

Protokół nr 9/16
z posiedzenia Komisji Zdrowia i Spraw Społecznych
w dniu 4 kwietnia 2016 r.

Porządek obrad:

- 1) Otwarcie posiedzenia i stwierdzenie quorum.
- 2) Przyjęcie porządku obrad.
- 3) Przyjęcie protokołu z poprzedniego posiedzenia komisji.
- 4) Zapoznanie się z kontraktem usług zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na 2016 rok przez Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach.
- 5) Omówienie bieżącej sytuacji w Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach.
- 6) Wolne wnioski i zapytania – zakończenie.

obecni na posiedzeniu:

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 1) Małgorzata Kaczmarek | – przewodnicząca |
| 2) Krystyna Kijek | – członek |
| 3) Eugeniusz Wirkus | – członek |
| 4) Tomasz Pajdak | – członek |
| 5) Leszek Redzimski | – członek |

nieobecny usprawiedliwiony:

Zenon Bieliński – zastępca przewodniczącej

spoza komisji w posiedzeniu udział wzięli:

- | | |
|----------------------|---|
| 1) Leszek Bonna | – Dyrektor Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza
w Chojnicach |
| 2) Maciej Polasik | – zastępca dyrektora ds. medycznych Szpitala Specjalistycznego
im. J. K. Łukowicza w Chojnicach |
| 3) Maria Nieżorawska | – zastępca dyrektora ds. finansowych Szpitala Specjalistycznego
im. J. K. Łukowicza w Chojnicach |

- 4) Ewa Wodzikowska – zastępca dyrektora ds. pielęgniarstwa Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 5) Violetta Kasprzak – Związek Zawodowy Lekarzy przy Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 6) Ewelina Trybała – Związek Zawodowy Lekarzy przy Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 7) Alina Megger – pracownik Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 8) Karina Nowicka – pracownik Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 9) Łukasz Rolbiecki – pracownik Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 10) Łukasz Mirecki – pracownik Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 11) Beata Mokwa – pracownik Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 12) Sylwester Peno – pracownik Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach
- 13) Stanisław Skaja – Starosta Chojnicki

Ad. 1

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek powitała gości, członków i otworzyła kolejne posiedzenie komisji, a następnie na podstawie listy obecności, stanowiącej **załącznik nr 1** do protokołu, stwierdziła quorum.

Ad. 2

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek zaproponowała zmianę porządku obrad, w pierwszej kolejności komisja zrealizuje punkt: zapoznanie się z ***kontraktem usług zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na 2016 rok przez Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach***, a następnie omówi ***bieżącą sytuację w Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza w Chojnicach***.

Za ww. zmianami opowiedzieli się członkowie komisji.

Ad. 3

Nie zrealizowano punktu.

Ad. 4

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek poprosiła pana dyrektora L. Bonnę o przedstawienie kontraktu usług zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia na 2016 rok przez Szpital Specjalistyczny im. J. K. Łukowicza w Chojnicach.

Pan Dyrektor L. Bonna przedstawił kontrakt Szpitala Chojnickiego zawarty z Narodowym Funduszem Zdrowia na 2016 rok (**załącznik nr 2** do protokołu).

Pan Dyrektor poinformował, że szpital i pozostałe podmioty lecznicze są w dość trudnej sytuacji związanej z niepewnością co do przyszłości systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju. To nie jest problem chojnickiego szpitala, a jest to problem wszystkich z uwagi na zapowiedziane zmiany, które w sferze ochrony będą czekać szpital w najbliższych miesiącach. Dlatego ciężko omówić kontrakt na rok bieżący z uwagi na to, że szpital nie podpisał umów z płatnikiem, które kończyłyby się z końcem roku (obecne umowy kończą się w połowie roku 2016). Po zakończeniu pierwszego kwartału nie wiadomo jaka będzie decyzja płatnika. Nie wiadomo czy będą konkursy i kiedy? Nie wiadomo czy będzie aneksowanie tych umów i na jakich zasadach (termin aneksowania i wartości) czyli NFZ. Nie są znane ostateczne wymogi/zasady stawiane świadczeniodawcom, którzy chcieliby realizować usługi medyczne w oparciu o finansowanie publicznego płatnika, jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Szacunkowa wartość kontraktu wyliczoną na podstawie umów, które ma szpital za I półrocze (wartość umów w poszczególnych rodzajach bez podziału na poszczególne zakresy). W leczeniu szpitalnym jest 20 zakresów i w kolejnych rodzajach świadczeń zdrowotnych tych zakresów jest kilka lub kilkanaście albo i więcej. Szczegółowe dane są dostępne dla zainteresowanych osób, były przedstawiane na ostatnim posiedzeniu Rady Społecznej szpitala w piątek.

Największa umowa szpitala obejmuje leczenie szpitalne, która na początku 2015 roku opiewała na kwotę 56 878 000 zł. Na początku tego roku zaproponowano wartość umowy

zwiększoną do kwoty ponad 60 955 000 zł. Na to zwiększenie składają się trzy elementy. Element pierwszy środki przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położonych, element drugi zwiększone finansowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (SOR) w związku ze zmianą algorytmu naliczania ryczału dobowego. W związku z tym też ze zmianą ceny punktu za świadczenia udzielane w SOR. Trzeci element wzrostu pozyskanie dodatkowych środków większych niż do tej pory na funkcjonowanie oddziału chirurgii ogólnej i z tych dodatkowych pieniędzy póki co finansowane jest funkcjonowanie oddziału urologicznego. Kwota 4 mln zł ona praktycznie do skonsumowania przez pracowników czy przez dyrekcję jest w ograniczonym zakresie, ale warto powiedzieć i przypomnieć wszystkim, że z uwagi na skalę finansowania SOR miały miejsce dwie podwyżki dla pracowników udzielających świadczeń w tym oddziale zarówno dla tych na umowach o pracę, jak i tych na umowach cywilnoprawnych, jak i też zwiększyły się stawki dyżurowe dla wszystkich, którzy dyżurują w SOR. Kolejna zmiana i kolejne naliczenie ryczału dobowego ma nastąpić od 1 lipca. W jakim kierunku ono pójdzie, nie wiadomo i na dzisiaj nie wiadomo czy szpital będzie po raz trzeci zwiększyć wynagrodzenie osób zaangażowanych w SOR.

Leczenie szpitalne – chemioterapia umowa jest na minimalnie niższym poziomie, ale specyfika umowy polega na tym, że póki co leczenie onkologiczne po zakończeniu okresu sprawozdawczego finansowane jest przez płatnika w 100% w kolejnych (głównie leki) finansowanie nawet przy wzroście umowy podpisanej. Z tym, że główną kwotę w tej umowie stanowią leki, które szpital zakupuje i podaje osobom chorym na nowotwory. W programach zdrowotnych następuje dość radykalny wzrost wartości świadczeń. Jest to kwestia techniczna wynikająca z innego od stycznia br. sposobu rozliczania niektórych świadczeń, a konkretnie chodzi o okulistykę. Jedno świadczenie zwyrodnienia plamki żółtej do tej pory było rozliczane w ramach hospitalizacji w oddziale okulistycznym teraz zostało to przeniesione do programów zdrowotnych.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna to funkcjonowanie 25 poradni specjalistycznych w szpitalu i jest to wzrost 4,74% (kwota ponad 340 000 zł) jest to kwota zwiększenie wynika z związane z przyznaniem większych limitów na przyjmowanie pacjentów w niektórych poradniach. Nie jest to kwota wynikająca ze wzrostu ceny za punkt.

Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą szpital chojnicki jest jednym z trzech ośrodków w woj. pomorskim, które realizują ten produkt. Finansowanie na zasadzie tzw. stawki kapitałowej czyli szpital otrzymuje miesięczny ryczałt wynikający z tzw. listy zapisanych pacjentów x stawka i w ramach otrzymanych pieniędzy

szpital jest zobowiązany do zapewnienia kompleksowej ambulatoryjnej opieki. Nie tylko dostęp do diabetologa, ale również do kardiologa, neurologa, chirurga, dietetyka, psychologa jak trzeba, okulisty i związaną z leczeniem diagnostykę. Spadek nastąpi, ponieważ płatnik NFZ dokonał weryfikacji listy pacjentów (zmniejszył o te osoby, które nie spełniły wymogu, aby raz na kwartał odwiedzić szpital i potwierdzić swoją przynależność. Część osób, która chce skorzystać z obsługi kompleksowej przez podmiot leczniczy musi się raz na kwartał pojawić. Część z pacjentów z uwagi na absencję została wypisana i to przekłada się na mniejsze finansowanie.

Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne jest to kilka zakresów, które szpital realizuje (kolonoskopia, gastroscopia, TK, rezonans magnetyczny). Nastąpił wzrost, który wynika ze zwiększonej ilości głównie badań tomografem komputerowym, dlatego ta kwota jest większa.

Świadczenia odrębnie kontraktowane to jest jeden produkt czyli hemodializa terapia czyli funkcjonowanie stacji dializ. W stacji nastąpił spadek, umowa z NFZ zmniejszona. Jest ustalona na podstawie ilości rzeczywistego wykonania procedur i ilości pacjentów. W końcówce roku liczba pacjentów zmniejszyła się w związku z tym NFZ planuje mniejsze pieniądze wydać na leczenie pacjentów, którymi zajmuje się w stacji dializ. 4 681 000 zł rocznie jest to kwota, jaką szpital wykonuje na leczenie ok. 70 pacjentów. Na tym przykładzie widać, że jednak system ubezpieczeniowy finansowania ochrony zdrowia w takich przypadkach doskonale się sprawdza i jest uzasadniony.

Kolejna umowa – programy profilaktyczne – w skład której wchodzi dwa zakresy mammografia i cytologia. To jest wartość ustalona na podstawie faktycznego zapotrzebowania pacjentek (faktyczna aktywność pacjentek), które biorą udział w programie. Nie wszystkie osoby przychodzą aby bezpłatnie skorzystać z programu bezpłatnego, ponadto na terenie powiatu chojnickiego pojawia się często mammobus, dlatego ta wartość spada. Jednak do każdego programu profilaktyczne jeżeli pacjentka się kwalifikuje i to badanie zostanie zrealizowane ponad zapisany limit, to NFZ zobowiązuje się zapłacić.

Rehabilitacja lecznicza to głównie rehabilitacja ambulatoryjna i jest w całym województwie taka ogólna zasada nie zwiększenia finansowania rehabilitacji. Wartość początkowa z roku 2015 została przepisana na rok 2016 pomimo dużego zapotrzebowania na tego rodzaju usługi w chojnickim szpitalu i z uwagi na duże nadwykonania, które zaobserwowano podsumowując rok 2015.

W ratownictwie medycznym tabela mówi o finansowaniu w szpitalu czterech zespołów wyjazdowych. Finansowanie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego jest przypisane do

umowy szpitalnej (jej tutaj nie ma). Są to dwie karetki specjalistyczne i dwie karetki podstawowe. Jeżeli chodzi o poziom finansowania jest on nieznaczny wyższy wynikający z nieznacznie wyższego ryczałtu za tzw. dobokaretkę.

Umowa na podstawową opiekę zdrowotną wzrost podyktowany jest dwoma czynnikami. Pierwszy czynnik zależy od wysokości listy aktywnej i czynnik drugi wzrost finansowania. W chojnickim szpitalu lista aktywna rośnie bardzo powoli, zresztą nie jest to podstawowe zadanie szpitala, żeby ją rozwijać. Natomiast ten 33% wzrost finansowania przekłada się na wzrost finansowania podstawowej opieki zdrowotnej o znaczące kwoty w całym kraju. Przez osiem lat nie wzrosło finansowanie leczenia szpitalnego, to jednak powinno dać dużo do myślenia, bo takie działania nie do końca przemyślane rodzą szereg perturbacji i problemów w całym systemie opieki zdrowotnej związanej chociażby z dużą różnicą finansowania wynagrodzeń lekarzy chociażby ale nie tylko.

W kolejnej umowie szpitala na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną tutaj poziom finansowania jest bez zmian. W związku z tym, że już tak się dzieje od dłuższego czasu i w związku z tym, że obserwuje się duży napływ pacjentów z zewnątrz, to nie wiadomo czy w II półroczu szpital będzie chciał realizować tą umowę. Wystosowane zostanie pismo do płatnika, że na takich zasadach jak przedstawiono w tabeli i na takim poziomie finansowania szpital nie jest zainteresowany świadczeniem takich usług od 1 lipca br.. Na terenie kraju są obszary do 100 000 i powyżej tej liczby mieszkańców, obszar który obejmuje nasz szpital przekracza 100 000 zatem powinna być wyższa kwota dofinansowania. Powiat człuchowski zamieszkały przez 60 tysięcy mieszkańców jest zbliżoną kwotą finansowany, a szpital chojnicki obsługujący 50 tysięcy więcej otrzymuje takie same pieniądze, stąd póki co taka deklaracja ze strony szpitala podjęcia rozmów lub innego sposobu rozwiązania problemu. NFZ został uprzedzony o tej sprawie i na pewno NFZ takie pismo skierowano. Po prostu tutaj jest niesprawiedliwe naliczanie. Szpital na pewno podejdzie do tego problemu poprzez przeprowadzenie rozmów.

Plan Szpitala Specjalistycznego im. J. K. Łukowicza w Chojnicach na 2016 rok jest na kwotę 85 656 118,55 zatem jest wzrost o 6,67% (plan początkowy obarczony dużą dozą niepewności, bo nie wiadomo jak będzie finansowane drugie półrocze. Te wzrosty związane są z następującymi rzeczami: wzrost ilości wykonywanych świadczeń, brak wzrostu ceny za dane świadczenia (od wielu lat nie ma wzrostu ceny), dodatkowe środki przeznaczone przez szpital na wynagrodzenia pielęgniarek i położnych, dodatkowe środki przeznaczone na rozwój szpitala – na finansowanie nowego oddziału urologicznego. To wszystko przekłada się na ostateczną wartość kontraktu na ten rok czyli ponad 85 mln zł.

Do powyższej informacji zapytania wniosli:

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek zapytała jaką kwotę szpital otrzymał z NFZ za nadwykonania z 2015 roku?

Pan Dyrektor L. Bonna odpowiedział, że szpital otrzymał zwrot w mniej więcej 60%. Szpital miał zawarte dwanaście umów o różnym charakterze. Wiadomo, że jak nadwykonanie jest na stacji dializ to w 100% jest zapłacone. Jak nadwykonanie jest w rehabilitacji ambulatoryjnej to prawie wcale albo w ułamku procenta. W poradniach specjalistycznych występują porady zabiegowe, gdzie są one traktowane przez płatnika preferencyjnie i NFZ starał się zapłacić w 100%, natomiast w poradach niezabiegowych płatność była w 50%. Narodowy Fundusz Zdrowia podchodził indywidualnie do każdej umowy do leczenia szpitalnego również. Świadczenia na anestezjologii i intensywnej terapii czy tzw. ratujące zdrowie i życie to w 100%, a inne w 50%, niektóre w 30%. Globalnie biorąc pod uwagę wszystkie umowy, wszystkie tzw. nadwykonania i kwotę, którą szpital otrzymał, to otrzymał ponad 60% czyli nie zapłacono 1/3 za nadwykonania.

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek zapytała czy wiadomo jak wygląda sprawa nadwykonań w innych placówkach szpitalnych?

Pan Dyrektor L. Bonna odpowiedział, że obowiązuje jedna zasada wobec wszystkich świadczeniodawców, a procent zależy od struktury danego podmiotu i tego ile jakich pacjentów leczył, czy przekraczał czy nie przekraczał. Było spotkanie z dyrektorem NFZ, która poinformowała świadczeniodawców, że będzie wszystkich traktować jednakowo i one mniej więcej obowiązywały.

Pani Radna K. Kijek zapytała dlaczego w szpitalu nie funkcjonuje oddział chirurgii dziecięcej? Na kilku zebraniach wiejskich, jakie miały miejsce w pierwszy półrocze br. na terenie gminy Chojnice matki pytały dlaczego wożymy dzieci na operacje do Bydgoszczy, Gdańska. W związku z tym zapytała czy istnieje możliwość uruchomienia takiego oddziału bądź wyodrębnienia tak jak w urologii z chirurgii ogólnej?

Pan Dyrektor L. Bonna odpowiedział, że też zadaje sobie pytanie dlaczego w przychodni wiejskiej nie funkcjonuje poradnia ginekologiczna. Takich pytań tego typu można zadawać wiele. Zwrócił uwagę, że oddział urologiczny nie jest pododdziałem, a jest samodzielnie zarejestrowanym oddziałem w rejestrze podmiotów leczniczych (samodzielna struktura zarządzana przez kierownika czyli lekarza kierującego oddziałem i pielęgniarkę koordynującą). Natomiast sposób finansowania polega na tym, że na oddziale urologicznym można realizować szereg procedur, które można rozliczyć w ramach kontraktu z oddziałem chirurgicznym. Tam jest tylko rozliczanie udzielonych procedur w ramach kontraktu chirurgicznego.

Ponadto, żeby powołać do życia jakiś oddział, trzeba byłoby również spełnić szereg warunków, tj. lokalowych, personalnych, sprzętowych, formalnych, sanitarno-epidemiologicznych itd. Przede wszystkim oddział musi być ulokowany w odpowiednich pomieszczeniach w skład których wchodzi: sale chorych, składzik porządkowy, brudownik, łazienka, łazienka pacjentów, gabinet zabiegowy, gabinet pielęgniarski, gabinet lekarza, dyżurka pielęgniarek, gabinet lekarza dyżurnego, sekretariat, magazyn brudnej pościeli, magazyn czystej pościeli czyli widać, że jest potrzebna powierzchnia ok. 1000 m². Z tej powierzchni 1000 m² - 40% jest to powierzchnia przeznaczona na sale chorych, reszta to jest komunikacja i te wymogi sanitarno – epidemiologiczne, o których dyrekcja wspomniała. Takiej wolnej powierzchni w szpitalu po prostu nie ma. W ostatniej wolnej przestrzeni powstał oddział urologiczny. Pod uwagę były brane cztery oddziały (neurochirurgiczny, chirurgii dziecięcej, urologiczny, onkologiczny). Należało podjąć decyzję, do której wypowiedzieli się konsultanci wojewódzcy, których pozytywna opinia była w stosunku do oddziału urologicznego. Pomysł onkologii czy chirurgiczna onkologia został skrytykowany. Konsultant napisał, że wykluczone, żeby w szpitalu chojnickim coś takiego tworzyć. Pozostałe oddziały również nie. Rozmawiał z NFZ, który odpowiedział, że chirurgia dziecięca jest w Wejherowie, Gdańsku, Bydgoszczy i Słupsku. NFZ uznał, że nie ma potrzeby tworzenia chirurgii dziecięcej. Kolejny problem podstawowym elementem, żeby spełnić kryteria NFZ jest dwóch specjalistów w dziedzinie chirurgii dziecięcej i takiego kryterium szpital osobowy nie spełnia. Dwóch kolegów, którzy zajmują się dziećmi w mniejszym lub większym zakresie (Struś, Meyer) oni angażują się w działalność laboratoryjną w poradni chirurgii dziecięcej, więc nie mogliby tam działać, bo muszą być dwa etaty przypisane do oddziału. Brakuje też specjalistów, problem jest złożony. Dlatego powstanie takiego oddziału jest to problem złożony. Największym problemem jest specyfikacja związana z uruchomieniem OIOM-u

dziecięcego (koszt ponad 5 mln zł) – kolejny wymóg dość trudny do spełnienia. Dlatego też szpital podjął decyzję najbardziej racjonalną.

Następnie

Ad. 5

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek zwróciła uwagę, że w ubiegłym roku zorganizowano spotkanie z udziałem przedstawicieli związków zawodowych, podczas którego zgłoszono szereg problemów, dlatego zorganizowała to spotkanie w celu ich rozwiązania. Poprosiła o zgłoszenie ewentualnych problemów w celu wypracowania wspólnego stanowiska.

Pani V. Kasprzak poinformowała, że generalnie martwi personel medyczny brak i coraz częstsze odchodzenie ze szpitala specjalistów, którzy w chojnickim szpitalu się uczyli, wykształcili i niestety uważają, że tutaj nasze warunki są nieadekwatne, odchodzą, ponieważ gdzie indziej dostaną lepsze warunki, pracują mniej za lepszą płacę. Dodatkowo organizacja pracy, bo coraz trudniej ogarnąć wszystko, ponieważ za mało jest pracowników za dużo pracy. Pacjentów tak jak pan dyrektor mówił jest coraz więcej z sąsiednich powiatów. Nasi pracownicy generalnie coraz młodsza kadra, która dopiero się uczy i jest coraz więcej problemów związanych z pracą szpitala. Jeden przykład w dziale radiologii został tylko jeden specjalista, pan kierownik jeżeli się rozchoruje, to będzie problem i sami młodzi lekarze zostaną. trzeba coś zrobić. Lekarze tylko zwracają na to uwagę, trzeba zacząć coś robić, żeby zabezpieczyć pacjentów. Generalnie w całym kraju jest brak lekarzy. Związki Zawodowe podejmują prace, rozmawiają z politykami, ale niestety jak na razie nic się w tym kierunku nie dzieje. Chcieliby zwrócić uwagę lokalnym politykom, żeby też wiedzieli o tym, że ochrona zdrowia niestety funkcjonuje tylko dzięki dobrej woli pielęgniarek i lekarzy. Związkowcy nazwali to „wyzyskiem ekonomiczny pracowników” i niestety będzie tak jak kiedyś, że jak się nie rozwiąże tego wcześniej, to znowu dojdzie do strajku.

Pani E. Trybała poinformowała, że pracuje generalnie na oddziale neurologicznym, który ma specyficznych pacjentów, bo to są głównie pacjenci leżący, cięższy i tak jak widzi już pomijając tą pracę lekarską, pani doktor Violetta powiedziała, że personelu jest za mało, mało jest specjalistów. Chciałaby zwrócić uwagę na sytuację pielęgniarek, które generalnie

uważa, że mają ciężką pracę. Często jest tak, że jest ich za mało na dyżurze, są przepracowane. W związku z tym ta współpraca z lekarzami też jest utrudniona. Widzi, że takie jest wypalenie zawodowe spowodowane właśnie nieadekwatnymi zarobkami do wykonywanej pracy, zwiększoną ilością tej pracy i pacjentów. Przede wszystkim dobrze byłoby, gdyby na dyżurach było ich więcej, to byłoby troszkę lepiej. To taka tendencja ogólna szpitala. Tak samo rehabilitanci jest ich za mało na oddział. Ci pacjenci nie mają tej rehabilitacji w takim stopniu, jak powinni mieć.

Pani K. Nowicka stwierdziła, że na oddziale wewnętrznym jest dwóch specjalistów plus ordynator, który zarządza tylko właściwie oddziałem chorób wewnętrznych. Natomiast jest rezydentów w zasadzie czterech i to jest jakby fakt. Jeżeli chodzi o panie pielęgniarki, to oddział chorób wewnętrznych też jest oddziałem specyficznym, gdzie jest dużo chorych leżących. Ostatnio było 17 chorych leżących, a pielęgniarki są dwie. Zanim one wykonają wszystkim toalety nie ma czasu na takie czynności w stosunku do: odbieranie badań, wykonanie EKG, a jak będzie przyjęcie nowego pacjenta na oddział, to one nie są w stanie tego zrobić. Głównie w weekendy i to się bardzo mocno odbija głównie w stosunkach naszych w pracy.

Pan S. Peno wskazał, że prawdą jest, że starsi lekarze odchodzą czy do innych szpitali, bo tam proponują inne zarobki w pracy i jest im troszkę łatwiej. Natomiast sam jest na początku młodym lekarzom do szkolenia, bo nie ma się od kogo nauczyć. To nie jest tak, że w książce przeczyta, zobaczymy gdzieś You Tube, tylko po prostu musi być prowadzony za rękę, pokazywać a ich po prostu nie ma albo nie mają czasu zwyczajnie. Inaczej się nie da wyszkolić młodego lekarza i pokazać mu, bo on sam się tego nie nauczy, a jak zacznie sam coś robić, to może to się źle skończyć dla wszystkich. Jestem z ginekologii położnictwa, położne są po prostu wypalone. One rocznikowo są w zaawansowanym wieku, są przemęczone. Już tak w nocy ciężko, bo to nie jest taka praca, że nie ma tam wytchnienia, bo całą noc są przy pacjentkach. Ta kadra młoda musi przyjść. Młode położne, które po prostu się uczą.

Pani E. Trybała podkreśliła, że już kiedyś poruszała sprawy konkursów ordynatorskich. Niestety na niektórych oddziałach szefowie „blokują” oddziały, zwłaszcza młodych lekarzy, którzy kończą specjalizację i zniechęcają też do pozostania na oddziale swoim zachowaniem, podejściem. Gdyby były jakieś konkursy, może by jakiś bat mieli przysłowiowo mówiąc nad

głową, że jest szansa, że ktoś ich zmieni, że coś innego wprowadzi na oddziały, to może funkcjonowanie też byłoby jakieś inne.

Pani V. Kasprzak przedstawiła kolejną sprawę dotyczącą poradni. Pan dyrektor mówił o poradniach zabiegowych, ortopedycznych, gdzie tych pacjentów jest multum. Lekarze prosili, żeby zwrócić uwagę, że to się nie da wykonać dobrej pracy jeżeli przyjmuje się 90 pacjentów, żeby chociaż ograniczyć jakoś przyjmowanie 10 minut na jednego pacjenta nowego a 5 minut na pacjenta, który jest do kontroli np., no bo nie ma szans wykonać dobrej pracy w takim natężeniu.

Pani A. Megger wskazała na ciągły brak miejsc na oddziałach.

Pani E. Trybała zapytała czy Szpitalny Oddział Ratunkowy będzie rozbudowany?

Pani V. Kasprzak odpowiedziała, że na Radzie Społecznej pan dyrektor mówił, że będzie rozbudowany.

Pani K. Nowicka podkreśliła, że praca na SOR wymaga nadludzkiej siły. W momencie, w którym na sali obserwacyjnej przybywa 10 chorych, a zdarza się tak wielokrotnie (nie jest to przypadek raz w miesiącu jest to przypadek co drugi dzień). Nie jest w stanie odpowiadać swoją osobą jedną pieczętką za to, że coś komuś się zaraz nie stanie, bo po prostu nie jest w stanie fizycznie wszystkich zbadać, zlecić im odpowiednich badań i przy tym prowadząc bardzo rzetelną dokładną dokumentację medyczną, która w razie postępowania jakiegoś prokuratorskiego będzie w stanie ochronić lekarzy. Jeden lekarz na sali obserwacyjnej, to jest zdecydowanie za mało.

Pani E. Trybała wskazała, że dyżuruje na oddziale neurologicznym, jest jedynym dyżurnym na oddziale, to jest tak dużo skierowań, ale po prostu większość czasu spędza na izbie, a na oddziale fizycznie jej nie ma. Od godziny 24 w zasadzie kończę tam jakieś przyjęcia i swoje, że tak powiem skierowania które mam z izby i w międzyczasie gdzieś tam zaglądam na oddział. Więc to nie jest tak, że ci lekarze, którzy są na oddziałach oni tam siedzą i nic nie robią. Zazwyczaj czas spędzają w izbie, a oprócz tego te dyżury na sali obserwacyjnej ma 10-15 pacjentów. Tak to niestety wygląda.

Pan L. Mirecki podkreślił, że odbywa się to tak, że lekarz z sali obserwacyjnej proceduje swoich pacjentów na lekarzy oddziałowych (lekarz oddziałowy ma 50 ponad łóżek w tym połowa jest w stanie ciężkim). Natomiast dyżurny ma skierowanie od lekarza i sobie nie radzi, nie może sobie poradzić mając też tyle na głowie, bo to też są sprawy pilne. Nie jest w stanie ocenić tego co wymaga w tej chwili pilniejszej uwagi.

Pani K. Nowicka wspomniała dodatkowy dyżur kiedy na oddziale wewnętrznym miała 12 skierowań na oddział, skierowań ludzi, którzy przyszli z miasta. Do tego na samym oddziale właściwie 7 osób w stanie ciężkim czyli fizycznie tak jakby załatwienie jednego pacjenta zajmuje dużo czasu, to nie jest kwestia przyjdzie i się zapyta jak się człowiek nazywa i jak się czuje. Trzeba człowieka zbadać, porozmawiać, skierować na jakieś badania laboratoryjne bądź dodatkowe. To nie jest nigdy 20 czy 30 minut.

Pan Radny L. Redzimski stwierdził, że dużo go tutaj zaskoczyło, ale to źle. Już na sesji rady powiatu rok temu sygnalizował, że odchodzą ze szpitala dobrzy specjaliści, a przewodniczący Społecznej Rady Szpitala prosił, abym podać mu nazwiska , jednak wtedy nie był jeszcze w Komisji Zdrowia i Spraw Społecznych. Natomiast takie nazwiska w listopadzie ze strony lekarzy padły. Osobiście zna dwóch dobrych lekarzy, którzy odeszli. Sygnalizował ten problem na radzie powiatu i jakaś taka odpowiedź wymijająca była, a teraz uważa, że to jest duży problem patrząc jeszcze na to, że w tym momencie angażuje się do szpitala osoby, które potem stają się bohaterami mediów lokalnych, bo ktoś tam stracił uprawnienia do wykonywania zawodu czy jakieś tam inne sprawy czyli ta wymiana jakościowa idzie w dół, jakość szpitala nie jest tutaj jakbyśmy sobie wszyscy życzyli. Druga sprawa sygnalizował również na radzie powiatu, bo akurat znał przypadki kilku kolegów, którzy wylądowali w poradni ortopedycznej, mieli numer sto któryś tam więc wyliczył, że na jednego pacjenta wychodzi trzy minuty. Pani dyrektor mówiła, że 5 minut na tego, który jest kolejny raz to tam nie było szansy aby się do tego zbliżyć, chyba że lekarz przyjmujący bo zdarzało się z tego co kolega mówi o 14⁰⁰ miało się kończyć, a wylądował tam o 15⁰⁰ u lekarza ale był obsłużony, żał mu było patrzeć na tego lekarza, który ma już oczy przekrwione, zmęczony fizycznie i psychicznie. Ryzyko błędów jakby jest większe. Tutaj te postulaty, o których lekarze mówili o pielęgniarkach, ma znajomych i wie, że to nie są rzeczy wysane jakieś z palca tylko takie zjawiska następują i od tego tu jest komisja, żeby poszukać rozwiązań, zmienić aby ta jakość obsługi w szpitalu, też pracy w szpitalu bo też był artykuł nie pamięta nazwiska tego doktora, który też odszedł, mówił że odchodzi nie ze względu na

pracę, ale odchodzi ze względu na pewne relacje jakie w szpitalu są. Tutaj jakiś program naprawczy musiałby być stworzony i pewne zmiany wprowadzone, które sprawiłyby, że komisja nie usłyszałaby za rok o tych samych sytuacjach.

Pani K. Nowicka wypowiedziała się odnośnie jakości wymiany pracowników, że jak na oddziale wewnętrznym odszedł świetny specjalista, oczywiście nie mógł go nikt zastąpić. Natomiast na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym jest taka wieczna wymiana lekarzy, a tak się zdarza, że np. na oddziale wewnętrznym jest 15 konsultacji.

Pan Radny E. Wirkus zapytał skąd wzięła się promocja w szpitalu na wykonywanie rezonansu czy tomografu czy to się bierze z wiedzy prowadzącego oddziału czy po prostu z konkurencji lub słabego sprzętu? Z tego co słyszał, to najprawdopodobniej słabej jakości jest ten sprzęt, jest w takim stanie, że lekarze przykładowo w Poznaniu skarżą się, że wyniki z Chojnic do niczego się nie nadają. Zapytał sąd się bierze ta promocja?

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek poprosiła dyrektora szpitala o ustosunkowanie się do wypowiedzi przedmówców. Następnie zaproponuje jakieś rozwiązania, które mogłyby usprawnić pracę pracowników i jednocześnie podnieść jakość wykonywania usług w szpitalu.

Pan Dyrektor L. Bonna podkreślił, że cieszy się, że nadchodzi dobra zmiana i czeka wręcz z niecierpliwością kiedy dobra zmiana przełoży się na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w naszym kraju, bo część wymienionych przez zebranych bolączek, to nie kwestia chojnickiego szpitala, to nie kwestia radzącej sobie dyrekcji szpitala tylko kwestie uwarunkowań systemowych, na które na poziomie powiatu dyrekcja czy starosta nie ma najmniejszego wpływu. To są rzeczy, które ciążą na barkach ustawodawcy czyli Parlamentu i Senatu oraz sprawujących władzę bezpośrednio a w przypadku służby zdrowia Minister Zdrowia, który ma wpływ na płatnika, który jest Narodowy Fundusz Zdrowia i system płatności. Natomiast obawia się, że ten rząd tak jak poprzedni nie ma pomysłu, po prostu nie wie jak naprawić ochronę zdrowia w Polsce. Tak jak Platforma nie wiedziała i osiem lat nic nie zrobiła, tak jak SLD przedtem nic nie zrobiło, tak jak PiS z Samoobroną nic dobrego nie zrobiło, bo gdyby na tą dobrą zmianę były pomysły, to one byłyby już zrealizowane. Po prostu nie ma takich pomysłów, dlatego nie jest zrealizowane. Nie ma takiego pomysłu przede wszystkim dlatego, że należałoby radykalnie zmienić finansowanie ochrony zdrowia czyli jak wszystko rozbija się o brak pieniędzy. Należałoby

podjąć kolejną trudną decyzję. Trudną do wyjaśnienia wszystkim obywatelom, pracownikom tej sfery, że należy zwiększyć obciążenie czyli zwiększyć kolejny podatek pt. „Zwiększenie składek zdrowotnych” i bez takiego pomysłu bez innego źródła zasilenia systemu albo bez lokalnej jego reorganizacji nie da się tej dobrej zmiany wprowadzić, chyba, że powie się wszystkim mieszkańcom naszego kraju, że za zbieraną w chwilą obecnej składkę należy się to i to.

Pytań było wiele i dotyczyło wielu wątków, na które postara się ustosunkować, pokazać to co szpital zrobił, jak również to czego nie udało się zrobić, co zamierza zrobić a co nie zależy od szpitala. Podkreślił, że warto popatrzeć na te problemy, z którymi poniekąd się zgadzam, przez pryzmat naszego szpitala. Szpital chojnicki to jest bardzo wielka organizacja, która oddziałuje w promieniu kilkudziesięciu kilometrów na mieszkańców otaczających Chojnice. To jest promień 100 km, bo z takiego promienia do szpitala chojnickiego pacjenci trafiają. Ci pacjenci trafiają też tutaj z tego względu, że w niektórych specjalnościach nasz szpital jest dobry. Ma świetnego okulistę i ordynatora oddziału okulistyki. Może poszczycić się tym, że tysiąc operacji zaćm wykonuje, że ludzie z Gdańska zamiast na Zaspę wolą do Chojnic przyjechać. Ponadto szpital może poszczycić się bardzo dobrym oddziałem chirurgii (skuteczna jest chirurgia ortopedyczna). Dlaczego ci pacjenci wolą do Chojnic przyjechać? Podobnie jest z laryngologią, kardiologią, gdzie do nas z Gdańska pacjenci przyjeżdżają.

Z jednej strony zarzuca się dyrektorowi, że organizuję pracę w ten sposób, że w poradni ortopedycznej uruchomiono popołudniówki. Dla lekarza tam przyjmującego do pomocy dano pielęgniarki. Jest zwiększona obsada w poradni, jest większa liczba lekarzy i pracuje w godzinach popołudniowych. Jest dwóch lekarzy (do sprawdzenia) na dwa gabinety ortopedii przyjmują i są dodatkowe pielęgniarki, dodatkowi lekarze i są limity, więc trzeba być konsekwentnym. Można przyjmować do limitu narzuconego przez Narodowy Fundusz Zdrowia, ale wtedy będą głosy takie jak pana radnego: dwa miesiące do ortopedy nie można się dostać. W tej sytuacji pytanie: czy otwiera się szpital dla pacjentów ortopedycznych, którzy w ciągu miesiąca powinni być załatwieni czy do limitu? Pan dyrektor przypomniał, że limit to nie szpital, to nie dyrektor szpitala, a płatnik, który składkami zarządza i określa dyrekcji, żeby przyjąć 100 pacjentów, a szpital przyjmuje 150.

Pan Dyrektor podkreślił, że chętnie posłucha wytycznych komisji jako ciała doradczego (właściwie rada społeczna jest ciałem doradczym dla zarządzania). Jak są pomysły ograniczmy liczby pacjentów poradni ortopedycznej do 100 i tak się robi, ale wtedy należy zwolnić dyrektora od tłumaczenia mieszkańcom powiatu, że trzeba trzy

miesiące czekać na skorzystanie z poradni ortopedycznej. Ponadto szpital to jest odpowiednie przedsiębiorstwo, zarządzanie, które rodzi szereg problemów, bo jest bardzo wielki, bo funkcjonuje 17 oddziałów, 25 poradni, 13 pracowni, 7 pozostałych jednostek (to są wszystko komórki medyczne). Liczba łóżek przekroczyła 417. Było ich dużo mniej na początku (340) i przez te 12 lat jak jest dyrektorem doszło do zwiększenia tej liczby łóżek o kilkadziesiąt i co się okazuje, że jeszcze za mało. Ten budynek domu pomocy społecznej wyposażony w sto łóżek został wygospodarowany przez oddział pulmonologii i oddział internistyczny. Zdaje sobie z tego sprawę i o tym wie, ale to już leży poza kompetencjami i możliwościami dyrektora szpitala. To nie jest budynek szpitalny. Szpital każdy kąt, który miał do zagospodarowania, w celu udzielania świadczeń zdrowotnych zagospodarował. Zagospodarował pralnię na kardiologię inwazyjną, do tego dobudowano nowoczesny oddział kardiologiczny. Do tego uruchomiono w tej pralni najnowocześniejszy w województwie najlepiej wyposażony INK. Oprócz tego na trzecim piętrze z własnych środków wybudowano i uruchomiono urologię. Także to są rzecz, które się dzieją i to na ile dyrekcja ma wpływ w miarę na posiadanie środków to realizuje. Niestety epidemiologia wyprzedza działanie szpitala. Epidemiologia nie jest zależna od pomysłów i widzi mi się dyrektora i pomysłów na zarządzanie. Więc tutaj niestety ale system opieki zdrowotnej nie nadąży za epidemiologią, za zwiększającą się ilością zachorowań na choroby nowotworowe, za starzejącym się społeczeństwem, jak również za tym, że polikwidowano kiedyś oddziały internistyczne, a teraz jest ich za mało to tak jak immunologia i neurologia. Na pewno każdy pamięta jak masowo zlikwidowano pediatrię, a powinno się tworzyć, że choroby układu krążenia są przypadłością coraz częstszą, jak też miażdżycy i cukrzyca, która staje się chorobą cywilizacyjną. Wskazał, że chciałby pokazać, że szpital ma do dyspozycji powierzchnię 2,5 ha i jest to olbrzymi obiekt, który służy pacjentom, ale trzeba go utrzymać, posprzątać, ogrzać.

Nie padł tutaj taki zarzut, ale wcześniej padał, że nie ma miejsc parkingowych wystarczających. Na dzisiaj przy szpitalu jest 431 miejsc parkingowych i wszyscy wiedzą, że jest to liczba niewystarczająca. Co dyrektor szpitala ma zrobić? Wybudować i potem płacić podatek od nieruchomości? Jak wybuduje za milion złotych miejsca parkingowe to 20 000 zł od tego jest podatku (co roku 2 % od miliona to 20 000 zł). Były propozycje wprowadzenia odpłatności chociażby symbolicznej, nie na zarobek szpitala, tylko na pokrycie kosztów utrzymania miejsc parkingowych. Wybudowania kolejnych, na obsługę, na odśnieżanie, na skoszenie trawy, na wywożenie śmieci, na oświetlenie i na zapłatę podatku od nieruchomości, bo taka propozycja była skrytykowana. Nie uznała akceptacji no więc jak

coś nie uzyskuje akceptacji, jest powszechnie krytykowane, to dlaczego dyrektor ma wbrew takiej opinii działać, ale są problemy z parkowaniem i jest miejsca dość, bo jest właśnie 0,5 ha. Jest miejsca dość, ale to wymaga wspólnego działania, żeby ten problem rozwiązać, ale to też nie jest problem, który dyrekcja rozwiąże. Tych miejsc było 200, to dyrekcja szpitala przez 10 lat to zorganizowała.

Jednak tutaj najważniejszą kwestią były kwestie kadrowe i tutaj trzeba będzie nad nimi najdłużej się zatrzymać. Jak widać z 836 na 930 czyli o prawie 100 zwiększyło się zatrudnienie w szpitalu. Zatem to nie jest tak, że te same osoby badają, zajmują się tą większą ilością pacjentów. Liczba lekarzy zwiększyła się o 39 w tym 12 pracujących w oddziale anestezjologii intensywnej terapii (poda nazwiska). Jak również poda nazwiska pielęgniarek, położnych. Jest kilka młodych położnych, które chcą przyjść do pracy, podania leżą, nie ma problemu, a co ma z tymi położnymi zrobić zwolnić aby zatrudnić młode na trzy porody dziennie? To wszystko musi mieć ręce i nogi. Inni pracownicy działalności podstawowej wzrost o 24 etaty (24 osoby). Faktem jest, że brakuje pielęgniarek to szpital posiłkuje się zatrudniając ratowników medycznych i opiekunki (12 pielęgniarek i 26 ratowników/opiekunów). Na ten temat pielęgniarek jeszcze pani dyrektor też kilka słów powie, bo takie pytania też tutaj padły. Tak to wygląda w statystyce i statystyka czy nam się podoba czy nam się nie podoba w pewien sposób odzwierciedla rzeczywistość w tym szpitalu i jest w miarę obiektywna.

Jeżeli chodzi o odchodzenie specjalistów, to przeczyta osoby pracujące w Samodzielnej Publicznej Przychodni (spis lekarzy): Jan Kowalski, Gabriela Wegner, Krzysztof Grela, Anna Szamowska, Danuta Ragin-Drozd, Anna Kłódka, Małgorzata Batruch, Małgorzata Kaczmarek, Bernadeta Klunder. Z tych dziewięciu lekarzy to ośmiu wykształciło się w chojnickim szpitalu. Ten proces trwa od lat kilkudziesięciu od kiedy jest szpital. Podobnie rzecz się ma w Eskulapie, gdzie liczba pracujących tam lekarzy to 17 osób, a tutaj z tych 17 to chyba 14 to też są osoby, które kształciły się u nas czyli to jest normalna rzecz. Szpital jako jedyny ośrodek w promieniu kilkudziesięciu kilometrów jest uprawniony do kształcenia podyplomowego kadry medycznej. Szpital tą kadrę kształci, zdając sobie sprawę z tego, że większość osób wykształconych ze szpitala odejdzie. To jest naturalne i tak to się dzieło, dzieje i dzieć będzie. Wielu z naszych kolegów do szpitala przychodzi tylko po to, bo gdzieindziej nie jest w stanie uzyskać specjalizacji. Pani dr Batruch wykształcona u nas, więc tak pani doktor Batruch nigdy nie mówiła, że przychodzi do szpitala tutaj pracować. Przyszła tu, bo w Gdańsku najbliżej można zrobić medycynę rodzinną i nawet tam ciężko jej zrobić, bo niektóre ośrodki zrezygnowały. Jeżeli chodzi o Czersk: pan doktor Wituszyński, pani doktor

M. Nawrot, pan doktor A. Griniewicz, pani doktor A. Czapiewska itd. To są też lekarze, którzy się kształcili u nas i pan doktor Wituszyński sam przyszedł prosić o to, aby mógł tą specjalizację u nas zrobić, bo nigdzie nie mógł jej zrobić. Nie mógł jej zrobić w klinice w Krojantach i to już jest czwarty czy piąty pracodawca pana doktora Wituszyńskiego. Szpital jest, jako instytucja wiedzy, od kształcenia podyplomowego i to kształcenie realizuje w zakresie, w którym szkolenie odbywa się w ramach umowy o pracę. Podpisywana jest druga umowa o średnie odpracowanie specjalizacji w naszym szpitalu. W pozostałych przypadkach, czyli tzw. specjalności odbywanych w trybie rezydenckim po zakończeniu specjalizacji lekarz wykonuje wolny zawód i sam decyduje gdzie chce pracować.

Pani E. Trybała zwróciła uwagę, że tak naprawdę pan dyrektor powinien dążyć do tego, że w szpitalu zatrzymać dobrych specjalistów, którzy nie mają żadnej zachęty, żeby tu zostać, dlatego rezygnują z pracy.

Pan Dyrektor L. Bonna odpowiedział, że przedstawił, jak się kształtuje liczba specjalistów w szpitalu. Natomiast jeżeli wy uważacie i podnosicie bardzo trudny problem życia prywatnego waszych koleżanek i kolegów na forum publicznym, to ja bym nie śmiał się takich problemów poruszać. Nie wnika w to, kto podejmował decyzję kierując się swoim życiem prywatnym i odchodził ze szpitala z przyczyn prywatnych i osobistych. Oto nie pyta, a takich przypadków było wiele, chociażby związanych ze stanem cywilnym bądź innymi przypadkami również chorobowymi. Poprosił wziąć to pod uwagę i naprawdę uszanować życie prywatne niektórych koleżanek i kolegów, którzy postanowili zmienić otoczenie, bo ktoś z którym nie chcieli pracować pod tym dachem z przyczyn prywatnych do tego ich zmusił. Takie przypadki są, nie będzie wymieniał nazwisk (jest ich kilka). Więc neurochirurdzy są kilka lat, onkolodzy są u nas dwanaście lat. Oni tutaj są, nie zwiększają liczby specjalistów. Ta liczba specjalistów jest. Następnie pan dyrektor przeczytał nazwiska lekarzy pracujących w anestezjologii intensywnej terapii: Astryda Dończyk, Wielecka Mariola, Windorpski Marek, Lamczyk Iwona, Kasprzak Violetta, Górniak Rafał, Warda Mariusz, Woroniecka Monika, Cholewka Piotr, Ufniarski Jacek, Mechlińska Agnieszka, Szmelter Paweł (12 specjalistów). Przecież to na postulat lekarzy dyrekcja zgodziła się i przyjęła pana doktora Ufniarskiego.

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek podkreśliła, że posiedzenie komisji ma na celu przeprowadzenie rozmów na temat spraw organizacyjnych, nad rozwiązaniem których

wspólnie trzeba się zastanowić. To nie jest spotkanie po to, aby wyrzucić wszystkie zarzuty do pana dyrektora, bo ma wrażenie, że pan dyrektor to tak przyjmuje. Spotkanie jest po to, żeby zastanowić się nad rzeczami, na które ma się wpływ, pomijając oczywiście rozwiązania systemowe, które w całej Polsce wymagają poprawy. Poprosiła, żeby spróbować w pokojowy sposób porozmawiać o rzeczach, na które ma się wpływ.

Pan Dyrektor L. Bonna poinformował, że liczba specjalistów pracujących na koniec ubiegłego roku to 120 lekarzy z tytułu doktora nauk medycznych. W międzyczasie w wyniku przeprowadzonego konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych, kolejni lekarze z tytułem specjalisty doktora nauk medycznych już rozpoczęli pracę, może w najbliższym czasie do szpitala przyjdą, chociażby na oddział chirurgiczny (doświadczony chirurg 9 maja rozpocznie tam pracę), pielęgniarki, położne więc widać, że przybywa opiekunów i pielęgniarki położne podnoszą swoje kwalifikacje. Nie zgodził się z opinią, a mówi to w sposób pokojowy, że na oddziale chorób wewnętrznych w godzinach popołudniowych są dwie pielęgniarki.

Pani Dyrektor E. Wodzikowska poinformowała, że na oddziale wewnętrznym rano zawsze są dwie pielęgniarki plus dwóch opiekunów. To jest pierwszy oddział, który po prostu zatrudnił opiekunki, żeby one mogły wspomóc pielęgniarki w wykonywaniu ich czynności. W tej chwili jak wiadomo pielęgniarki podnoszą swoje kwalifikacje. Na rynku jest niestety bardzo mało chętnych do pracy, wyjeżdżają za granicę, podobna sytuacja dotyczy też opiekunów. Działania systemowe są takie, że nie zatrzymujemy, my jako cała Polska dobrych specjalistów, a wypuszczamy ich na zewnątrz. Nas obligują minimalne normy zatrudnienia. W większości szpitali jest tak, że dyrektor bardzo sztywno trzyma się tych minimalnych norm zatrudnienia. One były obliczane w 2014 roku zgodnie z rozporządzeniem i w myśl tych minimalnych norm zatrudnienia w chojnickim szpitalu powinno być 299 pielęgniarek i położnych zatrudnionych. Na dzień dzisiejszy szpital ma zatrudnione 316 czyli ma więcej niż minimalne normy. Też chciałaby, żeby u nas każda pielęgniarka miała bezpośrednio swojego przełożonego, to by było piękne, ale na dzień dzisiejszy wie, jak wygląda to dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia (przykładowo w ogóle nie mówi o opiekunach medycznych). Szpital tutaj zatrudnił 26 opiekunów, 21 ratowników, więc stara się, żeby w jakiś sposób, to wszystko stanęło po prostu na odpowiednim poziomie. Jeżeli chodzi o pielęgniarki i położne to jestem dumna, że pracuje w takim gronie, ponieważ to z innych miast do nas przyjeżdżają. Mają same pochwały. W zeszłym roku najlepsza

pielęgniarka roku to właśnie pielęgniarka z chojnickiego szpitala. Podnoszą dziewczyny swoje kwalifikacje, wiadomo, że chcieliby docelowo pewnie, żeby więcej osób było, ale to musi się zmienić działalność Narodowego Funduszu Zdrowia po prostu jako działania systemowe. W tej chwili jak jeździ na spotkania (Warszawa, Gdańsk) to tam nawet jest tak, że jedna pani pielęgniarka ma pod swoją opieką 60 pacjentów. W chojnickim szpitalu nas na takie coś sobie nie pozwolą, bo to jest nie poważne traktowanie. Nie mamy patrzeć na tych gorszych a na tych lepszych.

Wracając do oddziału wewnętrznego jeszcze jest pielęgniarka zabiegowa i pielęgniarz oddziałowy. Jeżeli chodzi o dyżury sobotnie czy założymy niedzielne to są przynajmniej trzy pielęgniarki. W szpitalu jest dodatkowo dział higieny i transportu wewnętrznego, gdzie zawsze czekają panowie, żeby ewentualnie pomóc tym pielęgniarkom w działaniach. Obłożenie różnie wygląda na tych oddziałach. Z kolei nie zmniejszamy wówczas tego zapotrzebowania, bo też zależy nam na tym aby ta jakość była na dobrym poziomie. Szkoda, że tutaj nie ma pielęgniarek oddziałowych czy pielęgniarzy oddziałowych, bo to oni odpowiadają generalnie za jakość opieki. Jeżeli zwracają się z taką prośbą, przykładowo pacjent na chirurgii ma zastosowane przewóz bezpośredni zawsze ta obsada jest zwiększana, ale za tą jakość opieki odpowiada oddziałowa. To ona wtedy zwraca się do nas z prośbą i mówi o takim zaistniałym fakcie.

W oddziale okulistycznym nie wie, żeby były dwie pielęgniarki, bo tam są też pojedyncze dyżury w zależności od ilości pacjentów przebywających. Z drugiej strony jest tak, że nie powinna mieć pielęgniarka pojedynczego dyżuru, więc nawet jeżeli są dwie panie, zwykle są oddelegowane, mają też starszą pielęgniarkę całego szpitala, która pracuje w SOR i która też jest w razie co do pomocy. Pani doktor ma też dosyć dużo nadgodzin płaconych, także dyrekcja naprawdę nie robi problemu jeżeli jest taka potrzeba, ale o tym decyduje pielęgniarka czy pielęgniarz oddziałowy po prostu ten problem zgłasza dyrekcji ewentualnie starsza pielęgniarka ma dyżur. Cieszy się, że lekarze widzą ten problem, że jest współpraca i razem się wspiera. Właśnie o to chodzi, żeby rozmawiać, bo idzie to w dobrym kierunku, ponieważ wszystkim leży na sercu dobro pacjenta tylko i wyłącznie, żeby ten pacjent miał opiekę na jak najwyższym poziomie w naszym szpitalu, patrząc na personel tutaj pracujący cały, bo to cały zespół tworzy tutaj jakość, ten pacjent na dzień dzisiejszy ma.

Pan Dyrektor L. Bonna dodał, że istnieją pewne normy zatrudnienia pracowników na poszczególnych odcinkach pracy. Jeżeli chodzi o personel pielęgniarski te wymogi są spełnione, albo nawet w niektórych miejscach są wyższe niż minimalne wymagane.

Pani Dyrektor E. Wodzikowska wskazała, że jeżeli chodzi o oddział neurologii to też były dwie pielęgniarki, ale od tego czasu jak został uruchomiony oddział udarowy, tam są zawsze trzy pielęgniarki, oddział pediatryczny tam też są trzy pielęgniarki. Także też jesteśmy ewenementem patrząc na inne szpitale, ale tak właśnie ma być ponieważ pacjent przede wszystkim jego dobro i ochrona.

Zwróciła uwagę na powstawanie odleżyn u pacjentów, z którymi do chojnickiego szpitala przybywają pacjenci z innych szpitali klinicznych (3 – 4 stopień odleżyn), to daje do myślenia, bo w chojnickim szpitalu odleżyny nie powstają.

Pan Dyrektor L. Bonna stwierdził, że podobnie jest z rehabilitacją na neurologii. Narodowy Fundusz Zdrowia nie kontraktuje w szpitalu rehabilitacji neurologicznej. Rehabilitacja neurologiczna to jest oddzielny produkt oddzielnie finansowany w innym miejscu niż oddział neurologiczny. Tam zatrudnia się fizjoterapeutów, rehabilitantów w celu usprawniania tych osób. My z własnej nieprzymuszonej woli zatrudniliśmy jedną osobę przypisaną do oddziału udarowego, która usprawnia tych pacjentów zanim trafią do specjalistycznego ośrodka rehabilitacji neurologicznej. To jest działanie szpitala takie bym powiedział w zasadzie standardowe. Oddział rehabilitacji neurologicznej w najbliższym szpitalu chyba w Dierżążnie i tam ci pacjenci są poddawani intensywnej rehabilitacji. Pokojowo z tym problemem się nie zgadza.

Co do 50 pacjentów przebywających na oddziale chirurgicznym. Dyrekcja szpitala codziennie śledzi ruch chorych. Ruch chorych w ciągu ostatnich 10 dni kształtował się następująco: 03.04.2016 – 26, 02.04.2016 – 29, 01.04.2016 – 26, 31.03.2016 – 27, 30.03.2016 – 28, 29.03.2016 – 25, 28.03.2016 – 18, 27.03.2016 – 22–28 pacjentów przebywających na oddziale. Dyrekcja wie, że to jest trudny oddział, jest chirurgia A, chirurgia B, ale nie można takich sformułowań używać nieprawdziwych, że ma 50 pacjentów. Prosił, żeby nie mówić, że jest 50 pacjentów, bo to jest nieprawdziwe. W ciągu ostatniego miesiąca ani razu tak nie było. Szpital wieloratownkowy jest to temat rzeka. Dyrekcja sama go nie rozwiąże, ale chciałby zwrócić uwagę na dwie rzeczy. Kto wydaje prawo wykonywania zawodu? Kto decyduje o uzyskaniu dyplomu specjalisty? Przecież ani nie pani przewodnicząca komisji, ani nie dyrektor, ani nie pani dyrektor ds. medycznych, ani pan starosta. Samorząd Lekarski nadaje uprawnienia lekarzom. W jaki sposób dyrekcja szpitala może podważać kompetencje zatrudnianych lekarzy, jeżeli on legitymuje się prawem wykonywania zawodu i tytułem specjalisty? Czy dyrekcja szpitala ma być ponad prawem? Prawo mówi o tym, że Prezes Naczelnej Izby Lekarskiej załatwia (samorząd lekarski). Jeżeli macie wątpliwości

jako Związek Zawodowy Lekarzy czy lekarzy pracujących w tym szpitalu co do kompetencji i umiejętności koleżanki czy kolegi to proszę te zarzuty kierować do Sądu Koleżeńskiego czy do Prezesa Izby. Są statutowo powołane ciała przy Izbach Lekarskich, które się tą problematyką zajmują. Naprawdę to nie jest kompetencja dyrektora (dyrektor bada).

Też w kontekście medialnych przygód lekarzy, którzy byli zatrudnieni. Ci lekarze przedstawili wymagane przepisami prawa dokumenty. Skłámali, poświadczył sobie jeden, bo nie miał prawa wykonywania zawodu i skłámął, przedstawił prawo wykonywania zawodu sfalszowane i został skazany. Z inicjatywy dyrektora został skazany przecież. Musicie państwo wiedzieć, że te problemy też wynikają z dużej liczby pacjentów, którymi się zajmuje szpital. Czynimy to z wielką przyjemnością i z otwartymi sercami i chcemy aby jak najlepiej pacjenci byli u nas załatwiani.

W ubiegłym roku hospitalizowanych na oddziałach było osiemnaście tysięcy pacjentów, a siedem lat temu szesnaście tysięcy, więc faktem jest wzrost tych pacjentów. Hospitalizacja i porady tego jest dwadzieścia dziewięć tysięcy. Zwrócił uwagę, że w 2013, 2014, 2015 nie ma żadnych problemów związanych ze wzrostem liczby pacjentów na oddziale ratunkowym. Trzy lata na tym samym poziomie. To są pacjenci, którzy przychodzą i nie zostają na łózkach, ale jest inny problem. Wielu z was pracuje w praktykach lekarza rodzinnego i co obserwujemy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym? Gdzie lekarze rodzinni kierują pacjentów? Dlaczego od godz. 16³⁰ w przychodni jak był problem miesiąc temu z zachorowalnością to od 17⁰⁰ już stała kolejka pacjentów nie przyjętych. Na ul. Kościerskiej, na ul. Drzymały i pod innymi adresami? Dlaczego lekarze rodzinni pisząc skierowanie do szpitala nie wykonują diagnostyki w celu potwierdzenia rozpoznania i nie kierują na konkretny oddział tylko piszą skierowanie do SOR-u. Wy macie problem, bo w SOR tą pracę, którą lekarze rodzinni powinni wykonać i tą diagnostykę, którą powinni zlecić, wykonujecie. Gdzie poszła podwyżka 30% w ciągu ostatnich lat? Pewne rzeczy trzeba uświadomić, że czasami jest też złośliwość taka, albo może niechęć wykonywana przez jednego lekarza w stosunku do drugiego. Też tak czasami bywa naprawdę i tutaj dyrekcja nic na to nie pomoże. Natomiast to już jest poza dyrekcją, to jest systemowe. Szpital nie zawiera umów z poradnią w Czersku, tą umowę zawiera oddział pomorski NFZ w Gdańsku. Szpital chojnicki przymierzamy się do zmiany cennika usług.

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek podkreśliła, że Komisja Zdrowia również wykonała gest w tym kierunku, żeby rozmawiać z lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej. Takie spotkanie się odbyło z dyrektorami, ale niestety było to spotkanie nie cieszące się dużą

frekwencją. Próbowano rozmawiać z dyrektorami w pewnych kwestiach. Lekarze starają się zapewnić pacjentom jak najlepszą opiekę, ale żeby tą opiekę zapewnić, personel też musi tą robotę poukładać.

Pan Dyrektor L. Bonna stwierdził, że pan radny pytał o promocję badania rezonansem, to Narodowy Fundusz zmniejszył kontrakt szpitalowi, dlatego też robi szpital takie rozpoznanie czy przy obniżonej cenie zachęci większą liczbę pacjentów do wykorzystywania aparatu do większej liczby badań. Okazało się to skuteczne, dlatego w nowym cenniku będą niższe ceny, to był taki pilotaż przy zmianie cennika w celu obniżenia tej ceny dla pacjentów komercyjnych i tak się teraz będzie działo w nowym cenniku, gdzie o 100 zł te badania będą tańsze i to jest dobry krok dla tych osób, które mają pieniądze a mogą zapłacić za badanie. To po pierwsze. Po drugie jeżeli chodzi o aparat w badaniu kole magnetycznym najistotniejsza jest siła pola magnetycznego. Szpital dysponuje aparatem o sile 1 Tesli (T) i niektóre badania wymagają badania na aparacie silniejszym 1,5 T - 3 T, ale to są aparaty, które są w ośrodkach klinicznych. Z tego co wie w ciągu roku ma wystąpić wymiana aparatu na silniejszy na 1,5 T i będzie można wykonywać szereg badań. Natomiast jeżeli są uwagi do opisów rezonansu, to poprosił o uwagi co do opisu na piśmie. Natomiast zwrócił uwagę na inną rzecz. Tomografia komputerowa, jak wzrosła liczba badań wykonywanych tomografią komputerową, 3 100 w 2012 roku, 5 900 w ubiegłym roku, więc jest nowy aparat mocniejszy, szybszy i ta liczba badań jest znacznie większa.

Jeszcze mam tutaj kilka takich problemów, koleżanki z interny już nie ma, to jest nieporozumienie jak młody lekarz kilka miesięcy pracuje na oddziale i mówi na którym pracuje trzech specjalistów (pan doktor Armada specjalista chorób wewnętrznych i kardiologii, pani doktor Bernadeta Klunder specjalista chorób wewnętrznych, pan doktor Piotr Drobiński specjalista chorób wewnętrznych i gastrologii) i ta młoda pani doktor mówi, że nie ma od kogo się uczyć na tym oddziale, gdzie dwóch lekarzy ma dwie specjalności, coś tutaj jest nie tak. Ma swojego kierownika w specjalizacji i jeżeli jest niezadowolona z kierownika specjalizacji, to może go zmienić. Są interniści też na innych oddziałach. Pan dyrektor podkreśli bardzo spokojowo, że z tym zarzutem się nie zgadza.

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek podkreśliła, że pewne rzeczy wynikają z emocji i jak będzie się tak roztrząsać każde zdanie, to będzie się znajdować jeszcze tysiąc problemów oprócz tych, które są. Zaproponowała, żeby spróbować skupić się na tym co można.

Pan Dyrektor L. Bonna stwierdził, że jest zasadniczy problem też podejścia młodych lekarzy do swoich mistrzów i szacunku dla starszych lekarzy, dla ordynatorów i dla osób, które wielokrotnie mają dwie specjalności. Rolą też lekarzy pracujących w tym szpitalu, starszych lekarzy jest też rola edukacyjna nie tylko naukowa i dlatego o tym powiedział. Warto też, żeby z młodymi lekarzami częściej rozmawiać na temat relacji interpersonalnej, bo często one zawodzą. W szpitalu regulaminy są ułożone tak, że lekarz kierujący oddziałem w myśl wewnętrznych aktów prawnych ma umowy zawarte do 2017 roku i dyrekcja szpitala zastanawia się nad tym, jak te umowy za rok będą się kończyć czy nie ogłosić konkursów, ale wymagałoby to zmiany całego ustroju szpitala. Póki co ten ustrój szpitala jaki jest taki jest. Dyrektor kieruje szpitalem przy pomocy swoich zastępców, lekarzy kierujących oddziałem, pielęgniarek koordynujących, kierowników. Zgodnie ze statutem i regulaminem porządkowym te sprawy są regulowane.

W celu przybliżenia spraw, którymi zajmuje się szpital chojnicki, przedstawiono dane: 18 000 hospitalizacji, 11 000 dializ, 3 000 chemioterapii, 3 000 hospitalizacji w SOR (część łóżkowa) oraz 26 500 (część laboratoryjna). To są udzielane porady przez dwóch lekarzy. Warto popatrzeć na wyjazdy karetek, że w Chojnicach karetka specjalistyczna wyjeżdża 2 500 razy, a w Czersku 1 500. Co robią osoby tam pracujące? Każdy chce dyżurować w Czersku. Nikt nie chce dyżurować w Chojnicach, bo różnica jest znaczna. Jak zobaczy by Sępólno, to tam jest 700 wyjazdów w roku (trzy razy mniej niż w chojnickim szpitalu). Porady specjalistyczne 153 000 a było 70 000 i teraz to pytanie: ograniczyć czy zostawić? W większości przypadków szpital nie ogranicza lekarzom kontraktu. Lekarze sami decydują ile razy ma pacjent ma przyjść na kontrolę, sami analizują stan zdrowia i potrzeby.

Pan dyrektor wskazał, że liczby 150 000, 450 000 badań w laboratorium, to mówi o tym, że codziennie tysiąc pacjentów wychodzi ze szpitala załatwionych. To nie są pacjenci, którzy leżą. To są pacjenci, którzy przychodzą do lekarza rodzinnego, którzy przychodzą do laboratorium czy do specjalisty. Wchodzą, są załatwieni i wychodzą (ponad tysiąc osób dziennie). Zwrócił uwagę na to, jak wzrosła liczba badań w laboratorium z 230 000 do 450 000 i jaką ciężką pracę wykonują panie w laboratorium.

Pan Radny S. Skaja (Starosta) zapytał czy laboratorium wykonuje też prace zarobkowe?

Pan Dyrektor L. Bonna odpowiedział, że w ograniczonym zakresie, bo szpital nie konkuruje z podmiotami takimi jak Synevo czy Alab, które opanowały rynek podstawowej opieki zdrowotnej. Szpital nie jest w stanie wykonywać badań zleconych.

Pan dyrektor poinformował, że w ubiegłym roku liczba zdjęć rentgenowskich wyniosła 36 052; badania patomorfologiczne 17 027 (pracownia endoskopowa, tomografia komputerowa rośnie). To jest prawda wszystko rośnie i to jest ten poważny problem, że za tym nie rośnie cena, bo gdyby jeszcze urosła cena za te badania, to byłyby pieniądze na to, aby dodatkowe osoby zatrudnić. Zabiegi duże na bloku operacyjnym 4 673, zaćm prawie 1000, porodów 990 w tym $\frac{1}{4}$ z cesarskim cięciem. Na rehabilitacji udzielono 119 377 zabiegów (każdy pacjent ma średnio 10-12 zabiegów). Szpital swoją działalność monitoruje, sprawdza i wyciąga wnioski. Rehospitalizacji było 163 na 18 000 hospitalizacji. Operacji kilku wtórnych 26 na 4 600 operacji. Zgony: 360 osób w ubiegłym roku w szpitalu zmarło. Sekcji zwłok wykonano 28. Na leki szpital wydał prawie 5,5 mln zł, a na antybiotyki ponad 600 000 zł.

Struktura leczonych pacjentów przedstawia się następująco: 36,27 % w oddziałach szpitalnych pacjentów spoza powiatu chojnickiego (gdyby to był szpital powiatowy leczący mieszkańców powiatu nie byłoby żadnego problemu), te 36 % to jest 6 673 pacjentów. Z poradni specjalistycznej tych pacjentów spoza skorzystało 24 %, ale spoza powiatu z naszej poradni korzysta 36 500. Chciałoby się powiedzieć tym pacjentom, że mają świetną poradnię ortopedyczną w szpitalu w Człuchowie, jednak większość woli przyjeżdżać do szpitala chojnickiego. Do Człuchowa nie chcą jeździć i nie można im odmówić, a w zasadzie powinno się deklarować pacjentów naszych, jednak prawo tego zabrania. Nocna i świąteczna opieka też zmusiła do kontrowersji, o której już mówiono i dyskutowano, ale też ona w takim zamyśle jest dla mieszkańców powiatu, ale $\frac{1}{5}$ mieszkańców spoza powiatu. Chojnicki Szpitalny Oddział ratunkowy (SOR) jest jedynym SOR-em w promieniu kilkudziesięciu kilometrów (Szczecinek, Złotów, Bydgoszcz, Świecie, Starogard, Kościerzyna). Nie ma ani Miastko, nie ma ani Bytów, nie ma Więcbork, Człuchów nie ma, ale Chojnice mają. Wszyscy przyjeżdżają tutaj. Widać, że $\frac{1}{5}$ pacjentów szpitalnego oddziału ratunkowego jest spoza powiatu chojnickiego. Około 150 ton pościeli pierze się w szpitalu. Rękawic 1 000 185 par. To są bardzo duże koszty.

Poprzez przedstawienie tych danych pan dyrektor chciał zwrócić uwagę na warunki pracy, jakie stara się zapewnić pracownikom wszystkim nie tylko lekarzom, również paniom sprzątającym, rehabilitantom, pielęgniarkom, położnym, pacjentom, bezpieczeństwo zdrowotne pacjentów. Wyprodukowane przez szpital odpady medyczne wynoszą 109 ton.

Bardzo dużo sprzętu jednorazowego jest zużywanego w szpitalu, co pomaga pracownikom i daje bezpieczeństwo pacjentom. Odpady komunalne wynoszą 156 ton. Przez segregację odpadów ta liczba odpadów zmniejszyła się. Gospodarka wodno – ściekowa: woda 52 000 m³ - tyle wody w szpitalu jest zużywane. W ubiegłym roku szpital wydał 296 000 zł na koszty kanalizacji. Gaz szpital kupujemy i na ogrzanie rocznie wydaje 2 136 000 zł. Energia elektryczna to ok. 800 000 zł. Energię elektryczną część produkuje szpital sami. Jako ciekawostka wyżywienie 70 229 posiłków, 27,60 zł koszt wyżywienia jednego pacjenta. (Powyżej przedstawione zestawienia stanowią **załącznik nr 3** do protokołu.)

Przedstawione statystyki są dość istotne. Na mapie danych statystycznych problemów które tutaj poruszono, bo z wieloma dyrekcją się zgadza, ale uważa, że wiele jest niezależnych od dyrekcji i należałoby się skupić nad dwiema rzeczami zasadniczymi, które pomogłyby poprawić funkcjonowanie szpitala. Po pierwsze wyższe finansowanie, a po drugie jasno określone kompetencje zależności między podmiotami, które świadczą usługi medyczne.

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek w podsumowaniu stwierdziła, że dziękuje wszystkim za uczestnictwo w tym spotkaniu. Podkreśliła, że na pewno wszyscy zdają sobie sprawę z tego jak dużym miejscem pracy jest szpital i te slajdy przedstawiają w zasadzie wiele płaszczyzn, na których być może przeciętny człowiek nie zdaje sobie sprawy ile to generuje środków itd.

Na spotkaniu lekarze przedstawiciele poszczególne problemy. Zapytała dyrekcję czy widzi możliwość spotkania kolejnego, żeby punkt po punkcie przeanalizować problem i odpowiedzieć sobie otwarcie na to nie mamy wpływu, tego nie zrobimy. Być może wysłuchanie propozycji niektórych kolegów usprawniłoby pracę, zadowoliliby lekarzy, usprawniłoby pracę w szpitalu, pacjent byłby zadowolony i pan dyrektor byłby zadowolony, więc może warto podjąć ten trud.

Pan Dyrektor L. Bonna odpowiedział, że dyrektor spotyka się tyle razy na różnych komisjach, organizuje dziesiątki spotkań pod tym dachem praktycznie z wszystkimi grupami zawodowymi. Na bieżąco prowadzi dyskusję związaną z rozwiązywaniem problemów szpitalnych. Drzwi gabinetu dyrektora zawsze są otwarte. Dyrektor też poświęca czas na wsłuchanie się różnego rodzaju opinie i na bieżąco w codziennym życiu większość problemów jest rozwiązywanych w tym szpitalu, albo jest podjęta próba. Jeżeli ma się rozmawiać, to jest otwarty na każdego rodzaju dyskusję. Z tym, że kwestia zwiększenia finansowania leży poza kompetencją dyrektora, a ona rozwiązuje większość problemów, więc

może by się najpierw skupić na tym co już podnosi Związek Powiatów RP i szpitale skupione, prowadzone dla którego podmiotem tworzącym są powiaty, aby przede wszystkim zadbać o zwiększenie finansowania szpitali powiatowych. Wówczas $\frac{3}{4}$ problemów samo się rozwiąże.

Pan Radny S. Skaja (Starosta) dodał, że o tym się mówi i przewodniczący Związku Powiatów Polskich angażuje się. Ostatnio było spotkanie organów prowadzących szpitale powiatowe. Głównie rozbija się sprawa generalnie o finanse i system oczywiście wprowadzania tego wszystkiego w życie.

Pan dyrektor dzisiaj w zasadzie przedstawił odpowiedzi na pytania, które państwo lekarze dzisiaj zadali. Pan dyrektor w zasadzie przedstawił statystyki przygotowane akurat w temacie dokładnie funkcjonowania szpitala. To jest naprawdę ważna rzecz i co dzisiaj pan dyrektor odpowiedział na te pytania. W zasadzie nie wie, gdzie tu jest problem, chyba w organizacji bezpośrednich oddziałów. Pierwsze co się rzuciło w oczy, że to jest w dalszym ciągu ten kontakt lekarz rodzinny – poradnia – SOR jako najważniejszy oddział, który przyjmuje w zasadzie nie swoich pacjentów. Chyba to jest najważniejszy taki problem, który tak właściwie boli, oprócz finansowych spraw, które może i należałoby więcej zarabiać, ale chyba te sprawy organizacyjne są takie bardziej denerwujące.

Pan Radny T. Pajdak odniósł się (ze względu na własne zatrudnienie) do danych dotyczących hospitalizacji, które przedstawił pan dyrektor. Pan dyrektor mówił, że generalnie te hospitalizacje wygenerowano jako lekarze rodzinni, ale należy spojrzeć w latach 2009 - 2013 jaki był wzrost hospitalizacji. Można powiedzieć, że nie było żadnego. Poradnie rodzinne od 2009 -2013 roku są hospitalizacje, nie porady. Czy był jakiś wzrost? Czy zmieniła się liczba lekarzy rodzinnych w powiecie, zmieniło się funkcjonowanie lekarzy rodzinnych w powiecie przez dwa lata 2014 i 2015? Nie zmieniło się, zmieniły się zasady. Teraz lekarz przyjeżdżający karetką czy też zespół ratownictwa medycznego przywozi pacjenta i odstawia go na SOR, jest przyjmowany na SOR i ten wzrost hospitalizacji to nie lekarze rodzinni. Rok 2013 jest to rok kiedy zaczęło się gdyby ta reforma w której pacjentów nie kieruje się na oddziały jak dawniej lekarz z karetki robił. Tylko pacjentów się przekazuje na SOR. Teraz każdy pacjent czy wożony przez karetkę niezależnie czy jest to zespół specjalistyczny czy jest to zespół podstawowy jest przekazywany do SOR-u. Jak gdyby to jest tutaj takim dużym plusem. W tym oczywiście to jest to, że to jest jedyny SOR w okolicy i tak naprawdę każda karetka z Człuchowa, Sępólna, Tucholi jest się w stanie powiedzieć, że

do najbliższego SOR-u przyjechała. Nie ma szansy na to, trzeba tego pacjenta przyjąć, trzeba go „obrobić” itd. Wracając jeszcze do kwestii porad pan dyrektor tutaj mówił, że 26 000 porad na 2 lekarzy. Dwóch tak, jeden jest w ambulatorium chirurgicznym, a drugi ma pod sobą tych 3 000 hospitalizacji. To na 366 dni daje 8 hospitalizacji dziennie, więc trzeba jeszcze wziąć to pod uwagę, że on ma ośmiu pacjentów a to nie jest tak równo. Czasami jest ich (10-15) i tylko tyle w gestii statystyki generalnie, bo tacy źli ci lekarze rodzinni to chyba nie są.

Pan Dyrektor L. Bonna stwierdził, że się nie do końca zgadzam z tym, co pan radny powiedział.

Pan Radny S. Skaja (Starosta) wskazał, że są dwa tematy w zasadzie, które pan dyrektor tutaj podsumował i do tego warto byłoby się potem odnieść.

Pan Dyrektor L. Bonna dodał a propos podpisania umowy i podkreślił, że tam gdzie chce przychodnia złotówkę zaoszczędzić, to podpisuje umowę, a tam gdzie jest praca faktyczna do wykonania i musiałby zapłacić dwa razy więcej niż w szpitalu, to kupuje w szpitalu i tak to wygląda. Rozumie, bo to jest też ekonomia, którą się w praktyce kieruje, ale to nie można kierować zarzutu do dyrekcji. To lekarz rodzinny powinien być od tego, żeby swoich pacjentów zdiagnozować.

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek podsumowała dyskusję w przedmiotowym punkcie stwierdzając, że naprawdę warto o tym rozmawiać, bo jeżeli nie będzie się rozmawiać, to nie rozwiąże się tych problemów. Każdy z zebranych przyszedł tu, żeby przedstawić problemy ze stanowiska pracy, na którym pracuje, a nie po to, aby zarzucić panu dyrektorowi złą organizację, ale po to żeby rozwiązać problem. Pomijając problemy, które też trzeba nazwać, to są problemy nie do rozwiązania, ponieważ one zależą od rozwiązań systemowych. Wypowiedzenie takich rzeczy też dużo zmieni. Należy pamiętać, że osoby, które pracują w szpitalu, mają dużo większą świadomość tego co się tutaj dzieje, a osoby spoza będące pacjentami też inaczej na to patrzą, więc trzeba o tym mówić i starać się rozwiązać. Zapytała czy dyrektor widzi możliwość spotkania się i porozmawiania ponownie na poszczególne tematy, które zostały poruszone podczas dzisiejszego posiedzenia. Pochylić się po kolei nad każdym problemem i konkretnie odpowiedzieć. Czy pan dyrektor chce się rzeczywiście spotkać?

Pan Dyrektor L. Bonna ponownie zwrócił uwagę zebranych, że dyrektora gabinet jest otwarty.

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek stwierdziła, że zostanie zorganizowane kolejne spotkanie z udziałem dyrekcji, na którym zostaną omówione dwa – trzy problemy.

Ad. 6

Wolnych wniosków i zapytań nie zgłoszono.

Następnie

Przewodnicząca Komisji M. Kaczmarek podziękowała gościom, członkom komisji za udział w posiedzeniu i wobec zrealizowania porządku zakończyła obrady.

Na tym protokołowanie posiedzenia Komisji Zdrowia i Spraw Społecznych zakończono.

Protokołowała
Kierownik Biura Rady
mgr Lucyna Zawiszewska

Przewodnicząca Komisji
Małgorzata Kaczmarek