

Finansowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2012 roku

Paediatric intensive therapy services contracted by the National Health Fund in 2012

Anna Piechota¹, Mariusz Piechota²

¹Zakład Finansowania Ochrony Zdrowia, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

²Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Wojskowej Akademii Medycznej — Centralny Szpital Weteranów w Łodzi

ABSTRACT

Background. Departments of paediatric anaesthesiology and intensive therapy are relevant elements of the health-care system in Poland. The aim of the present study was to analyse the level of funding of departments of paediatric anaesthesiology and intensive therapy provided by regional branches of the National Health Fund (NHF) in 2012.

Methods. The survey of websites of regional branches of NHF provided data about therapeutic entities with departments of paediatric anaesthesiology and intensive therapy, whose services were contracted by NHF in 2012. The contract value for 2012, number of contracted points and price of a point were defined for each department. Moreover, using the Register of Therapeutic Entities, the number of intensive therapy beds in the departments of paediatric anaesthesiology and intensive therapy in these entities was determined.

Results. The highest expenditure for intensive therapy of children and teenagers under 17 years of age per one citizen was found in the Silesian, Opole and Lodz provinces; the lowest expenditure was observed in the Lubusz (no contracted departments), Swietokrzyskie and Podkarpacie provinces.

Conclusion. The level of funding of departments of paediatric anaesthesiology and intensive therapy provided by NHF appears to be sufficient; however, the staff and equipment potential of many such departments is not fully exploited.

Key words: National Health Fund, intensive therapy, departments of paediatric anaesthesiology and intensive therapy, financial resources, healthcare services

Słowa kluczowe: Narodowy Fundusz Zdrowia, intensywne terapia, oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, środki finansowe, świadczenia zdrowotne

Anestezjologia Intensywna Terapia 2012, tom XLIV, nr 3, 147–155

Oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci (OAIT dla dzieci) powinny stanowić ważny składnik systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Sposób ich organizacji oraz funkcjonowanie są określone przez stosowne przepisy prawa, zapewniając pośrednio odpowiednio wysoki poziom udzielanych świadczeń zdrowotnych. Finansowanie tych oddziałów, a poprzez to finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii dla dzieci odbywa się na

podstawie umowy podmiotu leczniczego, posiadającego w swojej strukturze oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci z właściwym terytorialnie oddziałem wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Autorzy postanowili zbadać, czy nakłady finansowe przeznaczone w 2012 roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia powinny zabezpieczyć właściwe funkcjonowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w Polsce.

Celem pracy była analiza poziomu finansowania oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci przez oddziały wojewódzkie NFZ w 2012 roku.

METODYKA

W pierwszym etapie badania w wyniku dokonanego przeglądu stron internetowych 16 oddziałów wojewódzkich NFZ (kwerenda w „Informatorze o umowach”) [1–16] zidentyfikowano podmioty lecznicze (świadczeniodawców), posiadające w swojej strukturze OAiIT dla dzieci, których świadczenia zostały zakontraktowane przez odpowiedni terytorialnie oddział wojewódzki (ow) NFZ w 2012 roku (nazwa produktu kontraktowego: ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI — HOSPITALIZACJA kod produktu kontraktowego: 03.4261.040.02; nazwa produktu kontraktowego: ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI II POZIOM REFERENCYJNY — HOSPITALIZACJA kod produktu kontraktowego 03.4261.050.02). W wyniku powyższej kwerendy uzyskano następujące dane o podmiocie leczniczym (świadczeniodawcy): kod świadczeniodawcy, NIP, REGON, nazwę świadczeniodawcy, miasto, ulicę, kod pocztowy oraz sumaryczną kwotę zobowiązań (dotyczącą leczenia szpitalnego; rodzaju świadczenia 03). Następnie dla każdego OAiIT dla dzieci ustalono: wartość kontraktu na 2012 rok (sumaryczną kwotę kontraktu dla produktu), liczbę zakontraktowanych punktów (sumaryczną liczbę kontraktu dla produktu) oraz cenę punktu (cenę produktu).

W kolejnym etapie badania wyszukiwano w „Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą” oraz w „Portalu Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców” odpowiednie podmioty lecznicze (świadczeniodawców) w celu ustalenia liczby łóżek intensywnej terapii dla dzieci, jaką posiadają OAiIT funkcjonujące w strukturach tych podmiotów leczniczych [17, 18]. W celu obliczenia niektórych wskaźników wykorzystano dane Głównego Urzędu Statystycznego [19].

WYNIKI

Świadczenia zdrowotne z zakresu intensywnej terapii dla dzieci udzielane przez OAiIT dla dzieci na I poziomie referencyjnym zostały zakontraktowane przez 14 oddziałów wojewódzkich NFZ, natomiast na II poziomie referencyjnym — przez 7 oddziałów wojewódzkich NFZ. Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ nie zakontraktował świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci na żadnym poziomie referencyjnym.

Cena punktu kontraktowego wynosiła 51,50–52 PLN. W czternastu oddziałach wojewódzkich NFZ, tj. Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim cena punktu kontraktowego została okre-

ślona na poziomie 52 PLN. Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ ustalił cenę punktu kontraktowego na poziomie 51,51 PLN dla wszystkich podmiotów leczniczych. Śląski Oddział Wojewódzki NFZ ustalił cenę punktu kontraktowego na poziomie 52 PLN, z wyjątkiem jednego podmiotu leczniczego (posiadającego dwa OAiIT dla dzieci), w przypadku którego cenę punktu kontraktowego ustalono na 51,50 PLN.

Poziom finansowania oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci przez oddziały wojewódzkie NFZ przedstawiono w tabelach 1–3 oraz na rycinie 1.

Strukturę OAiIT dla dzieci zakontraktowanych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 roku według liczby posiadanych łóżek przedstawiono w tabelach 4–6.

DYSKUSJA

Finansowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii dla dzieci przez oddziały wojewódzkie NFZ odbywa się na dwóch poziomach referencyjnych. Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zakontraktowany na II poziomie referencyjnym otrzymuje wyższą stawkę za punkt niż oddział zakontraktowany na I (niższym) poziomie referencyjnym. Dwa poziomy referencyjne finansowania świadczeń przez oddziały wojewódzkie NFZ nie są poziomami referencyjnymi o jakich mowa w wytycznych wielu towarzystw naukowych zajmujących się intensywną terapią dzieci czy noworodków. Pomimo pewnego związku z jakością opieki (wymogi posiadania odpowiedniej kadry, sprzętu, warunków) są to zupełnie odrębne instytucje i nie należy ich mylić. Od wielu lat konsultant krajowy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii czyni starania, aby poziom finansowania świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii dla dzieci (ale i dla dorosłych) był trzystopniowy i powiązany z poziomami referencyjności o jakich mowa w wytycznych towarzystw naukowych.

Uzyskane dane dotyczące podmiotów leczniczych (świadczeniodawców), posiadających w swojej strukturze OAiIT dla dzieci, których świadczenia zostały zakontraktowane przez odpowiedni terytorialnie oddział wojewódzki NFZ w 2012 roku (opublikowane na stronach oddziałów wojewódzkich NFZ), są zdaniem autorów bardzo rzetelne i nie wzbudziły żadnych wątpliwości. Natomiast dane dotyczące liczby łóżek, jakimi dysponują OAiIT dla dzieci funkcjonujące w tych podmiotach nie były w przeszukanych rejestrach zgodne.

Dane dotyczące liczby łóżek wyszukiwano jednocześnie w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Portalu Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców. Przyjęcie takiej procedury wynikało z dwóch powodów. Po pierwsze, w czasie wykonywania kwerendy (pierwsza dekada czerwca 2012 r.) nie wszystkie podmioty lecznicze były jeszcze ujawnione w Rejestrze

Tabela 1. Finansowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci na I poziomie referencyjnym przez ow NFZ

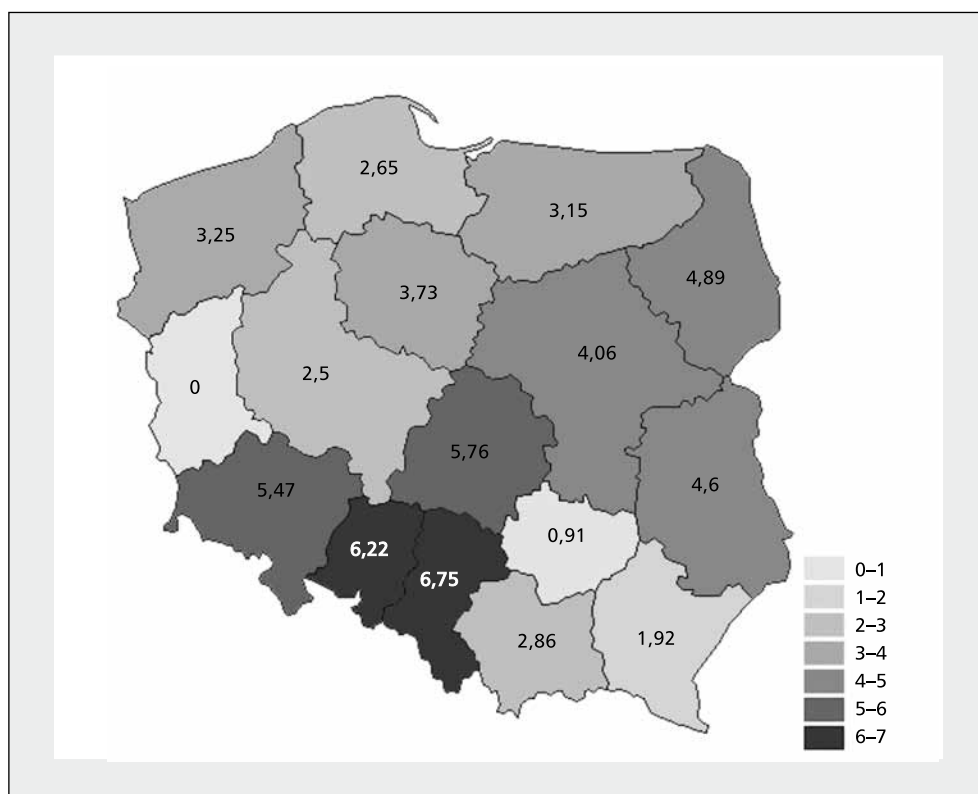
Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Liczba oddziałów	Liczba łóżek int. terapii dla dzieci	Liczba łóżek na 100 000 mieszkańców	Łączna liczba zakontraktowanych punktów	Łączna wartość kontraktów (PLN)	Średnia kwota w PLN przeznaczona przez ow NFZ na leczenie chorych/na 1 łóżko/1 rok	Średnia liczba zakontraktowanych punktów/ /1 łóżko/ /1 dzień hospitalizacji	Kwota finansowania OAiIT dla dzieci w PLN w przeliczeniu na 1 mieszkańca
Dolnośląski	5	46	1,60	249 857	12 992 564,00	282 447,04	14,88	4,51
Kujawsko-Pomorski	1	7	0,34	47 868	2 489 136,00	355 590,86	18,74	1,20
Lubelski	1	17	0,79	138 916	7 223 632,00	424 919,53	22,39	3,36
Lubuski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Łódzki	2	34	1,34	280 597	14 591 044,00	429 148,35	22,61	5,76
Małopolski	1	22	0,66	182 177	9 473 204,00	430 600,18	22,69	2,86
Mazowiecki	4	34	0,65	117 111	6 089 779,80	179 111,17	9,44	1,16
Opolski	1	18	1,75	122 939	6 392 828,00	355 157,11	18,71	6,22
Podkarpacki	1	16	0,76	77 865	4 048 980,00	674 830,00	35,55	1,92
Podlaski	2	16	1,35	111 642	5 805 384,00	362 836,50	19,12	4,89
Pomorski	2	13	0,58	115 300	5 939 103,00	456 854,08	24,30	2,65
Śląski	9	77	1,66	541 309	28 045 853,50	364 231,86	19,26	6,05
Świętokrzyski	1	5	0,39	22 135	1 151 020,00	230 204,00	12,13	0,91
Warmińsko-Mazurski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Wielkopolski	4	27	0,79	164 685	8 563 620,00	317 171,11	16,71	2,50
Zachodniopomorski	2	9	0,53	73 852	3 840 304,00	426 700,44	22,48	2,27
Łącznie/średnia	36	341	0,82	2 246 253	116 646 452,30	330 612,64	17,44	3,05

Tabela 2. Finansowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci na II poziomie referencyjnym przez ow NFZ

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Liczba oddziałów	Liczba łóżek int. terapii dla dzieci	Liczba łóżek na 100 000 mieszkańców	Łączna liczba zakontraktowanych punktów	Łączna wartość kontraktów (PLN)	Średnia kwota w PLN przeznaczona przez ow NFZ na leczenie chorych/ /1 łóżko/1 rok	Średnia liczba zakontraktowanych punktów/ /1 łóżko/ /1 dzień hospitalizacji	Kwota finansowania OAiIT dla dzieci w PLN w przeliczeniu na 1 mieszkańca
Dolnośląski	1	6	0,21	53 109	2 761 668,00	460 278,00	24,25	0,96
Kujawsko-Pomorski	3	24	1,16	100 745	5 238 740,00	218 280,83	11,50	2,53
Lubelski	2	23	1,07	51 545	2 680 362,88	116 537,52	6,14	1,25
Lubuski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Łódzki	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Małopolski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Mazowiecki	3	47	0,90	292 728	15 221 858,00	323 869,32	17,06	2,90
Opolski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Podkarpacki	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Podlaski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Pomorski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Śląski	1	13	0,28	62 250	3 237 000,00	249 000,00	13,12	0,70
Świętokrzyski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Warmińsko-Mazurski	1	9	0,63	86 595	4 502 940,00	500 326,67	26,36	3,15
Wielkopolski	0	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Zachodniopomorski	1	7	0,41	31 918	1 659 736,00	237 105,14	12,49	0,98
Łącznie/średnia	12	129	0,29	678 890	35 302 304,88	131 587,34	6,93	0,92

Tabela 3. Finansowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci na obu poziomach referencyjnych łącznie przez ow NFZ

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Liczba oddziałów	Liczba łóżek	Liczba łóżek int. ter. dla dzieci na 100 000 mieszkańców	Łączna liczba zakontraktowanych punktów	Łączna wartość kontraktów	Średnia kwota w PLN przeznaczona przez ow NFZ na leczenie chorych/ /1 łóżko/1 rok	Średnia liczba zakontraktowanych punktów/ /1 łóżko/ /1 dzień hospitalizacji	Kwota finansowania OAiIT dla dzieci w PLN w przeliczeniu na 1 mieszkańca
Dolnośląski	6	52	1,81	302 966	15 754 232,00	302 966,00	15,96	5,47
Kujawsko-Pomorski	4	31	1,50	148 613	7 727 876,00	249 286,32	13,13	3,73
Lubelski	3	40	1,86	190 461	9 903 994,88	247 599,87	13,05	4,60
Lubuski	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Łódzki	2	34	1,34	280 597	14 591 044,00	429 148,35	22,61	5,76
Małopolski	1	22	0,66	182 177	9 473 204,00	430 600,18	22,69	2,86
Mazowiecki	7	81	1,54	409 839	21 311 637,80	263 106,64	13,86	4,06
Opolski	1	18	1,75	122 939	6 392 828,00	355 157,11	18,71	6,22
Podkarpacki	1	16	0,76	77 865	4 048 980,00	253 061,25	13,33	1,92
Podlaski	2	16	1,35	111 642	5 805 384,00	362 836,50	19,12	4,89
Pomorski	2	13	0,58	115 300	5 939 103,00	456 854,08	24,30	2,65
Śląski	10	90	1,94	603 559	31 282 853,50	347 587,26	18,37	6,75
Świętokrzyski	1	5	0,39	22 135	1 151 020,00	230 204,00	12,13	0,91
Warmińsko-Mazurski	1	9	0,63	86 595	4 502 940,00	500 326,67	26,36	3,15
Wielkopolski	4	27	0,79	164 685	8 563 620,00	317 171,11	16,71	2,50
Zachodniopomorski	3	16	0,95	105 770	5 500 040,00	343 752,50	18,11	3,25
Łącznie/średnia	48	470	1,12	2 925 143	151 948 757,18 zł	318 103,62	16,78	3,98



Rycina 1. Finansowanie oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci przez ow NFZ — w PLN w przeliczeniu na jednego mieszkańca województwa

Tabela 4. Liczba łóżek na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci na I poziomie referencyjnym zakontraktowanych przez ow NFZ w 2012 roku

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Liczba oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w województwie z:																Łączna liczba OAiT dla dzieci w województwie	
	2 łózkami	3 łózkami	4 łózkami	5 łózkami	6 łózkami	7 łózkami	8 łózkami	9 łózkami	10 łózkami	11 łózkami	12 łózkami	13 łózkami	15 łózkami	17 łózkami	18 łózkami	21 łózkami		22 łózkami
Dolnośląski		1					2				1		1					5
Kujawsko-Pomorski						1												1
Lubelski														1				1
Lubuski																		0
Łódzki												1				1		2
Małopolski																	1	1
Mazowiecki				2		1								1				4
Opolski															1			1
Podkarpacki					1													1
Podlaski			1								1							2
Pomorski					1	1												2
Śląski				2	2		1		2	1	1							9
Świętokrzyski				1														1
Warmińsko-Mazurski																		0
Wielkopolski	1				1			1	1									4
Zachodniopomorski			1	1														2
Razem	1	1	2	6	5	3	3	1	1	2	3	2	1	2	1	1	1	36

Tabela 5. Liczba łóżek na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci na II poziomie referencyjnym zakontraktowanych przez ow NFZ w 2012 roku

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Liczba oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w województwie z:									Łączna liczba OAiT dla dzieci w województwie	
	3 łózkami	6 łózkami	7 łózkami	9 łózkami	10 łózkami	13 łózkami	15 łózkami	17 łózkami	20 łózkami		
Dolnośląski		1									1
Kujawsko-Pomorski		1	1					1			3
Lubelski			1						1		2
Lubuski											0
Łódzki											0
Małopolski											0
Mazowiecki							1		1	1	3
Opolski											0
Podkarpacki											0
Podlaski											0
Pomorski											0
Śląski								1			1
Świętokrzyski											0
Warmińsko-Mazurski					1						1
Wielkopolski											0
Zachodniopomorski					1						1
Razem	1	3	1	1	1	1	1	1	2	1	12

Tabela 6. Liczba łóżek na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zakontraktowanych przez ow NFZ w 2012 roku

Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	Liczba oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w województwie z:																	Łączna liczba OAIiT dla dzieci w woje- wództwie
	2 łózkami	3 łózkami	4 łózkami	5 łózkami	6 łózkami	7 łózkami	8 łózkami	9 łózkami	10 łózkami	11 łózkami	12 łózkami	13 łózkami	15 łózkami	17 łózkami	18 łózkami	20 łózkami	21 łózkami	
Dolnośląski	0	1	0	0	1	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6
Kujawsko-Pomorski	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4
Lubelski	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	3
Lubuski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Łódzki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	2
Małopolski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Mazowiecki	0	0	0	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	1	0	7
Opolski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
Podkarpacki	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Podlaski	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Pomorski	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
Śląski	0	0	0	2	2	0	1	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	10
Świętokrzyski	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Warmińsko-Mazurski	0		0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Wielkopolski	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4
Zachodniopomorski	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Razem	1	2	2	6	8	4	3	2	2	2	3	3	2	4	1	1	1	48

Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. W związku z powyższym, w takich przypadkach odpowiednie dane uzyskiwano wyłącznie na podstawie Portalu Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców. Po drugie uzyskanie identycznych danych dotyczących liczby łóżek w obu rejestrach uwiarygodniało uzyskane dane.

Zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującego prawa dane zawarte w rejestrach powinny być prawdziwe i odzwierciedlać aktualny stan podmiotu leczniczego (zakładu opieki zdrowotnej). Osoba korzystająca z rejestru powinna być pewna, że dane w nim zawarte są prawdziwe. Niestety niejednokrotnie tak nie było. Liczba łóżek intensywnej terapii dla dzieci w „Portalu Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców” w wielu przypadkach różniła się od liczby łóżek intensywnej terapii dla dzieci wykazanej w „Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą”. Na przykład Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr. Stanisława Popowskiego w Olsztynie na Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii (dla dzieci) w „Portalu Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz świadczeniobiorców” wykazał 3 łóżka, natomiast w „Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą” — 9 łóżek ogółem, w tym 9 łóżek intensywnej opieki medycznej, w tym 6 łóżek dla noworodków oraz posiadanie 12 inkubatorów.

Problem — w odpowiednim przyporządkowaniu — stanowiły łóżka intensywnej terapii dla dzieci znajdujące się na oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (dla dorosłych). Na przykład, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny we Wrocławiu w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (nr księgi: 000000001316) posiadał w swojej strukturze jeden 15-łóżkowy oddział anestezjologii i intensywnej terapii (dla dorosłych) (kod 4260), a w nim 3 łóżka noworodkowe, oraz jeden 8-łóżkowy oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci (kod 4261) bez łóżek dla noworodków.

Wątpliwości autorów co do poprawności istniejących wpisów w Rejestrze czy Portalu budziły również wpisy, w których nazwa własna oddziału zawierała wyrazy: „noworodkowy” czy „noworodków”, a nie wykazano w rejestrze żadnych łóżek noworodkowych.

W „Rubryce 13. Liczba łóżek w komórce organizacyjnej” w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą należy wykazać: liczbę łóżek ogółem; liczbę łóżek intensywnej opieki medycznej; liczbę łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego; liczbę łóżek dla noworodków oraz liczbę inkubatorów. Autorzy zauważyli całkowitą dowolność przy określaniu typu posiadanych przez oddział łóżek. Część podmiotów wykazywało, że wszystkie posia-

dane łóżka są łózkami intensywnej opieki medycznej, pozostałe, że nie są to łóżka intensywnej opieki medycznej. Podobny problem występował w przypadku łóżek dla noworodków. Wielu tego typu błędów prawdopodobnie można byłoby uniknąć, gdyby odpowiednia wiedza dotycząca nazewnictwa była powszechniejsza. Zgodnie z przepisami zawartymi w rozporządzeniu ministra zdrowia zmieniające rozporządzenie z 15 września 2011 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego świadczeniodawca może wyodrębnić, spośród łóżek oddziału specjalistycznego szpitala, łóżka intensywnej opieki medycznej (wzmoczonego nadzoru), będące stanowiskami intensywnej opieki medycznej, przeznaczone dla chorych wymagających wzmoczonego nadzoru, a niespełniających kryteriów medycznych przyjęcia do oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. W przypadku oddziału anestezjologii i intensywnej terapii czy oddziału anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci nie powinno się wykazywać żadnych łóżek w pozycjach: liczba łóżek intensywnej opieki medycznej oraz liczba łóżek intensywnego nadzoru kardiologicznego. Z kolei każde łóżko wykazane w pozycji: liczba łóżek dla noworodków powinno być łóżkiem intensywnej terapii wykazywanym również w pozycji: liczba łóżek ogółem.

Pomimo tych trudności autorzy są przekonani, że zebrane dane, po odpowiednim przyporządkowaniu, właściwie i dość precyzyjnie opisują aktualny stan rzeczy.

Liczba łóżek intensywnej terapii dla dzieci (ogółem), które posiadają oddziały anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci zakontraktowane przez oddziały wojewódzkie NFZ w 2012 roku wynosi 470. Łóżka te powinny zabezpieczyć populację dzieci i młodzieży do 18 roku życia, tj. 7 140 156 osób [19]. Jedno łóżko intensywnej terapii dla dzieci przypada na 15 192 dzieci i młodzieży do 18 roku życia. Analogiczny współczynnik dla osób dorosłych wynosi 11 096. Powyższe dane sugerują względny niedobór łóżek intensywnej terapii dla dzieci w stosunku do łóżek intensywnej terapii dla osób dorosłych.

Czy rzeczywiście mamy w Polsce niedobór łóżek intensywnej terapii dla dzieci? Według wytycznych *Paediatric Intensive Care Society* intensywna terapia dla dzieci powinna być zorganizowana wokół jednego wiodącego centrum na milion dzieci w populacji. W takim przypadku należy spodziewać się 1,2 przyjęcia rocznie w przeliczeniu na 1000 dzieci w populacji, przy średniej długości pobytu około 4 dni. Tak zorganizowany ośrodek może przyjąć około 1200 pacjentów rocznie. Przy założeniu konieczności zorganizowania jednego łóżka na 48 000 dzieci oznacza, iż takie oddziały intensywnej terapii dla dzieci powinny posiadać 20 łóżek (około 60 przyjęć na 1 łóżko rocznie) [20].

Biorąc pod uwagę populację dzieci i młodzieży do lat 17 oraz wytyczne *Paediatric Intensive Care Society*, według modelu zcentralizowanego, w Polsce powinno funkcjonować 7–8 ośrodków intensywnej terapii dla dzieci posiada-

jących łącznie 140–160 łóżek intensywnej terapii dla dzieci. Model zdecentralizowany wymaga większej ilości łóżek. W modelu zdecentralizowanym, im więcej oddziałów intensywnej terapii dla dzieci z mniejszą liczbą łóżek, tym w ogólnym rozliczeniu potrzeba więcej łóżek intensywnej terapii. Przedłużenie średniego czasu pobytu w oddziale (powyżej zakładanych 4 dni) dodatkowo znacząco zwiększa konieczność zabezpieczenia większej liczby łóżek dla danej populacji [20].

Uzyskane dane pokazują, że istotnym problemem jest niewłaściwa struktura łózkowa oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci. Typowy oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w Polsce posiada 5–6 łóżek. Niektóre jednak posiadają tylko 2 lub 3 łóżka intensywnej terapii. Zasadność istnienia takich oddziałów z ekonomicznego punktu widzenia jest mocno wątpliwa. Wartość podpisanych kontraktów z oddziałami wojewódzkimi NFZ wskazuje, iż zakontraktowane środki finansowe w żaden sposób nie pozwolą na zbilansowanie się OAiIT dla dzieci posiadającego 2 lub 3 łóżka intensywnej terapii.

Rozmieszczenie OAiIT dla dzieci oraz ich struktura łózkowa wskazuje, że w Polsce nie mamy ani modelu zcentralizowanego, ani zdecentralizowanego. Należy więc niezwłocznie podjąć działania w celu optymalizacji i racjonalizacji intensywnej terapii dla dzieci w Polsce. Należy zdecydowanie dążyć do powstawania oddziałów 8–12-łózkowych. Rozproszenie OAiIT dla dzieci powoduje skrajną nieefektywność udzielania i finansowania świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii dla dzieci. Brak odpowiednich działań obecnie, może w przyszłości skutkować marginalizacją intensywnej terapii prowadzonej na OAiIT dla dzieci oraz może przełożyć się także na istotne pogorszenie finansowania tych oddziałów.

Zasady finansowania OAiIT przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ nie są całkowicie jasne i przejrzyste. Podstawowe zastrzeżenia budzi nierówność traktowania podmiotów leczniczych, biorących udział w kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu intensywnej terapii na 2012 rok. Nierówność traktowania podmiotów leczniczych przejawia się w ustaleniu różnej ceny punktu kontraktowego przez oddziały wojewódzkie NFZ. Zdaniem autorów, decyzje w powyższych sprawach, podejmowane na poziomie oddziałów wojewódzkich NFZ, nie wynikają z przesłanek merytorycznych. Subiektywność w kształtowaniu ceny punktu kontraktowego nie powinna mieć miejsca w kolejnych latach.

Uzyskane w wyniku kwerend dane pozwoliły na ocenę finansowania oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci. Do oceny poziomu finansowania szczególnie użyteczne okazały się następujące wskaźniki: sumaryczna roczna kwota kontraktu/1 łóżko (wskaźnik rocznych nakładów na jedno łóżko); liczba zakontraktowanych punk-

tów/1 łóżko/1 dzień hospitalizacji oraz sumaryczna roczna kwota kontraktu/1 mieszkańca.

Wskaźnik sumaryczna roczna kwota kontraktu/1 łóżko dobrze obrazuje nakłady na intensywną terapię. Na leczenie chorych hospitalizowanych na 1 łóżku intensywnej terapii dla dzieci przez rok NFZ przeznaczył w 2012 roku średnio kwotę 318 103,62 PLN, czyli kwotę o ponad 100 000 PLN mniejszą niż w przypadku osób dorosłych.

Autorzy z Hiszpanii określili średni dobowy koszt leczenia pacjenta na 12-łóżkowym oddziale intensywnej opieki dla dzieci na III poziomie referencyjnym na poziomie 826 USD [21]. Określili wchodzące w jego skład koszty stałe (608 USD) i zmienne (218 USD). Największą część kosztów stałych stanowiła płaca personelu (86%). Zespół badaczy ze Stanów Zjednoczonych ustalił, że średni dobowy koszt leczenia pacjenta wynosi 2264 ± 868 USD [22]. Zakładając, że średni czas hospitalizacji wynosi 4 doby, a średni dobowy koszt leczenia pacjenta wynosi od 826 do 2264 USD to roczny koszt leczenia na 1 łóżku intensywnej terapii dla dzieci jest nie mniejszy niż 75 000 USD (ok. 240 000 PLN), ale nie powinien przekroczyć 206 000 USD (ok. 660 000 PLN). Wydaje się, że z tego punktu widzenia środki przeznaczone przez NFZ na leczenie chorych hospitalizowanych na 1 łóżku intensywnej terapii dla dzieci przez rok powinny pokrywać związane z tym koszty. Zwłaszcza jeśli oddział intensywnej terapii dla dzieci posiada w swojej strukturze również łóżka dla noworodków. Według danych pochodzących z Indii średni całkowity koszt intensywnej terapii dziecka o masie ciała (mc.) poniżej 1000 gramów wynosił 3800 USD, 2000 USD w przypadku niemowląt o mc. pomiędzy 1000 g a 1250 g oraz 950 USD w przypadku dzieci o mc. od 1250 do 1500 g [23]. Porównując te dane z kosztami intensywnej terapii dzieci w Polsce, Europie Zachodniej czy Stanach Zjednoczonych należy wziąć pod uwagę dwa istotne fakty. Po pierwsze, podane koszty dotyczą szpitali indyjskich. W Europie Zachodniej i w Stanach Zjednoczonych analogiczne koszty są zwykle znacznie większe, z powodu większych kosztów pracy. Po drugie, na przedstawiony powyżej średni całkowity koszt intensywnej terapii dzieci składają się koszty intensywnej terapii zarówno dzieci wymagających w trakcie leczenia wentylacji mechanicznej, jak i niewymagających takiej wentylacji — koszt intensywnej terapii dzieci w pierwszym przypadku jest, w zależności od mc., dwu-, trzykrotnie wyższy niż w drugim [23].

Wskaźnik liczba zakontraktowanych punktów/1 łóżko/1 dzień hospitalizacji jest swego rodzaju miarą „zakontraktowanego stanu ciężkości leczonych chorych”. Pośrednio wiąże się ze skalą TISS-28. Jednak zakontraktowany punkt nie jest tożsamy z punktem w skali TISS-28. Zaobserwowane odstępstwa od jednolitej ceny za punkt kontraktowy (maksymalnie o prawie 1%) w niewielkim stopniu zaburzają

ocenę finansowania za pomocą wskaźnika liczby zakontraktowanych punktów/1 łóżko/1 dzień hospitalizacji. Zakontraktowanie przez oddziały wojewódzkie NFZ średnio 16,78 punktu/1 łóżko/1 dzień hospitalizacji jest, zdaniem autorów, niewystarczająca dla większości OAiIT dla dzieci. Zdaniem autorów średnia liczba zakontraktowanych punktów/1 łóżko/1 dzień hospitalizacji nie powinna być niższa niż 20. W innym przypadku dochodzi do większego lub mniejszego niewykorzystania potencjału OAiIT dla dzieci. Niestety, autorzy nie posiadają danych dotyczących wykorzystania łóżek na każdym z analizowanych OAiIT dla dzieci.

Według wskaźników: sumarycznej rocznej kwota kontraktu/1 łóżko oraz liczby zakontraktowanych punktów/1 łóżko/1 dzień hospitalizacji największe zasoby finansowane zostały przeznaczone na sfinansowanie świadczeń intensywnej terapii dla dzieci udzielanych przez OAiIT dla dzieci zakontraktowane przez Warmińsko-Mazurski, Pomorski oraz Małopolski Oddział Wojewódzki NFZ. Według tych wskaźników najmniejsze zasoby finansowane zostały przeznaczone na sfinansowanie świadczeń intensywnej terapii dla dzieci udzielanych przez OAiIT dla dzieci zakontraktowane przez Lubuski (brak zakontraktowanych oddziałów), Świętokrzyski oraz Lubelski Oddział Wojewódzkiego NFZ.

Wskaźniki: sumaryczna roczna kwota kontraktu/1 łóżko oraz liczba zakontraktowanych punktów/1 łóżko/1 dzień hospitalizacji pokazują finansowanie OAiIT bardziej z punktu widzenia podmiotów leczniczych niż płatnika. Wynika to z faktu, że oba wskaźniki są pochodną liczby łóżek. W przypadku, gdyby liczba łóżek na OAiIT dla dzieci na terenie jednego z województw była znacząco większa w stosunku do innych, to wartości obu wskaźników mogą być w tym województwie odpowiednio niższe, pomimo wysokich nakładów na intensywną terapię w tym województwie. Takie sytuacje można zweryfikować za pomocą wskaźnika sumarycznej rocznej kwoty kontraktu/1 mieszkańca — wskaźnika najbardziej istotnego z punktu widzenia zarządzającego (organizatora) opieki zdrowotnej. Wskaźnik sumarycznej rocznej kwoty kontraktu/1 mieszkańca pokazał, że największe nakłady na intensywną terapię dzieci i młodzieży do lat 17 w przeliczeniu na 1 mieszkańca dotyczą mieszkańców województw: śląskiego, opolskiego oraz łódzkiego, najmniejsze zaś mieszkańców województw lubuskiego (brak zakontraktowanych oddziałów), świętokrzyskiego oraz podkarpackiego.

WNIOSKI

1. Poziom finansowania oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci przez Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje się dostateczny, ale w wielu przypadkach dochodzi do niewykorzystania potencjału kadrowego i sprzętowego tych oddziałów.

2. Zasady finansowania oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ nie są całkowicie jasne i przejrzyste.
3. Struktura oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci w Polsce zakontraktowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ z punktu widzenia efektywności finansowej nie jest właściwa.

Piśmiennictwo:

4. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=01>
5. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=02>
6. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=03>
7. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=04>
8. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=05>
9. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=06>
10. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=07>
11. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=08>
12. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=09>
13. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=10>
14. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=11>
15. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=12>
16. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=13>
17. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=14>
18. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=15>
19. <https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy/Search.aspx?OW=16>
20. <http://www.rejestrzoz.gov.pl/REJESTR/start/widok/Z/typRejestr/RZOZ>
21. <http://www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/>
22. http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_I_Ludnosc_stan_struktura_31_12_2010.pdf
23. The Paediatric Intensive Care Society. Appendices to Standards For The Care of Critically Ill Children (4th Edition) <http://www.ukpics.org.uk/Clinical%20Guidance.html>
24. García S, Ruza F, Alvarado F, et al.: Analysis of costs in a pediatric ICU. *Intensive Care Med* 1997; 23: 218–225.
25. Chalom R, Raphaely RC, Costarino AT Jr.: Hospital costs of pediatric intensive care. *Crit Care Med* 1999; 27: 2079–2085.
26. Narang A, Kiran PS, Kumar P: Cost of neonatal intensive care in a tertiary care center. *Indian Pediatr* 2005; 42: 989–997.

Adres do korespondencji:

dr hab. n. med. Mariusz Piechota
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersytecki Szpital Kliniczny
— Centralny Szpital Weteranów w Łodzi
Plac Hallera 1, 90–647 Łódź
tel.: (42) 639 30 70, faks: (42) 639 30 88
e-mail: mariuszpiechota@poczta.onet.pl

Otrzymano: 25.06.2012 r.

Przyjęto do druku: 30.08.2012 r.