

Mońki, dnia 09.05.2013 r.



SP ZOZ.I/01/13/2013



Pan
Sławomir Neumann
Sekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Stosownie do pisma Znak: MZ-OZG-70-31131-10/EK/13 dotyczącego zgłoszenia uwag do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, przedstawiam następujące uwagi.

W § 4 ust. 1 pkt 2 lit a projektowane jest dodanie wymogu zapewnienia przez świadczeniodawcę transportu sanitarnego, stacjonującego w lokalizacji, w której są udzielane świadczenia gwarantowane, w składzie odpowiadającym specjalistycznemu zespołowi ratownictwa medycznego. Aby wnieść rzeczowe uwagi do takiej zmiany zapisów rozporządzenia w pierwszej kolejności należałoby wyjaśnić, w jaki sposób owe zapisy mają być realizowane, tj.

- Czy środek transportu ma spełniać wymogi Polskiej Normy PN-EN 1789+A1:2010 dla ambulansu do transportu pacjentów (typy A1, A2), czy też dla ambulansu ratunkowego (typ B) lub ruchomej jednostki intensywnej opieki (typ C)? Jest to o tyle istotne, iż ambulanse typu A są obecnie na wyposażeniu niemal każdego szpitala w Polsce, natomiast ambulanse typu B i C są w zasadzie wyłącznie na wyposażeniu jednostek ratownictwa medycznego. Cena ambulansu typu A wynosi 120-200 tysięcy złotych, natomiast ambulansu typu B lub C wraz z wyposażeniem sięga nawet 500 tysięcy złotych.
- Czy przedmiotowy środek transportu, stacjonując w lokalizacji w myśl nowego brzmienia przepisu, będzie mógł w tym samym czasie i u tego samego świadczeniodawcy być wykorzystywany przy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach, np. podstawowej opiece zdrowotnej, nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej?

- Czy w skład „zespołu transportowego” będzie mógł wchodzić personel udzielający w tym samym czasie i u tego samego świadczeniodawcy świadczeń opieki zdrowotnej w innych zakresach lub rodzajach, np. w oddziale szpitalnym, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, podstawowej opiece zdrowotnej, nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej?

W sytuacji, gdyby wymagane było zapewnienie dodatkowego (odrębnego) środka transportu wraz z dodatkowym personelem, koszty realizacji projektowanej zmiany wyniosłyby prawie 900 tysięcy złotych rocznie. Kwota ta wynika z prostej kalkulacji: koszty wynagrodzenia 3 osób (łącznie ok. 100 zł/h) x 24h x 365 dni. Niezbędny byłby też w przypadku większości podmiotów leczniczych zakup dodatkowego środka transportu, co niosłoby za sobą koszt rzędu 120-500 tysięcy złotych.

Biorąc pod uwagę stale rosnące koszty prowadzenia działalności leczniczej, wprowadzenie projektowanej zmiany bez zapewnienia dodatkowego finansowania będzie pogłębiało zadłużanie się podmiotów leczniczych.

Jednocześnie należy kategorycznie stwierdzić, że projektowane zmiany w takim kształcie nie rozwiążą „potrzeby zabezpieczenia ważnego interesu świadczeniobiorców”, tj. „skrócenia czasu oczekiwania na transport sanitarny, a w konsekwencji czasu oczekiwania na niezbędne świadczenia zdrowotne”, o czym mowa w uzasadnieniu do wprowadzenia przedmiotowych zmian. Wymóg posiadania środka transportu wraz z zespołem dotyczyć ma bowiem wyłącznie tych szpitali, które nie posiadają w strukturze organizacyjnej oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (OAIT). Oznacza to, że transportu, o którym mowa w projektowanej zmianie pozbawieni będą pacjenci oddziałów pediatrycznych w szpitalach, które posiadają w swojej strukturze organizacyjnej OAIT. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, szpitale nie posiadające OAIT dla dzieci nie są uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezji i intensywnej terapii na rzecz pacjentów małoletnich. Paradoksalnie więc, w sytuacji gdy dziecko wymagające intensywnej opieki medycznej znajdzie się w szpitalu posiadającym OAIT, po wprowadzeniu projektowanych zmian, będzie musiało oczekiwać na transport do właściwego szpitala dłużej niż dziecko, które trafi do szpitala nie posiadającego OAIT. Wprowadzenie projektowanej zmiany rozporządzenia w zaproponowanej formie będzie jednoznaczne ze zróżnicowaniem dostępności do właściwego leczenia dla pacjentów dorosłych i małoletnich ze stratą dla tych ostatnich.

W Polsce, zgodnie z informacją przedstawianą przez Prof. Juliusza Jakubaszko, jeden ambulans przypada na 24 tysiące mieszkańców, przy średniej europejskiej jednego ambulansu na 100 tysięcy mieszkańców. Oznacza to, że problem leży nie w ilości karetek, a w sposobie ich wykorzystania. Mnożenie liczby ambulansów nie poprawi sytuacji pacjentów; niezbędna jest poprawa organizacji funkcjonowania ratownictwa medycznego. Rozwiązaniem mogłoby być dopuszczenie możliwości świadczenia transportu sanitarnego typu szpital-szpital przez tzw. karetki systemowe w sytuacjach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia pacjentów. Rozwiązanie takie wymusiłoby też na dyspozytorach pogotowia lepsze dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego. W obecnym stanie prawnym, świadczeniodawcom udzielającym świadczeń w zakresie ratownictwa medycznego, opłaca się bowiem przywieźć pacjenta do niewłaściwego szpitala (np. pacjentów z udarem czy zawałem do szpitala bez oddziału udarowego czy kardiologicznego) po to, by za kilka godzin, w cenie kilkuset złotych wykonać komercyjny transport sanitarny.

Poza tym, szpital, zgodnie z definicją zawartą w art. 2 ustawy o działalności leczniczej jest to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne. Świadczenie szpitalne natomiast to wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych.

Dla dobra pacjentów należałoby zostawić szpitalom te świadczenia, na których się najlepiej znają, tj. leczenie stacjonarne (co potwierdza ustawodawca), natomiast transport sanitarny powierzyć podmiotom w tym wyspecjalizowanym.

Dyrektor
Samodzielnego Publicznego Zakładu
Opieki Zdrowotnej w Mońkach
Jarosław Pokoleńczuk

Do wiadomości

1. Wojewoda Podlaski - Pan Maciej Żywno
2. Dyrektor Podlaskiego OW NFZ w Białymstoku – Pan Jacek Roleder