

✖ Alicja Dusza, 2014-04-29 07:00

SOR-y do poprawki



Thinkstock/GettyImages

NFZ powołał zespół ds. opracowania propozycji rozwiązań systemowych finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. Jakie zmiany są potrzebne na SOR-ach, żeby wreszcie nie generowały długów? O tym z dr. Jackiem Górnym, kierownikiem SOR szpitala im. Strusia w Poznaniu, rozmawia Alicja Dusza.

NFZ powołał zespół ds. opracowania propozycji rozwiązań systemowych finansowania szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć. Jakie zmiany są potrzebne na SOR-ach, żeby wreszcie nie generowały długów? O tym z dr. Jackiem Górnym, kierownikiem SOR szpitala im. Strusia w Poznaniu, rozmawia Alicja Dusza.

Alicja Dusza: NFZ zapowiada zmiany w finansowaniu SOR-ów. Takie zmiany są potrzebne?

dr Jacek Górny: Po pierwsze skład tej komisji nie gwarantuje opracowania systemu finansowania SOR-ów w oparciu o rzeczywiście ponoszone koszty i wykonywane w SOR-ach procedury. W komisji jest raptem czterech przedstawicieli środowiska medycyny ratunkowej, w tym konsultant krajowy, prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Ratunkowej, członek zarządu Towarzystwa i konsultant wojewódzki dla woj. mazowieckiego. To absolutnie nie wystarczy. Prawda jest taka, że muszą w pracach tej komisji udział czynny wziąć przede wszystkim ludzie tzw. pierwszej linii - to jest ordynatorzy i kierownicy szpitalnych oddziałów ratunkowych, których w największym stopniu problem ten dotyczy, gdyż odpowiadają za codzienną pracę tych oddziałów. Przypomnę, że sposób finansowania SOR-ów był już przez NFZ „poprawiany” kilka miesięcy temu, skutkiem czego finansowanie ich w roku 2015 obniży się w całym kraju o ok. 30 procent! Nowy zestaw procedur okazał się kompletnym bblem, gdyż nie tylko zaniżył większość dotychczasowo wyżej punktowanych, ale przede wszystkim ponad połowa z nich w ogóle nie dotyczy medycyny ratunkowej (na przykład usunięcie wkładki wewnątrzmacicznej i inne kurioza).

Cokolwiek ta komisja uchwali, nie będzie miało sensu, jeśli nie wprowadzimy obiecywanego od dawna przez PO systemu dwustrumieniowego finansowania SOR-ów. Oznacza to, że ryczałt za gotowość płaci nie NFZ, lecz pochodzi on z tych samych środków, co na zespoły ratownictwa medycznego. Natomiast NFZ powinien płacić nie ryczałt, lecz za rzeczywiście wykonane procedury, po ich rzeczywistych kosztach. Wynika to z dwojakiego charakteru SOR - na podstawie Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym SOR jest jednocześnie oddziałem szpitalnym, jak i podstawową jednostką systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

Ponadto NFZ musi przestać stygmatyzować pacjentów przekazywanych z SOR na inny oddział, gdyż obecnie płaci tylko za chorego wypisywanego z SOR do domu. Tłumaczenie NFZ, że w przypadku przyjęcia na inny oddział szpitalny pracę SOR uwzględniają jednorodne grupy pacjentów, jest zwyczajnym poświadczeniem nieprawdy, gdyż żadna jednostka chorobowa przyjęta na ostrym dyżurze (tzn. przez SOR) nie jest płacona lepiej niż jej przyjęcie planowe. A przecież zabieg ze wskazań nagłych jest obciążony znacznie większym ryzykiem powikłań niż zabieg planowy po uprzednim przygotowaniu.

Kolejnym problemem jest brak krajowej sieci szpitali strategicznych, jasno wskazującej podmioty lecznicze (szpitale) uprawnione do priorytetowego finansowania, z uwagi na zapewniane przez te podmioty bezpieczeństwo zdrowotne ludności. Wówczas szpital posiadający SOR, czy tym bardziej

status Centrum Urazowego będzie miał zapewnione finansowanie adekwatne do jego roli publicznej.

Minister zdrowia zapowiada również zmiany w onkologii i POZ-ach. Czy zdarza się również, że pacjenci z nowotworami trafiają na SOR-y?

Ze swojego doświadczenia mogę powiedzieć, że oddziały ratunkowe diagnozują bardzo dużą liczbę nowotworów. Dotyczy to również chorych, u których całkowicie zawiodła podstawowa opieka zdrowotna. Lekarze rodzinni lekceważą podstawowe objawy i wysyłają chorych do oddziału ratunkowego nawet na zrobienie prostej morfologii, każą wręcz pacjentom kłamać, że to są nagłe przypadki. Na przykład miałem na SOR-ze pacjenta, który przez rok był leczony przez lekarza rodzinnego potężnymi dawkami tramalu. Otrzymywał dziennie 8 tabletek z powodu neuralgii międzyżebrowej, tj. bólu w lewej części klatki piersiowej, ani razu przez rok lekarz rodzinny nie wykonał prostego badania rtg klatki piersiowej. Ten pacjent rzeczywiście miał neuralgię, ale dlatego, że potężny guz w szczycie lewego żebra wyżerał mu drugie żebro. Pacjent przeżył dzięki naszej szybkiej interwencji i skierowaniu na onkologię. To jeden z wielu przykładów, który pokazuje skalę problemu. Diagnostyka onkologiczna i jej ciężar przerzucony został w dużej mierze na oddziały ratunkowe. SOR-y w tej sytuacji są rzeczywiście coraz bardziej niewydolne, zatem należy oczekiwać, że zniesienie limitów i innych ograniczeń finansowania dla chorych onkologicznych dotyczyć będzie również medycyny ratunkowej.

Jeśli chodzi o zmiany w POZ, to również nie mają sensu żadne, które nie różnicują puli środków (tak jak w krajach tzw. starej unii). W przeciwnym razie lekarzom rodzinnym nadal będzie się opłacać ponosić jak najmniejsze koszty.

Dlaczego SOR-y są problemowe? Czy to przez tych lekarzy, którzy odsyłają pacjentów na SOR-y, a sami nie zlecają badań?

Problem jest złożony. Zacznę od tego, że każdy oddział szpitalny w przeciwieństwie do SOR-ów jest finansowany przez jednorodną grupę pacjentów i uwzględnia przynajmniej finansowanie procedur. Procedura wykonana na oddziale będzie opłacona. Kiedy pacjent musi być przekazany z jednego oddziału na inny, wówczas procedura jest rozliczana na tym, na którym jest ona bardziej opłacalna. Taka jest rzeczywistość w polskich szpitalach.

Natomiast oddział ratunkowy finansowany jest w sposób zryczałtowany, czyli określoną stawką za dzień swojej pracy. Nie dostaje nic ponadto, niezależnie, co wykona. Obecnie otrzymujemy dzienną stawkę w wysokości 15 tysięcy zł. Tymczasem bywa tak, że musimy wykonać resuscytację z użyciem odpowiedniego, zalecanego w wytycznych europejskich, leku pacjentowi, u którego stwierdzono zatrzymanie akcji serca. To jednorazowy koszt ok. 10 tysięcy zł. Łącznie pacjentów mamy dziennie około 200, na szczęście tylko nieliczni wymagają resuscytacji. To pokazuje, jak fatalne jest finansowanie SOR-ów i że nie uwzględnia liczby i jakości procedur w nim wykonywanych.

Przy złym finansowaniu SOR-ów dyrektorzy szpitali tną wydatki na te oddziały oczywiście kosztem pacjenta. Według szacunkowych danych, znacząca liczba SOR-ów w tym kraju nie wykorzystuje w pełni swojego potencjału, wiele sal i obszarów w tych oddziałach jest nieużywanych gdyż... brakuje dyrekcjom środków na zatrudnienie personelu koniecznego dla funkcjonowania tych obszarów SOR. Na większości SOR-ów w Polsce pacjent podczas wielogodzinnego pobytu nie otrzymuje nawet posiłku, z powyższych, tych samych powodów.

Powiedział pan, że problem jest złożony. Czy nadal problemem są również pacjenci, którzy nie mogli dostać się do lekarza POZ i wołać przyjść wieczorem do SOR-u?

Winni są tutaj i sami pacjenci, i ich lekarze, którzy sugerują pacjentowi, aby wybrał krótszą drogę do badania, na które musiałby czekać np. pół roku. Pacjenci zgłaszają się więc do SOR-ów i kłamią, że dolegliwość nastąpiła dzisiaj. Robimy mu np. morfologię na koszt państwa, obok pacjenta z

zagrożeniem życia. Potem taki pacjent znowu wraca do lekarza rodzinnego, który nieraz nawet nie podejmuje się leczenia, tylko przedłuża mu leki z recepty, którą otrzymał na SOR-ze. To my na oddziale ratunkowym bardzo często inicjujemy leczenie, które później tylko kontynuuje lekarz rodzinny. Kierując się dobrem pacjenta, badamy go i rozpoznajemy np. nadciśnienie tętnicze czy cukrzycę. Pacjenci, którzy do nas przychodzą wieczorami, faktycznie czasem nie mogą się dodzwonić do swojej przychodni i zarejestrować do lekarza rodzinnego. Ale są też tacy, którzy w ciągu dnia nie starają się nawet zarejestrować, bo wiedzą, że wieczorem mogą się zgłosić do nas lub do pomocy doraźnej.