

Województwo Mazowieckie

03-719 Warszawa, ul. Jagiellońska 26

tel. (22) 59-79-100, e-mail: urzed_marszalkowski@mazovia.pl



Program Wsparcia Hospicjów Domowych dla dzieci i dorosłych

Okres realizacji: 2026-2029 r.

Warszawa, 2025 r.

Słownik

Program – program wsparcia hospicjów domowych dla dzieci i dorosłych.

Hospicjum domowe - Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej o kodzie resortowym 2180 i/lub Hospicjum domowe/zespół domowej paliatywnej opieki dla dzieci o kodzie resortowym 2181.

Uczestnik – osoba (dziecko do ukończenia 18 r.ż., dorosła/dorosły) spełniająca kryteria włączenia, zakwalifikowana przez lekarza/lekarza specjalistę lub pielęgniarkę do korzystania ze wsparcia w ramach programu wsparcia hospicjów domowych dla dzieci i dorosłych.

Pielęgniarka – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, spełniająca wymagania dot. personelu w hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci do ukończenia 18 roku życia, zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Koordynator opieki – pielęgniarka lub inna osoba zajmująca się organizacją wsparcia medycznego, społecznego, transportu i innych usług niezbędnych dla uczestnika, a także ustalająca indywidualne plany opieki dla uczestników.

Fizjoterapeuta - osoba, o której mowa w części I ust. 1 pkt 4 załącznika nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Lekarz specjalista – osoba wykonująca zawód medyczny i posiadająca aktualnie obowiązujące uprawnienia w zgodzie z przedmiotowymi przepisami, tj. zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz spełniająca wymagania dot. personelu w hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci do ukończenia 18 roku życia, zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Lekarz – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, spełniająca wymagania dotyczące personelu w podstawowej opiece zdrowotnej, zgodnie z załącznikiem nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej.

Choroby wymagające opieki paliatywnej i hospicyjnej – choroby, o których mowa w załączniku nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej z wyłączeniem owrzodzeń odleżynowych jako główne schorzenie, na podstawie którego uczestnik miałby zostać zakwalifikowany do programu.

Dietetyk – osoba, o której mowa w załączniku do ustawy z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych.

Opiekun środowiskowy – osoba, która pomaga uczestnikom w życiu codziennym. Opiekun środowiskowy pomaga w czynnościach takich jak sprzątanie, robienie zakupów czy inne działania wspomagająco-opiekuńcze.

Psycholog/psychoonkolog – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 8 czerwca 2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów, spełniająca wymagania dot. personelu w hospicjum domowym dla dorosłych oraz dla dzieci do ukończenia 18 roku życia zgodnie z załącznikiem nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Pracownik socjalny – osoba, o której mowa w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, posiadająca wyższe wykształcenie na kierunku praca socjalna lub pokrewnym oraz wpisana do rejestru pracowników socjalnych prowadzonego przez Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej - fakultatywnie.

Beneficjent – podmiot wykonujący działalność leczniczą w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej posiadający lub deklarujący posiadanie kodu resortowego komórki organizacyjnej – 2180 Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej i/lub 2181 Hospicjum domowe/zespół domowej paliatywnej opieki dla dzieci. Dodatkowo premiowane będzie partnerstwo z ośrodkami pomocy społecznej poprzez zapewnienie udziału pracownika socjalnego w programie.

Rodzina/opiekun faktyczny (nieformalny) – osoba opiekująca się osobą potrzebującą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niebędąca opiekunem formalnym (zawodowym) i niepobierająca wynagrodzenia z tytułu sprawowania takiej opieki (nie dotyczy rodziców zastępczych), najczęściej członek rodziny, osoba sprawująca rodzinną pieczę zastępczą, osoba bliska, wolontariusz.

Teleporada – konsultacja z personelem udzielającym świadczeń w ramach programu z wykorzystaniem systemów łączności na odległość.

Magazynier lub pracownik techniczny – osoba zajmująca się sprzętem przeznaczonym na wynajem uczestnikom - fakultatywnie.

I. Opis problemu i epidemiologia

Opieka paliatywna i hospicyjna to szczególne, całościowe podejście do opieki nad osobami nieuleczalnie chorymi, ze schorzeniami postępującymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, zagrażającymi życiu i ograniczającymi funkcjonowanie osoby chorej¹.

Zgodnie z Mapą Potrzeb Zdrowotnych na lata 2022-2026 w 2019 roku wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa mazowieckiego był niższy od średniej ogólnopolskiej (223,89 – Mazowsze (-11% w stosunku do Polski), 251,26 – Polska). W 2023 roku wskaźnik liczby pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną na 100 tys. mieszkańców na terenie województwa mazowieckiego był niższy od średniej ogólnopolskiej (243,86 – Mazowsze (-13% w stosunku do Polski), 279,36 – Polska).

Jeszcze słabiej w stosunku do średniej krajowej przedstawia się sytuacja na Mazowszu w zakresie opieki hospicyjnej dla dzieci. W Polsce w 2023 r. liczba pacjentów w hospicjach domowych dla dzieci na 100 tys. ludności wynosiła 6,50, natomiast w województwie mazowieckim: 3,36 i jest o 48% niższa od wartości dla Polski. Niższy wskaźnik od województwa mazowieckiego mają tylko dwa województwa tj. świętokrzyskie i opolskie.

W województwie mazowieckim jest 81 ośrodków świadczących domową opiekę paliatywno-hospicyjną. Liczba ośrodków na 100 tys. ludności dla Polski w 2023 r. wyniosła 1,57, natomiast w województwie mazowieckim wyniosła 1,47.

Rosną potrzeby w zakresie opieki hospicyjnej, rośnie liczba pacjentów w województwie mazowieckim, którzy korzystają z opieki domowej w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej: liczba pacjentów na 100 tys. ludności w 2022 r. wynosiła 159, natomiast w 2023 r. 163 pacjentów na 100 tys. ludności. Zgodnie z rekomendacją 3.8.2a i 3.8.2b wskazaną w Wojewódzkim Planie Transformacji dla województwa

¹ Palliative care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), 2020.

mazowieckiego² w rozdziale 3.8 *Opieka paliatywna i hospicyjna* należy dążyć do zwiększenia dostępności domowej formy opieki paliatywnej i hospicyjnej do średniego poziomu dla Polski.

II. Cele zadania

II.1 Cel główny

Zwiększenie dostępności do opieki środowiskowej świadczonej przez hospicja domowe oraz wspieranie przechodzenia od opieki instytucjonalnej do opieki środowiskowej świadczonej poprzez hospicja domowe.

II.2 Cele szczegółowe

1. Utworzenie miejsc świadczenia usług w społeczności lokalnej w formie hospicjów domowych.
2. Objęcie osób usługami świadczonymi w społeczności lokalnej przez hospicja domowe.

III. Populacja docelowa

Osoby (dzieci do ukończenia 18 r.ż. i dorośli) z postawioną diagnozą choroby na podstawie załącznika nr 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z wyłączeniem owrzodzeń odleżynowych jako główne schorzenie).

Kryteria kwalifikacji do wsparcia w ramach opieki środowiskowej

IV.1 Kryteria włączenia

Do programu mogą być zakwalifikowane osoby, które w momencie aplikacji spełniają łącznie następujące kryteria:

- 1) mają postawioną diagnozę choroby z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (z wyłączeniem owrzodzeń odleżynowych jako główne schorzenie, na podstawie którego uczestnik miałby zostać zakwalifikowany do programu);

² Obwieszczenie Wojewody Mazowieckiego z dnia 31 grudnia 2024 r. w sprawie ogłoszenia aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji dla województwa mazowieckiego.

- 2) ze względu na chorobę wymagającą opieki paliatywnej i hospicyjnej;
- 3) ich stan zdrowia nie wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarstwa realizowanego w trybie stacjonarnym, ale wymaga dodatkowego wsparcia poza opieką podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Świadczenia w hospicjach domowych udzielane będą osobom wymagającym ze względu na stan zdrowia świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych, fizjoterapeutycznych, pielęgniarstwa, psychologicznych, dietetycznych i innych wskazanych w rozdziale VI.2.1 lub VI.2.2, jednakże niewymagającym hospitalizacji w oddziale szpitalnym;
- 4) zamieszkałe na terenie województwa mazowieckiego, tj. będące osobą fizyczną mieszkającą na terenie województwa mazowieckiego w rozumieniu Kodeksu cywilnego;
- 5) nie korzystają równocześnie ze świadczeń w ramach hospicjów domowych finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) w przypadku:
 - osób powyżej 18 r.ż. - udzieliły lub ich rodzina/opiekunowie faktyczni³ świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie;
 - dzieci do 16 r.ż. - udzieliли rodzice lub przedstawiciel ustawowy świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie;
 - dzieci, które ukończyły 16 r.ż. – udzieliły dzieci i ich rodzice świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie lub udzieliły dzieci i ich przedstawiciel ustawowy świadomej zgody w formie pisemnej na udział w programie⁴.

Decyzję o zakwalifikowaniu osoby aplikującej do hospicjum domowego podejmuje działający w podmiocie prowadzącym hospicjum lekarz/lekarz specjalista lub pielęgniarz na podstawie rozmowy z potencjalnym uczestnikiem lub jego rodziną/ opiekunem faktycznym, analizy dokumentacji medycznej, wywiadów z rodziną/opiekunami faktycznymi potencjalnych uczestników oraz ich ewentualnej obserwacji.

³ Poprzez opiekunów faktycznych przy kwalifikacji rozumie się osoby, które sprawują opiekę nad uczestnikiem zgodnie z obowiązującym prawem.

⁴ Formularz świadomej zgody przygotowywany jest przez beneficjenta zadania.

IV.2 Kryteria wyłączenia

Osoba będzie wykluczona z udziału we wsparciu w ramach programu w przypadku gdy:

- 1) nie spełnia któregoś z wymienionych w podrozdziale IV.1 kryteriów włączenia;
- 2) wymaga całodobowego nadzoru lekarskiego i pielęgniarskiego, realizowanego w trybie stacjonarnym, tj. nie jest w stanie funkcjonować bez stałej, intensywnej opieki medycznej;
- 3) jest hospitalizowana na oddziale szpitalnym lub wymaga hospitalizacji z powodu stanu zdrowia ze względu na każdą chorobę. Jeżeli pacjent nie przebywa w domu, nie ma możliwości świadczenia mu usług w ramach hospicjum domowego;
- 4) z własnej woli zrezygnuje z możliwości korzystania ze świadczeń w ramach hospicjum domowego;
- 5) jej warunki mieszkaniowe nie pozwalają na realizację opieki domowej;
- 6) korzysta z innego wsparcia w ramach hospicjów domowych;
- 7) jej stan pogorszy się na tyle, że wymagała będzie realizacji świadczeń zdrowotnych w warunkach stacjonarnych (leczenie szpitalne, stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne).

V. Organizacja pobytu w hospicjum domowym

Hospicjum domowe będzie działało przez cały rok, zapewniając możliwość opieki we wszystkie dni tygodnia, w tym święta, z dostępnością przez co najmniej 12 godzin dziennie zapewniając opiekę dostosowaną do potrzeb uczestników i ich rodzin. Regularne wizyty lekarskie i pielęgniarskie będą planowane zgodnie z indywidualnym planem opieki, uwzględniając stan zdrowia uczestnika i potrzeby jego rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych).

Świadczenia w ramach programu udzielane są nieodpłatnie. W ramach programu nie będzie finansowane leczenie farmakologiczne.

Beneficjent zobowiązany jest do opracowania regulaminu organizacji i wsparcia w ramach programu, który opublikowany będzie na stronie internetowej beneficjenta oraz w jego siedzibie. W regulaminie zostaną wskazane szczegółowe zasady organizacji programu.

Beneficjent w ramach działania hospicjum domowego może zapewnić (poprzez zakup/wynajem)⁵ niezbędny sprzęt medyczny ujęty w załączniku nr 2 Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Sprzęt będzie dostosowywany do indywidualnych potrzeb uczestników zgodnie z oceną lekarza specjalisty lub pielęgniarki lub fizjoterapeuty.

W ramach programu nie ma możliwości zakupu środków transportu. Możliwy natomiast jest wynajem lub leasing. Koszt najmu lub leasing może być kwalifikowany proporcjonalnie do okresu realizacji projektu zgodnie z zapisami ujętymi w Wytycznych dotyczących kwalifikowalności wydatków na lata 2021-2027, podrozdział 3.7. Amortyzacja i leasing środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych.

Beneficjent będzie prowadził w zależności od potrzeb instruktaż dla rodzin/opiekunów faktycznych (nieformalnych) uczestników, aby pomóc im w codziennej opiece nad chorym. Instruktaże mogą być prowadzone przez każdego członka wykwalifikowanego personelu w zakresie swoich czynności.

Finansowanie świadczeń udzielonych w programie dla dzieci do ukończenia 18 r.ż., dorosłych oraz dla rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych) będzie odbywało się w formie płatności za 1 miesiąc. Koszt za jednego uczestnika, jedną osobę uczestniczącą w programie przez niepełny miesiąc należy obliczyć proporcjonalnie do liczby dni uczestnictwa w programie.

- 1) Zgodnie z przeprowadzoną wyceną świadczeń wskazanych w programie średni koszt miesięczny uczestnictwa w programie dla dzieci do ukończenia 18 r.ż. nie może przekroczyć 31 150,20 zł. Koszt ten obejmuje wszystkie świadczenia i działania ujęte w rozdziale VI.2.1 i VI.2.4. Koszty te stanowią koszt bezpośredni projektu.
- 2) Zgodnie z przeprowadzoną wyceną świadczeń wskazanych w programie średni koszt miesięczny uczestnictwa w programie dla dorosłych nie może przekroczyć 22 161,30 zł. Koszt ten obejmuje wszystkie świadczenia i działania ujęte w rozdziale VI.2.2 i VI.2.4. Koszty te stanowią koszt bezpośredni projektu.

⁵ Możliwy będzie zakup lub wynajem sprzętu zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021 -2027.

- 3) Zgodnie z przeprowadzoną wyceną średni koszt miesięczny świadczeń i działań dla rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych) nie może przekroczyć 11 801,27 zł. Koszt ten obejmuje wszystkie świadczenia i działania ujęte w rozdziale VI.2.3. Koszty te stanowią koszt bezpośredni projektu.
- 4) Działania ujęte w rozdziale VII. dla opiekunów środowiskowych i pracowników socjalnych są fakultatywne dodatkowo premiowane.

Czas trwania pobytu w hospicjum domowym będzie ustalany indywidualnie przez lekarza lub lekarza specjalistę lub pielęgniarkę w czasie przyjęcia do hospicjum domowego.

Okres realizacji projektu nie może trwać krócej niż 12 miesięcy kalendarzowych, jednak nie dłużej niż do 31 grudnia 2029 r.

Ewaluacja uczestników musi być prowadzona co 3 miesiące od dnia zakwalifikowania uczestnika do hospicjum domowego, na podstawie obserwacji ich stanu psychicznego i fizycznego, analizy dokumentacji prowadzonej w hospicjum domowym oraz wywiadów wśród kadry podmiotu i rodzin/opiekunów faktycznych (nieformalnych) uczestników. Wynik ewaluacji będzie decydował o możliwości dalszego uczestnictwa w programie. Ewaluacja będzie przeprowadzana przez lekarza specjalistę lub pielęgniarkę lub koordynatora opieki.

VI. Personel zaangażowany w realizację programu oraz zakres świadczeń i działań udzielanych w ramach programu

VI.1. Personel zaangażowany w realizację programu:

- 1) koordynator opieki;
- 2) lekarz/lekarz specjalista;
- 3) pielęgniarka;
- 4) fizjoterapeuta;
- 5) psycholog/psychoonkolog;
- 6) opiekun środowiskowy;
- 7) dietetyk;
- 8) pracownik socjalny – fakultatywnie - dodatkowo premiowany na podstawie partnerstwa z ośrodkiem pomocy społecznej.
- 9) magazynier – fakultatywnie, w przypadku wynajmu sprzętu medycznego.

VI.2. Świadczenia i działania, które Beneficjent musi zapewnić w ramach realizacji programu (poszczególne świadczenia udzielane będą według indywidualnych potrzeb uczestników)

VI.2.1. Świadczenia i działania dla dzieci do ukończenia 18 r.ż.:

- 1) opieka lekarska;
- 2) opieka pielęgniarska;
- 3) zabiegi fizjoterapeutyczne;
- 4) konsultacje psychologiczne;
- 5) porady dietetyka;
- 6) pomoc koordynatora opieki: ustalenie indywidualnych planów opieki dla uczestników, organizacja wsparcia medycznego, społecznego, transportu i innych niezbędnych usług;
- 7) teleporady, tj. umożliwienie uczestnikom programu konsultacji z personelem udzielającym świadczeń w ramach programu;
- 8) opieka społeczna obejmująca m.in.: pomoc w zakupie lub zamawianiu leków w aptecce; dbanie o prawidłowość przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania; pomoc w zakupach i przygotowywaniu posiłków; pomoc w korzystaniu z materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych; pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, w tym w zapewnieniu opieki higienicznej w niezbędnym zakresie;
- 9) zakup niezbędnych materiałów medycznych do opieki nad uczestnikami (pacjentami), m.in. rękawiczki nitrylowe oraz sterylne, aplikatory kroplówek, środki do dezynfekcji, pojemniki na ostre narzędzia, opatrunki specjalistyczne, pieluchomajtki jednorazowe, podkłady higieniczne;
- 10) dojazdy do uczestników przez personel zaangażowany w realizację programu;
- 11) przejazdy związane z zakupem m.in. żywności, leków - realizowane przez personel zaangażowany w realizację programu np. do apteki, z apteki do domu uczestnika;
- 12) transport uczestników do placówek ochrony zdrowia;
- 13) konsultacje z pracownikiem socjalnym polegające m.in. na podaniu informacji o formach pomocy dla osób wymagających opieki hospicyjnej i paliatywnej oraz pomoc w zależności od potrzeb na organizację pomocy społecznej, załatwianiu formalności i wniosków o świadczenia, pomoc w dostępie do porad

w kwestiach testamentowych, praw pacjentów oraz innych związanych z końcem życia - fakultatywnie;

- 14) zakup lub wynajem niezbędnego sprzętu medycznego, wraz z kosztami eksploatacyjnymi, takiego jak m.in.: podnośniki uczestnika, pompy infuzyjne, łóżka z materacami przeciwoleżynowymi, koncentratory tlenu, inhalatory pneumatyczne, ssaki elektryczne, przenośne USG, aparaty EKG, przenośniki rolkowo-taśmowe, pulsoksymetry czy skanery żył;
- 15) wynajem oraz utrzymanie magazynu na przechowywanie niezbędnego sprzętu medycznego, o którym mowa powyżej w pkt 14.

VI.2.2. Świadczenia i działania dla dorosłych:

- 1) opieka lekarska;
- 2) opieka pielęgniarska;
- 3) zabiegi fizjoterapeutyczne;
- 4) konsultacje psychologiczne;
- 5) porady dietetyka;
- 6) pomoc koordynatora opieki: ustalenie indywidualnych planów opieki dla uczestników, organizacja wsparcia medycznego, społecznego, transportu i innych niezbędnych usług;
- 7) teleporady, tj. umożliwienie uczestnikom programu konsultacji z personelem udzielającym świadczeń w ramach programu;
- 8) opieka społeczna obejmująca m.in.: pomoc w zakupie lub zamawianiu leków w aptecce; dbanie o prawidłowość przyjmowania leków oraz obserwowanie ewentualnych skutków ubocznych ich stosowania; pomoc w zakupach i przygotowywaniu posiłków; pomoc w korzystaniu z materiałów medycznych, przedmiotów ortopedycznych; pomoc w podstawowych czynnościach życiowych, w tym w zapewnieniu opieki higienicznej w niezbędnym zakresie;
- 9) zakup niezbędnych materiałów medycznych do opieki nad uczestnikami (pacjentami), m.in. rękawiczki nitrylowe oraz sterylne, aplikatory kroplówek, środki do dezynfekcji, pojemniki na ostre narzędzia, opatrunki specjalistyczne, pieluchomajtki jednorazowe, podkłady higieniczne;
- 10) dojazdy do uczestników przez personel zaangażowany w realizację programu;

- 11) przejazdy związane z zakupem m.in. żywności, leków - realizowane przez personel zaangażowany w realizację programu np. do apteki, z apteki do domu uczestnika;
- 12) transport uczestników do placówek ochrony zdrowia;
- 13) konsultacje z pracownikiem socjalnym polegające m.in. na podaniu informacji o formach pomocy dla osób wymagających opieki hospicyjnej i paliatywnej oraz pomoc w zależności od potrzeb na organizacji pomocy społecznej, załatwianiu formalności i wniosków o świadczenia, pomoc w dostępie do porad w kwestiach testamentowych, praw pacjentów oraz innych związanych z końcem życia - fakultatywnie;
- 14) zakup lub wynajem niezbędnego sprzętu medycznego, wraz z kosztami eksploatacyjnymi, takiego jak m.in.: podnośniki uczestnika, pompy infuzyjne, łóżka z materacami przeciwodrażynowymi, koncentratory tlenu, inhalatory pneumatyczne, ssaki elektryczne, przenośne USG, aparaty EKG, przenośniki rolkowo-taśmowe, pulsoksymetry czy skanery żył;
- 15) wynajem oraz utrzymanie magazynu na przechowywanie niezbędnego sprzętu medycznego, o którym mowa powyżej w pkt 14.

VI.2.3. Świadczenia i działania dla rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych):

- 1) konsultacje psychologiczne także w czasie żałoby, w tym wynajem pomieszczenia⁶ jeśli warunki lokalowe uczestnika nie zapewniają poufności podczas konsultacji;
- 2) opieka wytchnieniowa;
- 3) prowadzenie grup wsparcia w zakresie doświadczeń związanych z opieką nad uczestnikami oraz radzenia sobie w okresie żałoby, w tym wynajem sali⁷;
- 4) edukacja na temat opieki nad osobami wymagającymi opieki hospicyjnej i paliatywnej dotycząca m.in. żywienia, pielęgnacji.

Świadczenia i działania dla rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych) należy dostosować do indywidualnych potrzeb.

⁶ Możliwy będzie wynajem pomieszczenia zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021 -2027.

⁷ Możliwy będzie wynajem sali zgodnie z Wytycznymi dotyczącymi kwalifikowalności wydatków na lata 2021 -2027.

VI.2.4. Inne świadczenia i działania związane ze świadczeniem usług i działań dla dzieci do ukończenia 18 r.ż. oraz dorosłych stanowiące koszty bezpośrednie:

- 1) wynajem oraz utrzymanie pomieszczenia na odpady medyczne;
- 2) odbiór od pacjentów niepotrzebnych leków i ich utylizacja;
- 3) wynajem i utrzymanie biura hospicjum, w którym będą przyjmowane zgłoszenia do hospicjum, będzie odbywała się procedura weryfikacji i przyjęcia do hospicjum, spotkania z personelem zaangażowanym w realizację świadczeń i działań w ramach programu, przechowywana dokumentacja medyczna;
- 4) zakup programu do prowadzenia dokumentacji medycznej w formie elektronicznej;
- 5) zakup telefonów dla personelu zaangażowanego w realizację programu wraz z opłatami za rozmowy;
- 6) koszty mycia, dezynfekcji i konserwacji sprzętu medycznego;
- 7) utylizacja odpadów medycznych.

VI.3. Częstotliwość świadczeń i działań dla dzieci do ukończenia 18 r.ż.:

- 1) Opieka nad uczestnikami będzie sprawowana przez:
 - Koordynatora opieki;
 - Opiekuna środowiskowego – rekomendowana codziennie w środowisku domowym;
 - Pielęgniarkę – rekomendowana 3 razy w tygodniu;
 - Lekarz/lekarz specjalista – w zależności od potrzeb, ale rekomendowana co najmniej 2 razy w miesiącu;
 - Fizjoterapeutę (jeśli uczestnik będzie wymagał zabiegów fizjoterapeutycznych) – rekomendowana średnio 2 razy w tygodniu, w zależności od stanu uczestnika dopuszcza się ustalenie indywidualnej częstotliwości wizyt;
 - Psychologa/psychoonkologa – rekomendowana 1 raz w tygodniu;
 - Pracownika socjalnego – rekomendowana 1 raz w miesiącu - fakultatywna;
 - Dietetyka – rekomendowane 2 wizyty w pierwszych 2 tygodniach, następnie rekomendowana 1 raz na 3 miesiące.

VI.4. Częstotliwość świadczeń i działań dla dorosłych:

1) Opieka nad uczestnikami będzie sprawowana przez:

- Koordynatora opieki;
- Opiekuna środowiskowego – rekomendowana codziennie w środowisku domowym;
- Pielęgniarkę – rekomendowana 3 razy w tygodniu;
- Lekarz/lekarz specjalista – w zależności od potrzeb, ale rekomendowana co najmniej 2 razy w miesiącu;
- Fizjoterapeutę (jeśli uczestnik będzie wymagał zabiegów fizjoterapeutycznych) – rekomendowana średnio 2 razy w tygodniu, w zależności od stanu uczestnika dopuszcza się ustalenie indywidualnej częstotliwości wizyt;
- Psychologa/psychoonkologa – rekomendowana 1 raz w tygodniu;
- Pracownika socjalnego – rekomendowana 1 raz w miesiącu - fakultatywna;
- Dietetyka – rekomendowane 2 wizyty w pierwszych 2 tygodniach, następnie rekomendowana 1 raz na 3 miesiące.

VI.5. Częstotliwość świadczeń i działań dla rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych):

- Konsultacje psychologiczne także w czasie żałoby, w tym wynajem pomieszczenia – rekomendowane 1 raz w tygodniu;
- Opieka wytchnieniowa – rekomendowana 1 raz w tygodniu zapewniając ciągłą opiekę przez 12 godzin lub 2 razy w tygodniu zapewniając ciągłą opiekę przez 6 godzin;
- Prowadzenie grup wsparcia w zakresie doświadczeń związanych z opieką nad uczestnikami oraz radzenia sobie w okresie żałoby w tym wynajem sali – rekomendowane 1 w miesiącu,
- Edukacja na temat opieki nad osobami wymagającymi opieki hospicyjnej i paliatywnej – rekomendowane do 3 godzin. Edukacja prowadzona przez pielęgniarkę, fizjoterapeutę.

Wszystkie świadczenia oraz działania wymienione w rozdziale VI.3., VI.4 i VI.5 muszą być uwzględnione przez Beneficjenta w ramach zaplanowanego wsparcia w programie. Beneficjent ma być w gotowości przez okres realizacji programu do wskazanej w rozdziale VI.3., VI.4 i VI.5 częstotliwości świadczeń i działań. Częstotliwość udzielanych świadczeń i działań powinna zostać każdorazowo dostosowana do indywidualnych potrzeb i możliwości pacjenta oraz rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych).

W przypadku organizacji dodatkowych terapii/zajęć oraz innych działań należy zapewnić odpowiedni, wykwalifikowany personel do udzielania danej interwencji.

VII. Fakultatywne świadczenia i działania dla opiekunów środowiskowych i pracowników socjalnych - dodatkowo premiowane:

- 1) konsultacje psychologiczne;
- 2) szkolenia z zakresu świadczenia usług dla uczestników (pacjentów).

Szkolenie dla opiekunów środowiskowych i pracowników socjalnych, którzy udzielają świadczeń w ramach hospicjów domowych, ma na celu przygotowanie ich do pracy z osobami chorymi i ich rodzinami w warunkach domowych. Jest to bardzo odpowiedzialna i wymagająca emocjonalnie rola, dlatego szkolenie obejmować powinno zarówno aspekty medyczne, jak i psychospołeczne.

Wsparcie psychologiczne dla opiekunów środowiskowych i pracowników socjalnych jest niezwykle istotne, ponieważ ich praca często wiąże się z dużym obciążeniem emocjonalnym i psychologicznym. Pracując z osobami chorymi i ich rodzinami, mogą doświadczać stresu, wypalenia zawodowego oraz trudności w radzeniu sobie z własnymi emocjami. Wsparcie psychologiczne dla tych pracowników ma na celu pomóc im zachować równowagę psychiczną, zdrowie emocjonalne i efektywność w pracy.

VIII. Wskaźniki

W ramach sprawozdania z realizacji zadania, każdy beneficjent zobowiązany jest do przekazania informacji specyfikujących zadanie zawierających w szczególności:

- liczba niestacjonarnych miejsc świadczenia usług utworzonych w społeczności lokalnej,

- liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie,
 - liczba opiekunów faktycznych/nieformalnych objętych wsparciem w programie.
- Dodatkowo w ramach sprawozdawczości z realizacji programu do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie należy przesłać dodatkowe dane o działaniach, jeśli zostały przeprowadzone (sprawozdania roczne i sprawozdanie końcowe – zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do niniejszego programu):
- liczba osób z rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych) korzystających z konsultacji psychologicznych;
 - liczba osób z rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych) korzystających z edukacji na temat opieki nad osobami wymagającymi opieki hospicyjnej i paliatywnej.

W sprawozdaniach rocznych oraz końcowym do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego w Warszawie należy opisać realizowane działania w ramach programu, problemy, które wystąpiły podczas realizacji programu oraz sposoby ich rozwiązania, jeśli zostały rozwiązane.

Załącznik do Programu wsparcia hospicjów domowych
dla dzieci i dorosłych

Wzór sprawozdania rocznego/końcowego*

Sprawozdanie roczne/końcowe* z realizacji „Programu wsparcia hospicjów domowych dla dzieci i dorosłych”

Dane Beneficjenta: (nazwa, adres)

Sprawozdanie za okres:

Nr wiersza	Nazwa wskaźnika	Wartość wskaźnika**
1.	liczba niestacjonarnych miejsc świadczenia usług utworzonych w społeczności lokalnej	
2	liczba osób objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie	
3.	liczba opiekunów faktycznych/nieformalnych objętych wsparciem w programie	
4.	liczba dzieci do ukończenia 18 r.ż. objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie	
5.	liczba osób dorosłych objętych usługami świadczonymi w społeczności lokalnej w programie	
6.	liczba osób z rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych) korzystających z konsultacji psychologicznych	
7.	liczba osób z rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych) korzystających z edukacji na temat opieki nad osobami wymagającymi opieki hospicyjnej i paliatywnej	

* niepotrzebne skreślić

** jedną osobę wykazujemy tylko raz, niezależnie od tego ile lat uczestniczy w programie

Opis realizowanych działań oraz ewentualne problemy, które wystąpiły wraz ze sposobem ich rozwiązania.

Należy wymienić jakie środki trwałe: zostały zakupione, były wynajmowane, były leasingowane.

Należy wskazać, czy były wynajmowane:

- pomieszczenia do prowadzenia konsultacji psychologicznych dla rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych);
- sale do prowadzenia grup wsparcia dla rodziny/opiekunów faktycznych (nieformalnych).