

Globalna eskalacja zapotrzebowania na świadczenia w szpitalnych oddziałach ratunkowych – analiza problemu

The global escalation of demand for services in hospital emergency departments – analysis of the problem

KAROLINA HOFFMANN^{1/}, AMGAD ELNUR ELHAG^{2/}, WIESŁAW BRYL^{3/}

^{1/} Oddział Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych, Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

^{2/} Ratownictwo i Transport Medyczny, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Doktora Kazimierza Hołogi w Poznaniu

^{3/} Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych, Zaburzeń Metabolicznych i Nadciśnienia Tętniczego, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Coraz większe przepełnienie (overcrowding) szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) jest zjawiskiem obserwowanym już od lat 80. XX w., a obecnie zostało uznane za globalny problem zdrowia publicznego. Dramatycznie rosnąca liczba porad udzielanych w tych jednostkach wiąże się z większymi kosztami ich funkcjonowania, wydłużeniem czasu oczekiwania na świadczenie, a także nadmiernym obciążeniem pracą zatrudnionego tam personelu. Trudno wskazać jedną, wiodącą przyczynę takiego stanu rzeczy. Jednym z postulowanych powodów jest zgłaszanie się do SOR pacjentów nie będących w stanie zagrożenia życia czy gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia, którzy pomoc mogliby uzyskać w podstawowej opiece zdrowotnej. W pracy omówiono czynniki wpływające na dokonywany przez pacjentów wybór SOR, jako miejsc udzielania pomocy, a także przedstawiono charakterystykę chorych najczęściej korzystających z tych jednostek. Znalezienie odpowiedzi na pytanie, kto i dlaczego korzysta ze świadczeń w SOR, może usprawnić działanie całego systemu ratownictwa medycznego oraz wpłynąć na racjonalne i oszczędne dysponowanie ograniczonym budżetem opieki zdrowotnej w przyszłości.

Słowa kluczowe: szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), przepełnienie, koszty

Increasingly overcrowded emergency departments, a phenomenon observed since the 1980s, has now been recognized as a global public health problem. The dramatically growing number of patients visiting these units leads to higher running costs, longer waiting times and an excessive workload for the medical staff employed in them. It is difficult to pinpoint any single leading cause of this situation. One of the suggested reasons is that emergency departments are being overburdened by patients whose life is not threatened or who risk a sudden deterioration in their health, and so could seek help in primary health care. This paper discusses the factors influencing patients' choice of emergency departments as places to seek assistance, as well as the characteristics of those patients most often visiting these units. Finding the answer to the question of who is using hospital emergency department services and why may improve the efficiency of the whole emergency medical system and effect a more rational and economical use of the limited health care budget in the future.

Key words: hospital emergency departments, overcrowding, costs

© Hygeia Public Health 2018, 53(3): 241-246

www.h-ph.pl

Nadesłano: 01.06.2018

Zakwalifikowano do druku: 20.07.2018

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr n. med. Karolina Hoffmann

Oddział Nadciśnienia Tętniczego i Zaburzeń Metabolicznych

Szpital Kliniczny Przemienienia Pańskiego

ul. Szamarzewskiego 84, 60-569 Poznań

tel. 618 54 93 77, e-mail: karhof@tlen.pl

Systemy ochrony zdrowia wielu krajów od lat zmagają się z problemem nadużywania przez pacjentów świadczeń w jednostkach dedykowanych udzielaniu pomocy w stanach pilnych i nagłych, a *de facto* wydających ograniczone środki finansowe na porady osobom nie będącym w stanie zagrożenia życia czy gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia. W oparciu o dane z USA, Kanady, Australii i Wielkiej Brytanii obliczono, że obserwowany w ostatnich latach średni roczny wzrost zapotrzebowania na świadcze-

nia w szpitalnych oddziałach ratunkowych (SOR) wyniósł 3-6,5% [1-5]. Największy był w Wielkiej Brytanii (6,5%) i kosztował budżet państwa 60 mln funtów brytyjskich (£), tj. 85 mln USD [6]. W latach 2009-2010 koszt wszystkich hospitalizacji w brytyjskich szpitalach wyniósł 20,5 mld £, w tym przyjęć do SOR aż 11 mld [7]. Coraz większe przepełnienie (*overcrowding*) SOR jest zjawiskiem notowanym już od lat 80. XX w., a obecnie zostało uznane za globalny problem zdrowia publicznego [8]. Wiąże się z nim

także wzrost kosztów funkcjonowania tych oddziałów, wydłużenie czasu oczekiwania w nich na świadczenie oraz nadmierne obciążenie pracą zatrudnionego tam personelu.

Trudno wskazać jedną, wiodącą przyczynę takiego stanu rzeczy. Część autorów wyraźnie wskazuje na aspekt demograficzny, tzn. na wydłużenie średniej wieku wielu społeczeństw jako główny czynnik odpowiedzialny za obserwowany trend. Osoby w podeszłym wieku, z licznymi chorobami przewlekłymi są częstymi pacjentami SOR-ów i należą do grupy pacjentów określanych jako ‘chorzy wysokiego ryzyka i generujący wysokie koszty’ tych placówek (*high risk high cost patients* – HRHC patients) [9, 10]. Drugą potencjalną przyczyną jest tendencja pacjentów do pomijania podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i kierowania się bezpośrednio do SOR jako placówek o większych możliwościach diagnostycznych i terapeutycznych [11]. Warto nadmienić, że większość chorych jest przekonana o wyższej jakości tego samego świadczenia uzyskanego w szpitalu (SOR), a nie w ośrodku ambulatoryjnym [12]. Po trzecie, brak dostępu do innych placówek medycznych jest odpowiedzialny za nadmierne obciążenie SOR-ów [13]. Po czwarte, przyczynia się do tego stanu także brak wiedzy o możliwości uzyskania pomocy w innych placówkach niż SOR-y [14]. Po piąte, w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia osoby chore nie są zdolne do obiektywnego osądu swojego stanu i często są przekonane, że problem zdrowotny jest na tyle poważny, że wymaga niezwłocznej pomocy w jednostce szpitalnej (SOR) [13]. Oprócz czynników demograficznych, ekonomicznych, organizacyjnych i społecznych na znaczne obciążenie SOR-ów wpływ mogą mieć także uwarunkowania klimatyczne. Niektórzy badacze przewidują w kolejnych dziesięcioleciach wzrost liczby hospitalizacji w SOR-ach ze względu na globalne ocieplenie klimatu. Toloo i wsp. dokonali kalkulacji, z których wynika, że w 2030 r. ta liczba może ulec podwojeniu, a w 2060 r. może zwiększyć się 21-krotnie [15].

Dlaczego pacjent wybiera SOR?

Coster i wsp. dokonali przeglądu piśmiennictwa z lat 1995-2016, poświęconego przyczynom, dla których osoby w sytuacji pogorszenia swojego stanu zdrowia chętniej zwracają się po pomoc do SOR, a nie do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej [16]. Wśród najczęściej cytowanych powodów znalazły się:

- stopień zaufania do POZ i dostępności do niej;
- przekonanie pacjenta o potrzebie uzyskania pomocy w trybie pilnym, niepokój, większe zaufanie do podmiotów systemu ratownictwa medycznego;
- porady udzielane pacjentom przez bliskie osoby, zachęcające do skorzystania z SOR;

- dogodność dostępu do podmiotów systemu ratownictwa medycznego;
- indywidualne preferencje pacjenta, w tym czynniki związane z transportem oraz z kosztami;
- przekonanie pacjenta o konieczności skorzystania z usług szpitala (SOR), a nie POZ, zwłaszcza w zakresie diagnostyki (przede wszystkim radiologicznej).

Pierwszy z wymienionych czynników został w 26 z 38 analizowanych prac oceniony jako główna przyczyna wzrostu zapotrzebowania na porady w SOR. Autorzy tych publikacji akcentowali kwestię pomijania instytucji lekarza rodzinnego (POZ) i szukania pomocy bezpośrednio w SOR, co tłumaczono przede wszystkim długim czasem oczekiwania na wizytę u lekarza POZ, a w jednej z prac także przekonaniem pacjentów o braku wystarczających kompetencji tego lekarza do rozwiązania problemu zdrowotnego [17, 18]. Autorzy analizy oszacowali, że 7 z 30 pacjentów SOR nie wiedziało, gdzie mogą skorzystać ze świadczeń w ramach ambulatoryjnej pomocy wieczorowej i świątecznej [19]. Co 10. chory uznał niezadowolony ze swojego lekarza POZ jako zasadniczy powód szukania pomocy poza POZ [20, 21]. Przekonanie chorego o konieczności uzyskania niezwłocznie pomocy, jego niepokój o swoje zdrowie oraz większe zaufanie do podmiotów systemu ratownictwa medycznego okazało się także jednym z zasadniczych powodów nadmiernego obciążenia SOR-ów [22, 23].

Z kolei w 11 z 38 publikacji ujętych w analizie Costera i wsp. oszacowano, iż porady udzielane pacjentom przez bliskie osoby, zachęcające je do skorzystania właśnie z SOR, były silnym motywatorem wyboru takiej opcji [17-19, 24]. Dogodność dostępu do SOR-ów została wskazana jako kluczowy argument aż w 15 z 38 analizowanych prac; akcentowano w nich zalety dostępności 24 godziny/dobę przez 7 dni w tygodniu oraz brak obowiązku umawiania się na wizytę [19, 25].

W analizie Costera i wsp. zostały ujęte również dane z tych krajów, gdzie system ubezpieczenia zdrowotnego przewiduje współudział pacjenta w finansowaniu kosztów leczenia (*co-payment*). Autorzy wykazali, iż w 4 pracach (3 pochodzących z USA oraz 1 z Australii) koszty ponoszone bezpośrednio przez pacjenta były istotnym czynnikiem wpływającym na wybór świadczeniodawcy w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia [24, 26]. Ostatnim z istotnych powodów wskazanym w analizie Costera i wsp. było przekonanie pacjenta o konieczności skorzystania z usług szpitala (SOR) ze względu na oferowaną tam diagnostykę, zwłaszcza radiologiczną. Czynnik ten został ujęty jako istotny w 13 z 38 omawianych prac [19, 24, 25]. Lobahova i wsp. w swojej pracy wykazali nawet, że 80% pacjentów oceniło swój stan jako zbyt

poważny, aby diagnostyką i leczeniem zajmował się wyłącznie lekarz POZ [24].

Który pacjent wybiera SOR?

Nie opracowano jednolitego kryterium 'częstego korzystania z pomocy w SOR'. W literaturze poświęconej temu zagadnieniu punkty odcięcia różnią się znacznie, sięgając od 3 do 20 interwencji w danym roku lub 3 wizyty w danym miesiącu [27-29]. Można posługiwać się również dwoma określeniami: 1. 'osoby często korzystające' (*frequent users*) z pomocy SOR, tzn. odbywające 4 lub więcej wizyt rocznie oraz 2. 'osoby wybitnie często' (*hyperusers*) korzystające z takiej pomocy, tzn. odbywające 10-20 wizyt rocznie [30].

Nie ma jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, którzy pacjenci będą wielokrotnie korzystali z pomocy SOR-u, tym niemniej wielu badaczy podjęło się analizy dokumentacji medycznej w celu wyodrębnienia cech charakterystycznych dla tej populacji chorych. Wielu badaczy zgodnie konkluduje, że jest to grupa, którą najkrócej można określić jako 'pacjenci wysokiego ryzyka i generujący wysokie koszty' (HRHC patients). Są to chorzy, którzy zwykle mają kilka chorób przewlekłych, niski status socjoekonomiczny i mimo posiadanej ubezpieczenia zdrowotnego wykorzystują wszystkie świadczenia medyczne w większym stopniu niż pozostali pacjenci [31-34]. Salazar i wsp. zauważyli, że roczna śmiertelność chorych określanych jako '*frequent users*' jest wysoka (18,6%) [35]. Z kolei Gunnarsdottir i wsp. wytypowali ich najczęstsze przyczyny zgonu: nowotwory, choroba niedokrwienna serca, zatrucie lekami i narkotykami oraz samobójstwa [36].

W badaniu przeprowadzonym przez Fuda i wsp. wykazano, że osoby w starszych przedziałach wiekowych były istotnie częściej pacjentami określanymi jako '*frequent users*' (OR=2,4; 95%CI=2,3 do 2,6) [37]. Autorzy wyodrębnili następujące czynniki demograficzne jako ściśle wiążące się z 'częstym korzystaniem z pomocy w SOR': samotne rodzicielstwo, stan wolny lub rozwiedziony, wykształcenie średnie lub niższe, roczny dochód niższy niż 10 tys. USD. Jeśli chodzi o status materialny, to według Ankiety Panelowej Dotyczącej Wydatków Medycznych (*Medical Expenditure Panel Survey – MEPS*) – 27% pacjentów 'często korzystających z pomocy w SOR' żyło poniżej federalnego poziomu ubóstwa (vs. 16% '*non-frequent users*') [38].

Z kolei Huang i wsp. wskazali na następujące czynniki kliniczne związane z 'częstym korzystaniem z pomocy w SOR': choroba przewlekła (OR=3,1; 95%CI=1,8 do 5,3), choroba nowotworowa (OR=4,2; 95%CI=1,3 do 13,4), choroba przewodu pokarmowego (OR=6,3; 95%CI=2,0 do 20,2), choroba sercowo-naczyniowa (OR=8,4; 95%CI=2,5 do 28,1) i choroba układu oddechowego (OR=4,2; 95%CI=1,0 do 17,0) [39].

Ciekawą analizę czynników społecznych i medycznych wpływających na zwiększenie ryzyka 'częstych wizyt w SOR' przeprowadzili badacze szwajcarscy. Bieler i wsp. w oparciu o dane ze Szpitala Uniwersyteckiego w Lozannie, wytypowali następujące czynniki: bycie ubezpieczonym (OR=15,8; 95%CI=1,7), zamieszkiwanie blisko, tj. poniżej 10 km od SOR (OR=4,6; 95%CI=2,8 do 7,6), bycie nieubezpieczonym (OR=2,5; 95%CI=1,1 do 5,8), bezrobotnym lub pobierającym świadczenia socjalne (OR=2,1; 95%CI=1,3 do 3,4), liczba wcześniejszych hospitalizacji w oddziale psychiatrycznym (OR=4,6; 95%CI=1,5 do 14,1) oraz korzystanie z 5 lub więcej oddziałów szpitalnych w ostatnich 12 miesiącach (OR=4,5; 95%CI=2,5 do 8,1). Ryzyko konieczności 'częstych wizyt w SOR', zdefiniowanych w tym badaniu jako 4 lub więcej interwencji w SOR rocznie, istotnie wzrastało w przypadku posiadania 2 z 4 analizowanych czynników socjalnych (OR=5,4; 95%CI=2,9 do 9,9) lub 2 z 4 medycznych (OR=7,9; 95%CI=4,6 do 13,4) oraz w przypadku kombinacji czynników z obu grup. Pacjenci z grupy '*frequent users*' mieli 10 razy wyższe prawdopodobieństwo posiadania 3 z wszystkich 8 ocenianych czynników ryzyka (95%CI=5,1 do 19,6) [40].

Problem nadmiernego obciążenia całego systemu ratownictwa medycznego, nie tylko SOR oraz cechy pacjentów zdefiniowanych jako 'często korzystających z usług ratownictwa medycznego' (*emergency medical services – EMS*) badali Knowlton i wsp. na podstawie materiału z lat 2008-2010 z okręgu Baltimore. Autorzy przeanalizowali dokumentację z 6199 interwencji, spośród których wybrali 1969 pacjentów spełniających kryteria '*frequent users*', tj. mających 6 lub więcej interwencji w ciągu 23 miesięcy. Badacze zanotowali, że ci pacjenci częściej byli mężczyznami, Afroamerykanami, 45-letnimi lub starszymi. W porównaniu do pozostałych pacjentów określanymi jako '*non-frequent users*', istotnie częściej byli obciążeni przewlekłymi chorobami somatycznymi: cukrzycą (39,9 vs. 14,6%), astmą (40,9 vs. 13,4%) czy infekcją HIV (9,1 vs. 2,4%). Warto zaznaczyć, że ponad 23% interwencji było związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych bądź z zaostrzeniem chorób psychicznych [41].

Z kolei Maeng i wsp. sięgnęli do danych medycznych z lat 2013-2014, zgromadzonych w ramach regionalnego programu *Geisinger Health Plan's* realizowanego w środkowej Pensylwanii i obejmującego 0,5 mln pacjentów posiadających ubezpieczenie *Medicaid*, *Medicare* lub komercyjne. Autorzy ocenili, iż chorzy wielokrotnie korzystający ze świadczeń w SOR wyróżniali się młodszym wiekiem (18-39 lat), posiadaniem ubezpieczenia *Medicaid* i częstszym współwystępowaniem kilku chorób. Zanotowali także,

że wyższy odsetek wizyt w POZ i hospitalizacji był również związany z częstszym korzystaniem z pomocy w SOR [42].

Charakterystykę pacjentów SOR w zależności od sposobów dotarcia do nich przeprowadzili Ruger i wsp. w ramach retrospektywnego, przekrojowego badania, obejmującego ponad 80 tys. chorych hospitalizowanych w 2001 r. w SOR szpitala akademickiego. Badacze stwierdzili, że chorzy przywiezieni przez zespoły ratownictwa medycznego, w porównaniu do pacjentów dowiezionych innymi środkami transportu, statystycznie istotnie częściej byli poważnie ranni lub w stanie nagłego pogorszenia stanu zdrowia, mieli dłuższy i bardziej kosztochłonny pobyt w oddziale, mniej byli skłonni do opuszczenia oddziału wbrew zaleceniom lekarskim. Byli także starsi, częściej byli samopłacącymi za świadczenia lub byli beneficjentami programu *Medicare* lub *Medicaid* lub nieubezpieczonymi, a rzadziej posiadali prywatne ubezpieczenie [43]. Ruger i wsp. w innej swojej publikacji podkreślili znaczną heterogenność pod względem demograficznym i klinicznym populacji określanej jako '*frequent users*' i tym samym wskazali na niemożność wyodrębnienia charakterystycznych cech [44].

Problem niewydolności POZ w zakresie udzielania pomocy osobom obciążonym poważnymi chorobami, w przebiegu których występują częste zaostrzenia wymagające nagłej pomocy, poruszyli w swojej pracy Billings i wsp. Na podstawie analizy liczby opłat za usługę (*fee for service*) w programie *Medicaid* w mieście Nowy Jork badacze podważyli opinię o tym, że koszty SOR są generowane w znacznej mierze przez osoby nie wymagające pomocy w takich placówkach. Do grupy '*frequent users*' autorzy zaliczyli chorych, którzy byli przyjęci w tych placówkach od 3 do 5 razy w ciągu roku. Billings i wsp. podkreślili, że zdecydowaną większość tej populacji stanowili przewlekle chorzy, których potrzeby nie zostały w porę rozpoznane i zaopatrzone przez POZ [45]. Inni autorzy wprost konkludują, że na skutek niewydolności opieki ambulatoryjnej SOR są podstawowym miejscem udzielania pomocy medycznej pacjentom przewlekle chorym [46, 47].

Polski SOR – wybrane aspekty funkcjonowania

W Polsce zasadniczymi aktami prawnymi określającymi zasady działania SOR-ów są: 1. Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego wraz z aktualizacjami z dnia 6 grudnia 2013 r. i 16 grudnia 2016 r., a także 2. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym [48, 49]. Według pierwszego z wymienionych rozporządzeń, SOR jest jednostką organizacyjną szpitala, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie

niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Z kolei drugi akt prawny określa SOR, jako komórkę organizacyjną szpitala, stanowiącą jednostkę systemu, udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W Polsce SOR powinien również spełniać wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej [50].

W obrębie polskich SOR-ów świadczenia opieki zdrowotnej mogą być udzielane w trybie planowym albo nagłym. Podstawą planowego przyjęcia do leczenia winno być skierowanie do szpitala, wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Z kolei przyjęcia nagłe mają miejsce wtedy, gdy występuje stan nagłego zagrożenia zdrowotnego, tj. stan polegający na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu, uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia. Przyjęcie pacjenta przywiezionego przez zespół ratownictwa medycznego nie wymaga skierowania na leczenie, natomiast lekarz pracujący w poradni specjalistycznej i kierujący pacjenta do SOR-u celem przyjęcia w trybie nagłym powinien wystawić skierowanie na hospitalizację. W przypadku nieprzedstawienia dowodu uprawniającego do korzystania z bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej w określonym terminie lub gdy osoba nie ma opłaconej składki na ubezpieczenie zdrowotne przez okres dłuższy niż miesiąc, kosztami leczenia (hospitalizacji) zostanie obciążona osoba, której udzielono świadczenia (hospitalizacji). Trzeba zaznaczyć, że świadczenia opieki zdrowotnej udzielane są bezpłatnie, niezależnie od uprawnień, gdy są związane z ciążą, porodem i pobytem oraz gdy dotyczą dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r.ż. [48, 49].

Decyzję o przyjęciu pacjenta SOR-u do szpitala podejmuje lekarz dyżurny SOR-u. Obowiązujące w Polsce akty prawne precyzują, że ewentualne wątpliwości o charakterze klinicznym rozstrzyga kierownik SOR-u lub zastępca dyrektora ds. opieki zdrowotnej, samodzielnie lub opierając się na opinii zwołanego w uzasadnionych przypadkach konsylium lekarskiego. Odmowa udzielania świadczenia opieki zdrowotnej w ramach SOR-u może mieć miejsce w sytuacji, gdy wyrażona potrzeba zdrowotna pacjenta wykracza poza zakres zadań SOR-u. W takim przypadku pacjent winien zostać pouczony odnośnie możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej w innych komórkach organizacyjnych szpitala lub poza szpitalem. Polskie prawo przewiduje, że każdy pacjent przebywający w SOR winien mieć zapewnioną realizację świadczeń

zdrowotnych w zakresach podpisanych umów z NFZ, produkty lecznicze i wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia w określonym zakresie, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia oraz transport sanitarny [48, 49].

Jak stwierdzono wyżej, SOR-y powinny ratować ludzi, których życie jest w niebezpieczeństwie, których zdrowie nagle się pogorszyło lub którzy ulegli wypadkowi. Praktycznie, także w Polsce do SOR nie trafiają wyłącznie tacy pacjenci, a często są to osoby, które winny zostać przyjęte przez nocną i świąteczną pomoc medyczną czy też inne jednostki opieki zdrowotnej. Podobnie, jak w innych państwach, duża liczba pacjentów leczona w polskich SOR-ach wynika ze stosunkowo łatwej dostępności, wygody chorych oraz najkrótszej drogi do uzyskania porady specjalistycznej [51, 52].

Podsumowanie

Pozostaje mieć nadzieję, że po pierwsze, coraz szersza wiedza na temat charakterystyki pacjentów SOR-ów i powodów, dla których te oddziały stają się podstawowym miejscem udzielania pomocy, nie zawsze uzasadnionym klinicznie i ekonomicznie, pozwoli usprawnić działanie całego systemu ratownictwa medycznego. Po drugie, trzeba dążyć do tego, aby analiza retrospektywna porad udzielanych w SOR-ach wpływała na racjonalne i oszczędne dysponowanie ograniczonym budżetem opieki zdrowotnej w przyszłości.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów

Piśmiennictwo / References

- Lowthian JA, Curtis AJ, Jolley DJ, et al. Demand at the emergency department front door: 10-year trends in presentations. *Med J Aust* 2012, 196: 128-132.
- Department of Health. Accident and Emergency Attendances (data for 1987-88 to 2010-11). <https://www.nuffieldtrust.org.uk/chart/a-e-attendances-in-england> (10.05.2018).
- Drummond AJ. No room at the inn: overcrowding in Ontario's emergency departments. *CJEM* 2002,4(2): 91-97.
- Pitts SR, Niska RW, Xu J, Burt CW. National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: 2006 Emergency Department Summary. *Natl Health Stat Report* 2008, 7: 1-38.
- Australian Institute of Health and Welfare. Australian Hospital Statistics 2009-10: Emergency Department Care and Elective Surgery Waiting Times. AIHW, Canberra 2010.
- Department of Health. Tackling Demand Together: A Toolkit for Improving Urgent and Emergency Care Pathways by Understanding Increases in 999 Demand. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130124051819/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/documents/digitalasset/dh_106924.pdf (10.10.2017).
- Blunt I, Bardsley M, Dixon J. Trends in emergency admissions in England 2004-2009. The Nuffield Trust, London 2010. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/trends-emergency-admissions-report-web-final.pdf> (10.06.2018).
- Di Somma S, Paladino L, Vaughan L, et al. Overcrowding in emergency department: an international issue. *Intern Emerg Med* 2015, 10(2): 171-175.
- Lowthian JA, Jolley DJ, Curtis AJ, et al. The challenges of population ageing: accelerating demand for emergency ambulance services by older patients, 1995-2015. *Med J Aust* 2011, 194(11): 574-578.
- Leonard C, Bein KJ, Latt M, et al. Demand for emergency department services in the elderly: an 11 year analysis of the Greater Sydney Area. *Emerg Med Australas* 2014, 26(4): 356-360.
- Müller U, Winterhalder R, Businger A, et al. Why do walk-in patients prefer a busy urban emergency department during office hours? A pilot survey of 200 consecutive patients from Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2012, 142: w13565.
- Becker J, Dell A, Jenkins L, Sayed R. Reasons why patients with primary health care problems access a secondary hospital emergency centre. *S Afr Med J* 2012, 102(10): 800-801.
- Gindi RM, Black LI, Cohen RA. Reasons for emergency room use among U.S. adults aged 18-64: national health interview survey, 2013 and 2014. *Natl Health Stat Report* 2016, (90): 1-16.
- Penson R, Coleman P, Mason S, Nicholl J. Why do patients with minor or moderate conditions that could be managed in other settings attend the emergency department? *Emerg Med J* 2012, 29(6): 487-491.
- Toloo GS, Hu W, FitzGerald G, et al. Projecting excess emergency department visits and associated costs in Brisbane, Australia, under population growth and climate change scenarios. *Sci Rep* 2015, 5: 12860.
- Coster JE, Turner JK, Bradbury D, Cantrell A. Why Do People Choose Emergency and Urgent Care Services? A Rapid Review Utilizing a Systematic Literature Search and Narrative Synthesis. *Acad Emerg Med* 2017, 24(9): 1137-1149.
- Hodgins MJ, Wuest J. Uncovering factors affecting use of the emergency department for less urgent health problems in urban and rural areas. *Can J Nurs Res* 2007, 39(3): 78-102.
- Oetjen RM, Oetjen DM, Rotarius T, Liberman A. Emergency department utilization by insured users: a study of motivating factors. *Health Care Manag* 2010, 29(3): 199-212.
- Nelson J. Why patients visit emergency units rather than use primary care services. *Emerg Nurse* 2011, 19(1): 32-36.
- Worth A, Boyd K, Kendall M, et al. Out-of-hours palliative care: a qualitative study of cancer patients, carers and professionals. *Br J Gen Pract* 2006, 56(522): 6-13.

21. Amiel C, Williams B, Ramzan F, et al. Reasons for attending an urban urgent care centre with minor illness: a questionnaire study. *Emerg Med J* 2014, 31: E71-E75.
22. Adamson J, Ben-Shlomo Y, Chaturvedi N, Donovan J. Exploring the impact of patient views on 'appropriate' use of services and help seeking: a mixed method study. *Br J Gen Pract* 2009, 59(564): e226-e233.
23. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004, 11(12): 1302-1310.
24. Lobachova L, Brown DE, Sinclair J, et al. Patient and provider perceptions of why patients seek care in emergency departments. *J Emerg Med* 2014, 46(1): 104-112.
25. Fieldston ES, Alpern ER, Nadel FM, et al. A qualitative assessment of reasons for non-urgent visits to the emergency department: parent and health professional opinions. *Pediatr Emerg Care* 2012, 28(3): 220-225.
26. Shaw EK, Howard J, Clark EC, et al. Decision-making processes of patients who use the emergency department for primary care needs. *J Health Care Poor Underserved* 2013, 24(3): 1288-1305.
27. Locker TE, Baston S, Mason SM, Nicholl J. Defining frequent use of an urban emergency department. *Emerg Med J* 2007, 24(6): 398-401.
28. Milbrett P, Halm M. Characteristics and predictors of frequent utilization of emergency services. *J Emerg Nurs* 2009, 35(3): 191-198.
29. Sun BC, Burstin HR, Brennan TA. Predictors and outcomes of frequent emergency department users. *Acad Emerg Med* 2003, 10(4): 320-328.
30. Oliveira A. Hiper utilizadores e urgência. *Acta Med Port* 2008, 21(6): 553-558.
31. Hunt KA, Weber EJ, Showstack JA, et al. Characteristics of frequent users of emergency departments. *Ann Emerg Med* 2006, 48(1): 1-8.
32. LaCalle E, Rabin E. Frequent users of emergency departments: the myths, the data, and the policy implications. *Ann Emerg Med* 2010, 56(1): 42-48.
33. Colligan EM, Pines JM, Colantuoni E, et al. Risk factors for persistent frequent emergency department use in Medicare beneficiaries. *Ann Emerg Med* 2016, 67(6): 721-729.
34. Colligan EM, Pines JM, Colantuoni E, Wolff JL. Factors associated with frequent emergency department use in the Medicare population. *Med Care Res Rev* 2017, 74(3): 311-327.
35. Salazar A, Bardés I, Juan A, et al. High mortality rates from medical problems of frequent emergency department users at a university hospital tertiary care center. *Eur J Emerg Med* 2005, 12(1): 2-5.
36. Gunnarsdottir OS, Rafnsson V. Mortality of the users of a hospital emergency department. *Emerg Med J* 2006, 23(4): 269-273.
37. Fuda KK, Immekus R. Frequent users of Massachusetts emergency departments: a statewide analysis. *Ann Emerg Med* 2006, 48(1): 9-16.
38. Kaiser Family Foundation. Characteristics of Frequent Emergency Department Users. <http://www.kff.org/insurance/upload/7696.pdf> (10.06.2018).
39. Huang JA, Tsai WC, Chen YC, et al. Factors associated with frequent use of emergency services in a medical center. *J Formos Med Assoc* 2003, 102(4): 222-228.
40. Bieler G, Paroz S, Faouzi M, et al. Social and medical vulnerability factors of emergency department frequent users in a universal health insurance system. *Acad Emerg Med* 2012, 19(1): 63-68.
41. Knowlton A, Weir BW, Hughes BS, et al. Patient demographic and health factors associated with frequent use of emergency medical services in a midsized city. *Acad Emerg Med* 2013, 20(11): 1101-1111.
42. Maeng DD, Hao J, Bulger JB. Pattern of Multiple Emergency Department Visits: Do Primary Care Physicians Matter? *Perm J* 2017, 21: 16-63.
43. Ruger JP, Richter CJ, Lewis LM. Clinical and economic factors associated with ambulance use to the emergency department. *Acad Emerg Med* 2006, 13(8): 879-885.
44. Ruger JP, Richter CJ, Spitznagel EL, Lewis LM. Analysis of costs, length of stay, and utilization of emergency department services by frequent users: implications for health policy. *Acad Emerg Med* 2004, 11(12): 1311-1317.
45. Billings J, Raven MC. Dispelling an urban legend: frequent emergency department users have substantial burden of disease. *Health Aff (Millwood)* 2013, 32(12): 2099-2108.
46. Moore BJ, Stocks C, Owens PL. Statistical brief 227: trends in emergency department visits, 2006-2014. Healthcare Cost and Utilization Project website. hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb227-Emergency-Department-Visit-Trends.pdf (10.06.2018).
47. Baker DW, Stevens CD, Brook RH. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public hospital emergency department. *JAMA* 1994, 271(24): 1909-1912.
48. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2011, nr 237, poz. 1420 z późn. zm.).
49. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2006, nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).
50. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011, nr 112, poz. 654 z późn. zm.).
51. Optymalizacja funkcjonowania oddziałów ratunkowych. Rynek Zdrowia, 16 grudnia 2016. <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Optymalizacja-funkcjonowania-oddzialow-ratunkowych,168448.html> (10.06.2018).
52. Solska J. Bądź zdrow, suwerenie. *Polityka* 2018, 3(3144): 34-36.