

PROTOKÓŁ
z posiedzenia Komisji Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej
w dniu 13 czerwca 2017 roku od godz. 9⁰⁰ do godz. 11⁴⁰ w siedzibie Zagłębiowskiego Centrum
Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej
przy ul. Szpitalnej 13.

Osoby zaproszone:

Zastępca Prezydenta Miasta Iwona Krupa, Naczelnik Wydziału Zdrowia, Polityki Społecznej i Aktywizacji Zawodowej Joanna Mizera, Dyrektor ZCO Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza Zbigniew Grzywnowicz.

Posiedzenie otworzyła Przewodnicząca Komisji Krystyna Stępień, która powitała wszystkich obecnych. Przewodnicząca zaproponowała zmianę porządku obrad polegającą na wprowadzeniu punktu – zatwierdzenie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.

Radna K. Zagajska zwróciła uwagę, że nie zapoznała się w protokołem, ponieważ nie było takiego punktu w dzisiejszym porządku.

Przewodnicząca poddała propozycję pod głosowanie – wynik głosowania: za – 9, przeciw – 0, wstrzymało się – 1.

W związku z powyższym porządek przedstawia się następująco:

1. Zatwierdzenie protokołu z poprzedniego posiedzenia Komisji.
2. Wynik finansowy ZCO Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej – według oddziałów szpitalnych.
3. Opiniowanie projektów uchwał.
4. Sprawy wniesione, wolne wnioski.

Ad. pkt1

Protokół z dnia 23.05.2017r. przyjęto – wynik głosowania: za – 7, przeciw – 0, wstrzymało się – 3.

Ad. pkt2

Głos zabrał Dyrektor Z. Grzywnowicz, który przedstawił szczegółową informację na temat wyniku finansowego według oddziałów szpitalnych w formie prezentacji multimedialnej. Dyrektor poprosił, aby radny nie robił zdjęć, ponieważ materiał stanowi tajemnicę szpitala, są to dokumenty wewnętrzne, można o nich dyskutować, ale prosi, aby one zostały w tym gronie.

Radny G. Jaszczyra wyraził, że nie rozumie intencji Dyrektora.

Dyrektor Z. Grzywnowicz jeszcze raz powtórzył, te informacje, które będą przedstawione na kolejnych slajdach, żeby pozostały w tym gronie. Na wszystkie pytania będzie odpowiadał, ale prosi, żeby pewne rzeczy nie wychodziły poza Szpital. Następnie powrócił do omawiania prezentacji.

Radny Z. Piątek zapytał o pozycję – materiały gospodarcze dary, co to znaczy te dary?

Dyrektor odpowiedział, wszystko to, co jest przekazywane do Szpitala przez podmioty zewnętrzne, np. karetka z Fundacji Ochrony Zdrowia z Huty Katowice i Koksowni.

Wiceprzewodniczący Komisji R. Harańczyk zapytał, jak to rozumieć, że dar jest kosztem, w sensie podatków?, bo to jest przychód, a nie koszt. Dla mnie to jest przychód, a nie koszt.

Dyrektor odpowiedział, że to jest pytanie do księgowej, jest to księgowane zgodnie z zasadami. Strona aktywów i pasywów zawsze musi się zgadzać.

Radna K. Zagajska powiedziała faktycznie jest to dziwne, coś się dostaje i to jest kosztem? Jeżeli dary mają być kosztem, to czasami może lepiej odmówić tych darów. Musimy zobaczyć, jaka będzie pozycja - dary, czy będą duże koszty, czy niewielkie. Na razie tylko widzimy wersję tekstową i nie widzimy jak to wygląda pod względem ekonomicznym, finansowym.

Dyrektor powiedział, że darami są również leki, które użytkowane są do leczenia.

Przewodnicząca Komisji zauważyła, że na poprzednim posiedzeniu radni otrzymali materiały na piśmie.

Radna K. Zagajska stwierdziła, że ona nie ma nic takiego.

Przewodnicząca Komisji powtórzyła, że na poprzedniej Komisji wszyscy otrzymali materiały według oddziałów szpitalnych i tam jest też pozycja dary. Była prośba Przewodniczącej, aby ten punkt był omawiany przy współpracy z Dyrektorem, bo na poprzednim posiedzeniu Dyrektor był nieobecny.

Wracając do wątku leków, Dyrektor wytłumaczył, lek jest spożytkowany w procedurze leczenia, więc jeżeli robiąc analizę jest lek, który kosztuje 10tys.zł dla pacjenta leczonego w oddziale psychiatrii, tego nie można nie wykazać, jako kosztu, bo jeżeli nie będzie darowizny, a taki lek został wprowadzony do receptariusza szpitalnego, on jest w obrocie, więc trzeba później zasymulować ilość tego leku, który trzeba kupić w zamówieniu publicznym, jest to koszt dla Szpitala.

Radny Z. Piątek zapytał, czy jeżeli Szpital otrzymuje darowiznę, czy to jest na piśmie?

Dyrektor odpowiedział, wszystko jest potwierdzone stosownymi umowami.

Radna K. Zagajska zapytała o oddział ginekologiczno-położniczy, po przejęciu przez podmiot prywatny miał być odnowiony.

Dyrektor odpowiedział, że nie zostało to zrobione, nie zostały wykonane żadne istotne inwestycje w oddziale. Poszukiwanie partnerów zewnętrznych jest podyktowane chęcią poprawy, jakości opieki, podniesienia pewnych standardów, dokonywanych inwestycji przez inwestorów i tak się do tej pory działo. Akurat ten partner nie spełnił oczekiwań, wycofuje się ze współpracy z racji niepewności dalszego bycia na rynku. Przypominał, że podobne przesłanki przejęcia zwrotnego Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, wynikały również z faktu, że tam przez siedem lat podmiot zewnętrzny nie dokonał żadnych zmian, między innymi potem była konieczność umieszczenia tych pensjonariuszy w strukturze oddziału psychiatrii, dlatego, że to był jedyny oddział szpitala, który spełniał warunki.

Radny G. Jaszczura zapytał, czy firma Pana Sodowskiego, która przejęła perinatologię bankrutuje?, czy nam zapłaci wszystkie te pieniądze zaległe? Mnie to ciekawi a propos wyroków sądowych i a propos know-how, które z tego, co wiem nie było wprowadzone. Ja na przykład miałem wątpliwości przy tej firmie, jeżeli zbadałem ich kapitał zakładowy itd. Trzeba było rozważniej podejść do tej inwestycji, zdecydowanie tak uważam.

Dyrektor Z. Grzywnowicz, pod względem finansowym nie będzie polemizował, Pan radny ma oczywiście rację, że potencjał, kapitał, dla Pana stanowi pewną zagadkę i wątpliwości. Natomiast ja stwierdzę, że bardzo istotny jest również ten wkład merytoryczny, bo ten cel podstawowy został osiągnięty, pojawił się personel, którego my nie byliśmy w stanie wtedy pozyskać, który ściągnął pacjentki i to jest wartość bezsprzeczna. To, że w tej chwili konsorcjum się boi przyszłości, nie wie czy na tym rynku się utrzyma, bo są daleko idące zmiany oni z automatu do tej sieci nie mają za bardzo szansy wejścia, czyli nie mają gwarancji finansowania, taki jest argument, tu o bankructwie nie ma mowy. Dyrektor zapewnił, że dochowa należytej staranności i wyegzekwuje wszelkie należności dla Szpitala.

Radny G. Jaszczura, pytam się o to, żebyśmy zdążyli ściągnąć nasze pieniądze wygrane sądownie itd.

Dyrektor odpowiedział, tak to wszystko się dzieje, część pieniędzy w ratach w trybie nakazowym już Szpital odzyskał.

Wiceprzewodniczący Komisji R. Harańczyk, Panie Dyrektorze w nawiązaniu do tej prelekcji, którą Pan przedstawił, chciałem zapytać, jeśli chodzi o wynik finansowy na poszczególnych

oddziałach, to istotne są takie elementy, jak liczba pacjentów i liczba hospitalizowanych, czyli osobodni. Wyraził się Pan, że jest pozytywny trend, że spada liczba osobodni, czyli osób hospitalizowanych, ja mam taką konstatację, proszę mnie wyprowadzić ewentualnie z mojego punktu widzenia. Z jednej strony jest to pozytywny trend, bo spadają koszty, natomiast spada efektywność opieki i tym samym leczenia według mojej oceny. Dla przeciętnego mieszkańca zdawać by się mogło, jak spada liczba osobodni, to wpływa to negatywnie na wynik finansowy, bo to powinno, przynajmniej być powiązane z limitem finansowym, który otrzymujemy z NFZ. Domyślam się, że w ślad za osobodniami nie idzie odpowiednie dofinansowanie limitowe – tak z NFZ i stąd raczył Pan się wyrazić, że to jest pozytywny trend.

Dyrektor Z. Grzywnowicz wyjaśnił, to jest pewne niezrozumienie tematu, sygnalizował i podkreślił, że skracanie czasu pobytu nie jest negatywnym objawem, ponieważ nie oszczędza się na jakości opieki. Powiedział i wskazał, że jest to podyktowane wprowadzeniem nowych metod diagnostyczno-leczniczych. Przykładowo, kiedyś pacjent przychodził do operacji pęcherzyka żółciowego, był operowany metodą tzw. klasyczną, było cięcie, pacjent był uruchamiany w łóżku w dziesiątej dobie. Na dzień dzisiejszy pacjent przychodzi, ma robiony zabieg metodą laparoskopową, czyli wideochirurgii i następnego dnia pacjent wychodzi do domu, bo zamiast jednej dużej rany ma dwie po pięć milimetrów i dwie rany po dziesięć milimetrów, pęcherzyk ma usunięty i jeżeli się rzeczywiście czuje dobrze, to idzie do domu, nikt w szpitalu nie chce leżeć, nie ma potrzeby. Zmieniła się sytuacja opieki okołoperacyjnej, stosowana jest profilaktyka okołoperacyjna antybiotykowa, stosowana jest profilaktyka przeciwzakrzepowa, więc generalnie rzecz biorąc jakość opieki jest niewspółmiernie lepsza niż była kiedyś. Skracanie czasu pobytu nie jest absolutnie podyktowane czynnikiem ekonomicznym.

Wiceprzewodniczący Komisji R. Harańczyk ad vocem. Panie Dyrektorze nie chcę deprecjonować tego, co Pan mówił. Zgadzam się, że jakość opieki leczniczej wzrosła, zmieniły się techniki i metody leczenia, ja tego nie neguję. Tylko dla mnie wydawało się, że jeżeli pacjent leży dłużej, to pomijając fakt, z pewnej logiki wynika, że jakość opieki się zwiększa, ale również myślałem, że jest większe dofinansowanie z NFZ.

Przewodnicząca Komisji K. Stępień, trzeci rok prowadzę posiedzenia Komisji związane ze zdrowiem, trzeci rok pochylamy się nad problemem Szpitala i trzeci rok w zasadzie koncentrujemy uwagę na najczęściej, co jest podkreślane wielokrotnie na Komisjach, niezbyt trafnego zarządzania przez Pana Dyrektora Szpitalem, a nie sięgamy do istoty problemu. Szanowni Państwo, jak byśmy się tak pochyłili faktycznie nad problemem Szpitala, to ten problem widzielibyśmy całkowicie od innej strony. Przeanalizowałam wszystkie przepisy prawne związane z projektami ustaw, przeanalizowałam i wielokrotnie siedziałam wiele godzin nad analizą bilansów poszczególnych i musimy sobie wszyscy zdać sprawę, żeby Szpital dobrze funkcjonował, żeby pracownicy byli zadowoleni musi być odpowiedni kontrakt z Narodowego Funduszu Zdrowia i nie ma na to innej recepty. A jak Państwo doskonale wiecie i ja wiem o tym wysokość kontraktu jest niewystarczająca. Mamy przykład choćby radioterapii, do onkologii sami jeździliśmy, próbowaliśmy wydusić z NFZ jakiegokolwiek kontrakt. Ustaliliśmy, że nie ma znaczenia, wspaniale działaliśmy wspólnie, cała Rada Miejska. Okazało się, że od października jest kontrakt i sami widzieliście Państwo, jakie są efekty. Wiąże się to również z roszczeniami pracowników i słusznymi, bo każdy chce zarabiać, jak najwięcej, ale to jest po stronie kosztów i z tego, co wiem jest już planowana w lipcu podwyżka, jest planowana we wrześniu dla ratowników, tylko Państwo nie daje w zamian nic. Dyrektorzy szpitali nie tylko naszego, ale na terenie całego państwa polskiego muszą sobie radzić w tym, co mają. Jak Państwo widziecie wyniki są takie, jakie są na poszczególnych oddziałach, niewiele sobie radzi, bo kontrakty są niewielkie. Jeżeli dalej będziemy dążyć od strony czysto bez zaangażowania i atakowania kogokolwiek, to też widzimy, że zgodnie z ustawą o obowiązku lekarza, każdy lekarz ma udzielić pomocy nie może zostawić człowieka bez pomocy, ale wtedy okazuje się, że trzeba zrobić nadwykonanie, bo jest taki, a nie inny kontrakt, jeżeli trzeba zrobić nadwykonanie wszyscy drżą, żeby było nie większe niż 10%, bo jeżeli jest więcej to Narodowy Fundusz nie zapłaci, pozostaje to problemem samorządów, ale na leczenie samorząd nie może nic dać. Możemy odciążyć szpital jedynie w następujący sposób, zainwestować duże pieniądze, o czym Pan Jaszczura wielokrotnie mówił, zainwestować raz, a solidnie pieniądze, przede wszystkim na inwestycje, żeby podwyższyć jakość, bo wtedy i lekarze przyjdą. Jeżeli chcemy

tak jak Pan Dyrektor mówił utrzymać oddział ginekologiczny itd. na takim poziomie urodzeń, to musimy tam zainwestować, bo nic się na tym oddziale nie zmieniło i trzeba zrobić, żeby pacjentki chętniej przychodziły, a lekarze, którzy byli zakontraktowani, żeby chcieli pracować. Dalej Szpital to są usługi medyczne, nie ma kontraktu na rezonans magnetyczny. Sosnowiec ma dwa kontrakty, Będzin nie ma, Jaworzno nie ma – tego pojąć nie mogę. Od trzech lat Dyrektor wielokrotnie pisze, walczy Pan? – walczę – ale nie mam. Dlatego My, jako gmina mamy dwie możliwości, bo jako radna, jako Przewodnicząca Komisji, chciałabym, żeby pracownicy dobrze zarabiali, ale to są koszty, żeby kontrakty były wysokie, bo wtedy zabezpieczone byłyby te potrzeby, ale kontraktu nie ma, takiego jak przykład oddział chirurgii onkologicznej. Przepraszam za kolokwializm – przeroby są duże, wprowadza się nowe procedury, na przykład na oddziale chirurgii urazowej – endoproteza kolana, ale generalnie nie ma kontraktu, żeby tą moc przerobową przerobić dając społeczeństwu i to nie jest problem proszę Państwa – nie wiem, kto tu przyjdzie, nic nie osiągnie więcej. Nawet, jeżeli wielokrotnie Państwo mówicie, że Dyrektor może niezbyt wylewnie z kimkolwiek rozmawia, taki ma już charakter, ale rządzić musi i na to nie ma rady.

Radny G. Jaszczura zapytał, czy to w temacie jest.

Przewodnicząca Komisji, tak, bo tu jest problem analizy sytuacji Szpitala i analizy poszczególnych oddziałów, to wszystko jest powiązane z zasadami i wysokością kontraktowania i to ma ścisły związek. Możemy jedynie, ponieważ do tej pory nadal nie mamy pełnego kontraktu, możemy, jako radni zdecydować, że zamkniemy onkologię, tylko musimy dokonywać zwrotu środków finansowych już udzielonych. Chciałabym, żebyśmy rozmawiali merytorycznie o problemie Szpitala, o funkcjonowaniu jego na rynku i co w tej kwestii my, jako Rada możemy, przy ścisłej współpracy ze związkami zawodowymi, bo to nie jest tylko problem związków zawodowych, ani nas radnych, to jest nasz wspólny problem.

Radny G. Jaszczura, dziękuję Pani Stępień, za udzielenie głosu w końcu. Chciałem kilka spraw poruszyć. Zacznę od przedstawionej prezentacji przez Pana Dyrektora. Była bardzo szeroka i zawierała tyle informacji, że trudno tak ad hoc do poszczególnych oddziałów się wypowiadać. Dziwię się, że Pan Dyrektor zaczął od tej prośby dziwnej, bo raczej można było wykorzystać tą prezentację bardzo pozytywnie dla Szpitala, ja w części spełnię Pana prośbę i nie robiłem zdjęć. Jednakże jestem uzależniony od wyborców i od ich pytań i dlatego nie mogę obiecać, że nie będę mówił o tym, co usłyszałem, tym bardziej, że jest to ogólnodostępne, jest nagranie, będzie z tego protokół i Komisje Rady Miejskiej, o czym Pani Przewodnicząca powinna Pana poinformować są otwarte, mieszkańcy też mogą przyjść, jeżeli nie jest utajniona, poza danymi personalnymi, czy innymi, to właściwie nie ma takich reguł – to tak nawiasem mówiąc. Na wykresach brakowało mi, przy niektórych oddziałach takiego wykresu sumującego wynagrodzenia z usługami obcymi, ponieważ trudno jest wrokoowo dodać te koszty związane z usługami medycznymi i zaciemnia to trochę obraz, czy rzeczywiście jest oszczędność, czy te koszty rosną. Jeżeli chodzi o koszty na niektórych oddziałach maleją, na niektórych rosną, dlatego wrócę do sprawy sprawozdania z wykonania planów finansowych naszego Szpitala i Pani Prezydent, czy Pani może, ponieważ i Pani, i Pani Skarbnik w trakcie omawiania tego sumującego sprawozdania wszystkich oddziałów nie chciała mówić o wynikach ze względu na to, że te zapisy memoriałowe mogły jeszcze zmienić ten wynik, który mieliśmy do dyspozycji. Tam wtedy była wykazana strata na poziomie 20mln473tys.16zł15gr, jak na dzień dzisiejszy już po zapisie memoriałowym właściwym uległ zmianie ten wynik?

Zastępca Prezydenta I. Krupa odpowiedziała, dzisiaj była Rada Społeczna, na której zaopiniowano bilans wykonany przez biegłego rewidenta, również podjęta została uchwała, z którą radni również się zapoznają na następnym posiedzeniu Komisji. Strata netto jest na poziomie 28mln103tys.19zł31gr, wartość amortyzacji to 21mln568tys.151zł38gr.

Radny G. Jaszczura, amortyzacja bardzo minimalnie wzrosła, a strata znacząco i tak będziemy dyskutować o tym, jak otrzymamy szczegółową opinię biegłego rewidenta, bo wynikiem tego, co Pan Dyrektor przedstawił dzisiaj jest jednak ta strata całkowita Szpitala wynikająca oczywiście z różnorodnych powodów, także z powodów, które Pani Stępień powiedziała przed chwilą. Chciałabym jeszcze jedną sprawę poruszyć tzn. jest strata, już abstrahując, czy ona wynosi 20, czy 30mln, zgodnie

z ustawą o działalności leczniczej, o czym mówiłem w trakcie wystąpienia klubu radnych PiS na sesji absolutoryjnej, powinien być przedstawiony program naprawczy przez Dyrektora Szpitala.

Zastępca Prezydenta wtrąciła, że program naprawczy przedstawia się po zatwierdzeniu sprawozdania, bilansu, Dyrektor ma trzy miesiące.

Radny G. Jaszczura, trzy miesiące od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, a to minęło 31 maja, kiedy minie?

Zastępca Prezydenta odpowiedziała, że jeśli mowa o planie naprawczym, to zgodnie z ustawą o działalności leczniczej art. 59 mówi o pokryciu straty finansowej i efektem pokrycia tej straty przez podmiot tworzący jest zobowiązanie Dyrektora do sporządzenia programu naprawczego i przedstawienia do zatwierdzenia. „Jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto, kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie trzech miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego...” tj. 30 czerwiec, czyli do tego momentu w terminie trzech miesięcy „...sporządza program naprawczy z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53 na okres nie dłuższy niż trzy lata i przedstawia go podmiotowi tworzącemu, czyli Radzie Miejskiej w celu zatwierdzenia”. I zapewnia, że to będzie wszystko wykonane.

Wracając do wątku o nefotografowanie slajdów Dyrektor Z. Grzywnowicz powiedział, żeby radny nie odebrał źle prośby, bo ona wynika z faktu, że są pewne zakresy informacji, oczywiście Pan radny może mówić o tym, jak to wygląda, ale chodzi o dane szczegółowe, o których nie chciałbym, żeby się dowiedziała konkurencja.

Radny G. Jaszczura wtrącił, że w tym sensie, jako przedsiębiorca, to rozumie, tylko to nie jest podmiot prywatny.

Dyrektor Z. Grzywnowicz powiedział, że nie miał na celu niczego dziwnego. Nie chce mówić publicznie o szczegółach, stąd ta prośba. Oczywiście nie może zabronić radnemu mówić, co się dzieje, tym bardziej, że pewne zapisy w protokole się znajdują. Odnośnie usług obcych, celowo te usługi zostały rozbite, bo tutaj zawsze było najwięcej pytań, to oczywiście można zsumować.

Doktor E. Boryka zwróciła uwagę na slajd dotyczący wynagrodzeń, na niektórych oddziałach linia plato wzrasta, na innych maleje, to nie wynika z tego, że pracownicy zarabiają mniej lub więcej, tylko w niektórych oddziałach nastąpił odpływ personelu medycznego, kwota tych wynagrodzeń się zmniejszyła, a w innych oddziałach nie nastąpił przypływ, wielu lekarzy pracuje w nadgodzinach, bo taka jest konieczność i ta linia plato wtedy idzie do góry. Poruszyła też kwestię wypowiedzianą przez Dyrektora, że można robić więcej, no można, bo widać, że procent wykorzystania łóżka w niektórych oddziałach oscyluje między 50 a 70%, na pewno można więcej to łóżko wykorzystać. Odpowiadając radnemu, procent wykorzystania łóżka będzie większy, jeśli skróci się osobodzień, wtedy można przyjmować więcej pacjentów i wcale to nie umniejsza opieki nad pacjentem, wystarczy skrócić ten pobyt diagnostyczny. Też nasuwa się pytanie, można to robić, tylko kim, bo z pustego i Salomon nie naleje. Jest chęć hospitalizowania więcej pacjentów, ale jest za mało personelu i trzeba to przeanalizować, co zrobić, żeby ten wyspecjalizowany personel przyciągnąć, który mógłby pociągnąć procedury i diagnostykę. Poruszyła kwestię kosztów kontraktów, które znacząco wzrosły, na przestrzeni dwóch lat ok. 100%, to pewnie jest dobre, bo niektórych lekarzy trzeba zatrudniać na kontrakty, ale też trzeba to zbilansować. Wszystko to jest do wypracowania, tylko muszą być chęci. Inwestycje muszą też być wykonane. W kwestii kontraktu NFZ choćby zapłacił nie wiadomo ile, płaci za nadwykonania? – płaci, już wiadomo, że będzie zwiększony kontrakt, to jednak trzeba mieć materiał ludzki, żeby to wykonać.

Dyrektor Z. Grzywnowicz zauważył, że każde wykresy to jest graficzna prezentacja liczb, w rzeczywistości to wcale się nie przekłada na aż tak dramatyczne wyniki, jeżeli chodzi o kwestie liczbowe. W kwestii nadwykonań, nie jest powiedziane, że Fundusz płaci za wszystkie nadwykonania, ale kontrakt za rok 2016 był zapłacony w niecałych 100%, nie wszyscy znają niuanse dotyczące podziału kontraktu, w większości oddziałów tak jak neurologia, oddziały zabiegowe tam gdzie można diagnozować pacjenta onkologicznego, kontrakt był podzielony na dwa pakiety. Pakiet normalnych pacjentów nie onkologicznych i pakiet onkologiczny i tutaj następowała pozorna jak gdyby nadpłata NFZ, bo jeżeli nie było w pakiecie onkologicznym pacjentów diagnozowanych to była tylko alokacja

środków z jednego pakietu do drugiego, sumarycznie to zostawało mniej więcej w tych samych kwotach, więc tu jest ta pewna trudność. Kwestia wykorzystania łóżek, o czym wspomniała Pani doktor, też nie do końca tak jest, bo jeżeli są wolne łóżka, bo 73% wykorzystania łóżek, to te łóżka stoją, więc do końca nie ma zasadności, żeby one stały, żeby ta kolejka była tak daleko wygenerowana.

Doktor E. Boryka wtrącała, że lekarze pracują w trybie dyżurowym, gdzie zabezpieczenie łóżek wolnych musi być.

Dyrektor Z. Grzywnowicz kontynuując, być może po tych wszystkich zmianach coś się zmieni na rynku pracy i ten personel się pojawi. Też należy zrozumieć fakt, że zupełnie inaczej wygląda sytuacja przy tworzeniu nowych zakresów i zatrudnianiu personelu, a kwestia zatrudniania personelu na zasadzie, że być może coś się wydarzy. Też należy powiedzieć, że od siedmiu lat wartość punktu jest 52zł. Celowo ten przedział czasowy 2002 – 2007 został pokazany, bo w tym okresie współzarządzał tym Szpitalem, sama kwestia wynagrodzeń płacy minimalnej w roku 2007 to było 936zł na dzień dzisiejszy to jest 2000zł, przyszły rok tj. 2080zł, być może to nie są istotne różnice dla pracownika, bo każdy by chciał jak najwięcej zarabiać, nie do tego się odnosi, ale to jest ponad 100% wzrost uposażenia, gdzie generalnie nie ma na to dofinansowania, to są realne przyczyny tego, że jest coraz gorzej. Usługi zewnętrzne takie jak sprzątanie, pranie i cały szereg innych usług, jeżeli wzrastają płace minimalne, to z automatu trzeba regulować wyższe kontrakty. Jest szereg przyczyn, ale za mało czasu, Dyrektor pokazał pewne trendy, żeby radni mieli szerszy pogląd na to, jakie są uwarunkowania i przyczyny, nie da się w krótkim czasie przekazać wszystkiego.

Wiceprzewodniczący Komisji R. Harańczyk: Wydaje mi się, że w pewnym stopniu symboliczna jest sytuacja na oddziale okulistycznym, tam jest ponad 1mln zł straty, natomiast jest duży potencjał, a środki finansowe wypływają nie tylko ze Szpitala, z naszego kraju, za granicę, bo ludzie robią operacje okulistyczne w Czechach, jest taka symboliczna sytuacja, nie ma kontraktu, gdyby ten kontrakt był, byłyby przychody, dochody i sytuacja byłaby lepsza i tam jest pewien potencjał, jeżeli się coś zmieni na rynku ze strony NFZ, to myślę, że sytuacja w Szpitalu też się pozytywnie zmieni. Panie Dyrektorze, żeby Pan powiedział, jakie są możliwości, że coś się odkręci w okulistyce.

Dyrektor Z. Grzywnowicz powiedział, że jeżeli chodzi o okulistykę, to jest najdalej idącym pesymistą, to nie jest kwestia tylko samego wyposażenia i sprzętu, do tego potrzebna jest kadra. Rynek okulistyczny jest podzielony i nie ma się, co oszukiwać, to są procedury przychodowe, rynek jest ukształtowany po tej stronie prywatnej, generalnie w publicznych zakładach nie ma w tej chwili chęci i woli, żeby okuliści podjęli pracę. Najlepszym przykładem jest też sytuacja laryngologii, tam też jest wiele procedur tzw. jednodniowych przychodowych, to jest pewnego rodzaju brak elastyczności systemu, ponieważ Szpital może mieć zakontraktowany tylko jeden rodzaj świadczeń, czyli hospitalizację, opiekę całodobową i w sytuacjach, gdzie podmioty prywatne wykonują te procedury w trybie hospitalizacji jednodniowej, czy w trybie hospitalizacji planowych. Szpital, jako jednostka nie może sobie zakontraktować część oddziałów w trybie całodobowym, a część oddziałów, jako jednodniówka, bo to by rozwiązało problem. Dyrektor też na dzisiaj nie odpowie, jaki będzie dalszy los, kwestia budżetów też jest enigmatycznie przekazana, być może jest to dobry kierunek, ale jak wiadomo do tego systemu wchodzi wszyscy, więc pula pieniędzy zostanie dokładnie ta sama i nie ma tutaj powodu martwić się, że jakiś tam drobny NZOZ nie wejdzie do systemu, bo jest za mały, żeby przystąpić do konkursu. Ma być zwiększona wartość punktu do 54 zł, tylko w skali Szpitala, to jest wzrost o niecałe 4% kontraktu, co tak do końca nawet nie pokryje kosztów wzrostu płacy minimalnej, a ta płaca minimalna ma wzrosnąć od stycznia następnego roku. Jest szereg zagrożeń, ale też trudno to komentować, ponieważ jest za mało informacji. Jak będzie wyglądała kwestia podziału budżetów, też trudno powiedzieć, Szpital jest zakwalifikowany do drugiego poziomu, więc tak de facto są gwarantowane zapłacenienie za świadczenia w tych zakresach specjalistyki, które Szpital posiada i to jest pewne, ma to być na poziomie roku 2015, tylko to jest już historyczna sprawa, bo to jest już dwa lata do tyłu, więc tu się dużo zmieniło, jeżeli chodzi o kwestie kosztowe, w ocenie Dyrektora nie wystarczy tych pieniędzy. Kwestia pielęgniarstwa nie wiadomo, co będzie w ogóle z regulacjami płac minimalnych w ochronie zdrowia, to są wszystko zagrożenia, przed którymi stoi Szpital. Ma być przejęta opieka nocna i przeniesione koszty do Szpitala, też nie ma wskazanego źródła finansowania, jest zbyt dużo niewiadomych, żeby dzisiaj w sposób jednoznaczny wskazać kierunek.

Jedno jest pewne Szpital musi się postarać, żeby wykorzystać swój potencjał i możliwości. Pozostaje kwestia otwarta, co z diagnostyką, bo pomijając kwestię samej onkologii, wiadomo, że diagnostyka to jest rezonans magnetyczny, to jest cała medycyna nuklearna, to jest PET, scyntygrafia, szereg innych rzeczy, które Szpital ma i wykonuje. Dyrektor podkreśla, że cały czas stara się zmieniać strukturę kosztów, żeby za pewne rzeczy na zewnątrz nie płacić, bo jest to w pewnych sytuacjach bardziej opłacalne w strukturach własnych, ale generalnie jest szereg pacjentów ambulatoryjnych, których też można przyciągnąć, których można w sposób normalny zdiagnozować, ale trzeba jeszcze pamiętać o jeszcze kolejnej rzeczy o tzw. serwisie sprzętu. Przegląd aparatów do radioterapii to jest wydatek roczny rzędu 400tys.zł, rezonans, tomograf to jest kolejne ok. 120tys.zł, dlatego, że takie ktoś wymyślił procedury dla bezpieczeństwa pacjentów, to musi być finansowane nie ma innej opcji.

Radny G. Jaszczyra zapytał, czy przeglądy gwarancyjne i pogwarancyjne na onkologii są zrobione na dzień dzisiejszy wszystkie?

Dyrektor Z. Grzywnowicz odpowiedział, zakończyły się okresy gwarancji, dlatego powiedział o takich kosztach serwisowych, ale wracając do pytania tak wszystkie zostały zrobione.

Przewodnicząca Komisji wspomniała, że są różne propozycje rozwiązania problemu i poprawy sytuacji, między miastami wymieniają się oddziałami poprzez cesję kontraktu. Gmina na usługi medyczne nie może dać pieniędzy.

Wiceprzewodniczący Komisji R. Harańczyk: Jaka jest liczba procentowa lekarzy kontraktowych w stosunku do lekarzy pozostałych i jakie jest wynagrodzenie lekarzy kontraktowych w stosunku do lekarzy zatrudnionych na etat, czy to są duże różnice? I czy zmiana struktury zatrudnienia w większym stopniu, żeby byli lekarze zatrudnieni na stałe, czy ta zmiana pozwoliłaby na zmianę wyniku finansowego, czy to są istotne liczby, czy niekoniecznie, czy w naszym Szpitalu lekarzy kontraktowych procentowo w stosunku do pozostałych jest podobnie jak w innych szpitalach, czy u nas jest powiedzmy dużo lekarzy kontraktowych?

Dyrektor Z. Grzywnowicz powiedział, że nie potrafi udzielić odpowiedzi, bo badań w tym zakresie nie widział, porównujących ilości zatrudnionych lekarzy, czy personelu pomiędzy szpitalami. Co do kwestii różnic, oczywiście one są, tylko odpowiedź też nie jest prosta, żeby udzielić odpowiedzi trzeba policzyć koszty zatrudnienia pracownika etatowego z kosztami pracodawcy, pokazać wszystkie kwoty brutto i dopiero się do tego odnieść. Druga sprawa nie do pominięcia, to jest kwestia taka, że pracownik etatowy ma ograniczoną pulę godzin do wypracowania, pracownik kontraktowy ma tzw. luz czasowy i generalnie można go wykorzystać w większym zakresie, można mu przydzielić nieco inny zakres zadań, więc to nie będzie porównanie jeden do jednego. Pracowników kontraktowych na ogólną liczbę lekarzy nie wie dokładnie ile jest może 10%, 15%. Te dane trzeba by przedstawić inaczej, żeby one były porównywalne, bo jeżeli jest lekarz etatowy, który ma ograniczenia czasowe, należy mu zapewnić 11 godzin w dobie pracowniczej odpoczynku, lekarz kontraktowy może pracować 24 godziny, więc w miejscu lekarza etatowego trzeba do trudnić kolejnego lekarza. Nie da się tak w prosty sposób odpowiedzieć, porównać, żeby policzyć koszty godzinowe zabezpieczenia całodobowej opieki.

Doktor E. Boryka dodała, że stawkę godzinową można porównać. Jeśli chodzi o zakres obowiązków to też jest tutaj nieporozumienie, faktem jest, że godzinowo lekarz kontraktowy może pracować zdecydowanie dłużej, natomiast lekarz zatrudniony na etat może wykonywać swoje obowiązki na terenie całego szpitala w zależności od konieczności. Niestety doskonale wiadomo, że lekarze kontraktowi mając kontrakt na danym oddziale nie ruszą się z tego oddziału.

Dyrektor Z. Grzywnowicz powiedział, że żaden kontrakt nie jest przypisany do miejsca, z racji choćby prostej, w formalnej strukturze istnieją tzw. dyżury łączone, jest obowiązek lekarza kontraktowego, taki sam jak lekarza etatowego, żeby zabezpieczać potrzeby szpitala, nie jest to przypisanie do jednego miejsca. Lekarz etatowy ma zagwarantowany płatny urlop, średnią urlopową, świadczenia w przypadku niezdolności do pracy, zagwarantowany zakładowy fundusz świadczeń socjalnych, jest szereg rzeczy, których nie ma lekarz kontraktowy, nie ma płatnego urlopu, średniej urlopowej, każda forma zatrudnienia ma dobre i złe strony.

Radny Z. Piątek zauważył, że są też takie kontrakty, że pracodawca ponosi wszystkie koszty.

Dyrektor Z. Grzywnowicz odpowiedział, że nie ma takiej opcji, być może są takie umowy tutaj takich nie ma.

Wiceprzewodniczący Komisji R. Harańczyk: Moje poprzednie pytanie nie wynikało z jakiegokolwiek próby deprecjacji tego, chciałem tylko zaspokoić swoją ciekawość. Teraz wiem, że w granicach 10% zatrudnionych to są kontraktowi lekarze. Brutalne realia na rynku medycznym są takie a nie inne, że w każdym szpitalu pracują lekarze etatowi i kontraktowi i tak musi być, nikt tego nie zmieni. Mam taką osobistą konstatację końcową, że mimo wszystko według mojej oceny lekarze etatowi są bardziej emocjonalnie związani ze szpitalem, z pacjentem, ale my nie jesteśmy w stanie zmienić tych proporcji, bo taki jest rynek. Nie oczekuję na to odpowiedzi.

Dyrektor Z. Grzywnowicz powiedział, że empatia do firmy zależy od człowieka nie od formy zatrudnienia.

Przewodnicząca E. Żuchowicz poruszyła temat związany ze zwiększeniem kosztów w działalności usług sprzątanania oraz obecną jakością tej usługi na terenie Szpitala. Podała pod rozagę Dyrektorowi ewentualną kwestię powrotu usług sprzątających do Szpitala. Odnośnie kwestii Perinatologii Śląskiej, są sygnały od pracowników odnośnie braku odprowadzania składek do ZUS przez zarządzających spółką, są też sygnały różnych spraw sądowych idących w kierunku zapłaty wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w perinatologii. W związku z tym, czy ta sytuacja nie wpłynie w momencie przejmowania tej działalności, na ewentualne roszczenia pracowników ze strony Szpitala.

Dyrektor Z. Grzywnowicz zapewnił, że przed przejściem personelu, przed przejściem tego zakresu na pewno dołoży starań, żeby wszelkie sprawy cywilne i publiczno-prawne zostały uregulowane i żeby nie było żadnych wątpliwości. Odnośnie kwestii powrotu do struktur Szpitala usługi sprzątanania, też sygnalizował, że takie analizy są robione, jest to rozważane. Co, do jakości kary umowne są naliczane, jeżeli coś jest nierealizowane zgodnie z zakresem umowy to wykonawca jest obciążany. Jeżeli się okaże, że to jest bardziej opłacalne, to na pewno ta grupa do Szpitala wróci.

Ad.pkt3

1. Projekt uchwały w sprawie zmiany Statutu Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej **Druk nr 80** – przedstawił Dyrektor Z. Grzywnowicz. Szpital zamierza przejąć zwrotnie świadczenia od Konsorcjum Perinatologii, żeby to było możliwe należy dokonać zmian w statucie i ponownie zarejestrować w rejestrze Wojewody te komórki organizacyjne, które były zlikwidowane przekazując cesją świadczenia do firmy zewnętrznej.

Komisja pozytywnie zaopiniowała powyższy projekt uchwały– wynik głosowania: za – 9, przeciw –0, wstrzymało się –0.

Ad.pkt4

Wiceprzewodniczący Komisji R. Harańczyk: W ramach wolnych wniosków pozwolę sobie zapytać, korzystając z okazji obecności członków związków zawodowych i zasłyszanego przed chwilą konkretnego formalnego wniosku o przeanalizowanie możliwości rezygnacji z outsourcingu usług sprzątanania, to chciałbym przy okazji zapytać członków związku, czy mają jakieś pomysły uwagi, co należałoby zrobić, ażeby zwiększyć wynik finansowy Szpitala. Pytam w kontekście naszego dzisiejszego spotkania naszej Komisji, czy Państwo macie konkretne propozycje do przeanalizowania, żeby zwiększyć wynik finansowy?

W imieniu Niezależnego Związku Zawodowego „Solidarność” Pani E. Żuchowicz wyraziła już swoją opinię, jednym z elementów polepszenia sytuacji jest kwestia włączenia usług sprzątanania.

Radny K. Dybich zauważył, że to nie był wniosek na rozwiązanie tylko prośba o analizę.

Przewodnicząca NZZ „Solidarność” powiedziała, że związek zawodowy, jeżeli chodzi o kwestię zarządzania nie uczestniczy w tym procesie zarządzania. Osobiście Przewodnicząca nie zna się i nie będzie zgłaszać uwag, co do kwestii zarządzania Szpitalem.

Wiceprzewodniczący Komisji R. Harańczyk: Rzeczą oczywistą jest, że związki zawodowe realizują innego rodzaju misję i cele, głównie opiekują się zatrudnionym personelem w kontekście warunków płacy i pracy, ja to rozumiem. Wszystkim nam zależy na tym, żeby Szpital prosperował dobrze i stąd było moje pytanie, że Wy pracując od środka może macie również jakieś pomysły. Nie staram się przerzucać obowiązków Dyrekcji na związki zawodowe, ale w związkach pracują ludzie, którzy też mają czasami pomysły.

Przewodnicząca NZZ „Solidarność” uważa, że pytanie powinno być bardziej skierowane do Dyrektora Szpitala, bo co miesiąc na spotkaniach tzw. roboczych przedkładają swoje opinie, co do działalności Szpitala i zapewnia, że tutaj w tych opiniach bardzo znaczącą kwestię mają porady naszych specjalistów, również z zakresu ekonomii i zarządzania.

Przewodnicząca Komisji Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej K. Stępień zamknęła posiedzenie.

Przewodnicząca Komisji
Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej

Krystyna Stępień