



Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

Wydział Taryfikacji

Świadczenia gwarantowane obejmujące pobyt przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń

nr WT.541.8.2019

data ukończenia 2.09.2019 r.

Objaśnienia skrótów

Agencja/AOTMiT	Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji
bd.	brak danych
ICD-10	międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (ang. <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i>)
ICD-9 PL	międzynarodowa klasyfikacja procedur medycznych – wersja polska (ang. <i>International Classification System for Surgical, Diagnostic and Therapeutic Procedures</i>)
JGP	jednorodne grupy pacjentów
Metodyka	proces gromadzenia oraz przetwarzania danych niezbędnych do realizacji zadań związanych z ustaleniem taryfy świadczeń, jak również rodzaj i zakres gromadzonych informacji, opisany w dokumencie sporządzonym przez Agencję
MZ	Ministerstwo Zdrowia
nd.	nie dotyczy
NFZ/Płatnik	Narodowy Fundusz Zdrowia
OPK	ośrodek powstawania kosztów
r.ż.	rok życia
Ustawa o świadczeniach	Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019 roku, poz. 1373)

Spis treści

1. Problem decyzyjny	4
2. Taryfikowane świadczenie.....	5
2.1. Charakterystyka świadczenia	5
2.2. Aktualny sposób finansowania w Polsce	8
2.3. Analiza popytu i podaży.....	10
2.4. Stan finansowania w innych krajach	11
2.5. Cenniki komercyjne	11
2.6. Uwagi do świadczenia	12
3. Projekt taryfy.....	13
3.1. Pozyskanie danych.....	13
3.2. Analiza danych.....	14
3.3. Analiza wrażliwości.....	15
3.4. Projekt taryfy.....	16
4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej	17
4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego	17
4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej	18
5. Najważniejsze informacje i wnioski.....	19
6. Bibliografia	22
7. Spis tabel i rysunków	23
8. Załączniki.....	24

1. Problem decyzyjny

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi: zlecenie Ministra Zdrowia z 17.07.2019, znak IK:1725381.DS (data wpływu do AOTMiT 17.07.2019, w związku z art. 31la ust. 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie punktu II Planu Taryfikacji na 2019 tj.: „*Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego*”, w sprawie ustalenia taryfy dla utworzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, produktu rozliczeniowego: *Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności*

Przedmiotem raportu jest:

świadczenie pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie, w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,

wynikające z art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019 poz. 1127 z późn. zm.)

identyfikowane produktem rozliczeniowym Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: leczenia szpitalnego – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (zgodnie z art. 2 ust. 1 ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), określonymi w załączniku 1c do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe,

- 5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,

oraz w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie określonymi w załączniku 1 do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,

- 5.10.00.0000157 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

zwane dalej: *Koszt pobytu opiekuna*

2. Taryfikowane świadczenie

2.1. Charakterystyka świadczenia

Istotność świadczenia z punktu widzenia dziecka

Uczestnictwo rodziny/opiekunów w ramach opieki szpitalnej nad dzieckiem jest pożądane, aczkolwiek rodziny często stają przed wyzwaniami logistycznymi i finansowymi w realizacji tego celu. Chęć przebywania z chorym dzieckiem może powodować trudności z transportem, wyżywieniem i zakwaterowaniem, opieką nad innymi dziećmi lub członkami rodziny oraz utratą zarobków z powodu nieobecności w pracy (Difazio 2013).

Ważne jest, aby usługi opieki zdrowotnej były projektowane z uwzględnieniem zaangażowania rodziny, personel musi mieć świadomość i znać wyzwania stojące przed rodzinami w związku z noclegami i jego wpływem nad chorym dzieckiem. Obejmuje to podstawowe informacje takie jak odległość pomiędzy szpitalem a domem rodzinnym, dostępność noclegu, ograniczenia w zakresie zatrudnienia i transportu (Franck 2015).

Przeprowadzono niesystematyczny przegląd publikacji dotyczących pobytu opiekunów w szpitalu, a poszczególne wnioski zostały przedstawione poniżej.

W badaniu, w którym oceniano różne typy zakwaterowania rodziców, wykazano, że większość opiekunów hospitalizowanych dzieci przebywa w pokoju dziecka (77%). Kolejnym miejscem noclegowym w kategorii częstości jest własny dom rodziców lub dom krewnych/przyjaciół (ok 13%). Trzecie najczęściej spotykane zakwaterowanie dotyczyło noclegu w *Ronald McDonald House* (4,4%), a pozostała część (5,5%) obejmowała inne kwatery, w tym w hotel (2,4%), inny pokój zapewniony przez szpital (1,6%) lub inne nieokreślone zakwaterowanie (1,5%). Wnioski z tego badania sugerują, że nocleg rodziców w szpitalu dla dzieci hospitalizowanych różni się w zależności od czynników szpitalnych, rodzicielskich i dziecięcych. Wyniki badań wskazują że należy podjąć działania na rzecz rozwoju opieki skoncentrowanej na rodzinie, na poziomie lokalnym, regionalnym i krajowym, poszerzenia praktyk i strategii szpitalnych oraz wzmocnienia dostępnych alternatywnych rozwiązań w zakresie zakwaterowania rodzin (Franck 2015).

Stowarzyszenie *American Academy of Pediatrics* czerpiąc z kilkudziesięciu lat pracy z rodzinami, pediatrami, innymi pracownikami służby zdrowia i decydentami, określiło definicję opieki skoncentrowanej na pacjencie i rodzinie. W pediatrii opieka skoncentrowana na pacjencie i rodzinie opiera się na zrozumieniu, że rodzina jest podstawowym źródłem siły i wsparcia dziecka. Co więcej, takie podejście do opieki wskazuje, że informacje przekazywane przez rodziny, dzieci i młodych dorosłych są niezbędnymi składnikami podejmowania wysokiej jakości decyzji klinicznych, a pacjenci i rodzina są integralnymi partnerami w zakresie zespołu opieki zdrowotnej (AAP 2012).

W innym artykule wskazuje się na istotność wsparcia i obecności opiekuna pod kątem rozwoju psychicznego. Pacjent w wieku rozwojowym różni się od dorosłego chorego i wymaga specjalnych warunków leczenia i hospitalizacji. Dziecko ze względu na niedojrzałą psychikę, wrażliwą i podatną na urazy nie potrafi radzić sobie w nowych trudnych sytuacjach i szybko przystosowywać się do nowych warunków. Jest niesamodzielne, bezbronne, uzależnione od osób dorosłych.

Szpital w odróżnieniu od naturalnego środowiska domowego jest dla dziecka środowiskiem sztucznym, nowym i obcym. Pozbawia je stałej obecności matki i bliskich osób gwarantujących poczucie

bezpieczeństwa, ogranicza możliwość zaspokojenia wielu potrzeb rozwojowych i prowadzenia typowej dla wieku codziennej aktywności. Będąc w okresie intensywnego rozwoju psychofizycznego dziecko potrzebuje zaspokojenia podstawowych potrzeb psychicznych, jak: więzi emocjonalnej z matką, miłości, poczucia bezpieczeństwa, aktywności poznawczej i ruchowej, zabawy, nauki. Przebywanie w szpitalu, oddzielenie od rodziców i rodzeństwa naraża małego pacjenta na depryzację fundamentalnych potrzeb, naruszając jego sferę emocjonalną (Perek 2008).

Podsumowując, elementami opieki, które podyktowane są nie tylko względami ekonomicznymi, ale też troską o ograniczenie stresogennego wpływu środowiska szpitalnego na chore dziecko, są:

- hospitalizowanie małych dzieci wraz z matkami,
- skracanie okresu pobytu w szpitalu do niezbędnego minimum,
- tworzenie oddziałów dziennego pobytu,
- oddziałów chirurgii jednego dnia czy też tzw. hospitalizacji domowej (Perek 2008).

Wydatki związane z pobytem opiekuna

Zindywidualizowana opieka skoncentrowana na pacjencie jest warunkiem poprawy wyników chorych. Aby osiągnąć ten cel, należy rozważyć wpływ psychologiczny i ekonomiczny na całą rodzinę, ponieważ jest ona zazwyczaj najcenniejszym źródłem wsparcia dla pacjenta. Poważne choroby, urazy i hospitalizacja członka rodziny są stresorami sytuacyjnymi, które zakłócają równowagę rodziny; a w przypadku zaostrzenia problemów finansowych takie wydarzenia mogą doprowadzić do kryzysu rodzinnego. W pediatrii tego rodzaju stres często upośledza radzenie sobie i przystosowanie rodziców w nowej sytuacji (Difazio 2013).

Opieka nad pacjentem zawsze wiąże się z dodatkowymi wydatkami rodziców, aczkolwiek niewiele wiadomo na temat niemedycznych wydatków bezpośrednich ponoszonych przez rodziny hospitalizowanych dzieci. W badaniu zidentyfikowano następujące kategorie wydatków opiekunów podczas opieki: transport, zakwaterowanie, jedzenia, opieka nad dziećmi lub innymi osobami w domu, koszty dodatkowe (Difazio 2013).

Średnio całkowite wydatki stanowiły 1,43% nieskorygowanego rocznego dochodu rodziny. Długość pobytu, dochód brutto, odległość domu rodzinnego do szpitala były istotnie związane z całkowitymi wydatkami. Dodatkowo: rasa, diagnoza ortopedyczna, operacja planowa vs nagła, rodzaj ubezpieczenia i występowanie chorób współistniejących nie były istotnie związane z całkowitymi wydatkami rodziców. Pokonywanie odległości od miejsca zamieszkania rodziny do szpitala stanowiło 29,5% wariancji całkowitych wydatków, w związku z czym można wysunąć wniosek, że odległość od szpitala jest istotnym predykatorem całkowitych wydatków poniesionych podczas hospitalizacji chorego. Poniżej zestawiono najważniejsze informacje związane z wydatkami rodziny.

Tabela 1 Kategorie wydatków oraz wysokość wydatków rodziców/opiekunów (\$)

Kategoria wydatków (\$)	Min	Max	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe
Transport	1,90	3 180,00	216,45	125,84	443,23
Zakwaterowanie	0,00	1 314,00	194,79	0,00	345,26
Jedzenie	12,00	591,27	208,96	163,00	137,02
Opieka nad dziećmi lub innymi osobami w domu	0,00	600,00	43,42	0,00	107,83
Koszty dodatkowe	0,00	600,00	64,28	29,23	100,43
Łączne wydatki	17,00	4 745,00	736,21	446,08	804,15

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Difazio 2013

Tabela 2 Liczba godzin utraconych w pracy rodziców/opiekunów (h)

Godziny utracone w pracy (h)	Min	Max	Średnia	Mediana	Odchylenie standardowe
Matka	0	90	19,9	17	20,9
Ojciec	0	80	18,9	11	20,4
Członkowie rodziny/przyjaciele	0	70	3,2	0	10,8
Łączna liczba godzin straconych od pracy	0	168	41,9	38	36,2

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania Difazio 2013

Raport ten daje pewien wgląd w mało zbadane zjawiska doświadczane przez wszystkie rodziny z hospitalizowanym członkiem. Uderzające jest to, że chociaż wszystkie placówki pediatryczne wysokiej jakości aktywnie wspierają opiekę skoncentrowaną na rodzinie, jest tak mało informacji na temat wydatków i ich wpływu na życie rodzinne lub decyzje dotyczące opieki.

Potrzebne są zatem badania interwencyjne, które ocenią zdolność pomocy rodzinom w obniżaniu kosztów poprzez koordynację opieki nad pacjentem. Wreszcie, badania kosztów, które obejmują pełny zakres medycznych i niemedycznych wydatków z własnej kieszeni poniesionych przez rodziny, są konieczne do uchwycenia obciążenia, jakie wydatki na opiekę zdrowotną wpływają na dobrobyt rodziny. Polityka zdrowotna i społeczna powinna koncentrować się na zminimalizowaniu całkowitych kosztów hospitalizacji dla wszystkich stron, a nie tylko tych ponoszonych przez szpital (Difazio 2013).

Rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Pediatrycznego dotyczące opieki skoncentrowanej na pacjencie i rodzinie (AAP 2012)

Odnalezione, wybrane rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Pediatrycznego jednoznacznie mówią o tym że:

- Rodzicom lub opiekunom należy zaoferować możliwość przebywania z dzieckiem podczas procedur medycznych i oferowania wsparcia przed, w trakcie i po zabiegu.
- Rodziny powinny być zdecydowanie zachęcane do obecności podczas hospitalizacji ich dziecka, a pediatrzy powinni opowiadać się za większą wiedzą pracodawców dotyczącą znaczenia obecności rodziny podczas choroby dziecka.
- Projekt placówek opieki zdrowotnej powinien promować filozofię opieki skoncentrowanej na pacjencie i rodzinie, takiej jak opieka w jednym pokoju, miejsce do spania dla rodziny oraz dostępność kuchni i pralni oraz innych miejsc wspierających pobyt rodziny.

Nic tak bardzo nie zapewnia dziecku komfortu psychicznego i poczucia bezpieczeństwa, jak stała obecność opiekuna w czasie pobytu w szpitalu. Dlatego warto pamiętać, że taką możliwość daje prawo pacjenta do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej – tj. opieki, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Taka opieka nad dzieckiem-pacjentem może być sprawowana właśnie przez rodzica.

Przepisy nie precyzują szczegółowego sposobu realizacji tego uprawnienia. To, w jaki sposób zostanie zorganizowana możliwość przebywania rodzica z dzieckiem podczas jego leczenia w szpitalu, jest bowiem uzależnione od warunków organizacyjnych m.in. lokalowych danego szpitala. Dlatego sposób realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej powinien zostać szczegółowo określony w regulaminie organizacyjnym szpitala.

Niektóre placówki zapewniają rodzicom materace lub łóżka na salach chorych przy dziecku, w innych można skorzystać z przeznaczonych dla rodziców łóżek w osobnych pomieszczeniach lub hotelach przyszpitalnych. Często rodzicom udostępniane są także pomieszczenia, gdzie mogą przygotowywać

sobie posiłki czy gorące napoje. Najważniejsze jednak, aby w ramach swoich możliwości organizacyjnych i lokalowych, szpitale zapewniały rodzicom godziwe warunki przebywania z dziećmi (RPP 2016).

2.2. Aktualny sposób finansowania w Polsce

Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia związane pobylem opiekuna przy pacjencie jest ustawa o prawach pacjenta i Rzecznika praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. 2019 poz. 1127 z późn. zm.). Nowelizacja ustawy z dnia 16 maja 2019 r. wprowadziła doprecyzowanie przepisów dotyczących sprawowania w podmiotach leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, rozumianej jako opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Przepis ten został doprecyzowany, przez wskazanie, że przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiocie leczniczym, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego. Katalog praw wynikających z ustawy nie został zatem poszerzony, a jedynie doprecyzowany o grupę pacjentów, wobec których sposób realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej budził wątpliwości, zwłaszcza w kontekście pobieranych z tego tytułu opłat.

Zgodnie z uzasadnieniem nowelizacji ustawy dziecko ma prawo do tego, aby cały czas przebywali razem z nim w zakładach leczniczych ww. podmiotów rodzice albo opiekunowie. W związku z tym rodzicom należy stwarzać możliwie dogodne warunki pobytu razem z dzieckiem oraz zachęcać i ułatwiać im realizację tego prawa. Obecność osób bliskich jest korzystna dla dziecka, przyspiesza proces leczenia, łagodzi stres i wzmacnia poczucie bezpieczeństwa. **Pobyt rodziców albo opiekunów przy dziecku w szpitalu nie może narażać ich na ponoszenie dodatkowych wydatków** (ORKA 2019).

Zarządzenie Prezesa NFZ

W wyniku nowelizacji ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, utworzony został nowy produkt rozliczeniowy *Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności*. Utworzony produkt dedykowany jest świadczeniom stacjonarnym oraz całodobowym w rodzaju: *leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe* w przypadku świadczeń udzielanych w szpitalu oraz w rodzaju *świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane*. Zmiany zaimplementowano w następujących Zarządzeniach Prezesa NFZ:

- Zarządzenie nr 77/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.
- Zarządzenie nr 80/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe.

- Zarządzenie nr 83/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowo katalogi świadczeń dotyczące analizowanego świadczenia. W zakresie świadczeń z rodzaju leczenia szpitalnego, obecna taryfa wynosi 15 punktów, a rozliczanie odbywa się na podstawie osobodnia, po przedstawieniu niezbędnego oświadczenia przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego pacjenta a w przypadku osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności przekazanie kodu uprawnienia posiadającego orzeczenie. Świadczenie może być realizowane wyłącznie w trybie hospitalizacji, a możliwość sumowania dopuszczona jest w przypadku rozliczania JGP oraz produktów z katalogu produktów odrębnych. Dodatkowo nie ma możliwości do sumowania analizowanego świadczenia w przypadku wykazania 5.53.01.0000708 *Przedłużona hospitalizacja matki karmiącej piersią z powodu stanu zdrowia dziecka - od 5 doby od porodu*.

Tabela 3 Aktualna taryfa dla analizowanego świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego

Kod produktu i nazwa produktu	Wartość punktowa	Zakresy świadczeń	Tryb realizacji świadczeń			Uwagi	Możliwość sumowania	
		Wszystkie zakresy świadczeń	tryb ambulatoryjny	tryb jednodniowy	hospitalizacja		kat 1a	kat 1b
5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.	15	X			X	- za osobodzień, - do rozliczenia niezbędne oświadczenie przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta małoletniego lub posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, - bezwzględne przekazanie kodu uprawnienia w przypadku pacjenta posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, - dedykowany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1128), - nie można sumować z produktem o kodzie 5.53.01.0000708.	X	X

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Katalogu 1c zmienionego Zarządzeniem nr 77/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyspospecjalistyczne

Tabela poniżej prezentuje aktualną taryfę dla analizowanego świadczenia w zakresie świadczeń odrębnie kontraktowanych. Rozliczenie świadczeń odbywa się na podstawie osobodnia, oraz jak przypadku leczenia szpitalnego, po przedstawieniu odpowiedniego oświadczenia oraz orzeczenia w przypadku pacjentów o znacznym stopniu niepełnosprawności. Świadczenie może być realizowane wyłącznie w trybie hospitalizacji. Analizowane świadczenia można dosumować do następujących produktów: 5.10.00.0000058 *kompleksowe operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej*; 5.10.00.0000059 *operacyjne leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej*; 5.10.00.0000060

kompleksowe zachowawcze leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej; 5.10.00.0000061 rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych wrodzonej sztywności wielostawowej. W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 4 Aktualna taryfa dla analizowanego świadczenia w zakresie świadczeń odrębnie kontraktowanych

Kod produktu i nazwa produktu	Jednostka rozliczeniowa	Wartość punktowa produktu rozliczeniowego	Warunki wykonania			Uwagi
			świadczenie wykonywane w warunkach domowych	świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym	świadczenie wykonywane w trybie hospitalizacji	
5.10.00.0000157 koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	punkt	15,00			X	- za osobodzień; - do rozliczania z produktami : 5.10.00.0000058, 5.10.00.0000059, 5.10.00.0000060, 5.10.00.0000061; - do rozliczenia niezbędne jest przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego pacjenta zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik nr 15 do zarządzenia; - w przypadku opieki nad pacjentem posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności konieczne jest przekazanie kodu uprawnienia; - rozliczany wyłącznie w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz.1128).

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Załącznika nr 1 zmienionego Zarządzeniem nr 83/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie

2.3. Analiza popytu i podaży

W związku z tym, że świadczenie nie było dotychczas finansowane ze środków publicznych brak jest danych dotyczących realizacji danego świadczenia w Polsce. Poniżej przedstawiono dane dotyczące liczby osobodni wśród pacjentów do 18 roku życia oraz otrzymane od Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące szacunkowego udziału opiekunów przebywających przy chorym pacjencie.

Poniżej przedstawiono łączną rzeczywistą liczbę osobodni dzieci do 18 roku życia hospitalizowanych w 2018 roku, w następujących zakresach świadczeń: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe oraz świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Tabela 5 Łączna rzeczywista liczba osobodni hospitalizacji dzieci do 18 r.ż.

Wiek/długość pobytu	do 3 dni	od 4 do 7 dni	powyżej 7 dni	łącznie
do 3 lat	937 024	1 064 759	1 113 685	3 115 468
od 4 do 9 lat	321 716	286 999	216 969	825 684
od 10 do 14 lat	205 885	206 982	170 500	583 367
od 15 do 17 lat	143 157	161 178	133 343	437 678
Razem	1 607 782	1 719 918	1 634 497	4 962 197

Źródło: opracowanie własne na podstawie bazy danych NFZ

Na podstawie danych otrzymanych od Narodowego Funduszu Zdrowia oszacowano, że największa liczba opiekunów pozostaje z dziećmi hospitalizowanymi do 3 dni, a największy udział obserwuje się wśród opiekunów do 3 roku życia. Analizowane dane pozwalają wysnuć wniosek, że im pacjent jest starszy oraz dłużej hospitalizowany, obserwuje się mniejszą liczbę opiekunów, którzy pozostają przy chorym.

Średnio w całej populacji pacjentów 65% opiekunów pozostaje z małoletnimi pacjentami podczas hospitalizacji. W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 6 Szacunkowy % oraz liczbowy (osobodni) udział liczby opiekunów w zakresie pobytu z hospitalizowanym chorym

Wiek/długość pobytu	do 3 dni		od 4 do 7 dni		powyżej 7 dni		łącznie
	%	dni	%	dni	%	dni	
do 3 lat	100	937 024	90	958 283	80	890 948	2 786 255
od 4 do 9 lat	90	289 544	80	229 599	70	577 979	1 097 122
od 10 do 14 lat	70	144 120	60	124 189	50	291 684	559 992
od 15 do 17 lat	40	57 263	30	48 353	20	87 536	193 152
Suma końcowa		1 427 951		1 360 425		1 848 146	4 636 522

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez NFZ oraz na podstawie bazy danych NFZ

2.4.Stan finansowania w innych krajach

Nie odnaleziono informacji o stanie finansowania analizowanego świadczenia w innych krajach.

2.5.Cenniki komercyjne

W celu oszacowania kosztów dokonano badania cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanemu świadczeniu. Informacje o cenach komercyjnych poszczególnych świadczeń wyszukiwano za pomocą przeglądarki internetowej.

Odnaleziono 36 cen jednostkowych od 20 świadczeniodawców z całej Polski. Poszczególne ceny zostały uśrednione, skategoryzowane i umieszczone w poniższej tabeli. Analiza cenników wykazała, że najtańszy koszt pobytu opiekuna obserwuje się w szpitalach w kategorii: gminny, powiatowy oraz miejski natomiast najwyższe koszty ponoszone są w szpitalach klinicznych i innych. Średnia wartość cen, dla wszystkich typów odnalezionych placówek plasuje się na podobnym poziomie, co obecna taryfa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Tabela 7 Ceny komercyjne dotyczące pobytu opiekuna w szpitalu

Etykiety wierszy	Liczba świadczeniodawców	Liczba odnalezionych cen	Minimum	Maksimum	Średnia wartość
gminny, powiatowy, miejski	8	10,00	5,15	25,00	12,32
inny (MSWiA, wojskowe)	1	2,00	20,00	28,00	24,00
kliniczny	4	8,00	12,00	30,00	20,46
wojewódzki	7	16,00	3,33	30,00	14,75
RAZEM	20	36,00	3,33	30,00	15,86

Źródło: Opracowanie własne na podstawie odnalezionych cen komercyjnych

W większości odnalezionych cenników komercyjnych nie były podawane poszczególne składowe kosztów i stanowi to ograniczenie analizy. W 3 cennikach świadczeniodawców podano kategorie wydatków ponoszonych podczas pobytu opiekuna i były to: pranie pościeli, korzystanie z wężła sanitarnego (zimna woda, ciepła woda użytkowa, odbiór ścieków), a także korzystanie z pozostałych mediów (ogrzewanie, energia elektryczna, wywóz odpadów komunalnych, itp.), jak również usługi porządkowe.

2.6. Uwagi do świadczenia

Brak uwag.

3. Projekt taryfy

3.1. Pozyskanie danych

W ramach analizy danych dotyczących kosztów realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, wykorzystane zostały zweryfikowane i zaakceptowane dane finansowo-księgowe będące w posiadaniu AOTMiT, pozyskane w ramach dotychczasowych postępowań oraz umów o współpracy bieżącej za 2017 rok.

Analizowane świadczenie zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ może być realizowane we wszystkich zakresach świadczeń, zatem do obliczeń wytypowano świadczeniodawców wykonujących następujące rodzaje świadczeń: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, świadczenia odrębnie kontraktowane z pominięciem oddziałów dziennych.

Dane za 2017 rok obejmują łącznie 1 050 ośrodków powstawania kosztów od 159 świadczeniodawców. W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe zestawienie danych będących w posiadaniu Agencji w podziale na poziomy oraz kategorie szpitali. Największy wolumen danych będących przedmiotem opracowania pochodzi ze szpitali klinicznych na ogólnopolskim poziomie.

Tabela 8 Wolumen świadczeniodawców w podziale na poziomy oraz kategorie szpitali za 2017 r.

Poziom/kategoria szpitala	gminny, powiatowy, miejski	inny (MSWiA, wojskowe)	kliniczny	niepubliczny	wojewódzki	RAZEM
I poziom	18	-	-	3	2	23
II poziom	16	1	-	1	9	27
III poziom	3	-	-	1	23	27
ogólnopolski	-	6	43	-	1	50
onkologiczny	1	-	2	3	9	15
pediatryczny	1	-	-	-	2	3
poza siecią	-	-	-	7	-	7
pulmonologiczny	-	-	-	-	7	7
RAZEM	39	7	45	15	53	159

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych finansowo-księgowych

Pozyskane dane pochodzą od 22% świadczeniodawców realizujących świadczenia, do których można dosumować analizowany produkt. Zgromadzone przez Agencję dane należy uznać za reprezentatywne i wystarczające do przeprowadzenia rzetelnych analiz.

Tabela 9 Wielkość pozyskanej próby danych

Rodzaj danych	Liczba/udział
Liczba świadczeniodawców, którzy przekazali dane	159
Liczba świadczeniodawców realizujących taryfikowane świadczenia	712
[%] świadczeniodawców pozyskanych do próby	22%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych finansowo-księgowych oraz bazy NFZ

3.2. Analiza danych

Analizę danych przekazanych przez świadczeniodawców przeprowadzono zgodnie z *Metodyką taryfikacji świadczeń opieki zdrowotnej AOTMiT*. W uzasadnionych przypadkach, które zostały wskazane w dalszej części dokumentu, zastosowano odstępstwa od metodyki.

Analiza plików finansowo-księgowych

W ramach obliczeń wykorzystano dane finansowo-księgowe pozyskane w ramach poszczególnych postępowań oraz umów o współpracy bieżącej za 2017 rok. Analizowane dane księgowe dotyczyły 1 050 OPK i pochodziły od 159 świadczeniodawców.

W związku z faktem, że przedmiotowe świadczenie może być dosumowane do każdego zakresu świadczeń realizowanych w trybie szpitalnym w analizie uwzględniono wszystkie OPK, na których odbywała się hospitalizacja, z pominięciem oddziałów dziennych.

W przypadku analizowanego świadczenia, z uwagi na jego charakter, świadczeniodawca ponosi jedynie koszty związane z kosztem infrastruktury, tj. koszty stałe. Obecnie, nie jest doprecyzowane, jakie nośniki kosztów stanowią składową pobytu opiekuna przy łóżku pacjenta, w związku z czym obliczeń dokonano uwzględniając następujące koszty: ogrzewanie (w tym podgrzanie wody), energia elektryczna, zużycie wody, usługi pralnicze oraz usługi porządkowe.

Obliczeń dokonano na podstawie danych o koszcie infrastruktury dla poszczególnych ośrodków powstawania kosztów, które obejmują wskazane powyżej kategorie kosztowe. Łączne koszty infrastruktury (wybranych kategorii kosztowych) podzielone zostały przez teoretyczną liczbę osobodni zakładającą 85% obłożenie przez 250 dni roboczych w roku i 50% obłożeniu, przez 115 dni wolnych od pracy, a więc średnie obłożenie, uwzględniające również zróżnicowanie obłożenia w ciągu roku (remont, sezonowość itp.). Wariant ten ma na celu uniknięcie wyliczenia zawyżonego kosztu infrastruktury na jeden dzień pobytu świadczeniobiorcy wynikającego z niższego niż optymalne obłożenia oddziału.

Dokonano również odcięcia wartości odstających za pomocą metody kwartylowej (boxplot) w poszczególnych kategoriach kosztowych.

W poniższej tabeli przedstawiono podsumowanie analizy kosztów uwzględniające poszczególne kategorie kosztowe na osobodzień. Najwyższe koszty obserwuje się w przypadku zużycia energii elektrycznej, ogrzewania (a w tym ogrzania wody) oraz usług pralniczych. Łączny koszt uwzględnionych kategorii wyniósł 14,94 zł.

Tabela 10 Podsumowanie analizy kosztów

Świadczenie jednostkowe	Koszty świadczenia [PLN]					Wynik analizy kosztów [PLN]
	Ogrzewanie	Energia elektryczna	Zużycie wody	Usługi pralnicze	Usługi porządkowe	
Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	3,83	4,05	1,35	3,69	2,02 zł	14,94 zł

Źródło: opracowanie własne

Mnożnik zmian wielkości kosztów

Do wyliczenia prognozowanej wartości wskaźnika zmian cen wykorzystano analizę szeregu czasowego przeciętnej stopy zmian cen towarów i usług konsumpcyjnych dla koszyka „zdrowie” publikowanej przez Główny Urząd Statystyczny za lata 2006-2017. Została przeprowadzona analiza korelacji cen towarów i usług dla koszyka „zdrowie” oraz cen towarów i usług ogółem, uzupełnionych o prognozę dynamiki cen w 2019 roku określoną przez Ministerstwo Rozwoju i Finansów w dokumencie „Wytyczne dotyczące stosowania jednolitych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektowanych ustaw”. W wyniku powyższej analizy otrzymano prognozę wskaźnika zmian cen i towarów dla koszyka „zdrowie” w wysokości 2,0% (2018) oraz 1,9% (2019).

Przedstawiony poniżej wskaźnik cząstkowy mnożnika zmian wielkości kosztów został opracowany w oparciu o dwuokresowe przesunięcie danych kosztowych względem momentu wprowadzenia do stosowania taryfy świadczeń przez NFZ.

Tabela 11 Wskaźnik cząstkowy mnożnika zmian wielkości kosztów

Nazwa wskaźnika	wskaźnik cząstkowy do aktualizacji danych z 2017 na 2019
Dynamika wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych	3,9423%

Źródło: wyliczenia własne

Wyniki analizy kosztów

Wynik analizy kosztów po uwzględnieniu kategorii kosztowych wskazanych powyżej wyniósł 14,94 zł, a ze względu na fakt, że jest on oparty na analizie danych finansowo-księgowych dotyczących usług konsumpcyjnych dla szpitala, ostateczna wartość świadczenia została powiększona o wskaźnik cząstkowy mnożnika zmian wielkości kosztów dotyczący dynamiki wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w wysokości 3,94% i ostatecznie wyniosła 15,53 zł.

W poniższej tabeli przedstawiono wynik analizy kosztów świadczenia, po uwzględnieniu mnożnika zmian wielkości kosztów.

Tabela 12 Wyniki analizy kosztów z uwzględnieniem mnożnika

Świadczenie jednostkowe	Wynik analizy kosztów [PLN]	Mnożnik	Wartość po uwzględnieniu mnożnika [PLN]
Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	14,94 zł	3,94%	15,53 zł

Źródło: opracowanie własne

Ograniczenia analizy:

- Ograniczeniem tej analizy jest fakt, że nie wszystkie konta analityczne w pozyskanych dotychczas danych finansowo-księgowych jednoznacznie wskazują na przeznaczenie wydatków (np. konto „gaz”, które zarówno może służyć do przygotowania posiłków, jak i ogrzewania budynku).

3.3. Analiza wrażliwości

Nie dokonywano obliczeń w ramach analizy wrażliwości.

3.4.Projekt taryfy

W związku z tym, że wyniki analizy kosztów z uwzględnieniem wskaźnika cząstkowego mnożnika zmian wielkości kosztów dotyczącego dynamiki wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych są zbliżone do aktualnej obowiązującej od 1 lipca bieżącego roku wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia, proponuje się pozostawienie taryfy na obecnie obowiązującym poziomie.

Poniżej w tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 13 Projekty taryfy

Nazwa świadczenia	Aktualna wycena		Projekt taryfy		Różnica w stosunku do aktualnej wyceny (%)
	pkt	PLN*	pkt	PLN*	
Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	15	15	15	15	0

* dla wartości 1 pkt = 1 zł

Źródło: opracowanie własne

4. Analiza wpływu na system opieki zdrowotnej

4.1. Analiza wpływu na budżet płatnika publicznego

Celem analizy wpływu na budżet jest ocena konsekwencji finansowych podjęcia decyzji o wprowadzeniu w życie proponowanej wyceny dla *Kosztu pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności*.

W związku z tym, że świadczenie nie było dotychczas finansowane ze środków publicznych brak jest danych dotyczących realizacji danego świadczenia w Polsce. Analiza wpływu na budżet została przeprowadzona na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia o liczbie osobodni wśród osób poniżej 18 roku życia w roku 2018 oraz na podstawie danych otrzymanych od Narodowego Funduszu Zdrowia określających szacunkowy udział opiekunów osób małoletnich przebywających przy pacjencie. Z uwagi na fakt, że brak jest dostępnych danych dotyczących liczby opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych, nie uwzględniono ich w analizie, co stanowi ograniczenie poniższej analizy.

Na podstawie danych otrzymanych od Narodowego Funduszu Zdrowia oszacowano, że największa liczba opiekunów pozostaje z dziećmi hospitalizowanymi do 3 dni, a największy udział obserwuje się wśród opiekunów dzieci do 3 roku życia. Średnio w całej populacji pacjentów 65% opiekunów pozostaje z małoletnimi pacjentami podczas hospitalizacji. W poniższej tabeli przedstawiono szczegółowe informacje.

Tabela 14 Szacunkowy % oraz liczbowy (osobodni) udział liczby opiekunów w zakresie pobytu z hospitalizowanym chorym

Wiek/długość pobytu	do 3 dni		od 4 do 7 dni		powyżej 7 dni		Łącznie
	%	dni	%	dni	%	dni	
do 3 lat	100	937 024	90	958 283	80	890 948	2 786 255
od 4 do 9 lat	90	289 544	80	229 599	70	577 979	1 097 122
od 10 do 14 lat	70	144 120	60	124 189	50	291 684	559 992
od 15 do 17 lat	40	57 263	30	48 353	20	87 536	193 152
Suma końcowa	1 427 951		1 360 425		1 848 146		4 636 522

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przekazanych przez NFZ oraz na podstawie bazy danych NFZ

Należy zaznaczyć jednak, że dane dotyczące liczby osobodni są danymi szacunkowymi. W analizie nie uwzględniono liczby osobodni dla opiekunów dorosłych osób niepełnosprawnych, dlatego też skutek finansowy może być zaniżony.

Tabela 15 Analiza wpływu na budżet płatnika

Świadczenie	Liczba szacowanych osobodni w 2018 r.	Projekt taryfy		Łączna wartość świadczenia po zmianach (PLN)
		(pkt)	(PLN*)	
1	2	3	4	5=2*3
Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności	4 636 522	15	15	69 547 830

* dla wartości 1 pkt = 1 zł

Źródło: opracowanie własne

Zgodnie z powyższymi szacunkami wprowadzenie w życie proponowanej taryfy świadczeń będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego w wysokości 69,5 mln zł.

4.2. Analiza wpływu na organizację systemu opieki zdrowotnej

Funkcjonujące świadczenie, a więc obecność opiekuna przy pacjencie, poza kluczową istotnością związaną ze wsparciem psychologicznym w procesie terapeutycznym, zrekompensuje placówkom ochrony zdrowia koszty ponoszone w wyniku pobytu opiekunów przy chorym, a więc ograniczenie strat finansowych po stronie świadczeniodawców. Dodatkowo, można spodziewać się, że dla samych opiekunów dostęp do bliskich przebywających w szpitalu będzie dogodniejszy, z uwagi na brak opłat związanych z przebywaniem przy pacjencie.

5. Najważniejsze informacje i wnioski

Celem niniejszego raportu jest dokumentacja procesu przygotowania projektu taryfy świadczenia gwarantowanego opieki zdrowotnej, w oparciu o przyjętą metodykę taryfikacji świadczeń.

Podstawę podjęcia przedmiotowych prac stanowi zlecenie Ministra Zdrowia z 17.07.2019, w związku z art. 31la ust. 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie punktu II Planu Taryfikacji na 2019 tj.: *„Inne zadania w zakresie taryfikacji, szczególnie istotne dla bieżącego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego”*, w sprawie ustalenia taryfy dla utworzonego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, produktu rozliczeniowego *Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności*.

Przedmiotem raportu jest świadczenie pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie, w ramach dodatkowej opieki pielęgnacyjnej sprawowanej nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności wynikające z art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2019 poz. 1127 z późn. zm.).

Świadczenie jest identyfikowane produktem rozliczeniowym Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe określonymi w załączniku 1c do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe:

- 5.53.01.0001649 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności,

oraz w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie określonymi w załączniku 1 do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,

- 5.10.00.0000157 Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności

Problem zdrowotny oraz sposób finansowania

Odnalezione, wybrane rekomendacje Amerykańskiego Towarzystwa Pediatrycznego jednoznacznie mówią o tym że:

- Rodzicom lub opiekunom należy zaoferować możliwość przebywania z dzieckiem podczas procedur medycznych i oferowania wsparcia przed, w trakcie i po zabiegu.
- Rodziny powinny być zdecydowanie zachęcane do obecności podczas hospitalizacji ich dziecka, a pediatrzy powinni opowiadać się za większą wiedzą pracodawców dotyczącą znaczenia obecności rodziny podczas choroby dziecka.
- Projekt placówek opieki zdrowotnej powinien promować filozofię opieki skoncentrowanej na pacjencie i rodzinie, takiej jak opieka w jednym pokoju, miejsce do spania dla rodziny oraz dostępność kuchni i pralni oraz innych miejsc wspierających pobyt rodziny.

Podstawowym aktem prawnym regulującym zagadnienia związane z pobytem opiekuna przy pacjencie jest ustawa o prawach pacjenta i Rzecznika praw pacjenta z dnia 6 listopada 2008 r. (Dz.U. 2019 poz.

1127 z późn. zm.). Nowelizacja ustawy z dnia 16 maja 2019 r. wprowadziła doprecyzowanie przepisów dotyczących sprawowania w podmiotach leczniczych udzielających stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych dodatkowej opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

Zgodnie z art. 34 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, pacjent ma prawo do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, rozumianą jako opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Przepis ten został doprecyzowany, **przez wskazanie, że przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną sprawowaną nad pacjentem małoletnim albo posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, w podmiocie leczniczym, rozumie się również prawo do pobytu wraz z nim przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.**

Ustawa wprowadza **również wyłączenie z możliwości ustalania opłaty za koszty realizacji prawa do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej**, w podmiocie leczniczym, nad pacjentami małoletnimi albo posiadającymi orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez podmiot leczniczy wykonujący działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej.

Produkt widnieje w katalogu NFZ od 1 lipca 2019 r. i dedykowany jest świadczeniom stacjonarnym oraz całodobowym w rodzaju: *leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe* w rodzaju *świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane* w przypadku świadczeń udzielanych w szpitalu, a **jego wartość punktowa wynosi 15.**

Z uwagi na fakt, że świadczenie nie było dotychczas finansowane brak jest informacji dotyczących realizacji świadczenia w Polskim systemie opieki zdrowotnej. Na podstawie danych otrzymanych od Narodowego Funduszu Zdrowia oszacowano potencjalną liczbę opiekunów przebywających przy pacjentach hospitalizowanych do 18 roku życia. Z danych wynika, że największa liczba opiekunów pozostaje z dziećmi hospitalizowanymi do 3 dni, a największy udział obserwuje się wśród opiekunów dzieci do 3 roku życia (100%). Tendencja jest taka, że im pacjent jest starszy oraz dłużej hospitalizowany, obserwuje się mniejszą liczbę opiekunów, którzy pozostają przy chorym. Łączna szacunkowa liczba osobodni opiekunów wynosi **4 636 522 osobodni.**

Ceny komercyjne

Badanie cen komercyjnych usług medycznych odpowiadających taryfikowanemu świadczeniu w Polsce wykazało, że najtańszy koszt pobytu opiekuna obserwuje się w szpitalach w kategorii: gminny, powiatowy oraz miejski (12,32 zł) natomiast najwyższe koszty ponoszone są w szpitalach klinicznych (20,45 zł). W kilku cennikach komercyjnych wskazano kategorie wydatków ponoszonych podczas pobytu opiekuna i były to: pranie pościeli, korzystanie z wężla sanitarnego (zimna woda, ciepła woda użytkowa, odbiór ścieków), a także korzystanie z pozostałych mediów (ogrzewanie, energia elektryczna, wywóz odpadów komunalnych, itp.), jak również usługi porządkowe.

Analiza danych

Analizowane świadczenie zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ może być realizowane we wszystkich zakresach świadczeń, zatem do obliczeń wytypowano świadczeniodawców wykonujących następujące rodzaje świadczeń: leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, świadczenia odrębnie kontraktowane z pominięciem oddziałów dziennych.

Pozyskane dane **pochodzą od 22% świadczeniodawców realizujących świadczenia**, do których można dosumować analizowany produkt.

W przypadku analizowanego świadczenia, z uwagi na jego charakter, świadczeniodawca ponosi jedynie koszty związane z kosztem infrastruktury, tj. koszty stałe. Obecnie, nie jest doprecyzowane jakie nośniki kosztów stanowią składową pobytu opiekuna przy łóżku pacjenta w związku z czym obliczeń dokonano uwzględniając koszty tj. **ogrzewanie (w tym podgrzanie wody), energia elektryczna, zużycie wody, usługi pralnicze oraz usługi porządkowe.**

Obliczeń dokonano na podstawie danych o koszcie infrastruktury dla poszczególnych ośrodków powstawania kosztów, które obejmują wskazane powyżej kategorie kosztowe. W ramach obliczeń wykorzystano dane finansowo-księgowe pozyskane w ramach poszczególnych postępowań oraz umów o współpracy bieżącej za 2017 rok, które obejmowały łącznie 1 050 ośrodków powstawania kosztów i pochodziły od 159 świadczeniodawców.

Łączne koszty wybranych kategorii kosztowych zostały podzielone przez teoretyczną liczbę osobodni (zakładającą optymalne obłożenie, w celu uniknięcia wyliczenia zawyżonego kosztu infrastruktury) występującą na danym OPK. Dokonano również odcięcia wartości odstających za pomocą metody kwartylowej (boxplot) w poszczególnych kategoriach kosztowych. Powyższe działania umożliwiły uzyskanie następujących wyników w poszczególnych kategoriach kosztowych na osobodzień:

- Ogrzewanie (w tym podgrzanie wody) – 3,83 zł,
- Usługi pralnicze – 3,69 zł,
- Energia elektryczna – 4,05 zł,
- Zużycie wody – 1,35 zł,
- Usługi porządkowe – 2,02 zł.

Ograniczeniem tej analizy jest fakt, że nie wszystkie konta analityczne w pozyskanych dotychczas danych finansowo-księgowych jednoznacznie wskazują na przeznaczenie wydatków (np. konto „gaz”, które zarówno może służyć do przygotowywania posiłków, jak i ogrzewania budynku).

Wynik analizy kosztów wyniósł 14,94 zł, a ze względu na fakt, że jest on oparty na analizie danych finansowo-księgowych dotyczących usług konsumpcyjnych dla szpitala, ostateczna wartość została powiększona o wskaźnik cząstkowy mnożnika zmian wielkości kosztów dotyczący dynamiki wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych w wysokości 3,94% i **ostatecznie wyniosła 15,53 zł**. W związku z tym, że wyniki analizy kosztów są zbliżone do aktualnej, obowiązującej od 1 lipca bieżącego roku, wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia, proponuje się pozostawienie taryfy na obecnym poziomie.

Utrzymanie taryfy świadczeń, zgodnie z propozycją, będzie wiązało się z dodatkowymi wydatkami po stronie płatnika publicznego **w wysokości 69,5 mln PLN**. W ramach oszacowań analizy wpływu na budżet wykorzystane zostały dane szacunkowe o liczbie osobodni opiekunów dotyczące pacjentów do 18 roku życia, brak jest natomiast dostępnych danych dotyczących liczby opiekunów osób niepełnosprawnych.

6. Bibliografia

AAP 2012	American Academy of Pediatrics. Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician's Role. COMMITTEE ON HOSPITAL CARE and INSTITUTE FOR PATIENT- AND FAMILY-CENTERED CARE PEDIATRICS Volume 129, Number 2, February 2012. Źródło internetowe: https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/394 (dostęp w dniu 01.08.2019 r.)
Difazio 2013	Difazio R. L., Vessey J. A. Non-medical out-of-pocket expenses incurred by families during their child's hospitalization. <i>Journal of Child Health Care</i> , 17, 230-241. 2013
Franck 2015	Linda S. Franck L. S., Ferguson D., Fryda S, Rubin N., The Child and Family Hospital Experience Is It Influenced by Family Accommodation? <i>Med Care Res Rev.</i> 2015 Aug; 72(4): 419–437. Źródło internetowe: doi: 10.1177/1077558715579667 (dostęp w dniu 01.08.2019 r.)
ORKA 2019	Rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta Źródło internetowe: http://orka.sejm.gov.pl/Druki8ka.nsf/0/06AF29FCDBFD8407C1258392003C80F8/%24File/3176.pdf (dostęp w dniu 02.08.2019)
Perek 2008	Perek M., Cepuch G., Dziecko w szpitalu a ryzyko krzywdzenia instytucjonalnego. <i>Studia Medyczne</i> 2008; 11: 23–27. Źródło internetowe: http://www.ujk.edu.pl/studiamedyczne/doc/SM_tom_11/Dziecko%20w%20szpitalu%20a%20ryzyko%20krzywdzenia.pdf (dostęp w dniu 01.08.2019)
RPP 2016	Rzecznik Praw Pacjenta. Dziecko w szpitalu – co warto wiedzieć? Numer 4/2016. Źródło internetowe: http://www.bpp.gov.pl/newsletter-artykuly/numer-4-2016/dziecko-w-szpitalu-co-warto-wiedziec/ (dostęp w dniu 02.08.2019)

7. Spis tabel i rysunków

Spis tabel

Tabela 1 Kategorie wydatków oraz wysokość wydatków rodziców/opiekunów (\$)	6
Tabela 2 Liczba godzin utraconych w pracy rodziców/opiekunów (h)	7
Tabela 3 Aktualna taryfa dla analizowanego świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego	9
Tabela 4 Aktualna taryfa dla analizowanego świadczenia w zakresie świadczeń odrębnie kontraktowanych	10
Tabela 5 Łączna rzeczywista liczba osobodni hospitalizacji dzieci do 18 r.ż.	11
Tabela 6 Szacunkowy % oraz liczbowy (osobodni) udział liczby opiekunów w zakresie pobytu z hospitalizowanym chorym.	11
Tabela 7 Ceny komercyjne dotyczące pobytu opiekuna w szpitalu	12
Tabela 8 Wolumen świadczeniodawców w podziale na poziomy oraz kategorie szpitali za 2017 r.	13
Tabela 9 Wielkość pozyskanej próby danych	13
Tabela 10 Podsumowanie analizy kosztów	14
Tabela 11 Wskaźnik cząstkowy mnożnika zmian wielkości kosztów	15
Tabela 12 Wyniki analizy kosztów z uwzględnieniem mnożnika	15
Tabela 13 Projekty taryfy	16
Tabela 14 Szacunkowy % oraz liczbowy (osobodni) udział liczby opiekunów w zakresie pobytu z hospitalizowanym chorym	17
Tabela 15 Analiza wpływu na budżet płatnika	17

8. Załączniki

Brak załączników.