

DOI: 10.46340/eppd.2021.8.3.18

Maryna Kalashlinska

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-5825-3631>

Maria Curie-Sklodowska University¹, Lublin, Poland

LEGAL REGULATION OF PALLIATIVE AND HOSPICE CARE IN POLAND

Maryna Kalashlinska

Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, Polska

REGULACJA PRAWNA OPIEKI PALIATYWNO-HOSPICYJNEJ W POLSCE

Since the second half of the 20th century, the creation and development of the palliative and hospice care system has become one of the medical and ethical priorities in contemporary Western societies. This problem is becoming more and more important due to a number of objective and subjective factors: demographic, medical, socio-economic, political, moral, etc. The need to develop this area results from the fact that societies are constantly transforming, e.g. the family model is changing from multigenerational to one-generation (with one child or no children at all) with limited care and nursing functions and noticeable mobility of the young generation, leading to migration – which results in the inability to care for aging loved ones. As a consequence, among people focused on success, achievements, eternal youth and health, the old, sick, dying man was pushed to the margins. Let us add that modern health systems are organized in such a way that care for the beginning of life (maternity care) is well developed, but the end-of-life care is often absent or limited, which should be viewed as a socially unfair situation. A significant problem is that one of the basic features of the organization of health care systems is saving lives by all available methods. However, every person must inevitably die, and in the terminal period requires careful and professional care. Contrary to traditional medical care, palliative and hospice care does not aim to save lives, but to ensure dying in peace and dignity, in the highest possible socio-psychosomatic comfort, by alleviating the physical suffering of the patient – overcoming or significantly reducing pain and other severe symptoms, maintaining psycho-emotional balance, spiritual / religious support, as well as meeting social needs and improving the conditions of treatment and care. The right to palliative and hospice care is recognized as one of the fundamental human rights in the modern world. It is understood that equal access to palliative care should be guaranteed for people in all countries, in accordance with their needs, regardless of the income, cultural, ethnic and other characteristics of patients. Moreover, end-of-life care should not become an overwhelming financial burden for the patient and his family, which is extremely important for people with low incomes and economically distressed.

Keywords: Poland, palliative care, hospice care, legal regulation, medical care, human rights.

Wprowadzenie. Na obecnym etapie rozwoju społeczeństwa polskiego tworzenie i rozwój systemu opieki paliatywno-hospicyjnej stało się jednym z priorytetów medycznych i etycznych. Problem ten staje się coraz bardziej istotny ze względu na szereg obiektywnych i subiektywnych czynników: demograficznych, medycznych, socjo-ekonomicznych, politycznych, moralnych itd. Potrzeba rozwoju tego obszaru wynika z faktu, że społeczeństwa podlegają ciągłej transformacji, np. następuje zmiana modelu rodziny z wielopokoleniowej na jednopokoleniową (posiadającą jedno dziecko bądź w ogóle nieposiadających dzieci) z ograniczonymi funkcjami opiekuńczo-pielęgnacyjnymi oraz zauważalną mobilnością młodego pokolenia, prowadzącą do migracji – co w efekcie skutkuje brakiem możliwości opieki nad starzejącymi się najbliższymi. W Polsce wskaźniki demograficzne są szczególnie alarmujące: szybko postępujące starzenie

¹ Program Stypendialny im. Lane’a Kirklanda 2020/2021

się społeczeństwa wymagać będzie znaczącego zwiększenia nakładów na opiekę paliatywną i hospicyjną. W przeciwieństwie do tradycyjnej opieki medycznej, opieka paliatywno-hospicyjna ma za cel nie tyle ratowanie życia, co zapewnienie umierania w spokoju i godności, w możliwie najwyższym komforcie socjopsychosomatycznym, przez złagodzenie fizycznego cierpienia, a także zaspokojenie innych potrzeb. Polska uważana jest za pioniera i lidera opieki paliatywno-hospicyjnej w Europie Środkowo-Wschodniej. Opieka paliatywna i hospicyjna zajmuje istotne miejsce w systemie ochrony zdrowia w Polsce. W kraju funkcjonuje ponad 800 ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Cel pracy, materiał i metody badawcze. Celem pracy jest ocena aktualnego stanu prawnego uregulowania opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce. Aby osiągnąć ten cel, przeanalizowaliśmy regulacje prawne w organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce. Stosowano metodę systemową, bibliosemantyczną, statystyczną, analizy treści, a także inne techniki i metody ogólnonaukowe i specjalne.

Wyniki badań. Model opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce został oparty o świadczenia realizowane w czterech formach: opieki stacjonarnej, domowej, ambulatoryjnej oraz perinatalnej (finansowanej ze środków NFZ od 2018 r.) Aktem nadrzędnym, wskazującym podstawy organizacji i finansowania opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce stanowi Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Artykuł 68 Konstytucji RP przewiduje, że wszyscy obywatele, niezależnie od ich sytuacji materialnej, mają prawo równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ponadto władze publiczne mają szczególny obowiązek zapewnienia opieki dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Obowiązkiem państwa jest również zwalczanie chorób epidemicznych i zapobieganie negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska oraz wspieranie rozwoju kultury fizycznej, szczególnie wśród dzieci i młodzieży. Dla większości polskich obywateli i osób legalnie przebywających na terytorium RP uczestnictwo w społecznym systemie ubezpieczeń zdrowotnych jest obowiązkowe.

Przemiany polityczne, gospodarcze i społeczne, jakie nastąpiły w kraju po 1989 roku, odbiły się na podejściu do chorych terminalnie. Uchwalenie Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 roku umożliwiło stowarzyszeniom prowadzącym opiekę hospicyjną powoływanie niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, z kolei Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym z dnia 6 lutego 1997 roku¹ dała hospicjom możliwość samodzielnego pozyskiwania funduszy. Oprócz zmian w finansowaniu istotne było przejście przez struktury samorządu terytorialnego funkcji organu założycielskiego zakładów opieki zdrowotnej oraz ich obligatoryjne przekształcenie z jednostek budżetowych w samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SP ZOZ), w następstwie czego zmieniła się struktura oraz finansowanie opieki paliatywnej i hospicyjnej (MZiOS, 1998). Odtąd podmioty prowadzące usługi hospicyjne i paliatywne mogły stawać do konkursów i podpisywać umowy na świadczenie usług – początkowo z Kasami Chorych, następnie z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Ważnym okresem w organizowaniu i regulacji opieki hospicyjnej był rok 1993, kiedy Minister Zdrowia i Opieki Społecznej powołał Krajową Radę Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej. Opracowany przez nią Program Rozwoju Opieki Paliatywnej i Hospicyjnej zakładał między innymi objęcie pomocą do 2000 roku połowy pacjentów umierających w Polsce z powodu choroby nowotworowej (tj. około 40 tys. osób rocznie) oraz powołanie we wszystkich województwach ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej². Choć ostatecznie program został zrealizowany w bardzo ograniczonym wymiarze, faktem jest, że na koniec 1995 roku w kraju istniało 160 ośrodków pomocy hospicyjnej i paliatywnej, a na początku 1997 roku ich liczba wzrosła do prawie 180, co stawiało Polskę na drugim miejscu w Europie (po Wielkiej Brytanii)³.

Dla regulacji opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce istotne są również: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty z dnia 5 grudnia 1996 r. (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 152)⁴, jak również Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw⁵, która przewiduje centralny (a nie jak do tej pory wojewódzki) nabór na wolne miejsca specjalizacyjne, w tym w

¹ ISAP (1997). *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym*.

<<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280153>>. (2021, kwiecień, 15).

² Iwański, R., Sielicka, E., Jarzębińska, A. (2018). *Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym*. Warszawa: CeDeWu, 21.

³ Szot, L. (2009). Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego. *Studia Warmińskie*, t. XLVI, s. 324.

⁴ ISAP (1997). *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyisty*

<<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280152>>. (2021, kwiecień, 15).

⁵ ISAP (2020). *Ustawa z dnia 16 lipca 2020 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty oraz niektórych innych ustaw* <<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001291>>. (2021, kwiecień, 15).

dziedzinie medycyny paliatywnej. Obowiązujące przepisy prawne przewidują, że specjalizację z medycyny paliatywnej lekarz odbywa w systemie dwumodułowym¹. Od 1999 roku medycyna paliatywna w Polsce jest specjalizacją medyczną, a opieka paliatywna specjalizacją pielęgniarską. Dla regulacji opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce istotne są: Ustawa wprowadzająca ustawę – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 nr 126 poz. 1382)²; Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. "O świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135)³, który jest podstawowym aktem prawnym regulującym finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Artykuł 6 Ustawy wskazuje, że zadanie władz publicznych polega na zapewnieniu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. System opieki zdrowotnej oparty jest o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw. Ustawa o świadczeniach określa warunki i zakres udzielania świadczeń.

Z ustawy tej wynika, że obowiązek zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obciąża władze publiczne, a głównym źródłem finansowania systemu jest ubezpieczenie zdrowotne w Narodowym Funduszu Zdrowia. Zgodnie z art. 6 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują w szczególności tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz dokonywanie analiz i ocen potrzeb zdrowotnych. Określenie zasad organizacji opieki zdrowotnej znajduje się w kompetencji Ministra Zdrowia. Ma on także uprawnienia do kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych (art. 11 ust. 1 pkt 3a ustawy o świadczeniach). Na NFZ nałożono obowiązek określania jakości i dostępności oraz analizowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy o świadczeniach); przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz monitorowanie ich realizacji i rozliczanie (art. 97 ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach); a także finansowanie świadczeń gwarantowanych (art. 97 ust. 3 pkt 2b ustawy o świadczeniach). Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu. Większość jego zadań wiąże się z prowadzeniem gospodarki finansowej oraz sprawowaniem nadzoru nad realizacją zadań przez Oddziały NFZ. Prezes Funduszu ustala też jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez Oddziały, w tym w sprawach zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 102 ust. 5 ustawy o świadczeniach). Natomiast dyrektorzy OW NFZ decydują o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także mają udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa (art. 107 ustawy o świadczeniach).

Finansowanie opieki medycznej ze środków prywatnych pochodzi w największym stopniu bezpośrednio ze środków gospodarstw domowych. Rola pracodawców (poprzez abonamenty medyczne) oraz towarzystw ubezpieczeniowych (dodatkowe ubezpieczenia medyczne), choć relatywnie niska, wciąż rośnie⁴. Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej obejmują: podstawową opiekę zdrowotną; ambulatoryjną opiekę specjalistyczną; leczenie szpitalne; opiekę psychiatryczną i leczenie uzależnień; rehabilitację leczniczą; świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej; leczenie stomatologiczne; leczenie uzdrowiskowe; zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze; ratownictwo medyczne; opieka paliatywna i hospicyjna (podkreślone przez autora); świadczenia wysokospecjalistyczne; programy zdrowotne; leki⁵.

Jeśli mówimy o opiece paliatywnej i hospicyjnej, to jej świadczenia finansowane są głównie ze środków zebranych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia społecznego, których redystrybucję prowadzi Narodowy Fundusz Zdrowia. System społecznego ubezpieczenia zdrowotnego finansowany przez NFZ pokrywa ponad 80% publicznych wydatków na ochronę zdrowia i prawie 60% wydatków ogółem. Drugim najważniejszym publicznym źródłem finansowania ochrony zdrowia jest budżet państwa, a następnie budżety jednostek samorządu terytorialnego (JST). Jak już przedstawiano wcześniej, około 30% wydatków

¹ Minister Zdrowia (2020). *List nr ZPG.050.39.2020.AK*

<<http://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATBTCHBC/%24FILE/i09699-o1.pdf>>. (2021, kwiecień, 15).

² ISAP (2001). *Ustawa Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.*

<<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20011261382>>. (2021, kwiecień, 15).

³ ISAP (2004). *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*

<<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>>. (2021, kwiecień, 15).

⁴ EMC Instytut Medyczny SA (2021). *System opieki medycznej w Polsce* <<https://www.emc-sa.pl/strefa-inwestora/nasz-biznes/system-opieki-medycznej-w-polsce>>. (2021, kwiecień, 15).

⁵ NFZ (2021). *Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej* <https://www.nfz-szczecin.pl/vdsz2_gwarantowane_swiadczenia_opieki_zdrowotnej.htm>. (2021, kwiecień, 15).

na ochronę zdrowia pochodzi ze źródeł prywatnych. W przypadku podmiotów ekonomii społecznej (fundacje, stowarzyszenia), które prowadzą działalność w omawianym zakresie, znaczną część budżetu stanowią środki uzyskane w ramach odpisów podatkowych dla organizacji pożytku publicznego, zbiorów publicznych oraz wpłat od osób fizycznych i firm¹. Część składek zdrowotnych finansowana jest z podatków: budżet państwa lub fundusze celowe odprowadzają składki m.in. za: studentów, rolników i ich domowników (KRUS), urzędy pracy – za osoby bezrobotne, ośrodki pomocy społecznej – za osoby niepracujące, nie zarejestrowane w urzędach pracy, spełniające kryterium dochodowe, budżet państwa – za duchownych. Niektóre procedury zdrowotne w ramach powszechnej publicznej opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne, finansowane są bezpośrednio przez budżet państwa (m.in. ratownictwo medyczne). Poza NFZ i budżetem państwa wydatki powszechnej publicznej opieki zdrowotnej finansowane są w niewielkim zakresie przez pracodawców (świadczenia w zakresie medycyny pracy).

Większość świadczeń udzielanych przez pogotowie ratunkowe finansowana jest z budżetu państwa w formie stawek dobowych². Składki są zbierane przez dwie instytucje pośredniczące – ZUS i KRUS a następnie przekazywane do NFZ. Za swoje usługi ZUS i KRUS pobierają niewielką opłatę w wysokości 0,2% wartości wszystkich przekazywanych składek. Od 2007 roku stopa składki wynosi 9% podstawy wymiaru³. Składka ubezpieczeniowa ma formę podatku potrącanego u źródła, którego pełny koszt ponosi pracownik (bez obciążania pracodawcy). Dla osób pobierających emeryturę lub rentę podstawę wymiaru składki stanowi wysokość świadczeń pieniężnych brutto. Dla osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą składkę wylicza się na podstawie zadeklarowanej kwoty dochodów brutto, jednak nie niższej niż 75% średniego krajowego wynagrodzenia w roku poprzednim. Średnie wydatki na ubezpieczonego wahają się także w zależności od zróżnicowania czynników społecznych, demograficznych i ekonomicznych. Zarówno w Polsce, jak i na świecie opieka paliatywna sprawowana jest obecnie w różnych warunkach nawiązujących do wcześniej wypracowanych form, mających za wspólny cel przynoszenie ulgi w cierpieniu osobom u kresu życia. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej świadczenia realizowane są w Polsce w warunkach⁴: domowych, co dotyczy hospicjów domowych dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia; stacjonarnych – w ramach hospicjów stacjonarnych oraz na oddziałach medycyny paliatywnej; ambulatoryjnych – w warunkach poradni medycyny paliatywnej. Można stwierdzić, że nakłady ze środków NFZ na świadczenie z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej rosną, lecz w dalszym ciągu zauważalne są duże różnice pomiędzy regionami, które mogą wynikać z polityki prowadzonej przez poszczególne oddziały NFZ, przy czym również ważny czynnik stoi po stronie świadczeniodawców. W skali kraju wiele placówek prowadzonych jest przez organizacje pozarządowe, co wymaga zaangażowania określonej liczby osób, które – aby uzyskać kontrakt – muszą spełnić stosowne kryteria prawne i warunki w zakresie odpowiedniego zaplecza kadrowego, administracyjno-organizacyjnego oraz sprzętowego. Gdy podmiotem założycielskim jest organ publiczny, możliwe jest pokrycie początkowych nakładów ze środków budżetowych (samorządowych lub krajowych). Natomiast część podmiotów z sektora ekonomii społecznej (szczególnie w pierwszej fazie prowadzenia działalności) prowadzi ją jedynie ze środków uzyskanych ze zbiorów 1% odpisu podatkowego lub wpłat od osób fizycznych i firm. Szczególnie w zakresie prowadzenia działalności w formie hospicjum stacjonarnego konieczne jest poniesienie znacznych nakładów inwestycyjnych, których nie obejmują kontrakty z NFZ. Ubezpieczyciel publiczny finansuje świadczenia, a nie inwestycje. w przypadku większość placówek kontrakty z NFZ pokrywają tylko część kosztów realizacji świadczeń. Hospicja prowadzone są głównie przez podmioty ekonomii społecznej – fundacje i stowarzyszenia, które uzyskują dodatkowe środki między innymi z odpisu 1%, darowizn od osób fizycznych i podmiotów prawnych, zbiorów i kwest publicznych. Zakres oferowanych świadczeń przez te podmioty niejednokrotnie znacząco wykracza poza wyszczególnione świadczenia gwarantowane. Podmioty prowadzą wypożyczalnie sprzętu, szkolą wolontariuszy, obejmują wsparciem rodziny chorych, często również po osieroceniu. Niedośzacowanie przez NFZ kosztów realizacji świadczeń ma wymiar systemowy i wymusza

¹ Najwyższa Izba Kontroli (2019). *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian* <<https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>>. (2021, kwiecień, 15).

² Pietryka, E. (2018). Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce w kontekście wprowadzenia systemu sieci szpitali. *Journal of Management and Finance*, 16 (3/1/2018), 229-244. <https://wzr.ug.edu.pl/zif/10_14.pdf>. (2021, kwiecień, 15).

³ PIT (2021). *Odliczenia składek ZUS* <<https://www.pit.pl/odliczenia-skladek-zus/>>. (2021, kwiecień, 15).

⁴ ISAP (2013). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001347>>. (2021, kwiecień, 15).

na świadczeniodawcach poszukiwanie dodatkowych środków, aby możliwe było prowadzenie pomocowej działalności¹. Ważnym przepisem w obszarze paliatywnym również jest Zarządzenie nr 96/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 23 października 2008 r², w którym stwierdza się, że świadczenia udzielane w ośrodkach opieki paliatywnej są bezpłatne. Finansowanie uzyskiwane jest w ramach kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Warunki zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna określa Jednostkami rozliczeniowymi za świadczenia zdrowotne są: porady w poradni medycyny paliatywnej; osobodzień w oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym.

Zgodnie z Ustawą z 6 listopada 2008 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417)³, pacjent ma prawo nie tylko do leczenia bólu (art. 20a ust. 1), ale także do umierania w spokoju i godności (art. 20 ust. 2), co również w znacznej mierze dotyka problematyki opieki paliatywno-hospicyjnej. Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych określone są Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2009 nr 139 poz. 1138)⁴. Wraz z wejściem w życie tego Rozporządzenia, opieka hospicyjna i paliatywna stała się świadczeniem gwarantowanym opieki zdrowotnej w zakresie opieki domowej, ambulatoryjnej i stacjonarnej (a zatem z pominięciem ośrodków opieki dziennej i szpitalnych zespołów wspierających). Rozporządzenie definiuje świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej jako wszechstronną, całościową opiekę i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, ostępujące, ograniczające życie choroby. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych (§ 3 ust. 1 rozporządzenia). Perinatalna opieka paliatywna została natomiast zdefiniowana jako zapewnienie wsparcia rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej, opieki nastawionej na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodkom (chodzi o dzieci z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu).

Ważnymi regulacjami w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce są również: Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2009 Nr 52 poz. 417)⁵; Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 nr 174 poz. 1039)⁶. Trzeba też pamiętać Ustawy – o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654)⁷, która weszła w życie z dniem 1 lipca 2011.

Zakres świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce w dużej mierze określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. 2013 poz. 1347)⁸. Z przepisu tego wynika, że instytucje kładą nacisk na udzielenie wsparcia w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej przede wszystkim osobom chorym, przy czym zgodnie z § 5 Rozporządzenia do zakresu świadczeń gwarantowanych realizowanych w warunkach stacjonarnych zalicza się także opiekę psychologiczną nad świadczeniobiorcą i jego rodziną. Rozporządzenie jasno określa wymagania stawiane świadczeniodawcom oraz zakres świadczeń finansowanych ze środków publicznych we wszystkich formach i rodzajach opieki paliatywnej i hospicyjnej. Pierwszym z warunków,

¹ Najwyższa Izba Kontroli (2019). *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądane kierunki zmian* <<https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>>. (2021, kwiecień, 15).

² Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (2008). *Zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna* <<https://www.nfz.gov.pl/zarzadzania-prezesa/zarzadzania-prezesa-nfz/zarzadzanie-nr-962008dsoz,3498.html>>. (2021, kwiecień, 15).

³ ISAP (2008). *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090520417/U/D20090417Lj.pdf>>. (2021, kwiecień, 15).

⁴ ISAP (2009). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*. <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20091391138>>. (2021, kwiecień, 15).

⁵ ISAP (2008). *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090520417/U/D20090417Lj.pdf>>. (2021, kwiecień, 15).

⁶ ISAP (2011). *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej* <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111741039>>. (2021, kwiecień, 15).

⁷ ISAP (2011). *Ustawa o działalności leczniczej* <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu2011120654>>. (2021, kwiecień, 15).

⁸ ISAP (2013). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. Baza Internetowy System Aktów Prawnych – ISAP* <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001347>>. (2021, kwiecień, 15).

które jest niezbędny do otrzymania świadczeń z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej, jest przedstawienie stosownego zaświadczenia wydanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wraz z uzasadnieniem wskazania medycznego. Rozporządzenie wymienia szczegółowo rodzaje świadczeń gwarantowanych udzielanych w warunkach stacjonarnych, w warunkach domowych oraz w warunkach ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej¹.

Podczas analizy prawnych aspektów w opiece nad ludźmi umierającymi stwierdzono, że kwestie opieki paliatywno-hospicyjnej są szczegółowo uregulowane w polskim prawie. Opieka paliatywna w Polsce jest bezpłatna, ale zauważono, że dotacje przyznawane przez państwo nie pokrywają wszystkich potrzeb, istnieją ograniczenia w ubezpieczeniach państwowych. Świadczenia finansowane są głównie ze środków zebranych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia społecznego, których redystrybucję prowadzi Narodowy Fundusz Zdrowia. Finansowanie świadczeń ma wymiar deficytowy i nie zakłada pełnego zaspokojenia potrzeb pacjentów zarówno pod względem dostępności, jak i zakresu oferowanych świadczeń. System społecznego ubezpieczenia zdrowotnego finansowany przez NFZ pokrywa ponad 80% publicznych wydatków na ochronę zdrowia i prawie 60% wydatków ogółem. Drugim najważniejszym publicznym źródłem finansowania ochrony zdrowia jest budżet państwa, a następnie budżety jednostek samorządu terytorialnego (JST), znaczną część budżetu stanowią środki uzyskane w ramach odpisów podatkowych dla organizacji pożytku publicznego, zbiorów publicznych oraz środków uzyskanych ze zbiorów 1% odpisu podatkowego lub wpłat od osób fizycznych i firm.

Podziękowania. Pragnę wyrazić moją wdzięczność Fundacji Liderzy Przemian i Programu Stypendialnemu im. Lane'a Kirklanda za organizacyjne i finansowe wsparcie moich badań. Serdecznie dziękuję również za cenne uwagi i możliwość konsultacji mojemu opiekunowi naukowemu dr. hab. Włodzimierzowi Piątkowskiemu, a także kierownictwu UMCS za możliwość przeprowadzenia badań.

References:

1. EMC Instytut Medyczny SA [EMC Instytut Medyczny SA] (2021). *System opieki medycznej w Polsce* [Medical care system in Poland] <<https://www.emc-sa.pl/strefa-inwestora/nasz-biznes/system-opieki-medycznej-w-polsce>>. (2021, April, 15). [in Polish]. [in Polish].
2. ISAP (1997). *Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym* [Act on universal health insurance]. <<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280153>>. (2021, April, 15). [in Polish].
3. ISAP (1997). *Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry* [The Act on the Professions of a Doctor and Dentist] <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU19970280152>>. (2021, April, 15). [in Polish].
4. ISAP (2001). *Ustawa Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych* [Act Introducing the Act – Pharmaceutical Law, the Act on Medical Devices and the Act on the Office for Registration of Medicinal Products, Medical Devices and Biocidal Products] <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20011261382>>. (2021, April, 15). [in Polish].
5. ISAP (2004). *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* [Act on healthcare services financed from public funds] <<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20042102135>>. (2021, April, 15). [in Polish].
6. ISAP (2008). *Ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta* [Act on the rights of the patient and the Patient Ombudsman] <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20090520417/U/D20090417Lj.pdf>>. (2021, April, 15). [in Polish].
7. ISAP (2009). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* [Regulation of the Minister of Health on guaranteed services in the field of palliative and hospice care] <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20091391138>>. (2021, April, 15). [in Polish].
8. ISAP (2011). *Ustawa o działalności leczniczej* [Act on medical activity] <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu2011120654>>. (2021, April, 15). [in Polish].
9. ISAP (2011). *Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej* [The act on the professions of nurse and midwife] <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20111741039>>. (2021, April, 15). [in Polish].
10. ISAP (2013). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej* [Regulation of the Minister of Health on guaranteed services in the field of palliative and hospice care] <<http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20130001347>>. (2021, April, 15). [in Polish].

¹ ISAP (2009). *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej*. <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20091391138>. (2021, kwiecień, 15).

11. ISAP (2020). *Ustawa o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz niektórych innych ustaw* [Act amending the Act on the Professions of Doctor and Dentist and Certain Other Acts] <<https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20200001291>>. (2021, April, 15). [in Polish].
12. Iwanski, R., Sielicka, E., Jarzenbinska, A. (2018). *Opieka paliatywna i hospicyjna w ujęciu społecznym i ekonomicznym* [Palliative and hospice care in social and economic terms]. Warszawa: CeDeWu. [in Polish].
13. Minister Zdrowia [Minister of Health] (2020). *List nr ZPG.050.39.2020.AK* [Letter No. ZPG.050.39.2020.AK] <<http://orka2.sejm.gov.pl/INT9.nsf/klucz/ATBTCHBC/%24FILE/i09699-o1.pdf>>. (2021, April, 15). [in Polish].
14. Najwyższa Izba Kontroli [Supreme Audit Office] (2019). *System ochrony zdrowia w Polsce – stan obecny i pożądanе kierunki zmian* [The health care system in Poland – the current state and the desired directions of changes] <<https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf>>. (2021, April, 15). [in Polish].
15. NFZ (2021). *Gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej* [Guaranteed healthcare services] <https://www.nfz-szczecin.pl/vdsz2_gwarantowane_swiadczenia_opieki_zdrowotnej.htm>. (2021, April, 15). [in Polish].
16. Pietryka, E. (2018). Finansowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce w kontekście wprowadzenia systemu sieci szpitali [Financing the healthcare system in Poland in the context of the introduction of the hospital network system]. *Journal of Management and Finance* [Journal of Management and Finance], 16 (3/1/2018), 229-244. <https://wzr.ug.edu.pl/.zif/10_14.pdf>. (2021, April, 15). [in Polish].
17. PIT (2021). *Odliczenia składek ZUS* [Deduction of social security contributions] <<https://www.pit.pl/odliczenia-skladek-zus/>>. (2021, April, 15). [in Polish].
18. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia [President of the National Health Fund] (2008). *Zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna* [Ordinance on defining the conditions for concluding and implementing contracts in the following types: nursing and care benefits as well as palliative and hospice care] <<https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-962008dsoz,3498.html>>. (2021, April, 15). [in Polish].
19. Szot, L. (2009). Powstanie i rozwój ruchu hospicyjnego [Establishment and development of the hospice movement]. *Studia Warmińskie* [Warmia Studies], XLVI. [in Polish].