

PROTOKÓŁ NR VII / 19

Z SESJI RADY POWIATU ZAWIERCIAŃSKIEGO

w dniu 16 kwietnia 2019 roku

Sesja – zwołana na wniosek Zarządu Powiatu z dnia 9 kwietnia 2019 roku w trybie art. 15 ust. 7 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym – odbyła się w sali konferencyjnej Starostwa Powiatowego w Zawierciu. Początek obrad – godzina 12.00. Obrady prowadziła Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc**.

Obecni:

Radni powiatu zawierciańskiego, zgodnie z załączoną do protokołu listą obecności.

Radni nieobecni:

Teresa Mucha-Popiel

Spoza grona Rady w sesji udział wzięli:

Posel na Sejm RP **Anna Nemś**, Przewodnicząca Rady Miejskiej w Zawierciu **Beata Chawuła**, Prezydent Miasta Zawiercia **Łukasz Konarski**, Burmistrz Miasta i Gminy Ogrodzieniec **Anna Pilarczyk-Sprycha**, p.o. Dyrektor Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Piotr Zachariasiewicz**, Skarbnik Powiatu **Halina Mackiewicz**, Sekretarz Powiatu **Tomasz Dzierżanowski**, Naczelnik Wydziału Zdrowia i Spraw Społecznych Starostwa Powiatowego **Bożena Szydlik** i inni, zgodnie z załączoną do protokołu listą obecności.

Ad.1.)

Obrady otworzyła Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc**. Na podstawie listy obecności stwierdziła prawomocność VII sesji Rady Powiatu. Powitał radnych i Zarząd Powiatu ze Starostą **Gabrielem Dorsem** oraz pozostałe osoby, biorące udział w posiedzeniu. Następnie odczytała wniosek Zarządu Powiatu z dnia 9 kwietnia br. w sprawie zwołania obecnej sesji, w uzasadnieniu którego wskazano, iż celem zwołania sesji w trybie art. 15 ust. 7 ustawy o samorządzie powiatowym jest poinformowanie radnych o bieżącej sytuacji Szpitala Powiatowego w Zawierciu.

Sesja odbyła się zgodnie z następującym porządkiem obrad, przedstawionym wraz z wnioskiem o zwołanie sesji przez Zarząd Powiatu:

1. Otwarcie sesji i stwierdzenie jej prawomocności.
2. Informacja na temat bieżącej sytuacji Szpitala Powiatowego w Zawierciu.
3. Zamknięcie sesji.

Ad.2.)

p.o. Dyrektor Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Piotr Zachariasiewicz** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Szanowni państwo, zebrani goście – **Piotr Zachariasiewicz** pełniący obowiązki Dyrektora Szpitala Powiatowego w Zawierciu. Pani Przewodnicząca, dziękuję za udzielenie głosu. Mam przyjemność dla państwa przygotować i przedstawić prezentację dotyczącą oceny sytuacji Szpitala Powiatowego w Zawierciu. Dzisiejsza prezentacja będzie miała następującą agendę: na początku przedstawię zespół wraz z jego kwalifikacjami, następnie przedstawimy analizę dotyczącą samego Szpitala Powiatowego w Zawierciu, jak również to, w jaki sposób został przygotowany wniosek 10.1, bo on w tej chwili wymaga osobnego omówienia. Na samym końcu dwa słowa o planowanych zmianach na kolejne lata, jeżeli w wyniku konkursu będzie mi dane prowadzić Szpital Powiatowy w Zawierciu.

Szanowni państwo, moja osoba jako pełniącego obowiązki Dyrektora Szpitala Powiatowego w Zawierciu. Pokrótkę chciałbym ją przybliżyć. Mam wieloletnie doświadczenie, ponad 10 – letnie doświadczenie w zarządzaniu w służbie zdrowia. Jestem również z wykształcenia ekonomistą, ukończyłem Uniwersytet Ekonomiczny w Katowicach, kierunek – finanse i zarządzanie w ochronie zdrowia. Również od 2013 roku pełnię funkcję członka Rady Programowej kierunku finanse i zarządzanie w służbie zdrowia. Mam również wykształcenie magisterskie medyczne, a o pozostałych rzeczach możecie przeczytać w tej prezentacji, jak również w moim CV.

Osobą, która od 10 kwietnia pełni również funkcję zastępcy dyrektora ds. technicznych w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu jest pani **Iwona Sroga**. Została ona powołana na to stanowisko niedawno, natomiast jej umiejętności i kompetencje są niezbędne dla naszego szpitala, aby w pełni realizować zadania, które zostały przed szpitalem postawione. Pani **Iwona Sroga** ma zarówno wykształcenie techniczne, jak również ekonomiczne. Wieloletni pracownik, ponad 20 lat w służbie zdrowia, organizowała największe projekty inwestycyjne w Śląskim Uniwersytecie Medycznym. Odpowiadała za przygotowanie, rozliczanie, jak również wydatkowanie środków unijnych w zakresie m.in. stworzenia Centrum Symulacji. Są to umiejętności i kompetencje niezbędne, aby przygotować i wydatkować w pełni projekt 10.1, dlatego też pani **Iwona Sroga** dołączyła do zespołu zarządczego Szpitala Powiatowego w Zawierciu i w zasadzie od 10 kwietnia wzmocniła szpital swoją osobą.

Trzecią osobą, którą chciałbym przedstawić, o której była mowa już na poprzedniej sesji, jest doktor nauk medycznych Pan **Dariusz Jorg**, który ma ogromne doświadczenia w zarządzaniu w służbie zdrowia. Jego kompetencje i umiejętności są na tyle szerokie, że większość państwa miała już okazję przeczytać, natomiast pan doktor **Dariusz Jorg** jest zarówno osobą, która skończyła kierunek Executive Master of MBI, jak również wiele studiów podyplomowych, o której możecie sobie państwo przeczytać. Od ponad kilkunastu lat zarządza największymi szpitalami, m.in. zarządzał szpitalem klinicznym Uniwersyteckim Centrum Klinicznym w Katowicach. Jest to po połączeniu największy szpital kliniczny w Polsce, dlatego pan doktor **Dariusz Jorg** dołączył również do zespołu i pełni w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu funkcję doradcy szpitala ds. rozwoju. Prezentację będziemy prowadzić wspólnie i w tej chwili oddaję głos panu doktorowi, aby poprowadził część prezentacji. Później kolejne części będą prowadzić ja”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Serdecznie witam państwa. Jak państwo wiecie, wykształcenie i przygotowanie zawodowe nie zawsze idzie w parze z praktyką, stąd kilka słów na temat tego, co można, a co mamy ze sobą, żeby uwiarygodnić nasze osoby w systemie zarządzania różnych w szpitalach klinicznych. Państwo doskonale wiecie, że proces zarządzania, to proces długotrwały i trudny. Nie wszyscy zarządzający gminami, miastami czy powiatami decydują się na zmianę procesu zarządzania. Proces zarządzania na nowej technologii to trudny proces, który niesie za sobą bardzo dużo trudnych decyzji, w związku z powyższym nie zawsze kadencyjność przekłada się na system zarządczy, który – jak państwo wiecie – czasami trwa o wiele więcej niż kadencja, stąd też nie zawsze organy nadzoru i organy założycielskie decydują się na proces restrukturyzacji i zmiany systemu zarządczego. W związku z tym, że może ten proces zmian zamknąć się w okresie kadencji, a profity ze zmian mogą mieć następcy, tak naprawdę warto o tym powiedzieć, bo służba zdrowia jest apolityczna. Jak państwo wiecie każdy człowiek, bez względu na zabarwienie polityczne, przychodzi do szpitala i chce uzyskać właściwą usługę medyczną. W związku z powyższym takim celem nadrzędnym dla wszystkich organów zarządczych jest próba odpolitycznienia albo nie wprowadzenia polityki do służby zdrowia, a wspólna praca Rady Powiatu, Rady Miasta, Rady Gminy pozwala osiągnąć o wiele więcej. Tak też nasza prezentacja będzie wyglądała. My nie chcemy podsumowywać i oceniać. Chcemy pokazać w jakim miejscu jesteśmy, w jakim miejscu żeśmy przejęli i jakie cele stoją przed nami.

Kilka słów na temat szpitali, którymi zarządzaliśmy, aby uwiarygodnić grupę, którą przed chwilą pan dyrektor przedstawił. Proszę zobaczyć, czerwona kartka pionowa pokazuje przejęcie danego szpitala i co się danym szpitalu się dzieje. Inwestycje budowlane: Szpital na Ceglanej w Katowicach, znany wszystkim głównie z okulistyki. Dzisiaj jest to szpital pełnozakresowy, realizujący wszystkie zakresy. Jak państwo widziecie, od roku 2010 znaczący wzrost inwestycji. W taki sposób powstała cała onkologia, nie zmieniło to wyniku finansowego, a wręcz przeciwnie, wynik cały czas od 2010 roku wzrasta, co oznacza, że można w każdej sytuacji bez narzekania na głównego płatnika, który oczywiście jest trudnym płatnikiem, osiągać sukcesy w służbie zdrowia. Następny szpital kliniczny to Centralny Szpital Kliniczny, który żeśmy przejęli w 2014 roku. Jak państwo widziecie poziom strat ciągnął się przez wiele lat, w 2012 i 2013 roku zanotowano minimalne zyski po przejęciu szpitala i wdrożeniu dokładnie w październiku 2014 roku procesu zmian systemu zarządczego. Natychmiast zmienił się wynik szpitala. W konsekwencji te dwa omawiane szpitale zostały połączone. To przykład, bo u państwa też nastąpiło połączenie szpitala i Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego, aby pokazać, co powinno dać połączenie dwóch szpitali. Proszę zwrócić uwagę, jak wyglądały wyniki w poszczególnych szpitalach i w momencie połączenia co się wydarzyło po stronie przychodów i po stronie zysków. Inny szpital, sąsiadujący z państwem, to szpital w Czeladzi, który przyjęliśmy w 2017 roku. Szpital, który za rok 2016 uzyskał bardzo zły wynik finansowy, bo prawie minus 8.700.000 zł z nawisem, ogromnym kredytem i zadłużeniem 63.000.000 zł. W związku z zadłużeniem – niestety – zaciągnięto kredyt w Magellanie, czyli najgorszy kredyt, jaki można było zaciągnąć. I co się wydarzyło w ciągu tych dwóch lat od wyniku minus 8.700.000 zł. W 2017 roku ten wynik się jeszcze utrzymał, to jest rok, w którym przejęliśmy szpital w miesiącu lutym lub marcu i wynik był jeszcze minus półtora miliona, ale był to wynik mniejszy od poziomu amortyzacji. W 2018 roku już osiągnęliśmy zysk, obsługując w całości kredyt i odsetki Magellana, które są znacząco wyższe. Same odsetki Magellana to 2.200.000 zł i od razu można by dołożyć to do wyniku i powiedzieć, jaki jest wynik szpitala. Proszę państwa, już oddaję głos panu dyrektorowi w tej części finansowej. Natomiast chciałbym powiedzieć,

że nasza misja jest taka, żeby szpital stał mocno na nogach i świadczył jak najlepsze usługi dla społeczeństwa powiatu zawierciańskiego. Myślę, że jeśli wspólnie uda nam się taką drogę wytyczyć i ją zrealizować, to będzie sukces ponad podziałami politycznymi. Każda rzecz, która się dzieje na sesji Rady Powiatu, czy to sytuacja dotycząca na przykład ostatniej sesji, wszyscy państwa obserwują, wszyscy oceniają i każde złe słowa które padają ferworze walki politycznej, w emocjach, powodują obniżenie autorytetu szpitala. Naszym celem wspólnym – tak rozumiemy ten cel i zadanie, które stoi przed nami – to podwyższyć jakość udzielanych usług, zmienić obraz szpitala, ale tak naprawdę świadczyć właściwie usługi medyczne na najwyższym poziomie”.

p.o. Dyrektor Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Piotr Zachariasiewicz** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Szanowni państwo, aby zrobić to, co powiedział pan doktor, musimy najpierw bez oceny powiedzieć sobie, w jakim momencie szpital jest na dzień dzisiejszy, a w efekcie co należy zrobić, żeby doprowadzić do tej sytuacji, aby podnieść jakość świadczonych usług. Na początku, aby powiedzieć gdzie się znajdujemy, przedstawiamy państwu szereg informacji, zarówno finansowych, jak i organizacyjnych, które pokażą, gdzie dzisiaj jesteśmy. Następnie to, co zamierzamy zrobić, aby poprawić jakość świadczonych usług.

Pierwszą rzeczą, na którą wszyscy zwracają uwagę, to są przychody. Od 2015 roku widać, że te przychody rosną, w 2018 roku osiągnęły prawie 98.000.000 zł. To jest oczywiście rzecz najbardziej pozytywna. Natomiast proszę zobaczyć, co się dzieje z wynikiem. On jest rzeczywiście dodatni, co jest kolejną rzeczą pozytywną w tym szpitalu i należy to podkreślić. Od 2015 roku do 2017 roku ten wynik cały czas rósł. W 2018 roku widać, że jest spadek o 2.000.000 zł, ale nadal wynik finansowy jest jak najbardziej dodatni. Natomiast warto pokazać, co się stało z wynikiem z działalności medycznej, co tak naprawdę dzieje się z wynikiem na sprzedaży. Unikam słowa wynik na sprzedaży, bo zaraz państwo podniesiecie, że szpital nie jest zakładem produkcyjnym i on nie powinien sprzedawać, tylko świadczyć usługi medyczne. W literaturze przedmiotu mówi się również o działalności medycznej, czyli tej działalności podstawowej, jaką świadczy szpital. I tak, w 2018 rok – niestety – szpital zanotował spadek, a w zasadzie stratę na działalności medycznej minus 2,4 mln zł.

Porównując to do roku poprzedniego ta różnica jest ponad 4,6 mln zł. Widać pogorszenie wyniku z działalności medycznej, ale żeby pokazać kolejny krok i skorygować wynik o amortyzację z lat 2015, 2016 i 2017, ten wynik był dodatni. W 2018 roku on również jest dodatni po korekcie o amortyzację. Natomiast wynik w 2018 roku pogorszył się również o 3,4 mln zł i to już jest bardzo zastanawiające i należy bardzo dokładnie przeanalizować, co dokładnie się stało, bo ta sytuacja z ujemnym wynikiem na działalności medycznej jest zagrożeniem, niebezpieczeństwem dla szpitala, bo jeżeli będzie się utrzymywać, to szpital może w efekcie wejść na drogę równi pochyłej, z której ciężko będzie wyjść.

Szanowni państwo, na czym tak naprawdę wynik finansowy szpitala za 2018 rok został zbudowany. Wynik na sprzedaży czyli na działalności medycznej w 2018 roku to jest minus 2,4 mln zł. Natomiast wynik szpitala jako zysk to jest dodatni i należy sobie odpowiedzieć, na czym ten wynik został zbudowany. Przede wszystkim on został zbudowany na jednorazowych operacjach finansowych. Przede wszystkim przychody finansowe w stosunku do 2017 roku były o 1.000.000 zł większe, były również w grudniu 2018 roku umarzone rezerwy, zawsze tak się robi, jeśli założona jest rezerwa i jeżeli ona na koniec roku nie została zrealizowana, to jest umarzana, ale ta rezerwa wynosiła aż 400.000 zł. Również była zwiększona dotacja w stosunku do roku 2017. Są to jednorazowe operacje finansowe, które mogą nie nastąpić w kolejnych latach i będą powodowały obniżenie wyniku całego szpitala, gdzie tak naprawdę ten wynik finansowy się pogorszył. Przyczyna jest jedna i zaraz dalej ją

pokażemy, że same oddziały szpitala mają gorszy wynik finansowy w 2018 roku w stosunku do 2017 roku o 4,3 mln zł, czyli praktycznie całe pogorszenie wyniku finansowym ciąży na oddziałach szpitalnych.

Podzieliłam oddziały szpitalne na dwie części, na te, które mają dodatni wynik finansowy, jak również na te, które mają ujemny wynik finansowy. To, co warto pokazać, to przede wszystkim 5 oddziałów, które osiągały na przestrzeni badanych lat czyli od 2015 do 2018 roku, dodatni wynik finansowy i co z tym wynikiem stało się w 2018 roku w stosunku do roku 2017. Oddział Chorób Wewnętrznych generuje we wszystkich badanych latach zysk, ok. 2 mln zł, natomiast w 2018 roku, pomimo dodatniego wyniku finansowego, o ponad 1.000.000 zł się pogorszył to już wpływa na pogorszenie całej sytuacji szpitala. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii jest oddziałem, który na przestrzeni lat generował dodatni wynik finansowy, natomiast o 300.000 zł pogorszyła się różnica od 2017 do 2018 roku. Oddział Opieki Paliatywnej – bardzo podobna sytuacja. Jedynym z oddziałów z tej grupy, który poprawił swój wynik finansowy, jest Oddział Neurologii, który zanotował zysk na poziomie 165.000 zł w 2018 roku. Ponad 300.000 zł wypracował Oddział Dermatologii praktycznie wyszedł na zero.

Mamy grupę tych oddziałów szpitalnych, które miały ujemny wynik finansowy w 2018 roku i proszę popatrzeć, jakie oddziały są w tej grupie. Oddział Okulistyczny – chyba jest to jedyna okulistyka w województwie śląskim, która przyniosła straty. Ja nie znam takiego oddziału, który ma stratę na poziomie 679.000 zł za cały rok, szczególnie kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia płaci w sposób nielimitowany za wszystkie wykonanie zaćmy. Oddział Noworodków to jest kolejny oddział, który we wszystkich szpitalach równoważy straty, jakie przynosi ginekologia. tu mamy sytuację minus prawie 300.000 zł i pogorszenie wyniku finansowego w stosunku do 2017 roku o 377.000 zł. Mamy sytuację, w której kolejny oddział, który powinien przynosić zyski i być motorem napędowym dla szpitala przynosi straty. Oddział Rehabilitacji Neurologicznej pomimo tego, że ma stratę w wysokości 400.000 zł, jest jedynym z oddziałów, które poprawiły swój wynik finansowy, ale nadal to strata, bo na poziomie 400.000 zł. Proszę spojrzeć dalej, Oddział Udarowy, Oddział Dziecięcy – jeden i drugi prawie po pół mln zł straty. Oddział Chirurgii Ogólnej – strata 789.000 zł. Po raz kolejny oddział, który powinien być motorem napędowym szpitala czyli Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej ma minus 800.000 zł i jest to jeden z czterech oddziałów szpitalnych, który na przestrzeni od 2015 do 2018 roku zawsze był na stracie. A chirurgie urazowo-ortopedyczne w innych szpitalach, dobrze zarządzanych szpitalach, przynoszą zyski, szczególnie wtedy, kiedy Narodowy Fundusz Zdrowia w sposób nielimitowany w ostatnich latach płacił za wszystkie wykonywane zabiegi endoprotez, które są realnym problemem dla pacjentów i mieszkańców nie tylko powiatu zawierciańskiego, ale również całego województwa, bo pacjenci czekają po 3,4,5 lat w kolejkach, stąd decyzja Funduszu, aby płacić w sposób nielimitowany za wszystkie zabiegi endoprotez, które są wykonywane we wszystkich szpitalach. Jak widzimy na podsumowaniu 4,3 mln zł z tych 4,6 mln zł gorszego wyniku finansowego wygenerowały same oddziały szpitalne. Jakie są przyczyny nierentowności, proszę, panie dyrektorze”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Oczywiście dane ogólne oddziałów wskazują tendencję i to, co się stało. Proszę zobaczyć, ten slajd pokazuje, że 2018 roku część oddziałów nagle przestała być zyskowna. Ktoś powie, że coś się zmieniło w systemie płatności przez Fundusz. Nie, nic się nie zmieniło na tej przestrzeni lat, które oceniamy. Odkąd mamy ryczałt na realizację świadczeń, nic się nie zmieniło oprócz uruchamiania gałęzi medycznych, które można realizować nielimitowo,

o których mówił pan dyrektor. W I półroczu przepis był taki, że wyliczenie ryczału następowało w taki sposób, że niewykonanie ryczału w skali pół roku, obniża kwoty ryczału. Chcę zwrócić uwagę, że w roku 2018 nikt nie wiedział, że będzie zmiana systemu wyliczenia ryczału. Mimo to szpital razem na hospitalizacji nie wykonał środków, które są zapewnione w 100% przez Fundusz na kwotę 1.816.000 zł. Nadwykonano to poradami na kwotę 238.000 zł, ale i tak całościowo za drugie półrocze 2018 roku nie wykonano ryczału w kwocie 1.505.000 zł. To znaczy, że nie wzięto tych środków finansowych, które i tak Fundusz musiałby zapłacić. Ktoś by się zastanawiał dlaczego? Bo nie wykonano ryczału, ale też nie wykonano żadnych nadwykonań w szpitalu, zwłaszcza tych, które można realizować bez ograniczeń. To są zaćmy i endoprotezy, za które Fundusz, pomimo mizeroty środków finansowych, o której wszyscy mówią, płaci w 100%, więc można było wykonać każdą ilość świadczeń. Jeżeli ktoś się zastanowi, że nie dochodowy Oddział Ortopedii powinien wykonywać nadwykonania, czy też nie dochodowy w Zawierciu Oddział Okulistyki, czy warto robić nadwykonania, czy to nie zwiększy jeszcze bardziej straty. Oto jest pytanie dla zarządzających, co z taką sytuacją zrobić, żeby pokazać, że to nie jest jedna jednostkowa oddziału, który się potknął, wywrócił stan chorobowy, kłopoty kadrowe. Proszę zobaczyć wszystkie na czerwono oddziały to są podmioty, które nie wykonały ryczału, który jest im przypisany i zabudżetowany do wykonania świadczeń. Tych oddziałów jest bardzo dużo, które nie wykonały w pełni ryczału. Oczywiście najlepiej iść do szczegółów, bo szczegóły pokazują, co się dzieje w oddziałach, które są standardowe, w tych, które we wszystkich szpitalach przynoszą dochody i zyski i zwiększa się przychody szpitala w ten sposób, a tutaj się nie udaje. Diabeł jak zwykle tkwi w szczegółach. Proszę zobaczyć, można by powiedzieć, że w Zawierciu jest o tyle bogatszy. Dla porównania pokazujemy szpital w Czeladzi, który w godzinach ordynackich przerobił w zakresie chirurgii urazowej czyli ortopedii 7.200.000 zł. W tym samym czasie szpital w Zawierciu na dwóch salach operacyjnych przerobił 5.599.000 zł. Proszę popatrzeć na pozostałe wskaźniki, czyli sal więcej, mniej robimy. Czeladź robi ten wynik na jednej sali. Jakby to przenieść na Zawiercie, to można by powiedzieć, że w Zawierciu można by na dwóch salach, jak jest przygotowany zespół, zrobić łącznie 14 mln zł, a zrobiona tylko 5.600.000 zł. Ilość łóżek jest oczywiście jednym z determinantów, ilu chorych może przejść przez ten oddział. W Czeladzi jest 20 łóżek, a w Zawierciu 28. Średni czas pobytu prawie podobny, bo 5,37 i 5,5, czyli coś nie pasuje w organizacji, ale proszę zobaczyć w związku z takimi wynikami, co się dzieje ze średnim kosztem osobodnia. Koszt Czeladzi w związku z tym, że średnie obciążenie oddziału to jest 83% i duże przychody, bo dużo większe przychody na jednej sali wskazują, że średni koszt osobodnia w Czeladzi wynosi 351 zł, a w Zawierciu 741 zł. W związku z tym średni koszt doby hospitalizacyjnej, tak samo jak i średni koszt osobodnia, wzrasta i w Czeladzi wynosi 352 zł, a w Zawierciu 1191 zł. To przekłada się na rentowność poszczególnych zabiegów. Proszę zwrócić uwagę, że zabiegi, które są najlepiej opłacanymi i najbardziej rentownymi zabiegami w ortopedii, które wszędzie są zyskowe, w związku z dużymi kosztami oddziału i małym przychodem w Zawierciu są nierentowne i dlatego przez lata ortopedia miała zazwyczaj minus od 500.000 zł do minus 700.000 zł w skali roku. No to porównajmy, co się dzieje głębiej w tej ortopedii. Jednym z najbardziej popularnych zabiegów na ortopedii to zabieg cieśni nadgarstka, mało skomplikowany zabieg trwający nieraz od 5 do 10, może 15 minut w znieczuleniu miejscowym. O dziwo, w Zawierciu, mimo zaleceń Narodowego Funduszu Zdrowia, że powinno się ten zabieg wykonywać w części ambulatoryjnej, w Zawierciu realizuje się go na sali operacyjnej. Podwyższa się poziom stresu pacjenta, który musi się przebrać, jechać na blok. Rozumiem, że to ma jakiś akcent, jaki to ciężki zabieg musi przejść pacjent. Proszę zobaczyć, że jeśli w szpitalu realizuje się zabieg cieśni nadgarstka, to wtedy Fundusz płaci za taki zabieg 2076 zł. Co robiono w szpitalu w Zawierciu? W Zawierciu nie przyjmowano pacjentów do szpitala, przyjmowano ich w poradniach, ale traktowano ich jak pacjenta

szpitalnego i rozliczano w Funduszu tak, jak pacjenta poradnianego, czyli braliśmy zamiast 2076 (bo przeszedł cały proces hospitalizacji czyli przyjęcia na jeden dzień) – 841 zł. Na samym jednym zabiegu strata 177.840 na jednym tylko wybranym na jednej grupie zabiegów dotyczących cieśni nadgarstka. Proszę państwa, ten sam rok 2018. Jak państwo wiecie ci, którzy spełniają wymogi rozporządzenia Ministra Arłukowicza dotyczące endoprotezowania biodra i kolana (tam są określone wskaźniki, ile w danym roku należy zrealizować zabiegów biodra i kolana) i w zależności od tego, czy szpital realizuje zalecaną w rozporządzeniu ilość, to system przeliczenia płatności i wynosi 1-0, jeżeli się nie wypełnia i 1-2, jak się wypełnia, czyli 20% drożej płaci Fundusz szpitalowi. Nie udało nam się wykonać 13 endoprotez kolana w 2018 roku, a to są tak naprawdę – można przeliczyć – 3-4 dni operacyjne. Według ordynatora przyczyną był brak anestezjologa. Przypomnę, że przed chwilą mówiliśmy o cieśni nadgarstka, które były realizowane na bloku z anestezjologiem, a powinny być robione w części ambulatoryjnej. Decyzja o tym, że nie zrobię 13 kolan, a zrobiłem 144 cieśnie nadgarstka na bloku mimo, że powinienem to zrobić w ambulatorium, powoduje stratę 20% na każdej procedurze wykonanej w 2019 roku, co łącznie daje kolejną stratę 150 tys. zł tylko przy 60 zabiegach wymaganych w rozporządzeniu.

Okulistyka, o której mówił dyrektor, można powiedzieć, że przecież była. Jesteśmy super przygotowani, możemy robić wszystko. To nieprawda. Uraz oka poważny nie może być realizowany i nigdy nie mógł być realizowany w Zawierciu. W Zawierciu nigdy nie było lekarza, który się nazywa witrektomista, który przy urazie oka jest potrzebny. Takiego specjalisty także nie ma w największym szpitalu klinicznym w Europie. W oddziale okulistycznym na Ceglanej uraz oka z wbitym na przykład opiłkiem metalowym, musi być zrobiony w trybie do 24 godzin i nie ma takiej ilości witrektomistów w Polsce, aby codziennie witrektomista był na dyżurze. Lekarz, który robi zabieg zaćmy, nie potrafi prawidłowo operować oka na tylnej części oka, bo pracuje na przedniej. W związku z tym nawet na Ceglanej zabezpiecza się oko do oczekiwania aż przyjdzie na drugi dzień z rana witrektomista. Inaczej jest w weekendy, ale w związku z tym, że jest to centrum urazowe wtedy weekendy musi być zabezpieczony witrektomista, przynajmniej pod telefonem. Ale wrócimy do oddziału w Zawierciu, bo podstawowym zabiegiem realizowanym w szpitalu są zaćmy. Z nieznanых przyczyn w 2017 roku zrobiono 880 zabiegów, w 2018 roku spadła liczba zabiegów do 721 i to nie jest spowodowane zwolnieniem się lekarza, ucieczką kogoś chorobowe, no tak po prostu. W Zawierciu mamy bardzo długą tradycję w okulistyce, lepszą lub gorszą. Znam kolejnych ordynatorów, którzy byli w tym oddziale lepszymi lub gorszymi, ale proszę zwrócić uwagę, że Czeladź nie miała żadnej historii. Otworzyła oddział, który pracuje półtora roku. Proszę porównać ilość zabiegów wykonanych w Czeladzi i w Zawierciu: 2065 w Czeladzi na jednym stole operacyjnym, w Zawierciu – 721. Łączne przychody oddziału w Czeladzi – 6732, a w Zawierciu – 2399. Proszę zobaczyć na kluczowy składnik zysku na okulistyce: w Czeladzi 1 mln 650 zł, w Zawierciu minus 79 tys. zł. Chyba nie muszę komentować nic więcej, cyfry przemawiają same.

Następnym oddziałem, który przez wszystkie lata był na minusie, jest chirurgia. Ktoś powie, że przecież mamy chirurgię. Tak, mamy, ale co my mamy na tej chirurgii zobaczyć. Średnia wartość zabiegu, wyspecyfikowane zabiegi grupy jgp przypisane do tych zabiegów czyli F34, G34, F72, F46 wskazują, jakich zabiegów najwięcej robimy w roku 2018. Proszę zwrócić uwagę że, 99% pacjentów na chirurgii realizowane jest w najtańszych, w najniższych wartościach grup jgp, co – przekładając na język niemedyczny – oznacza, że wykonujemy tylko drobnicę, bo nie robimy poważnych zabiegów. W Zawierciu poważny zabieg na chirurgii płacony jest przez Fundusz za kwotę od 10.000 zł w górę. Jak popatrzymy na ilość zabiegów, były 1024 zabiegi i można powiedzieć, że „narobili się chłopaki”. Ja powiem, że nie przerobili kontraktu. Nikt nie zarządzał tą częścią chirurgiczną i oni przerobili kontrakt według własnego pomysłu, nie według potrzeb mieszkańców, bo wszyscy mieszkańcy

z poważnymi problemami chirurgicznymi jeżdżą poza powiat zawierciański. Proszę zobaczyć, pokusiliśmy się, czy trafiły się przypadkiem zabiegi poważniejsze do szpitala. W roku 2018 wykonano takich zabiegów 37. Jak państwo widzicie po wartości tych zabiegów, to są zabiegi za 15.000 zł i 10.000 zł i 12.000 zł. W Czeladzi takich zabiegów po 12 tys. zł i 15 tys. zł dziennie robi się przynajmniej trzy, a tutaj 37 w skali roku. Ale to nie jedyny kłopot chirurgii, że operujemy drobnicę. Kolejnym kłopotem tej chirurgii jest jeszcze jeden ważniejszy problem. Okazuje się, że na chirurgii mamy internę. 37% pacjentów nie przyszło na chirurgię do zabiegu operacyjnego, przyszli się przebadać, nie zostali zoperowani, przyszli, zrobili sobie endoskopię, gastroskopię, TK, leżeli 3 dni. Ja wcale nie mówię, że na chirurgii nie ma zachowawczych przyjęć np. zapalenie trzustki, ale średnio na chirurgii, która operuje, ten wskaźnik nigdy nie przekracza 10%. Chirurgia, jak samo z siebie wynika, to jest oddział realizujący operacje. Pacjenta przygotowuje się do zabiegu operacyjnego w części ambulatoryjnej. To poradnie mają przygotować pacjenta do realizacji operacji planowej lub SOR czy Izba Przyjęć przyjmuje pacjenta na ostro do operacji. Czy lepiej jest z ginekologią. W części położniczej najlepszym wywiadem jest internet, co kobiety mówią o części położniczej. Muszę powiedzieć, że całkiem nieźle to brzmi, pacjentki nie narzekają. W części położniczej realizowana są oczywiście jednostki, którym nie da rady sprostać wymogom, ale – jak państwo widzicie – najdroższą procedurą realizowaną na ginekologii jest poród, bo za niego płaci się średnio 2063 zł. Co się operuje oprócz porodów? Najniższe grupy jpg (oprócz F12, bo to jest patologia ciąży i porodu, czyli związane z ciążą trzy procedury), małe zabiegi górnej części układu rozrodczego, gdzie za jeden zabieg płaci się 796 zł. Normalnie w szpitalu robi się to w trybie ambulatoryjnym, zagrażające lub dokonanie poronienia to wiadomo, że jest związane z porodem i druga grupa F16 choroby jamy brzusznej - 1136 zł. Wartość zazwyczaj odzwierciedla poziom i wielkość zabiegu. Ile zabiegów zrealizowano na ginekologii powyżej 10 tys. zł czyli tych najpoważniejszych – 0. Najdroższy zabieg, jaki zrealizowano na ginekologii w 2018 roku, to zabieg za 4380 zł. Udało nam się 1 znaleźć. Wąski zakres świadczonych usług. Odsyłamy większość pacjentek poza teren powiatu zawierciańskiego, pacjentek onkologicznych. Muszę powiedzieć, że jak zastanawiam się nad onkologią w powiecie zawierciańskim, to jest najdroższa populacja w Polsce. Nie ma pacjentów onkologicznych. Wiecie dlaczego nie ma, bo my ich nie obsługujemy, my nie stworzyliśmy im miejsca, gdzie mogą się zgłosić z najpoważniejszą chorobą. My nie podaliśmy im ręki w najgorszej sytuacji medycznej, my żeśmy ich odesłali „jedźcie, poklamkujcie w Katowicach, w Częstochowie, gdzie chcecie, tylko nie u nas. Sercem szpitala jest sala operacyjna. To jest serce szpitala, które pokazuje, czy szpital chodzi czy też nie. Szpital państwa, nasz, jest bardzo dobrze uzbrojonym szpitalem. Ma oczywiście wady jak każdy, ale są cztery przygotowane sale operacyjne. Popatrzcie na średnią ilość zabiegów na salach operacyjnych i proszę sobie przypomnieć wartość tych zabiegów: 1,4 zabiegu w 2015 roku, 1,5 w 2016 roku, 1,5 w 2017 roku i 1,6 w 2018 roku. Jeśli to jest jeszcze drobnica, to ja ją bym przeliczył tak, że może dziennie sala operacyjna jedna jest zajęta przez półtorej do dwóch godzin. Tak wychodzi ze średniej. Żeby uzmysłowić, co to oznacza, jak nie operujemy. Jeden zespół, który obsługuje jedną salę operacyjną, to jest jeden anestezjolog, który kosztuje średnio około 100 zł na godzinę delikatnie mówiąc, 3 pielęgniarki, 2 instrumentariuszki i 1 pielęgniarka anestezjologiczna. Obsługa jednej sali to 34 tys. zł, prawie 40 tys. patrząc na to, jak wykorzystany jest blok przy tych wskaźnikach, które państwo widzą czyli od 1,4 do 1,6. Strata w skali roku z utrzymania zasobu ludzkiego dla sal operacyjnych, które nie są wykorzystane, to 1,5 mln zł. Chciałbym być tak bogaty i tak łatwo rozdawać pieniądze. Ale przejdźmy do szczegółów, bo nie wiemy kto, a operują trzy oddziały. Popatrzmy na te 3 oddziały. Ortopedia. Jak państwo widzicie od 1,3 do 1,4 roku temu w 2017 roku, w 2018 1,3 zabiegów dziennie. Przypominam, że w tych zabiegach są te cieśni nadgarstka, które trwają maksymalnie 15 minut w tej ilości. Na chirurgii jest trochę lepiej, bo

2,8, ale jak przypominacie sobie państwo zabiegi, to są drobne żylaki i inne drobne rzeczy, takie za 1000 zł, za 1200 zł. Jak państwo sobie policzą 2,8 zabiegów i koszty utrzymania sali operacyjnej ok. 40 tys. zł, to jasna jest odpowiedź, dlaczego jest strata albo tak duża strata. Ginekologia. 0,3 zabiegu na dzień, czyli tak naprawdę jakbyśmy to poskładali, to co trzeci dzień jest zabieg operacyjny o wartościach, które przed chwilą pokazałem. Przypominam – 0 zabiegu powyżej 10 tys. zł, 0 zabiegów onkologicznych, jedna pacjentka w roku onkologiczna. Jeśli nie działa serce, to każdy cały krwiobieg jest zły. To my nie świadczymy usług, które powinniśmy dać. Cały wachlarz usług, które powinniśmy mieszkańcom, to nasz obowiązek, to my musimy wyjść naprzeciw wszystkim mieszkańcom. Macie kadrę, jest dobra kadra, która ma przygotować front pracy i stworzyć możliwości mieszkańcom powiatu zawierciańskiego, aby nie musieli jeździć i prosić się o przyjęcie do szpitala w Katowicach czy w Częstochowie.

Kolejki do zabiegów w szpitalu. Proszę zwrócić uwagę, że kolejka do zaćmy rok czasu. We wszystkich dobrze szanujących się w szpitalach, które właściwie realizują system operacji zaćmy, zwłaszcza, że płatnik płaci, kolejka nie przekracza 3 – 4 miesięcy po to, żeby na miejscu dać pacjentowi możliwość wykonania zabiegu i żeby nie musiał nigdzie jeździć i szukać. Tu trzeba stworzyć miejsce, w którym pacjent w krótkim czasie trafi na zabieg podstawowy zabieg w okulistyce.

Biodra. Była ortopedia, było, ile operuje dziennie. Kolejki duże, do 2021 roku. Stwórzmy możliwość naszym mieszkańcom, aby te kolejki były krótsze i żeby mogli mieć wykonany zabieg tu, na miejscu, aby rodziny odwiedzające pacjentów nie musiały jechać za pacjentem do Katowic. Tu musimy stworzyć im wszystko. Kolana, których nie wykonano. Kolejka do 2023 roku, ale nie wykonano 13 zabiegów i znowu strata w tym roku. Zamiast 1,2 weźmiemy 1,0.

W poradniach po przyjęciu Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego myślę, że mamy duży zasób możliwości. Jak państwo widziecie, te kolejki nie są aż tak długie oprócz specjalistów reumatologów, których tak naprawdę brakuje na rynku i kardiologów, z którymi jest trochę łatwiej. Natomiast tak kolejki wyglądają całkiem nieźle.

Zakład radiologii. Muszę powiedzieć, jak państwo widziecie, świeżość sprzętu do radiologii nie jest najwyższa, ale za to najwyższa ilość techników i lekarzy obsługujących ten sprzęt. Muszę powiedzieć, że to tak naprawdę duży zasób się zrobił do pilnowania tych, nie chcę brzydko powiedzieć, ale niektórych rupieci. No to jak mamy mammograf, sami państwo wiecie, że dobrze, że te środki, o których zaraz będzie mówi pan dyrektor, przyjdą i mammograf za chwilę będzie nowiutki, ale czy przez to, że jest nieczynny mammograf, ktoś wykonał jakąś czynność. Ci ludzie, którzy są do mammografu, chodzą wokół tego starego, nieczynnego mammografu, no bo coś z sobą trzeba zrobić. RTG realizujemy w obu lokalizacjach. Jak państwo widziecie ilość wykonanych badań RTG jest dosyć duża – 33 tys. Średni koszt wykonania wychodzący z kosztów to 36,58 zł. To jest koszt według kosztów szpitala, tyle kosztuje wykonanie badania przez szpital i nie chcę komentować, czy to jest tanio czy drogo. Chcę tylko pokazać jakby stan. Rada Społeczna, która jest jednym z organów szpitala, tak jak i Starosta i Rada Powiatu, zatwierdziła cennik szpitala, który do dzisiaj funkcjonuje. Rada społeczna według mojej oceny została wprowadzona w błąd, bo nikt nie sprawdził jaka jest cena faktyczna wykonanego świadczenia i podano Radzie Społecznej 35 zł czyli 11 zł mniej niż wartość wytworzenia, ale żeby pójść dalej, szpital prowadząc działalność gospodarczą czyli podpisując umowy z zewnętrznymi podmiotami podpisał nawet umowy za 15 zł za jedno zdjęcie, czyli dopłacamy 31 zł do każdego zdjęcia. No muszę powiedzieć, że tak bogatych szpitali to ja nie znam. Nie dosyć, że mamy kłopoty, to jeszcze wspomagamy wszystkich tych, którzy prowadzą działalność gospodarczą i oni się tam nie patyczkują. Strata tylko na tych RTG to kolejne 150 tys. zł tylko na różnicy ceny.

Mamy potężne laboratoria rozsiane, bo dokładnie można powiedzieć, że mamy trzy: jedno w ZLA, drugie w szpitalu i trzecie dotyczące serologii. Przy takiej ilości badań oczywiście dobre, sprawne laboratorium na pewno będzie miało bardzo niskie ceny, ale trzeba zmienić system zarządzania i realizację tych świadczeń. Ona musi trochę inaczej wyglądać. Jak państwo popatrzycie, dla porównania wzięliśmy kilka szpitali, oczywiście to nie do końca się przekłada ja się zgadzam, nie chcę porównywać stanu ilościowego, ale w szpitalu x przy 500 tys. badań w stosunku do 1200, różnica w ilości osób zatrudnionych jest znacząca. Natomiast nie mówię o tym, że jest za dużo, bo możliwe, że tak trzeba zrobić reorganizację części laboratoryjnej, aby ona i wielkość badań, które realizujemy, obniżyć ceny także dla mieszkańców, bo to są komercyjne ceny, część ludzi korzysta komercyjnie, ale zarazem obniżyć koszt też dla samego szpitala. Ja mówię tutaj o jakiejś ewentualnej reorganizacji, nad którą siedzimy wspólnie oczywiście z szefami laboratorium, pracujemy nad tym. Mimo takiej dużej obsady, według nas wystarczającej spokojnie, w laboratoria mamy nadgodziny. To ja już w ogóle nie rozumiem. Same nadgodziny 2018 roku kosztowały nas 45 tys. zł. Tych kosztów niezasadnie ponoszonych przez szpital jest bardzo dużo. My podaliśmy kilka przykładów, nie wchodząc w ogromne szczegóły, bo to jedno z drugim przy tym kole zamachowym, które idzie i sprawdza każdą komórkę oczywiście wychodzi. Przyjęcia pacjentów poniżej 14 dni. Państwo wiecie, że wtedy jest płacona jest tylko ta najdroższa hospitalizacja, a ta tańsza już nie, chyba że lekarz jest mądry i wie, jak wypisać przyjęcie ponowne pacjenta, bo pacjent ma prawo zachorować raz na nogę, a raz na płuco, tylko trzeba wiedzieć, że nie minęło 14 dni czyli może być hospitalizowany tylko w innej grupie jgp i wtedy nie ma problemu. Tylko błędne przyjęcia poniżej 14 dni przyniosły straty 78 tys. zł.

TK, jak państwo widzicie, to jest dzisiaj takie podstawowe urządzenie 5274 pacjentów hospitalizowany na SOR-e. Z tych 5274 – 3252 pacjentów nie przyjęta do szpitalu, tylko po obserwacji na SOR-e odesłano do domu, ale tym pacjentom, których odesłano do domu, wykonano 4441 badań TK. Muszę państwu powiedzieć, że jak byłem jeszcze w Centralnym Szpitalu Klinicznym, to zawsze się zastanawiałem, dlaczego u mnie wszyscy ludzie mówią, że u pana to jest kolejka 2 miesiące do TK albo miesiąc, pojedziemy zrobić sobie do Czeladzi, tam jest od ręki. Poszedłem do Czeladzi i myślę, że sprawdzę to od ręki i okazało się, że tak. Lekarze z prywatnych gabinetów wskazywali, gdzie można szybko zrobić TK, pisali skierowanie i z automatu wykonano to na Izbie przyjęć, robiąc TK. Kowalski przychodził, mówił tu mnie boli, dobrze uświadomiony, wykonano świadczenie bez wielkiej analizy. To są ogromne koszty. Ja nie mówię, żeby nie robić TK, broń Boże. Jeśli jest zasadne, to oczywiście że tak. Mało tego, dla bezpieczeństwa pacjenta, ale także lekarzy. Jest taka grupa w każdej grupie, czy to chirurgia, ortopedia czy interna, jest taka grupa „inna choroba niesklasyfikowana”, jeśli jest podejrzenie. Martwię się i wykonuje się bardzo dużo badań temu pacjentowi na SOR-e czy na Izbie Przyjęć, to przyjmijmy go na obserwację na te 5 – 6 godzin, zwłaszcza, że mamy luzy. Jakbyśmy przyjęli tych pacjentów, którym wykonano TK, oprócz zawsze TK wykonuje się jeszcze inną całą gamę świadczeń, to mielibyśmy dodatkowo tylko po tej najniższej grupie, czyli niesklasyfikowanej choroby, dodatkowo 1.750.000 zł. Ktoś powie no ale po co mamy przyjmować. Jeśli lekarz podejrzewa bardzo ciężką sytuację, wykonuje wszystkie świadczenia, jakie są możliwe, no to przyjmijmy na obserwację, nie odsyłajmy pacjenta, mamy wolne łóżka.

EMG – to takie podstawowe badania w neurologii. Ponieśliśmy koszty realizacji tych badań w 2015 i 2018 roku. Niby nieduże – 66 tys. zł, wysyłając do pacjentów aż do Tarnowskich Gór. Ponieśliśmy także koszty transportu. Często są to pacjenci naszych oddziałów: neurologii i udarowego. Łączny koszt badań wyniósł nas 78.259 zł. Nie realizowano tych badań, mimo, że są to podstawowe badania, z powodu braku aparatu. Rozmawiam z ordynatorem, a on mówi, że on się starał, ale zawsze mu odmawiali. Kupiono nareszcie aparat

w lipcu 2018 roku za 42.900 zł brutto, czyli można powiedzieć aparat szybko się spłaci, dużo wydajemy, ale aparatu nie rozpakowano. Nie jest używany do dzisiaj. Badania dla mieszkańców są realizowane na terenie powiatu, ale w prywatnym podmiocie i tam są kierowani pacjenci. No nie ma szpital i trzeba iść prywatnie. To nie jest dobra obsługa mieszkańców. To jest podstawowe badanie w neurologii, ściągnęliśmy firmę, aby obejrzała i osobę, bo oczywiście jedyną osobę, którą mieliśmy w tym szpitalu i która umiała wykonać i miała papiery do EMG zwolniono. Nie chcę poszukiwać z jakiego powodu, zostawiam to, bo nie moim zadaniem jest oceniać różne zachowania. Natomiast, proszę państwa, przyjęła firma, żeby ocenić ten aparat i osoba, która będzie wykonywać świadczenia w tym szpitalu tak, jak to jest należne mieszkańcom. Okazuje się że aparatem można się pobawić a nie zrobić badania. Dlaczego tak się wydarzyło? Bo jedyna osoba, która się znała, w czasie zakupu nie była już w szpitalu, więc wybrano taki sobie aparat, który jest. Może z tego powodu go nie rozpakowano.

Stan zatrudnienia. Wszyscy mówią, zmiana systemu zarządzania, restrukturyzacja, wszyscy słowo restrukturyzacja łączą ze zwolnieniami. Nieprawda, restrukturyzacja to wcale nie problem jedyny zatrudnienia, to jest rozwój, inwestycje, to jest całe koło zamachowe, które musi zmienić system zarządzania szpitalem. Co się stało na przestrzeni lat? Jak państwo widziecie przy personelu pozostałym pokazujemy ,co się stało na stanie zatrudnienia w pozostałym personelu. Na przestrzeni jednego roku z 282 urosło 375 czyli łatwo policzyć ilość etatów, co wpłynęło na cały poziom zatrudnienia i ja wcale nie mówię, nie są zasadne te zatrudnienia, bo ja wcale nie chcę tego powiedzieć. Zmiana organizacji różnych systemów powoduje zmiany zatrudnienia, natomiast decyzja o zatrudnieniu dodatkowych 102 etatów rodzi oczywiście ogromne koszty finansowe, bo 102 etaty to decyzja o zwiększeniu kosztów osobowych o ok. 4.330. 000 zł. jeśli policzymy, że ten zarobek nie jest większe niż 3500 zł. Oczywiście, że w tym roku – zaznaczamy to – zmieniono system, zrezygnowano z 51 umów na zlecenie na rzecz zatrudnienia normalnego, ale to jest poważna decyzja. 4,3 mln zł w roku to są bardzo poważne decyzje, newralgiczne decyzje dla wyniku szpitala. Poszliśmy dalej, od 1 września 2018 roku w szpitalu zatrudniono 51 osób czyli połowę zatrudnienia w 2018 roku zatrudniono od 1 września. Tylko 20 osób to personel medyczny, pozostali to inny personel czyli personel pomocniczy. Wynagrodzenia osobowe to jest taki schemat, który mówi, że w placówce bardzo dobrze zarządzanej schemat wynagrodzeń powinien wynosić 50 – 55% wartości przychodów z NFZ-u. W szpitalu jest 77%, ale taki wskaźnik mówi nam także jeszcze jedno, jaka jest średnia jest wynagrodzeń. To nie jest tak, że mamy tam nadzwyczajne wynagrodzenia, najwyższe w województwie śląskim. To nieprawda, jesteśmy w dolnych stanach. Stawki dyżurowe są w dolnych stanach, pensje lekarzy są w dolnych stanach i to z tego powodu, że są w dolnych stanach, nie mamy koła zamachowego, żeby zatrudnić tutaj bardzo dobrej klasy specjalistów. Dlatego operujemy 1- 2 dziennie. Proszę zobaczyć, co się wydarzyło na kosztach osobowych w latach 2017 – 2018. Wskaźnik 67, ale urosł z powodu nie wzrostu wynagrodzeń. Jednym z elementów był oczywiście wzrost wynagrodzeń, bo to Fundusz zmieniał system finansowania pielęgniarek i lekarzy, ale popatrzcie, co się wydarzyło na przestrzeni lat. Myślę, że tego wykresu też nie muszę komentować.

Polityka kadrowa. Państwo, tak jak ja, znacie większość lekarzy, spotykacie się z nimi i wiecie, że wiek naszych doktorów jest bardzo zaawansowany. Jak tak przeliczyłem chirurgię, to średnia chyba będzie 69, może 70 lat. Nie mamy polityki kadrowej. Jednym z elementów polityki kadrowej jest system akredytacji oddziałów. Wszystkie oddziały – według naszej oceny – powinny być zaakredytowane. Po pierwsze, aby dać szansę młodym ludziom z terenu powiatu, aby mogli u siebie, bez ponoszenia dodatkowych kosztów, realizować specjalizację, jeżeli skończyli studia w Katowicach, we Wrocławiu czy w Krakowie. Chcesz, rób specjalizację, niech rodzice już nie ponoszą dodatkowych kosztów, miej ją u nas w szpitalu. Mało tego, ten człowiek nie dość, że jest młody, wykształcony

będzie u nas robił specjalizację, jest opłacony przez Ministra Zdrowia, bo całą pensję płaci Minister, a my mamy dodatkowego człowieka do pracy. Oczywiście przygotowujemy każde kolejne wnioski. Aktualnie są złożone wnioski o akredytacje oddziałów: anestezjologii, chirurgii, okulistyki. Będziemy akredytować wszystkie oddziały aby stworzyć możliwości realizacji specjalizacji u nas, tutaj na miejscu dla wszystkich tych, którzy chcą.

Wróćę jeszcze raz do szybkiej terapii onkologicznej. szybka terapia dla mnie w Zawierciu kojarzy się z szybkim odesłaniem pacjenta, pozbyciem się pacjenta – tak interpretowana była szybka terapia onkologiczna w Zawierciu. Jak państwo widzicie, na 68.900 porad z 10.000 porad wydano tylko kart DILO 71, w szpitalu 37. Wskaźniki są takie, jak państwo widzicie, nie chcę tego komentować. Trzeba zmienić cały system pracy z pacjentami onkologicznymi, ułożenia całej ścieżki, jak pacjenci – mieszkańcy powiatu mają być zabezpieczeni w części onkologicznej i musimy zacząć realizować także zabiegi onkologiczne w tym szpitalu. Dla przykładu mogę powiedzieć, że pierwsze dwa zabiegi onkologiczne czyli rak jelita grubego, będą realizowane w przyszłym tygodniu. Przyjedzie kolejny raz profesor Czudek, który laparoskopowo usuwa raka jelita grubego. To jest zabieg, który nie jest robiony w większości szpitali województwie. To wszystko można zrobić.

Jak państwo wiecie szpital utracił kontrakt. Niestety, przyszliśmy może trochę za późno. Ja nie wiem, czy nam by się udało, ale w Czeladzi nam się udało. Zresztą we dwóch ześmy przygotowali kontraktowanie tej samej rehabilitacji w Czeladzi i Czeladź nie została odrzucona, a Zawiercie zostało odrzucone z powodu błędów formalnych. Chcę to zaznaczyć, nie ze względu na brak sprzętu, lekarzy, z powodu błędów formalnych została odrzucona oferta. Ktoś powie, no co tam, przegraliśmy, ale w skali 5 lat to jest 3 mln zł, to co my powinniśmy teraz zrobić. Konsekwencją utraty kontraktu to jest zwolnienie wszystkich rehabilitantów i pozbycie się rehabilitacji ze szpitala. Jak to zrobić, kiedy mamy endoprotezowanie, mamy ciężkich pacjentów na internie, na chirurgii, nie, na chirurgii nie mamy, sorry. Wystąpimy o odzyskanie tego kontraktu. Jest szansa, że może ponownie staniemy do konkursu. Musimy odzyskać ten kontrakt. Z tym kontraktem, który mieliśmy, było związane zatrudnienie 25 ludzi. To co powinniśmy im powiedzieć, przepraszamy, ktoś zepsuł ofertę, ktoś nie sprawdził tej oferty.

Nie będę mówił o sprawach sądowych, bo jest ich ileś tam, ale chcę tylko wspomnieć o trzech, bo one się wiążą z Narodowym Funduszem czyli naszym płatnikiem. To jest trudna wojna z płatnikiem. Jak państwo widzicie łączna wartość roszczeń NFZ w stosunku do nas to jest 1.667.000 zł. Tyle Fundusz chce od szpitala za kary umowne tylko w trzech sprawach. To nie jest prosta sprawa. Tylko chcieliśmy pokazać informacyjnie, żebyście państwo wiedzieli, że toczą się jakieś sprawy, jakby coś się wydarzyło nie po myśli szpitala, że takie środki i gdzieś tam toczą się sprawy w sądach. Chciałbym przekazać głos, jest drugi temat, którym mówi pan dyrektor, to co było nadzieją powiatu”.

p.o. Dyrektor Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Piotr Zachariasiewicz** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Projekt 10.1 wymaga osobnej analizy i osobnej informacji przekazanej państwu, bo to jest ogromna szansa dla szpitala i drugi taki raz środków nie da się pozyskać ze względu na kończenie się różnego rodzaju dofinansowania z Unii Europejskiej. Natomiast, czy to jest obecnie szansa czy zagrożenie, spróbujemy na to odpowiedzieć w dalszej części. Na początku warto powiedzieć, jaki był początek programu 10.1 i zaczniemy od jego przygotowania, od wyboru architekta, który zaprojektować miał program funkcjonalno – użytkowy. Zebrano 3 oferty na kwotę od 22.000 zł do 28.000 zł i wybrano ofertę najtańszą. Natomiast ostateczna faktura, która została wystawiona za przygotowanie tego projektu, to jest kwota 32.000 zł. Wnioski same nasuwają się i niech każdy odpowie sobie, w jaki sposób zostało to

przygotowane, czy firma, która została wybrana, miała odpowiednie doświadczenie. Projektowała budynki mieszkalne, budynki usługowe, różnego rodzaju sama salony samochodowe, ale czy miała jakiegokolwiek doświadczenie w medycynie, w szpitalnictwie. Ja takiego nie znalazłem. Może właśnie z tego wynikało to, co dalej się stało naprawdę z projektem 10.1, ponieważ zapomniano i nie ujęto w tym programie rzeczy, które muszą być zostać zlikwidowane ze względu na takie, a nie inne zaprojektowanie programu funkcjonalno – użytkowego, m.in. apteki szpitalnej, na której obecnym miejscu miałyby się znaleźć ginekologia i położnictwo. Zapomniano o tym, że jeżeli okulistyka zostanie przeniesiona, to nie będzie posiadała własnej sali operacyjnej, a co za tym idzie wszystkie zabiegi musiałyby być na bloku operacyjnym, gdzie zaprojektowano kolejną salę. Nie ujęto również takich rzeczy, jak pionów wodno-kanalizacyjnych czy elektryka, jak również zgodności samego projektu, który został przygotowany z przepisami sanepidu, co za tym idzie program funkcjonalno – użytkowy nie spełnia przepisów Ministra Zdrowia i taki, jaki został przygotowany, nie uzyskałby akceptacji ani sanepidu, bhp ani p.poż. a co za tym idzie, brak jest możliwości realizacji projektu w zakresie przygotowanym przez architekta, który go projektował. Nie ujęto w samym programie – jak już wspomniałem wcześniej – ani pionów wodno-kanalizacyjnych, ani instalacji elektrycznej, która jest naprawdę w fatalnym stanie. Są aluminiowe przewody, które powodują to, że sprzęt medyczny, m.in. na neonatologii, po prostu się pali. W ostatnim tygodniu spaliły się dwa inkubatory. Źle mówię, nie spaliły się, tylko zepsuły się, bo było przepięcie elektryczne. Natomiast stan infrastruktury z szpitala powoduje to, że musi to być poprawione, musi być uzupełnione. Proszę zobaczyć, jak wyglądają rury, pod które miały być podpięte nowe łazienki, które zostały zaprojektowane m.in. na chirurgii ogólnej. Jeżeli wiele nowych łazienek zostałoby wpiętych, to tak naprawdę wszystko by się pozatykało. Nie można projektować poprawy infrastruktury szpitala bez tego serca, bez tych pionów, o których ten projekt tak naprawdę zapomniał.

Popatrzymy na coś bliższego nam, na pracownię rezonansu magnetycznego, która również w projekcie 10.1 jest ujęta. Miała być umiejscowiona w pomieszczeniach starej pralni, która nie ma żadnego kontaktu z pozostałą częścią szpitala. Jediną drogą dostępu do pięknej, nowoczesnej pracowni rezonansu magnetycznego byłaby tak naprawdę piwnica. Myślę, że pacjent, który wyjechał łóżkiem szpitalnym albo miałby się dostać do takiej pracowni przez tego typu piwnicę od razu powiedziałby, że nie chce tam iść, bo jeśli usługi medyczne w nowoczesnej pracowni będą wyglądać jak ta droga dostępu, to od razu by zrezygnował. Szanowni państwo, jaka jest realna wycena wszystkich rzeczy, które zostały ujęte w programie 10.1. M.in. była to przebudowa Chirurgii Ogólnej, Oddział Kardiologii na Oddziale Wewnętrznym, przeniesienie i przebudowa Ginekologii i Położnictwa, Bloku Operacyjnego, Zakładu RTG, sterylizacji, laboratorium, rezonansu i windy. W projekcie 10.1 ta część budowlana jest wyceniona na 4,5 mln zł, natomiast taka realna wycena przez architekta, który ma bardzo duże doświadczenie w szpitalnictwie, bo od 20 lat projektuje inwestycje medyczne, to jest 11,5 mln zł. Jak widać różnica tylko i wyłącznie w zakresie robót budowlanych, które zostały tam ujęte, to jest ponad 7,5 mln zł. Ale projekt 10.1 to nie są tylko i wyłącznie te koszty, które przed chwilą przedstawiłem, ponieważ ten cały ruch oddziałami i przenoszenie ich z piętra na piętro powoduje, że są rzeczy, które nie zostały ujęte w programie 10.1. Przeniesienie apteki, jej wybudowanie kosztowałoby 1,3 mln zł, przeniesienie okulistyki i wybudowanie bloku operacyjnego na oddziale w innym miejscu to jest kolejne 1,7mln zł. Winda do pralni, gdzie miała stać Pracownia Rezonansu Magnetycznego, która również nie jest ujęta w programie 10.1, to kolejne 250.000 zł. Jak to wszystko razem podsumujemy, to kolejne 3,3 mln zł nie jest ujęte w programie 10.1, a te pieniądze należałoby znaleźć, aby realizacja programu 10.1 mogła dojść do skutku. Ile tak naprawdę kosztuje nas wszystko to, co przedstawiliśmy państwu, realną wycenę programu 10.1 z brakującymi kwotami. Jeżeli podsumujemy całość, to łączny koszt całej realizacji

programu 10.1z rzeczami, które zostały zapomniane, czyli z pionami wodno-kanalizacyjnymi i instalacją elektryczną to kwota 26.000.000 zł. Brakująca kwota to 21.500.000 zł. Ale niestety – szanowni państwo – to nie wszystko, bo zakup części sprzętu z programu 10.1 również wpływa na koszty poniesione przez szpital. Jeżeli będziemy mieć pracownię rezonansu magnetycznego, to utrzymanie rezonansu również kosztuje 250.000 zł rocznie. kontrakty serwisowe to kolejne 1,2 mln zł, które szpital będzie musiał ponosić na przestrzeni lat, jak Pracownia Rezonansu już będzie. Przypomnę tylko, że kontraktowanie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego było w listopadzie 2018 roku i szpital do takiego kontraktowania nie przystąpił ze względu na to, że nie miał działającej pracowni rezonansu magnetycznego, tej pracowni, która została wpisana do rejestru wojewody z niewiadomych przyczyn. W przypadku rentgena wymyślono, że zostanie zakupiony rentgen ze skopią. Skopia to jest tor wizyjny, dzięki któremu można sprawdzić, jak szczelne jest połączenie wykonanej operacji chirurgicznej. Taki rentgen to jest jakieś 1,5 mln zł, a w 2018 roku wykonano raptem 3 takie badania. Zatem jest pytanie o zasadność tego typu usługi, bo za kwotę 600.000 zł można było kupić naprawdę przepiękny rentgen z zawieszeniem sufitowym, który spełniałby, a nawet przewyższał by to, co jest wykonywane obecnie w szpitalu i miałby zdecydowanie lepszą funkcjonalność. Czy to, co mówimy, ma potwierdzenie w faktach? Ależ oczywiście, że ma. Ogłoszono i unieważniono trzy przetargi na wyłonienie wykonawcy robót budowlanych. Przypomnę, że kwota, która była przeznaczona na roboty budowlane, to 4,3 mln zł. W pierwszym przetargu nie było ofert, w drugim przetargu przystąpiła firma, która złożyła ofertę na 16,5 mln zł, więc była znacznie przekroczona kwota, w trzecim przetargu firma złożyła ofertę na 12,9 mln zł i pomimo nierozstrzygnięcia trzech przetargów nikt nie podjął żadnych działań ani czynności weryfikacyjnych. Po prostu ogłoszono przetarg za przetargiem i nic więcej. Ile te idee i ten zarząd tak naprawdę kosztował wcześniej, to macie państwo obraz.

Poprzednio była prośba ze strony radnego, aby pokazać, jakie były koszty zarządu na przestrzeni lat. Jak państwo widziecie rosły i to znacznie. W 2018 roku, gdyby wszyscy pracownicy dyrekcji nie byli nie na zwolnieniu L4 (bo jeden z dyrektorów prawie 180 dni w roku przebywał na zwolnieniu lekarskim) koszty zarządu wyniosłyby 971.000 zł, prawie 1.000.000 zł. Poproszono nas również, aby pokazać jakie będą miesięczne koszty zarządu nowego szpitala, bo państwo wiecie, że ograniczyliśmy już ilość dyrektorów. Miesięczne koszty zarządu w 2018 roku, jakby to zliczyć i podzielić na 12 miesięcy, to jest ponad 80.000 zł. Według miesięcznych kosztów nowej dyrekcji w ujęciu również z panem doktorem **Dariuszem Jorgiem** to jest 58.000 zł. Różnica jest znaczna.

Na koniec tego podsumowania chcielibyśmy jeszcze pokazać informację, że szpital posiadał również umowę ryczałtową na obsługę graficzną, która rocznie kosztowała ponad 60.000 zł. Możemy sobie zadać pytanie, czy rzeczywiście stać było szpital, aby wydatkować kolejne 60.000 zł przy tych wszystkich rzeczach, które państwo pokazaliśmy”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Proszę państwa, tak jak mówiłem, nie jest naszym zadaniem ocena czegokolwiek lub kogokolwiek. My chcemy ocenić stan rzeczywisty, z czego startujemy, dokąd chcemy zmierzać i stąd ten slajd, który wskazuje różne drogi, które można przyjąć przy systemie prowadzenia jednostek publicznych. Jedni uważają, że trzeba dbać o spokój społeczny, inni realizują sabotaż, a my uważamy, że należy zająć się zarządzaniem, które jest pomiędzy spokojem społecznym i sabotażem, bo w środku jest zarządzanie. Właściwe zarządzanie to jest to miejsce, w którym powinien być szpital, wolne od polityki, zgodnie realizujące zadania i cele, które nakreśla Rada Powiatu i Starosta i taki cel mamy przed sobą, w związku z czym

chcemy powiedzieć, co chcemy zmienić w szpitalu. Oczywiście nie będziemy mówić o szczegółach, będziemy na bieżąco z państwem w kontakcie, jesteśmy cały czas do dyspozycji, w każdej sprawie, ale także apeluję do państwa, abyśmy wspólnie i zgodnie z całą Radą pracowali i rozwijali służbę zdrowia na terenie powiatu. To jest naczelnym celem, żaden atak, a one są bardzo łatwe, zwłaszcza przy zdrowiu i nie powodują zwiększenia naszej marki na zewnątrz. Natomiast wspólna promocja, nie siebie, bo ani pani dyrektor, ani ja, ani pan dyrektor żadnej promocji nie potrzebujemy. Naszą promocją ma być praca wynikająca z celów, które państwo stawiacie przed nami.

Proszę państwa, kolejny krok to restrukturyzacja części organizacji i zasobów kadrowych. Podjęliśmy już część ruchów nie czekając na dzisiejszą sesję. Połączyliśmy Dział Statystyki i Kontraktowania (to ten dział, który specjalnie powstał do kontraktowania i pierwszy konkurs tego roku, to konkurs przegrany na te 3.000.000 zł) z Działem Organizacyjnym i Pozyskiwaniem Środków i Akredytacją. Likwidacja zbędnych komórek organizacyjnych, bo takich komórek organizacyjnych jest ileś tam. Jak państwo wiecie, podjęliśmy także decyzję o zmniejszeniu ilości członków zarządu szpitala. Nie chcę tego komentować, natomiast uznaliśmy, że ten skład, który przedstawił pan dyrektor, jest składem wystarczającym do realizacji zadań, które stoją przed Szpitalem Powiatowym. Restrukturyzacja zatrudnienia będzie głównie dotyczyć ostatnio zatrudnionych czyli nie będziemy zwalniać, nie przedłużamy umów zawartych na czas określony od 3 do 6 miesięcy. Myślę, że więcej zmian organizacyjnych, którymi się wszyscy denerwują, nie będzie. Jesteśmy w dobrym kontakcie ze związkami zawodowymi, każdą rzecz oczywiście będziemy konsultować z władzami powiatu, ale także z organizacjami związkowymi. Muszę powiedzieć, że nie było żadnego problemu z pożegnaniem dwóch zastępców dyrektora. Jeden, który odpowiadał za finanse, a drugi za część techniczną zadania 10.1. Efektywne wykorzystanie kadry medycznej poprzez organizację i tutaj jest duże pole do popisu, które chcielibyśmy zrealizować.

Restrukturyzacja organizacji zasobów kadrowych. Jak państwo widzą, połączono Dział Statystyki i Kontraktowanie. Dwa niezależne działy połączono w jeden pod jednym kierownikiem – likwidacja jednego stanowiska kierowniczego. Dział Zarządzania Zasobami Ludzkimi przeszedł pod dyrektora. W związku z tym, że jest mniejsza ilość dyrektorów, zmieniła się też odpowiedzialność poszczególnych członków zarządu. Powstał nowy dział, a on oczywiście jeszcze technicznie nie jest ogłoszony, ale połączyliśmy dwa działy w jeden duży dział administracyjny – organizacyjny z dwóch działów które dotychczas funkcjonowały. Zlikwidowaliśmy Dział Kontroli Wewnętrznej, bo takiej kontroli nie było. Dział Informatyki wejdzie do pionu pana dyrektora. Zlikwidowaliśmy stanowisko jednego dyrektora, ginie także drugie i ginie trzecie. To jest ten skład zarządu, który przedstawiał pan dyrektor szpitala. Tak będzie wyglądać nowy schemat organizacyjny, który przedstawiliśmy państwu i Radzie Społecznej, bo trzeba zmienić kilka dokumentów, które obowiązują szpital do zmian, które trzeba przeprowadzić.

Racjonalizacja kosztów. Obniżenie kosztów hospitalizacji poprzez skrócenie czasu pobytu pacjentów. To nie hasła, tylko zmiana technologii leczenia i zmiana systemu leczenia, na przykład z operacji otwartej na operacje laparoskopowe. To skrócenie czasu pobytu pacjentów średnio o 2 – 3 dni. Wykonanie diagnostyki w trybie ambulatoryjnym – to znaczy, że nie będziemy przyjmować, tak jak dotychczas, pacjentów nie wiadomo skąd do diagnostyki w ramach hospitalizacji. Część taka testowa, analityczna powinna się odbywać w części poradnianej i tam powinien być przygotowany pacjent do leczenia w hospitalizacji. Zmiana organizacji zabezpieczenia szpitala w godzinach poza ordynackich. To jest zapowiedź tego, co wyszło aktualnie w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, czyli w perspektywie, myślę, że od lipca będzie możliwość, aby szpital uzgadniał ze szpitalami sąsiednimi system dyżurów ostrych i tępych. Myślę, że także z państwem czy z Komisją Zdrowia będziemy rozmawiali o tym, czy będziemy wchodzić w ten system, a jeśli tak, to z którym szpitalem. Dostosowanie

składu personelu do wymogów stawianych przez NFZ, to znaczy, żebyśmy w każdym zakresie nie płacili kar nie wiadomo za co do Funduszu, a dostosowali dokładnie portal, ale także i faktyczny stan ilości personelu białego do wymogów Narodowego Funduszu Zdrowia. Kolejne zadanie to wprowadzenie opłacalnych procedur wysokospecjalistycznych (to już mówiłem przy części chirurgicznej, ortopedycznej, ale także i ginekologicznej). To wszystkie te elementy spowodują znaczące zwiększenie rentowności oddziałów i jakości usług, bo wraz z podejściem rozszerzy się wachlarz usług medycznych, które będą realizowane przez personel. Racjonalizacja kosztów, zmiana procesu hospitalizacji z trybu wielodniowego w tryb jednodniowy, tam gdzie on jest możliwy ze względów medycznych. Mówię o drobnych zabiegach w chirurgii, zabiegach w ginekologii, gdzie czas zabiegu trwa od 5 do 15 minut (w tym jest też zabieg zaćmy). Słyszałem, że było takie pytanie na ostatniej sesji i odsyłam do konsultanta krajowego, który wskazuje, w jakim trybie powinny pracować powiatowe oddziały okulistyki. Myślę, że konsultant krajowy dał dokładnie wytyczne. W związku z tymi wytycznymi chcę zwrócić uwagę, że płatnik czyli ten, który płaci, podjął decyzję o obniżeniu płatności za zaćmy dla wszystkich podmiotów, które realizują zabieg zaćmy w trybie dwudniowym. Być może, że taki zapis dotknie nas jeszcze mocniej, bo od 1 stycznia będą przeliczane zaćmy przez wskaźnik 0,9, czyli o 10% spadnie rentowność z tego powodu, że realizowaliśmy zaćmy w trybie dwudniowym, a nie w jednodniowym, zalecanym przez płatnika i konsultanta krajowego. Likwidacja procesu nierozliczenia hospitalizacji poniżej 14 dni i zmiana organizacji Diagnostyki Obrazowej oraz reorganizacja pracy laboratorium, obniżenie kosztów zakupów wyrobów medycznych – to także da zwiększenie rentowności oddziałów, ale zarazem jakości usług realizowanych przez szpital. Poprawa jakości to wypełnienie zawartych umów z NFZ świadczeniami medycznymi, a nie markowanie świadczeń medycznych, to realizacje nadwykonań w procedurach medycznych płaconych przez Narodowy Fundusz w 100% i dotyczy to zaćmy, endoprotez, ale także świadczeń realizowanych przez OIOM. odzyskanie utraconych kontraktów dotyczących rehabilitacji, pozyskanie nowych kontraktów na TK. Jak państwo wiecie, jesteśmy po rozstrzygnięciu i pierwszy raz szpital wygrał konkurs na TK. To się działo już za naszych czasów. Szpital będzie właścicielem kontraktu na własnym tomografie, przegrał z nami „Helimed”. Mamy nadzieję, że uda nam się zakontraktować rezonans magnetyczny. Pan dyrektor mówił o tym kłopotcie, który sami sobie wymyśliliśmy, nie startując na kontraktowanie rezonansu magnetycznego i znów posłużył się Czeladzią. Wszyscy wiedzieli, że ogłoszenie konkursu będzie na jesieni zeszłego roku. Czeladź w ciągu półtora miesiąca znalazła bez środków finansowych rezonans, wybudowała miejsce i zdobyła kontrakt. To znaczy, że można było to zrobić, czekając aż realizacja zadania własnego zostanie zrealizowana. Realizacja procedur w pakiecie onkologicznym. Zatrzymam się chwilę na przy tym, co można, bo ktoś powie „mamy ryczałt i nic nie można więcej”. To nie jest prawda, pacjent onkologiczny jest płacony obok ryczałtu, ale jeżeli my w onkologii nie robimy nic, to nie znaczy, że obok ryczałtu nie możemy nic robić. Obok ryczałtu płacone jest odrębne kontraktowanie. W ryczałcie są oddziały Okulistyki i Ortopedii, ale zakresach zaćmy i endoprotezy można zrobić, ile się chce. No to jak można zrobić, ile się chce, oczywiście nie w taki sposób jak tutaj pokazałem, to można zacząć mieć środki finansowe na to, żeby zrealizować kosztowne oddziały. To też trzeba sobie powiedzieć, że są oddziały i procedury, do których trzeba dopłacić, ale tak trzeba ułożyć wagę szpitala, aby mieć zdobyć środki finansowe, dobrze zapłacić lekarzom i pielęgniarkom czyli personelowi białemu i żeby jeszcze zostało, żeby ktoś czyli powiat nie musiał dopłacać.

Poprawa jakości. Jednym z elementów jakości jest rozszerzenie wachlarza usług medycznych i tutaj jest cała gama tego cośmy omawiali, ale także stworzenie ścieżki, bo wszyscy wiemy, że nie wszystko może być zrealizowane w szpitalu powiatowym i nie będziemy nigdy szpitalem, który zrealizuje wszystko, np. radioterapię. Nie będziemy realizować radioterapii,

co oznacza, że musimy taką ścieżkę przygotować dla pacjent, aby przychodząc do szpitala wiedział, gdzie ma się zgłosić, kto go obsłuży i żeby nie musiał się już nikogo prosić. Mamy wypracować ścieżki dla tych usług, które nie będą realizowane przez Szpital Powiatowy. Skrócenie kolejek na endoprotezy i zaćmy, przygotowanie do realizacji i zwiększenie efektywności pracy SOR, co myślę, że wszystkim leży na sercu jak najbardziej. No i akredytacja oddziałów i rozpoczęcie realizacji specjalizacji, akredytacja Ginekologii i Położnictwa, anestezjologii, medycyny rodzinnej oraz zwiększenie miejsc specjalizacyjnych na okulistyce i chirurgii oraz tworzenie warunków i zachęt dla lekarzy specjalizujących się w naszym szpitalu.

Ostatni nasz punkt – następne przygotowanie wniosku 10.1. To trudne zadanie, musimy tak przerobić ten wniosek, żeby to, co szykowano przez okres 2 lat, zrobić w 2 miesiące i dogadać się z płatnikiem czyli Sejmikiem, aby wszystkie te zmiany, które zaproponujemy, zostały przyjęte i żeby dopłata, która będzie wynikała z tego projektu i z całej koncepcji nie wynosiła tyle, ile wskazał pan dyrektor, a była jak najmniejsza i żebyśmy umieli skorzystać z po pierwsze z całości środków finansowych przydzielonych i stworzyć alternatywny projekt, który da radę zrealizować. Mam nadzieję, że jesteśmy już po kilku spotkaniach, pracuje w szpitalu z prawdziwego zdarzenia architekt, który został zatrudniony na pół etatu. Jego głównym zadaniem jest realizacja i poprawa wszystkiego tego, co zostało źle zaprojektowane. Mam nadzieję, że gdzieś do wakacji uda nam się skończyć całą dokumentację, a zarazem negocjacje z Urzędem Marszałkowskim. Kończąc, najlepszą metodą przewidywania przyszłości jest jej tworzenie. Przyszliśmy państwu pomóc stworzyć przyszłość wspólnie z państwem. Mam nadzieję, że wspólnie osiągniemy to, czego państwo oczekują dla mieszkańców powiatu zawierciańskiego. Proszę państwa, przyszłość zaczyna się dziś, nie jutro, dlatego my już zaczęliśmy pracę zmieniając rzeczywistość. Dziękuję serdecznie”.

Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc** podziękowała za przedstawienie wyczerpującej informacji na temat sytuacji Szpitala Powiatowego w Zawierciu i planów związanych z jego dalszym funkcjonowaniem.

Mariusz Piotrowski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Ja mam pytanie na temat przychodów. To była jedna z pierwszych stron prezentacji. Czy te przychody się zwiększyły, ponieważ placówki zostały połączone i dlaczego nie zostało tym nic powiedziane, jeśli tak jest. Chodzi o rok 2017 i rok 2018. I chodzi też o to, że nic nie było powiedziane w tej informacji odnośnie połączenia placówek medycznych w Zawierciu”.
(**Małgorzata Benc** stwierdziła, że – ile dobrze pamięta – połączenie placówek nastąpiło we wrześniu 2017 roku). „Ale przychody właśnie bardzo wzrosły z 2017 roku na 2018”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Już pana odpowiadam. Oczywiście my głównie oceniliśmy nie całą pracę kogoś na przestrzeni lat. Przychody pokazaliśmy na przestrzeni lat i oczywiście w 2017 roku, kiedy powstała decyzja o połączeniu, połączyły się przychody ZLA i szpitala i to jest ten pierwszy skok. Drugi, jak pan wie, nie wynika z tego, że zdobyliśmy nowe kontrakty. Tylko wprowadzone zmiany dotyczące finansowania, tzw. „zembalowego” u pań pielęgniarek oraz wprowadzenie dodatkowej płatności za etaty lekarskie, czyli najniższy poziom płatności lekarzy 6.750 zł, to czynniki, które znacząco podniosły przychody, bo są duże zasoby ludzkie. Nie wynika to z nowych kontraktów, które zawarł szpital”.

Mariusz Piotrowski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Moje pytanie jest takie. To wszystko jest pod szpitalem. Czy też przychody miały wpływ czy po prostu przychody tych placówek wzięliśmy do tego budżetu”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Oczywiście, że tak. Zwiększyły się w 2017 roku, bo były połączone przychody ZLA oraz szpitala. Zwiększyły się też koszty, natomiast chcę zwrócić uwagę, że przyłączenie ZLA, nie będę oceniał samego procesu połączenia, natomiast ZLA posiadało wynik dodatni i kontrakt ok. 9 do 10 mln zł, jak ja pamiętam, więc o tyle zwiększyły się przychody, ale zwiększył się również zysk szpitala kosztem ZLA, bo zysk przeszedł do szpitala. Zresztą jak widać z danych, które przedstawialiśmy, my oceniliśmy tylko rok 2018. ZLA dalej otrzymuje wynik dodatni, jak pan widział, szpital zdołał w ciągu roku 4,3 mln zł”.

Mariusz Piotrowski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Czy na ilość zatrudnienia, które się mocno powiększyło, też wpłynęła właśnie ilość ludzi zatrudnionych przez to, że te placówki zostały połączone”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Jak pan widzi, to nie dotyczy połączenia placówek ZLA ze szpitalem. Stan na dzień 31 grudnia 2017 i stan na dzień 31 grudnia 2018 nie ma nic wspólnego z połączeniem ZLA”.

Stanisław Dąbrowa(treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Pani Przewodniczący, szanowni państwo, panie Dyrektorze, podobało mi się wystąpienie, życzę powodzenia i bardzo dużej konsekwencji i determinacji, bo to wcale takie proste w realizacji nie będzie. Natomiast mam obawy o wniosek 10.1 dlatego, że musiałby nowy konkurs być rozpisany dlatego, że została umowa podpisana. Chyba, że taki konkurs będzie rozpisany. Natomiast robienie wniosku po podpisaniu umowy między Urzędem Marszałkowskim a szpitalem powiatowym nie wydaje mi się, że to jest takie łatwe do zrealizowania. natomiast nie wyobrażam sobie, żeby państwo zrezygnowali z realizacji tego wniosku 10.1. Tutaj chciałbym jakby usłyszeć, że na pewno nie będziecie rezygnować z realizacji tego wniosku”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Zgadzam się z panem w 100%. Nic co jest trudne, nie jest łatwe, to prawda. Każda zmiana – i ma pan rację – wywołuje zmianę oceny tego wniosku. Natomiast nie trzeba powtarzać konkursu. Tak przygotujemy koncepcję, aby móc realizować ten wniosek. Powiem tak: jednoznacznie popieram to, co pan powiedział, tych środków nie można stracić. Zrobimy taką zmianę, która – po pierwsze – pozwoli zrealizować ten wniosek w całości i skorzystać z tych środków, bo jak są już, to trzeba skorzystać. Spotkamy się także z państwem na tym etapie, żeby powiedzieć co się dzieje. W części sprzętowej nie będzie problemu, nie powinno być żadnego problemu, już podpisaliśmy aneksy, bo już były rozpisane sprzęty, każdy kolejno,

a teraz to mamy w grupie, co pozwala nam trochę na manewry dotyczące sprzętu. Natomiast głównym problemem jest część budowlana. Jeżeli będziemy na tyle gotowi po rozmowach, oczywiście państwa poinformujemy. Nie chciałbym teraz na etapie rozmów mówić o kuchni, bo myślę, że to nie jest miejsce, aby mówić o kuchni rozmów, które są prowadzone”.

Leszek Kalaga (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Panie dyrektorze, przede wszystkim życzę Wam wszystkiego najlepszego i chciałbym, żeby opinia o tym szpitalu w Zawierciu się zmieniła, bo powiem panu dlaczego. Jak do mnie się zgłaszają wyborcy i ludzie mówią: *„Leszek, dlaczego my się boimy iść do tego szpitala w Zawierciu, a ludzie idą do Dąbrowy, do Czeladzi, wszędzie, bo się boją”*. Nie wiem, czy taki personel jest? Jeden pacjent mi mówił: *„Jak ja pójdę do gabinetu i doktor czyta gazetę, już nie powiem jaką i albo mnie słucha albo nie słucha, co mówię”*. To jak będziemy mieć takich dziadków – za przeproszeniem – bo to był lekarz podeszłym wieku, to nigdy opinii dobrej o szpitalu nie będzie. A tak naprawdę nam rannym zależy, żeby ten szpital był normalny jak w Dąbrowie Górniczej, w Czeladzi, chociaż na tym samym poziomie. Ja nie chcę, żeby ludzie mi mówili, że ja wolę iść do Czeladzi czy gdzieś. A czemu. panie doktorze. tak jest? Dlatego, tak jest bo ci lekarze, którzy coś naprawdę potrafili robić, są dzisiaj w Dąbrowie, w Czeladzi. Jak zaćmę robią za jeden dzień, to do tego żeśmy dopuścili, że ci lekarze odeszli. Tutaj musimy budować autorytety i życzę wam wszystkiego najlepszego”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Oczywiście zgadzam się z panem w 100% i przechodząc, trochę żartobliwie powiem, że jeśli starszy pan czyta gazetę, to jeszcze nie jest źle, bo dobrze widzi. Zgadzam się z panem, my znamy te opinie, słyszeliśmy także od władz powiatu, jakie cele przed nami stawiają władze powiatu. To głównie poprawa jakości leczenia, nie zysków, jakości leczenia. Takie zadanie dostaliśmy od powiatu. Dobrze, że pan wspomina szpital w Czeladzi, 2 lata temu opinia o nim była taka sama, to znaczy że da się na przestrzeni czasu zmienić obraz szpitala i mam nadzieję, że przy państwa wsparciu, ale także wspólnym działaniu, uda nam się to zrobić dla państwa społeczeństwa”.

Maria Milejska (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Ja również gratuluję wystąpienia, prezentacji i myślę, że ciężkiej pracy włożonej w to, żeby przeprowadzić wszystkie analizy. Natomiast byłabym bardziej zadowolona, żeby mniej politycznie była zrobiona. Sam pan wspominał na początku, żebyśmy nie politykowali na szpitalu i bardzo mi się to podobało, bo zawsze jestem tego zdania, że tę placówkę trzeba zostawić z boku i polityki na niej nie uprawiać. Natomiast gdybyście państwo przedstawili wszystkie informacje, jakie są, byłabym bardzo zadowolona. To byłoby odniesienie prawdziwe. Podam tylko przykład, żeby nie przedłużać, bo mamy Wielki Tydzień i myślę, że w ogóle nie czas na takie rozmowy, ale pewno przyjdzie czas. Mówimy o ryczałcie w roku 2018 i jego wykonaniu. Podał pan drugie półrocze, a nie podał pan odniesienia do całości roku 2018, bo ryczałt był wykonany jak należy Nic się nie stało, Fundusz zapłacił tyle, ile potrzeba”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Ma pani rację. W pierwszym półroczu wykonanie było większe. Natomiast nie wykonano ryczału w 100%, jak pani mówi, tylko w 98%, czyli 2% można policzyć w skali. Powiem pani, dlaczego pokazaliśmy drugie półrocze. Przepisy Ministra Zdrowia obowiązujące w tamtym czasie mówiły o tym, że przelicza się ryczałt co pół roku i w zależności od oceny półrocza podejmuje się decyzję o wartości ryczału w przyszłym roku. I tylko dlatego pokazaliśmy drugie półrocze. Pierwsze zamknęło się oczywiście innym wynikiem. Łącznie wykonano 98%, nie wykonano 2% ryczału”.

Maria Milejska (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Niemniej jednak finansowanie było zgodne z ryczałem przy 98%” (**Dariusz Jorg** ponownie podkreślił, że nie wykonano 2%). „Jeżeli jest 98% wykonania, to Fundusz nie zabiera żadnych środków”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Jeszcze raz przypominam pani radna. Zgodnie z przepisem, który obowiązywał w roku 2018, ocena realizacji ryczału była ocena półroczną, a nie roczną. Dzisiaj pani mówi z perspektywy czasu, bo dzisiaj, na wniosek zresztą szpitali powiatowych, wójtów, starostów i prezydentów miast, zmieniono przepis co do systemu rozliczeń. W drugim półroczu 2018 roku nikt tego nie wiedział”.

Maria Milejska (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„I to się zgadza. Kolejna sprawa, jeżeli chodzi o cennik badań, 35 zł to cena za jakies zdjęcie rentgenowskie” (**Dariusz Jorg** uzupełnił, że za zdjęcie podstawowe). „Co to znaczy podstawowe?” (**Dariusz Jorg** oświadczył, że w tej chwili nie pamięta szczegółów). „Pewnie 35 zł kosztuje RTG płuc. Ile kosztuje rentgen kręgosłupa. W prezentacji była kwota 35 zł i że szpital nienależnie wylicza koszty”. (**Dariusz Jorg** oświadczył, to prawda. Jeżeli radna potrzebuje specjalistyczne dane z podziałem na poszczególne prześwietlenia RTG, to bez problemu zostaną one przygotowane). „Dziękuję. Następnie wspomniał pan o hospitalizacji z przerwą krótszą niż 14 dni. Wspomniał pan również, że doświadczeni lekarze wiedzą, jak to zrobić, żeby było dobrze. No, ja bym tak nie robiła”. (**Dariusz Jorg** stwierdził, że jego wypowiedź została źle zrozumiana). Jeżeli pacjent chory na to schorzenie podstawowe, przyjęty jest do szpitala ponownie w krótszym okresie z tą samą jednostką chorobową, to trudno mu zmieniać, żeby dostać... może nie będę kończył”. (**Dariusz Jorg** oświadczył, że dobrze, iż ta wypowiedź nie jest kontynuowana, bo niezgodna z tym, co powiedział. Powiedział, że jeśli jest inna jednostka chorobowa, to wtedy lekarz powinien wpisać inną jednostkę chorobową). „Jeżeli jest”. (**Dariusz Jorg** stwierdził, że nie przerywał wypowiedzi swojej przedmówczyni, i poprosił, aby również nie przerywać jego wypowiedzi, tym bardziej, że – jak radna wcześniej wspominała – jest Wielki Tydzień i wypadałoby pozwolić mu wypowiedzieć. Następnie oświadczył, że jego wypowiedź dotyczyła innej jednostki chorobowej (co można odsłuchać), a dokładnie o sytuację, gdy jest inna jednostka chorobowa, a lekarz z automatu napisał poprzednią jednostkę chorobową. To jest błąd lekarski i tylko o tym powiedział. Stwierdził, że nie zgadza się z tym, co radna próbuje mu insynuować. Jeżeli pacjent przychodzi z tą samą jednostką chorobową, chodzi np.

o reoperację, to trzeba przyjąć tą samą jednostkę chorobową). „No i mamy wyjaśnione. Dziękuję bardzo i jeszcze się odniosę do okulistyki. Myślę, że ten temat poruszaliśmy na poprzedniej sesji nie zostało to wyjaśnione. Nie została również wyjaśniona strata na sprzedaży w szpitalu i o amortyzacji nic nie powiedzieliśmy, jaki miała wpływ na tę stratę na sprzedaży, więc te dwa tematy bardzo mnie interesują”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Jak pani zauważyła, strata na szpitalu, którą żeśmy wskazali na części operacyjnej, czyli tzw. części medycznej wyniosła 4,3 mln zł”. (W celu dobrego zrozumienia tematu **Maria Milejska** po prosiła o wyjaśnienie, czy mowa jest o części operacyjnej czy sprzedaży, jeżeli chodzi o rachunek zysków i strat). „O sprzedaży. Strata wynosiła 4,3 mln zł. Na następnym slajdzie w związku z państwa życzeniem zdjęliśmy część amortyzacyjną i wtedy strata spadła chyba na 3,3 mln zł. Musiała pani chyba w tym czasie rozmawiać z kolegą i nie zauważyła pani tego slajdu. W prezentacji był slajd co do okulistyki. Oczywiście, że mogę wyjaśnić. Zalecenia konsultanta krajowego oraz Narodowego Funduszu Zdrowia i rozporządzenie dotyczące systemu finansowania okulistyki wskazuje, że płanik uznał, że system świadczenia usług w oddziałach, w których podstawowym elementem zabiegowym jest zaćma i zabieg trwa około 15 minut, to powinna być realizowana w trybie jednodniowym. Większość szpitali już w poprzednich latach przeszła w tryb jednodniowy, zachowując oczywiście drugą część kontraktu na hospitalizację. Według konsultanta krajowego wszystkie oddziały powiatowe powinny realizować tylko świadczenia podstawowe dla mieszkańców, czyli zaćmy i drobne elementy, które są realizowane tylko w znieczuleniu miejscowym. Praca powiatowych oddziałów powinna się zamykać w terminie jednodniowym, w związku z czym wprowadzono rozporządzenie, że dla szpitali, które realizują ten tryb jednodniowy, środki finansowe będą przeliczane według wskaźnika 1,0 czyli będzie taka sama wartość kontraktu. Natomiast dla tych, którzy będą pracować w trybie dwudniowym świadczenie spada o 10% czyli będzie płacone według wskaźnika 0,9”. (Podsumowując, **Maria Milejska** stwierdziła, że jest mowa o trybie hospitalizacji w ciągu jednego dnia, a nie mówimy o powszechnie rozumianej chirurgii jednego dnia, co w tym momencie jest zrozumiałe). „Hospitalizacja w trybie jednodniowym to nie jest chirurgia jednego dnia”. (**Maria Milejska** stwierdziła, że trzeba było to wyjaśnić, bo wszyscy zrozumieli, że oddział został przekształcony. Dodała również, że w sieci nie ma chirurgii jednego dnia i nie można jej mieć). „Nie chcę poprawiać błędów, które padły na ostatniej sesji. Zmiana systemu hospitalizacji z trybu dwu- czy trzydniowego na system hospitalizacji w trybie jednodniowym, nie wymusza żadnej zmiany ani podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia ani żadnej zmiany w rejestrze Wojewody”.

Maria Milejska (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Tak, dokładnie, nie jest to komórka, nie to nie jest to chirurgia jednego dnia. Natomiast mam kolejne pytanie. Regulamin organizacyjny nie był zmieniany” (potwierdzenie tego faktu przez **Dariusza Jorga**) W regulaminie organizacyjnym Oddział Okulistyczny zapewnia całodobową opiekę specjalistyczną, pełni całodobowy dyżur lekarski. Jest taka informacja na stronie internetowej szpitala. Okazało się, że nie będzie już dyżuru w Oddziale Okulistycznym, a nie zmieniliście państwo podstawowych dokumentów placówki”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Posłużę się takim ciekawym zapisem. Pan dyrektor delikatnie wspomniał o zarejestrowaniu pracowni rezonansu magnetycznego w rejestrze Wojewody, a nie tylko w regulaminie organizacyjnym i w rejestrze Wojewody od zeszłego roku posiadamy taką pracownię rezonansu magnetycznego. Niestety, nigdy jej nie otworzono i jeszcze długo nie mieliście zamiaru jej otworzyć. Wracając do regulaminu organizacyjnego, to oczywiście regulamin organizacyjny będzie podlegać wielu zmianom. Trudno, żebyśmy wchodzili na salę obrad Rady Społecznej z jednym kawałkiem. My przygotowujemy całościowe zmiany wraz z tymi zmianami, które nie zostały wprowadzone przed naszym przyjściem”. (Według **Marii Milejskiej** najpierw wprowadza się zmiany w dokumentach, a dopiero potem fizycznie wykonuje się te zmiany, nie odwrotnie). „Muszę pani powiedzieć, że doskonale znam przepisy prawa i nie działamy niezgodnie z prawem. Wszystkie ruchy, które dokonujemy, są zgodne z prawem i naprawdę nie musi pani w tym Wielkim Tygodniu o tym mówić bo chyba nie wypada”.

Maria Milejska (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Źle pan to odbiera, ja tylko zwracam uwagę”. (**Dariusz Jorg** oświadczył, że przyjął uwagi do wiadomości). „Proszę mi powiedzieć, bo jest mowa o akredytacji na Oddział Okulistyczny i o rezydentach tego oddziału. Rezydenci powinni dyżurować, a oddział jest czynny do 15.00. To proszę mi powiedzieć, jak to będzie się działo, jak przyjdą rezydenci do oddziału po tej otrzymanej akredytacji, czy wznowimy te dyżury, jak to będą realizować”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Droga pani, damy sobie radę. Jeśli wprowadzimy akredytację, zostaną pani i państwo dokładnie poinformowani, jak będą realizować program specjalizacji”.

Maria Milejska (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„To jeszcze jedno takie pytanie. Odpowiedź dla mieszkańców z usług którego szpitala mają skorzystać w godzinach popołudniowych i nocnych z chorobą oka”. (**Dariusz Jorg** zapytał, o jaką chorobę oka chodzi). „Na przykład ciało obce w oku”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Jak państwu tłumaczyłem, szpital nie był przygotowany do realizacji zabiegu w zakresie ciała obcego w oku, gdyż szpital nigdy nie zatrudniał witrektomistów. Ciało obce w oku powinien realizować lekarz do tego uprawniony i przygotowany. Witrektomistów na terenie województwa śląskiego (mogę się pomylić o 3) jest chyba 12, zlokalizowanych głównie w 3 szpitalach: Sosnowiec – 1, Ceglana – myślę, że ok. 6 i Szpital Kolejowy w Katowicach – kilka osób. Mogę się mylić o kilka osób. To są jedyne szpitale plus Czeladź, gdzie pracuje dwóch witrektomistów. Oczywiście zmiany organizacyjne, które wprowadzimy, dają nam szansę, aby także na terenie powiatu zawierciańskiego przyjeżdżał do pracy witrektomista. Proszę nam dać trochę się rozpędzić”. (**Maria Milejska** stwierdziła, że bardzo się cieszy, jednak sądzi, że nie każde ciało obce w oku akurat takiego specjalisty wymaga. Świadczenia

były realizowane i nie było specjalisty). „Rzęsa nie jest ciałem obcym, do którego potrzebny jest okulista”. (Maria Milejska stwierdziła, że wszystko zależy od tego, gdzie takie ciało jest umiejscowione).

Jarosław Kleszczewski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Ja chciałbym się odnieść do słów radnego **Leszka Kalagi**. Nieładnie, jak pan obraża lekarzy, mówiąc o dziadkach. Może są to osoby fachowe i nie godzi się tutaj tak mówić i uogólniać. Myślę, że nie jest pan do tego uprawniony, do tego stopnia nawet pan”. (**Leszek Kalaga** stwierdził, że reprezentuje mieszkańców. Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc** poprosiła **Leszka Kalagę** o niekontynuowanie dyskusji, a **Jarosława Kleszczewskiego** o kierowanie pytań do dyrektorów). „Chwileczkę, muszę się odnieść do tego, co pan radny powiedział. Ja myślę, że nie ładnie w ten sposób postępować i dziwi mnie, że pani Przewodnicząca nie reaguje na takie rzeczy”. (**Małgorzata Benc** stwierdziła, że to nie jest obraza, każdy starszy człowiek może tak mówić, tym bardziej, że **Leszek Kalaga** ze względu na swój wiek może być w jakiś sposób uprawniony do używania takiego określenia i przeprosiła za zaistniałą sytuację). „Tym bardziej powinien mieć szacunek do siebie samego też.

Panie dyrektorze, panie doradco, ta wizja, którą państwo przedstawili jest bardzo ładna. Widzę, że chyba praktycznie powstanie klinika w Zawierciu. Myślę, że wszyscy wiedzą i państwo radni zapewne korzystali już z usług takiego sławnego szpitala w Czeladzi. Może pan **Leszek Kalaga** wie, gdzie jest szpital w Czeladzi, bo się powoływał na to. A sytuacja szpitala w Dąbrowie Górniczej znacznie gorsza, o czym wszyscy wiemy i zapewne pan również, niż naszego szpitala. Panowie, ja myślę, że pomysł jest świetny, tylko jak pan wspominał do realizacji potrzeba kadry, której tutaj nie ma. Ja zapytałam w trakcie radną, czy zdecydowałaby się na operację onkologiczną w Zawierciu. Powiedziała, że nie. Może ktoś z państwa by się zdecydował, ale jeśli nie przyciągniemy wysokiej klasy specjalistów, to niestety, nie ludźmy się, że ta wizja będzie zrealizowana. Nie będzie. Jak pan sam powiedział, są tutaj najniższe płace i najniższej stawki dyżurowe. Jeżeli nie zaczniemy od tego, nie mamy szans na realizację chodźmy najpiękniejszej wizji, którą nam tutaj pan roztoczył. Uważam, że ta sytuacja jest ważna. Myślę, że w części prezentacji odnoszenia od jednego szpitala do drugiego należy uwzględnić również inne aspekty, których tutaj zabrakło. Jaka jest ilość etatów, jakie są płace w tamtych szpitalach, bo najłatwiej z tego, co widzę, idzie w pewnym kierunku, że najłatwiej wszystko zrzucić na lekarzy. Nie pracują, nie operują, nic nie robią. To dlaczego ten nasz szpital jednak zaczął wychodzić na prostą. Wiele szpitali, jak pan sam powiedział, zaczynał pan w Czeladzi od minus 8 mln zł, a tutaj ma pan plus 2 mln zł, to myślę, że nie możemy też tak przesadzać i mówić, że jest taka straszna tragedia, taki zły stan, bo uważam, że jest pole do popisu, czego życzę panu. Natomiast ja mam takie krótkie resume odnośnie tej prezentacji.

Chciałbym dowiedzieć się też, jak państwo widzą projekt 10.1, bo był taki element o zapewnieniu krótkiej ścieżki do kardiologii inwazyjnej. Czy państwo zamierzacie uruchomić Pododdział Kardiologii w Zawierciu czy nie, no bo to jest zawarte w tym projekcie. Wszyscy mieszkańcy i inni bardzo liczyli na powstanie takiego ośrodka właśnie w Zawierciu.

W państwa propozycjach na koniec pojawiła się informacja, że zapewnienie krótkiej drogi dojścia do tego, a jest to zawarte w tym programie 10.1. Czy w tym kierunku również, jak Pan powiedział, są prowadzone jakieś prace, aby taki ekskluzywny, ale zarazem ratujący życie pacjentów oddział powstał w Zawierciu zgodnie z projektem 10.1 przy jego wszystkich wadach, jeśli się tylko uda go przeprojektować. Ja miałam okazję się też wypowiadać się na Komisji Zdrowia, bo do tej pory nasz szpital nigdy takiego wysokiego dofinansowania nie uzyskał i mało który uzyskuje, w związku z czym na pewno cieszy mnie deklaracja, że panowie

zrobią wszystko, aby ten rezonans magnetyczny uruchomić. Ale chciałbym się dowiedzieć, co się będzie działo z Pododdziałem Kardiologii Inwazyjnej”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Wydaje mi się, że bardzo dobrze przeczytałem projekt 10.1 i obowiązki nałożone na nas i zadania inwestycyjne. Tam nie ma kardiologii inwazyjnej, jest kardiologia, kardiologia bez kardiologii inwazyjnej, więc to są dwie różne rzeczy, ale myślę, że panu doktorowi nie muszę tego tłumaczyć. Natomiast mogę powiedzieć, że jak państwo wiecie, tam gdzie jest stan zawałowy, jest potrzeba kardiologii inwazyjnej. Najbliższy ośrodek kardiologii inwazyjnej to jest Dąbrowa, ale już za chwilę powstanie takich ośrodek w Myszkowie kardiologii inwazyjnej wraz z kardiologią i myślę, że mamy dwa miejsca, w których pacjenci w krótkim czasie, patrząc nawet na odległość do jednego i drugiego miejsca, będą mogli trafić z zawałem serca. Ja dziękuję bardzo za słowa, ma pan rację że problem tkwi w szczegółach. Powiem tak, że rozpoczęliśmy bardzo dużo rozmów z kadrą medyczną, która by zwiększyła potencjał szpitala i myślę, że ku zadowoleniu wszystkich, będziemy wspólnie zadowoleni, jeśli specjaliści wysokiej rangi przyjadą tutaj do pracy. Taki cel mamy przed sobą i mam nadzieję, że wspólnie z państwem go zrealizujemy”.

Jarosław Kleszczewski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Cieszy to bardzo, bo rzeczywiście kluczem do sukcesu jest pozyskanie dobrej kadry. Bez tego nie mamy szans realizować choćby najlepszej koncepcji. Życzę powodzenia”.

Tadeusz Czop (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Panie doktorze, jak dobrze zrozumiałem, pan jest na etapie rozmów z profesorem Czudkiem z Ostrawy, jeżeli chodzi o onkologię”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Muszę powiedzieć, że profesor Czudek już jest zatrudniony w szpitalu w Czeladzi i myślę, że rozszerzymy jego etat o część Zawiercia, aby mógł realizować tutaj najpoważniejsze zabiegi w onkologii, ale równo czasowo rozmawiamy jeszcze z dwoma profesorami znanymi nie tylko w województwie śląskim, ale również w kraju, których chcielibyśmy tutaj ściągnąć do realizacji zabiegów. Dwójka była już oglądać blok operacyjny, sprawdzać sprzęt jaki jest. Muszę powiedzieć, że odróżnieniu do Czeladzi blok operacyjny tutaj o wiele lepiej wygląda niż w Czeladzi i to jednoznacznie mogę powiedzieć. Profesorowie obejrzeni i powiedzieli, że drobne zakupy sprzętu, który będzie potrzebny do realizacji świadczeń i mogą te świadczenia realizować. Oczywiście musimy przygotować całe zaplecze do realizacji takich świadczeń. To, co w bezpieczeństwie pacjenta najważniejsze, to posiadamy czyli OIOM, który jest wymagany przy trudniejszych zabiegach. Natomiast myślę, że tej kadry takiej mocno przygotowanej chcielibyśmy ściągnąć ileś osób i myślę, że będziemy tutaj w kontakcie z państwem i będziemy państwa informować o każdym takim ruchu, który spowoduje podwyższenie jakości i rozszerzenia wachlarza świadczeń na terenie szpitala”.

Tadeusz Czop (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Osobiście poznałam kiedyś profesora, który operuje również w Błachowni”. (**Dariusz Jorg** powiedział, że już nie, bo z Błachowni przeszedł do Czeladzi). „Takiego fachowca jeśli pozyskamy, to dla szpitala w Zawierciu, to przynajmniej będzie na dobrym poziomie onkologia. Profesor Czubak jest onkologiem trzustki, ale myślę, że w tych innych dziedzinach też da sobie radę”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Pan profesor Czudek realizuje wszystkie zabiegi. Jest chirurgiem ogólnym, chirurgiem onkologicznym i jednym z osiemdziesięciu kilku chirurgów, który został zatrudniony przez NASA nawet do realizacji zabiegów operacyjnych w kosmosie. Natomiast realizuje wszystkie zabiegi, np. na jelicie grubym, czego się nie robi laparoskopowo, tylko na otwartym pacjencie. Jest wysokiej klasy specjalistą i mam nadzieję, że nie tylko on tutaj przyjdzie wzmocnić chirurgię i rozszerzyć znacząco wachlarz usług. Dzisiaj część pacjentów, jak któryś z państwa radnych wskazał, przyjeżdża właśnie do Czeladzi na zabiegi do pana profesora Czudka albo profesora Dzielickiego”.

Zbigniew Rok (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Panie dyrektorze, wysłuchałem tej prelekcji i chciałem powiedzieć, że jest wiele takich elementów, na które słusznie pan zwrócił uwagę. Natomiast troszkę mnie zabolalo to, że tak pan mówi o lekarzach w naszym szpitalu zawierciańskim, bp wychodzi na to, że chirurdzy operują tylko cieśni nadgarstka, chirurdzy ogólni głównie diagnozują albo robią jakieś żyłaki. To, że cieśń nadgarstka była robiona ambulatoryjnie, a nie szpitalnie i stąd ta strata. Może trzeba by porozmawiać z tymi lekarzami, może oni nie wiedzą, ukierunkować, jak to mają robić, bo oni są tylko lekarzami, a nie zarządzają szpitalem. Pan twierdzi, że pan profesor Czudek zoperował raka jelita grubego, jest to jeden rak zoperowany w tym szpitalu. Teraz chciałem panu powiedzieć, że ja zoperowałem raka jelita grubego w piątek, nie laparoskopowo, tylko endoskopowo, usunąłem polipa z rakiem, który sam skierowałem, więc to już jest drugi przypadek”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Panie doktorze, ja po pierwsze nie oceniam lekarzy, oceniałem stan realizacji zabiegów, jakie są zabiegi. Imiennie nie dotykałem żadnego z lekarzy, jak pan wie wskazałem, że zrealizowano rozporządzenie dotyczące np. endoprotezowania bioder w pełni, a kolan niestety nie zmieściliśmy się. Dla porównania podałem w związku z odpowiedzią, że nie zmieściliśmy się z powodu anestezjologa, że w tym czasie zrealizowano 134 czy 144 cieśni nadgarstka z użyciem anestezjologa i to nie ma nic wspólnego”. (**Zbigniew Rok** stwierdził, że jest to dla niego zrozumiałe). „Natomiast zgadzam się z panem, że każdy lekarz powinien narzucone przez tych, którzy to rozumieją, system pracy. Oczywiście to robimy na bieżąco, wszystkie te uwagi, które tutaj zgłaszałem, jesteśmy po rozmowach z ordynatorem i oni wiedzą, w którym kierunku idziemy. Dużą odprawę kolejną szykujemy ordynatorami, natomiast indywidualnie każdy z ordynatorów na bieżąco, jak widzimy, że coś jest nie tak, jest informowany o tym, w jaki sposób powinien zmienić charakter pracy oddziału i o co”.

Zbigniew Rok (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Ja mam jeszcze pytanie. Pani Przewodnicząca, może do tego programu 10.1 odniosłaby się była dyrektor szpitala, dlaczego jest tak zaniżona ta wycena”.

Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„I ja myślę, że jeśli pani dyrektor chciałaby się wypowiedzieć, to bardzo proszę krótko, bo jak już koleżanka zauważyła, jest Wielki Tydzień”.

Była Dyrektor Szpitala Powiatowego w Zawierciu, Burmistrz Miasta i Gminy Ogrodzieniec **Anna Pilarczyk-Sprycha** (treść wystawienia w formie stenogramu):

„Niestety, jest to Wielki Tydzień, ale skoro jest ta sesja, a ona dotyczy szpitala, w którym ostatnie swoje lata zostawiłam, to byłoby trudno, żebym się nie odniosła. Oczywiście nowej dyrekcji życzę wszystkiego najlepszego, żeby kontynuowała zadanie podnoszenia jakości dla pacjenta, bo w takiej sytuacji pacjenta dla wszystkich powinien być najważniejszy. Ja zastałam szpital w takiej sytuacji, o której państwo nie macie bladego pojęcia. Komornicy byli na kontaktach, nie było pieniędzy na zapłacenie za leki, 3 lata do tyłu faktury były nie zapłacone, nie miałam nici chirurgicznych, nie miałam na rękawiczki, na środki higieniczne podstawowe. O tym nie mówiłam, bo o tym się nie mówi, bo trzeba jak najlepiej zabezpieczyć pacjenta w takiej sytuacji, w jakiej się otrzymało. Dzisiaj, zostawiając państwu szpital, zostawiłam 4 mln zł na koncie i zysk ponad 2 mln zł. Program restrukturyzacji nie trwał dwa i pół roku czyli tyle, ile ja byłam dyrektorem, ale trwa lata. Oczywiście, ja nie zrobiłam chociaż połowy tego, co powinnam zrobić, bo był to za krótki czas. Natomiast była to trudna praca, która kosztowała mnie wiele nerwów energii i nikomu nie życzę takiej pracy na co dzień, bo to jest jednak dbałość o życie ludzkie.

Odnosząc się do pana dyrektora, który przedstawia wiele sytuacji, chciałabym po pierwsze zwrócić uwagę na ryczałt. Powiedział pan o ryczałcie, że nie został wykonany, że ryczałt w I półroczu został wykonany, a II nie. Odniosę się do roku 2017, gdzie był tylko ostatni kwartał ryczałtu i to było wykonane ponad 103% i te 3% było kosztem szpitala, ponieważ był to ryczałt wykonany na ryzyku szpitala, ale ja nie patrzyłam na to, czy my wykonujemy nadgarstki czy wykonujemy żylaki, tylko na to, że musimy zabezpieczyć wszystkie usługi dla pacjentów, jak one są istotne i potrzebne. Nie jesteśmy szpitalem klinicznym. Przepraszam, że ja się dalej utożsamiam, ale po pierwsze reprezentuję mieszkańców tej miejscowości, którzy się tutaj leczą, po drugie jestem też w Radzie Społecznej i szpital jest dla mnie bardzo bliski i ludzie, z którymi pracowałam, zżyłam się na tyle, że wiem, że to jest dobry zespół, szkolony, ale skoro nie był szkolony 30 lat, to 2 lata to jest za mało, żeby ich nauczyć tak, jak należy, żeby te procedury wyglądały zgodnie z menadżerskim podejściem, jeżeli chodzi o ryczałt”. (Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc** przypomniała, że **Anna Pilarczyk-Sprycha** w swojej wypowiedzi miała się odnieść do projektu 10.1.) „Ale mogłabym odpowiedzieć, bo tu jest wiele kwestii, nie tylko 10.1. Bardzo proszę, ja na inną sesję nie będę przychodziła. Ja sobie zdaję sprawę, ja też kiedyś dałam po tamtej stronie i nie jest moim celem, żeby przychodzić tutaj z państwem walczyć. Moim celem jest to, żebym ja jako pacjent w tym szpitalu, jak się znajduję, była bezpiecznie obsłużona, ale o tym muszę powiedzieć. Jeżeli chodzi o ryczałt, to wcześniej było tak, że z nadwykonań dostawaliśmy pieniądze. Teraz jest to koszt, który trzeba zapłacić wcześniej, a dostanie się za kolejny czas. Nie dodał pan doktor jednej podstawowej rzeczy, że ryczałt wyszedł nam w październiku po otrzymaniu akredytacji i to duże środki. Jak ja już mogłam wpłynąć na wykonanie ryczałtu, skoro ja od listopada nie byłam już dyrektorem, więc niestety, przepraszam bardzo, ale 250 –

300 tys. zł bo oczywiście niecałe 1.800.000 zł, ale około 300 – 400 tys. zł dostaliśmy dodatkowo środków, o które walczyłam uzyskując akredytację. To jest jedna z tych podstawowych rzeczy. Poza tym, jak powiedziałam wcześniej, jeżeli załoga nie była szkolona przez 20 lat, to przez 2 lata się nie nadrobi zaległości. Jak państwo wiecie, bo na pewno robiliście analizy, mieliśmy systemy grupera i lekarze byli szkoleni, dostawali raporty, analizy i mieli dokładną wiedzę, przy czym najważniejsze jest to, żeby wyleczyć pacjenta. Mimo, że prezentacja profesjonalna i bardzo mi się podobała, z wieloma rzeczami menadżerskimi, to chciałam powiedzieć tak, że przeraziłam się po pierwszych slajdach dotyczących zabiegów medycznych. Zastanawiałam się, czy pacjent nie będzie się czasem bał, że jak przyjdzie wyciąć przepuklinę, to mogą wyciąć żołądek, bo ta procedura jest droższa”. (Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc** poprosiła o zakończenie przemówienia i przejście do konkretów). „Dodatkowo jeszcze chciałam powiedzieć o rezonansie, ponieważ pan dyrektor powiedział, że rezonans został wpisany, a nie otworzony. Owszem, na nadzwyczajnej, przedostatniej sesji, na której uczestniczyliśmy, zostało wpisane dlatego, że chcieliśmy wystartować do konkursu. 15 października podpisaliśmy umowę na dofinansowanie 10.1 i wtedy dowiedzieliśmy się o rezonansie, że będziemy mogli go wprowadzić. Chcieliśmy zastartować do tego projektu, natomiast nie zdobyliśmy rezonansu mobilnego o tych samych parametrach. Byłam kilkanaście razy w Narodowym Funduszu Zdrowia na rozmowach dotyczących rezonansu i niestety, musiał to być mobilny rezonans i to jest powód tylko i wyłącznie zarejestrowania tej jednostki w Urzędzie Wojewódzkim. Na to dyrektor, czy to ja, czy kolejny, ma 3 miesiące, żeby wykreślić, czyli myślę, że w lutym pan dyrektor wykreślił rezonans i już tego problemu nie ma, bo 3 miesiące od niedziałania placówki jest termin na wykreślenie, więc myślę, że tego problemu już nie ma. Natomiast jeżeli chodzi o rehabilitację, to też nie jest moje jakiś nieprzygotowanie pracowników, bo mnie już nie było w tym czasie, kiedy była rehabilitacja, to już jest nowego zarządu działanie, a nie w momencie, kiedy ja byłam dyrektorem. Jeżeli chodzi o sprawy sądowe również chciałam powiedzieć, że pan dyrektor nie dodał, że przy w pierwszej instancji wygraliśmy i kwota kary była 200 tys. zł z 1,2 mln zł, a pozostała jeszcze jedna sprawa sądowa i to szpital wytoczył sprawę sądową Narodowemu Funduszowi Zdrowia, a nie na odwrót i w tych sprawach my jesteśmy powodem, my zgłaszamy nasze roszczenia i to są z naszej strony sprawy sądowe.

Jeżeli chodzi o projekt 10.1 rozmawiałam kilkakrotnie z panem Starostą, odbyliśmy kilka rozmów na temat szpitala i powiedziałam, że ja jestem w każdej sytuacji do dyspozycji, bo to jest bardzo ważny projekt, który powinniśmy zrealizować dla dobra wszystkich mieszkańców. Ani jeden raz nie dostałam żadnego telefonu od dyrekcji. Autorem tego projektu, który oczywiście pisało wiele osób, nie tylko lekarze, ale cała załoga szpitalna, i głównym pomysłodawcą byłam ja. Może on jest nie do końca idealny, niedokładny, ale idealnych rzeczy na pewno w życiu nie ma. Ja też popełniłam błędy i się do nich przyznaję, bo ten, kto nie popełnia błędów, po prostu nic nie robi. Natomiast państwo skrytykowali cały projekt, nie pytając w ogóle o jego zamiary. Jeżeli chodzi o instalacje kanalizacyjne, rury, itd. to w ogóle nie były brane pod uwagę przy tym projekcie, ponieważ ten projekt, gdy byliśmy chcieli o takiej wartości. to musielibyśmy mieć zupełnie inne pieniądze na wkład własny. Nie szukałam nowych klamek i modernizacji całego szpitala, ale małymi krokami próbowałam dostać tu dotację, tu dotację żeby małymi krokami ten szpital zmieniać na lepsze dla pacjenta. Jeżeli chodzi o pierwszy projekt dotyczący budowlanki, który został unieważniony, to owszem, on miał prawo być unieważniony, bo my dostaliśmy 7 dni na rozpisanie tego projektu przed podpisaniem umowy z Urzędem Marszałkowskim i wiadomo było z góry, że przetarg będzie unieważniony, bo nie został przygotowany należycie. Później mnie już nie było, więc te pretensje – niestety – już nie są do mnie. Ja się już nie zajmowałam tym projektem to już nie było moje zadanie. Natomiast powiem na przykładzie innych oddziałów.

Oddział neurologiczny wyremontowaliśmy, oczywiście nie wyremontowaliśmy go tak, jakby tego potrzebowała klinika Leśna Góra czy inne, ale wyremontowaliśmy go schludnie dla pacjentów. Kosztował 300 tys. zł remont tego oddziału, a tutaj jest pięć oddziałów, przyjął około 500 tys. zł na każdy oddział czyli 2, 5 mln zł i pozostała kwota na pozostałe rzeczy: rezonans, mammograf, przygotowanie innych rzeczy. Owszem, rezonans nie miał dobrego miejsca, ale w szpitalu nie ma dobrego miejsca na rezonans i wiedziałam, że tam jest potrzebna winda dodatkowa, żeby wieźć pacjenta, ale nie było innego wyjścia. Jeżeli chodzi o okulistykę, to okulistyka miała być na bloku operacyjnym, ponieważ ta okulistyka, która jest, w tym momencie nie spełnia wymogów, w związku z czym miała się przenieść dokładnie na blok operacyjny i gdyby pan dyrektor ze mną porozmawiał, ja służę w każdej chwili pomocą, mnie na tym projekcie zależy nie dla mnie osobiście, ja wolontariacko przyjdę, będę pracowała, ile będzie trzeba, żeby panu pomóc, ponieważ mnie zależy, żeby pacjent otrzymał jak najlepszą jakość usług. Życzę państwu powodzenia i wszystkiego dobrego. aby pacjent naprawdę widział, że tutaj nie ma polityki, tylko jest dbałość o niego, o pacjenta, bo on w tej sytuacji jest najważniejszy”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Pominę aspekt, jak pani zwróciła uwagę, w czasie całej prezentacji nie wymieniałem nikogo z imienia i nazwiska. Oceniam szpital, a nie pani pracę, to jest w ogóle poza mną. Nie jestem organem uprawnionym do oceny pracy ani dyrektora poprzedniego ani jego zastępców. Kształt zarządu był taki, a nie inny. Efekt pracy całego zarządu szpitala ocenialiśmy globalnie i to nie jest indywidualna ocena pani. Rozumiem, że pani chciała w ten sposób pokazać kilka elementów, nie mówiąc o niczym w finale. Prawda jest taka, że projekt unijny, jak wiedzą ci, którzy realizowali kiedyś projekt unijny, tam najdrobniejszy błąd, najdrobniejsze zdarzenie spowoduje nie uznanie części zadania. To nie jest zabawa i cieszę się, że pani wzięła to na własne plecy i ten projekt pani przygotowała. Efekt tego przygotowania jest widoczny, w takim stanie nie mógł być rozliczony. Chcę jeszcze jedno zdanie komentarzem do tego, co pani powiedziała. Członkowie zarządu szpitala to nie byli nasi członkowie zarządu szpitala. Ja rozumiem, że pani się odcięła, pani już nie było, ale członkowie zarządu szpitala, z którymi pani wspólnie pracowała zostali, realizowali ten projekt dalej według koncepcji przyjętej do pierwszego przetargu, do drugiego przetargu i do trzeciego przetargu i w związku z tym żaden z tych członków zarządu dzisiaj nie pracuje”.

Grzegorz Piłka (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Panie dyrektorze, mieliśmy informację, że szpital miał wygrany konkurs na tomograf komputerowy. Rozumiem, że do końca czerwca działają dwa tomografy: tomograf „Helimedu” i ten tomograf, który jest obsługuje m.in. SOR. Czy od 1 lipca ten jeden tomograf, bo rozumiem, że będzie jeden, jest w stanie zabezpieczyć zapotrzebowanie dla wszystkich pacjentów, a także czy będzie możliwość skorzystania przez pacjentów z zewnątrz na skierowanie również z tego tomografu szpitalnego”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Bardzo ciekawy aspekt i bardzo ważny, bo dzisiaj rozbijamy świadczenia na dwa tomografy. Nie mieliśmy kontaktu, więc my ponosiliśmy tylko koszty, bo realizowaliśmy tomografię na rzecz szpitala i części ambulatoryjnej, natomiast nie mieliśmy kontraktu czyli nie mieliśmy

przychodów. Natomiast jeżeliby się okazało, że realizacja świadczenia za mocno obciąża, żeśmy to przeliczyli, że na jednym tomografie powinniśmy uciągnąć szpital, chyba, że znacząco zwiększą się świadczenia udzielane w szpitalu, to jest możliwe, że trzeba będzie ściągnąć drugi tomograf. Dzisiaj to nie jest duży wydatek, natomiast zostaje nam miejsce po tomografii przygotowanej po „Helimedzie”. Na razie nie będziemy nic z tym miejscem robić, w zależności od ilości świadczeń, które będą realizowane. natomiast zmiana przepisów Narodowego Funduszu, nie chcę wchodzić szczegóły, powoduje też obniżenie ilości świadczeń, które muszą być dokumentowane podwójną np. realizacją tomografii komputerowej. Myślę, że jeśli zobaczymy, jaka naprawdę jest ocena, bo chcę zwrócić uwagę, że „Helimed” realizował też świadczenia spoza terenu Zawiercia, realizując kontakt, czyli nie tylko obsługiwał szpital. Z analiz aktualnie wychodzi że powinniśmy dać sobie radę na realizację świadczeń w trybie całodobowym, podkreślam, całodobowym”.

Karol Hadrych (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Chciałem zapytać, bo było dużo o tych oszczędnościach, ile wynoszą oszczędności z tytułu pracy obecnego zarządu w stosunku do poprzedniego za ostatni miesiąc przykładowo”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

Jak państwo widzieli slajd, ja bym nie powiedział tutaj od zarządzie, bo ja wcale nie oceniam, czy był właściwie oceniany, wyceniany i płacony poprzedni zarząd czy też nie, ja nie chcę tego oceniać. Natomiast różnica to jest 20 tys. zł miesięcznie w tej chwili w kosztach, które były w 2018 i w 2019 roku Dzisiejsze płace zarządu, był taki slajd pokazujący porównanie miesiąca do miesiąca w 2018 i w 2019 roku. Różnica jest 20 tys. zł w skali miesiąca”.

Dorota Pytlik (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Panie doktorze, ja jeszcze w kwestii tego oddziału rehabilitacji. Jak dobrze zrozumiałam, kontrakt nie został nam przez Narodowy Fundusz dany. Nie bardzo rozumiem, jeżeli wielu mieszkańców Zawiercia dzisiaj ma skierowanie na rehabilitację, czy do szpitala czy do tej przychodni hucianej, to znaczy, że w tym roku czy w I półroczu czy do końca roku nie będą mogli korzystać z rehabilitacji z Narodowego Funduszu”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Oddział rehabilitacji ma kontrakt. Chodzi o zakład rehabilitacji dziennej. My mamy kontrakt do 30 czerwca. W tej chwili prowadzimy rozmowy dotyczące ponownego ogłoszenia konkursu dla szpitali, które się nie znalazły w zakontraktowaniu. Mamy nadzieję, że zamknie nam się to na agrafkę czyli skończy się stary kontrakt, a rozstrzygnięcie konkursu będzie w tym czasie. Może różnica będzie iluś tam dni. Oczywiście nie zamkniemy i nie zwolnimy pracowników. Chcemy utrzymać całość w takim samym zakresie”.

Mariusz Piotrowski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Panie dyrektorze, mam pytanie. Mamy 16 kwiecień, czy jest już zamknięty pierwszy kwartał tego roku, jeżeli chodzi o rachunek zysków i strat bądź bilans. Jeśli nie, to jaki jest wynik za pierwsze dwa miesiące, jeżeli państwo oczywiście pamiętacie i analogicznie jaki był wynik

w tamtym roku. Czyli chodzi mi o wynik albo za pierwszy kwartał, ale tak jak mówię, jest 16 kwietnia, więc ma być prawo być jeszcze niezamknięty, ewentualnie za pierwsze dwa miesiące”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Oczywiście zamknięcie kwartału odbywa się do 20 każdego miesiąca po kwartale. Dzisiaj jest 16, wynik nie został zamknięty. Nie wiedziałem, że był to zwyczaj przekazywania wyników kwartalnych dla państwa radnych. Zawsze początek roku jest początkiem gorszym, miesiąc styczeń jest najgorszy i letnie.. To zależy oczywiście od rodzaju oddziału. Natomiast taki obraz finansowy na pewno jest po obowiązkowych sprawozdaniach, które się wykonuje półrocznie. Natomiast wynik za pierwsze 3 miesiące jest po 20 kwietnia”. (**Mariusz Piotrowski** poprosił o podanie wyniku za pierwsze dwa miesiące tego roku, jeżeli jest to możliwe w chwili obecnej). „Ja niestety nie pamiętam, ale podeślemy informacje panu radnemu. (**Mariusz Piotrowski** poprosił również o wynik pierwszych dwóch miesięcy Poprad tego roku, ewentualnie o wynik pierwszego kwartału. Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc** oświadczyła, że wszystkie te informacje są dostępne w Biurze Rady Powiatu).

Mariusz Piotrowski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Ja reprezentuję dalszą część powiatu zawierciańskiego. Mieszkam w Szczekocinach, więc reprezentuje gminę najbardziej ościenną. Wiemy, że mamy powiat typu ziemskiego o dużej powierzchni i moje pytanie jest na temat okulistyki. Czy to już jest decyzja finalna, że będzie tylko w trybie dziennym, czy mimo wszystko jest jakaś przyszłość, żeby była jednak | 24 – godzinna. Pytam dlatego, że są miejscowości oddalone 50 km od Zawiercia i jeśli pacjent przyjedzie po pomoc do Zawiercia, a zostanie powiadomiony, że jeszcze musi jechać dalej, to może być mocno niebezpieczne, nie mówiąc już o komforcie dla pacjenta. Ja pamiętam obsługę nagłych przypadków w miejscowości Szczekociny, było u nas przez pewien czas 20 lat temu 14 karet, mamy teraz jedną. Ja sam korzystałam z wybijania łokcia w szpitalu w Zawierciu. Jeśli miałbym jechać z urazem dalej, to naprawdę jest to mocno niekomfortowe, nie mówiąc już o bezpieczeństwie”. (Ktoś z sali wspominał o szpitalu we Włoszczowej). „Włoszczowa jest dużo mniejszym szpitalem, gdzie zakres usług jest dużo mniejszy. Trzeba pamiętać, że tu jest sesja Rady Powiatu, powiat jest duży, gminy są oddalone i trzeba o tym mocno pomyśleć”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Trudna mi odpowiedzieć do końca na pana pytanie. Na pana pytanie, bo co do wygody lub też nie przyjechania 50 czy 60 km, to moglibyśmy dyskutować, ile za tę wygodę trzeba zapłacić”. (**Mariusz Piotrowski** zaznaczył, że chodziło mu o komfort). „Ja też mówię o tym komforcie. Jeżeli ktoś przejechał już 50 km, a dołoży jeszcze 15 i jest w centrum urazowym, gdzie ma możliwość spotkania się z lekarzem, który jest wysokim specjalistą do takiego zabiegu”.

Mariusz Piotrowski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Tylko pacjent o tym nie będzie wiedział, bo pacjent nie korzysta z czegoś takiego. Jedzie do szpitala w Zawierciu, tam spędzi jakiś czas i znowu będzie odesłany dalej”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Już panu postaram się wyjaśnić. Jak mówiłem dla mnie pacjent, który jest z powiatu zawierciańskiego powinien być albo obsłużony przez szpital, albo powinna być nakreślona droga, w jakich przypadkach gdzie ma się zjawić, gdzie nie będzie miał z tym kłopotu. Tak jest w częściach, których na pewno nie będziemy realizować i w częściach wysokiej specjalistyki. Pacjent na pewno będzie miał pełną informację gdzie, z jakim urazem może trafić, jeśli tej specjalistyki nie robimy na miejscu. To nie jest decyzja ad hoc, bo wszystkie analizy dotyczące ilości zabiegów operacyjnych wykonanych po godzinach ordynackich, czyli po godzinie 15.00, w systemie dyżurowym my analizujemy, by patrzeć, gdzie jakie siły przygotować, aby jak najlepiej obsłużyć pacjenta. Oczywiście nie jest możliwe, aby w każdym zakresie specjalistycznym w szpitalu powiatowym każdego pacjenta w każdym zakresie. Stąd myślę, aktualny zamysł tych, którzy płacą za świadczenia medyczne, czyli Narodowego Funduszu i Ministerstwa Zdrowia, aby jednak nie tworzyć na ostro dyżurów we wszystkich sąsiadujących ze sobą szpitalach. Jak będzie to realizowane, nikt jeszcze nie wie, bo tam jest vacatio legis chyba 3 miesiące od momentu wejścia ustawy w życie, czyli chyba dopiero na koniec czerwca będziemy wiedzieć, jak to chce realizować Narodowy Fundusz wraz z Urzędem Wojewódzkim i myślę, że to pozmienia także dużo w systemie dyżurów i na pewno na ten temat będziemy tutaj dyskutować z państwem” (Podsumowując, **Mariusz Piotrowski** stwierdził, że dopiero w czerwcu będziemy wiedzieli, co z całodobową obsługą pacjentów). „Może nawet w lipcu, bo jest vacatio legis”.

Jarosław Kleszczewski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Ja mam jedno pytanie dotyczące tomografu. Minister Zdrowia zapowiedział, że usługi tomografii będą Nielimitowane, w związku z czym myślę, że jest to okazja, żeby szpital mógł poprawić swoją kondycję, tylko czy da radę, bo z tego, co pan powiedział, my tam mamy na SOR-e trwałość projektu i mamy odpowiednie procenty wykonania. Proszę mi to przybliżyć, bo może się mylę. Jeżeli pacjenci dowiedzą się, że zakres jest Nielimitowany i nie muszą czekać, żeby nie okazało się, że właśnie muszą jechać do Czeladzi, żeby wykonać tomograf, gdyż nie mamy mocy przerobowych. Czy do takiego scenariusz jesteście państwo przygotowani, bo to jest zapowiedziana sprawa publicznie, mieszkańcy czekają, dopytują, są w kolejkach w różnych szpitalach i zapewne zapukają do najbliższego. Czy my wykonamy im ponadlimitowe świadczenie, o które tak zabiegamy, pełnopłatne, według zapowiedzi Ministra Zdrowia, badania tomografii komputerowej, bo wiemy, że z tym były bardzo duże problemy. Bardzo bym prosił o odpowiedź.”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Już w tej chwili ten element obiecany przez Ministerstwo Zdrowia wszedł w życie, bo już realizowane są bez limitu świadczenia na tomografie i rezonans. Dzisiaj z analiz wynika, że mamy jeszcze luz. Chcę zwrócić uwagę, pan doktor będzie najlepiej wiedział, że jeśli będzie rezonans, część diagnostyki z TK jeszcze spadnie, bo przeniesie się do części rezonansu. To

jest przyszłość. Sprzętu takiego, jak TK czy rezonans nie kupuje się raz na pół roku, tylko z daleką perspektywą. Jeśli te świadczenia będą wzrastać i wypełni się w pełni luka na tK, to my na pewno się wcześniej do tego przygotowujemy. Natomiast jesteśmy świadomi tego, że obniży się ilość wykonanych TK w związku z wejściem nowego sprzętu, czyli rezonansu do systemu i do realizacji świadczeń w szpitalu”.

Jarosław Kleszczewski (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Rozumiem, że ten przepis wszedł. Bardzo się cieszę. Czyli pacjenci już mogą się zgłaszać na te badania. Ja myślę, że państwo powinni rozważyć, a nawet przekalkulować możliwość leasingu takiego sprzętu, jeżeli będzie się sponował sam, bo wiemy o tym, że pacjenci czekają na to, chociaż jeszcze nie bardzo o tym wiedzą. Myślę, że perspektywa uruchomienia rezonansu – mim zdaniem – nie jest taka bliska, a przepisy już obowiązują. Chciałbym wiedzieć, czy są szans i czy możemy kierować pacjentów.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Chciałbym zwrócić uwagę, że kontrakt, który jest wygrany, wchodzi w życie z dniem 1 lipca. Przepis obowiązuje te podmioty, który mają stary kontrakt i go realizują. Szpital będzie realizował świadczenia od 1 lipca. Natomiast od czerwca chcemy utworzyć już kolejki, żeby ludzie się zapisywali, żeby ten rytm był w miarę planowy i zobaczymy, co się będzie wtedy dziać. Tak naprawdę od czerwca chcemy otworzyć zapisy na tomograf, a od 1 lipca będziemy realizować: (Jarosław Kleszczewski stwierdził, że o taką odpowiedź mu chodziło, bo chciał poznać ramy czasowe).

Maria Milejska (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„W związku z tym, że kończy się umowa z „Helimedem” na wykonywanie badań i dzierżawę pomieszczenia, proszę mi powiedzieć, czy zastanawialiście się panowie nad ewentualnym zakupem od „Helimedu” tego tomografu, bo żeby go wynieść i zostawić pomieszczenia zgodnie z umową, należałoby rozebrać część ściany, bo przez drzwi on się nie zmieści. Czy rozmowy w tym kierunku były już wykonywane, żeby wynegocjować cenę, by ten tomograf „Helimedu” został na miejscu”.

Doradca ds. Rozwoju Szpitala Powiatowego w Zawierciu **Dariusz Jorg** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Nie negocjowaliśmy z „Helimedem” w związku z tym, że ten tomograf nadaje się chyba do muzeum, bo ma 10 lat i może być tylko dużym kosztem. Wartość zakupu nowego tomografu nie jest znowu dzisiaj tak duża. Jeśli się okaże, jak mówi radny Jarosław Kleszczewski, że potencjał osób, które będą chciały wykonać badanie wyczerpie nam się, to zawsze możemy kupić tomograf, ale na pewno nie 10 – letni. Można wtedy zastanowić się nad tańszym kupnem używanego lub kupić nowy, bo może okazać się, jak mówił Jarosław Kleszczewski, że tak kwota zostanie odrobiona w ciągu pół roku czy roku. Co do wyprowadzenia tomografu i wyburzenia ścian w związku z gabarytami tomografu, to zapisy w umowie zabezpieczają szpital przed odtworzeniem tych elementów, które zostaną zniszczone podczas wyprowadzenia tomografu. My nie znamy jeszcze oficjalnej decyzji „Helimedu”, czy wyprowadzi ten tomograf całkowicie i kiedy. Jesteśmy przed takim etapem rozmów, Na etapie konkursu nie rozmawialiśmy z konkurencją, chyba pani wie, dlaczego”.

Przewodnicząca Rady Powiatu Zawierciańskiego **Małgorzata Benc** (treść wystąpienia w formie stenogramu):

„Mam nadzieję, że te wszystkie zapewnienia panów dyrektorów, które usłyszeliśmy, może uspokoiły troszeczkę nastroje. Mamy też nadzieję, że uda się w krótkim czasie może nie zrobić z naszego Szpitala Powiatowego Leśnej Góry ani szpitala klinicznego, ale tak przyjazne miejsce dla pacjentów, którzy będą już chcieli leczyć się tu, w Zawierciu, będą chcieli rodzić tu swoje dzieci i uzyskają świetną, doskonałą pomoc medyczną. Jako, że wiemy, że jaki pan, taki kram, jacy fachowcy przyjdą, takie zaufanie będą budzić u swoich pacjentów i życzę Wam z całego serca, żebyście państwo ciągnęli takich specjalistów w każdej dziedzinie, od których nasi lekarze, bez względu na wiek i na to, jakie gazety czytają, nauczyli się czegoś pożytecznego, bo człowiek się do końca życia uczy, zwłaszcza w takich zawodach, jak zawody medyczne i żebyśmy wszyscy służyli naszym mieszkańcom i pacjentom. Dziękuję bardzo za wypowiedzi, za liczne pytania. Mam nadzieję, że d tej pory będziemy się co jakiś czas spotykać i chociaż raz czy dwa razy w roku usłyszymy od dyrekcji szpitala, jakakolwiek by nie była, jak postępują zmiany na lepsze w naszym szpitalu i mam nadzieję, że im ciszej będzie o naszym szpitalu w mediach, tym lepiej dla pacjentów i dla nas wszystkich”.

Ad.3.)

Po wyczerpaniu porządku obrad Przewodnicząca Rady Powiatu **Małgorzata Benc**, życząc wszystkim zdrowych i spokojnych Świąt Wielkanocnych, zamknęła obrady VII sesji Rady Powiatu Zawierciańskiego.

Zakończenie obrad nastąpiło o godz. 14.45.

Protokół sporządziła:
/-/ Anna Bryła

Przewodnicząca Rady Powiatu
/-/ Małgorzata Benc