

BR.P.0012.5.26.2013

## PROTOKÓŁ NR 26/2013

**posiedzenia Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej, które odbyło się 25 stycznia 2013 roku na sali sesyjnej Starostwa Powiatowego w Inowrocławiu przy ul. Mątewskiej 17. Obradom przewodniczył Ireneusz Beśka, przewodniczący Komisji.**

---

Zaproszeni goście:

Radni Powiatu Inowrocławskiego

Dr n. med. Eligiusz Patalas Dyrektor PSZOZ w Inowrocławiu

Józef Ratajczak Naczelnik Wydziału Edukacji, Kultury, Sportu i Zdrowia

Posiedzenie komisji rozpoczęło się o godz. 9.30, a zakończyło się o godz. 10.40.

Obecni według listy obecności, która stanowi załącznik nr 1 do niniejszego protokołu.

Porządek obrad:

1. Otwarcie posiedzenia oraz stwierdzenie quorum.
2. Przyjęcie protokołu ostatniego posiedzenia.
3. Perspektywy działalności PSZOZ w Inowrocławiu w świetle kontraktu podpisanego na 2013 rok.
4. Sprawy bieżące.

Ad. 1

Przewodniczący komisji Ireneusz Beśka dokonał otwarcia posiedzenia. Powitał członków komisji oraz zaproszonych gości, na podstawie listy obecności stwierdził prawomocność obrad.

Przewodniczący przedstawił porządek obrad i zapytał, czy ktoś z członków komisji chciałby wnieść uwagi do proponowanego porządku. Członkowie komisji nie wnieśli żadnych uwag, propozycji i zmian do porządku obrad i przyjęli go jednogłośnie.

Ad. 2

Przewodniczący komisji poinformował, że protokół ostatniego posiedzenia został sporządzony i znajduje się w Biurze Rady. Nikt nie zgłosił żadnych uwag

do jego treści. Zaproponował przyjęcie protokołu przez członków Komisji. Protokół przyjęto jednogłośnie.

### Ad. 3

Głos zabrał dyrektor szpitala Eligiusz Patalas i przedstawił sytuację zakładu na 2013 rok. Szpital podpisał kontrakt na 2013 rok z Narodowym Funduszem Zdrowia, umowa na świadczenie usług jest wyższa o prawie 2 mln zł od umowy z 2012 roku, wzrost jest głównie w zakresie ratownictwa medycznego, hemoterapii i szpitalnego oddziału ratunkowego. Nadlimity wyniosły około 4 mln zł – ok. 4 % całej wartości kontraktu, część z tych środków, po rozmowie z dyrektorem NFZ zostanie zapłacona. Szpital świadczy usługi dla mieszkańców powiatu, to jest około 170 tys mieszkańców i 80 tys mieszkańców z powiatów ościennych. Dyrektor wyjaśnił, ponieważ ciągle w rozmowach przewija się temat restrukturyzacji, że w szpitalu nie prowadzi się restrukturyzacji. Jest program reorganizacyjny w ramach normalnych działań zarządczych. Działania te miały trzy etapy: krótko, średnio i długofalowy, zrealizowano do tej pory dwa etapy. Działanie długofalowe do zrealizowania ze skutkiem do końca 2013 roku przewiduje wygaszenie działalności oddziału rehabilitacyjnego, przynoszącego coraz większe straty. Oddział ten nie jest podstawową działalnością szpitala, a w Inowrocławiu jest bardzo dobra baza rehabilitacyjna również szpitalna, gdyż sanatoria posiadają taką bazę, w związku z tym my nie ograniczamy dostępności do tych świadczeń. Dyrektor dodał, że w planach zamierzamy poszerzyć ofertę świadczeń rehabilitacyjnych dostępnych ambulatoryjnie. Zmniejszy się zatem ilość łóżek w szpitalu bez ograniczenia dostępności do tych świadczeń. Związana jest również z tym redukcja zatrudnienia – 40 etatów przeliczeniowych w 2013 roku, co daje naprawdę 67 etatów. Nie wszyscy zostaną zwolnieni od razu, część pracowników nabędzie prawa emerytalne .

Radna Jolanta Mrówczyńska poruszyła problem rehabilitacji. Powiedziała, że w Inowrocławiu jest rzeczywiście baza rehabilitacyjna, lecz z Narodowego Funduszu Zdrowia brakuje już środków na rehabilitację. Zapytała, czy jest możliwość wykorzystania bazy szpitalnej na rehabilitację.

Dyrektor Eligiusz Patalas odpowiedział, że są pomysły na wykorzystanie bazy szpitalnej po likwidowanym oddziale rehabilitacyjnym. W miejsce oddziału rehabilitacyjnego zostanie przeniesiony oddział ortopedii, natomiast III piętro po oddziale ortopedii zostanie przeznaczone na poszerzenie oddziału kardiologii, na którym obecnie brakuje miejsc, jest pracownia hemodynamiki, pracownia elektrolecznicwa, jest 13 miejsc intensywnego nadzoru kardiologicznego – to w tej chwili już nie starcza, potrzebne są przynajmniej 4 dodatkowe, zamierzamy poszerzyć bazę łózkową. Jeśli chodzi o zabezpieczenie dostępu do świadczeń rehabilitacyjnych to sanatoria, które działają na terenie Inowrocławia mają kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia na rehabilitację ruchową

i ortopedyczną. Jeśli chodzi o szpital, to dyrektor zapewnił, że będzie się starał zwiększyć praktycznie o połowę dostępność do leczenia ambulatoryjnego. Pacjenci, którzy muszą być rehabilitowani po operacjach i zabiegach chirurgicznych będą zabezpieczeni, a zakres wręcz się poszerzy. Dzisiaj pracownia rehabilitacji pracująca w systemie dziennym do godziny 18, po poszerzeniu kontraktu na usługi rehabilitacyjne ambulatoryjne o prawie 1 mln zł będzie pracowała do 21. To pozwoli również stworzyć dodatkowe miejsca pracy dla rehabilitantów.

Radny Andrzej Sieradzki mówił o napięciach panujących wśród załogi w związku z planowanymi zwolnieniami. Poprosił o wyjaśnienie tej kwestii.

Dyrektor PSZOZ poinformował, że 67 osób to osoby zwalniane według klucza potrzeb zakładu. Byli to pracownicy likwidowanej komórki – oddziału rehabilitacyjnego, dla pracowników, których nie można było przenieść jest program osłonowy w postaci odprawy. Dyrektor dodał, że zawsze są duże napięcia jeśli chodzi o zwolnienia, gdyż jest to trudna sytuacja.

Radna Maria Żukowska zapytała o sytuację oddziału paliatywnego.

Dyrektor odpowiedział, że oddział ten również przynosi duże straty – 150 tys. zł chociaż mniejsze niż oddział rehabilitacyjny, który w wymiarze roku przyniósł stratę około 400 tys. zł. Dyrektor dodał, że nie widzi konieczności likwidowania oddziału paliatywnego, mimo jego straty. Po pierwsze uda się nam przywrócić równowagę finansową, po drugie jeśli zostanie zlikwidowany oddział paliatywny, wobec dramatycznego braku łóżek opiekuńczo – leczniczych w naszym powiecie, wtedy inne oddziały w tym wewnętrzne musiałyby przejąć konieczność sprawowania opieki nad tymi pacjentami. Leczenie ich wtedy odbywałoby się z kontraktu internistycznego, co ograniczyłoby dostępność dla pacjentów wymagających takiego leczenia. Oddział paliatywny jest zatem wspomagającym dla oddziałów wewnętrznych i gdy go zlikwidujemy, to oddziały wewnętrzne będą przynosiły większą stratę. W celu poprawy jego wyniku finansowego planuje się zwiększenie liczby łóżek o 14 łóżek opiekuńczo – leczniczych w ramach opieki długoterminowej.

Radny Stefan Janeczek zapytał z czego wynikają te straty, czy z niskiej wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia ?

Pan dyrektor potwierdził, że tak. Ceny za świadczenia i związane z tym przychody oddziałów nie pokrywają kosztów ich funkcjonowania. Dyrektor dodał, że gdybyśmy byli wielospecjalistycznym szpitalem bez dodatkowej działalności, posiadając tylko kontrakt na tzw. SZP., to przy takim profilu jaki mamy, zdaniem dyrektora, nie byłoby możliwe zbilansowanie działalności

szpitala. Jedynym sposobem na zbilansowanie działalności jest dywersyfikacja źródeł przychodów czyli posiadanie innych rodzajów umów, które są dochodowe: ratownictwo, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, nocna i świąteczna opieka.

Radny Edward Kurkowiak zapytał, jak to jest, że leczenie ambulatoryjne rehabilitacyjne jest „dochodowe”, a leczenie „na łóżku” przynosi duże straty? Ile musiałaby wynosić składka na fundusz zdrowia, żeby był on samowystarczalny? Radny dodał, że w tej chwili jest to „studnia bez dna”.

Dyrektor Eligiusz Patalas odpowiedział na pierwsze pytanie. Powiedział, że oddział rehabilitacyjny szpitalny jest oddziałem, który wymaga zabezpieczenia 24- godzinnego z dyżurem lekarskim, personelem i żywieniem całodobowym pacjenta. Natomiast świadczenie udzielane w trybie dziennym to jest świadczenie, w którym zabezpieczamy tylko pierwszą konsultację lekarza i magistra rehabilitacji opiekującego się procesem rehabilitacyjnym, a pacjentem zajmują się technicy rehabilitacji w systemie dziennym. Koszty brutto wytworzenia takiego świadczenia na jednego pacjenta są około 70 % niższe niż świadczenie udzielane w systemie 3-tygodniowym u jednego pacjenta. Aby opłacało się prowadzić taki oddział, musiałby on posiadać 45-60 łóżek. W naszych warunkach stworzenie takiego oddziału jest niemożliwe. Jeśli natomiast chodzi o nieadekwatność środków do potrzeb, to ona zawsze w systemie będzie. Cały problem polega na tym o jakim stopniu dysproporcji mówimy, Polska jest trzecia od końca.

Radny Sławomir Szeliga powiedział, że 1 stycznia weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Odstąpiono od pewnych zapisów, które były w projekcie, między innymi na skutek działań podjętych przez związek powiatów polskich. Według szacunków tego związku ograniczyło to w skali kraju dodatkowe wydatki w wysokości ponad 1 mld zł, jeśli chodzi o szpitale. Jest wprowadzić zapis, że stare zasady mogą obowiązywać do 31 marca 2014 r., ale mówimy o pewnej perspektywie i akcie prawnym, który wszedł w życie. Związki pielęgniarskie nie są usatysfakcjonowane tym aktem prawnym i należy się liczyć z faktem, że będą podejmowane działania w celu jego zmiany. W związku z nowymi standardami zatrudnienia pielęgniarek i położnych radny zapytał, jakie są konsekwencje dla PSZOZ-u w Inowrocławiu?

Dyrektor odpowiedział, że w tej chwili nie wie jakie są konsekwencje, największym niebezpieczeństwem byłoby wprowadzenie tego rozporządzenia w wersji oczekiwanej przez związki zawodowe. To prowadziłoby do wzrostu kosztów i zwiększenia zatrudnienia o około 20 %. Na szczęście w tym kształcie to rozporządzenie nie weszło w życie, rzeczywiście nie jest zbyt zadawalające

dla związków zawodowych. Zasady są podobne, bardziej szczegółowa jest karta oceny przy obliczeniu norm zatrudnienia pielęgniarek. W ocenie oddziałowych, naczelnej pielęgniarki i mojej, można wstępnie ocenić, że nie grozi to wzrostem nakładów na opiekę pielęgniarską w naszym szpitalu.

Radny Mieczysław Szczygieł nawiązał do debaty ministra zdrowia i poprosił o komentarz.

Dyrektor Eligiusz Patalas stwierdził, że cierpliwości starczyło mu na około 2 minuty, nie było w tej debacie żadnych merytorycznych wskazówek co do dalszego funkcjonowania służby zdrowia. Czytelne dla dyrektora były dwa sygnały, ogłoszone jako sukcesy ministra:

Pierwszy sukces – udało się bez większych perturbacji zakończyć kontraktowanie z końcem roku,

Drugi sukces – wszedł elektroniczny system ewidencji ubezpieczonych tzw. e-wuś.

Dyrektor dodał, że w dzienniku „Gazeta Prawna” jest artykuł dotyczący reformy Narodowego Funduszu Zdrowia. W założeniach do tej reformy wymieniono, że będzie opracowywany dokument pod patronatem wojewody o nazwie „Mapa potrzeb zdrowotnych województwa”. Na podstawie tego dokumentu wojewoda w porozumieniu z marszałkiem i dyrektorem Narodowego Funduszu Zdrowia ułoży plan kontraktowania świadczeń. Drugim efektem tej „Mapy” będzie plan inwestycji na terenie województwa. Bez pozytywnej opinii tego gremium, jeśli nie wpiszą się w „mapę potrzeb zdrowotnych województwa”, to nie mają gwarancji uzyskania kontraktu. Mówiąc konkretnie chodzi o to, żeby nie rozdrabniać kontraktu, a wykorzystywać efekt „dźwigni finansowej” – jest to mądre z ekonomicznego punktu widzenia. Były dwa podobne dokumenty w 2001 r. i 2005 r. - „Plan zabezpieczenia świadczeń medycznych dla województwa kujawsko – pomorskiego”. Dyrektor zastanawiał się, gdzie tu jest rewolucja, dokument ten obejmuje dokładną analizę sytuacji jednostki, z wszystkimi wyliczeniami, czyli wszystkie obecne pomysły już były. Wydaje się, że pomysł dotyczący podziału Narodowego Funduszu Zdrowia powinien być zrealizowany chociażby dlatego, iż docelowo fundusze powinny mieć samodzielność w kontraktowaniu, a potrzeby zdrowotne mieszkańców poszczególnych województw są różne. Dyrektor dodał, żeby naprawić system, to nie można wykonać jednego ruchu, trzeba wykonać ich kilka w logicznym ciągu. Nie widzi on żadnych realnych działań, które by tak naprawdę zmieniły ten system.

Radny Jan Biernacki zadał pytanie dotyczące likwidacji izby wytrzeźwień. Jakie skutki finansowo – organizacyjne przyniosła ona szpitalowi powiatowemu.

Dyrektor PSZOZ odpowiedział, że skutki organizacyjne to ponad 2,5 tys pacjentów, którzy trafili do szpitala w 2012 r. Z tego ponad 1,5 tys po zbadaniu zabiera z powrotem policja, około 1 tys. pacjentów jest hospitalizowanych w szpitalnym oddziale ratunkowym. Szpital nie prowadzi oddzielnego rachunku kosztów dla pacjentów upojonych alkoholem, szacunkowo to jest koszt od 700 tys zł do 1.200 tys zł rocznie. Nie ma również możliwości wydzielenia oddzielnego pomieszczenia dla takich pacjentów. Funkcjonowanie szpitalnego oddziału ratunkowego jest określone prawem. Ustawa o państwowym ratownictwie medycznym mówi, w jakim celu tworzy się szpitalny oddział ratunkowy, a rozporządzenie w sprawie SOR mówi jakie obszary w tym oddziale mają funkcjonować. Wśród ośmiu obszarów nie ma obszaru dla pacjentów upojonych alkoholowo. W zależności od stopnia upojenia alkoholowego pacjent jest albo zatruty alkoholem, albo jest nadużycie środka odurzającego i jest obserwowany jak każdy inny pacjent.

Radna Maria Żukowska zadała pytanie dotyczące oddziału rehabilitacyjnego. Chodzi o limity tych świadczeń, czy dla mieszkańców powiatu limit przewidziany przez Narodowy Fundusz Zdrowia może ulec zmniejszeniu, czy nie?

Dyrektor odpowiedział, że w zakresie rehabilitacji robi wszystko, aby kontrakt PSZOZ nie uległ zmniejszeniu i aby doszło do przesunięcia środków z opieki szpitalnej na opiekę rehabilitacyjną. Efekt jest taki, że za te same pieniądze będzie można rehabilitować dwa razy więcej pacjentów.


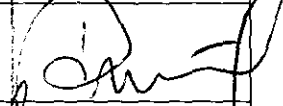


Członkowie komisji oraz zaproszeni goście nie mieli więcej pytań do dyrektora PSZOZ i na tym zakończono posiedzenie komisji.

Protokołowała  
*K. Napierała*  
Karolina Napierała

Przewodniczący Komisji  
Zdrowia i Polityki Społecznej

*Ireneusz Beśka*  
Ireneusz Beśka

**Lista obecności członków  
Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej  
na posiedzeniu w dniu 25 stycznia 2013 r.**

l.p.	Nazwisko i imię	Podpis
1.	Ireneusz Beśka – przewodniczący	
2.	Jan Biernacki – z-ca przewodniczącego	
3.	Mirosława Kucol	
4.	Sławomir Szeliga	
5.	Zyta Szumlańska	mebca

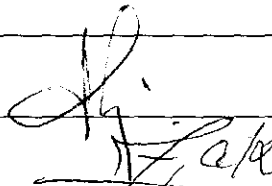
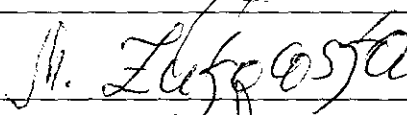
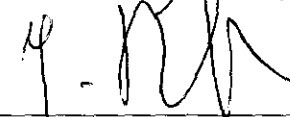
**Zaproszeni goście:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

**Lista obecności  
zaproszonych gości na posiedzenie  
Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej w dniu 25 stycznia 2013 r.**

l.p.	Nazwisko i imię	Podpis
1.	Brylew Andrzej	
2.	Dernoga Ryszard	
3.	Figas Włodzimierz	
4.	Gadacz Edyta	
5.	Gawęda Jerzy	
6.	Gerus Marek	
7.	Jagodziński Ryszard	
8.	Janeczek Stefan	
9.	Kryszak Feliks	
10.	Kurkowiak Edward	Edward Kurkowiak
11.	Ligocki Henryk	Henryk Ligocki
12.	Marciniak Longin	Longin Marciniak
13.	Mrówczyńska Jolanta	Jolanta Mrówczyńska
14.	Nijak Jacek	
15.	Pawłowska Wiesława	Wiesława Pawłowska
16.	Pęczkowska Bogumiła	Bogumiła Pęczkowska
17.	Sieradzki Andrzej	Andrzej Sieradzki
18.	Stanek Iwona	Iwona Stanek
19.	Strachanowski Piotr	
20.	Szczygieł Mieczysław	Mieczysław Szczygieł



21.	Szubarga Marek	
22.	Tadeja Leopold	
23.	Żak Franciszek	
24.	Żukowska Maria	
25.	Ratajczak Józef Naczelnik Wydziału Edukacji, Kultury, Sportu i Zdrowia	
26.	Dr n. med. Eligiusz Patalas Dyrektor PSZOZ w Inowrocławiu	