



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji  
Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej

**„Pediatria Pomoc Doraźna”**  
**– ocena zasadności kwalifikacji proponowanego**  
**zakresu świadczeń**  
**jako świadczenia gwarantowanego**  
**z zakresu leczenia szpitalnego**

Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej

Nr: WS.422.14.2023

Data ukończenia: 25.05.2023 r.

Aktualizacja z dn. 31.05.2023 r.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Aktualizacja obejmuje uzupełnienia niepozostające w sprzeczności z informacjami przedstawionymi na posiedzeniu RP w dn. 25.05.2023 r. W związku z otrzymaniem i włączeniem po terminie i dacie zamknięcia niniejszego raportu zaktualizowanych przez Wydział Taryfikacji danych dotyczących wycen świadczeń udzielanych w Podstawowej Pomocy Doraźnej, niniejszy raport został zmodyfikowany w rozdziale: Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne AOTMiT (str. 65-69) oraz w odpowiedniej części streszczenia (str. 14-15). Dodatkowo zmodyfikowano kolumnę drugą w tabeli nr 20.

## KARTA NIEJAWNOŚCI

Dane zakreślone **kolorem żółtym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy: nie dotyczy.

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem (dane kosztowe) o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 poz.1764) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.)

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** nie dotyczy

Dane zakreślone **kolorem czarnym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na tajemnicę przedsiębiorcy: nie dotyczy

**Zakres wyłączenia jawności:** dane objęte oświadczeniem o zakresie tajemnicy przedsiębiorcy.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz.1764) w zw. z art. 11 ust. 4 ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r., Nr 153, poz. 1503 z późn. zm.).

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

**Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** nie dotyczy

Dane zakreślone **kolorem czerwonym** stanowią informacje publiczne podlegające wyłączeniu ze względu na prywatność osoby fizycznej.

**Zakres wyłączenia jawności:** dane osobowe.

**Podstawa prawna wyłączenia jawności:** art. 5 ust.1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016, poz.1764 z późn. zm. w zw. z art. 1 ust. 1 oraz art. 23 ust.1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016. poz. 922 z późn. zm.)

**Organ dokonujący wyłączenia jawności:** Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

**Podmiot, w interesie którego dokonano wyłączenia jawności:** osoba fizyczna

## Wykaz wybranych skrótów

<b>Agencja / AOTMiT</b>	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
<b>AON</b>	ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych
<b>AOS</b>	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
<b>HTA</b>	ocena technologii medycznej (ang. <i>Health Technology Assessment</i> )
<b>ICD-10</b>	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych
<b>ICD-9</b>	Międzynarodowa Klasyfikacja Procedur Medycznych
<b>IP</b>	izba przyjęć
<b>KK</b>	Konsultant Krajowy
<b>LSz</b>	leczenie szpitalne
<b>MPZ</b>	Mapy Potrzeb Zdrowotnych
<b>MZ</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>nd</b>	nie dotyczy
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>NiŚOZ</b>	nocna i świąteczna opieka zdrowotna
<b>OW NFZ</b>	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
<b>POZ</b>	podstawowa opieka zdrowotna
<b>PPD</b>	Pediatria Pomoc Doraźna
<b>PSZ</b>	System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej
<b>RMZ</b>	rozporządzenie Ministra Zdrowia
<b>SOR</b>	szpitalny oddział ratunkowy
<b>zł</b>	złoty polski

## Spis treści

<b>Wykaz wybranych skrótów .....</b>	<b>3</b>
<b>Spis treści .....</b>	<b>4</b>
<b>1. Podstawowe informacje o zleceniu .....</b>	<b>6</b>
<b>2. Streszczenie raportu .....</b>	<b>7</b>
<b>3. Przedmiot i historia zlecenia .....</b>	<b>18</b>
<b>4. Problem decyzyjny .....</b>	<b>20</b>
4.1. Problem zdrowotny.....	21
4.2. Postulowana organizacja opieki doraźnej na rzecz dzieci pn. Pediatria Pomoc Doraźna.....	21
4.2.1. Zakres świadczeń .....	21
4.2.2. Warunki realizacji oraz zakresu świadczeń gwarantowanych postulowane w ramach Pediatrii Pomocy Doraźnej.....	24
4.2.3. Sposób finansowania.....	25
4.2.4. Proponowane kierunki zmian legislacyjnych .....	26
4.2.5. Dodatkowe informacje dotyczące przedmiotu zlecenia.....	26
4.3. Obecne możliwości udzielania świadczeń gwarantowanych, w tym ze wskazań nagłych, na rzecz dzieci i młodzieży do 18 r.ż. ....	27
4.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ), w tym Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna (NiŚOZ).....	27
4.3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna .....	29
4.3.3. Leczenie szpitalne .....	32
4.3.4. Programu pilotażowy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej .....	35
4.3.5. Podsumowanie .....	37
<b>5. Przegląd aktualnej organizacji opieki na rzecz dzieci .....</b>	<b>41</b>
5.1. Oddziały pediatryczne w szpitalach powiatowych w Polsce w 2022 r.....	41
5.2. Analiza oddziałów pediatrycznych pod kątem zagrożenia ewentualnym zamknięciem .....	42
5.3. Sezonowość przyjęć na oddziałach pediatrycznych .....	47
5.4. Najczęściej sprawozdawane schorzenia wg ICD-10 .....	49
5.4.1. Rozliczane w systemie JGP .....	49
5.4.2. Rozliczane w izbie przyjęć (IP), szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) oraz nocnej i świętecznej opiece zdrowotnej (NiŚOZ) .....	49
5.5. Dostępność zasobów lekarzy pediatrów oraz pielęgniarek w szpitalach powiatowych w poszczególnych OW NFZ .....	51
5.6. Podsumowanie.....	51
<b>6. Opinie ekspertów klinicznych oraz dyrektorów OW NFZ.....</b>	<b>53</b>
<b>7. Alternatywne rozwiązania względem proponowanego nowego rozwiązania organizacji udzielania świadczeń na rzecz dzieci .....</b>	<b>60</b>
<b>8. Proponowane przez AOTMiT warunki realizacji oraz zakres świadczeń Pediatrii Pomocy Doraźnej.....</b>	<b>61</b>

---

<b>9. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia .....</b>	<b>64</b>
9.1. Stanowisko Prezesa NFZ.....	64
9.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne AOTMiT .....	64
9.2.1. Metodyka .....	64
9.2.2. Ryczałt za gotowość .....	64
9.2.3. Produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane .....	65
9.2.4. Oszacowanie wpływu na budżet płatnika .....	66
9.2.5. Ograniczenia BIA.....	68
<b>10. Kluczowe wnioski z oceny proponowanego nowego rozwiązania organizacyjnego pn. Pediatria Pomoc Doraźna .....</b>	<b>69</b>

## 1. Podstawowe informacje o zleceniu

Data wpłynięcia zlecenia do AOTMiT (DD-MM-RRRR) i znak pisma zlecającego:

**zlecenie Ministra Zdrowia z dn. 23.03.2023 r. (znak: DLG.742.17.2023),  
zaktualizowane pismem z dn. 06.04.2022 r. (znak: DLG.742.28.2023.BT) oraz pismem z dn. 22.05.2023 r. (znak: DLG.742.38.2023.GK)**

Pełna nazwa świadczenia opieki zdrowotnej (z pisma zlecającego) /przedmiot zlecenia:

**„Pediatria pomoc doraźna”**

– przygotowanie rekomendacji Prezesa w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, w oparciu o dokumentację wyników prac zespołu roboczego powołanego przez Prezesa NFZ do opracowania założeń zmian wprowadzających realizację i finansowanie świadczeń pediatrycznych w trybie 24-godzinnego ambulatorium

Typ zlecenia:

- zakwalifikowanie jako świadczenia gwarantowanego**, wraz z określeniem poziomu finansowania w sposób kwotowy albo procentowy lub sposobu jego finansowania, lub warunków jego realizacji (art. 31c ustawy o świadczeniach)
- usunięcie świadczenia opieki zdrowotnej z wykazu świadczeń gwarantowanych albo dokonanie zmiany poziomu lub sposobu finansowania, lub warunków realizacji świadczenia gwarantowanego (art. 31e–f ustawy o świadczeniach)
- realizacja innych zadań zleconych przez Ministra właściwego do spraw zdrowia (art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach)

Zlecenie dotyczy świadczenia gwarantowanego z zakresu:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- leczenia szpitalnego**
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień
- rehabilitacji leczniczej
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej
- leczenia stomatologicznego
- lecznictwa uzdrowiskowego
- zaopatrzenia w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej, oraz ich naprawy, o których mowa w ustawie o refundacji
- ratownictwa medycznego
- opieki paliatywnej i hospicyjnej
- świadczeń wysokospecjalistycznych
- programów zdrowotnych

Wnioskodawca (pierwotny):

**Zespół roboczy NFZ do spraw świadczeń pediatrycznych udzielanych w trybie 24-godzinnego ambulatorium**

Producent / podmiot odpowiedzialny dla ocenianego świadczenia:

**Nie dotyczy**

## 2. Streszczenie raportu

### Problem decyzyjny

Przedmiotem niniejszego raportu jest przygotowanie materiałów o charakterze analitycznym, stanowiących podstawę do oceny zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, nowego zakresu świadczeń doraźnych udzielanych na rzecz dzieci pn. „Pediatria Pomoc Doraźna” – na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dn. 23.03.2023 r.<sup>2</sup> w trybie art. 31c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>3</sup>.

W ramach realizacji przedmiotowego zlecenia przeanalizowano:

- materiały przekazane przez Ministra Zdrowia w ramach korespondencji dotyczącej zlecenia – Raport końcowy zespołu roboczego (powołanego przez Prezesa NFZ) do spraw świadczeń pediatrycznych udzielanych w trybie 24 godzinnego ambulatorium, opis projektu świadczenia „Pediatria Pomoc Doraźna”, projekt katalogu zakresów świadczeń dla Pediatrii Pomocy Doraźnej,
- szacowane wartości ryczałtów dla realizacji świadczeń w zakresie Pediatrii Pomocy Doraźnej,
- aktualną organizację opieki na rzecz dzieci,
- wstępne skutki finansowe związane z wprowadzeniem proponowanego zakresu świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych.

Zgodnie z przedstawioną dokumentacją, wnioskowany zakres świadczeń stanowiłby rozwiązanie alternatywne do realizacji świadczeń w oddziale pediatrycznym dla szpitali powiatowych i gminnych ( w przypadku rozwiązania umowy z NFZ w zakresie pediatria – hospitalizacja), w celu zapewnienie podstawowej opieki diagnostyczno-zachowawczej, wykonywanej na rzecz dzieci w trybie ambulatoryjnym 24-godzinnym, z możliwością pozostawienia pacjenta na krótkotrwałą obserwację. W ramach wnioskowanego zakresu świadczeń wchodziłyby procedury medyczne i świadczenia dostępne w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, obejmujące: porady lekarskie i pielęgniarskie, w tym ocenę stanu pacjenta, a także wybrane procedury interwencyjne, badania laboratoryjne i badania obrazowe<sup>4</sup>. W sytuacji wymagającej hospitalizacji lub interwencji specjalistycznej, dziecko zostałoby przetransportowane do innego najbliższego szpitala, w którym funkcjonują oddziały: pediatryczny lub dziecięcy specjalistyczny, realizujące świadczenia w trybie hospitalizacji całodobowej.

Pod względem formalnym przyjęto zasadę, że komórką organizacyjną właściwą do realizacji Pediatrii Pomocy Doraźnej jest Izba Przyjęć lub Szpitalny Oddział Ratunkowy z wyodrębnionym pomieszczeniem celem realizacji świadczeń pomocy doraźnej dla dzieci. Propozycja takiego rozwiązania została przygotowana z uwagi na duże prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z zabezpieczeniem kadrowym niezbędnym do realizacji przedmiotowych świadczeń w ramach oddziałów pediatrycznych. Należy wskazać, że aktualnie najczęstszym

<sup>2</sup> Pismo z dn. 23.03.2023 r. (znak: DLG.742.17.2023), w którym Minister Zdrowia zlecił Prezesowi AOTMiT przygotowanie:

1) rekomendacji w sprawie oceny zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Pediatria Pomoc Doraźna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego - w trybie art. 31c ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

2) wyceny ryczałtu dla przedmiotowej zmiany w ujęciu miesięcznym i rocznym – w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Realizację ww. zlecenia w części dotyczącej oceny zasadności kwalifikacji wnioskowanego zakresu świadczeń podjęto w Wydziale Świadczeń AOTMiT, natomiast realizację w zakresie opracowania propozycji wyceny dla przedmiotowego zakresu świadczeń przekazano do Wydziału Taryfikacji AOTMiT.

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.)

<sup>4</sup> Wnioskowany zakres procedur medycznych (wg ICD-9): 89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta; 89.02 Porada lekarska, inne, 89.04 Opieka pielęgniarska lub położnicza, 89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia, 89.07 Badanie podmiotowe, 89.79 Badanie fizykalne – inne, 93.0709 Inne pomiary antropometryczne, 99.99902 Badanie temperatury ciała (temperatura powierzchniowa lub głęboka), 57.37 Cewnikowanie i pobranie moczu albo popłuczyn z pęcherza do badania, 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem), 89.540 Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, 89.602 Pulsoksymetria, 89.61 Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego, 93.94 Nebulizacja, 99.97 Leczenie farmakologiczne, 99.97900 Farmakoterapia doustna, 99.97910 Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora, 99.18 Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów, 99.218 Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie, 99.97904 Farmakoterapia dożylna, A01 Badanie ogólne moczu (profil), A19 Osad moczu, C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów, C59 Odczyn opadania krwinek czerwonych, I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT), I19 Aminotransferaza asparaginianowa (AST), I81 Białko C-reaktywne (CRP), L05 Ferrytyna, L31 Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP), L43 Glukoza z krwi żyłnej, L69 Hormon tyreotropowy (TSH), M37 Kreatynina, M87 Magnez całkowity (Mg), N13 Moczownik, N45 Potas (K), O29 Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub>, BE), O35 Sód (Na), O75 Wapń zjonizowany (Ca<sup>2+</sup>), O77 Wapń całkowity (Ca), O95 Żelazo (Fe), 87.440 RTG klatki piersiowej, 88.733 USG płuc, 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, 88.769 USG brzucha – inne

powodem zamykania oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych pozostaje niemożność zapewnienia wystarczającej obsady lekarskiej, która spełniałaby wszelkie wymogi.

Ze względu na to, iż proponowana forma organizacji opieki bazuje na świadczeniach i procedurach medycznych ujętych w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, odstąpiono od przeprowadzenia analizy klinicznej, przeglądu wytycznych klinicznych oraz rozwiązań organizacyjnych w innych krajach. Celem wsparcia procesu decyzyjnego w odniesieniu do założeń proponowanego nowego rozwiązania Pediatria Pomoc Doraźna, w niniejszym raporcie skupiono się na aspektach systemowo-wdrożeniowych m.in. w zakresie:

- obecności możliwości udzielania świadczeń, w tym ze wskazań nagłych, na rzecz osób do 18 r.ż.,
- organizacji opieki szpitalnej na rzecz dzieci w kontekście funkcjonowania podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ),
- dostępności do świadczeń udzielanych ze wskazań nagłych na rzecz dzieci w trybie ambulatoryjnym 24-godzinnym oraz dostępności zasobów kadrowo-infrastrukturalnych w podmiotach realizujących świadczenia w SOR, IP i NiŚOZ
- weryfikacji zaproponowanego w projekcie PPD sposobu i poziomu finansowania.

W ramach procesu analitycznego przeprowadzono również konsultacje z ekspertami klinicznymi, w tym z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pediatrii oraz przedstawicielami poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

### Problem zdrowotny

W oparciu o dane sprawozdawczo-rozliczeniowe płatnika publicznego z lat 2021–2022 (I półrocze) wskazać należy, że w podmiotach szpitalnych gminnych i powiatowych, ujętych w podstawowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (PSZ) I stopnia oraz szpitalach spoza PSZ w skali kraju:

- najczęściej sprawozdawczymi schorzeniami (wg ICD-10) były przede wszystkim:
  - A08 Wirusowe i inne określone zakażenia jelit,
  - J18 Zapalenie płuc wywołane przez niezidentyfikowany czynnik zakaźny,
  - A09 Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o przypuszczalnie zakaźnej etiologii, oraz
  - J20 Ostre zapalenie oskrzeli;
- obserwuje się większą zgłaszalność do oddziałów pediatrycznych w wybranych okresach roku – w miesiącach: marzec–czerwiec oraz październik–grudzień;
- struktura trybów przyjęć wskazuje na większą liczbę przyjęć dzieci do oddziałów pediatrycznych w trybie nagłym niż w trybie planowym.

### Postulowana organizacja opieki doraźnej na rzecz dzieci pn. Pediatria Pomoc Doraźna

Zgodnie z treścią materiałów załączonych do zlecenia realizacja świadczeń w zakresie „Pediatria Pomoc Doraźna”, winna odbywać się w powiązaniu organizacyjnym względem Izby Przyjęć lub Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w podmiotach szpitalnych, w których nastąpi zamknięcie oddziału pediatrycznego

Przesłankami do zawarcia umowy na realizację PPD, jest:

- zamknięcie oddziału pediatrycznego i związane z tym rozwiązanie umowy na realizację świadczeń z zakresów: pediatria-hospitalizacja lub pediatria-hospitalizacja planowa,
- brak dostępności do podstawowych świadczeń pediatrycznych na danym obszarze administracyjnym województwa,
- realizacja przez podmiot leczniczy umowy z NFZ na świadczenia realizowane w IP lub SOR,
- zawieranie umów na realizację świadczeń PPD przez dyrektora właściwego OW NFZ na wniosek dyrektora szpitala – dotyczy szpitali powiatowych i gminnych.



Wnioskowany zakres świadczeń PPD, zgodnie ze zleceniem Ministra Zdrowia, obejmuje następujący zakres świadczeń gwarantowanych: porady i konsultacje lekarskie, opieka pielęgniarska, badania laboratoryjne oraz obrazowe, procedury interwencyjne – obecnie finansowanych w ramach aktualnych wykazów świadczeń.

Dodatkowo w dokumencie opracowanym przez zespół NFZ przedstawiono propozycję:

- warunków realizacji świadczeń w ramach PPD w trzech trybach godzinowych:
  - całodobowym, realizowanym we wszystkie dni tygodnia,
  - nocnym, realizowanym w dni robocze w godzinach 18:00–8:00 oraz w dni wolne od pracy całodobowo (czyli tożsamym czasowo z realizacją świadczeń w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej),
  - podstawowym, realizowanym w dni robocze w godzinach 18:00–24:00 oraz w dni wolne od pracy całodobowo;
- sposobu i poziomu finansowania świadczeń w ramach PPD: finansowanie kosztów stałych ryczałtem miesięcznym (ryczałt za gotowość) oraz dodatkową opłatę za wykonane świadczenie (pakietów produktów jednostkowych w zakresie procedur interwencyjnych, badań laboratoryjnych oraz badań obrazowych).

Mając na względzie treść zlecenia Ministra, wnioskowaną organizację opieki doraźnej na rzecz dzieci pn. Pediatria Pomoc Doraźna w niniejszym opracowaniu oparto na trybie 24-godzinnej realizacji świadczeń oraz na przygotowanej przez Wydział Taryfikacji (w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach) wycenie ryczałtu dla przedmiotowej zmiany w ujęciu miesięcznym i rocznym.

#### **Aktualna dostępność świadczeń gwarantowanych, w tym ze wskazań nagłych, udzielanych na rzecz dzieci i młodzieży do 18 r.ż.**

Obecnie w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia, osoby do 18 r.ż. mają prawo do świadczeń gwarantowanych udzielanych, m.in. w ramach: podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych, w ramach leczenia szpitalnego w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, Izbach Przyjęć czy oddziałach pediatrycznych w trybie hospitalizacji oraz hospitalizacji planowej.

Należy zauważyć, że w przypadku SOR, IP oraz NiŚOZ nie ma obecnie obowiązku posiadania w obsadzie lekarskiej specjalisty z dziedziny pediatrii. Najszerze możliwości, jeżeli chodzi o zapewnienie bazy łóżkowej, w tym przeznaczonej dla dzieci, mają SOR, a liczba łóżek ustalana jest przez kierownika tej komórki organizacyjnej. Natomiast w przypadku IP oraz NiŚOZ nie ma wymogu co do posiadania łóżek.

#### **Ocena dostępności zasobów i zakresu świadczeń realizowanych przez szpitale I stopnia PSZ oraz szpitale spoza PSZ, posiadające oddziały pediatryczne**

W odniesieniu do szpitali z oddziałami pediatrycznymi funkcjonującymi w 2022 r. stwierdzono, że w na koniec 2022 r. w 181 szpitalach I stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) oraz 3 szpitalach nienależących do PSZ funkcjonowało w Polsce łącznie 184 oddziałów pediatrycznych. Ogółem w Polsce w 2022 r. zamknięto lub zawieszono 13 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych z siedmiu OW NFZ. Przeważały szpitale posiadające w swoich strukturach IP – 102 szpitale (54,5%), natomiast SOR posiadało 85 szpitali (45,5%). W trzech OW NFZ: Lubelskim, Mazowieckim i Warmińsko-Mazurskim, stwierdzono po jednym szpitalu posiadającym zarówno SOR jak i IP w swoich strukturach.

Przyjmując, że oddziały pediatryczne z liczbą hospitalizacji < 500 na rok są najbardziej narażone na ryzyko zamknięcia, na podstawie danych z 2022 r., oszacowano iż potencjalnym ryzykiem zamknięcia obarczone było 31 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych w Polsce, z czego największą liczbę (siedem oddziałów) odnotowano w Podlaskim OW NFZ. W szpitalach na terenie województwa mazowieckiego średnia liczba hospitalizacji poniżej 500 w 2022 r. dotyczyła oddziałów pediatrycznych w pięciu szpitalach powiatowych, w województwie dolnośląskim – czterech szpitali powiatowych, w województwie warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim – trzech szpitali, w województwie kujawsko-pomorskim i wielkopolskim – dwóch szpitali, a w województwie lubelskim, lubuskim, łódzkim, opolskim i pomorskim małą liczbę hospitalizacji (<500) odnotowano tylko w pojedynczych oddziałach pediatrycznych szpitali powiatowych.

Drugim kryterium przyjętym do wytypowania oddziałów pediatrycznych obciążonych ryzykiem zamknięcia było obłożenie łóżek < 30%. Na podstawie danych z 2022 r. oszacowano, iż w skali kraju potencjalnym ryzykiem zamknięcia obciążone było 19 oddziałów pediatrycznych w Polsce, z czego największa liczba (po cztery oddz. pediatryczne) znajdowało się w szpitalach przynależnych do Mazowieckiego, Dolnośląskiego oraz Wielkopolskiego OW NFZ. W szpitalach na terenie Podlaskiego OW NFZ niskie obłożenie (poniżej 30%) dotyczyło oddziałów pediatrycznych w trzech szpitalach powiatowych, w Zachodniopomorskim OW NFZ – dwóch szpitali, a w Małopolskim i Podkarpackim OW NFZ – obłożenie <30% odnotowano tylko w pojedynczych oddziałach pediatrycznych szpitali powiatowych.

Mając na względzie wyniki analizy, że w części szpitali powiatowych liczba hospitalizacji dzieci w oddziałach pediatrycznych w ciągu roku kształtowała się na poziomie <500, natomiast średnie roczne obłożenie łóżek w oddziałach pediatrycznych w niektórych szpitalach wynosiło <30%, istnieje potencjalne ryzyko, że w skali kraju ze względu na realizowany podstawowy zakres świadczonych usług część oddziałów może przeprofilować działalność. Według danych z analiz hospitalizacji dzieci w szpitalach powiatowych w 2022 r. takim ryzykiem obciążonych jest 39 oddziałów pediatrycznych z 14 województw, w szczególności 11 oddziałów pediatrycznych (z 4 województw), w których średnie roczne obłożenie łóżek wynosiło <30%, a liczba hospitalizacji nie przekraczała 500 w skali roku.

Analizując dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ można zauważyć występowanie pewnej sezonowości w odniesieniu do obłożenia łóżek, jak i liczby hospitalizacji (o podobnym trendzie tak w trybie przyjęć nagłym, jak i planowym), gdzie widoczne są dwa wzrosty ww. wartości: pierwszy – występuje w miesiącach marzec–czerwiec, natomiast drugi – w miesiącach październik–grudzień.

W 2022 r., wśród osób do 18 r. ż. szpitali I stopnia PSZ oraz szpitali spoza PSZ były przede wszystkim: A08.0 Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy, J18.8 Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami, A09 Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu, B34.9 Zakażenia wirusowe, nie określone, K52.9 Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nie określone, A08.4 Zakażenia wirusowe jelit, nie określone, J20.9 Ostre zapalenie oskrzeli, nie określone, R55 Omdlenie i zapaść, U07.1 COVID-19, wirus zidentyfikowany, R10.4 Inny i nieokreślony ból brzucha.

W zakresie zabezpieczenia dostępności personelu medycznego w 2022 r. obserwowano, że liczba wykazanych do realizacji umów w zakresie pediatria lekarzy na poszczególnych oddziałach waha się od 2 do 31 lekarzy pediatrów (w tym także lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii) na pojedynczy oddział pediatryczny, natomiast dla pielęgniarek przedział ten wynosił od 5 do 60 pielęgniarek na pojedynczy oddział pediatryczny.

Podsumowując, powyższe analizy wskazują, iż na decyzję o zamknięciu oddziału pediatrycznego w danym podmiocie szpitalnym i powołania w jego miejsce punktu Pediatricznej Pomocy Doraźnej może mieć wpływ wiele czynników, m.in.: poziom hospitalizacji, obłożenia łóżek, czy obsada personelu medycznego.

### Opinie eksperckie

W toku prac analitycznych, wystąpiono do dziewiętnastu ekspertów (trzech konsultantów krajowych z dziedziny medycyny oraz szesnastu dyrektorów OW NFZ) z prośbą o przekazanie opinii m.in. odnośnie projektu warunków realizacji świadczenia i kryteriów kwalifikacji pacjenta do przedmiotowego świadczenia.

Do dnia 28.04.2023 r. otrzymano 16 opinii eksperckich dotyczących przedmiotowego świadczenia, w tym dwie opinie ekspertów klinicznych oraz 14 opinii przedstawicieli Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Podsumowanie najważniejszych informacji przedstawiono poniżej.

**Zakres świadczeń PPD.** Eksperci zwrócili uwagę na konieczność wprowadzenia zmian w zakresie wykonywanych świadczeń wnioskując za m.in.:

- usunięciem z wykazu: części badań laboratoryjnych (m.in. ferrytyna, TSH, żelazo, magnez całkowity, gamma glutamylotranspeptydaza, odczyn opadania krwinek czerwonych),
- rozszerzeniem zakresu świadczenia o: badania laboratoryjne (tj. m.in. prokalcytonina, bilirubina całkowita, test combo, czas kaolinowo-kefalinowy, znormalizowany czas protrombinowy, grupa krwi, amylaza, kinaza keratynowa, dehydrogenaza mleczanowa, szybki test antygenowy), procedury interwencyjne (m.in. płukanie żołądka, wlew doodbytniczy roztworu diwodorofosforanu sodu i fosforanu sodu, tlenoterapię) i badania obrazowe (tomografię głowy).

**Wymagania formalne.** W odniesieniu do przedstawionych wymagań formalnych wszyscy eksperci byli zgodni, iż w ramach PPD powinno być zapewnione 2 lub więcej łóżek, z czego dwóch ekspertów (w tym Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii) wnioskowało za 2–3 łóżkami, dwóch za 3–4 łóżkami, a trzech uznało, że optymalną liczbą będą 2 łóżka.

**Personel medyczny.** Wszyscy eksperci wyrazili pozytywną opinię na temat możliwości udzielania świadczeń w ramach PPD przez lekarza medycyny rodzinnej, jednakże dwóch ekspertów zwróciło uwagę na konieczność posiadania przez ww. lekarza doświadczenia w leczeniu dzieci lub odbycia szkolenia w zakresie postępowania w stanach nagłych u dzieci (opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii).

Trzech ekspertów odniosło się również do możliwości udzielania świadczeń w ramach PPD przez lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii wnioskując za wprowadzeniem dodatkowych wymagań, tj. ukończenie co najmniej 2. roku specjalizacji, odbycie przez ww. lekarza co najmniej 12-miesięcznych szkoleń specjalizacyjnych, w tym co najmniej 8-tygodniowego na SOR lub posiadanie zgody na pracę w PPD od kierownika specjalizacji.

Część ekspertów odniosła się również do wymagań dotyczących personelu pielęgniarskiego wnioskując np., aby w ramach PPD znajdowały się dwie pielęgniarki, uprawnione do pracy były również pielęgniarki bez specjalizacji, ale posiadająca doświadczenie w pracy na oddziale pediatrycznym lub pielęgniarki ze specjalnością POZ.

**Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.** W opinii siedmiu ekspertów (w tym Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii) nie ma konieczności posiadania inkubatora w PPD. Jednocześnie pozostali eksperci wnioskowali o rozszerzenie listy wyposażenia m.in. o: stolik do badania niemowląt i stolik zabiegowy, kozetkę lekarską, wagę niemowlęcą, inhalator, komorę inhalacyjną, zestaw do płukania żołądka oraz zestaw do wlewów doodbytniczych, pompę infuzyjną, promiennik ciepła do badania niemowląt.

**Organizacja i dostępność świadczeń PPD.** W odniesieniu do warunków organizacji udzielania świadczeń oraz dostępności do świadczeń zwrócono uwagę m.in. na konieczność doprecyzowania maksymalnego czasu pobytu pacjenta w PPD oraz czasu dostępu do wyników badań laboratoryjnych od momentu pobrania.

**Tryb godzinowy udzielania świadczeń PPD.** Ekspertzy wyrazili pozytywną opinię co do trybu PPD: całodobowego (7 opinii, w tym Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii), podstawowego (8 opinii), nocnego (11 opinii), a jeden z ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii) zaproponował dodatkowo, alternatywny do proponowanych, tryb dzienny (8:00–20:00).

**Inne alternatywne rozwiązania.** Wśród proponowanych przez ekspertów rozwiązań alternatywnych dla przedmiotowego świadczenia najczęściej proponowanym rozwiązaniem (7 opinii) było zapewnienie dyżuru lekarza pediatry w ramach NiŚOZ wraz z wprowadzeniem dodatkowego finansowania ww. personelu oraz wprowadzeniem współczynnika zwiększającego finansowanie za udzielone świadczenia (w podmiocie realizującym NiŚOZ/ przy specjalistycznych szpitalach pediatrycznych).

Inne proponowane alternatywne rozwiązania obejmowały m.in.: zapewnienie dostępu do świadczeń lekarza pediatrii lub medycyny rodzinnej w izbie przyjęć/SOR, utworzenie oddziału „pediatria przejściowa”, gdzie hospitalizacja trwałaby nie dłużej niż 4 doby czy przywrócenie trybu kontraktowania zakresu „pediatria – zespół opieki dziennej”.

#### **Mocne i słabe strony wnioskowanego świadczenia.**

W opinii ekspertów wprowadzenie przedmiotowego zakresu świadczeń PPD wpłynęłoby korzystnie na zapewnienie ciągłości opieki w stanach nagłych zachorowań obniżających jakość życia i stanowiących zagrożenie życia, poprzez zapewnienie dostępu do opieki specjalistycznej poza godzinami pracy POZ i NiŚOZ (w tym KK w dziedzinie pediatrii), w przypadku ewentualnego zamknięcia oddziału pediatrycznego.

Jednocześnie eksperci wskazali na ryzyko związane z kierowaniem osób do 18 r.ż. w godzinach pracy lekarza POZ do udzielania świadczenia w ramach PPD. Ponadto podkreślili, że świadczenia w ramach PPD pokrywają się w znacznej części ze świadczeniami udzielanymi w SOR, IP i NiŚOZ. Ponadto Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii zwrócił również uwagę, na fakt braku możliwości monitorowania jakości udzielanych świadczeń medycznych w ramach PPD.

**Propozycja warunków realizacji świadczeń w zakresie Pediatrii Pomocy Doraźnej**

Uwzględniając otrzymane od ekspertów klinicznych oraz dyrektorów OW NFZ uwagi i sugestie dotyczące proponowanych przez Zespół Roboczy NFZ warunków realizacji i zakresu świadczeń udzielanych w ramach PPD, AOTMiT przygotowała, we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pediatrii, propozycję nowych warunków realizacji oraz zakresu świadczeń PPD.

Szczegóły zostały przedstawione w poniższych tabelach.

**Tabela 1. Proponowane warunki realizacji świadczeń udzielanych w ramach PPD.**

Lp./ profil lub rodzaj komórki organizacyjnej	Warunki realizacji świadczeń	Hospitalizacja
<b>Pediatria pomoc doraźna</b>	Wymagania formalne	1) realizacja świadczeń możliwa alternatywnie do oddziału pediatrycznego; 2) w strukturze organizacyjnej podmiotu Izba Przyjęć, o którym mowa w poz. 48, lub SOR, o którym mowa w poz. 47; 3) w komórce organizacyjnej od 2 do 4 łóżek pediatrycznej pomocy doraźnej.
	Personel medyczny	1. Lekarze: 1) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii (po ukończeniu drugiego roku specjalizacji w dziedzinie pediatrii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę) lub 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii lub 4) lekarz specjalista w każdej innej dziedzinie o profilu pediatrycznym lub 5) lekarz specjalista w zakresie medycyny rodzinnej, po odbyciu kursu praktycznego w zakresie postępowania w stanach nagłych u dzieci. 2. Pielęgniarki: 1) specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub 2) po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	W miejscu udzielania świadczeń (SOR lub IP): 1) kozetka lekarska, 2) stolik do badania niemowląt, 3) waga niemowlęca, 4) waga ze wzrostomierzem, 5) elektrokardiograf, 6) kardiomonitor, 7) pulsoksymetr, 8) defibrylator, zestaw reanimacyjny, 9) urządzenie ssące, 10) źródło tlenu, 11) pompa infuzyjna, 12) ciśnieniomierz lekarski, 13) glukometr, 14) strzykawka automatyczna, 15) inhalator, nebulizator oraz komora inhalacyjna, 16) otoskop, 17) stolik zabiegowy oraz zestawy do wykonywania iniekcji i opatrunków, 18) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podst. art 68 ust.7 ustawy z dnia 06.12.2001 prawo farmaceutyczne (Dz.U.2016, poz. 2142, poz. 2003 ze zm.), 19) analizator parametrów krytycznych (15-parametrowy), 20) analizator pomiaru CRP.
	Zakres świadczeń	Świadczenie obejmuje: 1) wywiad i badanie lekarskie, 2) badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne, 3) iniekcje i wlewy dożylnie, 4) inne niezbędne procedury diagnostyczno-terapeutyczne, 5) monitorowanie stanu zdrowia dziecka w trakcie pobytu lub hospitalizacji związanej z pomocą doraźną.
	Zapewnienie realizacji badań	W lokalizacji: 1) laboratoryjnych (pobrania materiału), 2) rentgenowskich, 3) ultrasonograficznych, 4) tomografii komputerowej.
	Organizacja udzielania świadczeń	1. W miejscu udzielania świadczeń pediatrycznej pomocy doraźnej: 1) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala); 2) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska we wszystkie dni tygodnia.

Lp./ profil lub rodzaj komórki organizacyjnej	Warunki realizacji świadczeń	Hospitalizacja
		2. Tryb przyjęcia nagle zachorowanie lub nagle pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym – tj. stanem, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, 2112 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159).
	Pozostałe wymagania	1) wyodrębnione pomieszczenie w komórce organizacyjnej Izby Przyjęć lub SOR – co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka; 2) dostęp do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w miejscu udzielania świadczeń, dostosowanego do przyjmowania dziecka; 3) umowa współpracy z najbliższym podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń w zakresie pediatria-hospitalizacja, na podstawie umowy zawartej z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Tabela 2. Proponowany zakres badań i procedur medycznych świadczonych w ramach PPD.

Kod ICD-9	Nazwa procedury/świadczenia
<b>Procedury interwencyjne</b>	
57.37	Cewn kowanie i pobranie moczu a bo popłuczyn z pęcherza do badania
89.522	Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)
89.540	Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
89.602	Pulsoksymetria
89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego
93.94	Nebulizacja
93.964	Tlenoterapia
96.33	Płukanie żołądka
96.39	Wlew przezodbytowy – inne
99.97	Leczenie farmakologiczne
99.97900	Farmakoterapia doustna
99.97910	Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora
99.18	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów
99.218	Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie
99.97904	Farmakoterapia dożylna
<b>Badania laboratoryjne</b>	
A01	Badanie ogólne moczu (profil)
A19	Osad moczu
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)
G21	Czas protrombinowy (PT)
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
I25	Amylaza
I81	Białko C-reaktywne (CRP)
I89	Bilirubina całkowita
L43	Glukoza z krwi żyłnej
M37	Kreatynina
N11	Mleczan
N13	Mocznik
N45	Potas (K)
O29	Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , BE)
O35	Sód (Na)
O75	Wapń zjonizowany (Ca <sup>2+</sup> )
O77	Wapń całkowity (Ca)
P41	Hemoglobina tlenowęglowa

Kod ICD-9	Nazwa procedury/świadczenia
V101	Wirus grypy typu A i B/ SARS-CoV-2/ RS Antygen
<b>Badania obrazowe</b>	
87.03	Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi (dotyczy przypadków po urazach głowy i/lub szyi i obejmuje wykonanie badania wraz z opisem wyniku)
87.440	RTG klatki piersiowej
88.733	USG płuc
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.769	USG brzucha – inne

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

## Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

**Stanowisko Prezesa NFZ.** Prezes NFZ wskazał, że w sytuacji zakwalifikowania wnioskowanego zakresu świadczeń „Pediatria Pomoc Doraźna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego skutek finansowy dla systemu ochrony zdrowia w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania.

### Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne AOTMiT

Poniżej przedstawiono proponowane wyceny poszczególnych elementów ocenianego świadczenia wraz z oszacowaniem przewidywanych wydatków płatnika publicznego związanych z przekształceniem Oddziału Pediatrii w punkt Pediatrii Pomocy Doraźnej, wynikających z opracowania analitycznego Wydziału Taryfikacji nr WT.541.14.2023 w sprawie ustalenia wyceny świadczenia zdrowotnego realizowanego w ramach pediatrii pomocy doraźnej.

Oszacowania kosztów świadczeń udzielanych w Podstawowej Pomocy Doraźnej dokonano na podstawie: danych finansowo-księgowych za rok 2021, będących w posiadaniu AOTMiT; cenników procedur przekazanych przez świadczeniodawców w ramach prowadzonych postępowań za lata 2017–2021; cenników komercyjnych; cennika POZ<sup>5</sup>. Analizy kosztów świadczenia Pediatrii Pomocy Doraźnej dokonano w podziale na następujące elementy składowe: (1) gotowość do udzielania świadczeń (ryczałt), (2) produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane (cena jednostkowa za pakiet): pakiet badań laboratoryjnych, pakiet badań obrazowych.

#### Wariant I pakietu laboratoryjnego

W wyniku przeprowadzonych analiz szacowany miesięczny koszt funkcjonowania Pediatrii Pomocy Doraźnej w przypadku świadczeniodawcy, który w 2021 r. zrealizował mniej niż 500 świadczeń, szacuje się średnio na 199 761,98zł, z czego:

- 196 216,19 zł, przypadają na część ryczałtu za gotowość do realizacji świadczeń,
- 3 545,79 zł, przypadają na produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane.

Całkowity koszt udzielania świadczeń w przedmiotowym zakresie w skali kraju uzależniony jest od liczby świadczeniodawców, którzy przystąpią do ich realizacji. Roczny koszt funkcjonowania pojedynczego punktu Pediatrii Pomocy Doraźnej szacuje się na około 2 398 434,70 zł.

Jednocześnie należy mieć na względzie, że w wyniku przekształcenia Oddziału Pediatrii w punkt Pediatrii Pomocy Doraźnej wydatki płatnika publicznego wzrosną średnio o 2 161 196,60 zł, na co wpływ ma:

- wzrost wydatków z tytułu uruchomienia PPD,
- zmniejszenie wydatków z tytułu realizacji świadczeń, w PPD, na rzecz pacjentów, którzy byli dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale pediatrycznym, w ramach pobytów trwających 0–1 dni.

Szczegółowe dane zawarto w poniższej tabeli.

<sup>5</sup> Zarządzenie Nr 3/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

**Tabela 3. Średnie wartości na oddział w skali roku dla wariantu I.**

Kategoria kosztowa	Szacowana wartość
A. Roczny koszt funkcjonowania pojedynczego punktu Pediatricznej Pomocy Doraźnej	2 398 434,70 zł
B. Wartość świadczeń na rzecz pacjentów hospitalizowanych przez 0-1 dni (pacjenci dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale, którym udzielane będą świadczenia w ramach PPD	237 238,10 zł
<b>Zmiana wydatków Płatnika (A-B)</b>	<b>2 161 196,60 zł</b>

Źródło: opracowanie własne

Jednocześnie należy mieć na względzie, że wydatki na leczenie pacjentów dotychczas hospitalizowanych co najmniej 2 dni w przekształcanym oddziale, którzy zostaną przekazani do oddziału pediatricznego w innym szpitalu, będą nadal ponoszone przez Płatnika. Ich wartość szacuje się na 1 731 561,82 zł rocznie.

#### Wariant II pakietu laboratoryjnego

W wyniku przeprowadzonych analiz szacowany miesięczny koszt funkcjonowania Pediatricznej Pomocy Doraźnej w przypadku świadczeniodawcy, który w 2021 r. zrealizował mniej niż 500 świadczeń, szacuje się średnio na 201 033,91 zł, z czego:

- 196 216,19 zł, przypadało będzie na część ryczałtu za gotowość do realizacji świadczeń,
- 4 817,71 zł, przypadało będzie na produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane.

Całkowity koszt udzielania świadczeń w przedmiotowym zakresie w skali kraju uzależniony jest od liczby świadczeniodawców, którzy przystąpią do ich realizacji. Roczny koszt funkcjonowania pojedynczego punktu Pediatricznej Pomocy Doraźnej szacuje się na około 2 413 697,77 zł.

Jednocześnie w wyniku przekształcenia Oddziału Pediatricznego w punkt Pediatricznej Pomocy Doraźnej wydatki płatnika publicznego zmieniają się średnio o 2 176 459,67 zł, na co wpływ ma:

- spadek wydatków z tytułu zaprzestania działalności oddziału,
- zmniejszenie wydatków z tytułu realizacji świadczeń, w PPD, na rzecz pacjentów, którzy byli dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale pediatricznym, w ramach pobytów trwających 0–1 dni.

Szczegółowe dane zawarto w poniższej tabeli.

**Tabela 4. Średnie wartości na oddział w skali roku dla wariantu II.**

Kategoria kosztowa	Szacowana wartość
A. Roczny koszt funkcjonowania pojedynczego punktu Pediatricznej Pomocy Doraźnej	2 413 697,77 zł
B. Wartość świadczeń na rzecz pacjentów hospitalizowanych przez 0-1 dni (pacjenci dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale, którym udzielane będą świadczenia w ramach PPD	237 238,10 zł
<b>Zmiana wydatków Płatnika (A-B)</b>	<b>2 176 459,67 zł</b>

Źródło: opracowanie własne

Jednocześnie należy mieć na względzie, że wydatki na leczenie pacjentów dotychczas hospitalizowanych co najmniej 2 dni w przekształcanym oddziale, którzy zostaną przekazani do oddziału pediatricznego w innym szpitalu, będą nadal ponoszone przez Płatnika. Ich wartość szacuje się na 1 731 561,82 zł rocznie.

Na powyższe oszacowanie mają wpływ następujące ograniczenia:

- Brak możliwości oszacowania całkowitego wpływu na budżet płatnika ze względu na nieznaną liczbę świadczeniodawców, którzy będą realizować świadczenia w ramach pediatricznej pomocy doraźnej.
- Oszacowanie kosztów funkcjonowania Pediatricznej Pomocy Doraźnej w części przypadającej na produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane opiera się na uśrednionym koszcie pakietu laboratoryjnego i obrazowego (brak możliwości ustalenia liczby pacjentów, którym zostaną wykonane procedury z poszczególnych pakietów).

### Kluczowe wnioski z proponowanego rozwiązania organizacyjnego pn. **Pediatria Pomoc Doraźna**

W odniesieniu do proponowanego włączenia do wykazu świadczeń gwarantowanych zakresu świadczeń pn. **Pediatria Pomoc Doraźna**, realizowanego w trybie całodobowym we wszystkie dni tygodnia, wskazać należy zarówno potencjalne korzyści, jak również ryzyka / zagrożenia.

#### **Korzyści**

- Utrzymanie dostępności do świadczeń pediatrycznych oraz procedur interwencyjnych w miejscu, w którym funkcjonował wcześniej oddział pediatryczny, z jednoczesnym wykorzystaniem kwalifikacji i kompetencji personelu medycznego dotychczas zatrudnionego u danego świadczeniodawcy.
- Zapewnienie opieki pediatrycznej w stanach nagłych, poprzez zapewnienie całodobowego dostępu do specjalistycznych świadczeń udzielanych przez lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej, dodatkowo względem POZ i NiŚOZ (która nie zawsze zapewnia dostęp do ww. specjalistów).
- Skrócenie czasu oczekiwania na uzyskanie świadczeń pomocy doraźnej dla dzieci.
- Wypracowanie mechanizmu pozwalającego na szybkie reagowanie w przypadku braku lekarzy pediatrów na danym obszarze.
- Możliwość wykonania wielu procedur diagnostyczno-terapeutycznych bez konieczności przebywania na hospitalizacji w oddziale szpitalnym, co przyczynia się m.in. do zmniejszenia ekspozycji pacjentów pediatrycznych na patogeny szpitalne.

#### **Zagrożenia**

- Potencjalne ryzyko, że pacjenci mogą być kierowani do PPD w godzinach udzielania świadczeń przez lekarza POZ, co w konsekwencji będzie prowadziło do problemów kompetencyjnych pomiędzy PPD a POZ.
- Pokrywanie się w znacznej części wykazu świadczeń udzielanych w PPD ze świadczeniami NiŚOZ oraz SOR i IP, co przekłada się na konieczność przygotowania kryteriów walidacji i weryfikacji uniemożliwiających jednocześnie sprawozdanie świadczenia w ramach PPD oraz IP czy SOR.
- Przyjmowanie dzieci wyłącznie w trybie nagłym przy wymaganych min. 2 łóżkach pediatrycznych może spowodować ograniczenie dostępu do procedur interwencyjnych, wymagających krótkiej hospitalizacji, związanych m.in. z podaniem wlewów dożylnych z uwagi na ograniczenie liczby łóżek.
- Potencjalne ryzyko niewystarczającej liczby lekarzy pediatrów i lekarzy medycyny rodzinnej do zapewnienia w trybie całodobowym świadczeń na rzecz dzieci w ramach PPD w części podmiotów leczniczych.
- Konieczność zorganizowania i dostosowania do udzielania świadczeń dodatkowych pomieszczeń (dostosowanych do potrzeb dzieci) w ramach funkcjonujących IP.
- Konieczność zapewnienia transportu oraz nawiązania współpracy z innym szpitalem, w którym funkcjonują oddziały: pediatryczny lub dziecięcy specjalistyczny, realizujące świadczenia w trybie hospitalizacji w ramach umowy z NFZ.
- Kosztowna forma organizacji opieki doraźnej, gdzie głównym składnikiem kosztowym będą koszty gotowości personelu, a także adekwatnego przystosowania infrastruktury i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w przypadku powiązania organizacyjnego PPD z IP.
- W szpitalach z SOR, przy których funkcjonuje NiŚOZ jest zapewniona doraźna opieka zdrowotna zarówno dla dzieci jak i dorosłych, w związku z tym może być potencjalnie nieopłacalne dla płatnika publicznego finansowanie dodatkowych miejsc pracy dla lekarzy przyjmujących tylko pacjentów pediatrycznych (w ramach PPD).

Pediatria Pomoc Doraźna powinna stanowić alternatywę w przypadku podjęcia decyzji o zamknięciu oddziału pediatrycznego w danym podmiocie szpitalnym. Jednocześnie należy podkreślić, że decyzja o przeprofilowaniu działalności lub zamknięciu oddziału pediatrycznego powinna być poprzedzona szczegółową analizą zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz dzieci oraz indywidualną oceną możliwości danego



---

podmiotu leczniczego w zakresie potencjału wykonawczego, m.in. dostępności personelu medycznego (liczby i kwalifikacji), wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie pediatrii zapewniających łącznie jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych.

Decyzja o zawarciu umowy na realizację przedmiotowego zakresu świadczeń powinna być podejmowana w oparciu o wniosek dyrektora szpitala powiatowego, w porozumieniu z dyrektorem właściwego OW NFZ, wojewodą oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pediatrii.

W ocenie AOTMiT w przypadku szpitali powiatowych i gminnych, w których zapewniana jest opieka pediatryczna na podstawowym poziomie, można byłoby alternatywnie do proponowanego zakresu świadczeń PPD, finansowanego w ramach ryczałtu, rozważyć finansowanie oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych również za pomocą ryczałtu.

### 3. Przedmiot i historia zlecenia

#### Podstawa prawna i historia Zlecenia

Pismem z dn. 23.03.2023 r. (znak: DLG.742.17.2023) Minister Zdrowia zlecił Prezesowi AOTMiT przygotowanie:

- rekomendacji w sprawie oceny zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Pediatria Pomoc Doraźna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego  
– w trybie art. 31c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup>;
- wyceny ryczału dla przedmiotowej zmiany w ujęciu miesięcznym i rocznym  
– w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>6</sup>.

Do zlecenia nie załączono Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej. Natomiast wraz ze zleceniem Minister Zdrowia przekazał dokumentację wyników prac zespołu roboczego powołanego przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do opracowania założeń zmian wprowadzających realizację i finansowanie świadczeń pediatrycznych w trybie 24-godzinnego ambulatorium, tj.:

- pismo Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie powołania zespołu roboczego do spraw świadczeń pediatrycznych udzielanych w trybie 24-godzinnego ambulatorium,
- raport końcowy zespołu roboczego do spraw świadczeń pediatrycznych pn. „Projekt pediatrycznej pomocy doraźnej (PPD)”,
- prezentację do raportu końcowego Pediatricznej Pomocy Doraźnej (PPD),
- projekt świadczenia Pediatricznej Pomocy Doraźnej (PPD),
- projekt katalogu zakresów świadczeń dla Pediatricznej Pomocy Doraźnej (PPD).

W ww. piśmie zlecającym Minister Zdrowia wskazał datę 30.04.2023 r. jako termin realizacji zlecenia w zakresie obu zadań.

Pismem znak WS.422.14.2023.KSE z dnia 04.04.2023 r. wystąpiono do Ministra Zdrowia z prośby o przedłużenie terminu realizacji przedmiotowego zlecenia. Minister Zdrowia pismem z dn. 6.04.2023 r. (znak: DLG.742.28.2023.BT) wyraził zgodę na przesunięcie terminu realizacji na dzień 10.05.2023 r. Kolejnym pismem z dn. 4.05.2023 r. (znak: WS.422.14.2023.ES (2)) wystąpiono z prośbą o wydłużenie terminu realizacji przedmiotowego zlecenia z dnia 10 maja 2023 r. do dnia 31 maja 2023 r. Minister Zdrowia przekazał zgodę pismem z dn. 22.05.2023 r. (znak: DLG.742.38.2023.GK).

*Komentarz AOTMiT: Realizację ww. zlecenia w części dotyczącej oceny zasadności kwalifikacji wnioskowanego zakresu świadczeń podjęto w Wydziale Świadczeń AOTMiT, natomiast realizację w zakresie opracowania propozycji wyceny dla przedmiotowego zakresu świadczeń przekazano do Wydziału Taryfikacji AOTMiT.*

#### Historia korespondencji i spotkań

**Prezes NFZ.** Pismem z dn. 14.04.2023 r. (znak: WS.422.14.2023.ES) wystąpiono do Prezesa NFZ z prośbą o przygotowanie opinii, w trybie art. 31c ust. 3 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (...), odnośnie do skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia, w tym dla podmiotów zobowiązanych do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, w przypadku ewentualnego zakwalifikowania wymienionego wyżej zakresu świadczeń jako świadczenia gwarantowanego, a także o przedstawienie informacji dot. realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne pediatria-hospitalizacja i pediatria-hospitalizacja planowa w 2022 r. W dn. 28.04.2023 r. otrzymano pismo (znak: NFZ-DSOZ-WLS.421.4.2023 2023.143164.MP) informujące, iż z uwagi na konieczność pozyskania części wskazanych danych z Oddziałów Wojewódzkich NFZ odpowiedź na pismo AOTMiT zostanie przekazana do 10.05.2023 r.

Pismem z dn. 11.05.2023 r., znak: NFZ-DSOZ-WLS.421.4.2023; 2023.150781.MP, Prezes NFZ przekazał opinię odnośnie do skutku finansowego dla systemu ochrony zdrowia, jak również wnioskowane przez AOTMiT

<sup>6</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.)

informacje dotyczące realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne pediatria-hospitalizacja i pediatria-hospitalizacja planowa w 2022 r.

**Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ.** W toku prac analitycznych, wystąpiono do dyrektorów szesnastu Oddziałów NFZ (OW NFZ) z prośbą o przekazanie opinii odnośnie do:

- projektu warunków realizacji i kryteriów kwalifikacji pacjenta do świadczenia,
- kwestii ewentualnego zakwalifikowania ocenianego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście zabezpieczenia potrzeb osób do 18 r.ż. na obszarze działania danego OW NFZ

Do dnia przekazania opracowania analitycznego otrzymano odpowiedzi od trzynastu dyrektorów OW NFZ.

**Eksperti kliniczni.** W toku prac analitycznych wystąpiono do ekspertów klinicznych z prośbą o przekazanie opinii eksperckiej, zgodnie z art. 31c ust. 3 pkt. 1 ustawy o świadczeniach, w sprawie zasadności zakwalifikowania ww. świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego. Poproszono również o odniesienie się do proponowanych warunków realizacji zakresu świadczeń ujętych w projekcie PPD.

O ocenę zasadności finansowania ww. wnioskowanych świadczenia ze środków publicznych poproszeni zostali następujący eksperci:

- prof. dr hab. n. med. Jarosław Władysław Peregud-Pogorzelski – Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii (opinię otrzymano dnia: 24.04.2023 r.),
- dr hab. Agnieszka Mastalerz-Migas – Konsultant Krajowa w dziedzinie medycyny rodzinnej (nie otrzymano opinii),
- dr n. med. Krystyna Piskorz-Ogórek – Konsultant Krajowa w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego (opinię otrzymano dnia: 19.04.2023 r.).

Do dnia przekazania niniejszego raportu otrzymano odpowiedzi od dwóch ekspertów klinicznych.

**Spotkania z ekspertami klinicznymi.** W dniu 18.05.2023 r. odbyło się spotkanie, w formie wideokonferencji, z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pediatrii, celem omówienia i rozstrzygnięcia wątpliwości co do propozycji modyfikacji zapisów warunków realizacji oraz zakresu świadczeń „Pediatria pomocy doraźnej”, opracowanej przez AOTMiT w oparciu o przesłane opinie ekspertów oraz dyrektorów poszczególnych OW NFZ.

## 4. Problem decyzyjny

Przedmiotem niniejszego raportu jest przygotowanie materiałów o charakterze analitycznym, stanowiących podstawę do oceny zasadności wprowadzenia do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, nowego zakresu świadczeń doraźnych udzielanych na rzecz dzieci pn. „Pediatria Pomoc Doraźna” – na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dn. 23.03.2023 r.<sup>7</sup> w trybie art. 31c ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>8</sup>.

W ramach realizacji przedmiotowego zlecenia przeanalizowano:

- materiały przekazane przez Ministra Zdrowia w ramach korespondencji dotyczącej zlecenia – Raport końcowy zespołu roboczego (powołanego przez Prezesa NFZ) do spraw świadczeń pediatrycznych udzielanych w trybie 24 godzinnego ambulatorium. opis projektu świadczenia „Pediatria Pomoc Doraźna”, projekt katalogu zakresów świadczeń dla Pediatrii Pomocy Doraźnej
- szacowane wartości ryczałtów dla realizacji świadczeń w zakresie Pediatrii Pomocy Doraźnej,
- aktualną organizację opieki na rzecz dzieci
- wstępne skutki finansowe związane z wprowadzeniem proponowanego zakresu świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych

Zgodnie z przedstawioną dokumentacją, wnioskowany zakres świadczeń stanowiłby rozwiązanie alternatywne do realizacji świadczeń w oddziale pediatrycznym dla szpitali powiatowych i gminnych ( w przypadku rozwiązania umowy z NFZ w zakresie pediatria – hospitalizacja), w celu zapewnienie podstawowej opieki diagnostyczno-zachowawczej, wykonywanej na rzecz dzieci w trybie ambulatoryjnym 24-godzinnym, z możliwością pozostawienia pacjenta na krótkotrwałą obserwację. W ramach wnioskowanego zakresu świadczeń wchodziłyby procedury medyczne i świadczenia dostępne w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, obejmujące: porady lekarskie i pielęgniarskie, w tym ocenę stanu pacjenta, a także wybrane procedury interwencyjne, badania laboratoryjne i badania obrazowe<sup>9</sup>. W sytuacji wymagającej hospitalizacji lub interwencji specjalistycznej, dziecko zostałoby przetransportowane do innego najbliższego szpitala, w którym funkcjonują oddziały: pediatryczny lub dziecięcy specjalistyczny, realizujące świadczenia w trybie hospitalizacji całodobowej.

Pod względem formalnym przyjęto zasadę, że komórką organizacyjną właściwą do realizacji Pediatrii Pomocy Doraźnej jest Izba Przyjęć lub Szpitalny Oddział Ratunkowy z wyodrębnionym pomieszczeniem celem realizacji świadczeń pomocy doraźnej dla dzieci, Propozycja takiego rozwiązania została przygotowana z uwagi na duże prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z zabezpieczeniem kadrowym niezbędnym do realizacji przedmiotowych świadczeń w ramach oddziałów pediatrycznych. Należy wskazać, że aktualnie najczęstszym powodem zamykania oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych pozostaje niemożność zapewnienia wystarczającej obsady lekarskiej, która spełniałaby wszelkie wymogi.

<sup>7</sup> Pismo z dn. 23.03.2023 r. (znak: DLG.742.17.2023), w którym Minister Zdrowia zlecił Prezesowi AOTMiT przygotowanie:

3) rekomendacji w sprawie oceny zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Pediatria Pomoc Doraźna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego - w trybie art. 31c ust.1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

4) wyceny ryczałtu dla przedmiotowej zmiany w ujęciu miesięcznym i rocznym – w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Realizację ww. zlecenia w części dotyczącej oceny zasadności kwalifikacji wnioskowanego zakresu świadczeń podjęto w Wydziale Świadczeń AOTMiT, natomiast realizację w zakresie opracowania propozycji wyceny dla przedmiotowego zakresu świadczeń przekazano do Wydziału Taryfikacji AOTMiT.

<sup>8</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.)

<sup>9</sup> Wnioskowany zakres procedur medycznych (wg ICD-9): 89.00 Porada lekarska, konsultacja, asysta; 89.02 Porada lekarska, inne, 89.04 Opieka pielęgniarska lub położna, 89.01 Profilaktyka i promocja zdrowia, 89.07 Badanie podmiotowe, 89.79 Badanie fizykalne – inne, 93.0709 Inne pomiary antropometryczne, 99.99902 Badanie temperatury ciała (temperatura powierzchniowa lub głęboka), 57.37 Cewnikowanie i pobranie moczu albo popłuczyn z pęcherza do badania, 89.522 Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem), 89.540 Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, 89.602 Pulsoksymetria, 89.61 Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego, 93.94 Nebulizacja, 99.97 Leczenie farmakologiczne, 99.97900 Farmakoterapia doustna, 99.97910 Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora, 99.18 Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów, 99.218 Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie, 99.97904 Farmakoterapia dożylna, A01 Badanie ogólne moczu (profil), A19 Osad moczu, C55 Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów, C59 Odczyn opadania krwinek czerwonych, I17 Aminotransferaza alaninowa (ALT), I19 Aminotransferaza asparaginianowa (AST), I81 Białko C-reaktywne (CRP), L05 Ferrytyna, L31 Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP), L43 Glukoza z krwi żyłnej, L69 Hormon tyreotropowy (TSH), M37 Kreatynina, M87 Magnez całkowity (Mg), N13 Moczownik, N45 Potas (K), O29 Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub>, BE), O35 Sód (Na), O75 Wapń zjonizowany (Ca<sup>2+</sup>), O77 Wapń całkowity (Ca), O95 Żelazo (Fe), 87.440 RTG klatki piersiowej, 88.733 USG płuc, 88.761 USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, 88.769 USG brzucha – inne

Ze względu na to, iż proponowana forma organizacji opieki bazuje na świadczeniach i procedurach medycznych ujętych w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, odstąpiono od przeprowadzenia analizy klinicznej, przeglądu wytycznych klinicznych oraz rozwiązań organizacyjnych w innych krajach. Celem wsparcia procesu decyzyjnego w odniesieniu do założeń proponowanego nowego rozwiązania Pediatria Pomoc Doraźna, w niniejszym raporcie skupiono się na aspektach systemowo-wdrożeniowych m.in. w zakresie:

- obecności możliwości udzielania świadczeń, w tym ze wskazań nagłych, na rzecz osób do 18 r.ż.,
- organizacji opieki szpitalnej na rzecz dzieci w kontekście funkcjonowania podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ),
- dostępności do świadczeń udzielanych ze wskazań nagłych na rzecz dzieci w trybie ambulatoryjnym 24-godzinny oraz dostępności zasobów kadrowo-infrastrukturalnych w podmiotach realizujących świadczenia w SOR, IP i NiSOZ
- weryfikacji zaproponowanego w projekcie PPD sposobu i poziomu finansowania.

W ramach procesu analitycznego przeprowadzono również konsultacje z ekspertami klinicznymi, w tym z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pediatrii oraz przedstawicielami poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

## 4.1. Problem zdrowotny

W oparciu o dane sprawozdawczo-rozliczeniowe płatnika publicznego z lat 2021–2022 (I półrocze) wskazać należy, że w podmiotach szpitalnych gminnych i powiatowych, ujętych w podstawowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (PSZ) I stopnia oraz szpitalach spoza PSZ w skali kraju:

- najczęściej sprawozdawczymi schorzeniami (wg ICD-10) były przede wszystkim:
  - A08 Wirusowe i inne określone zakażenia jelit,
  - J18 Zapalenie płuc wywołane przez niezidentyfikowany czynnik zakaźny,
  - A09 Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o przypuszczalnie zakaźnej etiologii, oraz
  - J20 Ostre zapalenie oskrzeli;
- obserwuje się większą zgłaszalność do oddziałów pediatrycznych w wybranych okresach roku – w miesiącach: marzec–czerwiec oraz październik–grudzień;
- struktura trybów przyjęć wskazuje na większą liczbę przyjęć dzieci do oddziałów pediatrycznych w trybie nagłym niż w trybie planowym.

## 4.2. Postulowana organizacja opieki doraźnej na rzecz dzieci pn. Pediatria Pomoc Doraźna

W związku z brakiem Karty Świadczenia, w niniejszym rozdziale przedstawiono założenia postulowanego zakresu świadczeń zdrowotnych oraz sposobu ich organizacji, ujęte w dokumentacji projektu „Pediatria Pomoc Doraźna”, która została przekazana wraz z przedmiotowym zleceniem Ministra Zdrowia.

Pozostając w zgodzie z przedmiotem zlecenia Ministra Zdrowia, w niniejszym opracowaniu odniesiono się do zaproponowanego trybu całodobowego, zakładającego zapewnienie opieki doraźnej na rzecz dzieci w trybie 24-godzinny przez wszystkie dni tygodnia.

### 4.2.1. Zakres świadczeń

**Założenia wstępne.** Wnioskodawca wskazuje w opisie projektu PPD, iż zakres świadczeń gwarantowanych realizowany w ramach proponowanego nowego rozwiązania organizacyjnego „Pediatria Pomoc Doraźna” (PPD) mają na celu zapewnienie podstawowej opieki diagnostyczno-zachowawczej, w tym podczas krótkotrwałej obserwacji, wykonywanej na rzecz dzieci w powiązaniu organizacyjnym względem Izby Przyjęć lub Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, całonocnie w trybie 24-godzinnego ambulatorium.

Propozycja wnioskowanego rozwiązania została przygotowana z uwagi na duże prawdopodobieństwo wystąpienia problemów z zabezpieczeniem kadrowym niezbędnym do realizacji świadczeń gwarantowanych w ramach oddziałów pediatrycznych. W dokumencie wskazano, iż najczęstszym powodem likwidacji oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych pozostaje niemożność zapewnienia wystarczającej obsady lekarskiej, która spełniałaby wszelkie wymogi.

PPD stanowiłoby zatem alternatywę dla tzw. szpitali powiatowych i gminnych<sup>10</sup>, celem zapewnienia dostępności do świadczeń gwarantowanych udzielanych na rzecz dzieci na danym obszarze, w szczególności w sytuacji, gdy podmioty te nie posiadają umowy na realizację świadczeń z zakresów pediatria-hospitalizacja i pediatria-hospitalizacja planowa lub w których występuje ryzyko rozwiązania tego typu umów. Decyzję o zawarciu umowy na realizację świadczeń PPD miałyby podejmować Dyrektor właściwego OW NFZ, na wniosek świadczeniodawcy.

Wnioskowany projekt PPD zakłada, iż w sytuacji wymagającej hospitalizacji lub interwencji specjalistycznej, dziecko zostałoby przetransportowane do innego szpitala, w którym funkcjonują oddziały: pediatryczny lub dziecięcy specjalistyczny, realizujące świadczenia w trybie hospitalizacji całodobowej.

Wskazano następujące założenia podstawowe do zawarcia umowy, obejmujące:

- rozwiązanie umowy z NFZ w zakresie pediatria-hospitalizacja w okresie do trzech miesięcy od dnia złożenia wniosku do dyrektora właściwego OW NFZ o możliwość realizacji przedmiotowych świadczeń;
- realizację umowy z NFZ w ramach IP lub SOR.

**Tabela 5. Zaproponowany przez zespół NFZ katalog zakresów świadczeń dla Pediatricznej Pomocy Doraźnej (PPD).**

Nazwa zakresu świadczeń kontraktowanych	Kod zakresu świadczeń kontraktowanych	Kod i Nazwa świadczenia sprawozdawanego	Jednostka rozliczeniowa zakresu świadczeń kontraktowanych	Cena jednostki rozliczeniowej	Uwagi
<b>Pediatria pomoc doraźna – Tryb całodobowy</b>	03.4900.130.03 03.3300.130.03	Produkty jednostkowe wykazane w załączniku nr PPD2 do zarządzenia	ryczałt miesięczny	146 000,00 zł	Udzielanie świadczeń we wszystkie dni tygodnia całodobowo
<b>Pediatria pomoc doraźna – Rozliczenie świadczeń</b>	03.4900.200.02 03.3300.200.03	Produkty jednostkowe wykazane w załączniku nr PPD3 do zarządzenia	punkt	1,00 zł	Dla wszystkich trybów zabezpieczenia świadczeń

Źródło: dokumentacja załączona do zlecenia Ministra Zdrowia

### Wnioskowany zakres świadczeń gwarantowanych ujęty w PPD.

W ramach przedstawionego projektu nowego rozwiązania organizacyjnego PPD zaproponowano:

- wykaz procedur medycznych wg kodów ICD-9 / świadczeń gwarantowanych wykonywanych w PPD w ramach ryczału,
- wykaz świadczeń wykonywanych w PPD poza ryczałem – organizacja pakietów, a także wykaz procedur medycznych wg kodów ICD-9.

Szczegółowe propozycje przedstawiono w poniższych tabelach.

**Tabela 6. Wykaz proponowanych produktów rozliczeniowych oraz procedur medycznych wg ICD-9 / świadczeń wykonywanych w ramach pediatricznej pomocy doraźnej.**

Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod procedury	Nazwa procedury/świadczenia
<b>Porada lekarska</b>	89.00	Porada lekarska, konsultacja, asysta
	89.02	Porada lekarska, inne
<b>Opieka pielęgniarki</b>	89.04	Opieka pielęgniarki lub położnej
<b>Profilaktyka i promocja zdrowia</b>	89.01	Profilaktyka i promocja zdrowia
<b>Ocena stanu pacjenta</b>	89.07	Badanie podmiotowe
	89.79	Badanie fizykalne - inne

<sup>10</sup> Komentarz Analityka: głównie są to szpitale z I stopnia PSZ oraz szpitale spoza PSZ.

Nazwa produktu rozliczeniowego	Kod procedury	Nazwa procedury/świadczenia
	93.0709	Inne pomiary antropometryczne
	99.99902	Badanie temperatury ciała (temperatura powierzchniowa lub głęboka)

Źródło: dokumentacja załączona do zlecenia Ministra Zdrowia

Tabela 7. Pakiety produktów jednostkowych finansowanych poza pakietem w ramach PPD.

Lp.	Kod produktu	Nazwa produktu	Wartość punktowa*	Uwagi
1	X.XX.XX.XXXXXXX	<b>Procedury interwencyjne - Pakiet podstawowy</b>	76,23	1. Wykonanie co najmniej 3 procedur wykazanych w tabeli poniżej z lp. 1-9; 2. Nie można łączyć z produktem X.XX.XX.XXXXXXX (z lp. 2 niniejszej tabeli)
2	X.XX.XX.XXXXXXX	<b>Procedury interwencyjne - Pakiet rozszerzony</b>	101,64	1. Wykonanie co najmniej 3 procedur wykazanych w tabeli poniżej z lp. 1-12 w tym co najmniej 1 procedury z lp. 10-12; 2. Nie można łączyć z produktem X.XX.XX.XXXXXXX (z lp. 1 niniejszej tabeli)
3	X.XX.XX.XXXXXXX	<b>Badania laboratoryjne - Pakiet podstawowy</b>	48,20	1. Wykonanie co najmniej 3 procedur wykazanych w tabeli poniżej z lp. 13-32; 2. Nie można łączyć z produktem X.XX.XX.XXXXXXX (z lp. 4 niniejszej tabeli)
4	X.XX.XX.XXXXXXX	<b>Badania laboratoryjne - Pakiet rozszerzony</b>	80,34	1. Wykonanie co najmniej 5 procedur wykazanych w tabeli poniżej z lp. 13-32; 2. Nie można łączyć z produktem X.XX.XX.XXXXXXX (z lp. 3 niniejszej tabeli)
5	X.XX.XX.XXXXXXX	<b>Badania obrazowe</b>	112,50	1. Wykonanie co najmniej 1 procedury wykazanej w tabeli poniżej z lp. 33-36

Źródło: dokumentacja załączona do zlecenia Ministra Zdrowia

Objaśnienia: \* - wartości punktowe produktów określone na podstawie średniej ceny świadczeń udzielanych komercyjnie przy cenie za 1 pkt = 1,00 zł (cena punktu w IP/SOR)

Tabela 8. Wykaz świadczeń wykonywanych w pediatrycznej pomocy doraźnej finansowanych poza ryczałtem, w podziale na kategorie.

Lp.	Kod procedury wg ICD-9	Nazwa procedury/świadczenia
<b>Procedury interwencyjne</b>		
1	57.37	Cewnikowanie i pobranie moczu albo popłuczyn z pęcherza do badania
2	89.522	Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)
3	89.540	Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
4	89.602	Pulsoksymetria
5	89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego
6	93.94	Nebulizacja
7	99.97	Leczenie farmakologiczne
8	99.97900	Farmakoterapia doustna
9	99.97910	Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora
10	99.18	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów*
11	99.218	Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie*
12	99.97904	Farmakoterapia dożylna*
<b>Badania laboratoryjne</b>		
13	A01	Badanie ogólne moczu (profil)
14	A19	Osad moczu
15	C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
16	C59	Odczyn opadania krwinek czerwonych
17	I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)
18	I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
19	I81	Białko C-reaktywne (CRP)
20	L05	Ferrytyna

Lp.	Kod procedury wg ICD-9	Nazwa procedury/świadczenia
21	L31	Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)
22	L43	Glukoza z krwi żyłnej
23	L69	Hormon tyreotropowy (TSH)
24	M37	Kreatynina
25	M87	Magnez całkowity (Mg)
26	N13	Mocznik
27	N45	Potas (K)
28	O29	Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , BE)
29	O35	Sód (Na)
30	O75	Wapń zjonizowany (Ca <sup>2+</sup> )
31	O77	Wapń całkowity (Ca)
32	O95	Żelazo (Fe)
<b>Badania obrazowe</b>		
33	87.440	RTG klatki piersiowej
34	88.733	USG płuc
35	88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
36	88.769	USG brzucha – inne

Źródło: dokumentacja załączona do przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia

Objaśnienia: \* - procedury rozliczane w ramach pakietu rozszerzonego

#### 4.2.2. Warunki realizacji oraz zakresu świadczeń gwarantowanych postulowane w ramach Pediatrii Pomocy Doraźnej

Poniżej przedstawiono opracowany przez zespół NFZ, szczegółowy opis proponowanych warunków realizacji nowego rozwiązania organizacyjnego „Pediatria Pomoc Doraźna”.

Tabela 9. Proponowane przez Zespół NFZ warunki realizacji świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach leczenia w ramach pediatrii pomocy doraźnej.

Nazwa zakresu	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach pediatrii pomocy doraźnej	
Pediatria pomoc doraźna (PPD)	<b>Zakres wykonywanych świadczeń*</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wywiad</li> <li>2) Badanie lekarskie</li> <li>3) Badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne</li> <li>4) Iniekcje</li> <li>5) Wlewy dożyłne</li> <li>6) Inne niezbędne procedury diagnostyczno-terapeutyczne</li> <li>7) Obserwacja</li> </ol>
	<b>Wymagania formalne</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Izba Przyjęć lub SOR o profilu pediatria</li> <li>2) realizacja możliwa alternatywnie do oddziału pediatrii</li> <li>3) w komórce organizacyjnej – co najmniej 2 łóżka pediatrii pomocy doraźnej</li> </ol>
	<b>Personel</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) stała obecność lekarza: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub</li> <li>b) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii lub</li> <li>c) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii lub</li> <li>d) lekarz specjalista w każdej innej dziedzinie o profilu pediatrii lub</li> <li>e) lekarz specjalista w zakresie medycyny rodzinnej</li> </ol> </li> <li>2) stała obecność pielęgniarki - specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrii lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrii, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrii, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrii.</li> </ol>



Nazwa zakresu	Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych realizowanych w ramach pediatrycznej pomocy doraźnej	
	<b>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</b>	W miejscu udzielania świadczeń: 1) ciśnieniomierz lekarski; 2) stetoskop lekarski; 3) elektrokardiograf; 4) glukometr; 5) waga ze wzrostomierzem; 6) defibrylator, zestaw reanimacyjny; 7) strzykawka automatyczna; 8) pompa infuzyjna; 9) pulsoksymetr; 10) źródło tlenu; 11) urządzenie ssące; 12) otoskop; 13) inkubator; 14) kardiomonitor; 15) zestaw do wykonywania iniekcji; 16) zestaw do wykonywania opatrunków; 17) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podst. art 68 ust.7 ustawy z dnia 06.12.2001 prawo farmaceutyczne (Dz.U.2016, poz.2142, poz.2003 ze zm.).
	<b>Dostępność badań lub procedur medycznych</b>	W lokalizacji: a) laboratoryjnych (pobrania materiału), b) rentgenowskich, c) ultrasonograficznych.
	<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	tryb przyjęcia nagle zachorowanie lub nagle pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym – tj. stanem, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, 2112 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159);
	<b>Pozostałe wymagania</b>	1) wyodrębnione pomieszczenie w komórce organizacyjnej Izby Przyjęć lub SOR – co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka, 2) dostęp do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w miejscu udzielania świadczeń 3) umowa współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie pediatria – hospitalizacja w najbliższej lokalizacji

Źródło: dokumentacja załączona do przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia

Objaśnienia: \* - proponowany wykaz procedur medycznych wykonywanych w ramach Pediatrycznej Pomocy Doraźnej przedstawiono w tabeli powyżej.

W odniesieniu do zapotrzebowania na personel medyczny w projekcie PPD zawarto informację, iż dla trybu całodobowego, realizowanego we wszystkie dni tygodnia, wymagane byłoby zabezpieczenie 4,43 etatu lekarza / tydzień.

### 4.2.3. Sposób finansowania

W projekcie PDD jako sposób finansowania zaproponowano:

- 1) finansowanie kosztów stałych ryczałtem miesięcznym (ryczałt za gotowość),
- 2) dodatkową opłatą za wykonane świadczenie.

Ad 1) Zgodnie z przyjętą w projekcie PPD metodyką obliczeń roczny koszt ryczałtu za całodobową Pediatryczną Pomoc Doraźną wynosi 1 752 000,00 zł / rok.

W metodyce obliczeń w projekcie uwzględniono tylko koszt wynagrodzenia pielęgniarki i lekarza bez kosztów dodatkowych, w związku z faktem, że założono w projekcie PPD realizację świadczeń PPD w ramach istniejących już w szpitalu komórek IP lub SOR. Należy zauważyć, że koszty utrzymania IP/SOR są już przewidziane w ramach zwykłego ryczałtu (03.4900.008.03 lub 03.3300.008.03 lub 03.3300.009.03).

Zaproponowano, aby projektowany zakres stanowił zakres skojarzony do 03.4900.008.03 lub 03.3300.008.03 lub 03.3300.009.03. Jako jednostkę rozliczeniową przyjęto ryczałt miesięcznym, a stawka ryczałtu miesięcznego wynosiłaby 1/12 wartości rocznej.

Wykaz procedur medycznych / świadczeń finansowanych w ramach ryczałtu przedstawiono wcześniej.

Ad. 2) W projekcie PPD założono finansowane poza ryczałtem:

- 12 procedur interwencyjnych – wycena w zależności od pakietu wynosiłaby:
  - pakiet podstawowy (obejmujący 9 pozycji): 76,23 zł  
(do rozliczenia konieczne byłoby wykonanie łącznie minimum 3 procedur),
  - pakiet rozszerzony (obejmujący 12 pozycji): 101,64 zł  
(do rozliczenia pakietu konieczne wykonanie łącznie minimum 3 procedur medycznych ICD-9, w tym minimum jedna z procedur: 99.18 wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów, 99.218 podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie, 99.97904 farmakoterapia dożylna);
- 20 badań laboratoryjnych – wycena w zależności od pakietu wynosiłaby:
  - pakiet podstawowy (wykonanie co najmniej 3 badań): 48,20 zł,
  - pakiet rozszerzony (wykonanie co najmniej 5 badań): 80,34 zł;
- czterech rodzajów badań obrazowych z zakresu RTG i USG – wycena wynosiłaby: 112,50 zł.

Wykaz świadczeń dodatkowo finansowanych poza ryczałtem oraz proponowane pakiety produktów jednostkowych wraz ich wartością punktową proponowanych w projekcie PPD przedstawiono w tabelach powyżej.

#### 4.2.4. Proponowane kierunki zmian legislacyjnych

Zaproponowane zmiany wymagać będą przeprowadzenia prac legislacyjnych polegających na nowelizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290 z późn. zm.) – w zakresie załącznika nr 3 do ww. Rozporządzenia, określającego warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, poprzez dodanie nowego produktu oraz określenie wymogów niezbędnych do jego realizacji.

#### 4.2.5. Dodatkowe informacje dotyczące przedmiotu zlecenia

Dodatkowo w dokumencie opracowanym przez zespół NFZ przedstawiono propozycję:

- warunków realizacji świadczeń w ramach PPD w trzech trybach godzinowych:
  - całodobowym, realizowanym we wszystkie dni tygodnia,
  - nocnym, realizowanym w dni robocze w godzinach 18:00–8:00 oraz w dni wolne od pracy całodobowo (czyli tożsamym czasowo z realizacją świadczeń w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej),
  - podstawowym, realizowanym w dni robocze w godzinach 18:00–24:00 oraz w dni wolne od pracy całodobowo;
- sposobu finansowania świadczeń w ramach PPD: finansowanie kosztów stałych ryczałtem miesięcznym (ryczałt za gotowość) oraz dodatkową opłatą za wykonane świadczenie, dla których szczegółową propozycję wycen wskazano powyżej.
- wysokość stawki ryczałtu dobowego za świadczenia PPD uwzględnia różne stawki godzinowe dyżuru lekarza i pielęgniarki obowiązujące w aktualnych kontraktach: stawki godzinowe lekarza: 150 zł, 180 zł, 200 zł oraz stawki godzinowe pielęgniarki: 50 zł, 60 zł i 70 zł,
  - do wyliczenia całkowitego kosztu ryczałtu za jedną dobę przyjęto procentowy udział kosztów wynagrodzenia dyżuru lekarza i pielęgniarki w globalnych kosztach utrzymania PPD (70%–80%),
  - jako cenę rozszerzonego pakietu produktów jednostkowych z zakresu procedur interwencyjnych przyjęto 101,64 zł, wynikającą z ceny analogicznej porady AOS w poradni

- pediatrycznej (66 pkt) po cenie punktu wynikającej z rekomendacji AOTMiT (1,54 zł). Dla wersji podstawowej pakietu przyjęto 75% ceny pakietu w wersji rozszerzonej, tj. 76,23 zł,
- wycena poszczególnych pakietów produktów jednostkowych w zakresie badań laboratoryjnych została wyznaczona na podstawie średniej ceny z cennika komercyjnego Laboratorium Diagnostyka,
  - wycena poszczególnych pakietów produktów jednostkowych w zakresie badań obrazowych została wyznaczona na podstawie średniej ceny z cennika świadczeń udzielanych komercyjnie przez Szpital Zespolony w Szczecinie,

Mając na względzie treść zlecenia Ministra, wnioskowaną organizację opieki doraźnej na rzecz dzieci pn. Pediatria Pomoc Doraźna w niniejszym opracowaniu oparto na trybie 24-godzinnej realizacji świadczeń oraz na przygotowanej przez Wydział Taryfikacji (w trybie art. 31n pkt 5 ustawy o świadczeniach) wycenie ryczałtu dla przedmiotowej zmiany w ujęciu miesięcznym i rocznym.

#### Uwagi analityczne w odniesieniu do warunków realizacji wnioskowanego rozwiązania organizacyjnego PPD

- wątpliwości budzi zapis co do wymagań:
  - minimalnej liczby łóżek w liczbie 2 – na podstawie przeprowadzonych analiz i opinii ekspertów wydaje się, że tak liczba łóżek może być nie wystarczająca, aby pokryć potrzeby pacjentów pediatrycznych na danym obszarze, szczególnie w szczytach zachorowań występujących w okresach wiosennym i jesienno-zimowym,
  - zapewnienia inkubatora,
  - zapewnienia lekarza specjalisty w zakresie medycyny rodzinnej;
- przekazane w dokumencie opracowanym przez zespół NFZ koszty ryczałtu za gotowość obejmują tylko koszt wynagrodzenia pielęgniarki i lekarza, bez kosztów dodatkowych, ponieważ przyjęto realizację świadczeń PPD w ramach istniejących już w szpitalu komórek organizacyjnych: IP lub SOR (dla których koszty utrzymania są już przewidziane w ramach ryczałtu IP albo SOR). Nie wzięto jednak pod uwagę kosztów związanych z wyposażeniem pomieszczeń IP do potrzeb realizacji PPD, m.in. w wymaganą liczbę łóżek, których posiadanie nie jest obecnie obligatoryjne w IP.

### **4.3. Obecne możliwości udzielania świadczeń gwarantowanych, w tym ze wskazań nagłych, na rzecz dzieci i młodzieży do 18 r.ż.**

Obecnie w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia, osoby do 18 r.ż. mają prawo do świadczeń gwarantowanych udzielanych natychmiastowo m.in. w ramach: podstawowej opieki zdrowotnej, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych, w ramach leczenia szpitalnego w Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych, Izbach Przyjęć czy oddziałach pediatrycznych w trybie hospitalizacji oraz hospitalizacji planowej.

#### **4.3.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ), w tym Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna (NiŚOZ)**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej określa wykaz, warunki realizacji świadczeń, a także poziom finansowania przejazdów środkami transportu sanitarnego.<sup>11</sup>

<sup>11</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540, z późn. zm.)

W zakresie koniecznym do wykonania świadczeń gwarantowanych na poziomie POZ świadczeniodawca zapewnia świadczeniobiorcy:

- świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania,
- świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- transport sanitarny,
- opiekę koordynowaną.<sup>12</sup>

Zasadniczo świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy. Również w przypadku pielęgniarki POZ świadczeniodawca zapewnia dostępność do jej świadczeń w miejscu ich udzielania od poniedziałku do piątku, w godzinach pomiędzy 8:00 a 18:00, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, zgodnie z harmonogramem pracy świadczeniodawcy.

Świadczenia lekarza POZ i pielęgniarki POZ mogą być udzielane tak w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, jak i w ramach wizyt realizowanych w domu świadczeniobiorcy, w przypadkach uzasadnionych medycznie.

Świadczenia gwarantowane NiŚOZ udzielane mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, jak również w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy. W przypadku świadczeń gwarantowanych NiŚOZ udzielanych w warunkach ambulatoryjnych ich zakres obejmuje:

- poradę lekarską udzielaną w warunkach ambulatoryjnych w bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą lub na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności;
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę w warunkach ambulatoryjnych, zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji;
- świadczenia udzielane przez pielęgniarkę doraźnie, w związku z poradą.

Świadczenia te są realizowane przez lekarzy lub pielęgniarki od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 dnia danego do godziny 8:00 dnia następnego, w warunkach ambulatoryjnych. W przypadku stanu nagłego odpowiednio lekarz lub pielęgniarka zapewniają opiekę świadczeniobiorcy do czasu przyjazdu zespołu ratownictwa medycznego lub przekazania świadczeniobiorcy pod opiekę Szpitalnego Oddziału Ratunkowego lub Izby Przyjęć.

Świadczenia gwarantowane NiŚOZ udzielane w warunkach ambulatoryjnych są realizowane w zakresie podstawowym lub uzupełnionym:

- 1) zakres podstawowy świadczenia dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca realizujący świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych zapewnia jednocześnie świadczenia w trybie hospitalizacji i realizacja świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych może być łączona z realizacją świadczeń w trybie hospitalizacji udzielanych w innych komórkach organizacyjnych świadczeniodawcy, z uwzględnieniem intensywności pracy poszczególnych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych oraz świadczenia w trybie hospitalizacji;
- 2) zakres uzupełniony świadczenia dotyczy sytuacji, gdy świadczeniodawca realizujący świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych nie zapewnia jednocześnie świadczeń w trybie hospitalizacji lub zapewnia jednocześnie świadczenia w trybie hospitalizacji, ale

<sup>12</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2022 poz. 1965)

realizacja świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych nie może być łączona z realizacją świadczeń w trybie hospitalizacji.

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie wymagań wobec personelu udzielającego świadczeń w ramach POZ oraz NiŚOZ w warunkach ambulatoryjnych.

**Tabela 10. Kwalifikacje wymagane wobec kadry medycznej zatrudnionej w POZ i NiŚOZ w świetle aktualnie obowiązujących rozporządzeń Ministra Zdrowia.**

Personel medyczny	Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna (NiŚOZ)
<b>Lekarz</b>	Lekarz POZ – przyjmujący deklarację wyboru: 1. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej, lub posiadający specjalizację I lub II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej (wszyscy świadczeniobiorcy) albo 2. posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych (świadczeniobiorcy dorośli) a bo 3. posiadający specjalizację I lub II stopnia, lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii (świadczeniobiorcy do ukończenia 18 roku życia)	lekarz posiadający prawo wykonywania zawodu
<b>Pielęgniarka</b>	Pielęgniarka POZ: 1. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego albo 2. ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, a bo 3. odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, a bo 4. odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego, albo 5. posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa 6. posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej albo 7. ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, środowiskowego, środowiskowo-rodzinnego, przewlekłe chorych i niepełnosprawnych, opieki długoterminowej, w ochronie zdrowia pracujących, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, a bo 8. odbyła szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej, albo 9. odbyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa: pediatrycznego, opieki długoterminowej, środowiska nauczania i wychowania, zachowawczego, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej	pielęgniarka posiadająca prawo wykonywania zawodu
<b>Informacje dodatkowe</b>	nd.	Świadczeniodawca zapewnia co najmniej jeden zespół lekarsko-pielęgniarski do realizacji świadczeń

Źródło: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 540, z późn. zm.)

Objaśnienia: nd. – nie dotyczy

Finansowanie świadczeń wskazanych w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu POZ, odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Nr 51/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (z późn. zm.)<sup>13</sup>.

#### 4.3.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 ze zm.), określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

<sup>13</sup> [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/290/Zarządzenie-51\\_2022\\_DSM](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/290/Zarządzenie-51_2022_DSM) (data dostępu: 2.05.2023 r.)

Świadczenia gwarantowane zawarte w ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia obejmują:

- porady specjalistyczne:
  - wykaz porad specjalistycznych oraz warunki ich realizacji określa zał. nr 1,
  - wykaz porad pielęgniarskich i porad położnej oraz warunki ich realizacji określa zał. nr 1a,
- badania diagnostyczne – wykaz badań diagnostycznych oraz warunki ich realizacji określa zał. nr 2,
- procedury zabiegowe ambulatoryjne – wykaz procedur zabiegowych ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji określa zał. nr 3,
- świadczenia w chemioterapii – wykaz określa załącznik nr 4 do rozporządzenia,
- inne świadczenia ambulatoryjne – wykaz innych świadczeń ambulatoryjnych oraz warunki ich realizacji określa zał. nr 5,
- świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych przysługujących świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy, wykaz substancji czynnych zawartych w lekach sprowadzanych z zagranicy na warunkach i w trybie określonym w art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – *Prawo farmaceutyczne* (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977 z późn. zm.) z rozpoznaniem według ICD-10 określa zał. nr 6,
- porady pielęgniarskie – określa załącznik nr 1a,
- porady położnej – określa załącznik nr 1a.

**Porada specjalistyczna – pediatria.** Zakres świadczenia obejmuje kontrolę, w tym diagnostykę, po hospitalizacji w oddziale o profilu pediatria, będącym komórką organizacyjną podmiotu realizującego poradę. Szczegółowe wymagania jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu porady specjalistycznej z obszaru pediatrii przedstawiono w poniższej tabeli.

**Tabela 11. Warunki realizacji świadczenia gwarantowanego: porada specjalistyczna – pediatria, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.**

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
67	Porada specjalistyczna - pediatria	Zakres świadczenia	Kontrola, w tym diagnostyka, po hospitalizacji w oddziale o profilu pediatria, będącym komórką organizacyjną podmiotu realizującego poradę.
		Personel	1) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub chorób płuc dzieci, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej, lub neonatologii, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub pediatrii metabolicznej lub 2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii lub chorób płuc dzieci, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej, lub neonatologii, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub pediatrii metabolicznej, lub 3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii.
		Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	W miejscu udzielania świadczeń: 1) ciśnieniomierz lekarski; 2) stetoskop lekarski; 3) elektrokardiograf; 4) glukometr; 5) waga ze wzrostomierzem.
		Dostępność badań lub procedur medycznych	Dostęp do: 1) badań laboratoryjnych i mikrobiologicznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym wpisanym do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych; 2) USG; 3) RTG.
		Pozostałe wymagania	Świadczeniodawca jest obowiązany do monitorowania następujących wskaźników: 1) liczba pacjentów, którym udzielono porady, względem całkowitej liczby pacjentów hospitalizowanych w oddziale, w ujęciu miesięcznym; 2) liczba porad udzielonych jednemu pacjentowi, w ujęciu miesięcznym;

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczeń	
			3) czas (liczony w dobach) od momentu zakończenia hospitalizacji do momentu udzielenia porady pacjentowi; 4) czas (liczony w dobach) od momentu zakończenia hospitalizacji do momentu przekazania pacjenta pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia monitoruje i analizuje realizację świadczenia i wartości wskaźników.

Źródło: zał. 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357 z późn. zm.)

Finansowanie świadczeń wskazanych w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu AOS, odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Nr 57/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna<sup>14</sup>.

**Ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych.** W określonych przypadkach pacjenci pediatryczni mogą zostać objęci świadczeniem ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON). Świadczenia wykonywane są ze wskazań nagłych w rozpoznaniach wymienionych w załączniku nr 5d do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 57/2023/DSOZ<sup>14</sup> z dnia 30 marca 2023 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Katalog chorób i problemów zdrowotnych wg ICD-10 do rozliczania świadczeń w zakresie skojarzonym AON obejmuje rozpoznania z zakresie narządu ruchu (m.in. złamania w obrębie szyi, kręgosłupa, kończyn, urazy mięśni, zwichnięcia, skręcenia itp.) oraz narządu wzroku (m.in. zapalenia, oparzenia termiczne i chemiczne, obecność ciała obcego itp.).

Poniższa tabela prezentuje katalog zakresów świadczeń dostępnych w poradniach specjalistycznych w ramach AON.

**Tabela 12. Katalog zakresów świadczeń dostępnych w ramach AON w ramach opieki specjalistycznej.**

Lp.	Nazwa świadczenia gwarantowanego	Warunki realizacji świadczenia zgodne z zał. nr 1 do rozp. AOS	Kod zakresu świadczeń w poradniach specjalistycznych	Zakresy świadczeń w poradniach specjalistycznych, odpowiadające przedmiotom postępowania o zawarcie umów	Skojarzone zakresy świadczeń: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych	Poradnie realizujące zakres świadczeń*
38	Porada specjalistyczna – chirurgia dziecięca	lp. poz.37	02.1501.001.02	Świadczenia w zakresie chirurgii dziecięcej	X**	1501 poradnia chirurgii dziecięcej
47	Porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu	lp. poz.45	02.1580.001.02	świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu	X**	1580 poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej
48	Porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci	lp. poz.46	02.1581.001.02	świadczenia w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci	X**	1581 poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci
52	Porada specjalistyczna – okulistyka	lp. poz.49	02.1600.001.02	Świadczenia w zakresie okulistyki	X	1600 poradnia okulistyczna
53	Porada specjalistyczna – okulistyka dla dzieci	lp. poz.50	02.1601.001.02	Świadczenia w zakresie okulistyki dla dzieci	X	1601 poradnia okulistyczna dla dzieci

Źródło: Zarządzenie Prezesa NFZ nr 57/2023/DSOZ z dnia 30 marca 2023 r. (z późn. zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Objaśnienia: \* - dopuszcza się kontraktowanie zakresów wymienionych w kol. 5 w innych komórkach organizacyjnych niż wymienionych pod warunkiem, że spełniają one warunki określone w rozporządzeniu AOS / kody nadane zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r. poz. 633, z późn. zm.)/ stosuje się odpowiednio do komórek organizacyjnych wykonujących usługi dla dzieci, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 105 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej; \*\* - dotyczy świadczeniodawców posiadających w lokalizacji aparat RTG i USG

<sup>14</sup> [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1753/Zarzadzenie-57\\_2023\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1753/Zarzadzenie-57_2023_DSOZ) (data dostępu: 2.05.2023 r.)

Ww. świadczenia realizowane są w określonym przedziale czasu, który wynosi 14 dni od rozpoznania w przypadku świadczeń okulistycznych oraz 60 dni od rozpoznania w przypadku świadczeń ortopedycznych.

W przypadku osób do 18 r.ż. świadczenia w ramach AON są rozliczane z zastosowaniem współczynnika korygującego 1,6 przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w zakresie:

- ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci oraz chirurgii dziecięcej, spełniających warunki dodatkowe określone w załączniku nr 1a do Zarządzenia Prezesa NFZ,
- okulistyki i okulistyki dla dzieci – w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom z rozpoznaniem dotychczasowymi narządu wzroku określonymi w załączniku nr 5d do zarządzenia.

AON ma na celu ułatwienie pacjentom (w tym pacjentom pediatrycznym) z urazami oraz nagłymi schorzeniami okulistycznymi dostępu do świadczeń ambulatoryjnych oraz jednocześnie ograniczenie liczby pacjentów zgłaszających się z powodu ww. problemów na SOR.

### 4.3.3. Leczenie szpitalne

**Szpitalny oddział ratunkowy (SOR)** to jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM), która udziela pomocy pacjentowi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach SOR świadczenia są udzielane całodobowo i polegają na wstępnej ocenie stanu zdrowia pacjenta oraz leczeniu w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego* (Dz.U. 2021 poz. 2048 z późn.zm.)<sup>15</sup> SOR mogą powstać w szpitalach, w których znajduje się co najmniej:

- oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową lub oddział chirurgii dziecięcej – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci;
- oddział chorób wewnętrznych lub oddział pediatrii – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci;
- oddział anestezjologii i intensywnej terapii;
- pracownia diagnostyki obrazowej;
- miejsce udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Jednocześnie szpital, w którym funkcjonuje SOR musi zapewniać całodobowy dostęp do:

- badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
- badania USG, komputerowego badania tomograficznego oraz do badań endoskopowych, w tym: gastrokopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii;
- sprzętu do badań przy łóżku pacjenta (analyzer parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG oraz przenośny ultrasonograf).

W odniesieniu do wymaganego personelu na SOR muszą być zatrudnione co najmniej następujące osoby:

- ordynator oddziału (lekarz kierujący oddziałem);
- pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, koordynujący pracę pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek oraz personelu pomocniczego;
- lekarze w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania oddziału, w tym co najmniej jeden lekarz systemu przebywający stale na oddziale (czyli co najmniej dwóch lekarzy dyżurujących w SOR);
- pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania oddziału;
- rejestratorki medyczne oraz personel pomocniczy oddziału w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania oddziału.

<sup>15</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210002048> (data dostępu: 2.05.2023 r.)



**Izba Przyjęć (IP)** jest jednostką organizacyjną szpitala pracująca w trybie ciągłym. Zakres świadczeń udzielanych na IP obejmuje przyjęcie się do szpitala, wykonywanie doraźne zabiegów oraz udzielanie doraźnej pomocy ambulatoryjnej. IP posiada dostęp do tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2022 poz. 402 z późn. zm.)<sup>16</sup> IP musi posiadać:

- bezpośrednie zadaszone wejście z dojazdem umożliwiającym podjazd co najmniej dla jednego pojazdu;
- punkt rejestracji pacjentów i poczekalnię;
- pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala;
- co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne, wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.

Jednocześnie w przypadku braku organizacji oddzielnej IP dla oddziału położnictwa, w ramach oddziału zapewnia się osobne pomieszczenie przyjęć dla ciężarnych.

W IP zapewnia się możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną. Izolacja może się odbywać w oddzielnym pomieszczeniu, w przypadku, gdy izba przyjęć składa się co najmniej z trzech pomieszczeń zapewniających przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta. W sytuacji, gdy IP jest również miejscem przyjmowania dzieci, co najmniej jedno pomieszczenie oraz pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk są wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka.

W odniesieniu do wymaganego personelu, na IP musi zostać zapewniona całodobowa opieka:

- lekarska – w miejscu udzielania świadczeń (może być łączona z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala w sposób określony w przepisach porządkowych zakładu);
- pielęgniarska – w miejscu udzielania świadczeń;
- położnej (w przypadku świadczeń położniczo ginekologicznych i neonatologicznych) – w miejscu udzielania świadczeń (może być łączona z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala w sposób określony w przepisach porządkowych).

Finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielanych w ramach leczenia szpitalnego w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w izbie przyjęć, odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu Nr 102/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć<sup>17</sup>.

**Pediatria-hospitalizacja oraz pediatria-hospitalizacja planowa.** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.)<sup>18</sup> określa wykaz oraz warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego oraz poziom finansowania przejazdu środkami transportu sanitarnego w przypadkach niewymienionych w art. 41 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach.

Warunki realizacji świadczeń gwarantowanych, udzielanych w trybie hospitalizacji lub hospitalizacji planowej, dla obszaru pediatrii określone są w części normatywnej rozporządzenia oraz w załącznikach nr 3 i 4:

- warunki szczegółowe realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w poszczególnych komórkach organizacyjnych, określone są w zał. nr 3 (cz. I – hospitalizacja i hospitalizacja planowa) – szczegóły przedstawiono w tabeli poniżej;

<sup>16</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220000402> (data dostępu: 2.05.2023 r.)

<sup>17</sup> [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1416/Zarządzenie-102\\_2022\\_DSM](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1416/Zarządzenie-102_2022_DSM) (data dostępu:

<sup>18</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (t.j. Dz.U. z 2021 r. poz. 290 z późn. zm., <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20210000290>)

- warunki szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy dla świadczeń, które są udzielane po spełnieniu dodatkowych warunków ich realizacji, określa zał. nr 4.

**Tabela 13. Wymagania szczegółowe, jakie powinni spełnić świadczeniodawcy przy udzielaniu świadczeń gwarantowanych z zakresu pediatrii w trybie hospitalizacji i hospitalizacji planowej.**

Lp./ profil lub rodzaj komórki organizacyjnej	Warunki realizacji świadczeń	Hospitalizacja	Hospitalizacja planowa
36. Pediatria	Lekarze	1) równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie pediatrii, albo 2) równoważnik co najmniej 1 etatu - specjalista w dziedzinie pediatrii oraz równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem.	Równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie pediatrii.
	Pielęgniarki	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.	Równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów - specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.
	Organizacja udzielania świadczeń	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami dziecięcymi o profilu zachowawczym lub konsultacją realizowaną w ramach świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o ile świadczenia te realizowane są w miejscu udzielania świadczeń przez ten sam podmiot leczniczy).	Zapewnienie całodobowej opieki lekarskiej we wszystkie dni tygodnia (może być łączona z innymi oddziałami dziecięcymi o profilu zachowawczym lub konsultacją realizowaną w ramach świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, o ile świadczenia te realizowane są w miejscu udzielania świadczeń przez ten sam podmiot leczniczy).
	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	W miejscu udzielania świadczeń: 1) kardiomonitor; 2) aparat EKG 12-odprowadzeniowy; 3) pulsoksymetr; 4) źródło tlenu; 5) urządzenie ssące; 6) pompa infuzyjna.	1) kardiomonitor - w miejscu udzielania świadczeń; 2) aparat EKG 12-odprowadzeniowy – w lokalizacji.
	Zapewnienie realizacji badań	Laboratoryjnych (gazometria, badania biochemiczne, hematologiczne w tym układ krzepnięcia krwi i możliwość wykonania próby krzyżowej oraz badania płynu mózgowo-rdzeniowego) - w lokalizacji.	

Źródło: Zał. 3 do rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2021 r. poz. 290, z późn. zm.).

Finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielanych w ramach leczenia szpitalnego w ramach umowy pediatria-hospitalizacja, odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu nr 102/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.)<sup>19</sup>.

**Organizacja opieki szpitalnej na rzecz dzieci w kontekście funkcjonowania podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.** W 2017 roku powstał system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), tzw. sieć szpitali<sup>20</sup>. Zakwalifikowane do sieci szpitale, poza świadczeniami szpitalnymi, zapewniają pacjentom adekwatnie do ich stanu także opiekę specjalistyczną i świadczenia rehabilitacyjne. Dzięki umowie z Narodowym Funduszem Zdrowia szpitale zakwalifikowane do sieci

<sup>19</sup> [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/167/Zarządzenie-1\\_2022\\_DSOZ](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/167/Zarządzenie-1_2022_DSOZ) (data dostępu: 2.05.2023 r.)

<sup>20</sup> DZIAŁ IVB System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w: Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 poz. 2561, z późn. zm.)

szpitale mają zapewnioną ciągłość i stabilność finansowania. Kwalifikacja odbywa się raz na 4 lata, podczas której szpitale są kwalifikowane do jednego z sześciu poziomów PSZ.

Wyróżnia się sześć poziomów w ramach PSZ: trzy poziomy podstawowe (szpitale I, II i III stopnia), szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne oraz szpitale ogólnopolskie. Poziomy system zabezpieczenia są określane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych. Biorąc pod uwagę powyższe, wyróżnia się:

- szpitale I stopnia – chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, położnictwo i ginekologia (jeden z poziomów referencyjnych), neonatologia (jeden z poziomów referencyjnych), **pediatria**;
- szpitale II stopnia – chirurgia dziecięca, chirurgia plastyczna (w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8), kardiologia, neurologia, okulistyka, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, otorynolaryngologia, reumatologia (w przypadku określonym w art. 95m ust. 7 i 8), urologia;
- szpital III stopnia – chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, chirurgia naczyniowa (jeden z poziomów referencyjnych), choroby płuc, choroby płuc dla dzieci, choroby zakaźne, choroby zakaźne dla dzieci, kardiochirurgia, kardiochirurgia dla dzieci, kardiologia dla dzieci, nefrologia, nefrologia dla dzieci, neurochirurgia, neurochirurgia dla dzieci, neurologia dla dzieci, okulistyka dla dzieci, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, otorynolaryngologia dla dzieci, toksykologia kliniczna, toksykologia kliniczna dla dzieci, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci, urologia dla dzieci;
- poziom szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych:
  - dla szpitali onkologicznych – brachyterapia, ginekologia onkologiczna, chemioterapia hospitalizacja, chirurgia onkologiczna, chirurgia onkologiczna dla dzieci, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, onkologia kliniczna, radioterapia, terapia izotopowa, transplantologia kliniczna, transplantologia kliniczna dla dzieci,
  - dla szpitali pulmonologicznych – chemioterapia hospitalizacja, chirurgia klatki piersiowej, chirurgia klatki piersiowej dla dzieci, choroby płuc, choroby płuc dla dzieci;
- poziom szpitali pediatrycznych – wszystkie profile systemu zabezpieczenia dla dzieci w zakresie leczenia szpitalnego;
- poziom szpitali ogólnopolskich – wszystkie profile systemu zabezpieczenia w zakresie leczenia szpitalnego.

Podstawowym kryterium kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu systemu zabezpieczenia, jest spełnianie warunku co do wymaganej liczby profili systemu zabezpieczenia określonego rodzaju wskazanych dla danego poziomu. Kwalifikacji świadczeniodawcy do danego poziomu PSZ dokonuje się w oparciu o minimalną liczbę profili systemu zabezpieczenia określonego rodzaju – w przypadku szpitali I stopnia, gdzie wymieniany jest profil pediatria, wymagane są dwa profile systemu zabezpieczenia spośród wskazanych.

W przypadkach uzasadnionych koniecznością zapewnienia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jako kryterium kwalifikacji do danego poziomu systemu zabezpieczenia, może zostać ustalona mniejsza liczba profili systemu zabezpieczenia, w stosunku do liczby profili systemu zabezpieczenia wskazanej powyżej – w przypadku szpitali I stopnia nie może być jednak mniejsza niż jeden profil systemu zabezpieczenia.

#### **4.3.4. Programu pilotażowy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2022 r.<sup>21</sup> w sprawie programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej (dalej: pilotaż NiŚOZ) miało na celu przetestowanie nowego modelu organizacji opieki w przypadku

<sup>21</sup> <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20220001734> (data dostępu: 2.05.2023 r.)

konieczności uzyskania świadczenia w związku z nagłym zachorowaniem lub nagłym pogorszeniem stanu zdrowia, niebędącym stanem nagłym, przez:

- 1) platformę pierwszego kontaktu – od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 danego dnia do 8.00 następnego dnia oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 danego dnia do 8.00 następnego dnia;
- 2) centrum medycznej pomocy doraźnej, zwane dalej „centrum” – od poniedziałku do piątku w godzinach od 18.00 do 24.00 oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 24.00.

W ramach Centrum, stanowiącym funkcjonalnie wyodrębnioną część w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego, zapewniano następujące świadczenia:

- nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – zgodnie z zakresem świadczeń gwarantowanych nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz warunkami ich realizacji określonymi w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem warunków dotyczących godzin realizacji świadczeń, które zostały określone w § 3 ust. 1 pkt 2;
- z zakresu pediatrii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu lub chirurgii ogólnej – zgodnie z zakresem świadczeń i warunkami ich realizacji określonymi w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

Okres realizacji programu w etapie realizacji obejmował okres od dnia zakończenia etapu organizacji, natomiast etap ewaluacji dokonywany był dwukrotnie: po dwóch oraz po pięciu miesiącach trwania programu pilotażowego.

**Tabela 14. Podsumowanie warunków realizacji dla świadczeń udzielanych w ramach pilotażu NiSOZ.**

Wymagania	Pilotaż NŚOZ teleporada + pomoc doraźna (start: wrzesień 2022, przez 6 miesięcy)
Zakres świadczeń	Porada lekarska i/lub pielęgniarska przez system teleinformatyczny, ambulatoryjna lub w domu pacjenta. Wybrane świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach centrum medycznej pomocy doraźnej (CMPD)
Sprzęt i aparatura medyczna (minimum)	Rozszerzona diagnostyka: dodatkowo USG i RTG oraz dostęp do badań laboratoryjnych Rozszerzony zakres zabiegów: dodatkowo wybrane procedury zabiegowe ambulatoryjne, m.in. szycie ran, nacięcie ropnia, usunięcie ciała obcego, nastawienie złamania, założenie gipsu, itp.
Personel medyczny	A. Lekarz specjalista (lub w trakcie specjalizacji) w dziedzinie chirurgii, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, chirurgii ortopedycznej, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ortopedii i traumatologii, lub ortopedii i traumatologii narządu ruchu, B. Lekarz specjalista (lub w trakcie specjalizacji) w dziedzinie pediatrii lub chorób płuc dzieci, lub endokrynologii i diabetologii dziecięcej, lub gastroenterologii dziecięcej, lub kardiologii dziecięcej, lub nefrologii dziecięcej, lub neonatologii, lub onkologii i hematologii dziecięcej, lub pediatrii metabolicznej, lub medycyny rodzinnej
Inne wymagania	Dodatkowo: gabinet diagnostyczno-zabiegowy

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst.: RMZ MZ z dnia 11 sierpnia 2022 r. w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez platformę pierwszego kontaktu oraz centra medycznej pomocy doraźnej

Objaśnienia: A – dot. realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu chirurgii ogólnej oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu; B - realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu pediatrii.

Finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielanych w ramach ww. programu pilotażowego, odbywało się zgodnie z zasadami określonymi w zarządzeniu nr 131/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2022 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnianych przez centra medycznej pomocy doraźnej<sup>22</sup> – zgodnie z Katalogiem produktów rozliczeniowych/sprawozdawczych programu pilotażowego określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia.

<sup>22</sup> [https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1490/Zarządzenie-131\\_2022\\_DSM](https://baw.nfz.gov.pl/NFZ/document/1490/Zarządzenie-131_2022_DSM) (data dostępu: 2.05.2023 r.)

#### 4.3.5. Podsumowanie

Należy zauważyć, że w przypadku SOR, IP oraz NiŚOZ nie ma obecnie obowiązku posiadania w obsadzie lekarskiej specjalisty z dziedziny pediatrii. Najszersze możliwości, jeżeli chodzi o zapewnienie bazy łóżkowej, w tym przeznaczonych dla dzieci, mają SOR, a liczba łóżek ustalana jest przez kierownika tej komórki organizacyjnej. Natomiast w przypadku IP oraz NiŚOZ nie ma wymogu co do posiadania łóżek.

W poniższej tabeli przedstawiono porównanie najważniejszych warunków realizacji różnicujących organizację świadczeń udzielanych doraźnie na rzecz dzieci w izbie przyjęć, szpitalnym oddziale ratunkowym, oddziale pediatrycznym oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej.

Tabela 15. Porównanie warunków realizacji świadczeń udzielanych na rzecz dzieci.

Wymagania	IP	SOR	Oddział pediatryczny/ profil pediatria		NiŚOZ
			hospitalizacja	hospitalizacja planowa	
<b>Tryb udzielania świadczeń</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>w trybie planowym albo nagłym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>w trybie planowym</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>świadczenia gwarantowane udzielane:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>w warunkach ambulatoryjnych,</li> <li>w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy</li> </ul> </li> <li>porada lekarska udzielana w warunkach ambulatoryjnych w:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>bezpośrednim kontakcie ze świadczeniobiorcą, lub</li> <li>na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności</li> </ul> </li> </ul>
<b>Zakres świadczeń</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>przyjęcie do szpitala</li> <li>wykonywanie doraźne zabiegów</li> <li>udzielanie doraźnej pomocy ambulatoryjnej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>wstępna diagnostyka</li> <li>leczenie w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>proces diagnostyczno-terapeutyczny</li> <li>proces pielęgnowania i rehabilitacji (od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu a bo zgonu)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>porada lekarska</li> <li>świadczenia udzielane przez pielęgniarkę:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>zlecone przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wynikające z potrzeby zachowania ciągłości leczenia lub pielęgnacji</li> <li>doraźnie, w związku z poradą</li> </ul> </li> </ul>
<b>Czas funkcjonowania</b>	Całodobowo przez wszystkie dni tygodnia (24/7)	Całodobowo przez wszystkie dni tygodnia (24/7)	Całodobowo przez wszystkie dni tygodnia (24/7)	Całodobowo przez wszystkie dni tygodnia (24/7)	Noce (18:00–8:00) oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 dnia danego do godziny 8:00 dnia następnego

Wymagania	IP	SOR	Oddział pediatryczny/ profil pediatria		NiSOZ
			hospitalizacja	hospitalizacja planowa	
<b>Lekarz</b>	stała obecność (może być łączona z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala w sposób określony w przepisach porządkowych zakładu)	stała obecność co najmniej dwóch lekarzy: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ordynator oddziału – specjalista w dziedzinie medycyny ratunkowej</li> <li>• lekarze w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania oddziału (w tym co najmniej jeden lekarz przebywający stale)</li> </ul> <p><i>Dopuszcza się udział personelu realizującego NiSOZ w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w oddziale</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• równoważnik co najmniej 2 etatów (nie dotyczy dyżuru medycznego) – specjalista w dziedzinie pediatrii albo</li> <li>• równoważnik co najmniej 1 etatu - specjalista w dziedzinie pediatrii oraz równoważnik co najmniej 1 etatu - lekarz z I stopniem specjalizacji z doświadczeniem</li> </ul> <p><i>Opieka lekarska może być łączona z innymi oddziałami dziecięcymi o profilu zachowawczym lub konsultacją realizowaną w ramach NiSOZ, o ile świadczenia te realizowane są w miejscu udzielania świadczeń przez ten sam podmiot leczniczy</i></p>	równoważnik co najmniej 1 etatu (nie dotyczy dyżuru medycznego) - specjalista w dziedzinie pediatrii	posiadający prawo wykonywania zawodu
<b>Inny personel medyczny</b>	<p><b>Pielęgniarki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• stała obecność</li> </ul> <p><b>Położne:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• w przypadku świadczeń położniczo-ginekologicznych i neonatologicznych</li> </ul>	<p><b>Pielęgniarki lub ratownicy med.:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• pielęgniarka oddziałowa będąca pielęgniarką systemu albo ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu, posiadający wykształcenie wyższe i co najmniej 5-letni staż pracy w oddziale, koordynujący pracę pielęgniarek, ratowników medycznych, rejestratorek oraz personelu pomocniczego;</li> <li>• pielęgniarki lub ratownicy medyczni w liczbie niezbędnej do prawidłowego funkcjonowania oddziału</li> </ul>	<p><b>Pielęgniarki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów</li> <li>- specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub</li> <li>- w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub</li> <li>- po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub</li> <li>- w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego</li> </ul>	<p><b>Pielęgniarki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• równoważnik co najmniej 0,8 etatu na 1 łóżko, w tym równoważnik co najmniej 2 etatów</li> <li>- specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatr. lub</li> <li>- w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatr. lub</li> <li>- po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatr. lub</li> <li>- w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatr.</li> </ul>	<p><b>Pielęgniarki:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• posiadające prawo wykonywania zawodu</li> </ul> <p><i>Minimum jeden zespół lekarsko-pielęgniarski</i></p>
<b>Liczba łóżek</b>	Brak wymogu posiadania łóżek	Liczba łóżek ustalana przez kierownika podmiotu	Brak informacji o minimalnej liczbie łóżek		Brak wymogu posiadania łóżek
<b>Pomieszczenia</b>	1.W skład IP wchodzi:	1. W skład SOR wchodzi obszary:	1. Posiadać w strukturze organizacyjnej szpitala oddział anestezjologii i intensywnej terapii (OAIIT)		1. Warunki lokalowe: <ul style="list-style-type: none"> <li>• gabinet lekarski;</li> </ul>

Wymagania	IP	SOR	Oddział pediatryczny/ profil pediatria		NiSOZ
			hospitalizacja	hospitalizacja planowa	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• punkt rejestracji pacjentów i poczekalnia;</li> <li>• pomieszczenie zapewniające przeprowadzenie badań związanych z przyjęciem pacjenta do szpitala;</li> <li>• co najmniej jedno pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk i wózek-wannę, przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich.</li> </ul> <p>2. Jeżeli nie organizuje się osobnej IP dla oddziału położnictwa, w ramach oddziału zapewnia się osobne pomieszczenie przyjęć dla kobiet ciężarnych.</p> <p>3. Zapewnienie możliwości krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną.</p> <p>W przypadku, gdy IP jest również miejscem przyjmowania dzieci, co najmniej jedno pomieszczenie oraz pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone w natrysk są wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• segregacji medycznej, rejestracji i przyjęć;</li> <li>• resuscytacyjno-zabiegowy;</li> <li>• wstępnej intensywnej terapii;</li> <li>• terapii natychmiastowej;</li> <li>• obserwacji;</li> <li>• konsultacyjny;</li> <li>• zaplecza administracyjno-gospodarczego.</li> </ul> <p>2. W lokalizacji oddziału zapewnia się możliwość krótkotrwałej izolacji pacjenta, u którego stwierdzono chorobę zakaźną, lub z podejrzeniem zachorowania na chorobę zakaźną.</p> <p>3. W szpitalu znajdują się co najmniej:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową (ew. oddział chirurgii dziecięcej);</li> <li>• oddział chorób wewnętrznych (ew. oddział pediatrii);</li> <li>• oddział anestezjologii i intensywnej terapii (ew. oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci);</li> <li>• pracownia diagnostyki obrazowej;</li> <li>• miejsce udzielania świadczeń NiSOZ</li> </ul>			<ul style="list-style-type: none"> <li>• gabinet zabiegowy;</li> <li>• pomieszczenie do przechowywania dokumentacji medycznej oraz leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;</li> <li>• pomieszczenia sanitarne;</li> <li>• poczekalnia dla świadczeniobiorców</li> </ul> <p>2. Wyposażenie uzupełniające lokalu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• telefon stacjonarny;</li> <li>• stolik zabiegowy;</li> <li>• szafka przeznaczona do przechowywania leków, wyrobów medycznych i środków pomocniczych;</li> <li>• lodówka przeznaczona do przechowywania leków;</li> <li>• kozetka lekarska</li> </ul>
<b>Transport</b>	–	–		<ul style="list-style-type: none"> <li>• zapewnienie co najmniej dostępu do środka transportu sanitarnego, z uwzględnieniem wskazań medycznych</li> </ul>	–

Wymagania	IP	SOR	Oddział pediatryczny/ profil pediatria		NiŚOZ
			hospitalizacja	hospitalizacja planowa	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>i ciągłości postępowania oraz w przypadkach uzasadnionych medycznie dostęp do opieki lekarskiej porównywalnej z udzielaną przez specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego</li> </ul>		
<b>Badanie laboratoryjne</b>	TAK (w dostępie)	TAK (w dostępie)	TAK (w dostępie)	TAK (w dostępie)	NIE
<b>Badanie rentgenowskie klatki piersiowej</b>	TAK (w lokalizacji)	TAK (w dostępie)	TAK (w lokalizacji)	TAK (w dostępie)	NIE
<b>Badanie ultrasonograficzne płuc, brzucha</b>	TAK (w lokalizacji)	TAK (w dostępie)	TAK (w lokalizacji)	TAK (w dostępie)	NIE
<b>Tomografia komputerowa głowy i/lub szyi</b>	TAK (w dostępie)	TAK (w dostępie)	TAK (w dostępie)	TAK (w dostępie)	NIE

Źródło: opracowanie własne AOTMiT



## 5. Przegląd aktualnej organizacji opieki na rzecz dzieci

W niniejszym rozdziale przedstawiono ocenę zasobów łóżkowo-kadrowych oraz dostępności do świadczeń realizowanych na rzecz dzieci przez szpitale I stopnia PSZ oraz szpitale spoza PSZ, posiadające oddziały pediatryczne.

Analizie poddano otrzymane wraz z opinią Prezesa NFZ dane sprawozdawczo-rozliczeniowe za rok 2022 r., dotyczące realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne pediatria-hospitalizacja i pediatria-hospitalizacja planowa w szpitalach powiatowych (przede wszystkim w szpitalach z I stopnia PSZ oraz szpitalach spoza PSZ), posiadających w swoich strukturach oddział pediatryczny. Otrzymane dane odnosiły się do:

- liczby łóżek w oddziałach pediatrycznych, oraz ich obłożenia,
- personelu medycznego (lekarze, pielęgniarki) wykazanego do realizacji świadczeń,
- głównych schorzeń (wg kodu ICD-10) sprawozdawanych na oddziałach pediatrycznych,
- posiadania umowy w zakresie świadczeń realizowanych w IP, SOR oraz NiŚOZ.

Zakres danych ujęty w niniejszej analizie:

- uwzględniał informacje odnoszące się do szpitali z I stopnia PSZ oraz powiatowych, gminnych i miejskich spoza PSZ, ponieważ co do zasady są to podmioty lecznicze realizujące świadczenia gwarantowane na podstawowym poziomie (założono, że może u nich wystąpić ryzyko zamknięcia lub zawieszenia oddziału pediatrycznego);
- wyłączano dane ze szpitali, w których w 2022 r. zamknięto lub zawieszono działalność oddziału pediatrycznego;
- odrzucano dane z podmiotów jednoprofilowych – pediatrycznych – ze względu na prawdopodobny brak narażenia na zamknięcie oddziału pediatrycznego.

Szczegółowe wyniki przedstawiono w poniższych podrozdziałach.

### 5.1. Oddziały pediatryczne w szpitalach powiatowych w Polsce w 2022 r.

W odniesieniu do szpitali z oddziałami pediatrycznymi funkcjonującymi w 2022 r. stwierdzono, że w na koniec 2022 r. w 181 szpitalach I stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) oraz 3 szpitalach nienależących do PSZ funkcjonowało w Polsce łącznie 184 oddziałów pediatrycznych.

Ogółem w Polsce w 2022 r. zamknięto lub zawieszono 13 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych z siedmiu OW NFZ: Warmińsko-Mazurskim (4), Kujawsko-Pomorskim (2), Łódzkim (2), Wielkopolskim (2), Opolskim (1), Śląskim (1), Zachodniopomorskim (1).

W 2022 r. analizowane oddziały pediatryczne charakteryzowały się zróżnicowaną dostępnością łóżek – najwyższą liczbę łóżek na oddziale stwierdzono w Śląskim i Pomorskim OW NFZ (po 50), a z najniższą w Kujawsko-Pomorskim i Mazowieckim OW NFZ (po 6).

W analizowanych szpitalach przeważały szpitale posiadające w swoich strukturach IP – 102 szpitale (54,5%), natomiast SOR posiadało 85 szpitali (45,5%). W trzech OW NFZ: Lubelskim, Mazowieckim i Warmińsko-Mazurskim, stwierdzono po jednym szpitalu posiadającym zarówno SOR jak i IP w swoich strukturach.

Szczegółowe wyniki przedstawiono w tabeli poniżej.

**Tabela 16. Charakterystyka szpitali I stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz szpitalach nienależące do PSZ z oddziałem pediatrycznym na podstawie danych z 2022 r.**

OW NFZ	Szpitale I stopnia PSZ i poza PSZ z oddz. pediatrycznym:					
	liczba podmiotów ogółem w danym OW NFZ	liczba oddz. pediatrycznych zamkniętych lub zawieszonych w trakcie roku	liczba oddz. pediatrycznych obecnie funkcjonujących	liczba łóżek w oddz. pediatrycznych (min–max)	liczba szpitali z lzbą Przyjęć (IP)	liczba szpitali ze Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym (SOR)
Dolnośląski	16	0	16	7 – 26	10	6
Kujawsko-Pomorski	14	2	12	6 – 20	9	3
Lubelski	12	0	12	10 – 25	6	7
Lubuski	5	0	5	11 – 20	3	2
Łódzki	12	2	10	8 – 22	5	5
Małopolski	11	0	11	12 – 37	4	7
Mazowiecki	27	0	27	6 – 34	16	12
Opolski	7	1	6	10 – 20	3	3
Podkarpacki	9	0	9	9 – 24	5	4
Podlaski	12	0	12	8 – 22	4	8
Pomorski	10	0	10	15 – 50	6	4
Śląski	9	1	8	15 – 50	8	-
Świętokrzyski	3	0	3	12 – 20	1	2
Warmińsko-Mazurski	16	4	12	12 – 26	7	6
Wielkopolski	23	2	21	13 – 22	9	12
Zachodniopomorski	11	1	10	8 – 18	6	4

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.

## 5.2. Analiza oddziałów pediatrycznych pod kątem zagrożenia ewentualnym zamknięciem

**Liczba hospitalizacji.** Korzystając z danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za rok 2022 odnoszących się do liczby hospitalizacji na oddziałach pediatrycznych w szpitalach I stopnia PSZ i poza PSZ oszacowano liczbę ww. oddziałów pediatrycznych będących potencjalnie narażonych na ryzyko zamknięcia. Jako kryterium selekcji przyjęto zaproponowaną przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii liczbę hospitalizacji na poziomie poniżej 500 na rok.

Wyniki analizy w podziale na województwa wraz z liczebnością populacji pediatrycznej na danym obszarze administracyjnym i liczbą szpitali z wyższych poziomów PSZ przedstawiono w tabeli poniżej.

**Tabela 17. Liczba ww. oddziałów pediatrycznych szpitali I PSZ i poza PSZ, będących potencjalnie narażonych na ryzyko zamknięcia oraz liczba szpitali z wyższych poziomów PSZ, posiadające oddział pediatryczny.**

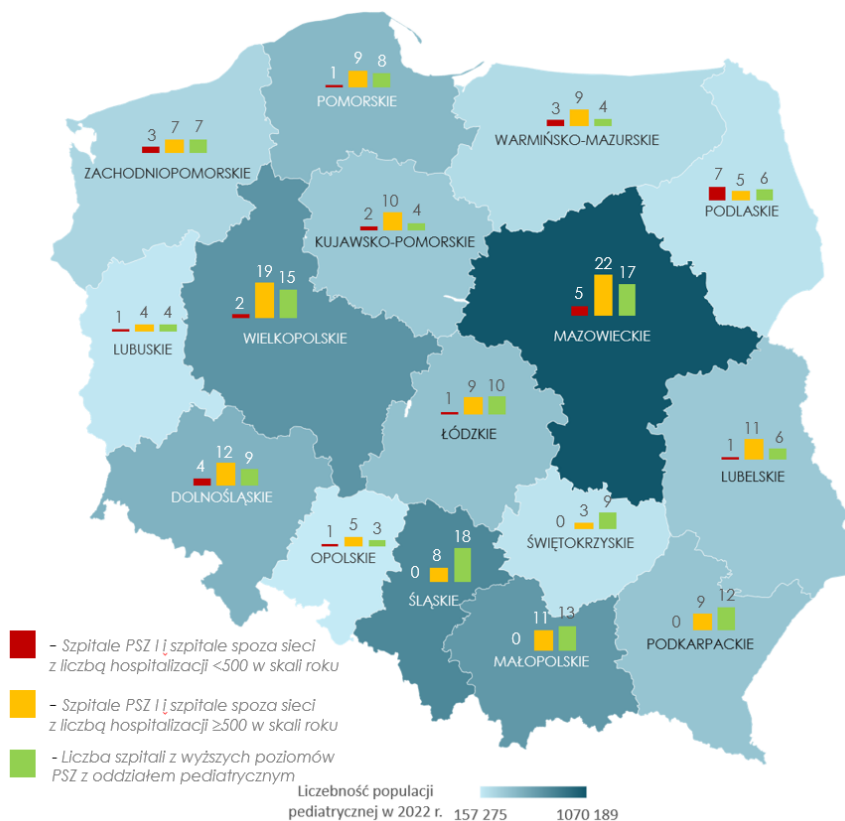
OW NFZ	Liczebność populacji pediatrycznej (wg GUS)	Liczba szpitali I stopnia PSZ i poza PSZ z oddziałem pediatrycznym		Liczba szpitali z wyższych poziomów PSZ z oddz. pediatrycznym
		z liczbą hospitalizacji <500 w skali roku w oddz. pediatrycznym	z liczbą hospitalizacji ≥ 500 w skali roku w oddz. pediatrycznym	
Dolnośląski	501 671	4	12	9
Kujawsko-Pomorski	368 979	2	10	4
Lubelski	367 319	1	11	6
Lubuski	179 741	1	4	4
Łódzki	412 615	1*	9	10
Małopolski	662 941	0*	11	13
Mazowiecki	1 070 189	5*	22	17
Opolski	157 275	1	5	3

OW NFZ	Liczebność populacji pediatrycznej (wg GUS)	Liczba szpitali I stopnia PSZ i poza PSZ z oddziałem pediatrycznym		Liczba szpitali z wyższych poziomów PSZ z oddz. pediatrycznym
		z liczbą hospitalizacji <500 w skali roku w oddz. pediatrycznym	z liczbą hospitalizacji ≥ 500 w skali roku w oddz. pediatrycznym	
Podkarpacki	391 759	0	9	12
Podlaski	208 818	7	5	6
Pomorski	466 961	1	9	8
Śląski	761 670	0	8	18
Świętokrzyski	200 502	0	3	9
Warmińsko-Mazurski	252 717	3	9	4
Wielkopolski	685 429	2	19	15
Zachodniopomorski	285 609	3	7	7

Objaśnienia: \* - ze względu na brak danych w analizie nie uwzględniono po jednym szpitalu z woj. łódzkiego i mazowieckiego oraz dwóch z woj. małopolskiego.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.; GUS 2022

Rysunek z mapą Polski wizualizującą powyższe dane przedstawiono poniżej.



Rysunek 1. Liczba oddziałów pediatrycznych szpitali I PSZ i poza PSZ w zależności od liczby hospitalizacji oraz liczba szpitali z wyższymi poziomami PSZ, które w 2022 r. posiadały oddział pediatryczny, w podziale na OW NFZ.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.; GUS 2022

Przyjmując, iż oddziały pediatryczne z liczbą hospitalizacji < 500 na rok są najbardziej narażone na ryzyko zamknięcia, na podstawie danych z 2022 r., oszacowano iż potencjalnym ryzykiem zamknięcia obarczone było 31 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych w Polsce, z czego największa liczba (siedem oddziałów) odnotowano w Podlaskim OW NFZ.

W szpitalach na terenie województwa mazowieckiego liczba hospitalizacji poniżej 500 w roku 2022 dotyczyła oddziałów pediatrycznych w pięciu szpitalach powiatowych, w województwie dolnośląskim – czterech szpitali powiatowych, w województwie warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim – trzech szpitali, w województwie kujawsko-pomorskim

i wielkopolskim – dwóch szpitali, a w województwie lubelskim, lubuskim, łódzkim, opolskim i pomorskim mała liczba hospitalizacji (<500) wystąpiła tylko w pojedynczych oddziałach pediatrycznych szpitali powiatowych.

W czterech województwach (małopolskim, podkarpackim, śląskim oraz świętokrzyskim) wszystkie oddziały pediatryczne w szpitalach I stopnia PSZ oraz w szpitalach poza PSZ wykazały liczbę hospitalizacji większą bądź równą 500, co zgodnie z przyjętym kryterium pozwala wnioskować, że żaden oddział pediatryczny szpitali powiatowych na ww. obszarach administracyjnych nie był narażony na zamknięcie.

**Obłożenie łóżek.** Poniżej przedstawiono średnie roczne obłożenia łóżek na oddziałach pediatrycznych w szpitalach I stopnia PSZ i poza PSZ w roku 2022, w podziale na poszczególne Oddziały Wojewódzkie NFZ.

**Tabela 18. Średnie roczne obłożenie łóżek na oddziałach pediatrycznych w 2022 r. w szpitalach powiatowych, w podziale na poszczególne OW NFZ.**

OW NFZ	Szpitale I stopnia PSZ i poza PSZ z oddziałem pediatrycznym w 2022 r.	
	liczba podmiotów w danym OW NFZ (n)	średnie roczne obłożenie łóżek w oddz. pediatrycznym (%) (min-max)
Dolnośląski	16	43,49% (16,25% - 64,07%)
Kujawsko-Pomorski	12	59,70% (38,12% - 96,58%)
Lubelski	12	54,66% (38,73% - 73,67%)
Lubuski	5	49,43% (35,47% - 73,65%)
Łódzki	10	54,73% (36,00% - 67,49%)
Małopolski	11	72,27% (21,03% - 117,03%)
Mazowiecki	27	49,50% (5,26% - 88,52%)
Opolski	6	48,29% (35,11% - 58,45%)
Podkarpacki	9	54,08% (25,00% - 76,89%)
Podlaski	12	45,44% (24,45% - 78,03%)
Pomorski	10	47,13% (30,75% - 71,60%)
Śląski	8	59,26% (37,17% - 81,33%)
Świętokrzyski	3	52,96% (36,56% - 62,95%)
Warmińsko-Mazurski	12	49,17% (34,61% - 56,93%)
Wielkopolski	21	40,33% (15,67% - 56,18%)
Zachodniopomorski	10	39,57% (23,96% - 75,73%)

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.

W przypadku szpitali powiatowych z oddz. pediatrycznymi stwierdzono, że w 2022 r.:

- poszczególne OW dysponowały zróżnicowaną liczbą szpitali powiatowych: najwięcej podmiotów było w Mazowieckim OW (27), a najmniej – w Świętokrzyskim OW (3),
- najwyższe średnie roczne obłożenie odnotowano w Małopolskim OW (72,27%), a najniższe – w Zachodniopomorskim OW (39,57%).

Jednocześnie należy mieć na uwadze, iż na wielkość obłożenia ma wpływ długość hospitalizacji pacjentów. Istnieje ryzyko, iż niektóre podmioty mogą zawyżać wartość obłożenia poprzez dłuższe przetrzymywanie pacjentów na hospitalizacji.

Korzystając z danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za rok 2022, odnoszących się do średniego rocznego obłożenia łóżek na oddziałach pediatrycznych w szpitalach I stopnia PSZ i poza PSZ, oszacowano liczbę ww. oddziałów pediatrycznych będących potencjalnie narażonych na ryzyko zamknięcia. Jako kryterium kwalifikujące oddział do zamknięcia przyjęto zaproponowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii obłożenie łóżek na oddziale poniżej 30% w skali roku.

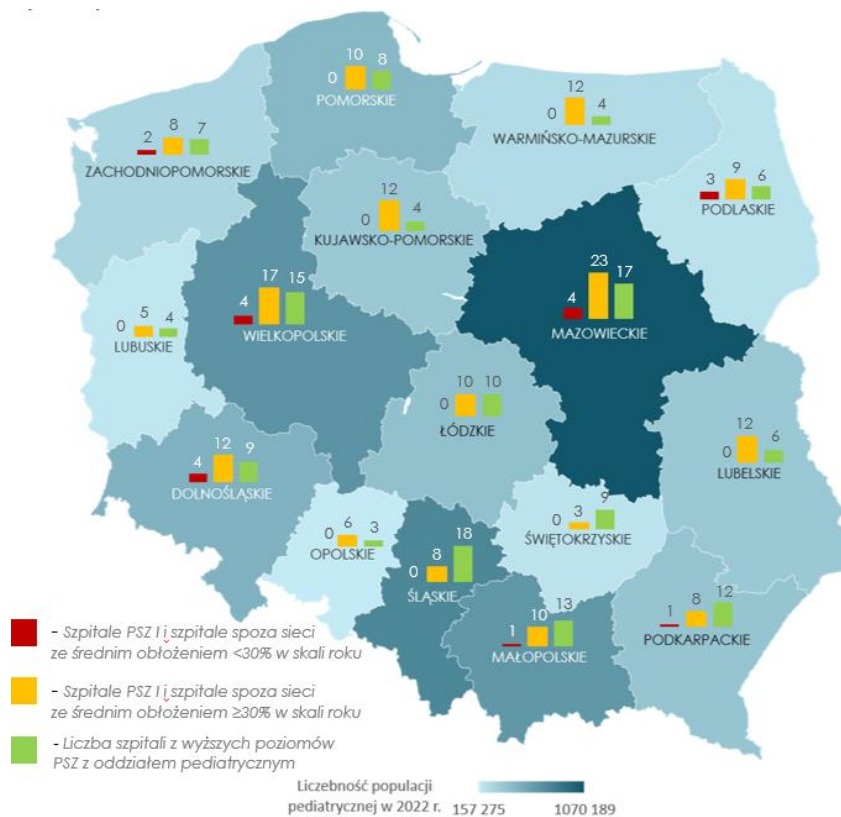
Wyniki analizy w podziale na OW NFZ wraz z liczebnością populacji pediatrycznej na danym obszarze administracyjnym i liczbą szpitali z wyższych poziomów PSZ przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 19. Liczba ww. oddziałów pediatrycznych szpitali I PSZ i poza PSZ, będących potencjalnie narażonych na ryzyko zamknięcia oraz liczba szpitali z wyższych poziomów PSZ, posiadające oddział pediatryczny.

OW NFZ	Liczebność populacji pediatrycznej (wg GUS)	Liczba szpitali I stopnia PSZ i poza PSZ z oddz. pediatrycznym		Liczba szpitali z wyższych poziomów PSZ z oddz. pediatrycznym
		ze średnim obłożeniem < 30% w skali roku w oddz. pediatrycznym	ze średnim obłożeniem ≥ 30% w skali roku w oddz. pediatrycznym	
Dolnośląski	501 671	4	12	9
Kujawsko-Pomorski	368 979	0	12	4
Lubelski	367 319	0	12	6
Lubuski	179 741	0	5	4
Łódzki	412 615	0	10	10
Małopolski	662 941	1	10	13
Mazowiecki	1 070 189	4	23	17
Opolski	157 275	0	6	3
Podkarpacki	391 759	1	8	12
Podlaski	208 818	3	9	6
Pomorski	466 961	0	10	8
Śląski	761 670	0	8	18
Świętokrzyski	200 502	0	3	9
Warmińsko-Mazurski	252 717	0	12	4
Wielkopolski	685 429	4	17	15
Zachodniopomorski	285 609	2	8	7

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.; GUS 2022

Rysunek z mapą Polski wizualizującą powyższe dane przedstawiono poniżej.



Rysunek 2. Liczba oddziałów pediatrycznych szpitali I PSZ i poza PSZ w zależności od średniego obłożenia łóżek w roku oraz liczba szpitali z wyższych poziomów PSZ, które w 2022 r. posiadały oddział pediatryczny, w podziale na OW NFZ.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.; GUS 2022

Przyjmując, iż oddziały pediatryczne z obłożeniem łóżek < 30% w skali roku są najbardziej narażone na ryzyko zamknięcia oszacowano, iż w skali kraju potencjalnym ryzykiem zamknięcia obarczone było 19 oddziałów pediatrycznych w Polsce, z czego największa liczba (po cztery oddziały) znajdowała się w szpitalach przynależnych do Mazowieckiego, Dolnośląskiego oraz Wielkopolskiego OW NFZ. W szpitalach na terenie Podlaskiego OW NFZ niskie obłożenie (poniżej 30%) dotyczyło oddziałów pediatrycznych w trzech szpitalach powiatowych, w Zachodniopomorskim OW NFZ – dwóch szpitali, a w Małopolskim i Podkarpackim OW NFZ – obłożenie <30% odnotowano tylko w pojedynczych oddziałach pediatrycznych szpitali powiatowych.

W większości OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Opolskim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim) oddziały pediatryczne w szpitalach I stopnia PSZ oraz w szpitalach poza PSZ w roku 2022 miały średnie obłożenie łóżek większe bądź równe 30%, co zgodnie z przyjętym kryterium pozwala wnioskować, że żaden szpital w dziewięciu ww. województwach nie był narażony na zamknięcie.

Poniżej przedstawiono tabelę prezentującą lokalizację szpitali powiatowych obciążonych ryzykiem zamknięcia oddziału pediatrycznego w podziale na województwa oraz z uwzględnieniem zaproponowanych przez Konsultanta Krajowego kryteriów potencjalnie kwalifikujących ww. oddział do zamknięcia.

**Tabela 20. Wykaz lokalizacji oddziałów pediatrycznych szpitali I PSZ i poza PSZ, będących potencjalnie narażonych na ryzyko zamknięcia z uwzględnieniem kryterium obłożenia <30% oraz liczby hospitalizacji <500 na rok, na oddziale pediatrycznym.**

OW NFZ	Powiat	Szpitali I stopnia PSZ i poza PSZ z oddz. pediatrycznym	
		z liczbą hospitalizacji <500 w skali roku	z obłożeniem < 30% w skali roku
Dolnośląski	świdnicki	TAK	TAK
	kłódzki	TAK	TAK
	zgorzelecki	TAK	TAK
	złotoryjski	TAK	TAK
Kujawsko-Pomorski	nakielski	TAK	NIE
	lipnowski	TAK	NIE
Lubelski	białski	TAK	NIE
Lubuski	słubicki	TAK	NIE
Łódzki	rawski	TAK	NIE
Małopolski	Tarnów	NIE	TAK
Mazowiecki	Warszawa	TAK	TAK
	żyrardowski	TAK	NIE
	grójecki	TAK	NIE
	węgrowski	TAK	TAK
	sierpecki	TAK	TAK
	sokołowski	NIE	TAK
Opolski	kluczborski	TAK	NIE
Podkarpacki	leski	NIE	TAK
Podlaski	augustowski	TAK	TAK
	hajnowski	TAK	NIE
	białostocki	TAK	NIE
	moniecki	TAK	TAK
	sokółski	TAK	NIE
	kolneński	TAK	NIE
	wysokomazowiecki	TAK	NIE
Pomorski	bielski	NIE	TAK
	sztumski	TAK	NIE
Warmińsko-Mazurski	olecki	TAK	NIE
	iławski	TAK	NIE
	kętrzyński	TAK	NIE

OW NFZ	Powiat	Szpitale I stopnia PSZ i poza PSZ z oddz. pediatrycznym	
		z liczbą hospitalizacji <500 w skali roku	z obłożeniem < 30% w skali roku
Wielkopolski	wolsztyński	TAK	TAK
	wągrowiecki	TAK	TAK
	czarnkowsko-trzcianecki	NIE	TAK
	jarociński	NIE	TAK
Zachodniopomorski	drawski	TAK	NIE
	świdwiński	TAK	NIE
	Świnoujście	TAK	NIE
	choszczeński	NIE	TAK
	goleniowski	NIE	TAK

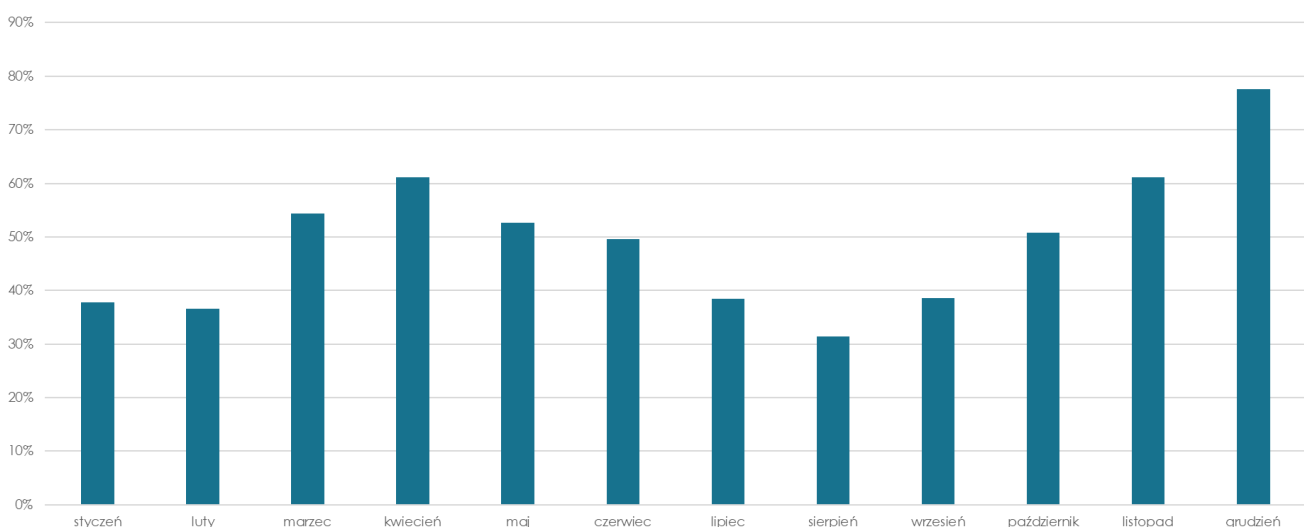
Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. danych sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ z 2022 r.

Mając na uwadze zaproponowane przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii kryteria świadczące o zwiększonym ryzyku zamknięcia się oddziału pediatrycznego, uwzględniając zarówno średnie obłożenie oddziałów pediatrycznych (średnie obłożenie na rok <30%) oraz liczbę hospitalizacji (liczba hospitalizacji na rok <500), można założyć, że w skali kraju potencjalnym ryzykiem zamknięcia w roku 2022 obarczone było w sumie 39 oddziałów pediatrycznych z 14 województw z czego aż 11 szpitali spełnia obydwa kryteria kwalifikacji (z 4 województw). Najwięcej oddziałów pediatrycznych obarczonych ryzykiem zamknięcia (8) znajdowało się w województwie podlaskim z czego dwa z nich charakteryzowały się w skali roku zarówno niskim średnim obłożeniem (<30%) jak i niską liczbą hospitalizacji (<500).

### 5.3. Sezonowość przyjęć na oddziałach pediatrycznych

Dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ za 2022 rok wskazują, że na oddziałach pediatrycznych występuje sezonowości przyjęć dzieci w ciągu roku, widoczna zarówno w poziomie średniego obłożenia łóżek, jak i poziomie liczby hospitalizacji (o podobnym trendzie tak w trybie przyjęć nagłym, jak i planowym).

W ujęciu ogólnopolskim w 2022 r. widoczne były dwa wzrosty średniego obłożenia łóżek: pierwszy – występujący w miesiącach marzec–czerwiec, drugi – w miesiącach październik–grudzień. Natomiast najmniejsze średnie obłożenie łóżek obserwowano w sierpniu (31,44%), a największe w grudniu (77,64%). Szczegóły przedstawiono na wykresie poniżej.

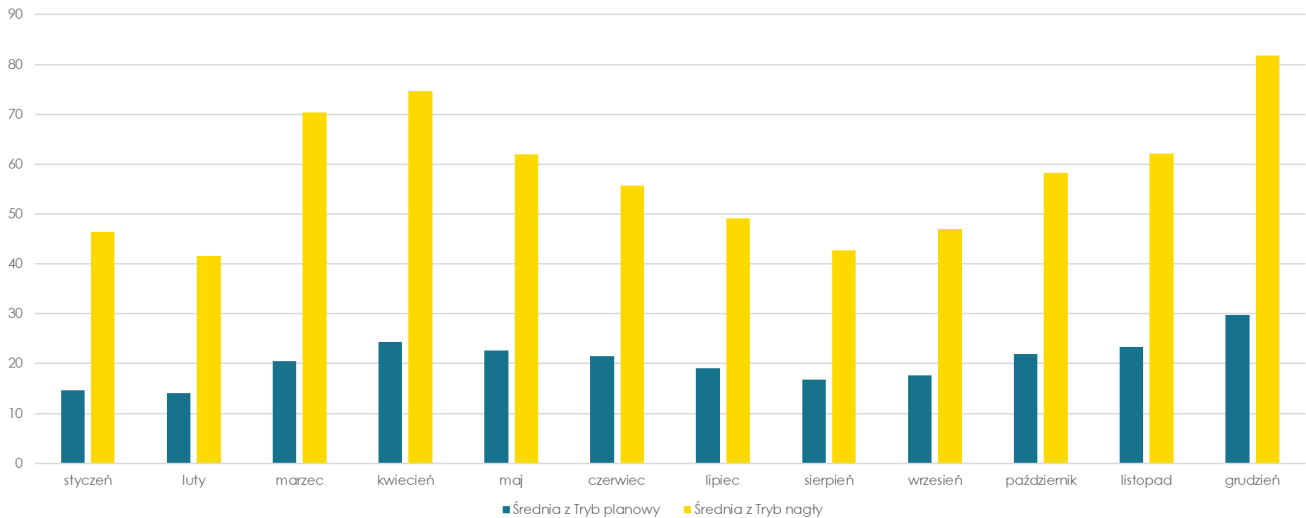


**Rysunek 3. Średnie obłożenie łóżek w poszczególnych miesiącach dla całej Polski dla szpitali PSZ I oraz spoza sieci z oddziałem pediatrycznym – na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za rok 2022.**

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ

Biorąc pod uwagę średnią liczbę hospitalizacji w trybie planowym i nagłym obserwujemy, analogicznie jak dla obłożenia, dwa szczyty: jeden w miesiącach od marca do czerwca oraz drugi od października do grudnia.

Poniżej przedstawiono wykres pokazujący zmianę średniej liczby hospitalizacji w poszczególnych miesiącach w ciągu roku.



**Rysunek 4. Średnia liczba hospitalizacji w trybie planowym i nagłym dla całej Polski dla szpitali PSZ I oraz spoza sieci z oddziałem pediatrycznym – na podst. danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za rok 2022.**

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podst. danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ

W ujęciu ogólnopolskim, w 2022 r. średnia liczba hospitalizacji zarówno w trybie nagłym, jak i planowym była najwyższa w grudniu i wynosiła 81,85 w trybie nagłym oraz 29,75 w trybie planowym. Łączna liczba hospitalizacji również w tym miesiącu była największa dla obu trybów (nagły: 14 652; planowy: 4 612). Najniższą średnią liczbę hospitalizacji odnotowano w lutym (średnio: 41,53 w trybie nagłym oraz 14,01 w trybie planowym), Również łączna liczba hospitalizacji była najniższa w lutym i wynosiła odpowiednio 7 268 oraz 2 004 dla trybu nagłego i planowego.

Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli poniżej.

**Tabela 21. Średnia dla obłożenia łóżek oraz suma i średnia z hospitalizacji w trybie nagłym i planowym w podziale na poszczególne miesiące dla szpitali PSZ I oraz spoza sieci z oddziałem pediatrycznym w Polsce – na podst. danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za rok 2022.**

Miesiąc	Średnie obłożenie łóżek (%)	Tryb nagłym		Tryb planowy	
		Suma hospitalizacji (n)	Średnia liczba hospitalizacji (n)	Suma hospitalizacji (n)	Średnia liczba hospitalizacji (n)
styczeń	37,81%	8 220	46,44	2 152	14,64
luty	36,62%	7 268	41,53	2 004	14,01
marzec	54,42%	12 814	70,41	3 209	20,44
kwiecień	61,13%	13 820	74,70	3 977	24,40
maj	52,64%	11 461	61,95	3 515	22,68
czerwiec	49,55%	10 248	55,70	3 356	21,51
lipiec	38,41%	8 901	49,18	2 853	19,02
sierpień	31,44%	7 733	42,72	2 526	16,84
wrzesień	38,58%	8 463	47,02	2 704	17,67
październik	50,80%	10 492	58,29	3 389	21,86
listopad	61,19%	11 247	62,14	3 716	23,37
grudzień	77,64%	14 652	81,85	4 612	29,75

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.



## 5.4. Najczęściej sprawozdawane schorzenia wg ICD-10

### 5.4.1. Rozliczane w systemie JGP

Bazując na danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r. dotyczących oddziałów pediatrycznych określono najczęstsze rozpoznania (wg ICD-10) sprawozdawane w systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP) w podmiotach ujętych w podstawowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (PSZ) (PSZ I stopnia) oraz szpitalach spoza PSZ. Wśród dziesięciu najczęściej występujących rozpoznań na oddziałach pediatrycznych znalazło się:

- A08.0 Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy,
- J18.8 Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami,
- A09 Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu,
- B34.9 Zakażenia wirusowe, nie określone,
- K52.9 Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nie określone,
- A08.4 Zakażenia wirusowe jelit, nie określone,
- J20.9 Ostre zapalenie oskrzeli, nie określone,
- R55 Omdlenie i zapaść,
- U07.1 COVID-19, wirus zidentyfikowany,
- R10.4 Inny i nieokreślony ból brzucha.

W tabeli poniżej przedstawiono szczegółowe dane odnoszące się do najczęściej sprawozdanych schorzeń u osób do 18 r.ż. Dane w tabeli przedstawiono względem krotności sprawozdanej ogółem w analizowanym okresie.

**Tabela 22. Najczęściej sprawozdawane rozpoznania (wg kodów ICD-10) w systemie jednorodnych grup pacjentów (JGP) w podmiotach ujętych w podstawowym systemie zabezpieczenia zdrowotnego (PSZ) w podmiotach PSZ I stopnia oraz szpitalach spoza PSZ, posiadających oddziały pediatryczne – w 2022 r.**

Rozpoznanie wg ICD-10:		Liczba pacjentów
kod	nazwa	
A08.0	Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy	11 715
J18.8	Zapalenie płuc wywołane innymi nie określonymi drobnoustrojami	11 499
A09	Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu	10 590
B34.9	Zakażenia wirusowe, nie określone	7 448
K52.9	Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nie określone	4 412
A08.4	Zakażenia wirusowe jelit, nie określone	4 233
J20.9	Ostre zapalenie oskrzeli, nie określone	3 961
R55	Omdlenie i zapaść	3 224
U07.1	COVID-19, wirus zidentyfikowany	3 205
R10.4	Inny i nieokreślony ból brzucha	2 635

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.

### 5.4.2. Rozliczane w izbie przyjęć (IP), szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej (NiŚOZ)

Bazując na danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ w 2021 r. i I półroczu 2022 r. dotyczących najczęstszych rozpoznań (wg ICD-10) dla populacji pediatrycznej sprawozdawanych na SOR, IP oraz NiŚOZ określono schorzenia z jakimi pacjenci pediatryczni najczęściej zgłaszali się do ww. komórek organizacyjnych na przestrzeni analizowanego okresu.

**Tabela 23. Najczęściej sprawozdane rozpoznania (wg kodów ICD-10) w IP – 2021 r. i I połowie 2022 r.**

Rozpoznanie wg ICD-10:		Liczba unikalnych osób		
kod	Nazwa	2021 r.	2022 r. (półrocze I)	Ogółem
<b>Izba Przyjęć</b>				
S93.4	Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	8 693	5 970	14 470
S60.0	Stłuczenie palca (palców) ręki bez uszkodzenia paznokcia	6 876	5 606	12 376
R10.4	Inny i nieokreślony ból brzucha	5 078	3 991	8 998
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła [przeziębienie]	5 062	3 233	8 198
S52.5	Złamanie nasady dalszej kości promieniowej	4 603	3 347	7 893
S00.0	Powierzchnowy uraz owłosionej skóry głowy	4 663	2 735	7 372
R11	Nudności i wymioty	3 853	3 520	7 311
J06.9	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych, nieokreślone	4 080	3 036	7 022
S62.6	Złamanie innego palca	3 904	3 075	6 910
S01.0	Otwarta rana owłosionej skóry głowy	4 597	2 286	6 860
<b>Szpitalny Oddział Ratunkowy</b>				
S93.4	Skręcenie i naderwanie stawu skokowego	23 279	16 493	39 253
S00.0	Powierzchnowy uraz owłosionej skóry głowy	21 288	12 402	33 532
R10.4	Inny i nieokreślony ból brzucha	19 074	14 363	33 118
S60.0	Stłuczenie palca (palców) ręki bez uszkodzenia paznokcia	16 321	13 119	29 204
S01.0	Otwarta rana owłosionej skóry głowy	16 355	8 767	25 022
S52.5	Złamanie nasady dalszej kości promieniowej	13 620	8 877	22 380
R11	Nudności i wymioty	10 947	9 427	20 152
S62.6	Złamanie innego palca	10 069	7 706	17 653
Z03.8	Obserwacja w kierunku podejrzanych innych chorób i stanów	11 918	5 165	16 921
R50.9	Gorączka, nieokreślona	8 952	6 453	15 261
<b>Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna</b>				
J00	Ostre zapalenie nosa i gardła [przeziębienie]	117 267	85 371	192 890
J06	Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim nieokreślonym	96 042	77 253	164 633
J02	Ostre zapalenie gardła	48 639	44 742	90 904
J04	Ostre zapalenie krtani i tchawicy	34 687	25 672	58 114
R11	Nudności i wymioty	31 189	26 737	56 960
J03	Ostre zapalenie migdałków podniebiennych	26 659	30 015	55 389
Z03	Obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne	31 960	20 426	51 380
R50	Gorączka o innej lub nieznannej przyczynie	28 548	21 267	49 090
J20	Ostre zapalenie oskrzeli	31 312	16 100	46 198
R05	Kaszel	26 971	16 667	42 793

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2021 r. i I połowy 2022 r.

Na podstawie powyższych danych dotyczących najczęściej sprawozdanych rozpoznań wg ICD-10 w roku 2021 oraz pierwszym półroczu 2022 roku, można stwierdzić, iż zarówno na SOR i IP pacjenci pediatryczni najczęściej trafiali z powodu: urazów (m.in. skręcenie i naderwanie stawu skokowego, otwarta lub powierzchowna rana owłosionej skóry głowy, złamanie nasady dalszej kości promieniowej, złamanie palca), nudności i wymiotów, nieokreślonego bólu brzucha.

Ponadto do SOR równie często zgłaszali się pacjenci z gorączką oraz celem obserwacji w kierunku podejrzanych innych chorób i stanów. W IP częstym rozpoznaniem było również przeziębienie lub ostre zakażenie górnych dróg oddechowych.

Na NiŚOZ pacjenci pediatryczni najczęściej zgłaszają się z: infekcjami dróg oddechowych (m.in. ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim nieokreślonym, ostre zapalenie krtani i tchawicy, ostre zapalenie gardła, kaszel), gorączką o innej lub nieznannej przyczynie, nudnościami i wymiotami lub celem obserwacji medycznej i oceny przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne.

## 5.5. Dostępność zasobów lekarzy pediatrów oraz pielęgniarek w szpitalach powiatowych w poszczególnych OW NFZ

W 2022 r. w przypadku szpitali I stopnia PSZ i poza PSZ w odniesieniu do personelu wykazywanego do realizacji umów w zakresie pediatria odnotowano na pojedynczy oddział pediatryczny:

- od 2 do 31 lekarzy pediatrów (w tym także lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii);
- od 5 do 60 pielęgniarek.

Szczegółowe dane w podziale na poszczególne Oddziały Wojewódzkie NFZ przedstawiono w tabeli poniżej.

**Tabela 24. Liczba lekarzy pediatrów oraz pielęgniarek wykazanych do realizacji umów na oddziałach pediatrycznych na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za rok 2022.**

OW NFZ	Liczba szpitali powiatowych posiadających oddz. pediatryczny	Liczba lekarzy pediatrów (n) wykazanych do realizacji umów w zakresie pediatria		Liczba pielęgniarek (n) wykazanych do realizacji umów w zakresie pediatria	
		ogółem w województwie	w poszczególnych powiatach (min. – max.)	ogółem w województwie	w poszczególnych powiatach (min. – max.)
Dolnośląski	16	124	5 – 20	261	6 – 33
Kujawsko-Pomorski	12	75	3 – 13	168	7 – 20
Lubelski	12	82	3 – 8	175	8 – 21
Lubuski	5	32	4 – 10	68	9 – 16
Łódzki	10	69	7 – 14	120	5 – 20
Małopolski	11	72	4 – 16	202	11 – 25
Mazowiecki	27	165	3 – 21	474	10 – 47
Opolski	6	49	4 – 12	95	10 – 24
Podkarpacki	9	63	4 – 15	153	9 – 30
Podlaski	12	69	2 – 9	223	9 – 47
Pomorski	10	67	3 – 14	166	12 – 23
Śląski	8	99	6 – 19	214	14 – 45
Świętokrzyski	3	18	5 – 7	70	17 – 32
Warmińsko-Mazurski	12	83	4 – 14	207	12 – 37
Wielkopolski	21	140	3 – 14	384	11 – 60
Zachodniopomorski	10	79	5 – 16	111	7 – 14

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ z 2022 r.

## 5.6. Podsumowanie

W odniesieniu do szpitali z oddziałami pediatrycznymi funkcjonującymi w 2022 r. stwierdzono, że w na koniec 2022 r. w 181 szpitalach I stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) oraz 3 szpitalach nienależących do PSZ funkcjonowało w Polsce łącznie 184 oddziałów pediatrycznych. Ogółem w Polsce w 2022 r. zamknięto lub zawieszono 13 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych z siedmiu OW NFZ. Przeważały szpitale posiadające w swoich strukturach IP – 102 szpitale (54,5%), natomiast SOR posiadało 85 szpitali (45,5%). W trzech OW NFZ: Lubelskim, Mazowieckim i Warmińsko-Mazurskim, stwierdzono po jednym szpitalu posiadającym zarówno SOR jak i IP w swoich strukturach.

Przyjmując, że oddziały pediatryczne z liczbą hospitalizacji < 500 na rok są najbardziej narażone na ryzyko zamknięcia, na podstawie danych z 2022 r., oszacowano iż potencjalnym ryzykiem zamknięcia obarczone było 31 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych w Polsce, z czego największą liczbę (siedem oddziałów) odnotowano w Podlaskim OW NFZ. W szpitalach na terenie województwa mazowieckiego średnia liczba hospitalizacji poniżej 500 w 2022 r. dotyczyła oddziałów pediatrycznych w pięciu szpitalach powiatowych, w województwie dolnośląskim – czterech szpitali powiatowych, w województwie warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim – trzech szpitali, w województwie kujawsko-pomorskim i wielkopolskim – 2 szpitale,

a w województwie lubelskim, lubuskim, łódzkim, opolskim i pomorskim mała liczba hospitalizacji (<500) wystąpiła tylko w pojedynczych oddziałach pediatrycznych szpitali powiatowych.

Drugim kryterium przyjętym do wytypowania oddziałów pediatrycznych obciążonych ryzykiem zamknięcia było obłożenie łóżek < 30%. Na podstawie danych z 2022 r. oszacowano, że potencjalnym ryzykiem zamknięcia obciążone było 19 oddziałów pediatrycznych w Polsce, z czego największa liczba (po cztery oddziały) znajdowała się w szpitalach przynależnych do Mazowieckiego, Dolnośląskiego oraz Wielkopolskiego OW NFZ. W szpitalach na terenie Podlaskiego OW NFZ niskie obłożenie (poniżej 30%) dotyczyło oddziałów pediatrycznych w trzech szpitalach powiatowych, w Zachodniopomorskim OW NFZ – dwóch szpitali, a w Małopolskim i Podkarpackim OW NFZ – obłożenie <30% odnotowano tylko w pojedynczych oddziałach pediatrycznych szpitali powiatowych.

Mając na względzie wyniki analizy, świadczące o tym, że w części szpitali powiatowych liczba hospitalizacji dzieci w oddziałach pediatrycznych w ciągu roku kształtowała się na poziomie <500, natomiast średnie roczne obłożenie łóżek w oddziałach pediatrycznych w niektórych szpitalach wynosiło <30%, istnieje potencjalne ryzyko, że w skali kraju ze względu na realizowany podstawowy zakres świadczonych usług część oddziałów może przeprofilować działalność. Według danych z analiz hospitalizacji dzieci w szpitalach powiatowych w 2022 r. takim ryzykiem obciążonych jest 39 oddziałów pediatrycznych z 14 województw, w szczególności 11 oddziałów pediatrycznych (z 4 województw), w których średnie roczne obłożenie łóżek wynosiło <30%, a liczba hospitalizacji nie przekraczała 500 w skali roku.

Analizując dane sprawozdawczo-rozliczeniowe NFZ można zauważyć występowanie pewnej sezonowości w odniesieniu do obłożenia łóżek, jak i liczby hospitalizacji (o podobnym trendzie tak w trybie przyjęć nagłym, jak i planowym), gdzie widoczne są dwa wzrosty ww. wartości: pierwszy – występuje w miesiącach marzec–czerwiec, natomiast drugi – w miesiącach październik–grudzień.

W 2022 r., wśród osób do 18 r. ż. najczęstszymi sprawozdawanymi schorzeniami (wg ICD-10) na oddziałach pediatrycznych szpitali I stopnia PSZ oraz szpitali spoza PSZ były przede wszystkim: A08.0 Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy, J18.8 Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami, A09 Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu, B34.9 Zakażenia wirusowe, nie określone, K52.9 Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nie określone, A08.4 Zakażenia wirusowe jelit, nie określone, J20.9 Ostre zapalenie oskrzeli, nie określone, R55 Omdlenie i zapaść, U07.1 COVID-19, wirus zidentyfikowany, R10.4 Inny i nieokreślony ból brzucha.

W zakresie zabezpieczenia dostępności personelu medycznego w 2022 r. obserwowano, że liczba wykazanych do realizacji umów w zakresie pediatria lekarzy na poszczególnych oddziałach waha się od 2 do 31 lekarzy pediatrów (w tym także lekarzy w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii) na pojedynczy oddział pediatryczny, natomiast dla pielęgniarek przedział ten wynosił od 5 do 60 pielęgniarek na pojedynczy oddział pediatryczny.

Podsumowując, powyższe analizy wskazują, iż na decyzję o zamknięciu oddziału pediatrycznego w danym podmiocie szpitalnym i powołania w jego miejsce punktu Pediatria Pomoc Doraźnej może mieć wpływ wiele czynników, m.in.: poziom hospitalizacji, obłożenia łóżek, czy obsada personelu medycznego.

## 6. Opinie ekspertów klinicznych oraz dyrektorów OW NFZ

W toku prac analitycznych, wystąpiono do dziewiętnastu ekspertów (trzech konsultantów krajowych z dziedziny medycyny oraz szesnastu dyrektorów OW NFZ) z prośbą o przekazanie opinii odnośnie projektu warunków realizacji świadczenia i kryteriów kwalifikacji pacjenta do przedmiotowego świadczenia. Jednocześnie zwrócono się z prośbą o odniesienie się do kwestii ewentualnego zakwalifikowania ocenianego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście zabezpieczenia potrzeb populacji pediatrycznej. Dodatkowo poproszono przedstawicieli OW NFZ o dane dotyczące m.in. dostępności personelu medycznego w poszczególnych województwach.

Do dnia 28.04.2023 r. otrzymano szesnaście opinii eksperckich dotyczących przedmiotowego świadczenia w tym dwie opinie ekspertów klinicznych oraz czternaście opinii przedstawicieli Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Podsumowanie najważniejszych informacji odniesieniu do warunków realizacji świadczeń realizowanych w ramach PPD oraz najważniejsze dodatkowe uwagi i propozycje ekspertów przedstawiono tabelach poniżej.

Tabela 25. Zestawienie uwag ekspertów do proponowanych warunków realizacji świadczeń realizowanych w ramach PPD.

Proponowane warunki realizacji wnioskowanego zakresu świadczeń realizowanych w ramach PPD	Uwagi i propozycje ekspertów
<p style="text-align: center;"><b>Zakres wykonywanych świadczeń</b></p>	<p><b>Badania laboratoryjne wnioskowane do usunięcia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ferrytyna (3 opinie),</li> <li>2. TSH (3 opinie),</li> <li>3. żelazo (2 opinie),</li> <li>4. magnez całkowity (2 opinie),</li> <li>5. gamma glutamylotranspeptydaza (1 opinia),</li> <li>6. odczyn opadania krwinek czerwonych (1 opinia).</li> </ol> <p><b>Proponowane dodatkowe procedury interwencyjne:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. płukanie żołądka (1 opinia),</li> <li>2. wlew doodbytniczy roztworu diwodorofosforanu sodu i fosforanu sodu (1 opinia),</li> <li>3. tlenoterapia (1 opinia).</li> </ol> <p><b>Proponowane dodatkowe badania laboratoryjne:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prokalcytonina (3 opinie),</li> <li>2. bilirubina całkowita (2 opinie),</li> <li>3. test combo (2 opinie),</li> <li>4. oznaczenie narkotyków we krwi (1 opinia),</li> <li>5. czas kaolinowo-kefalinowy (1 opinia),</li> <li>6. znormalizowany czas protrombinowy (1 opinia),</li> <li>7. grupa krwi (1 opinia),</li> <li>8. amylaza (1 opinia),</li> <li>9. mleczały w moczu (1 opinia),</li> <li>10. kinaza keratynowa (1 opinia),</li> <li>11. dehydrogenaza mleczanowa (1 opinia),</li> <li>12. troponina (1 opinia),</li> <li>13. test obecność paciorkowca (1 opinia),</li> <li>14. szybki test antygenowy (1 opinia).</li> </ol> <p><b>Proponowane dodatkowe badania obrazowe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. tomografia głowy (1 opinia),</li> </ol> <p><b>Pozostałe uwagi:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. procedura interwencyjna „Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów” realizowana w ramach PPD powinna zostać zastąpiona procedurą „Płynoterapia” (1 opinia)</li> </ol>
<p style="text-align: center;"><b>Wymagania formalne</b></p>	<p><b>Wnioskowane zmiany:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. zmiana wymagań formalnych z „IP lub SOR o profilu pediatria” na „IP lub SOR” (2 opinie),</li> <li>2. zmiana wymagań formalnych z „IP lub SOR o profilu pediatria” na „IP o profilu pediatria lub SOR o profilu pediatria” (2 opinie),</li> </ol>

Proponowane warunki realizacji wnioskowanego zakresu świadczeń realizowanych w ramach PPD		Uwagi i propozycje ekspertów
		<p>3. powiązanie PPD dodatkowo z POZ (np. wprowadzając obowiązek zawarcia umowy POZ z placówką udzielającą PPD z zapewnieniem obsady lekarskiej) (1 opinia),</p> <p>4. wprowadzenie zapisu o konieczności wyodrębnienia pomieszczenia dla pacjentów z wymagających izolacji (choroby zakaźne) (1 opinia),</p> <p>5. wprowadzenie zapisu o możliwości i warunkach umożliwiających pobyt opiekuna (1 opinia),</p> <p>6. w sytuacji braku możliwości uruchomienia PPD w SOR/IP należy rozważyć dopuszczenie infrastruktury dotychczas wykorzystywanej przez oddziały pediatryczne (1 opinia)</p> <p><b>Wnioskowana liczba łóżek:</b></p> <p>1. 2 łóżka (3 opinie),</p> <p>2. min. 2 łóżka (8 opinii),</p> <p>3. min. 2 łóżka z miejscem na dostawienie jednego dodatkowego łóżka w okresie nasilonych infekcji (1 opinia),</p> <p>4. 2-3 łóżka (2 opinie),</p> <p>5. 3-4 łóżka (1 opinia).</p>
<b>Personel</b>	<p>1. stała obecność lekarza:</p> <p>a. lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub</p> <p>b. lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii lub</p> <p>c. lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii lub</p> <p>d. lekarz specjalista w każdej innej dziedzinie o profilu pediatrycznym lub</p> <p>e. lekarz specjalista w zakresie medycyny rodzinnej</p> <p>2. stała obecność pielęgniarki - specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatrycznego.</p>	<p><b>Lekarz medycyny rodzinnej powinien:</b></p> <p>1. posiadać doświadczenie w leczeniu dzieci (1 opinia),</p> <p>2. odbyć szkolenie (kurs praktyczny) w zakresie postępowania w stanach nagłych u dzieci (1 opinia).</p> <p><b>Lekarz w trakcie specjalizacji powinien:</b></p> <p>1. ukończyć co najmniej 2 rok specjalizacji oraz posiadać doświadczenie potwierdzone przez prowadzącego specjalizację (1 opinia),</p> <p>2. odbyć co najmniej dwunastomiesięczne szkolenie specjalizacyjne w tym co najmniej ośmiotygodniowe na SOR (1 opinia),</p> <p>3. posiadać zgodę kierownika specjalizacji (1 opinia).</p> <p><b>Uprawnione do pracy powinna być również pielęgniarka:</b></p> <p>1. bez specjalizacji, ale posiadająca doświadczenie w pracy na oddziale pediatrycznym (2 opinie),</p> <p>2. ze specjalnością POZ (1 opinia).</p> <p><b>Uwagi dotyczące liczebności personelu:</b></p> <p>1. wymogi w zakresie personelu powinny zostać przedstawione bez wskazywania ilości etatów, z zastrzeżeniem posiadania lekarzy i pielęgniarek w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania komórki (1 opinia),</p> <p>2. w ramach personelu PPD powinno znajdować się dwie pielęgniarki (1 opinia).</p>
<b>Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną</b>	<p>W miejscu udzielania świadczeń:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ciśnieniomierz lekarski;</li> <li>stetoskop lekarski;</li> <li>elektrokardiograf;</li> <li>glukometr,</li> <li>waga ze wzrostomierzem;</li> <li>defibrylator, zestaw reanimacyjny;</li> <li>strzykawka automatyczna,</li> <li>pompa infuzyjna,</li> <li>pulsoksymetr,</li> <li>Źródło tlenu,</li> <li>urządzenie ssące,</li> <li>otoskop,</li> <li>inkubator,</li> <li>kardiomonitor,</li> <li>zestaw do wykonywania iniekcji,</li> <li>zestaw do wykonywania opatrunków,</li> <li>zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podst. art 68 ust.7</li> </ol>	<p><b>Wyposażenie wnioskowane do usunięcia z wykazu:</b></p> <p>1. inkubator (7 opinii).</p> <p><b>Wnioskowane dodatkowe wyposażenie (po 1 opinii):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>stół k do badania niemowląt,</li> <li>kozetka lekarska,</li> <li>waga niemowlęca,</li> <li>stolik zabiegowy,</li> <li>inhalator, nebulizator oraz komora inhalacyjna</li> <li>termometr,</li> <li>zestaw do płukania żołądka,</li> <li>zestaw do enemy,</li> <li>karty dawkowania leków w pediatrii (kolory dla poszczególnych przedziałów wagowych),</li> <li>pompa infuzyjna (jedna na łóżko),</li> <li>promiennik ciepła do badania niemowląt</li> </ol> <p><b>Pozostałe uwagi:</b></p> <p>1. należy doprecyzować, czy wszystkie urządzenia wchodzące w skład wyposażenia PPD mają być dodatkowo wyodrębnione w części pediatrycznej, czy mogą stanowić część wspólną z IP/SOR (np. elektrokardiograf, defibrylator – nie ma potrzeby dublowania) (1 opinia).</p>

Proponowane warunki realizacji wnioskowanego zakresu świadczeń realizowanych w ramach PPD		Uwagi i propozycje ekspertów
	ustawy z dnia 06.12.2001 prawo farmaceutyczne (Dz.U.2016, poz.2142, poz.2003 ze zm.).	
<b>Dostępność badań lub procedur medycznych</b>	w lokalizacji: 1. laboratoryjnych (pobrania materiału), 2. rentgenowskich, 3. ultrasonograficznych.	1. konieczność określenia czasu dostępu do wyników badań laboratoryjnych od momentu pobrania (1 opinia). 2. należy doprecyzować, iż wymienione badania i procedury medyczne będą dostępne w godzinach pracy PPD (1 opinia).
<b>Organizacja udzielania świadczeń</b>	tryb przyjęcia nagłe zachorowanie lub nagłe pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym – tj. stanem, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, 2112 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159);	1. konieczne jest doprecyzowanie maksymalnego czasu pobytu pacjenta w PPD (1 opinia). 2. przypadki nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym, finansowane są już przez NFZ w ramach NiŚOZ (1 opinia).
<b>Pozostałe wymagania</b>	1. wyodrębnione pomieszczenie w komórce organizacyjnej Izby Przyjęć lub SOR - co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka, 2. dostęp do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w miejscu udzielania świadczeń 3. umowa współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie pediatria - hospitalizacja w najbliższej lokalizacji	1. w komórce organizacyjnej IP/SOR powinno być wyodrębnione dwa pomieszczenia przeznaczone na PPD (jedno pomieszczenie: sala obserwacyjna 2-łóżkowa z możliwością pobytu opiekuna oraz łazienka wyposażona dla dziecka i opiekuna; drugie pomieszczenie: gabinet lekarski dostosowany do przyjmowania dzieci) (1 opinia). 2. należy zmienić zapis: „umowa współpracy z podmiotem udzielającym świadczeń w zakresie pediatria - hospitalizacja w najbliższej lokalizacji” na „(...) – hospitalizacja w najbliższym podmiocie leczniczym posiadającym realizującym świadczenia na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” (1 opinia).

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie otrzymanych opinii eksperckich.

Skróty: IP- izba przyjęć; NiŚOZ- Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna; PPD- Pediatria Pomoc Doraźna; SOR- szpitalny oddział ratunkowy.

Tabela 26. Zestawienie wybranych uwagi i propozycji ekspertów w doniesieniu do realizacji wnioskowanego świadczenia PPD.

Zagadnienie	Uwagi i propozycje ekspertów
<b>Zmiana trybu udzielania wnioskowanego zakresu świadczeń</b>	Pozytywna opinia dla trybu*: 1. całodobowego (we wszystkie dni tygodnia) (7 opinii), 2. podstawowego (w dni robocze 18:00–24:00, dni wolne od pracy całodobowo) (8opinii), 3. nocnego (w dni robocze 18:00–8:00, dni wolne od pracy całodobowo) (11 opinii), 4. dziennego (8:00–20:00) (1 opinia).
<b>Zmiana umowy z „pediatria - hospitalizacja” na „pediatria - hospitalizacja planowa”</b>	5. Zmiana umowy na hospitalizację planowaną w przypadku szpitali powiatowych nie powinna być brana pod uwagę (szpitale powiatowe nie zajmują się i nie powinny zajmować się leczeniem chorób przewlekłych) (2 opinie).
<b>Rozwiązania alternatywne dla przedmiotowego świadczenia</b>	Rozwiązania zaproponowane przez ekspertów: 1. Zapewnienie dyżuru lekarza pediatry w ramach NiŚOZ wraz z wprowadzeniem dodatkowego finansowania ww. personelu oraz wprowadzeniem współczynnika zwiększającego finansowanie za udzielone świadczenia: - w podmiocie realizującym NiŚOZ (5 opinii), - w ramach NiŚOZ organizowanej przy specjalistycznych szpitalach pediatrycznych (w których na dyżurze jest lekarz pediatra) (1 opinia), - dyżur lekarza pediatry lub lekarza medycyny rodzinnej co najmniej przez od 50 do 75 % czasu pracy poradni (1 opinia). 2. Zapewnienia dostępu do świadczeń lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii lub lekarza specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej w izbie przyjęć/SOR (dostęp całodobowy lub wyznaczonych godzinach) (2 opinie). 3. Stworzenie dobrze działających oddziałów pediatrycznych poprzez połączenie w miarę możliwości ośrodków i racjonalne wykorzystanie dostępnej kadry medycznej (1 opinia).

Zagadnienie	Uwagi i propozycje ekspertów
	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Przywrócenie trybu kontraktowania zakresu „pediatria – zespół opieki dziennej” co dałoby możliwość krótkich jednodniowych hospitalizacji diagnostycznych i terapeutycznych bez obciążania dyżurami nocnymi przy niskich wymaganiach kadrowych (1 opinia).</li> <li>5. Utworzenie Oddziału „pediatrii przejściowej” – z założeniem 1 etatu przeliczeniowego lekarza i 1 pielęgniarki i z hospitalizacją nie dłuższą niż 4 doby (po tym okresie wprowadzenie stawki degresywnej).</li> </ol>
<p><b>Mocne strony wnioskowanego świadczenia</b></p>	<p>Wśród mocnych stron świadczenia PPD wymieniano m.in.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Poprawa dostępności do świadczeń pediatrycznych oraz procedur interwencyjnych w miejscu, w którym funkcjonował wcześniej oddział pediatryczny z jednoczesnym wykorzystaniem dotychczasowych zasobów Świadczeniodawców.</li> <li>2. Zapewnienie ciągłości opieki w stanach nagłych zachorowań obniżających jakość życia i stanowiących zagrożenie życia poprzez zapewnienie dostępu do opieki specjalistycznej poza godzinami pracy POZ i NiŚOZ (w tym KK w dziedzinie pediatrii).</li> <li>3. Możliwość alokacji kadry do innych oddziałów pediatrycznych co wpłynie na poprawę ich funkcjonowania.</li> <li>4. Odciążenie NŚOZ zorganizowanej przy szpitalach specjalistycznych pediatrycznych (w szpitalu powiatowym dostępny będzie dyżur pediatryczny).</li> <li>5. Brak obowiązku utrzymania oddziału pediatrycznego w szpitalu powiatowym, co w konsekwencji będzie prowadziło do ograniczenia zwiększania wynagrodzenia dla lekarzy celem utrzymania nieefektywnych oddziałów, które nie są obłożone.</li> <li>6. Redukcja obciążenia szpitali dziecięcych specjalistycznych, IP oraz SOR.</li> <li>7. Możliwość wykonania wielu procedur medycznych bez konieczności przebywania w szpitalu co przyczynia się m.in. do zmniejszenia ekspozycji pacjentów pediatrycznych na patogeny szpitalne.</li> <li>8. Wzmocnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności lokalnej.</li> <li>9. Skrócenie czasu oczekiwania na uzyskanie pomocy doraźnej dla dzieci.</li> <li>10. Wypracowanie mechanizmu pozwalającego na szybkie reagowanie w przypadku braku lekarzy specjalistów na danym obszarze.</li> </ol>
<p><b>Słabe strony wnioskowanego świadczenia</b></p>	<p>Wśród słabych stron świadczenia PPD wymieniano m.in.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Brak uwzględnienia wprowadzenia kontrolingu jakości udzielanych świadczeń medycznych (KK w dziedzinie pediatrii).</li> <li>2. Pokrywanie się w znacznej części udzielanych świadczeń ze świadczeniami NiŚOZ oraz SOR/IP.</li> <li>3. W przypadku PPD działającym w trybie całodobowym istnieje ryzyko, że ruch pacjentów w godzinach pracy POZ zostanie przekierowany do szpitala do PPD co w konsekwencji będzie prowadziło do problemów kompetencyjnych pomiędzy PPD a POZ, tak jak teraz dzieje się w przypadku SOR.</li> <li>4. Konieczność delegacji dodatkowych środków finansowych.</li> <li>5. Brak personelu o odpowiednich kwalifikacjach chętnego do podjęcia pracy w zakresie świadczeń udzielanych w ramach PPD oraz w godzinach funkcjonowania PPD.</li> <li>6. Brak wprowadzenia mechanizmu angażującego w PPD lekarzy zatrudnionych w POZ co prowadzi do nierównomiernego wykorzystania kadry medycznej.</li> <li>7. Brak ścieżki postępowania z pacjentem w PPD.</li> <li>8. W przypadku wygegzekwowania od szpitali stworzenia NiŚOZ z „założenia zapewniającego opiekę zarówno dla dzieci jak i dorosłych” działającego przy SOR nie będzie opłacalne dla płatnika świadczeń finansowanie kolejnych miejsc pracy dla lekarza przyjmującego także dzieci.</li> <li>9. Przyjmowanie dzieci wyłącznie w trybie nagłym spowoduje brak dostępu do świadczeń związanych z podaniem wlewów dożylnych w trybie innym niż nagły (brak oddziału).</li> <li>10. Niewieka liczba podmiotów, do których dedykowano rozwiązanie.</li> <li>11. Ograniczenia wynikające z warunków lokalowych w IP i SOR (konieczność wyodrębnienia przestrzeni przeznaczonej dla dzieci).</li> <li>12. Konieczność zapewnienia transportu oraz ustalania miejsc hospitalizacji i porad specjalistycznych.</li> <li>13. Konieczność przekazania pacjenta do dalszego leczenia lub zakończenia opieki diagnostyczno-zachowawczej z końcem dyżuru (w trybie niecałodobowym).</li> <li>14. Konieczność zorganizowania i dostosowania do udzielania świadczeń dodatkowych pomieszczeń w ramach funkcjonujących izb przyjęć/SOR.</li> <li>15. Ryzyko koncentrowania pacjentów w jednym podmiocie leczniczym (tj. szpitalu, w którym funkcjonuje oddział pediatryczny).</li> <li>16. Wąski zakres badań i procedur medycznych.</li> <li>17. Kosztowna forma organizacji terapii – głównym składnikiem kosztowym będą koszty gotowości (opłacenia personelu medycznego).</li> </ol>

Źródło: opracowanie własne AOTMiT na podstawie otrzymanych opinii eksperckich.

Skróty: \* - część ekspertów wskazywała w swoich opiniach na kilka trybów; IP - izba przyjęć; NiŚOZ - Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna; PPD - Pediatria Pomoc Doraźna; SOR - szpitalny oddział ratunkowy.



## Podsumowanie opinii eksperckich

**Zakres świadczeń PPD.** W odniesieniu do załączonych do przedmiotowego zlecenia Ministra Zdrowia proponowanych przez Zespół NFZ warunków realizacji wnioskowanego zakresu świadczeń realizowanych w ramach PPD, eksperci zwrócili uwagę na konieczność wprowadzenia zmian odnośnie do zakresu wykonywanych świadczeń wnioskując za:

- usunięciem z wykazu badań laboratoryjnych badań takich jak: ferrytyna (3 opinie, w tym Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii), TSH (3 opinie, w tym Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii), żelazo (2 opinie, w tym Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii), magnez całkowity (2 opinie), gamma glutamylotranspeptydaza (1 opinia) oraz odczyn opadania krwinek czerwonych (1 opinia);
- rozszerzeniem zakresu świadczenia o procedury interwencyjne tj.: płukanie żołądka (1 opinia), wlew doodbytniczy roztworu diwodorofosforanu sodu i fosforanu sodu (1 opinia), tlenoterapia (1 opinia);
- rozszerzeniem zakresu świadczenia o badania laboratoryjne tj.: prokalcytonina (3 opinie), bilirubina całkowita (2 opinie), test combo (2 opinie), oznaczenie narkotyków we krwi (1 opinia), czas kaolinowo-kefalinowy (1 opinia), znormalizowany czas protrombinowy (1 opinia), grupa krwi (1 opinia), amylaza (1 opinia), mleczały w moczu (1 opinia), kinaza keratynowa (1 opinia), dehydrogenaza mleczanowa (1 opinia), troponina (1 opinia), test obecność paciorkowca (1 opinia), szybki test antygenowy (1 opinia);
- dodaniem badań obrazowych: tomografia głowy (1 opinia);
- zastąpienie procedury interwencyjnej „Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów” procedurą „Płynoterapia” (1 opinia).

**Wymagania formalne.** W odniesieniu do przedstawionych wymagań formalnych wszyscy eksperci byli zgodni, iż w ramach PPD powinno być zapewnione 2 lub więcej łóżek, z czego dwóch ekspertów (w tym Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii) wnioskowało za 2–3 łózkami, dwóch za 3–4 łózkami, a trzech uznało, że optymalną liczbą będą 2 łóżka. Pozostałe uwagi z zakresu wymagań formalnych dotyczyły konieczności:

- zmiany wymagań formalnych z „IP lub SOR o profilu pediatria” na „IP lub SOR” (2 opinie) lub na „IP o profilu pediatria lub SOR o profilu pediatria” (2 opinie),
- powiązania PPD dodatkowo z POZ (1 opinia),
- wprowadzeniem zapisu o konieczności wyodrębnienia pomieszczenia dla pacjentów z wymagających izolacji (1 opinia) oraz o możliwości pobytu opiekuna (1 opinia).

**Personel medyczny.** Wszyscy eksperci wyrazili pozytywną opinię na temat możliwości udzielania świadczeń w ramach PPD przez lekarza medycyny rodzinnej, jednakże dwóch ekspertów zwróciło uwagę na konieczność posiadania przez ww. lekarza doświadczenia w leczeniu dzieci (1 opinia) lub odbycia szkolenia w zakresie postępowania w stanach nagłych u dzieci (opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii).

Trzech ekspertów odniosło się również do możliwości udzielania świadczeń w ramach PPD przez lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii wnioskując za wprowadzeniem dodatkowych wymagań tj. ukończenie co najmniej 2 roku specjalizacji oraz posiadanie doświadczenia w leczeniu dzieci potwierdzonego przez prowadzącego specjalizację (1 opinia), odbycie przez ww. lekarza co najmniej dwunastomiesięczne szkolenia specjalizacyjnego w tym co najmniej ośmiotygodniowego na SOR (1 opinia) lub posiadanie zgody na pracę w PPD od kierownika specjalizacji (1 opinia).

Część ekspertów odniosła się również do wymagań dotyczących personelu pielęgniarskiego wnioskując, aby:

- w ramach PPD znajdowały się dwie pielęgniarki (1 opinia),
- uprawnione do pracy były również pielęgniarki bez specjalizacji, ale posiadająca doświadczenie w pracy na oddziale pediatrycznym (2 opinie) lub pielęgniarki ze specjalnością POZ (1 opinia).

Ponad to jeden z ekspertów wyraził opinię, iż wymogi w zakresie personelu powinny zostać przedstawione bez wskazywania ilości etatów, z zastrzeżeniem posiadania lekarzy i pielęgniarek w liczbie niezbędnej do zabezpieczenia prawidłowego funkcjonowania komórki.

**Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną.** Eksperci odnieśli się również do wymaganego wyposażenia przedstawionego w projekcie świadczenia. W opinii siedmiu ekspertów (w tym Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii) nie ma konieczności posiadania inkubatora w PPD. Jednocześnie eksperci wnioskowali

o rozszerzenie listy wyposażenia m.in. o: stół do badania niemowląt i stół zabiegowy, kozetkę lekarską, wagę niemowlęcą, inhalator, komorę inhalacyjną, zestaw do płukania żołądka oraz zestaw do wlewów doodbytniczych, pompę infuzyjną, promiennik ciepła do badania niemowląt (po 1 opinii).

Dodatkowo jeden z ekspertów zaznaczył, że należy doprecyzować czy wszystkie urządzenia wchodzące w skład wyposażenia PPD mają być dodatkowo wyodrębnione w części pediatrycznej czy mogą stanowić część wspólną z IP/SOR.

**Organizacja i dostępność świadczeń PPD.** W odniesieniu do warunków organizacji udzielania świadczeń oraz dostępności do świadczeń zwrócono uwagę m.in. na konieczność doprecyzowania maksymalnego czasu pobytu pacjenta w PPD (1 opinia) oraz czasu dostępu do wyników badań laboratoryjnych od momentu pobrania (1 opinia).

**Tryb godzinowy udzielania świadczeń PPD.** W treści ankiety przygotowanej przez Agencję, eksperci zostali poproszeni o przedstawienie swoich opinii na temat proponowanych przez Zespół Roboczy NFZ trzech trybów godzinowych PPD. Wyrazili oni pozytywną opinię co do trybu: całodobowego (7 opinii w tym Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii), podstawowego (8 opinii), nocnego (11 opinii) a jeden z ekspertów (Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii) zaproponował dodatkowo, alternatywny do proponowanych, tryb dzienny (8:00–20:00).

**Alternatywne rozwiązania.** Wśród proponowanych przez ekspertów rozwiązań alternatywnych dla przedmiotowego świadczenia najczęściej proponowanym rozwiązaniem (7 opinii) było:

- zapewnienie dyżuru lekarza pediatry w ramach NiŚOZ wraz z wprowadzeniem dodatkowego finansowania ww. personelu oraz wprowadzeniem współczynnika zwiększającego finansowanie za udzielone świadczenia (w każdym podmiocie realizującym NiŚOZ/ przy specjalistycznych szpitalach pediatrycznych) (7 opinii).

Inne alternatywne rozwiązania obejmowały m.in.:

- zapewnienie dostępu do świadczeń lekarza pediatrii lub medycyny rodzinnej w izbie przyjęć/SOR (2 opinie),
- stworzenie dobrze działających oddziałów pediatrycznych poprzez połączenie w miarę możliwości ośrodków i racjonalne wykorzystanie dostępnej kadry medycznej (1 opinia),
- utworzenie oddziału „pediatria przejściowa”, gdzie hospitalizacja trwałaby nie dłużej niż 4 doby, a po tym okresie obowiązywałaby stawka degresywna (1 opinia),
- przywrócenie trybu kontraktowania zakresu „pediatria-zespół opieki dziennej” (1 opinia).

Dodatkowo Konsultant Krajowy w dziedzinie pediatrii przedstawił swoje negatywne stanowisko do co rozwiązania organizacyjnego polegającego na zmianie umowy z „pediatria-hospitalizacja” na „pediatria-hospitalizacja planowa” argumentując swoją opinię tym, iż szpitale powiatowe nie powinny zajmować się leczeniem chorób przewlekłych, z powodu których pacjenci wymagają przyjęć planowych.

### **Mocne i słabe strony wnioskowanego świadczenia.**

Wśród **mocnych stron** wnioskowanego świadczenia eksperci wymienili m.in.:

- poprawę dostępności do świadczeń pediatrycznych oraz procedur interwencyjnych w miejscu, w którym funkcjonował wcześniej oddział pediatryczny z jednoczesnym wykorzystaniem dotychczasowych zasobów Świadczeniodawców,
- zapewnienie ciągłości opieki w stanach nagłych zachorowań obniżających jakość życia i stanowiących zagrożenie życia poprzez zapewnienie dostępu do opieki specjalistycznej poza godzinami pracy POZ i NiŚOZ (w tym KK w dziedzinie pediatrii),
- redukcję obciążenia szpitali dziecięcych specjalistycznych, IP oraz SOR oraz NiŚOZ zorganizowanej przy szpitalach specjalistycznych pediatrycznych,
- możliwość wykonania wielu procedur medycznych bez konieczności przebywania pacjenta w szpitalu.

Wśród **słabych stron** wnioskowanego świadczenia eksperci wymienili m.in.:

- ryzyko, że ruch pacjentów w godzinach pracy POZ zostanie przekierowany do szpitala do PPD,
- pokrywanie się w znacznej części udzielanych świadczeń ze świadczeniami NiŚOZ oraz SOR/IP,

- 
- konieczność delegacji dodatkowych środków finansowych i kosztowna forma organizacji terapii – głównym składnikiem kosztowym będą koszty gotowości (opłacenia personelu medycznego),
  - brak personelu o odpowiednich kwalifikacjach chętnego do podjęcia pracy w zakresie świadczeń udzielanych w ramach PPD,
  - niewielka liczba podmiotów, dla których dedykowane jest PPD,
  - ograniczenia wynikające z warunków lokalowych w IP i SOR (konieczność wyodrębnienia przestrzeni przeznaczonej dla dzieci),
  - konieczność zapewnienia transportu oraz ustalania miejsc hospitalizacji i porad specjalistycznych,
  - brak uwzględnienia monitorowania jakości udzielanych świadczeń medycznych (KK w dziedzinie pediatrii).

## 7. Alternatywne rozwiązania względem proponowanego nowego rozwiązania organizacji udzielania świadczeń na rzecz dzieci

Założenia przedstawione w projekcie PPD opracowanym przez Zespół NFZ zakładają także umożliwienie realizacji świadczeń na wniosek dyrektora szpitala w dwóch innych trybach (do wyboru):

- tryb podstawowy
  - realizowany w dni robocze w godzinach 18:00–24:00 oraz w dni wolne od pracy całodobowo,
  - wymagający zabezpieczenia 2,06 etatu lekarza / tydzień,
  - roczny koszt ryczału za gotowość na poziomie 852 000,00 zł / rok;
- tryb nocny
  - realizowany w dni robocze w godzinach 18:00–8:00 oraz w dni wolne od pracy całodobowo<sup>23</sup>,
  - wymagający zabezpieczenia 3,11 etatu lekarza / tydzień,
  - roczny koszt ryczału za gotowość na poziomie 1 252 000,00 zł / rok.

Do rozwiązań alternatywnych względem przedmiotowego zakresu świadczeń, proponowanych przez ekspertów klinicznych wymienić należy m.in.:

- zapewnienie dyżuru lekarza pediatry w ramach NiŚOZ wraz z wprowadzeniem dodatkowego finansowania ww. personelu oraz wprowadzeniem współczynnika zwiększającego finansowanie za udzielone świadczenia (w każdym podmiocie realizującym NiŚOZ/ przy specjalistycznych szpitalach pediatrycznych),
- zapewnienie dostępu do świadczeń lekarza pediatrii lub medycyny rodzinnej w izbie przyjęć/SOR,
- stworzenie dobrze działających oddziałów pediatrycznych poprzez połączenie w miarę możliwości ośrodków i racjonalne wykorzystanie dostępnej kadry medycznej,
- przywrócenie trybu kontraktowania zakresu „pediatria-zespół opieki dziennej”.

Dodatkowo w ocenie AOTMiT w przypadku szpitali powiatowych i gminnych, w których zapewniana jest opieka pediatryczna na podstawowym poziomie, można byłoby alternatywnie do proponowanego zakresu świadczeń PPD, finansowanego w ramach ryczału, rozważyć finansowanie oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych również za pomocą ryczału.

<sup>23</sup> Komentarz analityczny: tożsame ramy czasowe jak przewidziane dla Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej

## 8. Proponowane przez AOTMiT warunki realizacji oraz zakres świadczeń Pediatricznej Pomocy Doraźnej

Uwzględniając otrzymane od ekspertów klinicznych oraz dyrektorów OW NFZ uwagi i sugestie dotyczące proponowanych przez Zespół Roboczy NFZ warunków realizacji i zakresu świadczeń udzielanych w ramach PPD, AOTMiT przygotowała, we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pediatrii, propozycję nowych warunków realizacji oraz zakresu świadczeń PPD (patrz tabele poniżej).

Tabela 27. Proponowane warunki realizacji świadczeń udzielanych w ramach PPD.

Lp./ profil lub rodzaj komórki organizacyjnej	Warunki realizacji świadczeń	Hospitalizacja
Pediatria pomoc doraźna	Wymagania formalne	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) realizacja świadczeń możliwa alternatywnie do oddziału pediatricznego;</li> <li>2) w strukturze organizacyjnej podmiotu Izba Przyjęć, o którym mowa w poz. 48, lub SOR, o którym mowa w poz. 47;</li> <li>3) w komórce organizacyjnej od 2 do 4 łóżek pediatricznej pomocy doraźnej.</li> </ol>
	Personel medyczny	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lekarze: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii lub</li> <li>2) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii (po ukończeniu drugiego roku specjalizacji w dziedzinie pediatrii oraz uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiające samodzielną pracę) lub</li> <li>3) lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie pediatrii lub</li> <li>4) lekarz specjalista w każdej innej dziedzinie o profilu pediatricznym lub</li> <li>5) lekarz specjalista w zakresie medycyny rodzinnej, po odbyciu kursu praktycznego w zakresie postępowania w stanach nagłych u dzieci.</li> </ol> </li> <li>2. Pielęgniarki: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) specjalista w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego, lub</li> <li>2) po kursie kwalifikacyjnym w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego, lub w trakcie kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa pediatricznego.</li> </ol> </li> </ol>
	Wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną	<p>W miejscu udzielania świadczeń (SOR lub IP):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) kozetka lekarska,</li> <li>2) stolik do badania niemowląt,</li> <li>3) waga niemowlęca,</li> <li>4) waga ze wzrostomierzem,</li> <li>5) elektrokardiograf,</li> <li>6) kardiomonitor,</li> <li>7) pulsoksymetr,</li> <li>8) defibrylator, zestaw reanimacyjny,</li> <li>9) urządzenie ssące,</li> <li>10) źródło tlenu,</li> <li>11) pompa infuzyjna,</li> <li>12) ciśnieniomierz lekarski,</li> <li>13) glukometr,</li> <li>14) strzykawka automatyczna,</li> <li>15) inhalator, nebulizator oraz komora inhalacyjna,</li> <li>16) otoskop,</li> <li>17) stolik zabiegowy oraz zestawy do wykonywania iniekcji i opatrunków,</li> <li>18) zestaw przeciwwstrząsowy zawierający produkty lecznicze określone w przepisach wydanych na podst. art 68 ust.7 ustawy z dnia 06.12.2001 prawo farmaceutyczne (Dz.U.2016, poz. 2142, poz. 2003 ze zm.),</li> <li>19) analizator parametrów krytycznych (15-parametrowy),</li> <li>20) analizator pomiaru CRP.</li> </ol>
	Zakres świadczeń	<p>Świadczenie obejmuje:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wywiad i badanie lekarskie,</li> <li>2) badania diagnostyczne, w tym laboratoryjne,</li> <li>3) iniekcje i wlewy dożylnie,</li> <li>4) inne niezbędne procedury diagnostyczno-terapeutyczne,</li> <li>5) monitorowanie stanu zdrowia dziecka w trakcie pobytu lub hospitalizacji związanej z pomocą doraźną.</li> </ol>
	Zapewnienie realizacji badań	<p>W lokalizacji:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) laboratoryjnych (pobrania materiału),</li> <li>2) rentgenowskich,</li> <li>3) ultrasonograficznych,</li> <li>4) tomografii komputerowej.</li> </ol>

Lp./ profil lub rodzaj komórki organizacyjnej	Warunki realizacji świadczeń	Hospitalizacja
	Organizacja udzielania świadczeń	1. W miejscu udzielania świadczeń pediatrycznej pomocy doraźnej: 1) wyodrębniona całodobowa opieka lekarska we wszystkie dni tygodnia (nie może być łączona z innymi komórkami organizacyjnymi szpitala); 2) wyodrębniona całodobowa opieka pielęgniarska we wszystkie dni tygodnia. 2. Tryb przyjęcia nagłe zachorowanie lub nagłe pogorszenia stanu zdrowia świadczeniobiorcy, które nie jest stanem nagłym – tj. stanem, o którym mowa w art. 3 pkt 8 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882, 2112 i 2401 oraz z 2021 r. poz. 159).
	Pozostałe wymagania	1) wyodrębnione pomieszczenie w komórce organizacyjnej Izby Przyjęć lub SOR – co najmniej jedno pomieszczenie oraz łazienka wyposażone w sposób dostosowany do przyjmowania dziecka; 2) dostęp do gabinetu diagnostyczno-zabiegowego w miejscu udzielania świadczeń, dostosowanego do przyjmowania dziecka; 3) umowa współpracy z najbliższym podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń w zakresie pediatria-hospitalizacja, na podstawie umowy zawartej z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Tabela 28. Proponowany zakres badań i procedur medycznych świadczonych w ramach PPD.

Kod ICD-9	Nazwa procedury/świadczenia
<b>Procedury interwencyjne</b>	
57.37	Cewn kowanie i pobranie moczu a bo popłuczyn z pęcherza do badania
89.522	Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami (z opisem)
89.540	Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
89.602	Pulsoksymetria
89.61	Monitorowanie systemowego ciśnienia tętniczego
93.94	Nebulizacja
93.964	Tlenoterapia
96.33	Płukanie żołądka
96.39	Wlew przezodbytowy – inne
99.97	Leczenie farmakologiczne
99.97900	Farmakoterapia doustna
99.97910	Farmakoterapia przy użyciu nebulizatora
99.18	Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów
99.218	Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie
99.97904	Farmakoterapia dożylna
<b>Badania laboratoryjne</b>	
A01	Badanie ogólne moczu (profil)
A19	Osad moczu
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)
G21	Czas protrombinowy (PT)
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)
I25	Amylaza
I81	Białko C-reaktywne (CRP)
I89	Bilirubina całkowita
L43	Glukoza z krwi żyłnej
M37	Kreatynina
N11	Mleczan
N13	Mocznik
N45	Potas (K)
O29	Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , BE)
O35	Sód (Na)

Kod ICD-9	Nazwa procedury/świadczenia
O75	Wapń zjonizowany (Ca <sup>2+</sup> )
O77	Wapń całkowity (Ca)
P41	Hemoglobina tlenkowa
V101	Wirus grypy typu A i B/ SARS-CoV-2/ RS Antygen
<b>Badania obrazowe</b>	
87.03	Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi (dotyczy przypadków po urazach głowy i/lub szyi i obejmuje wykonanie badania wraz z opisem wyniku)
87.440	RTG klatki piersiowej
88.733	USG płuc
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej
88.769	USG brzucha – inne

Źródło: opracowanie własne AOTMiT

Podsumowując, względem pierwotnej propozycji warunków realizacji PPD w powyższej modyfikacji warunków realizacji świadczeń PPD, w zakresie wymagań formalnych usunięto zapis o konieczności posiadania profilu pediatrycznego przez IP oraz SOR w strukturze, którego miałyby funkcjonować Pediatria Pomoc Doraźna. Dodatkowo wprowadzono zapis zwiększający w komórce organizacyjnej liczbę łóżek PPD – z min. 2 łóżek na wymóg posiadania od 2 do 4 łóżek. Zaproponowane warunki realizacji świadczeń uwzględniają również część uwag i sugestii zgłoszonych przez ekspertów klinicznych, tj. usunięto zapis o konieczności posiadania stetoskopu lekarskiego czy inkubatora na wyposażeniu PPD. Uwzględniono natomiast wymóg posiadania kozetki lekarskiej oraz stolika do badania niemowląt, analizatora parametrów krytycznych (15-parametrowy), analizatora pomiaru CRP.

W odniesieniu do zakresu świadczeń PPD wykaz został rozszerzony o jedno badanie obrazowe (87.03 komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi), trzy procedury interwencyjne (93.964 Tlenoterapia, 96.33 Płukanie żołądka, 96.39 Wlew przezodbytowy – inne) oraz siedem badań laboratoryjnych (G11 Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), G21 Czas protrombinowy (PT), I25 Amylaza, I89 Bilirubina całkowita, N11 Mleczan, P41 Hemoglobina tlenkowa, V101 Wirus grypy typu A i B/ SARS-CoV-2/ RS Antygen). Jednocześnie zgodnie z sugestiami ekspertów usunięto z pierwotnego wykazu badania laboratoryjne takie jak: C59 Odczyn opadania krwinek czerwonych, L05 Ferrytyna, L31 Gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP), L69 Hormon tyreotropowy (TSH), M87 Magnez całkowity (Mg), O95 Żelazo (Fe).

## 9. Analiza wpływu finansowania świadczenia opieki zdrowotnej ze środków publicznych na system ochrony zdrowia

### 9.1. Stanowisko Prezesa NFZ

W piśmie z dn. 11.05.2023 r. znak: NFZ-DSOZ-WLS.421.4.2023; 2023.150781.MP, Prezes NFZ wskazał, że skutek finansowy dla systemu ochrony zdrowia w sytuacji zakwalifikowania wnioskowanego zakresu świadczeń „Pediatria pomocy doraźnej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania.

### 9.2. Skutki finansowe dla systemu ochrony zdrowia – oszacowanie własne AOTMiT

W poniższym rozdziale przedstawiono proponowane wyceny poszczególnych elementów ocenianego świadczenia wraz z oszacowaniem przewidywanych wydatków płatnika publicznego związanych z przekształceniem Oddziału Pediatrycznego w punkt Pediatrycznej Pomocy Doraźnej, wynikających z opracowania analitycznego Wydziału Taryfikacji nr WT.541.14.2023 w sprawie ustalenia wyceny świadczenia zdrowotnego realizowanego w ramach pediatrycznej pomocy doraźnej.

*Komentarz: Szczegółową analizę opisową dotyczącą metodyki i sposobu przeprowadzania kalkulacji kosztów realizacji PPD zawiera opracowanie analityczne WT.541.14.2023 w sprawie ustalenia wyceny świadczenia zdrowotnego realizowanego w ramach pediatrycznej pomocy doraźnej.*

#### 9.2.1. Metodyka

Oszacowania kosztów świadczeń udzielanych w Podstawowej Pomocy Doraźnej dokonano na podstawie:

- danych finansowo- księgowych za rok 2021, będących w posiadaniu AOTMiT,
- cenników procedur przekazanych przez świadczeniodawców w ramach prowadzonych postępowań za lata 2017–2021,
- cenników komercyjnych,
- cennika POZ (Zarządzenie Nr 3/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 stycznia 2023 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna).

Analizy kosztów świadczenia Pediatrycznej Pomocy Doraźnej dokonano w podziale na następujące elementy składowe:

- gotowość do udzielania świadczeń (ryczałt),
- produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane (cena jednostkowa za pakiet):
  - pakiet badań laboratoryjnych
  - pakiet badań obrazowych.

#### 9.2.2. Ryczałt za gotowość

W celu określenia kosztów gotowości do udzielania świadczeń przyjęto średnie godzinowe stawki wynagrodzeń personelu (lekarza i pielęgniarki), zatrudnionego na oddziale pediatrycznym, po odcięciach wartości skrajnych i omnożeniu do 2023 roku, w wysokości odpowiadającej kosztom pracodawcy.

Dodatkowo uwzględniono koszty leków oraz wyrobów medycznych nieprzypisanych do pacjentów (tzw. leki i wyroby medyczne niskocenne), a także koszt infrastruktury (w tym koszty amortyzacji, koszty zarządu, wynagrodzeń i ubezpieczeń społecznych pozostałego personelu niemedyckiego oraz pozostałe koszty rodzajowe/eksploatacyjne) (tabela poniżej)).



Szacowany roczny koszt ryczałtu za gotowość do udzielania świadczeń wynosi 2 355 885,20 zł.

**Tabela 29. Ryczałt dla PPD.**

Kategoria kosztu	Stawka godzinowa (zł)	Stawka dobową (zł)	Koszt dobowy (zł)	Koszt miesięczny (zł)	Koszt roczny (zł)
Lekarz	155,85	3 812,40	6 454,48	196 216,19	2 355 885,20
Pielęgniarka	87,68	2 104,32			
Infrastruktura	14,03	336,70			
Leki i wyroby medyczne	8,38	201,06			

Źródło: opracowanie własne

### 9.2.3. Produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane

#### **Pakiet badań laboratoryjnych**

##### *Pakiet badań laboratoryjnych – I wariant*

Pakiet badań laboratoryjnych obejmuje 21 badań:

- Pakiet podstawowy – wykonanie minimum 3 badań laboratoryjnych,
- Pakiet rozszerzony – wykonanie minimum 5 badań laboratoryjnych.

##### *Pakiet badań laboratoryjnych – II wariant*

Pakiet badań laboratoryjnych obejmuje 21 procedur, przy czym wymagane jest wykonanie minimum 3 badań laboratoryjnych.

Koszt poszczególnych wariantów pakietów badań laboratoryjnych wyznaczono na podstawie średniej ceny badania, po odcięciach wartości skrajnych i mnożeniu do 2023 r., tj. 8,29 zł.

**Tabela 30. Średnie ceny badań laboratoryjnych, po odcięciach wartości skrajnych, mnożone do 2023 r.**

Kod procedury	Nazwa procedury/świadczenia	Średni koszt po odcięciach (zł)
A01	Badanie ogólne moczu (profil)	6,97
A19	Osad moczu	4,77
C55	Morfologia krwi, z pełnym różnicowaniem granulocytów	8,14
G11	Czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT)	7,40
G21	Czas protrombinowy (PT)	7,07
I17	Aminotransferaza alaninowa (ALT)	4,89
I19	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	4,76
I25	Amylaza	6,35
I81	Białko C-reaktywne (CRP)	8,24
I89	Bilirubina całkowita	4,68
L43	Glukoza z krwi żyłnej	4,72
M37	Kreatynina	4,88
N11	Mleczan	11,28
N13	Mocznik	4,79
N45	Potas (K)	4,10
O29	Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO <sub>2</sub> , pO <sub>2</sub> , HCO <sub>3</sub> , BE)	13,32
O35	Sód (Na)	4,12
O75	Wapń zjonizowany (Ca <sup>2+</sup> )	7,79

Kod procedury	Nazwa procedury/świadczenia	Średni koszt po odcięciach (zł)
O77	Wapń całkowity (Ca)	5,29
P41	Hemoglobina tlenkowąglowa	16,55
V101	Wirus grypy typu A i B/ SARS-CoV-2/ RS Antygen	33,98

Źródło: opracowanie własne

### Pakiet badań obrazowych

Pakiet badań obrazowych obejmuje 5 badań, przedstawionych w tabeli poniżej.

Koszt pakietu obrazowego wyznaczono na podstawie średniego kosztu, po odcięciach wartości skrajnych i omnożnikowaniu do 2023 r., tj. 129,38 zł.

Tabela 31. Średnie ceny badań obrazowych, po odcięciach wartości skrajnych, omnożnikowane do 2023 r.

Kod procedury	Nazwa procedury/świadczenia	Średni koszt po odcięciach (zł)
87.03	Komputerowa tomografia głowy i/ lub szyi (dotyczy przypadków po urazach głowy i/lub szyi i obejmuje wykonanie badania wraz z opisem wyniku)	361,64
87.440	RTG klatki piersiowej	59,55
88.733	USG płuc	79,53
88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej	71,85
88.769	USG brzucha – inne	74,31

Źródło: opracowanie własne

W wyniku przeprowadzonych analiz proponuje się niższe wartości produktów rozliczeniowych dodatkowo finansowanych. W wariantcie I dla pakietu laboratoryjnego podstawowego przyjęto trzykrotność średniej ceny, a dla pakietu rozszerzonego pięciokrotność średniej ceny badania. Natomiast w wariantcie II pakietu laboratoryjnego koszt pakietu obejmuje dziesięciokrotność średniej ceny badania. Dla pakietu obrazowego przyjęto średni koszt 1 badania (tabela poniżej).

Tabela 32. Produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane.

Nazwa pakietu		Liczba procedur	Średni koszt procedury (zł)	Koszt pakietu badań (zł)
I wariant	Pakiet laboratoryjny podstawowy	3	8,29	24,87
	Pakiet laboratoryjny rozszerzony	5	8,29	41,45
II wariant	Pakiet laboratoryjny	10	8,29	82,90
Pakiet badań obrazowych		1	129,38	129,38

Źródło: opracowanie własne

## 9.2.4. Oszacowanie wpływu na budżet płatnika

### Wariant I pakietu laboratoryjnego

W wyniku przeprowadzonych analiz szacowany miesięczny koszt funkcjonowania Pediatria Pomoc Doraźnej w przypadku świadczeniodawcy, który w 2021 r. zrealizował mniej niż 500 świadczeń, szacuje się średnio na 199 761,98 zł, z czego:

- 196 216,19 zł, przypadało będzie na część ryczałtu za gotowość do realizacji świadczeń,
- 3 545,79 zł, przypadało będzie na produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane.

Całkowity koszt udzielania świadczeń w przedmiotowym zakresie w skali kraju uzależniony jest od liczby świadczeniodawców, którzy przystąpią do ich realizacji. Roczny koszt funkcjonowania pojedynczego punktu Pediatria Pomoc Doraźnej szacuje się na około 2 398 434,70 zł.

Jednocześnie należy mieć na względzie, że w wyniku przekształcenia Oddziału Pediatrycznego w punkt Pediatrycznej Pomocy Doraźnej wydatki Płatnika wzrosną średnio o 2 161 196,60 zł, na co wpływ ma:

- wzrost wydatków z tytułu uruchomienia PPD,
- zmniejszenie wydatków z tytułu realizacji świadczeń, w PPD, na rzecz pacjentów, którzy byli dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale pediatrycznym, w ramach pobytów trwających 0–1 dni.

Szczegółowe dane zawarto w poniższej tabeli.

**Tabela 33. Średnie wartości na oddział w skali roku dla wariantu I.**

Kategoria kosztowa	Szacowana wartość
C. Roczny koszt funkcjonowania pojedynczego punktu Pediatrycznej Pomocy Doraźnej	2 398 434,70 zł
D. Wartość świadczeń na rzecz pacjentów hospitalizowanych przez 0-1 dni (pacjenci dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale, którym udzielane będą świadczenia w ramach PPD)	237 238,10 zł
<b>Zmiana wydatków Płatnika (A-B)</b>	<b>2 161 196,60 zł</b>

Źródło: opracowanie własne

Jednocześnie należy mieć na względzie, że wydatki na leczenie pacjentów dotychczas hospitalizowanych co najmniej 2 dni w przekształcanym oddziale, którzy zostaną przekazani do oddziału pediatrycznego w innym szpitalu, będą nadal ponoszone przez Płatnika. Ich wartość szacuje się na 1 731 561,82 zł rocznie.

#### Wariant II pakietu laboratoryjnego

W wyniku przeprowadzonych analiz szacowany miesięczny koszt funkcjonowania Pediatrycznej Pomocy Doraźnej w przypadku świadczeniodawcy, który w 2021 r. zrealizował mniej niż 500 świadczeń, szacuje się średnio na 201 033,91 zł, z czego:

- 196 216,19 zł, przypadało będzie na część ryczałtu za gotowość do realizacji świadczeń,
- 4 817,71 zł, przypadało będzie na produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane.

Całkowity koszt udzielania świadczeń w przedmiotowym zakresie w skali kraju uzależniony jest od liczby świadczeniodawców, którzy przystąpią do ich realizacji. Roczny koszt funkcjonowania pojedynczego punktu Pediatrycznej Pomocy Doraźnej szacuje się na około 2 413 697,77 zł.

Jednocześnie w wyniku przekształcenia Oddziału Pediatrycznego w punkt Pediatrycznej Pomocy Doraźnej wydatki Płatnika zmienią się średnio o 2 176 459,67 zł, na co wpływ ma:

- spadek wydatków z tytułu zaprzestania działalności oddziału,
- zmniejszenie wydatków z tytułu realizacji świadczeń, w PPD, na rzecz pacjentów, którzy byli dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale pediatrycznym, w ramach pobytów trwających 0–1 dni.

Szczegółowe dane zawarto w poniższej tabeli.

**Tabela 34. Średnie wartości na oddział w skali roku dla wariantu II.**

Kategoria kosztowa	Szacowana wartość
C. Roczny koszt funkcjonowania pojedynczego punktu Pediatrycznej Pomocy Doraźnej	2 413 697,77 zł
D. Wartość świadczeń na rzecz pacjentów hospitalizowanych przez 0-1 dni (pacjenci dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale, którym udzielane będą świadczenia w ramach PPD)	237 238,10 zł
<b>Zmiana wydatków Płatnika (A-B)</b>	<b>2 176 459,67 zł</b>

Źródło: opracowanie własne

Jednocześnie należy mieć na względzie, że wydatki na leczenie pacjentów dotychczas hospitalizowanych co najmniej 2 dni w przekształcanym oddziale, którzy zostaną przekazani do oddziału pediatrycznego w innym szpitalu, będą nadal ponoszone przez Płatnika. Ich wartość szacuje się na 1 731 561,82 zł rocznie.

---

### **9.2.5. Ograniczenia BIA**

- Brak możliwości oszacowania całkowitego wpływu na budżet płatnika ze względu na nieznaną liczbę świadczeniodawców, którzy będą realizować świadczenia w ramach pediatrycznej pomocy doraźnej.
- Oszacowanie kosztów funkcjonowania Pediatrycznej Pomocy Doraźnej w części przypadającej na produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane opiera się na uśrednionym koszcie pakietu laboratoryjnego i obrazowego (brak możliwości ustalenia liczby pacjentów, którym zostaną wykonane procedury z poszczególnych pakietów).

## 10. Kluczowe wnioski z oceny proponowanego nowego rozwiązania organizacyjnego pn. **Pediatria Pomoc Doraźna**

W odniesieniu do proponowanego włączenia do wykazu świadczeń gwarantowanych zakresu świadczeń pn. **Pediatria Pomoc Doraźna**, realizowanego w trybie całodobowym we wszystkie dni tygodnia, wskazać należy zarówno potencjalne korzyści, jak również ryzyka / zagrożenia.

### **Korzyści**

- Utrzymanie dostępności do świadczeń pediatrycznych oraz procedur interwencyjnych w miejscu, w którym funkcjonował wcześniej oddział pediatryczny, z jednoczesnym wykorzystaniem kwalifikacji i kompetencji personelu medycznego dotychczas zatrudnionego u danego świadczeniodawcy.
- Zapewnienie opieki pediatrycznej w stanach nagłych, poprzez zapewnienie całodobowego dostępu do specjalistycznych świadczeń udzielanych przez lekarza pediatrę lub lekarza medycyny rodzinnej, dodatkowo względem POZ i NiŚOZ (która nie zawsze zapewnia dostęp do ww. specjalistów).
- Skrócenie czasu oczekiwania na uzyskanie świadczeń pomocy doraźnej dla dzieci.
- Wypracowanie mechanizmu pozwalającego na szybkie reagowanie w przypadku braku lekarzy pediatrów na danym obszarze.
- Możliwość wykonania wielu procedur diagnostyczno-terapeutycznych bez konieczności przebywania na hospitalizacji w oddziale szpitalnym, co przyczynia się m.in. do zmniejszenia ekspozycji pacjentów pediatrycznych na patogeny szpitalne.

### **Zagrożenia**

- Potencjalne ryzyko, że pacjenci mogą być kierowani do PPD w godzinach udzielania świadczeń przez lekarza POZ, co w konsekwencji będzie prowadziło do problemów kompetencyjnych pomiędzy PPD a POZ.
- Pokrywanie się w znacznej części wykazu świadczeń udzielanych w PPD ze świadczeniami NiŚOZ oraz SOR i IP, co przekłada się na konieczność przygotowania kryteriów walidacji i weryfikacji uniemożliwiających jednocześnie sprawozdanie świadczenia w ramach PPD oraz IP czy SOR.
- Przyjmowanie dzieci wyłącznie w trybie nagłym przy wymaganych min. 2 łóżkach pediatrycznych może spowodować ograniczenie dostępu do procedur interwencyjnych, wymagających krótkiej hospitalizacji, związanych m.in. z podaniem wlewów dożylnych z uwagi na ograniczenie liczby łóżek.
- Potencjalne ryzyko niewystarczającej liczby lekarzy pediatrów i lekarzy medycyny rodzinnej do zapewnienia w trybie całodobowym świadczeń na rzecz dzieci w ramach PPD w części podmiotów leczniczych.
- Konieczność zorganizowania i dostosowania do udzielania świadczeń dodatkowych pomieszczeń (dostosowanych do potrzeb dzieci) w ramach funkcjonujących IP.
- Konieczność zapewnienia transportu oraz nawiązania współpracy z innym szpitalem, w którym funkcjonują oddziały: pediatryczny lub dziecięcy specjalistyczny, realizujące świadczenia w trybie hospitalizacji w ramach umowy z NFZ.
- Kosztowna forma organizacji opieki doraźnej, gdzie głównym składnikiem kosztowym będą koszty gotowości personelu, a także adekwatnego przystosowania infrastruktury i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w przypadku powiązania organizacyjnego PPD z IP.
- W szpitalach z SOR, przy których funkcjonuje NiŚOZ jest zapewniona doraźna opieka zdrowotna zarówno dla dzieci jak i dorosłych, w związku z tym może być potencjalnie nieopłacalne dla płatnika publicznego finansowanie dodatkowych miejsc pracy dla lekarzy przyjmujących tylko pacjentów pediatrycznych (w ramach PPD).

Pediatria Pomoc Doraźna powinna stanowić alternatywę w przypadku podjęcia decyzji o zamknięciu oddziału pediatrycznego w danym podmiocie szpitalnym. Jednocześnie należy podkreślić, że decyzja o przeprofilowaniu

---

działalności lub zamknięciu oddziału pediatrycznego powinna być poprzedzona szczegółową analizą zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej na rzecz dzieci oraz indywidualną oceną możliwości danego podmiotu leczniczego w zakresie potencjału wykonawczego, m.in. dostępności personelu medycznego (liczby i kwalifikacji), wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną oraz możliwości diagnostyczno-terapeutycznych w zakresie pediatrii zapewniających łącznie jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych.

Decyzja o zawarciu umowy na realizację przedmiotowego zakresu świadczeń powinna być podejmowana w oparciu o wniosek dyrektora szpitala powiatowego, w porozumieniu z dyrektorem właściwego OW NFZ, wojewodą oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pediatrii.

W ocenie AOTMiT w przypadku szpitali powiatowych i gminnych, w których zapewniana jest opieka pediatryczna na podstawowym poziomie, można byłoby alternatywnie do proponowanego zakresu świadczeń PPD, finansowanego w ramach ryczałtu, rozważyć finansowanie oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych również za pomocą ryczałtu.