

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia 2010 r.
zmieniające rozporządzenie 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.

W rozporządzeniu 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) wprowadza się następujące zmiany:

1) § 6 otrzymuje brzmienie:

„§ 6. Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach domowych obejmują:

- 1) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy;
- 2) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki;
- 3) leczenie bólu zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia (drabina analgetyczna);
- 4) leczenie innych objawów somatycznych;
- 5) opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną;
- 6) rehabilitację;
- 7) zapobieganie powikłaniom;
- 8) badania zlecone przez lekarza udzielającego świadczeń gwarantowanych w hospicjum stacjonarnym, oddziale medycyny paliatywnej lub poradni medycyny paliatywnej, wykonywane w tym hospicjum, oddziale lub poradni;
- 9) bezpłatne wypożyczanie wyrobów medycznych i środków pomocniczych wymienionych w pkt 2 części II załącznika nr 2 do rozporządzenia.”;

2) w § 8 ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Świadczeniobiorcom korzystającym ze świadczeń gwarantowanych realizowanych w hospicjum domowym dla dorosłych lub hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18 roku życia nie przysługują świadczenia gwarantowane z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowane przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową.”;

3) w załączniku nr 2 do rozporządzenia:

a) w części I:

- w pkt 1 ppkt 1-3 otrzymują brzmienie:

- „1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez szkołę wyższą lub jednostkę posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 10 łóżek;
- 2) pielęgniarka, która ukończyła lub jest w trakcie:

a) specjalizacji w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego lub

b) kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego, lub

- c) kursu specjalistycznego w zakresie opieki paliatywnej
- 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;”,
- w pkt 2 ppkt 11 otrzymuje brzmienie:
 - „11) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na każde rozpoczęte 15 łóżek;”,
- w pkt 3 ppkt 2 otrzymuje brzmienie:
 - „2) całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu”,
- b) w części II w pkt 1:
 - ppkt 1-3 otrzymują brzmienie:
 - „1. Wymagania dotyczące personelu w hospicjum domowym dla dorosłych
 - 1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez szkołę wyższą lub jednostkę posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców;
 - 2) pielęgniarka, która ukończyła lub jest w trakcie:
 - a) specjalizacji w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego lub
 - b) kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego, lub
 - c) kursu specjalistycznego w zakresie opieki paliatywnej
 - 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 30 świadczeniobiorców;”,
 - po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:
 - „1a. Wymagania dotyczące personelu w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18 roku życia:
 - 1) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii, neonatologii, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, anestezjologii, intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny pediatrii, neonatologii, neurologii dziecięcej, onkologii i hematologii dziecięcej, anestezjologii, intensywnej terapii, chirurgii dziecięcej, medycyny paliatywnej, lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez szkołę wyższą lub jednostkę posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej - równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 20 świadczeniobiorców;
 - 2) pielęgniarka, która ukończyła lub jest w trakcie:
 - a) specjalizacji w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego lub
 - b) specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i ukończyła lub jest w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej, lub
 - c) kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego, lub
 - d) kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego i ukończyła lub jest w trakcie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej, lub
 - e) kursu specjalistycznego w zakresie opieki paliatywnej lub pediatrycznej domowej opieki paliatywnej
 - 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 12 świadczeniobiorców.”,
 - w pkt 2 ppkt 6 otrzymuje brzmienie:
 - „6) pompy infuzyjne w liczbie co najmniej 1 szt. na 20 świadczeniobiorców;”,
 - w ust. 3 w pkt 6 lit. a otrzymuje brzmienie:
 - „a) jednostka chorobowa ma charakter wrodzony lub choroba ograniczająca życie została zdiagnozowana przed ukończeniem przez świadczeniobiorcę 18 roku życia lub”,
- c) w części III w pkt 1 ppkt 1 i 2 otrzymują brzmienie:
 - „1) lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej lub lekarz w trakcie specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej, a wizyty domowe mogą być realizowane również przez lekarza legitymującego się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji, dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez szkołę wyższą lub jednostkę posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji z dziedziny medycyny paliatywnej;
 - 2) pielęgniarka, która ukończyła lub jest w trakcie szkolenia:
 - a) specjalizacji w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego lub
 - b) kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego, lub
 - c) kursu specjalistycznego z zakresu opieki paliatywnej;”.

§ 2.

W okresie 2 lat od dnia wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach domowych w hospicjum domowym dla dzieci może udzielać pielęgniarka, która posiada doświadczenie w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad dziećmi – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców.

§ 3.

Rozporządzenie stosuje się do świadczeń gwarantowanych udzielanych od dnia 1 stycznia 2011 r.

§ 4.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

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, 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 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 125, poz. 842, Nr 107, poz. 679 i Nr 127, poz. 857.

UZASADNIENIE

Przedmiotowe rozporządzenie, wydane 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.), zmienia 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 i Nr 211, poz. 1640), w szczególności poprzez zmianę wymagań dotyczących kwalifikacji personelu medycznego mogącego udzielać świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Ponadto wprowadzono zmiany postulowane przez środowisko medyczne oraz Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej, mające na celu doprecyzowanie zakresu świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych.

W § 6 projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zmieniono katalog świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach domowych, wyłączając z tego katalogu leczenie farmakologiczne, a dodając zapobieganie powikłaniom oraz badania zlecone przez lekarza udzielającego świadczeń gwarantowanych w hospicjum stacjonarnym, oddziale medycyny paliatywnej lub poradni medycyny paliatywnej, wykonywane w tym hospicjum, oddziale lub poradni.

W § 8 projektu rozporządzenia sprecyzowano ust. 3 poprzez wyrażne wyłączenie możliwości korzystania ze świadczeń długoterminowej pielęgniarstwa domowego przez świadczeniobiorców korzystających ze świadczeń gwarantowanych realizowanych przez hospicjum domowe dla dorosłych lub hospicjum domowe dla dzieci do ukończenia 18 roku życia.

Z kolei w załączniku nr 2 do rozporządzenia w punktach dotyczących kwalifikacji personelu wykorzystano uwagi i postulaty Konsultanta Krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej. Ze względu na zastrzeżenia, jakie budzi możliwość uzyskania, sposób zdobywania, a także sprawdzania kwalifikacji lekarzy związany z punktami edukacyjnymi, wprowadzono wymóg legitymowania się przez lekarza stosownymi dokumentami o ukończeniu kursów zgodnych z programem specjalizacji, dotyczących problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanych przez uczelnię wyższą lub jednostkę posiadającą uprawnienia do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej. Jednocześnie należy zwrócić uwagę, iż przedmiotowe kursy są wyszczególnione, zaś ich zakres opisany jest w programie specjalizacji zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia i opublikowanym na stronie internetowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (www.cmkp.edu.pl). Podkreślenia wymaga, że organizatorami ww. kursów są wyłącznie podmioty posiadające akredytację. Odbycie danego kursu potwierdzone jest w karcie specjalizacji lekarza przez kierownika kursu lub przez kierownika specjalizacji, na podstawie zaświadczenia wydanego przez organizatora kursu. Zatem sposobem weryfikowania posiadanych kursów jest sprawdzenie karty specjalizacji lub dołączenie zaświadczenia o ukończeniu kursu.

Mając na uwadze fakt, iż opieka nad nieuleczalnie chorymi jest specyficzna i wymaga specjalnego przygotowania pielęgniarstwa, w propozycji zmian rozporządzenia wprowadzono zapis, iż pielęgniarka winna ukończyć lub być w trakcie specjalizacji w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego lub kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie opieki paliatywnej lub pielęgniarstwa onkologicznego, lub kursu specjalistycznego w zakresie opieki paliatywnej.

Analogiczne kwalifikacje powinna posiadać pielęgniarka udzielająca świadczeń gwarantowanych w warunkach domowych w hospicjum domowym dla dorosłych oraz pielęgniarka udzielająca świadczeń gwarantowanych w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej.

Ponadto w załączniku nr 2 do rozporządzenia w części I w pkt 3 ppkt 2 „całodobowy dostęp przez 7 dni w tygodniu do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarkę” zmieniono na „całodobowe świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarkę przez 7 dni w tygodniu”. Powyższy zapis wynika z faktu, iż udzielanie świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych przez pielęgniarkę, wymaga całodobowej, całotygodniowej obecności pielęgniarki w hospicjum stacjonarnym lub oddziale medycyny paliatywnej. Pojęcie „dostępność” nie jest pojęciem tożsamym z „udzielaniem świadczeń”, gdyż jego zakres jest węższy i nie obliuguje personelu medycznego do przebywania w miejscu realizacji świadczenia gwarantowanego.

Z kolei w części poświęconej wymogom dotyczącym personelu załącznika nr 2 do rozporządzenia wprowadzono

zmiany w przedmiocie zmniejszenia liczby świadczeniobiorców przypadających na 1/2 etatu przeliczeniowego psychologa. Odpowiednio:

- 1) w części I pkt 1 ppkt 3 załącznika nr 2, psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej będzie udzielał świadczeń w wymiarze równoważnika 1/2 etatu przeliczeniowego na 20 łóżek (obecnie 10 na łóżek),
- 2) w części II pkt 1 ppkt 3 załącznika nr 2, psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej będzie udzielał świadczeń w wymiarze równoważnik 1/2 etatu przeliczeniowego na 30 świadczeniobiorców (obecnie na 15 świadczeniobiorców),
- 3) w części II pkt 1a ppkt 3 załącznika nr 2 do rozporządzenia, psycholog lub psycholog posiadający tytuł specjalisty w dziedzinie psychologii klinicznej będzie udzielał świadczeń w wymiarze równoważnika 1/2 etatu przeliczeniowego na 12 świadczeniobiorców.

Powyższe uzasadnione jest zarówno brakiem psychologów, którzy chcieliby pracować w opiece hospicyjnej i paliatywnej, jak i brakiem dodatkowych środków finansowych na zatrudnienie psychologów.

Jednocześnie w załączniku nr 2 do rozporządzenia w części II pkt 3 ppkt 6 zaproponowano możliwość udzielania świadczeniobiorcy dorosłemu świadczeń gwarantowanych w ramach opieki paliatywnej dla dzieci, jeżeli jednostka chorobowa ma charakter wrodzony lub choroba ograniczająca życie została zdiagnozowana przed ukończeniem przez świadczeniobiorcę 18 roku życia.

Zmieniono również liczbę pomp infuzyjnych (obecnie 1 na każde rozpoczęte 5 łóżek - po zmianie 1 na 15 łóżek w opiece paliatywnej i hospicyjnej świadczonej w warunkach stacjonarnych, zaś w warunkach domowych - 1 na 20 świadczeniobiorców), gdyż jest to niecelowe i generuje dodatkowe, zbędne koszty. Pompy w oddziałach medycyny paliatywnej służą głównie do podawania morfiny drogą podskórną. Opioidy typu morfina można także podawać przy użyciu drogi podskórnej (igła motylek), co jest metodą najczęściej stosowaną.

W odniesieniu do kryteriów zawartych w art. 31a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, należy stwierdzić, iż projektowane zmiany nie wprowadzają nowych świadczeń gwarantowanych. Wprowadzone zmiany w wymaganiach dotyczących kwalifikacji personelu medycznego wpływają na ułatwienie dostępu do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej poprzez określenie nowych wymagań ułatwiających świadczeniodawcom skompletowanie odpowiedniego personelu. Ponadto umożliwiono udzielanie świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach domowych w hospicjum domowym dla dzieci do ukończenia 18 roku życia przez pielęgniarkę, która posiada doświadczenie w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad dziećmi. W ww. rozporządzeniu proponuje się dwuletni okres przejściowy od czasu wejścia w życie rozporządzenia, umożliwiającą pielęgniarkom legitymującym się doświadczeniem w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej nad dziećmi ukończenie kursu specjalistycznego w zakresie pediatrycznej domowej opieki paliatywnej.

Projektowane rozporządzenie wejdzie w życie z dniem ogłoszenia. Zaproponowany termin uzasadnia konieczność prawidłowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi ważny interes państwa w rozumieniu przepisu art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2010 r. Nr 17, poz. 95). Z tych względów wyznaczony termin nie pozostaje w sprzeczności z zasadami demokratycznego państwa prawnego.

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).

Projekt rozporządzenia – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingsowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337) – wraz z przekazaniem do uzgodnień międzyresortowych, został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

Projektowana regulacja nie jest objęta zakresem prawa 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 Rodziny w Polsce;
- 6) Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych;
- 7) Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarskiemu;
- 8) Polskiemu Towarzystwu Pielęgniarstwa Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej;

- 9) Polskiemu Stowarzyszeniu Pielęgniarek Pediatricznych;
- 10) Ogólnopolskiemu Forum Ruchu Hospicyjnego;
- 11) Polskiemu Towarzystwu Opieki Paliatywnej;
- 12) Polskiemu Towarzystwu Medycyny Paliatywnej;
- 13) ECEPT – Stowarzyszeniu Rozwijania Opieki Paliatywnej w krajach Europy Środkowo-Wschodniej;
- 14) Polskiemu Towarzystwu Badania Bólu;
- 15) Polskiemu Towarzystwu Psychoonkologicznemu;
- 16) Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 17) Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych;
- 18) Business Centre Club;
- 19) Krajowej Izbie Gospodarczej;
- 20) Związkowi Województw Polskich;
- 21) Związkowi Powiatów Polskich;
- 22) Polskiej Unii Szpitali Klinicznych;
- 23) Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia – „Porozumienie Zielonogórskie”;
- 24) Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 25) Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych;
- 26) Izbie Lecznictwa Polskiego;
- 27) Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego – Organizacji Pracodawców w Łańcucie;
- 28) Związkowi Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacji Pracodawców w Gnieźnie;
- 29) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi;
- 30) Gdańskiemu Związkowi Pracodawców Członkowi Konfederacji Pracodawców Polskich;
- 31) Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 32) Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 33) Wielkopolskiemu Związkowi Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców;
- 34) Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej;
- 35) Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego;
- 36) Konsorcjum Szpitali Wrocławskich;
- 37) Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu;
- 38) Związkowi Pracodawców Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej;
- 39) Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji;
- 40) Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej;
- 41) Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 42) Caritas Polska;
- 43) Warszawskiemu Hospicjum dla Dzieci;
- 44) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pediatrii;
- 45) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Psychiatrii;
- 46) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Psychiatrii Dzieci i Młodzieży;
- 47) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Urologii;
- 48) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Medycyny Paliatywnej;
- 49) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Neurologii;
- 50) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Chorób Płuc;
- 51) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Rehabilitacji Medycznej;
- 52) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Chorób Wewnętrznych;
- 53) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Medycyny Rodzinnej;
- 54) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Onkologii Klinicznej;
- 55) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Anestezjologii i Intensywnej Terapii;
- 56) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Przewlekle Chorych i Niepełnosprawnych;
- 57) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa;
- 58) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Rodzinnego;
- 59) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Onkologicznego;
- 60) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Anestezjologicznego;
- 61) Konsultantowi Krajowemu w dziedzinie Pielęgniarstwa Pediatricznego.

Wynik konsultacji zostanie omówiony w niniejszej Ocenie po ich zakończeniu.

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.

www.inforflex.pl

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Regulacje zaproponowane w projekcie rozporządzenia będą miały wpływ na rynek pracy.

Wprowadzone zmiany w wymaganiach dotyczących kwalifikacji personelu medycznego wpływają na zwiększenie zatrudnienia wśród pielęgniarek i lekarzy poprzez określenie nowych wymagań ułatwiających świadczeniodawcom skompletowanie odpowiedniego personelu.

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.