

Czy hospicjum domowe dla dzieci może funkcjonować na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ?



Andrzej Sośnierz - były prezes NFZ

„Nie jest moją ambicją zwiększać kontraktów w hospicjach, gdyż to oznaczałoby przecież, że więcej dzieci będzie musiało umierać.”
Andrzej Sośnierz, Prezes NFZ
Nasz Dziennik 30 XII 2006 – 1 I 2007, str.4-5.

Dr hab. n. med. Tomasz Dangel

Zeby odpowiedzieć na pytanie zawarte w tytule należy podjąć próbę opracowania teoretycznego modelu hospicjum domowego dla dzieci w oparciu o wymagania zawarte w Zarządzeniu nr 61/2007/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 września 2007 r.¹ Poniżej przedstawiam najprostszy model hospicjum domowego dla dzieci w celu oceny kosztów jego działania oraz skutków praktycznych ww. Zarządzenia.

Wybór miejsca

Nasze modelowe hospicjum musi mieć określone miejsce na mapie Polski i rejon działania. Wybierzmy Kielce i województwo świętokrzyskie. Miasto jest położone mniej więcej centralnie, a województwo ma dosyć regularny kształt. Odległość z Kielc do najdalszych granic województwa nie przekracza 100 km. Liczba ludności w 2007 roku wynosiła 1277494.² Dodajmy, że w Kielcach nie powstało dotychczas hospicjum domowe dla dzieci.

Pacjenci i pieniądze

W okresie 1999-2005 (7 lat) w województwie świętokrzyskim zmarło z powodu nowotworów 66 dzieci, tzn. średnio 9-10 dzieci rocznie. Większość z nich (80%) zmarła w szpitalu, a tylko 20% w domu. W 2005 roku średni wskaźnik zgonów w domu w Polsce w tej grupie pacjentów wyniósł 32%.³ Przyjmując ten wyższy wskaźnik (zamiast 20%) można szacować, że rocznie tylko 3 dzieci z chorobami nowotworowymi trafiłoby pod opiekę hospicjum domowego w Kielcach.

Dodajmy, że średni czas przeżycia dziecka z chorobą nowotworową pod opieką hospicjum to zaledwie 43 dni.⁴

Na podstawie tych danych można wyliczyć, że nasze modelowe hospicjum mogłoby zakontraktować z NFZ tylko 129 tzw. osobodni⁵ rocznie dla dzieci z nowotworami ($3 \times 43 = 129$). Wynika z tego, że przez większą część roku hospicjum to nie miałoby w ogóle pod opieką dzieci z nowotworami. Jest to ważne ponieważ Prezes NFZ wymaga aby „zwiększenie liczby pacjentów nienowotworowych powyżej 50% wszystkich objętych opieką było możliwe po uzyskaniu pisemnej zgody

Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Funduszu”. Oznacza to, że Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego NFZ musiałby wydać zgodę na leczenie każdego dziecka z chorobą inną niż nowotwór, bo przecież utrzymanie proporcji 50: 50 będzie niemożliwe z powodu braku pacjentów onkologicznych.

Jeżeli zatem hospicjum miałoby dwóch pacjentów – jednego chorego na raka i drugiego z inną chorobą – wówczas wytworzyłby się ów idealny stan pożądaný przez Prezesa NFZ. Co jednak zrobić gdy dziecko z nowotworem umrze po 43 dniach? Trzeba bowiem wiedzieć, że średni czas przeżycia dziecka z inną niż nowotwór chorobą pod opieką hospicjum wynosi średnio aż 421 dni⁴, a więc dziesięciokrotnie dłużej. Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ należy wystąpić o zgodę na leczenie pacjenta (bez nowotworu), ponieważ zarówno on, jak również każdy następny, będzie skutkował matematycznie wskaźnikiem 100% pacjentów nienowotworowych.

W 2006 roku średni wskaźnik liczby dzieci leczonych przez hospicja domowe w Polsce wyniósł 16,4 na milion mieszkańców.⁶ Na tej podstawie można oszacować, że nasze modelowe hospicjum, obejmujące populację 1,28 milionową, będzie miało **21 pacjentów rocznie** ($16,4 \times 1,28 = 21$), w tym 3 z nowotworami. Ponieważ, jak wspominałem, dzieci ze schorzeniami innymi niż nowotwory żyją dłużej niż rok, można obliczyć, że hospicjum w Kielcach powinno zakontraktować z NFZ **6699 tzw. osobodni** rocznie ($129 + 18 \times 365 = 6699$).

Zakładając dobrą wolę Dyrektora NFZ i przyjmując aktualną obecnie w tym województwie stawkę 48 zł za tzw. osobodzień możemy obliczyć, że roczny kontrakt wyniósłby 321552 zł ($6699 \times 48 = 321552$). **Miesięczny wpływ z NFZ na konto hospicjum wyniósłby średnio 26796 zł** ($321552: 12 = 26796$).

Personel

Prezes NFZ określa w swym Zarządzeniu kto ma w hospicjum pracować. Obowiązkowo: lekarz (jeden na 20 pacjentów), pielęgniarki (jedna na 12 pacjentów), pracownik socjalny (1/4 etatu na 10 pacjentów), psycholog (1/4 etatu na 6 pacjentów) oraz fizjoterapeuta (1/4 etatu na 15 pacjentów). W naszym modelowym hospicjum, mającym pod opieką w tym samym czasie 18-19 pacjentów, należy więc wg Prezesa NFZ obowiązkowo zatrudnić:

- Lekarza – 1 etat
- Pielęgniarki – 2 etaty
- Pracownika socjalnego – 1/2 etatu

¹ Źródło: <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=2833>

² Źródło: http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xber/gus/PUBL_ludnosc_stan_struktura_teryt_1pol_2007.pdf

³ Dane GUS

⁴ Dane Fundacji Warszawskie Hospicjum dla Dzieci

⁵ „Osobodzień” w nomenklaturze NFZ to jeden dzień opieki nad pacjentem

⁶ Źródło: <http://www.hospicjum.waw.pl/code/glowna.php?ID1=5&ID2=0&ID3=0>

- Psychologa – ¾ etatu
- Fizjoterapeutę – ½ etatu

Prezes NFZ wymaga – jak najbardziej słusznie – zapewnienia całodobowego dostępu do świadczeń przez 7 dni w tygodniu (także w święta). Przyjmijmy, że dotyczy to całodobowej gotowości do pracy lekarza i pielęgniarki. Jak rozwiązać ten problem organizacyjnie mając do dyspozycji tylko 1 lekarza i 2 pielęgniarki? Tego zrobić się nie da. Jest oczywiste, że jeden lekarz nie będzie w stanie zapewnić całodobowej opieki 18 pacjentom przez 365 dni w roku.⁷ Dlatego jest kwestią bezdyskusyjną, że **należy zatrudnić przynajmniej dwóch lekarzy**.

Nowe przepisy UE dotyczące zatrudnienia lekarzy (maksymalnie 48 godzin pracy tygodniowo, 11-godzinny odpoczynek dobowy i 24-godzinny tygodniowy) powodują, że nawet 2 lekarzy zatrudnionych w ramach umowy o pracę nie będzie mogło zapewnić pacjentom opieki całodobowej. Dlatego jedyną formą zatrudnienia dwóch lekarzy w hospicjum domowym dla dzieci pozostaje kontrakt czyli umowa cywilnoprawna.

Tab. 1. Przykładowy miesięczny grafik pracy 4 pielęgniarek zatrudnionych w ramach umowy o pracę (opracowanie p. Jolanta Słodownik, Fundacja Warszawskie Hospicjum dla Dzieci).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
A	R/N	R/N	N DW za 01.07	R	R	R	R/N	DW 5	Ni	NDW 5	R	R	R	R/N	DW 5	Ni	R	R	R	NDW 5	R	DW 5	Ni	R	R	NDW 5	R	R	R/N	Ni	R
B	DW5	Ni	R	N DW 5	R	R	R	R/N	R/N	R	N DW za 09.07	R	R	R	DW 5	Ni	R/N	R	R	R	R/N	DW 5	Ni	R	R	R	N DW za 30.07	R	DW 5	R/N	R
C	DW5	Ni	R	R	R/N	R	R	DW 5	Ni	R	R	NDW 5	R	R	R/N	R/N	R	N DW za 15.07	R	R	R	DW 5	Ni	R/N	R	R	R	R/N	DW 5	Ni	R
D	DW5	Ni	R	R	R	R/N	R	DW 5	Ni	R	R	R/N	R/N	R	DW 5	Ni	R	R	DW5	R	R	R/N	R/N	R	N DW za 23.07	R	R	R	DW 5	Ni	R

Skróty w tabeli 1: A, B, C, D – 4 pielęgniarki zatrudnione w ramach umowy o pracę; DW5 - dzień wolny w sobotę; Ni - niedziela; DW - dzień wolny; R - praca w godzinach 8:00 – 15:35; N - gotowość do pracy (tzw. dyżur zwykły lub dyżur nocny); R/N - praca w godzinach 8:00- 15:35 i gotowość do pracy (tzw. dyżur nocny); 07 – miesiąc lipiec

Z kolei przepisy dotyczące pracy pielęgniarek powodują, że w przypadku zatrudnienia w ramach umowy o pracę, w celu zapewnienia opieki całodobowej przez 365 dni w roku **należy zatrudnić przynajmniej cztery pielęgniarki** (tab.1).⁷ Tutaj również korzystną dla pracodawcy alternatywą byłby kontrakt. Z naszych doświadczeń wynika jednak, że pielęgniarki preferują umowę o pracę, szczególnie gdy wynagrodzenie jest stosunkowo niskie. Kontrakt okazałby się atrakcyjny dopiero przy znacząco wyższym wynagrodzeniu (tab.2).

Z praktycznego punktu widzenia opieranie opieki nad 18 pacjentami na 2 pielęgniarkach zatrudnionych w ramach kontraktu byłoby bardzo ryzykowne. Absencja jednej z nich spowodowałaby załamanie całego systemu. Dlatego konieczne jest zatrudnienie co najmniej 3 pielęgniarek na kontraktach. Reasumując, pracodawca ma dwie możliwości: zatrudnienie 4 pielęgniarek w ramach umowy o pracę (niższe wynagrodzenia) albo 3 pielęgniarek w ramach kontraktu (wyższe wynagrodzenia).

Kolejne wymaganie Prezesa NFZ określa, że pielęgniarki powinny odwiedzać pacjentów „nie mniej niż 2 razy w tygodniu”. Oznacza to w przypadku naszego hospicjum minimum

36 wizyt pielęgniarskich tygodniowo ($2 \times 18 = 36$).

Jeżeli 3 pielęgniarki (na kontraktach) w naszym modelowym hospicjum miałyby pod opieką 18 pacjentów, wówczas każda z nich musiałaby wykonywać 12 wizyt tygodniowo, tzn. średnio 2,4 wizyty dziennie (przez 5 dni w tygodniu). Teoretycznie jest to wykonalne, jednak pod warunkiem, że pacjenci odwiezani w tym samym dniu mieszkają w tej samej okolicy, a pielęgniarki dysponują samochodami.

W przypadku zatrudnienia 4 pielęgniarek w ramach umowy o pracę, każda z nich może pracować przez 38 godzin tygodniowo (7 godzin 35 minut $\times 5 = 37,92$). Przyjmijmy, że pielęgniarki uczestniczą codziennie tylko w jednej odprawie⁸ zespołu hospicjum, która trwa godzinę – oznacza to, że czas na wizyty u pacjentów to 33 godziny tygodniowo ($38 - 5 = 33$). Dysponujemy więc łącznie 132 godzinami tygodniowo ($33 \times 4 = 132$). Umożliwia to wykonanie 36 wizyt w tygodniu, dysponując średnio 3 godzinami i 40 minutami na jednego pacjenta. W przypadku województwa świętokrzyskiego maksymalna odległość do pacjenta to ok. 80 km. Przyjmijmy, że przeciętna odległość,

którą pielęgniarka musi przejechać, żeby odwiedzić pacjenta, to 30 km (tzn. 60 km w obie strony). Wtedy pielęgniarka musi przeznaczyć godzinę na dojazd i powrót, czyli na wizytę u chorego i inne czynności pozostaje jej 2 godziny i 40 minut. Jest to wykonalne, jednak pod warunkiem, że **hospicjum przeznaczy dla pielęgniarek 4 samochody**.

W hospicjum istnieje potrzeba zatrudnienia pracownika administracyjnego. Szczególnie czasochłonna jest sprawozdawczość dla potrzeb NFZ.⁹ Z tego powodu należy rozszerzyć obowiązki np. pracownika socjalnego. Oznacza to zatrudnienie go na pełnym etacie (a nie na ½ jak wynika to z Zarządzenia Prezesa NFZ).

Wynagrodzenia pracowników i miesięczny fundusz płac hospicjum przedstawiono w tabelach 2 i 3.

Sprzęt medyczny

Zarządzenie Prezesa NFZ określa minimalny zestaw sprzętu medycznego (tab.4). Niestety nie wprowadza żadnego przeciętnika uwzględniającego liczbę pacjentów. Zestawienie to jest wysoce niewystarczające zarówno pod względem ilościowym

⁷ Jest to bardzo poważny błąd w Zarządzeniu Prezesa NFZ, dowodzi niespójności tego Zarządzenia.

⁸ Lepszym rozwiązaniem są dwie odprawy zespołu hospicjum: rano i po południu.

⁹ Zarządzenie Prezesa NFZ nie dostrzega takiej potrzeby.

Tab. 2. Wynagrodzenia pracowników hospicjum domowego dla dzieci

Stanowisko	Forma zatrudnienia	Wynagrodzenie brutto	Wynagrodzenie netto	Wydatek pracodawcy
Lekarz	kontrakt	10 000	7 900	10 000
Pielęgniarka	kontrakt	7 000	6 000	7 000
Pielęgniarka	umowa o pracę	3 500	2 420	4 205
Pracownik socjalny	umowa o pracę	3 000	2 084	3 604
Psycholog	($\frac{3}{4}$ etatu) umowa o pracę	3 000	2 084	3 604
Fizjoterapeuta	($\frac{1}{2}$ etatu) umowa o pracę	1 500	1 077	1 802

Tab. 3. Miesięczny fundusz płac hospicjum domowego dla dzieci
Wariant 1 (pielęgniarki zatrudnione w ramach umowy o pracę)

Stanowisko	Forma zatrudnienia	Etaty	Wydatek pracodawcy
Lekarz	kontrakt	2	20 000
Pielęgniarka	umowa o pracę	4	16 820
Pracownik socjalny	umowa o pracę	1	3 604
Psycholog	umowa o pracę	$\frac{3}{4}$	3 604
Fizjoterapeuta	umowa o pracę	$\frac{1}{2}$	1 802
Razem			45 830

Wariant 2 (pielęgniarki zatrudnione w ramach kontraktu)

Stanowisko	Forma zatrudnienia	Etaty	Wydatek pracodawcy
Lekarz	kontrakt	2	20 000
Pielęgniarka	kontrakt	3	21 000
Pracownik socjalny	umowa o pracę	1	3 604
Psycholog	umowa o pracę	$\frac{3}{4}$	3 604
Fizjoterapeuta	umowa o pracę	$\frac{1}{2}$	1 802
Razem			50 010

Tab. 4. Sprzęt medyczny wymagany przez Prezesa NFZ

Urządzenie	Liczba wg Prezesa NFZ	Liczba potrzebna dla 18 pacjentów	Cena jednostkowa	Cena ogólna
Koncentrator tlenu	2	10	3 200	32 000
Ssak elektryczny	2	15	400	6 000
Inhalator	2	10	270	2 700
Glukometr	2	2	140	280
Aparat do pomiaru ciśnienia	2	5	150	750
Zestaw pierwszej pomocy lekarskiej	2	2	500	1000
Nesesor pielęgniarski	2	4	500	2000
Razem				44 730

jak i jakościowym.¹⁰ Nie zawiera np. tak niezbędnych w domowej opiece paliatywnej urządzeń jak łóżko wielopozycyjne, materac przeciwoleżynowy, podnośnik dla pacjenta, agregat prądotwórczy, pulsoksymetr czy pompa infuzyjna (tab.5). Hospicjum będzie musiało zakupić ponadto materiały jedno-

razowe, nie refundowane przez NFZ (tab.6). Zakładamy, że leki nie refundowane rodzice pacjentów sami wykupują w aptece (w rzeczywistości nie zawsze ich na to stać).

Warunki lokalowe i inne

¹⁰ Poważny błąd merytoryczny, który może powodować zawieranie przez NFZ kontraktów z hospicjami nie posiadającymi odpowiedniego sprzętu.

Zarządzenie Prezesa NFZ określa warunki lokalowe oraz środki

Tab. 5. Sprzęt medyczny nie wymagany przez Prezesa NFZ, ale niezbędny do prowadzenia domowej opieki paliatywnej nad dziećmi

Urządzenie	Liczba potrzebna dla 18 pacjentów	Cena jednostkowa	Cena ogólna
Łóżko wielopozycyjne	4	3 200	12 800
Materac przeciwoleżynowy	10	3 000	30 000
Podnośnik dla pacjenta	2	7 000	14 000
Agregat prądotwórczy	5	900	4 500
Pulsoksymetr	5	2 400	12 000
Pompa strzykawkowa	2	3 210	6 420
Razem			79 720

Tab. 6. Materiały jednorazowe poza refundacją NFZ

Rodzaj	Liczba pacjentów	Wydatek na jednego pacjenta miesięcznie	Cena ogólna
Sprzęt jednorazowy	18	150	2 700
Materiały opatrunkowe i higieniczne	18	150	2 700
Materiały opatrunkowe i środki antyseptyczne	18	150	2 700
Razem			8 100

łącności i transportu. Hospicjum musi dysponować pomieszczeniem biurowym i magazynowym.

Konieczna jest tu uwaga dotycząca liczby samochodów. Jak wyjaśniono powyżej, aby zapewnić odpowiednią liczbę wizyt pielęgniarskich i lekarskich, przy zatrudnieniu 3-4 pielęgniarek, 2 lekarzy oraz 3 pozostałych pracowników konieczne jest posiadanie przynajmniej 5 samochodów. Natomiast Prezes NFZ przewiduje tylko jeden samochód. Należy się domyślać, że wobec tego pracownicy hospicjum powinni dojeżdżać do pacjentów własnymi samochodami. Wydatki przedstawiono w tabelach 7 i 8.

Bilans wydatków

Dopiero teraz możemy dokonać bilansu miesięcznych wydatków naszego modelowego hospicjum. Wynosi on przy **najtańszym możliwym wariantcie** (pielęgniarki zatrudnione w ramach umowy o pracę, hospicjum posiada tylko jeden samochód, pracownicy jeżdżą do pacjentów własnymi samochodami, ponadto nie uwzględniono wydatków na pomoc

socjalną dla biednych rodzin oraz serwisowanie sprzętu) – 67 521 zł (tab.9).

Jak pisaliśmy powyżej, hospicjum, kontraktując z NFZ 6699 tzw. osobodni rocznie przy obecnej stawce 48 zł, może otrzymać miesięcznie 26 796 zł. Powstaje więc deficyt wysokości 40 725 zł miesięcznie ($67\,521 - 26\,796 = 40\,725$). Łatwo obliczyć, że **realny koszt tzw. osobodnia wynosi nie 48 zł, ale co najmniej 121 zł** ($67\,521 \times 12 : 6699 = 120,95$). Jest to cena bardzo niska, zważywszy na wielokrotnie wyższe koszty leczenia dziecka w szpitalu.

Podsumowanie

W 2007 roku NFZ wypłacał następujące stawki za jeden dzień opieki nad dzieckiem w hospicjum domowym: Białystok – 40,32 zł, Bydgoszcz – 57 zł, Częstochowa – 39 zł, Gniezno – 54 zł, Koło – 54 zł, Kraków – 57 zł, Lublin – 48 zł, Łódź – 54 zł, Olsztyn – 54 zł, Opole – 60 zł, Ostrowiec Świętokrzyski – 48 zł,

Tab. 7. Sprzęt biurowy, magazynowy, telekomunikacja i transport (wg Prezesa NFZ)

Urządzenie	Liczba	Cena jednostkowa	Cena ogólna
Meble biurowe*			5 000
Szafy i półki do magazynu	4	500	2 000
Komputer z drukarką	1	2 500	2 500
Telefon z faksem i sekretarką	1	1 200	1 200
Telefony komórkowe	4	1	4
Samochód osobowy Fiat Panda**	1	30 090	30 090
Razem			40 794

* Biurko, 10 krzeseł, 2 stoliki na komputer, faks i telefon, 2 szafy

** W rzeczywistości potrzebnych jest co najmniej 5 samochodów. Można przyjąć, że początkowej fazie działalności hospicjum pracownicy jeżdżą własnymi samochodami i otrzymują zwrot kosztów paliwa.

Tab. 8. Stałe opłaty miesięczne

Pozycja	Wydatek miesięczny w zł
Czynsz za lokal	800
Biuro rachunkowe	500
Eksploatacja 1 samochodu*	339
Paliwo do 5 samochodów**	7 245
Opłaty telekomunikacji 4 x 105 zł. (telefony komórkowe) + 650 zł (telefon stacjonarny)	1 070
Ubezpieczenia (OC pracodawcy 1280 zł. rocznie, OC personelu medycznego 1048 zł. rocznie)***	194
Razem	10 148

* Eksploatacja samochodu – ubezpieczenie (2000 zł rocznie, 167 zł miesięcznie), opony zimowe (800 zł na 3 lata, 22 zł miesięcznie), materiały eksploatacyjne (płyn do spryskiwaczy, myjnia, drobne naprawy – 150 zł miesięcznie). Razem – 339 zł miesięcznie.

** Jeden samochód służbowy i 4 prywatne. Średni dzienny przebieg jednego samochodu – 150 km. Zużycie paliwa 7 l na 100 km. Koszt 1 l paliwa – 4,6 zł. Miesięczny koszt paliwa – 7 245 zł ($5 \times 1,5 \times 30 \times 7 \times 4,6 = 7 245$).

*** Ubezpieczenia wymagane przez NFZ.

Tab. 9. Miesięczny bilans wydatków

Pozycja	Wydatek
Fundusz płac (tab. 3)	45 830
Amortyzacja sprzętu* (tab. 4, 5, 7)	3 443
Materiały jednorazowe (tab. 6)	8 100
Stałe opłaty (tab. 8)	10 148
Razem	67 521

* Amortyzacja obliczona na 4 lata ($165 244 \text{ zł} : 4 : 12 = 3 443 \text{ zł}$)

Płock – 42 zł, Poznań – 54 zł, Rzeszów – 50 zł, Szczecin – 39 zł, Warszawa – 56,40 zł.

Realny koszt jednego dnia opieki nad dzieckiem w Warszawskim Hospicjum dla Dzieci wyniósł w kolejnych latach: 2003 – 339 zł, 2004 – 301 zł, 2005 – 310 zł, 2006 – 322 zł (bez amortyzacji). Udział refundacji NFZ wyniósł odpowiednio: 2003 – 18%, 2004 – 19%, 2005 – 19%, 2006 – 16% rzeczywistych kosztów poniesionych na opiekę paliatywną.

Wobec powyższego można przyjąć, że realny koszt jednego dnia opieki nad dzieckiem (tzw. osobodzień) zawiera się w granicach 121 – 350 zł (w zależności od wysokości poziomu świadczeń). Zgadając się, że NFZ powinien refundować świadczenia na najniższym możliwym poziomie, należy przyjąć za minimalną stawkę osobodnia w hospicjum domowym dla dzieci 121 zł.

Wymaganie Prezesa NFZ, aby 50% miejsc w hospicjach domowych dla dzieci zarezerwować dla pacjentów z nowotworami nie znajduje uzasadnienia w badaniach epidemiologicznych. W 2005 roku zmarło w Polsce z powodu chorób nowotworowych tylko 226 dzieci (mniej niż w poprzednich latach), z czego zaledwie 73 w domu.³ W 2006 roku hospicja domowe w Polsce leczyły łącznie 134 dzieci z chorobami nowotworowymi.⁶ Nie należy przypuszczać, aby ta liczba miała wzrosnąć. Dlatego ww. przepis w istocie ogranicza dostęp do opieki paliatywnej dzieciom z innymi schorzeniami. Powoduje też, że decyzje o kwalifikowaniu i leczeniu pacjentów podejmują urzędnicy NFZ, a nie lekarze specjaliści.

Odpowiadając na zadane na wstępie pytanie: „Czy hospicjum domowe dla dzieci może funkcjonować na podstawie Zarządzenia Prezesa NFZ?” należy odpowiedzieć przecząco. Zarówno **wymagania zawarte w tym Zarządzeniu nie**

opisują wystarczająco minimalnych potrzeb hospicjum, jak również środki przeznaczane przez NFZ umożliwiają finansowanie zaledwie 40% realnych kosztów najskromniejszego, przedstawionego w tym opracowaniu wariantu takiego hospicjum.

Wnioski

1. Wymagania zawarte w Zarządzeniu Prezesa NFZ pomijają wiele ważnych elementów niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania hospicjum domowego dla dzieci. Z powyższego wynika, że autorzy Zarządzenia nie znają realiów domowej opieki paliatywnej nad dziećmi, dlatego nie powinni tworzyć standardów w tym zakresie.
2. Stawki świadczeń zakontraktowane przez NFZ z hospicjami domowymi dla dzieci nie opierają się na analizie rzeczywistych wydatków i są drastycznie zaniżone. NFZ refunduje domową opiekę paliatywną nad dziećmi na poziomie 16-40% realnych kosztów.
3. Konieczna jest zmiana polityki NFZ w dziedzinie domowej opieki paliatywnej nad dziećmi. W tym celu Ministerstwo Zdrowia powinno wprowadzić standardy domowej opieki paliatywnej nad dziećmi.