

Szpital powiatowy a nocna i świąteczna pomoc lekarska



Fot. © iStockphoto.com 2x

Ze złamaną nogą do ginekologa

Można powiedzieć, że sieć na szpitale została zarzucona. Pod koniec lipca minął ostateczny termin rozstrzygnięcia odwołań, które złożyły szpitale – najpierw w formie protestu do NFZ, a następnie w formie odwołania – na decyzje o niezakwalifikowaniu się do sieci szpitala lub części jego działalności medycznej. Protestów nie było aż tak dużo, gdyż pierwotne kryteria wejścia do sieci zostały znacznie złagodzone. Zdecydowaną większość z nich NFZ odrzucił, sztywno trzymając się litery prawa, czyli warunków zapisanych w ustawie.

Skoro jesteśmy przy rybackiej nomenklaturze, to teraz wszystkich ciekawi, co w tę sieć udało się złowić, czyli kto i jak ma zapewnić polskim obywatelom, bo już nie tylko ubezpieczonym, bezpieczeństwo zdrowotne. Ponieważ szpital to raczej ławica, proponuję bliżej przyjrzeć się jednej z ryb – zakresowi zwanemu nocną i świąteczną pomocą lekarską (NiŚPL). W Wielkopolsce nazywana jest ona wieczorynką, od popularnej kiedys audycji dla dzieci.

Wieczorynka

Zakres NiŚPL to świadczenia zdrowotne zawierające nie tylko to, co stanowi jego nazwę, czyli nocną i świą-

teczną pomoc lekarską. Jest on zdecydowanie szerszy. Gdyby cofnąć się do niezbyt odległej historii zmian systemu ubezpieczeniowego zapoczątkowanej w 1999 r., to jest to część zakresu świadczeń zdrowotnych, która była powierzona lekarzowi rodzinemu. Zapewniono więc całodobową opiekę lekarza rodzinnego nad powierzoną mu populacją. Jednak w wyniku głośnego sporu lekarzy rodzinnych z ministrem zdrowia opieka ta została z zakresu świadczeń lekarzy rodzinnych wyłączona.

Wieczorynka obejmuje pomoc nie tylko lekarską, lecz także pielęgniarską i nie tylko stacjonarną, lecz także wyjazdową. W dni powszednie funkcjonuje

„Szpital ginekologiczny, jeśli znalazł się w sieci, będzie musiał leczyć złamania nóg”

je od godz. 18.00 do rana dnia następnego, a w soboty, niedziele i święta – całodobowo. Dla populacji 50 tys. mieszkańców w ramach NiŚPL powinien funkcjonować co najmniej jeden zespół wyjazdowy z lekarzem. Byłoby świetnie, gdyby powiaty miały po ok. 50 tys. mieszkańców lub wielokrotność tej liczby. Jednak wiemy, że tak nie jest. Mamy powiaty o liczbie ludności poniżej 36 tys. oraz takie, które liczą znacznie powyżej 100 tys. ludności.

Bałagan w miastach

W miastach, zwłaszcza dużych, nieraz sytuacja jest jeszcze bardziej skomplikowana. W wyniku przeprowadzonych przez NFZ konkursów świadczenia NiŚPL były udzielane zarówno przez szpitale, jak i przez podstawową opiekę zdrowotną funkcjonującą w formie publicznych i niepublicznych praktyk lekarzy rodzinnych. Bywało tak, że szpital leżący w centrum powiatu lub miasta w takim postępowaniu konkursowym przegrał, a świadczeń NiŚPL udzielał ośrodek leżący na skraju powiatu lub na granicy miasta będącego kiedyś miastem wojewódzkim. Logicznie rozumując (a braku logiki nie mogą rodakom zarzucić), w sytuacjach potrzeby skorzystania z tego zakresu świadczeń pacjenci zapewne trafiali do położonego w centrum szpitala (izba przyjęć lub SOR), a nie jechali na kraniec miasta lub powiatu, gdzie był podmiot posiadający taki kontrakt z NFZ. Nie można powiedzieć, że było to rozwiązane optymalnie – ani dla pacjentów, ani dla zarządzających systemem. Więc przy okazji zmiany systemu z ubezpieczeniowego na budżetowy postanowiono to poprawić.

W ustawie popularnie nazywanej ustawą o sieci szpitali zapisano, że wszystkie szpitale sieciowe muszą mieć w swoim zakresie NiŚPL. Założenie niby słuszne. Skoro pacjenci – zamiast do ośrodka, który ma kontrakt z NFZ na NiŚPL – i tak przychodzą do szpitali, to dlaczego nie miałyby one, w ramach ryczałtu dla szpitala sieciowego, dostać środków na sfinansowanie również tej działalności. Problem w tym, że jakby trochę zapomniano lub nie uwzględniono, że do sieci trafią nie tylko szpitale wielooddziałowe, lecz także monospecjalistyczne – pod warunkiem, że mają całodobowo działającą izbę przyjęć. To oznacza, że NiŚPL będzie zobowiązany prowadzić również monospecjalistyczny szpital ginekologiczny, który zatrudnia głównie (i w zasadzie tylko) lekarzy o specjalności ginekolog lub neonatolog. Podobnie będzie w przypadku monospecjalistycznego

szpitala ortopedycznego, który zatrudnia ortopedów i dodatkowo nie leży w pobliżu miejsca zamieszkania tych, którzy będą potrzebowali z NiŚPL.

Plakat prawdę ci powie

Nie twierdzą, że ginekolodzy czy ortopedzi nie potrafią leczyć przeziębień, grypy czy zapalenia płuc. Ale po pierwsze, czy będą chcieli to robić? Po wtóre, czy z ich pomocy medycznej będą chcieli skorzystać dotychczasowi pacjenci NiŚPL? Nie mogę uwierzyć, że takie jednostki będą oblegane przez rodaków potrzebujących pomocy medycznej po godzinie 18.00. Pacjent, który dozna złamania jednej z kończyn i trafi po 18.00, w ramach NiŚPL, do szpitala ortopedycznego, powinien być zadowolony. Jednak czy będzie zadowolony pacjent, który ze złamaniem trafi do szpitala ginekologicznego prowadzącego w ramach sieci NiŚPL? Do pierwszego października tego roku, kiedy to na dobre ma ruszyć sieć szpitali, pozostało już mniej niż dwa miesiące. Jakoś nie słyhać oficjalnie, jak ten problem będzie rozwiązany. Natomiast plakaty, które w ramach akcji promocyjnej przysłał nam NFZ do rozpropagowania, zapowiadają, że kolejki do NiŚPL się skrócą, gdyż będą ją prowadzić szpitale sieciowe. Nie wiem, na czym opierają się te tezy i co takiego się stanie, że te kolejki ulegną skróceniu. Ale skoro na plakacie jest tak napisane...

Pieniądże na obsługę NiŚPL

Nic tak nie potęguje problemów jak pieniądze – zwłaszcza ich brak, chociaż z ich nadmiarem też nie zawsze potrafimy sobie poradzić, o czym świadczą badania losów osób, które wygrały znaczne kwoty w różnego rodzaju odmianach naszego totolotka. Wracając do tematu – zobaczmy, jak NiŚPL zmieni lub może zmienić funkcjonowanie szpitala powiatowego. Tam gdzie do tej pory NiŚPL była prowadzona przez szpital powiatowy, zwłaszcza gdy był jedynym szpitalem na terenie powiatu – a jest tak w zdecydowanej większości powiatów w Polsce, praktycznie nic się nie zmieni. Taki szpital zwykle ma problem z zatrudnieniem lekarzy do obsługi NiŚPL. Wykorzystuje więc swoich szpitalnych lekarzy, których nie ma wcale w nadmiarze, i posiłkuje się lekarzami zatrudnionymi w innych podmiotach (POZ) lub działającymi samodzielnie.

Lekarze szpitalni zwykle nie są zachwyceni odesłaniem do NiŚPL, a dyrektor szpitala nie za bardzo ma czym ich zachęcić do pełnienia tam dyżurów. Stawki proponowane przez dyrektorów to zwykle niewiele więcej niż połowa tego, co oferują im przychodnie. Jednak jest to efekt tego, jak za ten rodzaj świadczeń płaci szpitalom NFZ. Obecnie jest to opłata ryczałtowa przypisana do populacji 50 tys. mieszkańców. Jeśli jednak powiat liczy np. 70 tys. mieszkańców, to zamiast jednego zespołu wyjazdowego do obsługi NiŚPL powinien mieć do dyspozycji dwa. Skąd ma wziąć do tego



drugiego zespołu lekarzy? Nie wiadomo. Jeżeli to POZ prowadzi NiŚPL, dostaje za tę usługę wyższe wynagrodzenie niż szpital. W sytuacji, gdy szpital powiatowy do tej pory nie prowadził tego zakresu, a będzie to robić jako szpital w sieci, może tym sposobem uzyskać wyższe przychody. Powinny one być uwzględnione, mam taką nadzieję, w ryczałcie dla szpitala w sieci. Na ryczałty, nie tylko za NiŚPL, pewnie jeszcze trochę poczekamy, choć powinny być znane już teraz, gdy mamy planować i przedstawić swoim organom tworzącym plan naprawczy, a w nim – projekcję przychodów i kosztów na trzy lata do przodu.

Ile i za co?

Podobno dotychczasowy ryczałt za prowadzenie NiŚPL ma być zastąpiony modelem, według którego finansowane są dotychczas izby przyjęć szpitali. Jest on złożony ze składowej ryczałtowej za posiadanie zakresu NiŚPL oraz drugiej składowej, proporcjonalnej do rodzaju i liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych. Mają też być dwa zakresy: podstawowy – ambulatoryjny z częścią wyjazdową i uzupełniający – z częścią wyjazdową. Uwzględnienie, oprócz ryczałtu za posiadanie NiŚPL, składowej zależnej od liczby udzielanych świadczeń zdrowotnych wydaje się logiczne. Jednak czy w całości systemu nie okaże się, że NFZ będzie musiał na ten zakres wydać więcej niż do tej pory? Ryczałtem za samo posiadanie NiŚPL będą musiały być obdarzone również sieciowe szpitale monospecjalistyczne. To zapis wynikający z ustawy. Jesteś w sieci, musisz prowadzić NiŚPL, a tym samym dostać na niego składową ryczałtową.

Nawet jeśli te szpitale nie dostaną składowej za liczbę udzielanych świadczeń, bo pacjenci ze złamaniem

„Bywało tak, że szpital położony w centrum powiatu lub miasta przegrał konkurs, a świadczeń NiŚPL udzielał ośrodek leżący na skraju powiatu lub na granicy miasta”

nie przyjdą do szpitala ginekologicznego prowadzącego NiŚPL, to i tak dostaną ryczałt. Moim zdaniem oznacza to, że na same składowe ryczałtowe będą potrzebne większe środki niż dotychczas. Nastąpi bowiem rozmnożenie podmiotów udzielających świadczeń w tym zakresie. Bo nie chce mi się wierzyć, że – zwłaszcza w dużych miastach, gdzie szpitale są w centrum, a NiŚPL była zakontraktowana również na ich obrzeżu – zniknie ona całkowicie poprzez przejście jej tylko przez szpitale. Nastąpi rozmnożenie podmiotów, które mają w swoim zakresie NiŚPL. A to oznacza, że te same pieniądze co dotychczas będą podzielone na większą liczbę podmiotów, czyli będzie mniej środków dla każdego. Chyba że płatnik zwiększy nakłady na ten rodzaj świadczeń. Na razie nic nie wiadomo – ani ile, ani za co.

Tego, kiedy się o tym dowiemy, też nie wiemy. Ale mamy na to przecież jeszcze prawie dwa miesiące! Dobrze, że plany naprawcze należy przygotować na koniec września. Może zdążymy?

Janusz Atłachowicz
Autor jest dyrektorem szpitala w Wieluniu.