozycja zmiany brzmienia § 7 (Leszek Pawłowski, Konsultant Krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, Hospicjum Miłosierdzia Bożego, Hospicjum Św. Józefa w Raciborzu, Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu, Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci, Stowarzyszenie Hospicjum Homo-Homini im. Św. Brata Alberta, Hospicjum Sosonowieckie, Hospicjum im. Jana Pawła II, Hospicjum Św. Arnolda Janssena w Nysie, Federacja „Porozumienie Zielonogórskie", Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Hospicjum im. Św. Kaliksta Tychy, Prof. Łuczak - Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego w Poznaniu, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) - uwzględniono;

5) propozycja wprowadzenia nowej definicji opieki paliatywnej i hospicyjnej (Hospicjum Miłosierdzia Bożego, Hospicjum Świętego Józefa, Agnieszka Kuczna, Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu, Poradnia Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowe Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci, Hospicjum Homo-Homini, Hospicjum Sosnowieckie, NZOZ „Puls Med", Hospicjum im. Jana Pawła II, Hospicjum im. Św. Arnolda Janssena, Hospicjum im. Św. Kaliksta, Prof. Jacek Łuczak, Fundacja Gajusz Hospicjum Domowe dla Dzieci Ziemi Łódzkiej) - uwzględniono, zgodnie z opinią Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej;

6) propozycja dopisania w § 5 i 6 - wsparcia socjalnego, duchowego oraz opieki nad rodziną w okresie żałoby (Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej) - nieuwzględniono;

7) propozycja dodania zawodu opiekuna medycznego do przedmiotowego rozporządzenia (Polskie Stowarzyszenie Opiekunów Medycznych - nieuwzględniono, poza zakresem regulacji, podwyższenie wymagań dla świadczeniodawców, kierownicy hospicjów mogą zatrudniać opiekunów medycznych, bez konieczności wpisywania zawodu do

rozporządzenia;

8) propozycja zmiany i uporządkowania w § 5 i 6, zmiana rehabilitację na zabiegi fizjoterapeutyczne, ponadto w paragrafię 6 zmiana farmakoterapii na ordynację leków (Hospicjum Miłosierdzia Bożego, Hospicjum Św. Józefa, Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu, Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci, Hospicjum Homo-Homini, Hospicjum Sosnowieckie, NZOZ PULS-MED, Hospicjum im. Jana Pawła II, Hospicjum Św. Arnolda Janssena, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej, Hospicjum Św. Kaliksta, Prof. Jacek Łuczak) - pierwsza uwaga nieuwzględniona- rehabilitacja jest pojęciem szerszym, drugą uwagę uwzględniono;

9) propozycja dodania do wykazu świadczeń gwarantowanych procedur: Żywienie dojelitowe (kod ICD-9: 99.87), Częściowe żywienie pozajelitowe (kod ICD-9: 99.152), Całkowite żywienie pozajelitowe (kod ICD-9: 99.153) (Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu) - nieuwzględniono, propozycja wymaga rekomendacji AOTM, poza zakresem regulacji;

10) propozycja doprecyzowania § 8 poprzez dookreślenie, iż pacjentom w hospicjum domowym nie przysługuje tlenoterapia w opiece domowej i ambulatoryjnej (Ośrodek Medycyny Paliatywnej i Hospicyjnej, Będkowo) - nieuwzględniono, już wyłączenie z korzystania ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych powoduje brak możliwości tlenoterapii realizowanej w ramach opieki długoterminowej czy ambulatoryjnej;

11) propozycja dodania w § 9 pkt 3 „Nadzór merytoryczny świadczeniodawcy przez specjalistę medycyny paliatywnej" (Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu) - nieuwzględniono, zaproponowana zmiana spowodowałaby podwyższenie wymagań;

12) propozycja dodania w § 5 pkt 11 zlecanie środków pomocniczych w hospicjum Domowym i poradni medycyny paliatywnej oraz pkt 12 wsparcie rodzin w żałobie (Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci) - nieuwzględniono, zaopatrzenie w wyroby medyczne uwzględnione jest zarówno w hospicjum stacjonarnym, domowym oraz w oddziale medycyny paliatywnej;

13) propozycja wydłużenia opieki wyręczającej z 10 na 14 dnia (Forum Hospicjów Polskich, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Częstochowie) - nieuwzględniono, propozycja spowoduje zwiększenie kosztów oraz ograniczy dostęp i możliwość skorzystania z opieki wyręczającej przez większą liczbę świadczeniobiorców;

14) propozycja zmiany § 5 pkt 7 z „rehabilitację" na „świadczenie udzielane przez fizjoterapeutę" (Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) - nieuwzględniono, rehabilitacja jest

szerszym określeniem;

15)propozycja zmiany § 7 przez dodanie porady fizjoterapeutycznej (Polskie Towarzystwo Fizjoterapii) - nieuwzględniono, poza zakresem regulacji;

16) propozycja dodania w § 3 ust. 1 trzeciego zdania w brzmieniu: „Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują również wspomaganie rodziny chorego w trakcie trwania choroby jak i w okresie osierocenia i żałoby." (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) - nieuwzględniono, definicja opieki paliatywnej i hospicyjnej zostanie zmieniona, zgodnie z propozycją Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej. Ponadto opieka psychologiczna przysługuje pacjentowi i jego rodzinie zarówno w hospicjum stacjonarnym, domowym oraz w oddziale medycyny paliatywnej;

17) propozycja zmiany brzmienia § 7 ust. 2 pkt 5 na „zapewnienie świadczeń pielęgniarskich" (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) - nieuwzględniono, w dotychczasowym brzmieniu istnieje porada pielęgniarska;

18) propozycja zmiany brzmienia § 9 z „nierokującej nadziei na wyleczenie" na „nierokującej na wyleczenie" (Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych) - nieuwzględniono, nierokującej nadziei jest właściwym określeniem;

19) propozycja zmiany § 5 pkt 4 polegająca na usunięciu zapisu „leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna) i zastąpienie zapisem: „leczenie bólu zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej za pomocą leków dostępnych w Polsce" (Prof. Jacek Łuczak) - nieuwzględniono, leczenie bólu powinno odbywać się z uwzględnieniem standardów zalecanych przez Światową Organizację Zdrowia;

20) propozycja określenia zakresu świadczeń realizowanych w warunkach ośrodka dziennej opieki paliatywnej (Prof. Jacek Łuczak) - nieuwzględniono, propozycja wymaga uzyskania rekomendacji AOTM.

II. do załącznika nr 1:

1) propozycja określenia chorób, które mogą kwalifikować do pediatrycznej domowej opieki paliatywnej (Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci) - nieuwzględniono, zaproponowana zmiana wymaga uzyskania rekomendacji AOTM;

2) propozycja dodania nowych jednostek chorobowych (Koalicja Organizacji Pacjentów Onkologicznych, Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Gliwicach, Hospicjum Św. Józefa w Raciborzu, Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu, Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci, Hospicjum Homo-Homini, Hospicjum Sosnowieckie, Hospicjum im. Jana Pawła II, Hospicjum Św. Arnolda Janssena, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki

Paliatywnej, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Fundacja Gajusz, Hospicjum Im. Św. Kaliksta, Prof. Jacek Łuczak, Poradnia Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowego Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, Porozumienie Zielonogórskie) - nieuwzględniono, propozycja wymaga uzyskania rekomendacji AOTM;

3) propozycja dopisania w rozporządzeniu w pozycji nr 44 po wyrażeniu leczenia operacyjnego: „i powikłań pooperacyjnych" oraz w pozycji nr 65 zamiast wyrażeń „leku i środka farmaceutycznego" należy użyć „produktu leczniczego" (NIZP-PZH) - nieuwzględniono, nazwa jest zgodna z Międzynarodową Klasyfikacją ICD-10.

III. do załącznika nr 2:

1) propozycja dookreślenia kwalifikacji personelu medycznego, oraz sprzętu niezbędnego do funkcjonowania hospicjum domowego dla dzieci (Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci, Fundacja Gajusz, Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej) - nieuwzględniono, zaproponowana zmiana wymaga uzyskania rekomendacji AOTM;

2) propozycja aby w Załączniku nr 2 pkt I, pkt II, pkt III Świadczenia gwarantowane w warunkach stacjonarnych, domowych, ambulatoryjnych 1. Wymagania dotyczące personelu, w pkt. 3: psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej, dodać „lub psychoonkolog" (Polskie Towarzystwo Psychoonkologiczne) - uwzględniono;

3) propozycja usunięcia: „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" (Koalicja Organizacji Pacjentów Onkologicznych, Hospicjum Miłosierdzia Bożego, Hospicjum Św. Józefa w Raciborzu, Podhalański Szpital Specjalistyczny w Nowym Targu, Poradnia Medycyny Paliatywnej i Hospicjum Domowego Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci, Hospicjum Homo-Homini, Hospicjum Sosnowieckie, NZOZ PULS-MED, Forum Hospicjów Polskich, Hospicjum im. Jana Pawła II, Hospicjum Św. Arnolda Janssena, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Hospicjum im. Św. Kaliksta) - uwzględniono;

4) propozycja zmniejszenia liczby pacjentów przypadających na określony personel medyczny (Hospicjum Miłosierdzia Bożego w Gliwicach, Hospicjum Św. Józefa w Raciborzu, Podhalański Szpital Specjalistyczny, Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci, Hospicjum Homo-Homini, Hospicjum Sosnowieckie, NZOZ PULS-MED., Hospicjum im. Jana Pawła II, Hospicjum Św. Arnolda Janssena, Polskie Towarzystwo Pielęgniarstwa Opieki

Paliatywnej, Polskie Towarzystwo Fizjoterapii, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Hospicjum im. Św. Kaliksta Tychy, Prof. Jacek Łuczak) - nieuwzględniono, propozycja skutkowałaby podwyższeniem wymagań;

5) propozycja przeformułowania załącznika nr 2 części I pkt 1 ust 1 (Forum Hospicjów Polskich, Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, Fundacja Gajusz, Ogólnopolskie Forum Pediatrycznej Opieki Paliatywnej, Stowarzyszenie SUE RYDER) - uwzględniono;

6) propozycja zmiany przepisów określających kwalifikacje lekarzy, którzy mogą udzielać świadczeń w hospicjum stacjonarnym, domowym oraz w opiece ambulatoryjnej (wycofanie się z propozycji by wizyty domowe mogły 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) (Jerzy Jarosz, specjalista medycyny paliatywnej, Hospicjum Św. Józefa w Raciborzu, Podhalański Szpital Specjalistyczny, Fundacja Śląskie Hospicjum dla Dzieci, Hospicjum Homo-Homini, Hospicjum Sosnowieckie, NZOZ PULS-MED, Hospicjum im. Jana Pawła II, Polskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej, Fundacja Gajusz, Hospicjum im. Św. Kaliksta, Stowarzyszenie SUE Ryder) - uwzględniono.

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.