

Chcę zwrócić uwagę na projekt zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego wprowadzający zmiany w par.4:

„...pod warunkiem zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu sanitarnego, stacjonującego w lokalizacji, w której są udzielane świadczenia gwarantowane, w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi medycznemu”.

Czytając literalnie należy sądzić, że minister wprost nakazuje wprowadzenie u każdego świadczeniodawcy w zakresie leczenia szpitalnego transportu sanitarnego odpowiadającego specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego.

Ta decyzja powoduje powstanie nowego ośrodka kosztowego. Koszt utrzymania zespołu w ramach systemu ratownictwa to ok.4000zł/dobę. Największy udział w tej kwocie stanowią płace. Zakładając, że zespół pozasystemowy będzie generować koszt ok.2500zł/dobę (minimalnie) to miesięczne utrzymanie wyniesie 75000zł.

Teraz należy ocenić wykorzystanie takiego zespołu. Uważam, że przewóz międzyszpitalny w sytuacji ratowania zdrowia i życia w trybie pilnym/natychmiastowym to nie więcej niż 1-2 w tygodniu w przypadku wieloprofilowego szpitala. Pozostałe przewozy są realizowane w trybie planowym. Podważa to sens ponoszenia dodatkowych kosztów przez świadczeniodawców na utrzymanie transportu sanitarnego odpowiadającego. Obecnie sytuacja wygląda w skrócie następująco:

- 1/ system ratownictwa medycznego dostarcza pacjentów z miejsca wezwania do szpitala (jego SOR)
- 2/ szpitale dysponują transportem sanitarnym w lokalizacji do planowego przewozu pacjentów nie wymagających obecności lekarza
- 3/ nieliczne szpitale posiadają własne zespoły transportowe w standardzie zespołów specjalistycznych, większość ma umowy z podmiotami komercyjnymi.

Proponowana przez Ministra Zdrowia zmiana wyływa wprost ze zdarzeń medycznych zakończonych zgonem w różnych szpitalach wynikających z problemów transportu ciężko chorego pacjenta do innego ośrodka (ośrodka referencyjnego), czyli transportu międzyszpitalnego w sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia i życia. Transport nie mógł być realizowany z powodu braku wolnej, dostępnej karetki pozasystemowej w standardzie zespołu specjalistycznego, lub dostępnej w innym, odległym miejscu. Często do tych zdarzeń dochodziło w ośrodkach, gdzie dostępne były zespoły funkcjonujące w systemie ratownictwa medycznego.

Uważam, że uproszczenie wprost konieczności transportu międzyszpitalnego do wykorzystywania jedynie zespołów pozasystemowych prowadzi do nieuzasadnionego generowania kosztów utrzymania wolnych, pozasystemowych zespołów stojących pod szpitalem. W tym miejscu należy też pamiętać o konieczności spełnienia wymagań dotyczących kadry tych zespołów i dostępności specjalistów umiejących ratować posługując się nowoczesnym sprzętem

Proponuję spojrzeć na całość ochrony zdrowia w zakresie leczenia specjalistycznego.

Szpitale w ogromnej większości nie są w stanie świadczyć wszelkiego typu usług, zwłaszcza wysoko specjalistycznych. Bywa, że są szpitale 2-3 oddziałowe. Konieczność transportu międzyszpitalnego pacjenta w trybie planowym (jest to większość przewozów) realizowana

jest przez zespoły w standardzie specjalistycznym komercyjne lub wspólne dla szpitali (też rozliczanych komercyjnie)

Problem rodzi się w przypadku wystąpienia zdarzenia medycznego u pacjenta hospitalizowanego w szpitalu, w którym nie ma możliwości leczenia danej jednostki chorobowej np.: zawał serca, pęknięty tętniak aorty, krwotok śródmózgowy, odma płuca, ostre niedokrwienie kończyny, zaburzenia rytmu. Są to sytuacje bezpośrednio zagrażające życiu i nie może tu być sytuacji, w której pacjent hospitalizowany np.z powodu choroby reumatycznej, a doznający zawału, który musi być leczony w pracowni hemodynamiki nie może być zagrożony z powodu brak możliwości pilnego transportu. Takie sytuacje dotyczą ograniczonej liczby sytuacji. Niemniej pacjent leczony z innego powodu, u którego doszło do pęknięcia tętniaka, w ośrodku bez chirurgii naczyniowej lub kardiologii jest dokładnie w takiej samej sytuacji jak pacjent będący w domu, pracy, na ulicy itp. W tej sytuacji logiczne jest wykorzystanie jedynie zespołu systemu ratownictwa medycznego, którym można szybko i bezpiecznie przewieźć pacjenta do ośrodka w którym może być leczony. I tu uwaga, że tych sytuacji jest niewiele i wcale nie może być to podstawa do wydania rozporządzenia nakazującego lokalizację pod każdym szpitalem zespołu pozasystemowego w standardzie specjalistycznym

Logiczna jest współpraca podmiotów leczniczych, szpitali i zespołów ratownictwa medycznego:

1/ pacjent hospitalizowany: nagłe zachorowanie na inną jednostkę chorobową wymagającą pilnego leczenia w ośrodku referencyjnym – transport jedynie zespołem specjalistycznym systemu ratownictwa medycznego

2/ pacjent hospitalizowany – planowe leczenie w ośrodku referencyjnym – transport zespołem podsystemowym (większość transportów)

3/ pacjent poza szpitalem – transport do SOR przez zespół systemu, a w przypadku braku możliwości leczenia docelowego w danym ośrodku transporty zespołem ratownictwa do ośrodka referencyjnego.

Nieuzasadniony przewóz byłby obciążony np.wysokością dziennego ryczałtu zespołu „S” , a weryfikacji dokonywałby lekarz kordynator.

Proponowana przez Ministerstwo zmiana ma ogromny negatywny wpływ na finanse publiczne, poprzez bezzasadne obciążenie świadczeniodawców realizujących świadczenia ze środków NFZ. Środki finansowe będą wykorzystywane głównie na pozostawanie w gotowości, a nie na rzeczywiste świadczenie.

Marek Szymkowicz – Przewodniczący Komisji Rodziny, Zdrowia i Spraw Społecznych Sejmiku Województwa Opolskiego.

30.04.2013