

PROTOKÓŁ NR II/07

z posiedzenia

Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy w Wieluniu

w dniu 23 lutego 2007r.

W posiedzeniu Komisji uczestniczyli:

- | | |
|----------------------------------|--------------------------------|
| 1. Pani Krystyna Miśkiewicz | - Przewodnicząca Komisji |
| 2. Pan Leszek Bak | - z-ca Przewodniczącej Komisji |
| 3. Pan Marek Kieler | - członek |
| 4. Pan Jacek Niepiekło | - członek |
| 5. Pani Renata Mastalerz-Czapnik | - członek |
| 5. Pani Grażyna Ryczyńska | - członek |

Ponadto w posiedzeniu udział brali:

- | | |
|------------------------------|--|
| 1. Pani Bożena Łaz | - Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu |
| 2. Pan Maciej Górski | - z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu |
| 3. Pani Urszula Woźniakowska | - Główny Księgowy SP ZOZ w Wieluniu |
| 4. Pan Zbigniew Kaczka | - Kierownik Działu Metodyczno –
Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu |
| 5. Pan Aleksander Owczarek | - Naczelnik Wydziału Ogólnego Starostwa |

Proponowany porządek posiedzenia:

1. Otwarcie II posiedzenia Komisji.
2. Stwierdzenie prawomocności obrad.
3. Przyjęcie porządku obrad.
4. Przyjęcie protokołu z I posiedzenia Komisji.
5. Ocena realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Wieluniu za 2006r.
6. Ocena działalności SP ZOZ w Wieluniu w zakresie gospodarowania mieniem:
 - a) sprawozdanie Dyrektora SP ZOZ z wykonania uchwały Rady Powiatu w sprawie określenia przeznaczenia i standardów aparatury i sprzętu medycznego oraz zasad, na jakich SP ZOZ dokonywał zakupu, przyjmował darowizny aparatury i sprzętu medycznego za 2006r.
 - b) sprawozdanie Dyrektora SP ZOZ z wykonania uchwały Rady Powiatu w sprawie określenia zasad zbycia, wydzierżawienia lub wynajęcia majątku trwałego SP ZOZ za 2006r.
7. Analiza kontraktu, planu finansowego na 2007r. oraz przebiegu restrukturyzacji SP ZOZ w Wieluniu.
8. Sprawy bieżące.
9. Wolne wnioski i zapytania.
10. Zamknięcie II posiedzenia Komisji.

Pkt 1

Otwarcie II posiedzenia Komisji.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – otwieram II posiedzenie Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy. Witam członków Komisji oraz zaproszonych gości. Dzięki życzliwości dyrekcji szpitala

możemy odbyć spotkanie w SP ZOZ w Wieluniu. Serdecznie dziękuję Pani Dyrektor za przyjęcie. Ja przychodzę tu z wielką sympatią, ponieważ 28 lat spędziłam w wieluńskim ZOZ-ie. Łączy mnie nić sympatii z moim zakładem.

Pkt 2

Stwierdzenie prawomocności obrad.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – na 6 członków Komisji obecni są wszyscy, czyli obrady są prawomocne.

Pkt 3

Przyjęcie porządku obrad.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – otrzymaliście Państwo proponowany porządek posiedzenia. Czy są uwagi, propozycje zmian do porządku obrad? Nie widzę. Kto jest za przyjęciem proponowanego porządku obrad, proszę o podniesienie ręki.

Członkowie Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy jednogłośnie (6 radnych głosowało) przyjęli proponowany porządek obrad.

Pkt 4

Przyjęcie protokołu z II posiedzenia Komisji.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – protokół z I posiedzenia Komisji wyłożony był do wglądu. Czy są uwagi, zastrzeżenia do treści protokołu? Nie widzę. Kto jest za przyjęciem protokołu z I posiedzenia Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy, proszę o podniesienie ręki.

Członkowie Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy jednogłośnie przyjęli protokół z I posiedzenia Komisji (6 radnych głosowało).

Pkt 5

Ocena realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych w SP ZOZ w Wieluniu za 2006r.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – proszę dyrekcję szpitala o wprowadzenie.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – w trakcie roku mieliśmy możliwość pewnych zmian, przesunięć punktów między poszczególnymi komórkami. Szczególnie dotyczyło to oddziałów szpitalnych. Oddziały, które wykonywały więcej usług miały dodawane punkty z oddziałów, które miały mniejsze wykonanie. Zasadnicza część kontraktu, czyli lecznictwo szpitalne, po przesunięciach została wykorzystana prawie, że w całości. Jest kwestia pewnych nadwykonań. Zawsze w nowym roku staramy się pozyskać środki z NFZ za nadwykonania. Identyczna sytuacja jest w przypadku lecznictwa otwartego, poradni.

Pewne niewykonania spowodowane były strajkiem, który odbywał się w połowie roku. Przez około 5 tygodni szpital przyjmował tylko na zasadzie pilnych przyjęć, w stanach nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Poradnie praktycznie nie działały. Chciałbym zwrócić szczególną uwagę na rehabilitację, która jest bardzo niedoszacowana przez NFZ. Zarówno fachowi pracownicy jak i warunki lokalowe pozwalają nam przyjąć więcej pacjentów ambulatoryjnych, a od tego roku również szpitalnych. Przedłożony materiał zawiera również informacje na temat zatrudnienia lekarzy. Można powiedzieć, że w tej chwili zaczyna nam brakować personelu zwłaszcza, jeśli chodzi o lekarzy. Z jednej strony z powodu oszczędności nie było przyjęć, z drugiej strony zmienił się sposób specjalizacji, co utrudnia kształcenie młodych lekarzy. Wspomnę jeszcze, że na ten rok kontrakt jest praktycznie na takim samym poziomie jak w roku 2006. NFZ właściwie nie przewidział wzrostu kontraktu, pomimo wcześniej składanych obietnic. Sprawozdanie jest dość obszerne, staraliśmy się żeby wyjaśniało wszystkie problemy. Jeśli są pytania, chętnie odpowiem.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – braki kadrowe, o których wspomniał dyrektor Górski spowodowane są też tym, że NFZ z roku na rok zmienia zasady związane z kontraktowaniem usług medycznych. Te zasady dotyczą m.in. czasu pracy poradni, lekarzy. U nas problemem są specjaliści, którzy nie są zatrudnieni w naszym szpitalu – myślę o onkologu, neurochirurgu, endokrynologu. Kolejnym problemem są sprawy związane ze sprzętem. My o warunkach kontraktowania dowiadujemy się w ostatnich miesiącach roku. Wtedy NFZ obostrza warunki. Z tego powodu nie mogliśmy zakontraktować usług z zakresu endoskopii, wykonywania ambulatoryjnych usług endoskopowych, które kiedyś kontraktowaliśmy. Nie mogliśmy też zakontraktować usług w przypadku poradni medycyny paliatywnej. Usługi te cieszą się u nas wielką tradycją, bo zaczęliśmy je świadczyć jako pierwszy ośrodek w województwie. W ostatnich miesiącach zmieniły się jednak zasady kontraktowania i musimy dodatkowo zatrudnić pracownika socjalnego, rehabilitanta i przynajmniej na pół etatu psychologa. Wymogi są ogromne, a finansowanie się nie zmienia. W ciągu pół roku musimy dostosować się do wymogów nie mając środków na ten cel. W przypadku poradni endoskopowej w sposób ogromny zmieniły się zasady kontraktowania. W tej chwili w województwie wymogi postawione przez NFZ spełniają 2 czy 3 jednostki, w tym 2, które mają placówki niepubliczne: Zgierz, Pabianice i placówka łódzka. Zostały bardzo mocno rozbudowane warunki lokalowe, sprzętowe i wymogi kadrowe. Wymogi kadrowe stanowią problem, bo u nas lekarze

wykonywają badania endoskopowe dla potrzeb szpitalnych, ale nie możemy ich zakontraktować, ponieważ potrzebne są odpowiednie certyfikaty, którymi nasi lekarze nie dysponują. Wystąpiliśmy do konsultanta wojewódzkiego, który przekazał nam warunki, w jakich zdobywa się te uprawnienia. Dyskutujemy z lekarzami na ten temat.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Otwieram dyskusję. Kto chciałby zabrać głos w tym punkcie? Proszę, radna Mastalerz.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – jestem doskonale zorientowana jak wygląda sprawa pracowni endoskopowej. Nieprawdą jest, że Fundusz niespodziewanie postawił takie wymagania. Było wiadomo, że jeśli szpital nie otrzyma nowego sprzętu, usługi nie zostaną zakontraktowane.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – to nie jest tylko kwestia sprzętu.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – trzeba skierować kogoś na szkolenia za pieniądze szpitala.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – jak długo trwa takie szkolenie?

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – 2 lata.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – nie, jest to zależne od ośrodka. Są ośrodki warszawskie, krakowskie, które ewentualnie przyjmą na naukę, sprawdzą ile, kto potrafi i wydają certyfikat.

Pan Zbigniew Kaczka – Kierownik Działu Metodyczno – Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu – jest to nieprawda. W tej chwili wprowadzono ujednolicone przepisy uzyskiwania dyplomów uprawniających do wykonywania badań endoskopowych. Wszystko przejęło Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne, które wydaje odpowiednie dokumenty. Nawet osoby, które miały tego typu certyfikaty, włącznie z profesorami, którzy wykonywali te usługi, muszą uzyskać potwierdzenie Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego. Niezbędne do uzyskania dyplomu jest 2-letnie szkolenie u profesor Małeckiej – Panas w Łodzi w oddziale gastroenterologii, które upoważnia do wystąpienia do Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego o uzyskanie dyplomu, który będzie w pełni uprawniał lekarza do wykonywania badań. Pracownia endoskopowa zgodnie z obowiązującymi przepisami zawartymi w rozporządzeniu Ministra Zdrowia musi

spełniać wymogi dotyczące powierzchni, aparatury. Najlepiej byłoby gdybyśmy pozyskali lekarza po stażu, którego skierowalibyśmy na 2-letnie szkolenie. W tym czasie zdobywa on umiejętności i dyplom, mimo że nie jest jeszcze specjalistą gastroenterologiem. W tej chwili o wszystkim decyduje Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne. Niebawem dojdzie do tego, że tylko certyfikat Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego będzie upoważniał lekarzy do wykonywania badań ultrasonograficznych. My na własne potrzeby możemy wykonywać tego typu usługi bez certyfikatów, ale nie możemy zawrzeć kontraktu, nie możemy wykonywać badań na zewnątrz. Żaden lekarz znając przepisy nie podejmie się tego, bo jakakolwiek pomyłka jest błędem w sztuce lekarskiej i grozi konsekwencjami prawnymi. Dyrekcja zanim przystąpi do organizacji pracowni endoskopowej, która według mnie w warunkach naszego położenia jest niezbędna, najpierw musi uzyskać zapewnienie, że ktoś podejmie się 2-letniego szkolenia. Uważam, że dyrekcja ułatwić wyszkolenie pracownika. Trzeba poczynić wszystkie kroki żeby taką pracownię utworzyć i zatrudnić lekarzy z odpowiednimi kwalifikacjami. Dziękuję.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – w momencie, kiedy dowiedzieliśmy się o zmianie warunków kontraktowania, do 2005r. mieliśmy zakontraktowane usługi ambulatoryjne i wykonywaliśmy je na bazie sprzętu i kadry, która dysponujemy, podjęliśmy działania zmierzające do utworzenia takiej pracowni. Stąd korespondencja jeszcze od początku ubiegłego roku. Rozpoczęliśmy też rozmowy z lekarzami na temat szkolenia. Wielokrotnie na spotkaniach informowałam, że będziemy starali się pomóc finansowo osobom, które zdecydują się na szkolenie, jeśli skorzysta na tym zakład pracy i pacjenci. Prowadziłam rozmowy z młodym lekarzem, który chciał zostać w naszym szpitalu i się specjalizować, ale w ostatniej chwili zmienił decyzję, bo zdecydował się na inną specjalizację. Koszt stworzenia pracowni endoskopowej z zabezpieczeniem odpowiedniego sprzętu i lokalu kształtuje się w granicach 400tys.zł. Dokładnie je wyszacowaliśmy. W związku z powyższym nie możemy sobie pozwolić na utworzenie pracowni, która będzie obsługiwała tylko i wyłącznie pacjentów szpitalnych. W naszych planach przewidziane jest utworzenie pracowni i na pewno będziemy podejmować w tym celu działania, bo taka pracownia jest potrzebna. Od roku, od kiedy dowiedzieliśmy się o zmianie warunków, prowadzimy rozmowy z chirurgami. Wszystkie podejmowane przez nas działania są udokumentowane. Nie możemy zakupić sprzętu nie mając specjalisty.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – uważam, że istnienie pracowni endoskopowej jest ze wszech miar zasadne. Czy zakłady niepubliczne też muszą spełnić takie obwarowania, czy muszą posiadać stosowne certyfikaty?

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – od zakładów niepublicznych nie są wymagane takie dokumenty i certyfikaty. W całym województwie są 2 czy 3 placówki – zakłady niepubliczne m.in. w Zgierzu i Pabianicach, które nastawiły się na endoskopię i dosprzętowały. Natomiast nawet duże placówki funkcjonujące w dużych szpitalach klinicznych nie spełniały wymogów, które nałożył NFZ. My nie mamy kwestionowanych badań wykonywanych przez lekarzy dla potrzeb szpitalnych, nie możemy ich jednak wykonywać odpłatnie. Zakład publiczny nie może wykonywać odpłatnie pewnych badań dla pacjentów ubezpieczonych, a niepubliczny może. Wielokrotnie mówiliśmy o tym, że te warunki powinny być zrównane, ponieważ zakład niepubliczny również działa w oparciu o kontrakt z NFZ.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – certyfikatu nie należy szukać u Pani Panas, tylko w dużo większym województwie, bo ona jest zainteresowana tym, żeby nikt tego certyfikatu nie miał, bo ona na tym zarabia. Certyfikat ten można zdobyć w wielu innych jednostkach, np. w Krakowie i on nie będzie kwestionowany.

Pan Zbigniew Kaczka – Kierownik Działu Metodyczno – Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu – chyba się nie rozumiemy. W jednostkach tych nie są przyznawane dyplomy a jedynie jakieś upoważnienia do wykonywania badań, które nie jest równoznaczne z dyplomem Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – żebyśmy dostali kontrakt NFZ występuje z zapytaniem do konsultanta wojewódzkiego czy nasz szpital spełnia postawione warunki zarówno pod względem kadrowym jak i wyposażenia oraz warunków lokalowych.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – doktor Ziębowa wiele lat pracuje na sprzęcie gastrokopowym i robi to genialnie. Gdyby miała zrekompensowane skutki finansowe swojej nieobecności zdobyłaby taki certyfikat i niekoniecznie w Łodzi.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – rozmowy na temat pomocy dyrekcji w szkoleniach prowadziliśmy z lekarzami już w roku ubiegłym. W żadnym momencie żaden z lekarzy nie zwrócił się do nas, że chce się szkolić w tym zakresie, żeby go wspomóc finansowo w przeprowadzeniu szkolenia. Jeszcze wczoraj rozmawiałam na ten temat z chirurgami. Niektórzy lekarze szkolą się na

własny koszt, ale są lekarzy, którzy zwracają się z prośbą o pomoc finansową, bo na tym zyska szpital. Wiecie Państwo, że sytuacja zakładu jest trudna, ale niezależnie od wszystkiego chcemy pomoc lekarzom finansowo, oczywiście nie na raz wszystkim. Jesteśmy otwarci na rozmowy z osobą, która będzie chciała się szkolić w tym zakresie.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – jakie warunki zaproponowałyby Pani doktor Ziębowej?

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – pozwoli Pani, że warunki zatrudnienia będą ustalać indywidualnie z zainteresowaną osobą.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – w rozmowie, którą 3 tygodnie temu przeprowadziła Pani z doktor Ziębową nie słyszałam o chęci jakiegokolwiek finansowania.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – prowadzona 3 tygodnie temu rozmowa dotyczyła certyfikatu. Nie rozmawialiśmy o konkretnych rzeczach. O przystąpieniu do specjalizacji rozmawialiśmy wcześniej, nie na spotkaniu, w którym Pani uczestniczyła. To nie jest temat nowy. Nigdy nikomu nie robiliśmy żadnych problemów w zakresie szkoleń. Lekarz wyjeżdżając na szkolenie ma płacone za godziny w szpitalu. Czasami są zwracane delegacje w zależności od szkolenia, jesteśmy otwarci. Nie jest to miejsce i czas na rozmowę o szczegółach. Jest to skomplikowana sprawa. Lekarz musi przedstawić, jakiej oczekuje pomocy, żebyśmy się mogli do tego odnieść. Przede wszystkim uważam, że jest to temat, który powinien wyjść od lekarza. Można coś nakazać, jest to jedna z form, ale jakie będą tego efekty? Do tematu możemy podejść, jeżeli będzie wola ze strony doktor Ziębowej. Wielokrotnie rozmawiałam z Panią Ziębową. Mamy plany odnośnie wykonywania pewnych badań. Problemem jest 2-letnie szkolenie, bo trzeba się wyłączyć z pewnych rzeczy.

Pan Zbigniew Kaczka – Kierownik Działu Metodyczno – Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu – są trzy typy pracowni endoskopowej. Omówię tylko typ pierwszy poradni endoskopowej. W pracowni endoskopowej powinny być: 2 gastroscopy, 2 kolonoscopy w przypadku świadczenia usług kolonoskopowych, wyłącznie automatyczne mycie i dezynfekcja endoskopów, minimum jedno stanowisko, jedna myjka ultradźwiękowa. Wymagane kwalifikacje personelu lekarskiego to: minimum jeden lekarz specjalista gastroenterolog chorób wewnętrznych chirurg lub pediatra, który musi mieć potwierdzenie kwalifikacji do

wykonywania endoskopii według systemu opracowanego przez konsultanta krajowego i Polskie Towarzystwo Gastroenterologiczne, minimalne doświadczenie kliniczne, tj. minimum tysiąc badań endoskopowych rocznie. Takie warunki musimy spełnić żeby zakontraktować tego typu usługi. Dziękuję.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Proszę, radna Mastalerz.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – badania gastroskopowe są wykonywane z przerwami w Wieluniu w 1978r. To że nie mamy do tej pory gastrologa, sprzętu to są zaniedbania dyrekcji.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – czy to, że nie mamy chirurga onkologa jest zaniechaniem dyrekcji, bo on odszedł z wieluńskiego szpitala, bo dyrekcja go nie chciała? Czy to, że nie mamy neurotraumatologa, czy neurochirurga to też jest wina dyrekcja, czy może brak chęci kolegów, koleżanek w pewnym kształceniu się? Czy ktokolwiek odmawiał komukolwiek podpisani zgody na specjalizację? Nie pamiętam żeby to się zdarzyło. Jeżeli ktoś chciałby robić podspecjalizację, bo gastroenterologia jest podspecjalizacją chorób wewnętrznych, to na pewno taką zgodę by uzyskał, tak jak np. doktor Pełka odnośnie nefrologii, czy doktor Kuźniak odnośnie kardiologii. Każda chętna osoba, która chciałaby zająć się wycinkiem specjalizacji na pewno taką zgodę by uzyskała i nadal ją uzyska. Problem polega jeszcze tym, że w międzyczasie całkowicie zmienił się system specjalizacji. To, co kilka lat temu można było robić stosunkowo mniejszym nakładem sił, środków i w miarę szybko, bo pracując w Wieluniu i jeżdżąc na okresowe staże, kursy, szkolenia można było zdobywać specjalizację, to teraz żeby otworzyć i następnie zrobić specjalizację trzeba po pierwsze zakwalifikować się do specjalizacji, po drogie robić ją w ośrodku, który ma stosowne uprawnienia, czyli w tym przypadku w Łodzi w klinice. Robienie podspecjalizacji trwa kilka lata. Jeżeli opiekun specjalizacji jest bardzo życzliwy dla szpitala wieluńskiego to może się zgodzić na robienie specjalizacji w takim trybie, że przez jakiś czas lekarz będzie w swoim szpitalu. Ale jeżeli opiekun jest mało życzliwy może sobie zażyczyć żeby dany lekarz pracował przez 3 czy 4 lata w klinice, co jest bardzo wygodne dla klinik, bo my płacimy, a oni mają osobę, która pracuje na ich rzecz. Problem byłby może mniejszy gdyby ministerstwo wywiązało się z tzw. rezydentur. Był pomysł żeby specjalizacje robić poprzez system rezydentur, czyli poprzez pieniądze płacone przez Ministra Zdrowia. My wówczas nie płacilibyśmy pensji. Dany lekarz po zakwalifikowaniu się podpisuje

3 czy 4-letnią umowę z ministerstwem i w tym czasie jest zobligowany do zrobienia specjalizacji, ale później wraca do macierzystego szpitala już jako wykwalifikowany specjalista. M.in. także, dlatego Wieluń nie jest bardzo atrakcyjny jako miejsce zatrudniania się dla młodych lekarzy, dlatego że tylko część oddziałów ma prawo specjalizowania, akredytację. Takimi oddziałami są: chirurgia, oddziały wewnętrzne, ortopedia, częściowo pulmonologia, ratownictwo. Natomiast oddziały, które nie mają możliwości specjalizowania, a my mielibyśmy potrzebę takiego specjalisty, to albo przyjmujemy lekarza, który przez kilka lat pracuje na rzecz innego szpitala, albo staramy się przekonać żeby przyszedł już do nas specjalista, a w tej chwili młodzi specjaliści w dużej mierze pracują gdzie indziej i niekoniecznie w Polsce. To nie jest tylko problem sprzętu i dyplomu.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Myślę, że jest to dla wszystkich zrozumiałe. Jeżeli będzie specjalista, który będzie spełniał wymogi stawiane przez NFZ taka pracownia będzie uruchomiona. Czy myślicie Państwo o tym żeby doraźnie na bazie istniejącego sprzętu wykonywać tego typu badania, żeby nie wysyłać pacjentów np. do Zgierza?

Pan Zbigniew Kaczka – Kierownik Działu Metodyczno – Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu – to są tzw. procedury współfinansowane. Jeżeli poradnia chirurgiczna skieruje pacjenta do Bełchatowa, czy do Sieradza gdzie jest kontrakt, pacjent nie płaci. Badania wykonywane są w ramach NFZ. My takich badań w chwili obecnej nie możemy realizować w ambulatorium. Musimy przestrzegać obowiązujące przepisy.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – wykonywane są badania na bazie szpitala na potrzeby oddziałów.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Czy w tym punkcie są jeszcze jakieś pytania, uwagi? Proszę, radna Ryczyńska.

Radna Grażyna Ryczyńska – jakie były przyczyny odmów w chirurgii ogólnej (37 odmów) i chirurgii urazowo – ortopedycznej (52 odmowy)?

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – odmów w skali roku na chirurgii urazowo – ortopedycznej było około 190, około 140 na chirurgii ogólnej i podobne ilości na obu oddziałach wewnętrznych. W przypadku chirurgii urazowo – ortopedycznej odmowy w 90% dotyczyły głównie pacjentów z urazami niekwalifikującymi się szpitalnego żaden sposób do przyjęcia szpitalnego z uwagi na procedury, które można wykonać, np. złamania bez przemieszczeń, złamanie

pojedynczego żebra bez powikłania, skręcenia, stłuczenia. Odmowy dotyczyły najczęściej pacjentów kierowanych przez pogotowia ościenne: Pajęczno, Wieruszów. Ci pacjenci nie byli pozostawiani sami sobie. Jeżeli jest skierowanie i pacjent zgłasza się do izby przyjęć to procedura jest następująca: jest książka odmów, lekarz dyżurny oddziału, w tym wypadku urazowo – ortopedycznego wpisuje odmowę, ale pacjent jest kierowany do ambulatorium. Takich odmów jest zdecydowana większość. Były także odmowy z powodu zespołów bólowych, zmian zwyrodnieniowych. W przypadku chirurgii są dwa typy odmów. Jeden dotyczy urazów, np. głowy, które są niewielkie i ranę można opatrzyć lub ewentualnie obserwacja może być prowadzona nie w oddziale chirurgii ogólnej a w oddziale ratunkowym, który też ma łóżka obserwacyjne. Drugi typ odmów to tzw. obserwacje. Bardzo często pacjent kierowany jest na obserwację brzucha. Jeżeli po wykonaniu podstawowych badań diagnostycznych w izbie przyjęć, np. badanie krwi, USG nie było powodów do interwencji pacjent nie był przyjmowany. Podobna sytuacja tylko innej jednostki choroby dotyczy obu oddziałów wewnętrznych, gdzie bardzo często są tzw. skierowania obserwacyjne. Szczególnie dotyczy to podejrzenia zawału serca, choroby niedokrwiennej serca. Pacjent jest konsultowany przez lekarza dyżurnego, robioną ma diagnostykę, EKG żeby wykluczyć zawał serca. Czasami trudno jest rozliczyć procedurę obserwacyjną, bo NFZ nie przewiduje takich procedur. Czasami diagnostyka byłaby dla nas nawet bardziej opłacalna w obrębie oddziału, ale bywa tak, że oddziały internistyczne są pełne. Wówczas należy podjąć decyzję czy zdiagnozować pacjenta w ciągu 2 – 3 godzin w izbie przyjęć i zaopatrzonego w zalecenia oraz leki odesłać do dalszej kontroli leczenia u swojego lekarza rodzinnego, czy trzymać go przez 2 – 3 dni na dostawce na korytarzu. W sprawach wątpliwych lekarze z tych oddziałów często wspomagają się łózkami obserwacyjnymi szpitalnego oddziału ratunkowego. Czasami konsultacja czy badania nie są jednoznaczne i bywało tak, że pacjent pierwotnie trafiał do oddziału ratunkowego, a po dobie był przenoszony np. na kardiologię.

Odmów za rok 2006 było 800, a za rok 2005 – ponad 1000. Ilość odmów w naszym szpitalu się zmniejsza. Staramy się uczulać szczególnie ordynatorów żeby przyjmowali pacjentów, którzy mogą być przyjęci zwłaszcza, jeśli oddział ma niewykonany kontrakt, chociaż czasami ze względów medycznych bywa to średnio logiczne, ale ze względów finansowych, lepiej jak pacjent jest przyjmowany.

Pan Zbigniew Kaczka – Kierownik Działu Metodyczno – Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu – musimy przyjąć, że na 90% przyjęć 10% jest tzw. ostrych. Planowych przyjęć jest niewiele. My poza oddziałem rehabilitacji nie mamy kolejki oczekujących to szpitala, co świadczy o tym, że przyjęcia odbywają się na bieżąco. Gro kosztów POZ-y i nie tylko, zwłaszcza Pajęczno i Wieruszów chcą przerzucić na szpitala. Np. lekarz POZ kieruje pacjenta ze złamaniem przedramienia. Bardzo często okazuje się, że uraz nie wymaga nawet unieruchomienia, ale zdjęcie należy zrobić. Takiego pacjenta nikt nie będzie hospitalizował. Jest mnóstwo takich przypadków. To samo dzieje się w przypadku przyjęć internistycznych. Nie możemy bezkrytycznie wszystkich przyjmować. Lekarz POZ ma pewne kompetencje. Pacjent POZ powinien mieć wykonane odpowiednie badania, ale najlepiej skierować go do szpitala, który przejmie całą diagnostykę, a w tej chwili część pieniędzy na diagnostykę jest w POZ. Proszę Państwa! Mimo odmów liczba hospitalizowanych pacjentów w 2006r. wynosi 12.600. Z powodu odmów nie wpłynęła ani jedna skarga do szpitala. Uważam, że te odmowy są uzasadnione.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – musimy też mieć świadomość, że ilość przyjmowanych pacjentów jest limitowana kontraktami. Ubiegły rok był pierwszym rokiem, w którym mieliśmy korzystniejszy ilościowo kontrakt. Na ostatniej sesji doktor Mastalerz pytała czy był wynegocjowany dobry kontrakt. Przy negocjacji kontraktów wielokrotnie uczestniczyli ordynatorzy. Był też czas, kiedy w negocjacjach uczestniczył przedstawiciel związku lekarzy. Chcieliśmy żeby każdy zobaczył jak wyglądają negocjacje z NFZ. Rok ubiegły był rokiem, w którym praktycznie ilościowo wpasowaliśmy się w oczekiwania. Nawet byli lekarze, którzy obawiali się, że nie wykonają kontraktu. Problem tkwi w tym, że usługi są niedoszacowane, a cena punktu nie podlegała negocjacji. Cena punktu była ustalona odgórnie w Warszawie. Szczególnie niedoszacowane są procedury zabiegowe. Wielokrotnie o tym mówiliśmy. Dlatego w całym województwie najbardziej zadłużone są oddziały chirurgiczne. Może nie jest zadłużony oddział kliniczny, który wykonuje wysokospecjalistyczne procedury. Fundusz ma tego świadomość. Może od następnego roku będzie zmiana wartości punktów. Gdyby wartość punktu byłaby negocjowana sytuacja byłaby inna. Wartość punktu jest sztywno ustalona. Nie negocjujemy ceny punktu.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Czy są jeszcze pytania? Proszę, radna Mastalerz.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – skąd w Polsce biorą się szpitale niezadłużone, których nie jest mało?

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – Minister Religa powiedział, że w Polsce za rok ubiegły jest 50% szpitali, które zaczynają się bilansować. My też jesteśmy w tej grupie, z uwagi na to, że rok 2006 również zamkniemy wynikiem dodatnim. Jesteśmy skłonni przeprowadzić każdą dyskusję, nawet z Ministrem Zdrowia, na temat podejmowanych działań w zakresie restrukturyzacji przez palcówki publiczne, które mają lepszą sytuację niż nasza. Problem rozbija się o różne finansowanie w różnych regionach kraju. Nie można tego pominąć. Województwo łódzkie było na szarym końcu w zakresie finansowania. Dane te są wszędzie publikowane. Dopiero w roku 2005 i 2006 sytuacja trochę się poprawiła, bo zaczęto zmieniać politykę. Polityka prowadzona w latach 2000 – 2004, mimo restrukturyzowania, podejmowania różnych działań wpłynęła na obecną sytuację zakładu. Restrukturyzację naszego szpitala rozpoczęliśmy od 2000r. w różnym zakresie dotykając każdej komórki organizacyjnej począwszy od restrukturyzacji kadrowej (na początku 2000r. zatrudnialiśmy prawie 1300 pracowników, a w tej chwili 560), poprzez restrukturyzację zarządzania, restrukturyzację finansową, przechodząc do spraw inwestycyjnych i rozwiązując problemy, mimo że od początku reformy nie ma planowych środków na inwestycje. W swoim zakresie mamy opracowania, zestawienia, które pokazują podejmowane przez nas działania. Każde działanie zawsze poprzedzone było analizą ekonomiczną, różnymi ustaleniami. Póki, co w naszym szpitalu więcej tworzyliśmy niż likwidowaliśmy. Utworzyliśmy OIOM – podstawowy oddział w zakresie restrukturyzacji, który powinien być szpitalu powiatowym, oddział rehabilitacyjny, szpitalny oddział ratunkowy, który ma bardzo istotne znaczenie nawet z punktu widzenia wejścia do sieci szpitali. Tworzyliśmy oddział nefrologiczny, z prawdziwego zdarzenia stację dializ, która w tej chwili funkcjonuje w innej strukturze, ale pacjenci mają dostęp do tych usług w ramach ubezpieczenia. Utworzyliśmy jeszcze oddział opieki długoterminowej, który niestety musieliśmy zlikwidować. W tej chwili NFZ kontraktuje tylko zakłady opiekuńczo – lecznicze. Zmieniły się warunki, które na ten moment są nie możliwe do spełnienia przez nas. Tworzyliśmy również nowe poradnie. Z każdym działaniem organizacyjnym wiązały się kwestie inwestycyjne. Przygotujemy zestawienie wszystkich działań prowadzonych w naszym szpitalu. Musieliśmy zaadoptować pomieszczenia, kupić sprzęt. Potrzeby w naszym szpitalu

są tak ogromne, że to jeszcze nie koniec w zakresie zakupu sprzętu, modernizacji. Musimy robić wszystko żeby zdobywać kolejne pieniądze. Inne organy założycielskie przekazują więcej pieniędzy szpitalom. Na ostatniej nardzie marszałek województwa powiedział, że szpitale wojewódzkie na zadania inwestycyjne, na zakup sprzętu i modernizacje pomieszczeń w roku 2006 otrzymały 18mln.zł . Szpital sieradzki rok 2005 zakończył wynikiem ujemny. Na bieżącą działalność od organu założycielskiego otrzymał 9mln.zł, organ założycielski pokrył szpitalowi całą stratę. My nigdy na taką pomoc finansową nie mogliśmy liczyć, bo sytuacja finansowa szpitali powiatowych jest inna. Przygotujemy dla Państwa informację na temat podejmowanych działań inwestycyjnych. Szczegółowo analizowaliśmy wszystkie działania podejmowane na każdym oddziale. Podam Państwu przykład oddziału ginekologiczno – położniczego. Było dwóch zastępców ordynatora jest jeden. Były 3 oddziałowe, w tej chwili jest 1 oddziałowa i koordynujące pielęgniarki. Lekarze pracują na części etatów, łóżek było 90, w tej chwili jest 45. Zwolniliśmy 17 położnych. Oddział funkcjonuje dobrze. Nawet przeprowadziliśmy znaczny remont oddziału. Z przyczyn oszczędnościowych przenieśliśmy tam też izbę przyjęć. Na ten rok planujemy zająć się zabiegówką. W tej chwili mamy wykonaną dokumentację na pomieszczenia, które zajmuje chirurgia dziecięca, chcemy zaadoptować te pomieszczenia. Aktualnie wykonywana jest dokumentacja – modernizacja oddziału chirurgicznego. W drugim półroczu chcemy składać wniosek. Chciałabym wystąpić o środki na modernizację oddziału, na zakup sprzętu. Mamy pewien plan działania, który też nie jest stosowany według hierarchii potrzeb. My nie mając planowych środków ciągle korzystamy z określonych programów. Środki przyznane na konkretny cel nie mogą być przeznaczone na nic innego. W tym roku chcemy złożyć wniosek w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego. Wcześniej złożyliśmy fiszkę w ramach indykatywnych środków Regionalnego Programu Operacyjnego. Są to unijne środki zabezpieczone dla każdego województwa. Dokumentacja będzie wykonana na koniec miesiąca maja. Składanie wniosków ma się odbyć w miesiącach lipiec – sierpień. Każde działanie podejmowane przez nas należało uzgodnić z konsultantem wojewódzkim, z wojewodą w ramach zabezpieczenia opieki zdrowotnej, z urzędem marszałkowskim, a następnie z NFZ. W opracowanych materiałach są też podane bardzo istotne dane dotyczące wysokości kontraktowania. Np. chirurgia, która jest oddziałem najbardziej zadłużonym w 1999r. bilansowana się.

Był to rok, kiedy kontrakt na chirurgię opiewał na kwotę około 3mln.zł i chirurgia się bilansowała.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – wypracowała zysk.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – tak. W roku 2000 kontrakt na chirurgię wynosił 2.970tys.zł, w 2001r. – 1.700tys.zł, w 2002r. – 1.500tys.zł, w 2003r. – 1.700tys.zł, w 2004r. – 2.200tys.zł.

Pan Zbigniew Kaczka – Kierownik Działu Metodyczno – Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu – kontrakt w 1999r., w pierwszym roku reformy był tzw. kontraktem kapitacyjnym. Wszędzie była jednakowa stawka – 1.200zł. Od 2000r. wprowadzono procedury. Na zasadzie procedur wyceniono rok 1999r już niżej. Chirurgia w pewnym sensie jest sama sobie winna, że ma taki a nie inny kontrakt. Osoby pracujące w NFZ analizowały to, co było wykonane i oceniono, że procedur wysokospecjalistycznych, bardzo dobrze płatnych nie wykonuje się. W 2000r. chirurgia zakontraktowało 10 procedur na 10tys.zł, a wykonała 2 w ciągu całego roku. Więc nie ma się, co dziwić, że na następny rok kontrakt był dużo niższy. Przecież musiały być jakieś podstawy obliczania kontrakty. NFZ opierał się na danych, procedurach, które oddział wykonywał i które my bezwzględnie rozliczaliśmy z NFZ.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – Proszę Państwa! Chciałbym odnieść się do starty, jaką przynosi nam oddział chirurgii ogólnej – gdyby wszyscy pracownicy przeszli na wolontariat, pracowali za darmo, to jeszcze to by nam nie zrównoważyło straty. Chciałem zwrócić uwagę, że jest to jeden z podstawowych oddziałów i powinien istnieć w każdym szpitalu powiatowym. To najlepiej wskazuje na niedoszacowanie procedur chirurgicznych dawniej przez kasę chorych, a aktualnie przez NFZ.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – a co ciekawe NFZ się z tym zgadza i wie, że tak jest. Wraz z lekarzami, których typowałam, uczestniczyłam w posiedzeniach komisji w centrali NFZ odnośnie procedur medycznych. Zależało nam na odpowiednim doszacowaniu pewnych rzeczy. Komisja taka składa się przede wszystkim z profesorów. Najlepiej doszacowane są najdroższe procedury. Niech one będą dobrze doszacowane, ale nich dobrze będą też doszacowane procedury podstawowe. Rolą szpitala powiatowego jest zabezpieczenie przede wszystkim nagłych zdarzeń. Szpital powiatowy cały czas musi być w gotowości. Zupełnie inna jest rola szpitala klinicznego, który spełnia rolę wysokospecjalistycznego i zbiera pacjentów z określonego terenu, bo dostęp do

usług wysokospecjalistycznych też powinien być inaczej planowany. Chciałabym jeszcze uzasadnić likwidację oddziału laryngologicznego. W 1999r. kontrakt na ten oddział wynosił 616tys.zł, a w 2004r. – 400tys.zł. Nie było szans na utrzymanie tego oddziału. Szczegółowe materiały są do wglądu. W najbliższym czasie opracujemy zbiorczą fiszkę, szczególnie dla nowych radnych, którzy przecież nie muszą znać programu restrukturyzacji.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Sądzę, że ogólna analiza byłaby nam bardzo pomocna. O jaki kontrakt zakład występował w ubiegłym roku, jaki otrzymał i jakie było wykonanie na poszczególnych oddziałach, które oddziały nie wykonały kontraktu?

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – musielibyśmy sprawdzić nasze oferty, protokoły rozbieżności. Zawsze występowaliśmy o więcej niż otrzymywaliśmy. Kontrakt przygotowywany jest przez poszczególne zespoły na każdym oddziale, oczywiście biorąc pod uwagę możliwości leczenia. Są oddziały, które w roku 2006 nie wykonały kontraktu. Może rok ubiegły nie jest rokiem miarodajnym z uwagi na to, że kontrakty były lepsze ilościowo. W pierwszym roku reformy na jednego pacjenta otrzymywaliśmy określoną kwotę, w drugim roku pojawiły się grupy procedur, a teraz kontraktujemy punkty. Każda procedura ma przypisaną określoną ilość punktów i według tego szacujemy kontrakt. Ponadto w roku 2006 przez półtora miesiąca był strajk i niektóre oddziały ograniczały pewne usługi.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – jak wynika ze sprawozdania nasz szpital wykonał kontrakt, dlatego że mieliśmy możliwość przesuwania punktów. W porównaniu do pierwotnego kontraktu, który zawarliśmy największe niewykonanie było na oddziale intensywnej terapii, chirurgii urazowo – ortopedycznej, chirurgii ogólnej i na oddziałach wewnętrznych odnośnie procedur chorób wewnętrznych. Kardiologia była przekroczona. Duże przekroczenie było na oddziale pulmonologii i gruźlicy, na oddziale chirurgii dziecięcej i pediatrii.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – przekroczenie było jeszcze w zakresie porodów, z tym, że NFZ płaci za wszystkie porody.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – w ten sposób doszły nam dodatkowe środki, o które nie musieliśmy się procesować. Ponieważ w kontrakcie było zastrzeżenie, że w ramach 20% kontraktu dla każdego oddziału

można przesuwając środki, udało nam się praktycznie wykonać 100% pierwotnego kontraktu. Praktycznie cały ten kontrakt otrzymaliśmy finansowo.

Pan Zbigniew Kaczka – Kierownik Działu Metodyczno – Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu – w przypadku poradni na rok 2006 występowaliśmy o 1.686tys.zł, a otrzymaliśmy 1mln.zł.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – w oddziałach wygląda to bardzo podobnie. Były oddziały gdzie nie występowaliśmy o więcej, bo nie mogliśmy, bo jest też określona możliwość „przerobu”. O większy kontrakt występowaliśmy w przypadku chociażby rehabilitacji. Na rehabilitację szpitalną występowaliśmy o większy kontrakt ponieważ rozszerzamy oddział do 20 łóżek, a dostaliśmy na 17,5 łóżka.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – każda oferta zwłaszcza w przypadku oddziałów szpitalnych rozbita jest na poszczególne procedury.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – czy niewykonanie spowodowane było tylko i wyłącznie strajkami?

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – uzależnione jest to od specyfiki oddziałów. Oddziały internistyczne przyjmowały normalnie podczas strajku, bo taka jest potrzeba i one się właściwie zbilansowały. W przypadku chirurgii urazowo – ortopedyczna nie na całe wykonanie miał wpływ strajk. Rzeczywiście przez 5 tygodni oddział nie przyjmował zabiegów planowych i część naszych pacjentów zdecydowało się na zabieg w innym zakładzie, ale w II połowie roku, po strajku też było mniej pacjentów. Okazuje się jednak, że przez cały rok przyjęliśmy praktycznie tę samą liczbę pacjentów (1.082 pacjentów leczonych) co w ostatnich latach. Zawsze był między 1.000, a 1.100 pacjentów. Ważne jest jeszcze to, jakie wykonuje się procedury. Jeżeli procedury są lepiej wyszacowane, lepiej płatne, to można mniejszą ilością pacjentów wykonać przyznane punkty. Niewykonanie kontraktu wynikało także z pewnych kłopotów finansowych. Na chirurgii niewykonanie było stosunkowo nieduże, bo około 5.000 punktów. Tutaj też strajk na pewno miał wpływ. Oddział Intensywnej Terapii jest oddziałem specyficznym, poza dyskusją.

Pan Zbigniew Kaczka – Kierownik Działu Metodyczno – Organizacyjnego SP ZOZ w Wieluniu – do ubiegłego roku w styczniu sporządzaliśmy tzw. trzynasty rachunek dla NFZ. W ramach kontraktów są odpowiednie granice procentowe gdzie

można przesuwając. Do 8 grudnia musieliśmy przewidzieć, z którego oddziału możemy przenieść punkty. Myślę, że udało nam się to wykonać.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Czy są jeszcze pytania? Nie widzę. Kto jest za przyjęciem informacji na temat realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez SP ZOZ w 2006r., proszę o podniesienie ręki.

Członkowie Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy 4 głosami za, przy 1 przeciwnym (radna Renata Mastalerz – Czapnik) i 1 wstrzymującym (radny Jacek Niepiekło) przyjęli informację na temat realizacji zadań statutowych, dostępności i poziomu udzielanych świadczeń zdrowotnych przez SP ZOZ w 2006r. (6 radnych głosowało).

Pkt 6

Ocena działalności SP ZOZ w Wieluniu w zakresie gospodarowania mieniem.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – proszę Panią Dyrektora o wprowadzenie.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – otrzymaliście Państwo szczegółowe materiały. Podaliśmy dokładne dane na temat uzyskiwanych środków. Zbywany sprzęt jest przeznaczony do kasacji, a czasami żeby pozyskać pieniądze sprzęt jest sprzedawany zgodnie z ustalonymi zasadami. Sprzęt, który nabywamy posiada odpowiednie certyfikaty, pozwolenia zgodnie z przepisami w tym zakresie, głównie pochodzi ze środków, które pozyskujemy z zewnątrz. W ubiegłym roku nasze środki zainwestowane w działania inwestycyjne pochodziły z jednorazowej opłaty za dzierżawienie dializ. Kwota 670tys.zł została przeznaczona jako udział własny na modernizację oddziału rehabilitacji i zakup sprzętu. Pozostałe środki

pozyskiwaliśmy z uruchamianych funduszy, np. z programu ratownictwa medycznego zakupiliśmy część sprzętu, ze środków pochodzących ze sprzedaży naszego obiektu zakupiliśmy aparat do znieczulenia. Środki pozyskiwaliśmy również z PFRON, które inwestowaliśmy w zakupy, modernizacje. Wszelkiego rodzaju zakupy, sprzedaże, dzierżawy odbywają się w oparciu o przetargi zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych. Dziękuję.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Czy są pytania? Nie widzę. Kto jest za przyjęciem informacji o działalności SP ZOZ w zakresie gospodarowania mieniem, proszę o podniesienie ręki.

Członkowie Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy 5 głosami za, przy 1 przeciwnym (radna Renata Mastalerz – Czapnik) przyjęli informację o działalności SP ZOZ w zakresie gospodarowania mieniem (6 radnych głosowało).

Pkt 7

Analiza kontraktu, planu finansowego na 2007r. oraz przebiegu restrukturyzacji SP ZOZ w Wieluniu.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – proszę dyrekcję szpitala o wyjaśnienie.

Pani Urszula Woźniakowska – Główny Księgowy SP ZOZ w Wieluniu – na podstawie przychodów z kontraktów zawartych z NFZ oraz przychodów własnych i poniesionych kosztów wyszafowanych na podstawie 11 miesięcy i przewidywanych inflacji na 2006r. Oszacowaliśmy, że przychody ogółem na 2007r. wynosić będą 31.793.271zł, koszty – 34.707.200zł. Starta przewidziana w programie restrukturyzacyjnym na 2007r. ogółem miała wynosić 330.346zł, a wynosi

2.913.929zł. Wzrost jest o 2.583.582zł. Wpływ na to ma przede wszystkim zmniejszenie przychodu z NFZ o 1.494tys.zł. NFZ prognozował wzrost wartości kontraktu na wykonywane świadczenia medyczne o 8%. Prognoza ta była podstawą do szacowania przychodów. Niestety kontrakt na 2007r. jest w wysokości kontraktu przyznanego na 2006r. NFZ tłumaczy, że środki przeznaczone na leczenie zostały skierowane na podwyżkę wynagrodzeń (wynagrodzenia + pochodne). Oczywiście jest wzrost przychodów o 2.674tys.zł, ale na podwyżki jest zagwarantowana kwota 4.181tys.zł. Jest jednocześnie przychód, ale my musimy się z tej kwoty ściśle rozliczyć. Przychody własne w programie restrukturyzacyjnym szacowaliśmy, że będą wynosić 800tys.zł. Niestety od paru lat przychody własne sukcesywnie nam się zmniejszają (rok 2007 – (-)13tys.zł). Wpływ na to m.in. ma zmniejszenie przychodów wynikających z ograniczeń wystawiania skierowań przez lekarzy POZ do specjalistów oraz na badania diagnostyczne. Kolejną pozycję stanowią tzw. przychody finansowe – zmniejszenie o 160tys.zł. To są lokaty bankowe czy odsetki umorzone od dostawców z tytułu naszych zobowiązań. Niestety dostawcy teraz też żądają odsetek. Sporadycznie się zdarza żeby dostawca umorzył nam odsetki.

W przychodach operacyjnych ujęte są nasze uzyskiwane przychody: czynsze, dzierżawy, pracownicy płacą za rozmowy telefoniczne. Związki zawodowe umorzyły odpis na Fundusz Świadczeń Socjalnych za styczeń – kwiecień 2004r. – 149tys.zł.

Przychody niepieniężne – nie wpływa nam żywa gotówka. Umorzenie Funduszu Socjalnego jest przychodem niepieniężnym. On ma wpływ na pogorszony wynik finansowy, ale nie przybywa nam przez to środków finansowych. Innym przykładem jest utworzenie rezerwy na gratyfikacje. W 2002r. zmieniła się ustawa o rachunkowości na podstawie, której mieliśmy obowiązek naliczyć rezerwy na przyszłe zobowiązania wobec pracowników. Liczyliśmy od 2002r. 5 lat wstecz i teraz liczymy sukcesywnie co rok. Każdemu pracownikowi należy się 3 miesięczna odprawa. Jeżeli pracownik ma 15 lat pracy co rok dopisuje mu się 1/20. To są koszty ujęte w wyniku finansowym, ale pieniędzy na to nam nie przybywa. Taka sama zasada obowiązuje w przypadku gratyfikacji, które w naszym zakładzie wypłacane są co 5 lat. To co jest wypłacone w danym roku, zmniejsza nam rezerwy, jest kosztem wynagrodzenia.

Przychody pieniężne – to usługi własne, dzierżawy sprzętu, czynsze, 99% przychodów pochodzi z NFZ z kontraktów.

KOSZTY. Zwiększyła się amortyzacja w stosunku do szacowanych prognoz w programie restrukturyzacyjnym. Amortyzację szacowaliśmy na poziomie 535.146,95zł. Na ten rok odpisy amortyzacyjne stanowią 977.200zł, czyli nastąpił wzrost amortyzacji o 442tys.zł. Z jednej strony świadczy to o tym, że podejmowaliśmy różne działania, odnowiliśmy sprzęt, ale z drugiej strony mamy papierowy pieniądz, który wpływa na wynik finansowy, ale nie jest pokryty ze środków NFZ czy innych dotacji.

Zużycie materiałów i energii: w porównaniu z prognozami w programie restrukturyzacyjnym nastąpiło zmniejszenie o 594tys.zł. W tej pozycji znajdują się wszystkie zakupu, leki sprzęt, materiały biurowe, środki czystości.

Usługi obce planowaliśmy na kwotę 4.989tys.zł. Wzrost jest o 1.671tys.zł w stosunku do prognoz w przyjętym programie restrukturyzacyjnym na 2007r. Zwiększenie dotyczy zakupu posiłków dla chorych, usług medycznych, remontowych, usług serwisowych na tomograf komputerowy i kotłownię oraz przejścia lekarzy na dyżury kontraktowe. W pozycji: procedury medyczne znajdują się wszystkie usługi medyczne zakupowane w innych szpitalach, klinikach. Przewidujemy zmniejszenie o 7tys.zł. Dyżury kontraktowe wzrastają o 300tys.zł. Ten wzrost wynika z wyroku Trybunału Konstytucyjnego. Średnio wyszacowaliśmy, że jest to wzrost o 18% z tytułu wzrostu wypłat na dyżury lekarskie. Usługi transportowe to m.in. zakup usług dla POZ, koszty transportu pacjenta do innego ośrodka zdrowia. Nastąpiło tu zmniejszenie o 66tys.zł. Odbył się nowy przetarg. Ceny są mniejsze niż przewidywane w programie restrukturyzacji. Opłaty pocztowe – zmniejszenie o 1.000zł – nie kupujemy znaczków, tylko ryczałtowo płacimy pocztę. Usługi najmu i dzierżawy – płacimy dzierżawę z zbiornik tlenowy. Poza tym dodatkowo dzierżawimy aparat w laboratorium dzierżawa się skończyła, odbył się nowy przetarg. Z tego tytułu jest zmniejszenie o 38tys.zł. Usługi utrzymania czystości, pranie – wzrost o 182tys.zł. Przetarg na usługi związane z utrzymaniem czystości w szpitalu odbył się w tamtym roku. Umowa wygasła. Niestety ceny rynkowe wzrastają i dlatego ta oferta jest większa. Odbył się nowy przetarg.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – przetarg został rozstrzygnięty w dniu wczorajszym. Oferta jest korzystniejsza, a więc ta strata będzie mniejsza, około 70tys.zł.

Pani Urszula Woźniakowska – Główny Księgowy SP ZOZ w Wieluniu – wywóz nieczystości, utylizacja – (-)33tys.zł. Nowa pozycją są dyżury kontraktowe

indywidualne. W naszym szpitalu lekarze są zatrudnieni w trzech formach: zatrudnienie otwarte, dyżury poprzez firmy i poprzez indywidualne kontraktowanie. 640tys.zł szacujemy na poziomie miesiąca grudnia gdzie bodajże 30 lekarze zdecydowało się na indywidualne kontrakty. Nową pozycją jest też żywnienie – 660tys.zł. W tym przypadku nastąpiło zmniejszenie w pozycjach: zużycie materiałów, wynagrodzenia, ale zwiększają się usługi obce.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – podejmując działania restrukturyzacyjne polegające m.in. na wprowadzeniu cateringu pewne pozycje się zmniejszają (wynagrodzenia, środki czystości), a pewne się zwiększają, jak np. pozycja: usługi obce, ale de facto ponoszone przez nas koszty są mniejsze. Mamy dostępne wszystkie analizy. Przed każdym przetargiem robiona jest szczegółowa analiza finansowa.

Pani Urszula Woźniakowska – Główny Księgowy SP ZOZ w Wieluniu – wzrost wynikający z 30% podwyżki wynagrodzeń wynosi 3.479tys.zł, a zwiększenie doszacowanych jest 3.248tys.zł. Biorąc pod uwagę program restrukturyzacyjny powinniśmy mieć wynagrodzenie na poziomie 12.823.300zł plus 3.479tys.zł. Bez podwyżki mamy oszacowane wynagrodzenia 12.260.596zł. Jest różnica 562tys.zł. Wpływ na to ma przejście części lekarzy na dyżury kontraktowe, odejście pracowników obsługujących kuchnię, a także podjęte działania restrukturyzacyjne.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – jednym z zapisów programu restrukturyzacyjnego było przechodzenie lekarzy na dyżury kontraktowe. Na dyżur kontraktowy może przejść lekarz, który prowadzi działalność gospodarczą. W przypadku umowy kontraktowej my nie musimy płacić ZUS-u zakładu. Oszczędności z tego tytułu są ogromne. Nie odbywa się to nakazowo. Lekarze samodzielnie podejmowali decyzje w tej kwestii.

Pani Urszula Woźniakowska – Główny Księgowy SP ZOZ w Wieluniu – w przypadku ZUS jest taka sama sytuacja. ZUS od podwyżek planujemy na poziomie 702tys.zł, wzrost mamy o 679tys.zł. 80tys.zł planujemy przeznaczyć na odzież ochronną dla pracowników i 20tys.zł na szkolenia pracowników (nie planowaliśmy tego w programie restrukturyzacyjnym).

W pozostałych kosztach operacyjnych ujęta jest przede wszystkim pozycja: ubezpieczenie – ubezpieczenie OC pracowników i ubezpieczenie majątku zakładu. Pozycja ta wzrasta o 10tys.zł. W związku ze zmianą ustawy od 1 stycznia odrębnie

musimy ubezpieczyć jeszcze szpitalny oddział ratunkowy. Gdybyśmy nie mieli ubezpieczenia pracowników, NFZ nie zawarłby z nami umowy.

Dotacje w wysokości 77tys.zł potraktowane były jako dotacje, ale z punktu widzenia rachunkowości one nie są dotacjami, bo są to kwoty przeznaczone na staże, które otrzymujemy z Urzędu Marszałkowskiego. Z uwagi na to, że te koszty są w wynagrodzeniach, w Funduszu Socjalnym, czy w ubezpieczeniach społecznych, zostały przeniesione do przychodów z działalności operacyjnej, czyli statutowej.

Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych – jeżeli nie możemy ściągnąć pieniędzy za wykonane usługi, sprawę oddajemy do sądu. W tym momencie zmienia się klasyfikacja. W takich przypadkach procedura jest następująca: wysyłamy trzy upomnienia, zbieramy całą dokumentację, która kierujemy do sądu. Jest nakaz zapłaty. W ciągu tygodnia należy dokonać wpłaty należności. W innym przypadku sprawa kierowana jest do kierownika, który albo ściągnie należność, albo nie. Z reguły niestety komornik nie ma z czego ściągnąć. Robimy aktualizację na koszty, że możemy je ponieść. Jeżeli koszty są mniejsze odpowiednio je przeksięgowujemy na przychody.

Inne koszty operacyjne – w tej pozycji ujęte jest rozwiązanie rezerwy. Jeżeli rezerwa wypłacana jest na gratyfikacje i odprawy, staje się ona kosztem. Na początku roku szacujemy wysokości odpraw, gratyfikacji dla pracowników.

W kosztach finansowych ujęte są odsetki wobec dostawców, wobec ZUS, jednocześnie podlegającym restrukturyzacji i umorzeniom. Umorzeniu podlega częściowo również ZUS w części zakładu pracy, PFRON, podatek lokalny i opata od środowiska, ale do czasu zakończenia procesu restrukturyzacji mamy obowiązek liczenia tych odsetek. W skali roku te odsetki wyniosą 820tys.zł. Pozostała kwota odsetek to są odsetki od kredytów, pożyczek z budżetu państwa i pożyczek z firm finansujących. W stosunku do prognoz w programie restrukturyzacji jest to większa kwota o 586tys.zł, ale z uwagi na zamianę zobowiązań krótkoterminowych na długoterminowe mamy oszczędności w innych pozycjach. W programie restrukturyzacyjnym nie zakładaliśmy liczenia odsetek od zobowiązań publicznoprawnych, które będą podlegać umorzeniu.

W innych pozycjach są prowizje od udzielonych pożyczek długoterminowych i opłat prolongacyjnych. Mamy zawartą z ZUS umowę na 84 raty. Dotyczy to zobowiązań zaciągniętych w 2005r., ale tylko w części zakładu pracy. Część pracownicza została zapłacona. Od takiej umowy należy zapłacić opłatę prolongacyjną, która wynosi 50%.

Ponieważ nie przewidzieliśmy tego w programie restrukturyzacyjnym jest wzrost o 193tys.zł. Dodatkowo uzyskaliśmy IV transzę pożyczki z budżetu państwa w wysokości 347tys.zł, która była przeznaczona tylko na spłatę zobowiązań w części pracowniczej i w części zakładu pracy dotyczącą wypłaconych podwyżek "203". W programie restrukturyzacyjnym były założone tylko III transze, a w związku z ustawą o zmianie ustawy o pomocy publicznej ta wysokość się zwiększyła i stąd jest wzrost. Są to dodatkowe koszty.

W zyskach nadzwyczajnych znajduje się kwota 1.248tys.zł i będzie ona naszym przychodem. Jest to kwota wynikająca z ugód restrukturyzacyjnych, które zawarliśmy z dostawcami zobowiązań cywilnoprawnych. Dziękuję.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Czy są pytania do przedstawionego materiału? Proszę, radna Mastalerz.

Radna Renata Mastalerz – Czapnik – czy zakład na bieżąco płaci ZUS?

Pani Urszula Woźniakowska – Główny Księgowy SP ZOZ w Wieluniu – tak, płacimy wszystkie zobowiązania publicznoprawne, tj. ZUS, podatek od nieruchomości, ochrona środowiska. Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych jest płacony na bieżąco w części zakładu pracy i w części pracowniczej.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Co składa się na stratę zakładu w wysokości 2.913.929zł?

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – Proszę Państwa! W kwocie 2.913.929zł 977tys.zł stanowi amortyzacja – koszt, który musimy naliczać w związku z ustawą o rachunkowości, a którego nie pokrywa NFZ. W momencie, kiedy wchodziła w życie reforma były kierowane takie wyjaśnienia. Amortyzacja wliczana jest np. w koszt produktu, który dany zakład sprzedaje. Naszym produktem jest usługa medyczna. Amortyzacja zwiększyła się, ale to świadczy o tym, że w zakładzie dzieją się pozytywne rzeczy, że udało nam się zdobyć środki na doinwestowanie, na zakup sprzętu, modernizację pomieszczeń. Kolejnym czynnikiem, który przyczynił się do tego, że nie osiągnęliśmy planowanej starty jest nie zwiększenie kontraktu o około 1.500tys.zł zgodnie z założeniami NFZ. Jak Państwo wiecie my do programu zakładaliśmy wzrost kontraktu o 8% w roku 2006, 8% w roku 2007 i 4% w roku 2008. W 2006r. udało nam się uzyskać zakładany wskaźnik, natomiast w 2007r. niestety nasz kontrakt jest mniej więcej na poziomie roku 2006, praktycznie nie zakłada wzrostu nawet o wskaźnik inflacji, czyli nawet o wstępnie zakładane 2%. Kontrakt nie

wzrósł o planowane 1.500tys.zł. Tworząc plan finansowy należy oprzeć się na wskaźnikach, które muszą wypłynąć od płatnika. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej jest to NFZ. Występowaliśmy z NFZ z zapytaniem, dlaczego ten wskaźnik nie został zachowany. Z wyjaśnienia, jakie otrzymaliśmy wynika, że środki, które miały być przekazane na świadczenia medyczne przeznaczone zostały na podwyżki dla pracowników służby zdrowia. Wiąże się to z porozumieniami zawieranymi w roku 2006. Analizując budżet zauważycie Państwo, że wzrost przychodów jest o wiele większy, bo na same wynagrodzenia została zarezerwowana kwota około 4mln.zł, ale to jest wydzielona pula środków, nie jest przekazywana w ogólnym kontrakcie, z której musimy się dokładnie i szczegółowo rozliczyć.

W momencie przyjmowania programu restrukturyzacyjnego, z chwilą wejścia w życie ustawy o pomocy publicznej interpretacja dotycząca odsetek w przypadku zawierania ugód zarówno z wierzycielami cywilnoprawnymi jak i publicznoprawnymi była taka, że z chwilą podpisania ugody, otrzymania postanowienia o rozpoczęciu procesu restrukturyzacji nie nalicza się odsetek. W związku z powyższym w naszym programie restrukturyzacyjnym nie ujmowaliśmy żadnych odsetek. Taka sytuacja pozostała w przypadku wierzycieli cywilnoprawnych. Rzeczywiście z chwilą podpisania ugody z różnymi wierzycielami, na różnych warunkach odsetek się już nie nalicza. Natomiast niestety w przypadku podmiotów publicznoprawnych, w tym ZUS, nalicza się odsetki nawet od kwoty, która w przypadku zakończenia procesu restrukturyzacji będzie pozycją umorzoną. Jest to druga znaczna kwota, bo około 800tys.zł rocznie.

Trzecim zdarzeniem, które miało wpływ na wynik jest wyrok Trybunału Konstytucyjnego, który ukazał się w ubiegłym roku. W wyroku zinterpretowano sposób rozdzielania słynnej podwyżki "313". Pierwotnie w naszym zakładzie i w wielu innych zakładach całą tę kwotę rozdzielaliśmy na poszczególne składniki wynagrodzenia: pensję zasadniczą, stosowne dodatki wynikające z przepisów, np. dodatek za wysługę lat, dyżury. Trybunał Konstytucyjny orzekł, że w przypadku lekarzy "313" powinno być doliczone do podstawy zasadniczej, nie obejmuje dyżurów. Zastosowanie się do wyroku Trybunału Konstytucyjnego daje nam wzrost kosztów w skali roku około 500tys.zł.

Są to zasadnicze pozycje, które wpłynęły na podaną stratę. Po zsumowaniu tych wszystkich pozycji otrzymalibyśmy jeszcze większą stratę – ponad 3.300tys.zł. Starta na poziomie 2.900tys.zł jest skutkiem prowadzonych działań restrukturyzacyjnych.

Koszty, na które mamy wpływ spadają. Natomiast koszty, na które wpływu nie mamy niestety rosną niezależnie od nas.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Proszę, radny Niepiekło.

Radny Jacek Niepiekło – wiemy, że rok 2006 szpital zamknie wynikiem dodatnim, ale już w roku 2007, jak wynika z analizy przedłożonych dokumentów, strata zakładu będzie większa od zakładanej o około 2.600tys.zł. Co wiadomo na temat straty zakładu? Z materiałów, które posiadamy wynika, że szpital generował 37mln.zł długu. Czy są jakiegokolwiek nadzieje na to, że szpitalowi zostanie umorzona pewna suma pieniędzy, czy podjęto jakieś działania i starania w celu pozyskania pieniędzy żeby zmniejszyć stratę zakładu? Wszyscy wiemy, co się z tym wiąże. Jeżeli strata będzie się zmniejszała mamy realne szanse na to, że szpital będzie się mógł dalej rozwijać.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – starałam się Państwu pokazać w ogromnym skrócie, że wszystkie podejmowane przez nas działania zmierzały w kierunku zmniejszania kosztów. Te koszty faktycznie się zmniejszały, o czym świadczą wszystkie prowadzone analizy. Stratę, o której Pan wspomniał powinien pokryć organ założycielski. Szpital sieradzki, jak zamknął rok 2005 stratą w wysokości 9mln.zł, taki zwrot otrzymał od organu założycielskiego, ale przychody organu wojewódzkiego i powiatowego są niewspółmierne. Przychody wynikają z ustawy o samorządzie powiatowym i wojewódzkim. My tej pomocy nie dostaliśmy, poza rokiem 2000, kiedy był strajk pielęgniarek, i poza rokiem 2001, kiedy były emitowane obligacje na zakup tomografu, na udziały własne i budowę wiaty. Samorzady powiatowe są samorządami biednymi. Pytał Pan, co dalej? Wiem, że oczekujecie Państwo abyśmy wskazali, co dalej zrobić żeby zakład mógł się zbilansować. W kwestiach strategicznych zgodnie z przepisami nie decyduje dyrektor, a rada społeczna, organ założycielski i związki zawodowe w zależności od problemu. Wiem, że Rada Powiatu oczekuje na różne propozycje. W najbliższych dniach prześlemy Państwu propozycje, które będą zmierzały do zbilansowania się szpitala. Z pełną odpowiedzialnością mówię, że gdyby 3 – 4 lata temu podjęto decyzje o prowadzeniu szpitala w innej formie, np. poprzez zlikwidowanie nierentownych komórek, szpital by się bilansował, ale czy łatwo byłoby podnieść rękę za likwidacją strategicznych komórek? Biorąc pod uwagę nasze możliwości,

oczekiwania, prawo i wszelkie opracowane dokumenty stanowiące o właściwym zabezpieczeniu usług przedstawimy trzy propozycje.

Pierwszy wariant będzie dotyczył pracy na organizmie, który w tej chwili funkcjonuje, na bazie zakładu, który jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. W tej koncepcji chcemy zaproponować Państwu zmiany dotyczące specjalistki, pozbycie się obiektu ZUGiL-u, w którym są jeszcze świadczone usługi na jednym piętrze i zainwestowanie środków uzyskanych ze sprzedaży w modernizację pomieszczeń szpitala, przeniesienie pewnych poradni i laboratorium bakteriologicznego do szpitala oraz likwidację poradni nierentownych z uwzględnieniem poradni, które borykają się przede wszystkim z problemami kadrowymi. Dotyczy to poradni endokrynologicznej, onkologicznej, neurochirurgicznej, okulistycznej, laryngologicznej, nefrologicznej (z przekazaniem do firmy, która prowadzi stację dializ), w których lekarze świadczą usługi a nie są naszymi pracownikami na stałej umowie o pracę. Na bieżąco prowadzę rozmowy z lekarzami w tym temacie. Ordynatorzy zostali zobligowani do podjęcia wszelkich działań, przeanalizowania sytuacji i zastanowienia się, co jeszcze da się zrobić żeby zmienić profili leczonych pacjentów w naszym szpitalu, gdzie i w co musimy zainwestować. Czekam na takie informacje. Cały czas prowadzimy rozmowy, bo bez włączenia się kadry lekarskiej, medycznej nic nie da się zrobić. Na działania inwestycyjne, na zaadoptowanie pewnych pomieszczeń po przeniesieniu usług z ZUGiL-u potrzeba około 330tys.zł. Koncepcja ta zakłada również ograniczenia kadrowe w postaci 20 – 25 etatów. Przyjmując wariant I oszczędności będą się kształtować w granicach 900tys.zł. Uzyskana kwota nie pozwoli ciąć stary zapisanej w naszym programie. Przyjmując I wariant szpital ma szansę na wejście do sieci szpitali, a także do sieci ratownictwa medycznego.

W II wariacie będziemy proponować pozostawienie w strukturach SP ZOZ komórek, które w szpitalu powiatowym powinny być, ale przeznaczenie do sprywatyzowania komórek nierentownymi, którymi szczególnie są oddziały zabiegowe, pozostawienie zapisów dotyczących ZUGiL-u, specjalistki i ograniczeń kadrowych z wariantu pierwszego. Może się zdarzyć, że w jednej i drugiej wersji będziemy jeszcze proponować likwidację oddziału chirurgii dziecięcej i utworzenie w jego miejsce oddziału opieki długoterminowej bardzo potrzebnego w szpitalu powiatowym. Rozważamy tę możliwość. Usługi z zakresu chirurgii dziecięcej w planach wojewódzkich i w planach NFZ usytuowane są na szczeblu wojewódzkim. Jeżeli

kiedykolwiek podejmowaliśmy decyzję o likwidacji oddziału, zawsze zgodnie z uzgodnieniem pieniądze z kontraktu pozostawały w strukturach szpitala. Wtedy można mówić o oszczędności. Tak się działo w przypadku laryngologii, dermatologii, czy oddziału zakaźnego. Pieniądze zostały rozdzielone na oddziały, które w swoim zakresie mają również procedury z pogranicza oddziałów likwidowanych. Tak musiałoby się zadziać również w tym przypadku. Nie jest natomiast możliwe podpisanie kontraktu przez SP ZOZ (w przypadku prywatyzacji) i scedowanie go niepublicznemu zakładowi wyłonionemu w drodze przetargu, który świadczyłby usługi na bazie kontraktu podpisanego przez ZOZ. NFZ nie uwzględnia w płatnościach żadnych scedowań na komórkę wyłonioną w taki sposób. Przyjmując takie założenia nasz zakład mógłby się bilansować. Kontrakt przeszedłby na niepubliczny zakład, który prowadziłby taki oddział, nie mniej jednak przychody SP ZOZ byłyby w dzierżawie. Dzierżawa dotyczyłaby pomieszczeń, sprzętu medycznego, bloku operacyjnego. Nasze wliczania sporządzane są na bazie obecnego budżetu, ale mamy nadzieję, że rok 2008 będzie przewidywał wzrost nakładów. NFZ liczy nawet na pewien wzrost nakładów jeszcze w tym roku. W związku z powyższym może udałoby nam się pozyskać dodatkowe środki. Tak działo się w roku ubiegłym, dzięki czemu uzyskaliśmy zapłatę za wszystkie nadwykonania. Z tego też powodu wynik finansowy jest pozytywny. W wariantcie II również zachowujemy prawo wejścia do sieci szpitali i ratownictwa medycznego. Cały czas mówiąc o sieci szpitali bazuję na projekcie, bo jak Państwo wiecie ustawa o sieci szpitali nie jest jeszcze przyjęta. Wariant III przedstawia sposoby przekształcenia zakładu w spółkę. Są trzy możliwości przekształcenia zakładu w spółkę:

1. utworzenie spółki samorządowej z udziałem skarbu państwa, ale zobowiązania wtedy pozostają po stronie organu założycielskiego;
 2. komercjalizacja, czyli prywatyzacja z udziałem pracowników;
 3. przejęcie zakładu przez firmę zewnętrzną, spółkę, które działają na terenie Polski.
- Materiały w powyższej sprawie zostaną szczegółowo opracowane. My już mamy te materiały zebrane, ponieważ pewna część tych ustaleń musi być dopracowana z NFZ. Nam zależy, aby szpital wieluniński był zakładem, który będzie świadczył podstawowe usługi dla naszych mieszkańców.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Czy brana jest pod uwagę prywatyzacja rentgena?

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – podejmowaliśmy decyzje o prywatyzacji usług np. prania, czy sprzątania, które naszym zdaniem były częścią bezpieczną. W porównaniu z innymi placówkami świadomie nie podjęliśmy decyzji o prywatyzacji laboratorium i rentgena. Obawialiśmy się podejmować decyzji o prywatyzacji komórki usługowej diagnostycznej, bo w sytuacji, kiedy zakład pracy ma kłopoty finansowe, w przypadku zatorów płatniczych może się zdarzyć, że komórka sprywatyzowana odmówi wykonania pewnych badań. Takie zdarzenie miało miejsce na początku ubiegłego roku w szpitalu powiatowym w Tomaszowie Mazowieckim, gdzie sprywatyzowano laboratorium. W momencie, kiedy nieczynne jest laboratorium można zamknąć szpital. Nie wyobrażam sobie żeby szpital mógł funkcjonować bez czynnego laboratorium. Z tego też powodu nie proponowaliśmy tych działań w programie restrukturyzacyjnym. Natomiast wprowadzamy pewne dalsze zmiany w tych komórkach organizacyjnych. Odbył się konkurs na kierownika laboratorium. Chcemy też dokonać różnych zmian organizacyjnych, które pozwolą zdobyć dodatkowe środki. Kierownikiem laboratorium z dniem 1 marca będzie Pani mgr Idaczyk. Kolejną taką komórką jest rentgen. Tutaj dodatkowym problemem jest tomograf – część składowa rentgena, który w połowie jest własnością rentgena. Tutaj mogłyby być problemy prawne z pewnymi działaniami.

Pan Aleksander Owczarek – Naczelnik Wydziału Ogólnego Starostwa – myślę, że prawo własności nie będzie aż tak przeszkadzać w tym względzie.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – głównym powodem jest odmowa wykonywania badań przez komórki sprywatyzowane. Program restrukturyzacyjny jest bardzo żywym organizmem. Został stworzony już w 2000r., a cały czas dokonujemy zmian ze względu na zmianę okoliczności, w jakich funkcjonujemy. Niewykluczone, że będziemy do tych tematów również podchodzić.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – byłoby dużo łatwiej gdyby były to usługi oddzielnie kontraktowane. Jeżeli szpital miałby jakiegokolwiek problemy z płatnościami w pewnym momencie oddziały czy poradnie mogłyby mieć problemy z uzyskaniem szeroko pojętej diagnostyki.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – ani laboratorium ani rentgen nie jest komórką kontraktowaną. Jest to jednostka, która jest usługową częścią dla funkcjonujących oddziałów i poradni specjalistycznych. Pieniądze na opłacenie tych jednostek pochodzą z oddziałów. Według cen ustalonych przez Fundusz my odliczamy sobie ile dany oddział wykonuje poszczególnych badań

i w ten sposób są refundowane świadczenia wykonywane w laboratorium czy w rentgenie. Są to odgórne przepisy.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Czy w tym punkcie ktoś chciałby jeszcze zabrać głos? Proszę, radny Niepiekło.

Radny Jacek Niepiekło – czy to nie jest tak, że Ministerstwo Finansów chce doprowadzić do prywatyzacji placówek służby zdrowia, a dopiero potem podjąć działania? Nie mówi się o oddłużeniu szpitali, a takich w Polsce jest 50%.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – Minister wymienił szpitale, które aktualnie się bilansują, ale nie mówi się o tym, że szpitale, które zbilansowały się w roku 2006 często też mają kilkanaście czy kilkadziesiąt milionów długów z lat wcześniejszych. My również rok 2006 zamkniemy zyskiem.

Pan Aleksander Owczarek – Naczelnik Wydziału Ogólnego Starostwa – Minister powiedział również, że w Polsce jest około 30 szpitali w Polsce, które łącznie generują 900mln.zł długów.

Pan Maciej Górski – z-ca Dyrektora SP ZOZ w Wieluniu – bardzo możliwe.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – Minister ocenia, że na dole są nieudolni ludzie i szpitale są źle zarządzane. Osobiście rozmawiałam z Ministrem Religą o restrukturyzacji na spotkaniu, które organizowane było dla powiatów z województwa łódzkiego, na którym referowałam pewne kwestie. Jeżeli wskażecie nam Państwo jedną rzecz, której my nie robiliśmy, to będziemy schylać głowy i powiemy, że jesteśmy nieudolni, tylko merytorycznie dyskutujemy na bazie organizmu, jakim jest publiczny zakład. Minister Zdrowia pomaga 8 czy 11 klinikom, które on bezpośrednio nadzoruje. Niektóre z tych kliniki mają po 300mln.zł długów, a niektóre nawet nie przystąpiły do restrukturyzacji. Na ogólnopolskiej naradzie dyrektorów, na której obecny był Minister Religa, na której szpital powiatowy z województwa wielkopolskiego we Wrześni przedstawiał swoje działania restrukturyzacyjne, powiedziałam, że mój szpital zrobił więcej, ale dług mamy o wiele większy, bo nie dysponujemy takimi środkami jak szpital we Wrześni. Dyskusja się ucięła. Rozmawiałam na ten temat z Ministrem w kuluarach w czasie przerwy. Ostatnio przedstawiciel warszawskiego szpitala mówił o wspaniałych przychodach zakładu, ale już nie podał, że szpital miał podpisany kontrakt z ambasadami i konsulatami na roczny kontrakt w wysokości 3mln.zł.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – Minister Religa będąc kierownikiem kliniki cały czas mówił, że usługi są niedoszacowane, że są za małe kontrakty. Teraz jego punkt widzenia jest zupełnie inny.

Czy zakład był kontrolowany przez jednostki nadrzędne w zakresie gospodarki finansowej i jakie były efekty przeprowadzonych kontroli?

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – Proszę Państwa! Mieliśmy wiele kontroli, chyba 3 kontrole NIK. W międzyczasie od 2000r. były kontrole celowe z realizacji poszczególnych punktów – przetargi na różne zakupy. Była kontrola całości finansów, która trwała prawie 4 miesiące. Były kontrole z Urzędu Kontroli Skarbowej, z Urzędu Skarbowego. W zakresie spraw finansowych kontroluje nas też organ założycielski. Po kontrolach NIK nie mieliśmy żadnych zaleceń pokontrolnych, zapis brzmiał: kontynuować program restrukturyzacyjny. Dokumenty kontrolne są do wglądu. Ostatni wniosek o przeprowadzenie kontroli NIK skierowany był w ubiegłym roku przez komitet referendalny. Przekazaliśmy pełną dokumentację do kontroli. NIK nie podjął kontroli.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję.

Pani Bożena Łaz – Dyrektor SP ZOZ w Wieluniu – w różnych publikatorach medycznych ukazuje się mnóstwo artykułów na temat działań podejmowanych przez szpitale. Ostatnio ukazał się artykuł pt: „10 sposobów na sukces”, w którym wymienia się m.in. środki zewnętrzne pozyskane przez szpital z programu wojewódzkiego – 2.600tys.zł, z Ministerstwa Zdrowia – 10. 324tys.zł, z Urzędu Marszałkowskiego – 9.683tys.zł. W kolejnym opracowaniu pokazany jest wyróżniony przez ministerstwo szpital za przeprowadzenie wspaniałej termomodernizacji. My zrobiliśmy to 4 lata temu. W miesięczniku Newsweek ukazał się artykuł na temat szpitali, które równie mocno jak pieniędzy potrzebują dobrych menadżerów, którzy potrafią zarządzać. Jako przykład podano dwa szpitale, które restrukturyzowały się jednakowo. Jeden szpital zaczął od likwidacji kuchni, szwalni, pralni, sztabu sprzątaczek, urzędniczek i pań przyszywających guziki do fartuchów. Czy my tego nie zrobiliśmy? W administracji było prawie 70 osób, mamy 36. Pracę straciło prawie 1000 osób, a ich obowiązki przejęły firmy zewnętrzne. U nas też tak się dzieje. Dokumenty te są dostępne. Dyskutujmy o meritum sprawy. Wiecie Państwo, dlaczego drugi szpital nie odniósł sukcesu? Bo dyrektor wnioskował o to, żeby zlikwidować nierentowne oddziały, żeby sprzedać zwolnione pomieszczenia, ale wojewódzki organ założycielski nie chciał ani likwidować ani sprzedawać. Dyrektor się zwolnił.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – dziękuję. Czy są jeszcze pytania, uwagi? Nie widzę. Kto jest za pozytywnym zaopiniowaniem informacji w ww. sprawie?

Członkowie Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy 3 głosami za, przy 1 przeciwnym (radna Renata Mastalerz – Czapnik) i 1 wstrzymującym (radny Jacek Niepiekło) przyjęli informację pt. „Analiza kontraktu, planu finansowego na 2007r. oraz przebiegu restrukturyzacji SP ZOZ w Wieluniu (5 radnych głosowało).

Pkt 8

Sprawy bieżące.

Wolne wnioski i zapytania.

Na II posiedzeniu Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku pracy sprawy bieżące nie były omawiane. Nie zgłoszono również żadnych wniosków.

Pkt 9

Zamknięcie II posiedzenia Komisji.

Radna Krystyna Miśkiewicz – Przewodnicząca Komisji – zamykam II posiedzenie Komisji Zdrowia, Bezpieczeństwa i Aktywizacji Rynku Pracy. Dziękuję wszystkim za przybycie.

Protokołowała

Anna Zychła

Przewodnicząca Komisji

Krystyna Miśkiewicz