

Praca Doktorska pt.:
„Zmiany sposobów finansowania
szpitalnych oddziałów ratunkowych
w okresie transformacji systemu ochrony zdrowia.”

Wydział Nauk o Zdrowiu
z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Promotor: prof. dr hab. med. Andrzej Basiński.

Promotor pomocniczy: dr Marlena Robakowska.

Autor: Jakub Kraszewski

Gdańsk
2023-06-03

Streszczenie pracy doktorskiej

Szpitalne oddziały ratunkowe stanowią istotną część zabezpieczenia realizacji świadczeń medycznych w polskim systemie opieki medycznej. Co do zasady ich zadaniem jest udzielanie pomocy doraźnej pacjentom znajdującym się w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Kształtowany przez lata system ewoluował wraz z systemem zabezpieczenia medycznego, w którym pomoc doraźna stopniowo przechodziła z obszaru ambulatoryjnego do szpitalnego. Obecnie utrzymywanie w gotowości („w pogotowiu”) zasobów niezbędnych do udzieleniu doraźnej pomocy obecnie powierzono zespołom szpitalnym w ramach szpitalnych oddziałów ratunkowych, które, z jednej strony stanowią integralną część szpitala, a z drugiej są również elementem systemu ratownictwa medycznego w kraju.

Podobne konstrukcje występują w sąsiednich krajach Unii Europejskiej. Systemy naszych sąsiadów różnią się jednak, ze względu na uwarunkowania historyczne, jeśli chodzi o organizację opieki i zasady jej finansowania, co wynika z lokalnych tradycji i potrzeb.

Polski system finansowania i organizacji zabezpieczenia udzielania świadczeń medycznych pacjentom w przypadkach nagłych przeszedł daleko idącą ewolucję po okresie transformacji ustrojowej lat dziewięćdziesiątych.

Stopniowo przechodząc z systemu całkowicie opartego o finansowanie ryczałtowe oddziałów ratunkowych, do systemu wynagradzającego za gotowość, a także za jakość i wielkość dedykowanej struktury zasobów oraz za udzielone pacjentom świadczenia. Zmiany organizacyjne polskiego systemu ratownictwa medycznego wiązały się również ze zwiększeniem finansowania Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych.

Największy wpływ na przyjęcia pacjentów i sprawność działania miały jednak ogólne zmiany systemowe dokonywane na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat. Działania regulatora w zakresie zasad i sposobu finansowania poszczególnych ogniw łańcucha opieki zdrowotnej tj. Podstawowej Opieki Zdrowotnej, Ambulatoryjnej Opieki Specjalizacyjnej i Szpitali, z pewnym opóźnieniem wpływały na sytuację pacjentów na oddziałach ratunkowych. Przełomowym momentem było wprowadzenie ryczałtu w ramach sieci szpitali w czwartym kwartale 2016 roku. Ryczałt wyraźnie osłabił aktywność wielu podmiotów szpitalnych w zakresie hospitalizacji planowych, wydłużając kolejki, co dodatkowo spowodowało kumulację chorych w stanach nagłego zaostrzenia choroby w Szpitalnych Oddziałach

Ratunkowych. Jednak najbardziej destabilizująco na funkcjonowanie oddziałów ratunkowych wpłynął system ryczałtowy oparty na stawkach kapitaacyjnych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej. Takie rozwiązanie w sposób naturalny spowodowało niską aktywność diagnostyczną i tendencję do przekierowywania pacjentów z POZ na wyższe poziomy opieki tj. do Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej lub do Szpitali. Odrębnym problemem był całkowicie dysfunkcyjny system zabezpieczenia nocnej i świątecznej opieki pacjentom wymagającym doraźnej pomocy, ale niebędących w stanach nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Zjawisko to zwielokrotniło napór tych chorych na Szpitalne Oddziały Ratunkowe, powodując ich destabilizację i dezorganizację. Potencjał specjalistów predestynowanych do udzielania pomocy doraźnej w najtrudniejszych przypadkach systemu zabezpieczenia (pacjentom w stanie bezpośredniego zagrożenie utraty życia bądź zdrowia) zmarnotrawiono do realizowania zadań Lekarzy Rodzinnych bądź specjalistów ambulatoryjnych. Ta swoistego rodzaju substytucja jest przejawem dalece nieodpowiedniego alokowania zasobów i dysfunkcyjnego zorganizowania poziomów leczenia poprzedzających leczenie szpitalne. Wieloletnie przeciążanie systemowe Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych wpłynęło również demoralizująco na zatrudnionych w nich pracowników. Spowodowało to falę odejść – transferów do innych jednostek systemu ochrony zdrowia jak i duże oczekiwania finansowe oraz wypalenie zawodowe. Powyższe zjawiska niestety odbiły się na sytuacji pacjentów wydłużając czas oczekiwania na leczenie w oddziale ratunkowym w napiętej atmosferze emocji i frustracji z obu stron. W takich warunkach tylko stałe poszukiwanie nowych innowacyjnych rozwiązań przez zarządzających jednostkami, we wszystkich obszarach działania, tzn. infrastrukturalnym, zasobowym czy finansowym, mogą usprawnić funkcjonowanie Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych, przy wsparciu instrumentów wprowadzanych przez regulatora oraz narodowego płatnika.

Abstract

Emergency departments (ED) play an important role in securing the provision of medical services in the Polish healthcare system. Generally, their task is to provide emergency assistance to patients in life-threatening states or those with other health emergencies. Shaped over the years, the system has evolved along with the system of medical security, in which emergency assistance gradually moved from the outpatient area to the hospital care. Nowadays, emergency departments are responsible for providing emergency assistance, by

keeping on standby the necessary resources. On the one hand, ED are an integral part of hospitals while on the other hand, they are also part of the country's medical emergency system.

Similar structures can be found in other European Union's countries. However, their medical emergency systems differ from the Polish system, when it comes to the organization of care and the principles of its financing, due to historical conditions, local traditions and needs.

The Polish system of financing and organization of providing medical services to patients in health emergencies has undergone a wide-ranging evolution after the political transformation in the 1990s.

Gradually, it has moved from a system based entirely on lump sum financing of emergency departments, to a system that rewards not only preparedness, but also the quality and quantity of a dedicated structure of resources and the services provided to patients. Organizational changes in Poland's emergency medical services system also involved increased funding for Hospital Emergency Departments.

However, the overall system changes made over the past several years have had the biggest impact on patient admissions and efficiency. The regulator's actions with regard to the rules and financing of the various elements in the healthcare chain (i.e. Primary Health Care, Outpatient Specialty Care and Hospitals), have affected the situation of patients in emergency departments with some delay. A turning point was the introduction of a lump sum within the hospital network in the fourth quarter of 2016. The lump sum clearly undermined the activity of many hospitals in terms of lengthening waiting time of scheduled hospitalizations, which further caused an accumulation of patients with health emergencies in Hospital Emergency Departments. Nevertheless, the flat-rate system based on capitation rates in Primary Health Care has had the most destabilizing effect on the functioning of emergency departments. Such an arrangement naturally resulted in low diagnostic activity and forming a tendency to divert patients from Primary Care to higher levels of care such as Outpatient Specialized Care or to Hospitals. Additionally, another problematic issue was that the system of securing night and holiday care has been completely dysfunctional in providing medical care for patients presenting non-live threatening healthcare issues. This phenomenon has increased the amount of these patients attending the Hospital Emergency Departments, thereby it has destabilized and disorganized their work. The potential of specialists predestined to provide

emergency care for patients in the most severe health conditions (patients in immediate danger of loss of life or health) has been wasted to carry out the tasks of Family Physicians or outpatient specialists. This kind of substitution is a manifestation of a far inadequate allocation of resources and dysfunctional organization of the levels of treatment preceding hospital treatment. The long-standing overload of the ED system has also had a demoralizing effect on the staff employed there. This has led to results such as: numerous transfers to other units of the healthcare system, high financial expectations as well as professional burnout. Unfortunately, it affected the situation of patients by extending the waiting time for treatment in the emergency department in a tense atmosphere caused by unpleasant emotions and frustration on both sides. In such conditions, only a constant search for new innovative solutions by the managers of the units, in all areas (i.e. infrastructural, resource or financial) can improve the functioning of Hospital Emergency Departments, with the support of tools introduced by the regulator and the national payer.