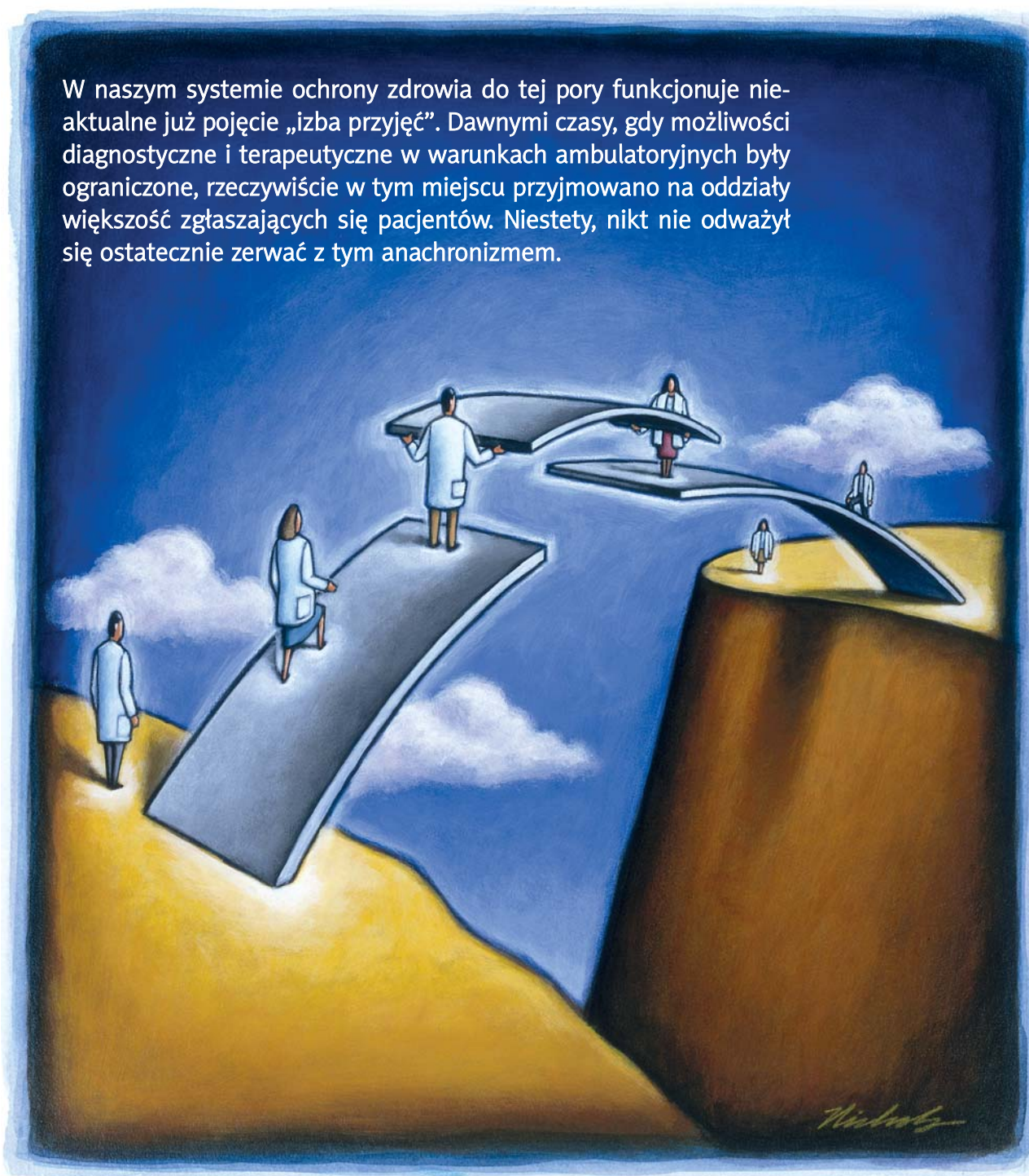


Szpital bez centrum pomocy doraźnej to nie szpital

Izba do lamusa

Jarosław J. Fedorowski

W naszym systemie ochrony zdrowia do tej pory funkcjonuje nieaktualne już pojęcie „izba przyjęć”. Dawnymi czasy, gdy możliwości diagnostyczne i terapeutyczne w warunkach ambulatoryjnych były ograniczone, rzeczywiście w tym miejscu przyjmowano na oddziały większość zgłaszających się pacjentów. Niestety, nikt nie odważył się ostatecznie zerwać z tym anachronizmem.



Powstanie szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) miało wyeliminować twór zwany izbą przyjęć. Uważam, że SOR to nazwa niezbyt trafiona. Słowo „oddział” w naszej mentalności sugeruje wydzieloną i zamkniętą komórkę organizacyjną, a SOR jest przecież łącznikiem pomiędzy światem zewnętrznym a wewnętrznym środowiskiem szpitalnym. W każdej organizacji pretendującej do szczytnej nazwy „szpital” powinien istnieć SOR.

Poziomy referencyjności

Zgodnie z zapowiedziami dalszej reformy tego młodego wszakże u nas systemu, powstaną SOR-y o różnym stopniu referencyjności. Uważam, że zasadny będzie podział według natężenia opieki nad pacjentem na oddziały pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia. Pierwszy stopień to oddziały, a raczej obszary opieki nad pacjentem z nagłymi stanami zagrożenia zdrowia i życia w szpitalach ogólnych podstawowych, np. miejskich i powiatowych. Drugi stopień to SOR-y w szpitalach wojewódzkich, a trzeci – w placówkach akademickich oraz niektórych wojewódzkich.

Stopień trzeci

Trzeci stopień słusznie nazywany jest centrum urazowym, ale ta nazwa nie oddaje istoty opieki nad wszystkimi chorymi na tym oddziale. Opieka nad pacjentami z urazami powinna być przecież składnikiem każdego SOR-u. Właściwe byłoby zatem nazwanie SOR-ów najwyższego stopnia referencyjności po prostu centrami medycyny ratunkowej 3. stopnia. We wszystkich SOR-ach trzeba zorganizować opiekę nie na podstawie specjalności lekarskich (z wydzielonymi punktami urazowymi, internistycznymi czy pediatrycznymi), lecz na podstawie natężenia opieki medycznej, z maksymalnie wielofunkcyjnymi stanowiskami.

Wyróżniłbym trzy takie stopnie: intensywny, ostry i podostry. Osoby wymagające opieki intensywnej trafiają zazwyczaj na SOR za pośrednictwem pogotowia. Znajdują się one w stanie wymagającym natychmiastowych działań ratunkowych, często z reanimacją i intensywną terapią od początku kontaktu z systemem. Wszyscy tacy chorzy, którzy przeżyją, muszą być przyjęci do szpitala, ewentualnie – po ustabilizowaniu – przekazani do ośrodka referencyjnego. Pacjenci z ostrymi stanami chorobowymi wymagają szybkiej interwencji lekarskiej i pielęgniarskiej podejmowanej na podstawie szybkiej diagnostyki przeprowadzanej w SOR-ze. Po konsultacji z odpowiednim lekarzem gros tych pacjentów zostanie przyjętych do szpitala. Chorzy z podostryimi stanami chorobowymi powinni być opatrzeni w następnej kolejności i przyjmowani do szpitala jedynie w uzasadnionych wypadkach. Uważam, że za opiekę nad tymi trzema różnymi grupami pacjentów szpital powinien otrzymywać

„ Ośrodki niemające SOR-u nie powinny być nazywane szpitalami ”

zróżnicowane wynagrodzenie. W systemie *fee for service* jest to proste – używając kodów procedur CPT, szpital na podstawie dokumentacji medycznej wystawia płatnikowi rachunek, którego wysokość zależy od stopnia natężenia opieki (1–3) nad chorym. Sytuacja komplikuje się natomiast w wypadku zapłaty ryczałtowej. Niestety, nie jest to najlepszy sposób płacenia za usługę SOR-u, gdyż trudno powiązać wysokość zapłaty z nakładami. Gradacja stawek dobowych w zależności od stopnia referencyjności SOR-u jest dobrym kierunkiem. Optymalne byłoby jednak powiązanie stawki dobowej z *fee for service* za pacjentów z grupy najwyższego natężenia opieki. Kryteria zaliczenia chorego do tej grupy mogą się opierać na przejrzystych wymaganiach, jak np. konieczność intubacji, reanimacja itd. *Fee for service* można by też rozszerzyć na pacjentów w stanach ostrych, stosując stopnie skomplikowania opieki lekarskiej określone w kodach procedur CPT. Dobrze skonstruowane kryteria pozwolą na eliminację potencjalnych nadużyć. W stosunku do pozostałych pacjentów korzystne jest zastosowanie bazowej stawki dobowej wynikającej z liczby wizyt dla całego SOR-u (istotne) i jego stopnia referencyjności (mniej istotne).

„ Zasadne byłoby zorganizowanie przy każdym szpitalu obszaru opieki doraźnej z dyżurem lekarsko-pielęgniarskim ”

Opieka nocna

Gdzie zatem jest miejsce dla nocnej opieki lekarskiej i dlaczego tylko lekarskiej? W każdym szpitalu mającym SOR, a podkreślam, że w mojej opinii docelowo ośrodki niemające SOR-u nie powinny być nazywane szpitalami, należy zorganizować pomoc dla osób zgłaszających się samodzielnie lub skierowanych przez lekarza ambulatoryjnego z problemami zdrowotnymi niewymagającymi zabiegów medycyny ratunkowej. Większość tych pacjentów nie potrzebuje hospitalizacji. Zasadne byłoby zorganizowanie dla nich przy każ-



foto: Paweł Malek / Agencja Gazeta

„ Nic nie stoi na przeszkodzie, aby płatnik dodatkowo wynagrodził lekarzy rodzinnych podejmujących się prowadzenia całodobowej opieki doraźnej ”

dym szpitalu opieki doraźnej z dyżurem lekarsko-pielęgniarskim. W takim miejscu, pełniącym funkcję szybkiej ścieżki, udzielano by pomocy chorym zgłaszającym się po godzinach pracy gabinetów lekarzy rodzinnych. Ważną rolę mogłyby odgrywać dobrze wykształcone pielęgniarki – udzielać prostych porad czy wykonywać niektóre interwencje pod ogólnym nadzorem lekarza. W godzinach pracy poradni rodzinnych pacjent zgłaszający się do pomocy doraźnej po krótkiej ocenie przez personel medyczny mógłby być odsyłany do swojego POZ. Ryczałt dobowy wydaje się odpowiednią formą zapłaty za pomoc doraźną. Do ośrodka szpitalnej pomocy doraźnej nie trafiałoby pacjentów ze skierowaniem. A co z tzw. przyjęciami planowymi? Pacjenci planowi, przede wszystkim chirurgiczni, powinni być przyjmowani do szpitala po uprzedniej rejestracji w odpowiedniej komórce organizacyjnej, np. w rejestracji wspólnej dla SOR-u i centrum pomocy doraźnej.

Rola lekarzy rodzinnych

System, w którym lekarze rodinni podejmują się całodobowej opieki doraźnej, wydaje się modelowy. Ponieważ jednak tylko w niektórych powiatach współpraca kilku POZ jest dobrze zorganizowana,

nic nie stoi na przeszkodzie, aby płatnik wynagrodził te działania, stosując np. dodatkową stawkę kapitacyjną dla praktyk zapewniających całodobową pomoc doraźną. Natomiast system, w którym lekarz pierwszego kontaktu prowadziłby swoich pacjentów w szpitalu, jest na obecnym etapie rozwoju medycyny nieoptymalny i nieefektywny. Idealnym rozwiązaniem byłoby utworzenie funkcji szpitalnego lekarza pierwszego kontaktu, czyli hospitalisty, i to jest właśnie zadanie dla lekarzy ze specjalizacją z chorób wewnętrznych. Ta specjalizacja przeżywa bowiem pewien kryzys tożsamości, a szkoda, bo rozwiązanie w postaci przejęcia prowadzenia większości pacjentów szpitalnych przez hospitalistów, oczywiście z umiejętnie zlecanymi konsultacjami innych specjalistów, wydaje się bardzo dobrym rozwiązaniem. O lekarzach hospitalistach pisałem niedawno na łamach „Menedżera Zdrowia” (2010; 6: 40-43). Będąc szpitalnym partnerem lekarza rodzinnego, hospitalista doceni jego pracę, będzie także zobowiązany do bezpośredniej komunikacji z nim. Według powszechnego u nas obyczaju, takie komunikowanie się nie przystoi specjalście. Zresztą lekarz rodzinny także nie jest do tego przyzwyczajony. Sam kiedyś wzbudziłem zdziwienie i pewne zaniepokojenie lekarza rodzinnego, do którego zadzwoniłem ze szpitalnej poradni kardiologicznej, aby osobiście poinformować o zaleceniach dotyczących farmakoterapii. W innych krajach, np. w Niemczech czy Wielkiej Brytanii, takie kontakty są powszechne, a często wiążą się też z wyjątkowo uprzejmą korespondencją pomiędzy lekarzami.

Gdzie jest zatem miejsce dla izby przyjęć? Moim zdaniem, na kartach książek traktujących o historii medycyny. Opiekę ratunkową i doraźną powinny zapewniać w całości wyżej wymienione struktury.

Czy SOR jest dochodowy

Zakładam, że każdy szpital powinien mieć SOR takiego czy innego stopnia referencyjności. Wtedy oddział ratunkowy stanie się warunkiem istnienia placówki i nie będzie można mówić o jego „dochodowości”. Zresztą szpital też może być zorganizowany na podstawie stopnia natężenia opieki nad pacjentem, o czym również pisałem na łamach „Menedżera Zdrowia” (2010; 7: 24-27). Wtedy nie będzie oddziałów nierentownych, a szpital trzeba będzie wreszcie oceniać jako całość. Takie pojmowanie problemu nie wyklucza oczywiście ośrodków monospecjalistycznych czy centrów chirurgii jednego dnia. One są potrzebne, choć niekoniecznie powinny nazywać się szpitalami. A oficjalnej definicji szpitala u nas nie ma, pomimo wszechobecnej nadregulacji.

Autor jest profesorem Akademii Leona Koźmińskiego, prezesem Stowarzyszenia Dyrektorów Medycznych Szpitali Polskie SA