



## Rekomendacja nr 59/2023

z dnia 31 maja 2023 r.

### Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej „Pediatria Pomoc Doraźna” jako świadczenia gwarantowanego

**Prezes Agencji rekomenduje** zakwalifikowanie świadczenia opieki zdrowotnej: „Pediatria Pomoc Doraźna” w trybie 24-godzinny przez wszystkie dni tygodnia, jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego.

#### Uzasadnienie rekomendacji

Świadczenie „Pediatria pomoc doraźna” (PPD), obejmujące procedury medyczne i świadczenia dostępne w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych: porady i konsultacje lekarskie, opiekę pielęgniarską, badania diagnostyczne, wybrane procedury interwencyjne, a także w przypadkach wymagających hospitalizacji lub interwencji specjalistycznej – transport do innego szpitala, w którym funkcjonują oddziały: pediatryczny lub dziecięcy specjalistyczny, realizujące świadczenia w trybie hospitalizacji w ramach umowy z NFZ, jest rozwiązaniem alternatywnym do realizacji świadczeń w oddziale pediatrycznym dla szpitali, w których istnieje ryzyko zamknięcia oddziału pediatrycznego. Komórką organizacyjną właściwą do realizacji PPD jest Izba Przyjęć (IP) lub Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR), zapewniającą co najmniej dwa łóżka pediatrycznej pomocy doraźnej z wyodrębnioną całodobową opieką pielęgniarską i lekarza pediatry we wszystkie dni tygodnia. Propozycja nowego zakresu świadczeń doraźnych udzielanych na rzecz dzieci wynika między innymi z rosnących problemów z zabezpieczeniem kadrowym niezbędnym do realizacji przedmiotowych świadczeń w ramach oddziałów pediatrycznych, w szczególności lekarzy specjalistów z dziedziny pediatrii.

Analiza danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za 2022 r. wykazała, że w 7 Oddziałach Wojewódzkich (OW) NFZ zamknięto lub zawieszono 13 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych. W oparciu o dane z analizowanego okresu oszacowano również liczbę oddziałów pediatrycznych potencjalnie zagrożonych zamknięciem w szpitalach powiatowych w Polsce: w przypadku przyjęcia kryterium liczby hospitalizacji na poziomie poniżej 500 na rok byłoby to 31 oddziałów pediatrycznych, a dla kryterium obłożenia łóżek poniżej 30% – 19 oddziałów. Podkreślenia wymaga, że oba ww. kryteria w 2022 r. spełniało 11 oddziałów pediatrycznych ze szpitali powiatowych. Warto dodać, że na koniec 2022 r. w Polsce,

w szpitalach powiatowych, funkcjonowały łącznie 184 oddziały pediatryczne: 181 w szpitalach I stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) oraz 3 w szpitalach nienależących do PSZ.

Konsultanci Krajowi z dziedzin: pediatrii, pielęgniarstwa pediatrycznego oraz przedstawiciele 14 OW NFZ odnieśli się pozytywnie do postulowanego zakresu świadczeń PPD. W swoich opiniach wskazywali jednakże na zasadność wprowadzenia zmian m.in. w odniesieniu do wykonywanych badań diagnostycznych i procedur medycznych, liczby łóżek, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną czy kwalifikacji personelu. Uwzględniając otrzymane od ekspertów klinicznych oraz dyrektorów OW NFZ uwagi i sugestie dotyczące postulowanych warunków realizacji oraz zakresu świadczeń udzielanych w ramach PPD, w porozumieniu z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pediatrii doszczegółowiono propozycję nowych warunków realizacji oraz zakresu świadczeń PPD, która została przedstawiona w raporcie analitycznym.

Prezes NFZ w swojej opinii wskazał, że nie jest możliwe oszacowanie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia w sytuacji zakwalifikowania wnioskowanego zakresu świadczeń „Pediatrycznej Pomocy Doraźnej” jako świadczenia gwarantowanego.

W ujęciu pojedynczego świadczeniodawcy przystępującego do realizacji świadczeń w ramach „Pediatrycznej Pomocy Doraźnej” objęcie finansowaniem ocenianego świadczenia będzie wiązało się z dodatkowym obciążeniem budżetu płatnika publicznego. Całkowite wydatki płatnika publicznego w przedmiotowym zakresie w skali kraju uzależnione będą od liczby świadczeniodawców, którzy przystąpią do realizacji świadczeń w ramach PPD. Roczny koszt funkcjonowania Pediatrycznej Pomocy Doraźnej u jednego świadczeniodawcy szacuje się na około: 2,16 mln zł w wariantcie I, oraz 2,18 mln zł w wariantcie II.

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 1,73 mln zł rocznie.

Do spodziewanych efektów wprowadzenia przedmiotowych świadczeń do wykazu świadczeń gwarantowanych, należą:

- 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 na rzecz dzieci wielu procedur diagnostyczno-terapeutycznych bez konieczności hospitalizacji w oddziale szpitalnym, co przyczynia się m.in. do zmniejszenia ekspozycji pacjentów pediatrycznych na patogeny szpitalne.

Zagrożenia, które mogą pojawić się przy wprowadzeniu wnioskowanego świadczenia, to:

- 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 SOR i IP oraz NiŚOZ, co przekłada się na konieczność przygotowania kryteriów walidacji i weryfikacji uniemożliwiających jednoczesne sprawozdanie świadczenia w ramach PPD oraz IP czy SOR.
- Przyjmowanie dzieci wyłącznie w trybie nagłym przy wymaganych min. 2 łózkach 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 Izb Przyjęć.
- 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.
- Rosnące koszty realizacji świadczeń i ich nieopłacalność. Należy dążyć do optymalizacji kosztów organizacji opieki doraźnej, gdzie głównym składnikiem kosztowym będą koszty gotowości personelu, a także do optymalnego przystosowania infrastruktury i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną w przypadku powiązania organizacyjnego PPD z IP.

Podsumowując, PPD powinna stanowić alternatywę w przypadku podjęcia decyzji o zamknięciu oddziału pediatrycznego w danym podmiocie szpitalnym, która byłaby 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). Proponuje się, żeby decyzje o zawarciu umowy na realizację PPD były podejmowane w oparciu o wniosek dyrektora szpitala powiatowego, w porozumieniu z dyrektorem właściwego OW NFZ, wojewodą oraz konsultantem wojewódzkim w dziedzinie pediatrii, na podstawie oszacowania zapotrzebowania na realizację świadczeń w województwie uzgodnionego między Konsultantem Wojewódzkim w dziedzinie pediatrii, Wojewodą i Dyrektorem OW NFZ.

Ze względu na występowanie sezonowości przyjęć w oddziałach pediatrycznych w ciągu roku, do rozważenia pozostaje szczegółowe przeanalizowanie świadczeń pediatrycznych realizowanych w tych oddziałach na podstawowym poziomie w szpitalach powiatowych i gminnych. Równocześnie należy rozważyć alternatywne sposoby finansowania, np. za pomocą ryczałtu.

Ponadto sugeruje się rozważenie uwagi Rady Przejrzystości, dotyczącej zasadności przygotowania przez Konsultantów Krajowych ścieżek klinicznych dla Zespołu PPD.

## Przedmiot wniosku

Zlecenie Ministra Zdrowia dotyczy oceny zasadności zakwalifikowania świadczenia opieki zdrowotnej: „Pediatria Pomoc Doraźna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, na podstawie art. 31 c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.).

## Problem zdrowotny

Najczęstsze schorzenia (rozpoznanie wg ICD10) leczone w podstawowych oddziałach pediatrycznych ([wg danych sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za 2022 r., dotyczących podmiotów szpitalnych gminnych i powiatowych, ujętych w PSZ I stopnia oraz szpitalach spoza PSZ w skali kraju] to przede wszystkim:

- A08.0 Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy (11 715 pacjentów);
- J18.8 Zapalenie płuc wywołane przez niezidentyfikowany czynnik zakaźny (11 499 pacjentów);
- A09 Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o przypuszczalnie zakaźnej etiologii (10 590 pacjentów);
- B34.9 Zakażenia wirusowe, nie określone (7 448 pacjentów);
- K52.9 Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nie określone (4 412 pacjentów);
- J20 Ostre zapalenie oskrzeli (3 961 pacjentów).

W izbach przyjęć (IP), szpitalnym oddziale ratunkowym (SOR) oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej (NiŚOZ), świadczenia zdrowotne na rzecz dzieci udzielano w trybie ambulatoryjnym najczęściej z powodu:

- w SOR i IP:
  - S93.4 Skręcenie i naderwanie stawu skokowego (SOR 39 253 pacjentów; IP 14 470 pacjentów);
  - S00.0 Powierzchnowy uraz owłosionej skóry głowy (SOR 33 532 pacjentów; IP 7 372 pacjentów);
  - R10.4 Inny i nieokreślony ból brzucha (SOR 33 118 pacjentów; IP 8 998 pacjentów);
  - S60.0 Stłuczenie palca (palców) ręki bez uszkodzenia paznokcia (SOR 29 204 pacjentów; IP 12 376 pacjentów);
  - S52.5 Złamanie nasady dalszej kości promieniowej (SOR 22 380 pacjentów; IP 7 893 pacjentów);
- w NiŚOZ:
  - J00 Ostre zapalenie nosa i gardła [przeziębienie] (192 890 pacjentów);
  - J06 Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim nieokreślonym (164 633 pacjentów);
  - J02 Ostre zapalenie gardła (90 904 pacjentów);
  - J04 Ostre zapalenie krtani i tchawicy (58 114 pacjentów);
  - R11 Nudności i wymioty (56 960 pacjentów).

Z analizy danych sprawozdawanych do NFZ wynika też sezonowość udzielania świadczeń na rzecz dzieci. Większa zgłaszalność do oddziałów pediatrycznych występuje w miesiącach: marzec–czerwiec oraz październik–grudzień. Ponadto struktura trybów przyjęć dzieci do tych oddziałów wskazuje na większą ich liczbę w trybie nagłym niż w trybie planowym.

## **Alternatywna technologia medyczna**

Obecnie osoby do 18 r.ż. w przypadku nagłego pogorszenia stanu zdrowia, mają prawo do świadczeń gwarantowanych m.in.: w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) (w dni robocze w godzinach 8:00–18:00), w ramach NiŚOZ i ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON) (poza godzinami wskazanymi w POZ); w SOR, IP i w oddziale pediatrycznym (całodobowo we wszystkie dni tygodnia).

Należy zauważyć, że w warunkach wymaganych do realizacji świadczeń SOR, IP oraz NiŚOZ nie ma obowiązku zapewnienia w obsadzie lekarskiej specjalisty z dziedziny pediatrii, natomiast w odniesieniu do zapewnienia bazy łóżkowej (w tym dla dzieci), w SOR liczbę łóżek ustala kierownik, a w IP i NiŚOZ nie określono wymogu w tym zakresie.

Analiza Agencji w odniesieniu do szpitali powiatowych z oddziałami pediatrycznymi, przeprowadzona na podstawie danych NFZ, wykazała, że na koniec 2022 r. w Polsce funkcjonowały łącznie 184 oddziały pediatryczne (w tym 181 I stopnia PSZ), w których przeważały placówki posiadające w swojej strukturze IP 102 szpitali (54,5%), a SOR 85 szpitali (45,5%), 3 podmioty miały zarówno SOR jak i IP. Wykazano także, że w 7 Oddziałach Wojewódzkich (OW) NFZ zamknięto lub zawieszono 13 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych.

Agencja przeprowadziła także oszacowania potencjalnej liczby oddziałów pediatrycznych zagrożonych zamknięciem dla dwóch różnych kryteriów wskazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii, tj.: liczby hospitalizacji na poziomie poniżej 500 na rok, a także obłożenia łóżek poniżej 30%. Wykorzystując dane sprawozdawczo-rozliczeniowych NFZ za 2022 r. stwierdzono, iż ryzykiem zamknięcia obarczonych było w przypadku pierwszego kryterium 31 oddziałów pediatrycznych w szpitalach powiatowych [najwięcej (7 oddziałów) w Podlaskim OW NFZ], drugiego kryterium 19 oddziałów pediatrycznych [najwięcej (po 4 oddz. pediatryczne) w Mazowieckim, Dolnośląskim oraz Wielkopolskim OW NFZ]. Podkreślenia wymaga, że 11 szpitali powiatowych w 2022 r. miało jednocześnie < 30% obłożenia i < 500 hospitalizacji w oddz. pediatrycznych.

## **Opis wnioskowanego świadczenia**

Zgodnie z treścią materiałów załączonych do zlecenia realizacja świadczeń w zakresie „Pediatryczna Pomoc Doraźna” (PPD), ma 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, całotygodniowo w trybie 24-godzinnego ambulatorium, 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.

W ramach wnioskowanego zakresu świadczeń gwarantowanych PPD zaproponowano:

- wykaz procedur medycznych (wg kodów ICD-9) wykonywanych w ramach ryczałtu,
- wykaz badań diagnostycznych i procedur interwencyjnych wykonywanych poza ryczałtem – organizacja pakietów obejmujących różne warianty o zróżnicowanej wycenie: pakiet podstawowe i pakiet rozszerzony.

Do zlecenia nie załączono Karty Świadczenia Opieki Zdrowotnej, natomiast przekazano dokumentację wyników prac zespołu roboczego (powołanego przez Prezesa NFZ) do opracowania założeń zmian wprowadzających realizację i finansowanie świadczeń pediatrycznych w trybie 24-godzinnego ambulatorium. Rekomendacja i załączone materiały analityczne, zgodnie z przedmiotem zlecenia Ministra Zdrowia, dotyczą trybu całodobowego, zakładającego zapewnienie opieki doraźnej na rzecz dzieci w trybie 24-godzinnym przez wszystkie dni tygodnia.

### **Ocena skuteczności (klinicznej oraz praktycznej) i bezpieczeństwa**

*Ocena ta polega na zebraniu danych o konsekwencjach zdrowotnych (skuteczność i bezpieczeństwo) wynikających z zastosowania nowej terapii w danym problemie zdrowotnym oraz innych terapii, które w danym momencie są finansowane ze środków publicznych i stanowią alternatywne leczenie dostępne w danym problemie zdrowotnym. Następnie ocena ta wymaga określenia wiarygodności zebranych danych oraz porównania wyników dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa nowej terapii względem terapii już dostępnych w leczeniu danego problemu zdrowotnego.*

*Na podstawie powyższego ocena skuteczności i bezpieczeństwa pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie o wielkość efektu zdrowotnego (zarówno w zakresie skuteczności, jak i bezpieczeństwa), którego należy oczekiwać względem nowej terapii w porównaniu do innych rozważanych opcji terapeutycznych.*

Proponowana forma organizacji opieki bazuje na świadczeniach i procedurach medycznych ujętych w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, które charakteryzują się udowodnioną skutecznością kliniczną, w związku z tym odstąpiono od przeprowadzenia analizy klinicznej w tym zakresie.

### **Propozycje instrumentów dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

### **Ocena ekonomiczna, w tym szacunek kosztów do uzyskiwanych efektów zdrowotnych**

*Ocena ekonomiczna polega na oszacowaniu i zestawieniu kosztów i efektów zdrowotnych, jakie mogą wiązać się z zastosowaniem u pojedynczego pacjenta nowej terapii zamiast terapii już refundowanych.*

*Koszty terapii szacowane są w walucie naszego kraju, a efekty zdrowotne wyrażone są najczęściej w zyskanych latach życia (LYG, life years gained) lub w latach życia przeżytych w pełnym zdrowiu (QALY, quality adjusted life years) wskutek zastosowania terapii.*

*Zestawienie wartości dotyczących kosztów i efektów związanych z zastosowaniem nowej terapii i porównanie ich do kosztów i efektów terapii już refundowanych pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, czy efekt zdrowotny uzyskany u pojedynczego pacjenta dzięki nowej terapii wiąże się z wyższym kosztem w porównaniu do terapii już refundowanych.*

*Uzyskane wyniki wskaźnika kosztów-efektów zdrowotnych porównuje się z tzw. progiem opłacalności, czyli wynikiem, który sygnalizuje, że przy zasobności naszego kraju (wyrażonej w PKB) maksymalny koszt nowej terapii, która ma wiązać się z uzyskaniem jednostkowego efektu zdrowotnego (1 LYG lub 1 QALY) w porównaniu do terapii już dostępnych, nie powinien przekraczać trzykrotności PKB per capita.*

*Aktualnie próg opłacalności wynosi 175 926 zł (3 x 58 642 zł).*

*Wskaźnik kosztów-efektów zdrowotnych nie szacuje i nie wyznacza wartości życia, pozwala jedynie ocenić i m. in. Na tej podstawie dokonać wyboru terapii związanej z potencjalnie najlepszym wykorzystaniem aktualnie dostępnych zasobów.*

Z uwagi na charakter zlecenia, które odnosi się do organizacji opieki nad pacjentem pediatrycznym bazującej na świadczeniach i procedurach medycznych ujętych w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, nie przeprowadzono formalnej oceny ekonomicznej.

### **Wskazanie czy zachodzą okoliczności, o których mowa w art. 13 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2023 r. poz. 826)**

*Jeżeli analiza kliniczna wnioskodawcy nie zawiera randomizowanych badań klinicznych dowodzących wyższości leku nad technologiami medycznymi dotychczas refundowanymi w danym wskazaniu, to urzędowa cena zbytu leku musi być skalkulowana w taki sposób, aby koszt stosowania leku wnioskowanego do objęcia refundacją nie był wyższy niż koszt technologii medycznej o najkorzystniejszym współczynniku uzyskiwanych efektów zdrowotnych do kosztów ich uzyskania.*

Nie dotyczy.

### **Ocena wpływu na system ochrony zdrowia, w tym wpływu na budżet płatnika publicznego**

*Ocena wpływu na system ochrony zdrowia składa się z dwóch istotnych części.*

*Po pierwsze, w analizie wpływu na budżet płatnika, pozwala na oszacowanie potencjalnych wydatków związanych z finansowaniem nowej terapii ze środków publicznych.*

*Szacunki dotyczące wydatków związanych z nową terapią (scenariusz „jutro”) są porównywane z tym, ile aktualnie wydajemy na leczenie danego problemu zdrowotnego (scenariusz „dziś”). Na tej podstawie możliwa jest ocena, czy nowa terapia będzie wiązać się z koniecznością przeznaczenia wyższych środków na leczenie danego problemu zdrowotnego, czy też wiąże się z uzyskaniem oszczędności w budżecie płatnika.*

*Ocena wpływu na budżet pozwala na stwierdzenie czy płatnik posiada odpowiednie zasoby na finansowanie danej technologii.*

*Ocena wpływu na system ochrony zdrowia w drugiej części odpowiada na pytanie jak decyzja o finansowaniu nowej terapii może wpłynąć na organizację udzielania świadczeń (szczególnie w kontekście dostosowania do wymogów realizacji nowej terapii) oraz na dostępność innych świadczeń opieki zdrowotnej.*

Analizę wpływu na budżet przeprowadzono w celu oszacowania wydatków płatnika publicznego w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o finansowaniu ze środków publicznych w ramach świadczeń gwarantowanych „Pediatrycznej Pomocy Doraźnej”. W obliczeniach bazowano na doszczegółowionych przez Agencję nowych warunkach realizacji oraz zakresie świadczeń PPD, uzgodnionych z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pediatrii.

Założenia analizy:

- perspektywa płatnika publicznego (NFZ) – w przeliczeniu na jednego świadczeniodawcę;
- horyzont czasowy: roczny;
- realizacja świadczeń w ramach PPD: całodobowo we wszystkie dni tygodnia;
- uwzględnione koszty: koszty świadczeń udzielanych w PPD, średnie godzinowe stawki wynagrodzeń personelu (lekarza i pielęgniarki), koszt infrastruktury, koszt leków i wyrobów medycznych, koszty badań laboratoryjnych, koszty badań obrazowych;
- elementy składowe kosztów PPD:
  - gotowość do udzielania świadczeń – roczny ryczałt 2,36 mln zł,
  - produkty rozliczeniowe dodatkowo finansowane:

- pakiet badań laboratoryjnych obejmujących 21 badań:
  - Wariant I – pakiet podstawowy – wykonanie min. 3 badań,  
pakiet rozszerzony – wykonanie min. 5 badań;
  - Wariant II – wymagane wykonanie min. 3 badań, do obliczeń dla tego wariantu przyjęto wykonanie 10 badań;
- pakiet badań obrazowych obejmujący 5 badań.

Roczny szacowany koszt produktów rozliczeniowych dodatkowo finansowanych z ujęciem wariantu I to 42,55 tys. zł, wariantu II to 57,81 tys. zł.

Analizę oparto o dane za rok 2021, dla podmiotów spełniających poniższe warunki:

- głównym organem założycielskim podmiotu jest wojewoda, starosta bądź burmistrz,
- funkcjonowanie przez 12 miesięcy w 2021 roku,
- realizacja mniej niż 500 świadczeń w roku 2021.

Całkowite wydatki płatnika publicznego w przedmiotowym zakresie w skali kraju uzależnione będą od liczby świadczeniodawców, którzy przystąpią do realizacji świadczeń w ramach PPD. Roczny koszt funkcjonowania Pediatrycznej Pomocy Doraźnej u jednego świadczeniodawcy szacuje się na około:

- 2,16 mln zł w wariantcie I, na co składają się:
  - zwiększenie wydatków płatnika publicznego o kwotę 2,40 mln zł z tytułu funkcjonowania PPD,
  - zmniejszenie wydatków o 237 tys. zł z tytułu realizacji świadczeń w ramach PPD, na rzecz pacjentów, którzy byli dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale pediatrycznym w ramach pobytów trwających 0–1 dni;
- 2,18 mln zł w wariantcie II, na co składają się:
  - zwiększenie wydatków płatnika publicznego o kwotę 2,41 mln zł z tytułu funkcjonowania PPD
  - zmniejszenie wydatków o 237 tys. zł z tytułu realizacji świadczeń w ramach PPD, na rzecz pacjentów, którzy byli dotychczas hospitalizowani w przekształcanym oddziale pediatrycznym, w ramach pobytów trwających 0–1 dni.

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 1,73 mln zł rocznie.

#### *Ograniczenia*

Stwierdzono następujące ograniczenia w stosunku do powyższego oszacowania:

- brak możliwości oszacowania całkowitego wpływu na budżet płatnika ze względu na nieznaną liczbę świadczeniodawców, którzy będą realizować świadczenia w ramach PPD;
- oszacowanie kosztów funkcjonowania PPD 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).



### *Stanowisko NFZ w sprawie skutków finansowych dla systemu ochrony zdrowia*

Prezes NFZ wskazał, że w sytuacji zakwalifikowania wnioskowanego zakresu świadczeń „Pediatricznej pomocy doraźnej” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego skutek finansowy dla systemu ochrony zdrowia w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania.

### **Uwagi do proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka**

Nie dotyczy.

### **Uwagi do opisu świadczenia**

W toku konsultacji uzyskano 16 opinii eksperckich dotyczących przedmiotowego świadczenia, w tym dwie opinie ekspertów klinicznych oraz 14 opinii dyrektorów poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

Eksperti wyrazili pozytywną opinię co do wnioskowanej organizacji opieki doraźnej na rzecz dzieci i warunków realizacji świadczenia „Pediatria Pomoc Doraźna”. Zwrócili jednak uwagę na konieczność wprowadzenia zmian w zakresie wykonywanych świadczeń wnioskując m.in.za:

- 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);
- zapewnieniem 2 lub więcej łóżek (2-4 łóżek);
- doszczegółowieniem wymagań względem personelu medycznego:
  - lekarza medycyny rodzinnej – poprzez wprowadzenie warunku posiadania doświadczenia w leczeniu dzieci lub odbycie szkolenia w zakresie postępowania w stanach nagłych u dzieci (opinia Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii);
  - lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie pediatrii – poprzez dodanie kryterium ukończenia co najmniej 2. roku specjalizacji, odbycie przez ww. lekarza co najmniej 12-miesięcznego szkolenia specjalizacyjnego, w tym co najmniej 8-tygodniowego na SOR lub posiadanie zgody na pracę w PPD od kierownika specjalizacji;
- usunięciem z wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną – wymogu posiadania inkubatora w PPD;
- doprecyzowaniem w zakresie organizacji i dostępność świadczeń PPD – maksymalnego czasu pobytu pacjenta w PPD oraz czasu dostępu do wyników badań laboratoryjnych od momentu pobrania.

Uwzględniając otrzymane od ekspertów klinicznych oraz dyrektorów OW NFZ uwagi i sugestie dotyczące wnioskowanego zakresu świadczeń, Agencja we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie pediatrii, doprecyzowała warunki realizacji oraz zakres świadczeń PPD (tabela 1 i 2 Raportu Analitycznego Agencji (RAA)). Wprowadzone zmiany dotyczyły w szczególności: wymagań formalnych (dot. liczby łóżek), personelu medycznego (dodano kryteria dla lekarza w trakcie specjalizacji), wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną (dodano pięć nowych pozycji w tym analizator parametrów krytycznych (15-parametrowy)), organizacji udzielania świadczeń, a także w zakresie procedur interwencyjnych, badań obrazowych i badań laboratoryjnych. liczby łóżek), personelu medycznego (dodano kryteria dla lekarza w trakcie specjalizacji), wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną [dodano pięć nowych pozycji, w tym analizator parametrów krytycznych (15-

parametrowy]], organizacji udzielania świadczeń, a także w zakresie procedur interwencyjnych, badań obrazowych i badań laboratoryjnych.

Omówienie wszystkich opinii uzyskanych w toku konsultacji oraz doprecyzowanie propozycji warunków realizacji i zakresu świadczeń udzielanych w ramach PPD ujęto RAA nr WS.422.14.2023. Omówienie wszystkich opinii uzyskanych w toku konsultacji oraz doprecyzowanie warunków realizacji i zakresu świadczeń udzielanych w ramach PPD ujęto w RAA nr WS.422.14.2023.

W ocenie Rady Przejrzystości istnieje konieczność przygotowania przez Konsultantów Krajowych ścieżek postępowania pielęgniarsko-lekarskiego, w której wskazane będą objawy kwalifikujące pacjenta do postępowania terapeutycznego realizowanego przez lekarza oraz kwalifikujące do postępowania terapeutycznego realizowanego przez pielęgniarkę, a także opisanie sytuacji, w których doradztwo i poradnictwo będzie administrowane przez pielęgniarkę, a kiedy przez lekarza.

### **Omówienie rozwiązań proponowanych w analizie racjonalizacyjnej**

*Przedmiotem analizy racjonalizacyjnej jest identyfikacja mechanizmu, którego wprowadzenie spowoduje uwolnienie środków publicznych w wysokości odpowiadającej co najmniej wzrostowi kosztów wynikającemu z podjęcia pozytywnej decyzji o refundacji wnioskowanej technologii medycznej.*

*Analiza racjonalizacyjna jest przedkładana, jeżeli analiza wpływu na budżet podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń ze środków publicznych wykazuje wzrost kosztów refundacji.*

Nie dotyczy.

### **Omówienie rekomendacji wydawanych w odniesieniu do ocenianej technologii**

Proponowana forma organizacji opieki bazuje na świadczeniach i procedurach medycznych ujętych w obowiązujących wykazach świadczeń gwarantowanych, które charakteryzują się udowodnioną skutecznością kliniczną, w związku z tym odstąpiono od przeglądu wytycznych klinicznych oraz rozwiązań organizacyjnych w innych krajach.

### **Podstawa przygotowania rekomendacji**

Rekomendacja została przygotowana na podstawie zlecenia z 23 marca 2023 r. Ministra Zdrowia (znak pisma DLG.742.17.2023) w sprawie zasadności zakwalifikowania świadczenia „Pediatria Pomoc Doraźna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego, na podstawie art. 31c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r., poz. 2561 z późn. zm.), z uwzględnieniem raportu w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej nr: WS.422.14.2023 „Pediatria Pomoc Doraźna” – ocena zasadności kwalifikacji proponowanego zakresu świadczeń jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego”, zaktualizowanego w dn. 31.05.2023 r.; po uzyskaniu stanowiska Rady Przejrzystości nr Rady Przejrzystości nr 54/2023 z dnia 29 maja 2023 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Pediatria pomoc doraźna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego

PREZES

dr n. med. Roman Topór-Mądry

*/dokument podpisany elektronicznie/*

### **Piśmiennictwo**

1. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 54/2023 z dnia 29 maja 2023 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Pediatria pomoc doraźna” jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego

2. Raport w sprawie oceny świadczenia opieki zdrowotnej nr: WS.422.14.2023 „Pediatria Pomoc Doraźna” – ocena zasadności kwalifikacji proponowanego zakresu świadczeń jako świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia szpitalnego”; data ukończenia 25.05.2023 r., zaktualizowany 31.05.2023 r.