Zał. nr 3

Publiczny Specjalistyczny
Zakład Opieki Zdrowotnej
w Inowrocławiu
Szpital Powiatowy im. dra L. Błażka
województwo kujawsko-pomorskie
88-100 Inowrocław ul. Poznańska 97
Regon 092358780 NIP 556-22-39-217 **KRS 0000002494**
Naczelny Lekarz Szpitala
tel. 354-53-23; centrala 354-55-00

Inowrocław dnia 03.09.2007r.

Sz. Pani
Agnieszka Szeliga
Przewodnicząca
Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej
Rady Powiatu
w Inowrocławiu

dot. pisma z dnia 21.08.2007r. B.R. 0058-5-9/07

Choroby układu sercowo-naczyniowego stanowią w Polsce 46% przyczyn zgonów. Obecnie ostre zespoły wieńcowe oraz przewlekła choroba niedokrwienna m.sercowego winna być leczona i diagnozowana głównie metodami inwazyjnymi (koronarografia, koronaroplastyka, zakładanie stentów etc. etc.). Ten sposób postępowania powoduje iż znacznie zmniejsza się okołozawałowa śmiertelność, zmniejsza się stopień inwalidztwa tych chorych przez późniejsze lub w ogóle nie wystąpienie niewydolności serca.
Aktualnie pacjenci ci są leczeni i diagnozowani w szpitalach bydgoskich i w niewielkiej liczbie w toruńskich.

W przypadkach ostrych zespołów wieńcowych obowiązuje prosta zasada „im szybciej tym lepiej".
Najlepiej, żeby pacjent w godzinę a nie dłużej niż 3 godziny od wystąpienia bólu znalazł się ośrodku prowadzącym leczenie inwazyjne. Przy tym sposobie postępowania tut. lecznica może rozliczyć tylko procedurę wartą 50 pkt. (500zł.), co na pewno nie wystarcza na konieczne leki, koszty pracy, koszty transportu (ambulans „R" z pełną obsadą), koszty zużytego sprzętu medycznego.
Kierując się dobrem i bezpieczeństwem pacjentów (populacja z powiatami ościennymi to 220-230 tys. ludzi), a także względami ekonomicznymi powstał projekt rozbudowy oddziału kardiologii i utworzenie pracowni kardiologii inwazyjnej, być może z pracownią wszczepiania i kontroli stymulatorów serca.
Ilość łóżek w tym oddziale zwiększyłaby się do 60-62 (obecnie 42).
Obecnie wskaźnik wykorzystania łóżek w oddziale kardiologii to 94-96%,w oddziałach wewnętrznych 93-105%. Stan taki ociera się a czasem przekracza granice bezpieczeństwa chorych pod względem medycznym i epidemiologicznym.

Projekt ustawy o sieci szpitali (załącznik Nr 2) określa wskaźniki, z których wynika, że w oddziale kardiologii jest niedobór 10 łóżek, w oddziałach wewnętrznych 8 łóżek. O taką ilość (18) zwiększyłaby się właśnie ilość łóżek łącznie w oddziałach kardiologicznym i wewnętrznych. Oddział kardiologii obejmowałby całe trzecie piętro.

Następstwem tego, głównie ze względów technicznych, powstała koncepcja reorganizacji oddziału ortopedii i chirurgii urazowej oraz utworzenie oddziału ortopedii i chirurgii urazowej z pododdziałem rehabilitacji z jego usytuowaniem na parterze.

Oddział ten liczyłby 41 łóżek. Oddział ortopedii liczy obecnie 37 łóżek (wskaźnik średniego wykorzystania 52%), oddział rehabilitacyjny 30 łóżek (wskaźnik średniego wykorzystania 90%).

Nie ulega wątpliwości, że leczenie stacjonarne w nowo powstałym oddziale uległoby znacznemu ograniczeniu (9-12 łóżek), natomiast rozwinięta zostałaby rehabilitacja przyłóżkowa w innych oddziałach oraz przede wszystkim rehabilitacja dzienna (VIDE- projekt budowlany i funkcjonalny).

Projekt ustawy o sieci zakłada rozwój przede wszystkim rehabilitacji dziennej i domowej. Nie należy tego mylić z opieką długoterminową.

Oddział rehabilitacji przy obecnym finansowaniu i przy tej formie działania przyniósł w I półroczu 2007 stratę 155.668 zł.

Ustosunkowując się już bezpośrednio do załączonego przez Panią Przewodniczącą pisma lekarzy ortopedów informuję:

Ad.1. Wielkość kontraktu nie zależy od liczby łóżek w oddziale. Zapłata nie jest za hospitalizację a za wykonane procedury. Wystarczy policzyć wykorzystanie łóżek dotychczas.

Ad.2. Oddział ortopedii przyniósł po I półroczu 2007 zysk 213.555 zł. Przy przewidywanych przychodach na tym samym poziomie, a mniejszych kosztach zysk ten będzie większy.

Generalnie straty przez niektóre oddziały wynikają z niedoszacowanych procedur NFZ.

Ad. 3. Projekt spełnia normy Rozporządzenia Ministra Zdrowia w tym aspekcie.

Obecnie w oddziale chirurgii urazowej też nie ma sal, gdzie każda miałaby węzeł sanitarny, czy choćby toaletę.

Ad.4. Stwierdzenie to jest ewidentnym przekłamaniem. Planowanych jest 8-9 toalet dla chorych, w tym 5 kabin prysznicowych i 2 toalety dla niepełnosprawnych, toaleta dla odwiedzających, dla personelu 3 toalety z prysznicami.

Ad.5. Miejsca specjalizacji nie są zależne od liczby łóżek w oddziale a od kwalifikacji personelu i liczby oraz rodzaju wykonywanych procedur.

Ad.6. Wg Działu Zakażeń Szpitalnych projekt remontu i modernizacji pod względem higienicznym i epidemiologicznym nie budzi zastrzeżeń.

Ad.7. Ciągi komunikacyjne dla pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych nie będą się krzyżowały (VIDE– załącznik Plan funkcjonalny).

Ad.8. Każda inwestycja mająca na celu zwiększenie referencyjności szpitala musi nieść za sobą koszty.

Rozwinięcie opłacalnych procedur kardiologii inwazyjnej zwiększy przychody w stopniu gwarantującym zwrot poniesionych nakładów.

Ad.9. Projekt nie zmienia warunków w stosunku do obecnych.

Ad.10. Nie zgadzam się, że nastąpi obniżenie standardów leczenia i opieki nad pacjentem. Postęp zależy przede wszystkim od woli zatrudnionych pracowników, możliwości diagnostycznych i zabiegowych, a te nie ulegną zmianie.

Szanowna Pani Przewodnicząca:

Podawane w piśmie lekarzy ortopedów problemy są bardzo ogólnikowe, dlatego też część moich odpowiedzi jest taka.

O ile koncepcja ta wyjdzie z fazy projektowania przedstawimy szczegółowy koszt zamierzeń. Nie mniej wnioski zespołu ortopedów zostaną rozważone z należytą powagą.
Myślę, że jeśli pozostaną wątpliwości zostaną one wyjaśnione na posiedzeniu Komisji Zdrowia.

Z wyrazami szacunku

z up. DYREKTORA
dr n. med. Andrzej Nowakowski
Naczelny Lekarz Szpitala

Do wiadomości:
- Zarząd Powiatu Inowrocławskiego