

PROTOKÓŁ NR XL/18
XL nadzwyczajnej sesji Sejmiku
Województwa Wielkopolskiego
z 15 stycznia 2018 r.

PROTOKÓŁ NR XL/18

XL nadzwyczajnej sesji Sejmiku Województwa Wielkopolskiego

z 15 stycznia 2018 r.

XL nadzwyczajna sesja Sejmiku Województwa Wielkopolskiego odbyła się 15 stycznia 2018 r. o godz. 13:00 w sali Sesyjnej – w siedzibie Samorządu Województwa Wielkopolskiego.

Ad. 1. Otwarcie posiedzenia. Stwierdzenie quorum.

Obrady otworzyła **Zofia Szalczyk**, Przewodnicząca Sejmiku Województwa Wielkopolskiego. Przewodnicząca SWW stwierdziła quorum na sali. W obradach XL nadzwyczajnej Sesji SWW wzięło udział 37 radnych, według listy obecności stanowiącej załącznik nr 1 do niniejszego protokołu. W posiedzeniu uczestniczyli także zaproszeni goście (lista obecności stanowi załącznik nr 2 do protokołu).

Ad. 2. Przyjęcie porządku obrad.

Porządek obrad XL nadzwyczajnej Sesji SWW został przyjęty przy głosach:

za: 29,

przeciw: 0,

wstrzymujących: 0.

PORZĄDEK OBRAD XL NADZWYCZAJNEJ SESJI SEJMIKU WOJEWÓDZTWA WIELKOPOLSKIEGO. 15 stycznia 2018 r.

1. Otwarcie posiedzenia. Stwierdzenie quorum.
2. Przyjęcie porządku obrad.
3. Wybór sekretarzy obrad.
4. Podjęcie uchwały Sejmiku Województwa Wielkopolskiego zmieniającej Uchwałę nr XXXIX/939/17 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie uchwały budżetowej Województwa Wielkopolskiego na rok 2018.
/druk nr 1/
5. Podjęcie uchwały Sejmiku Województwa Wielkopolskiego zmieniającej Uchwałę nr XXXIX/938/17 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 18 grudnia 2017 r.

w sprawie Wieloletniej Prognozy Finansowej Województwa Wielkopolskiego na rok 2018 i lata następne. /**druk nr 2**/

6. Podjęcie uchwały Sejmiku Województwa Wielkopolskiego w sprawie zaciągnięcia pożyczki ze środków zwrotnych inżynierii finansowej w ramach Inicjatywy JESSICA RPO 2007-2013 w Banku Gospodarstwa Krajowego na dofinansowanie przedsięwzięcia pod nazwą: „Budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka (szpitala pediatrycznego) wraz z jego wyposażeniem”. /**druk nr 3**/
7. Debata na temat sytuacji zdrowia oraz problemów jakie wiążą się z wprowadzeniem w życie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych i ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wprowadzającej system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieci szpitali. /**druk nr 4**/
8. Informacja o programach naprawczych SPZOZ. /**druk nr 5**/
9. Zamknięcie posiedzenia.

Ad. 3. Wybór sekretarzy obrad.

Sekretarzami obrad zostali wybrani przy głosach:

za: 31,

przeciw: 0,

wstrzymujących: 0.

radni: **Maciej Wituski** oraz **Leszek Bierła**.

Ad. 4. Podjęcie uchwały Sejmiku Województwa Wielkopolskiego zmieniającej Uchwałę nr XXXIX/939/17 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie uchwały budżetowej Województwa Wielkopolskiego na rok 2018.

Przewodnicząca SWW poinformowała, iż do projektu uchwały załączone są stosowne opinie Komisji SWW.

Radni nie wnieśli żadnych uwag.

Uchwała została podjęta przy głosach:

za: 34

przeciw: 0,

wstrzymujących: 0.

Uchwała Nr XL /962/18 stanowi załącznik nr 3 do protokołu.

Ad. 5. Podjęcie uchwały Sejmiku Województwa Wielkopolskiego zmieniającej Uchwałę nr XXXIX/938/17 Sejmiku Województwa Wielkopolskiego z dnia 18 grudnia 2017 r. w sprawie Wieloletniej Prognozy Finansowej Województwa Wielkopolskiego na rok 2018 i lata następne.

Przewodnicząca SWW poinformowała, iż do projektu uchwały załączone są stosowne opinie Komisji SWW.

Radni nie wnieśli żadnych uwag.

Uchwała została podjęta przy głosach:

za: 34,

przeciw: 0,

wstrzymujących: 1.

Uchwała Nr XL /963/18 stanowi załącznik nr 4 do protokołu.

Ad. 6. Podjęcie uchwały Sejmiku Województwa Wielkopolskiego w sprawie zaciągnięcia pożyczki ze środków zwrotnych inżynierii finansowej w ramach Inicjatywy JESSICA RPO 2007-2013 w Banku Gospodarstwa Krajowego na dofinansowanie przedsięwzięcia pod nazwą: „Budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka (szpitala pediatrycznego) wraz z jego wyposażeniem”.

Przewodnicząca SWW poinformowała, iż do projektu uchwały załączone są stosowne opinie Komisji SWW.

Radni nie wnieśli żadnych uwag.

Uchwała została podjęta przy głosach:

za: 36,

przeciw: 0,

wstrzymujących: 0.

Uchwała Nr XL /964/18 stanowi załącznik nr 5 do protokołu.

Ad. 7. Debata na temat sytuacji zdrowia oraz problemów jakie wiąże się z wprowadzeniem w życie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych i ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wprowadzającej system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieci szpitali.

Członek Zarządu Województwa Wielkopolskiego **Maciej Sytek** wspominał o uchwale Sejmiku WW, która została podjęta podczas nadzwyczajnej sesji Sejmiku WW, a mianowicie o uchwale Sejmiku Województwa Wielkopolskiego w sprawie zaciągnięcia pożyczki ze środków zwrotnych inżynierii finansowej w ramach Inicjatywy JESSICA RPO 2007-2013 w Banku Gospodarstwa Krajowego na dofinansowanie przedsięwzięcia pod nazwą: „Budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka (szpitala pediatrycznego) wraz z jego wyposażeniem”. Powiedział o dokumentacji w sprawie budowy wspomnianego Szpitala, którą Marszałek Marek Woźniak przedstawił na konferencji prasowej. Zaznaczył, że jest to najbardziej wyczekiwany Szpital w Województwie Wielkopolskim. Poinformował, iż w czerwcu br. powinien zostać wmurowany kamień węgielny pod budowę Centrum. Przypomniał, że w ubiegłym roku także odbyła się debata na temat ochrony zdrowia. Wyjaśnił, iż tegoroczna debata miała na celu przedstawienie sytuacji panującej w jednostkach ochrony zdrowia podległych Samorządowi Województwa Wielkopolskiego. Wspomniał o trudnej sytuacji w ochronie zdrowia spowodowanej wieloma zmianami, które są wprowadzane od kilku miesięcy. Wyraził zadowolenie z tak licznej frekwencji radnych na debacie poświęconej ochronie zdrowia, która jest niezmiernie ważną kwestią. Podkreślił konieczność wspólnego działania, bez względu na przynależność polityczną w celu zapewnienia mieszkańcom Wielkopolski jak najlepszej ochrony zdrowia. Powiedział, że przedstawione zostały trzy elementy, które zagrażają stabilnej sytuacji w ochronie zdrowia. Poinformował, że jako pierwsza wystąpiła Zastępca Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu Małgorzata Piotrowska-Błochowiak i przybliżyła kwestie tzw. sieci szpitali. Następnie Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Koninie Leszek Sobieski, który powiedział o skutkach wejścia w życie ustawy z 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Ostatnią osobą, jaka prezentowała materiał był Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanek” w Gnieźnie Marek Czaplicki, który przedstawił sytuację dotyczącą niedoboru kadry

w jednostkach ochrony zdrowia. Były to trzy podstawowe elementy, które powodują niepewność dyrektorów, pracowników, a także pacjentów. Zapewnił, iż w przypadku pytań ze strony radnych odpowiedzi zostaną udzielone.

Przewodnicząca **Zofia Szalczyk** poprosiła osoby prezentujące, aby ich wypowiedzi nie przekraczały piętnastu minut.

Zastępca Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu **Małgorzata Piotrowska-Błochowiak** przedstawiła prezentację dotyczącą sieci szpitali, ryczałtów, podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i skutków wprowadzenia nowelizacji ustawy. Powiedziała, że aktualnie szpitale spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie i rozporządzeniu tworzą tzw. sieć szpitali, czyli sieć szpitalnego podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Nowelizacja została wprowadzona ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wyjaśniła, iż wprowadziła ona do polskiego systemu publicznej opieki zdrowotnej instytucję systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (dalej PSZ), w ramach którego dokonano kwalifikacji szpitali do poziomów szpitali I stopnia, szpitali II stopnia, szpitali III stopnia, szpitali onkologicznych lub pulmonologicznych, szpitali pediatrycznych oraz szpitali ogólnopolskich. Stanowi o powyższym art. 95 ust. 1 ustawy. Wymienione poniżej rozporządzenia wykonawcze do ustawy z dnia 23 marca 2017 roku normują wszelkie szczegółowe kwestie w tym zakresie i regulują finansowanie w zakresie ryczałtów:

- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

Przywołała postulaty, które Ministerstwo zakresiło w zakresie oczekiwań dotyczących tej nowelizacji:

- poprawa relacji pomiędzy płatnikiem i wykonawcami świadczeń szpitalnych;

- zagwarantowanie ciągłości i stabilności finansowania jednostkom istotnym z punktu widzenia zabezpieczenia dostępu do świadczeń zdrowotnych przy równoczesnym pozostawieniu możliwości dostępu do środków publicznych pozostałym jednostkom;
- uelastycznienie zarządzania szpitalem oraz optymalizacja struktury kosztów leczenia;
- koordynacja świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych.

Poinformowała, że w dniu 27 czerwca 2017 roku dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosili wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia, obejmujące wskazanie świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia na terenie danego województwa oraz wskazanie, dla każdego ze świadczeniodawców odrębnie, wszystkich profili systemu zabezpieczenia, zakresów oraz rodzajów, w ramach których będą oni udzielać świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Pierwszy wykaz obowiązuje od 1 października 2017 roku do 30 czerwca 2021 roku. Zaznaczyła, iż dwoma cechami powyższego wykazu są jego lokalny charakter oraz horyzont czasowy, w którym statuuje on rynek usług zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Ogłasza się go dla terenu danego województwa, a jego okres obowiązywania przewidziany jest na 4 lata, czyli do roku 2021. Podkreśliła, że podstawową konsekwencją zakwalifikowania szpitala do PSZ jest możliwość zawarcia umowy w trybie art. 159a ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, to jest bez przeprowadzania konkursu ofert i rokowań. Zauważyła, iż w przypadku braku kwalifikacji do sieci szpitali istnieją dodatkowe możliwości kwalifikacji, a mianowicie:

- kwalifikacja na podstawie opinii ministra – w przypadku niezakwalifikowania szpitala do sieci szpitali możliwe jest włączenie go, do tej sieci na podstawie opinii ministra właściwego do spraw zdrowia. Aby szpital mógł być zakwalifikowany w ten sposób, spełnione muszą zostać 3 warunki:
 - szpital nie spełnia warunków kwalifikacji do jednego z poziomów PSZ;
 - szpital, w dniu ogłoszenia wykazu szpitali sieciowych, posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d – tzn. w trybie ostrej hospitalizacji;

- zakwalifikowanie szpitala do jednego z poziomów jest konieczne do zabezpieczenia na terenie danego województwa właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Powiedziała, że wszystkich szpitali w sieci jest 591. Szpitali I stopnia jest 281, II stopnia – 95, III stopnia – 62, pulmonologicznych i onkologicznych – 50, pediatrycznych – 13, a ogólnopolskich – 90. Najwięcej szpitali w sieci jest w województwach: mazowieckim – 82, śląskim – 74 oraz wielkopolskim – 50. Najmniej szpitali w sieci jest w województwach: opolskim – 12, świętokrzyskim – 9 i małopolskim – 11. Wskazała, iż tylko osiem województw ma szpitale pediatryczne. Ogłoszone wykazy szpitali zakwalifikowanych do sieci zostały jeszcze do 26 września 2017 uzupełnione o placówki, które powstały w wyniku połączenia dwóch lub więcej podmiotów leczniczych. Do sieci szpitali zostało zakwalifikowanych 78 podmiotów niepublicznych. Przedstawiła skutki nowelizacji ustawy w pięciu obszarach:

- świadczenia odrębnie finansowane;
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
- oddziaływanie na postępowania konkursowe;
- nocna i świąteczna opieka zdrowotna;
- finansowanie ryczałtowe.

Następnie dyrektor krótko omówiła wszystkie skutki. Poinformowała, że system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zakłada finansowanie ryczałtowe, oznacza to, że wysokość ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy będzie zależała od liczby i struktury świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach. Z kwoty ryczałtu zostały wyodrębnione środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Zaznaczyła, iż wykaz takich świadczeń, wymagających wyodrębnienia i przeznaczonych na nie kwot finansowania, określony został w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia – świadczenia opieki zdrowotnej wymagające ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Dodatkowo odrębnie finansowane będą świadczenia szczególnie istotne z punktu widzenia potrzeb pacjentów, m. in.:

- świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej);
- świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca;

- świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
- świadczenia realizowane w szpitalnych oddziałach ratunkowych albo w izbach przyjęć;
- świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych;
- świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej;
- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie rezonansu magnetycznego;
- diagnostyka i leczenie onkologiczne w profilach systemu zabezpieczenia.

Wskazała, że ambulatoryjna opieka specjalistyczna mogła stać się elementem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, jeśli spełniała łącznie w odniesieniu do konkretnego szpitala trzy warunki konieczne:

- musiała być realizowana wcześniej w poradniach przyszpitalnych, przy czym przez poradnię przyszpitalną rozumieć należy, po myśli art. 5 pkt 28a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, komórkę organizacyjną podmiotu leczniczego prowadzącego szpital, zlokalizowaną w tej samej co szpital dzielnicy;
- w części dotyczącej porad specjalistycznych, była okoliczność, iż porady specjalistyczne odpowiadają profilom systemu zabezpieczenia u danego świadczeniodawcy;
- posiadanie przez szpital do dnia ogłoszenia wykazu (tj. do dnia 27 czerwca 2017 roku) umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej co do świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, której okres trwania wynosi co najmniej 2 ostatnie lata kalendarzowe.

Wspomniała, iż skutki w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczyły również możliwości startowania przez podmioty sieciowe w postępowaniach konkursowych. Wyjaśniła, że podmioty „sieciowe”, dla których prowadzona kwalifikacja do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie objęła określonego zakresu umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, będą mogły ubiegać się o zawarcie takiej umowy na takich samych zasadach, jak i wszystkie podmioty „pozasieciowe”. Z kolei podmioty „sieciowe”, dla których prowadzona kwalifikacja do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej objęła

określony zakres umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna dla którego ogłoszono postępowania konkursowe, nie będą mogły ubiegać się o zawarcie nowej umowy. Zdaniem Pani Dyrektor prowadzenie konkursów nabrało charakteru subsydiarnego. Powiedziała, iż systematyzując przestrzeń, w których będzie aktualizować się uzasadnienie do zorganizowania konkursów ofert, należy wymieć dwa zasadnicze obszary:

- dotyczy: rodzajów i zakresów świadczeń, które z mocy samej ustawy nie wejdą do sieci szpitali. W tych obszarach, które nie wpisują się w sieć szpitali, przeprowadzenie konkursu nie pozostaje w sferze wyboru lecz konieczności.
- zaspokajanie zidentyfikowanych przez dyrektora OW Funduszu niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych, których nie zrealizują uczestnicy zakwalifikowani do sieci. Przytaczając za uzasadnieniem: „Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie porównania planu zakupu świadczeń zdrowotnych ze świadczeniami zdrowotnymi, które będą wykonywane przez świadczeniodawców w ramach systemu PSZ, przeprowadzi konkursy ofert na świadczenia zdrowotne, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa nie będą właściwie zaspokojone”.

Podkreśliła, że kolejnym skutkiem wprowadzenia nowelizacji jest finansowanie ryczałtowe. Ryczałt oznacza, iż dany szpital otrzymuje rodzaj budżetu globalnego, obejmującego znaczną część świadczeń szpitalnych, ale ponadto również świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowane w odpowiednich przychodniach przyszpitalnych, świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, a nawet świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Zaznaczyła, że przewidziane zostało odgórne ustalenie kwoty ryczałtu, która następnie może być aktualizowana w zależności od różnych parametrów takich jak, liczby i rodzaju udzielonych świadczeń, ich cen czy parametrów jakościowych. Wysokość ryczałtu ustalana będzie na okres nie dłuższy niż rok (okres rozliczeniowy), który wskazany zostanie w umowie. Szczegółowe warunki realizacji ryczałtu wskazane zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz zarządzeniach Prezesa Funduszu. Poinformowała, iż podstawą dla ustalenia pierwszych kwot ryczałtów, co do zasady mają być ilości świadczeń udzielonych i sprawozdanych w roku 2015, z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie ustawy. Do obliczenia ryczałtu stosowany jest wzór składający się z wielu elementów. Wzór ten opiera się na rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. Podała wzór, który oblicza się w oparciu o dane:

- liczbę świadczeń;

- rodzaj udzielonych świadczeń;
- ceny udzielonych świadczeń;
- parametry jakościowe związane z procesem udzielania tych świadczeń;
- taryfę świadczeń albo liczbę jednostek rozliczeniowych ustaloną w przepisach.

Powiedziała, że aktualnie, czyli po zakończeniu roku 2017 na następny okres rozliczeniowy nie został ustalony ryczałt. Podmioty realizują świadczenia w oparciu o to, co było ustalone na koniec roku 2017, na ostatni kwartał. Wyliczenie wartości ryczałtu PSZ, o którym mowa w ust. 2, na kolejny okres rozliczeniowy następuje w terminie 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego. Wskazała, iż następnym skutkiem nowelizacji była konieczność realizacji świadczeń z zakresu nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Domeną świadczeniodawców prywatnych były także od lat świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, zaliczane do świadczeń POZ, lecz kontraktowane odrębnie i w oparciu o odrębne stawki. Na gruncie dotychczasowych przepisów stanowiły one niewątpliwe świadczenia ambulatoryjne i do zawarcia umowy na ten zakres należało wykazać prowadzenie działalności w tym właśnie zakresie. Podkreśliła, że nowelizacja zakłada natomiast pierwszeństwo zawierania umów na NiŚOZ przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do sieci. Zgodnie z brzmieniem nowelizacji świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane mają być przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomów systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego, dopiero zaś w przypadku braku zabezpieczenia świadczeń NiŚOZ w tym trybie, otwierałaby się możliwość prowadzenia postępowań z udziałem innych świadczeniodawców, w tym tych, którzy udzielają świadczeń wyłącznie ambulatoryjnych. Zaznaczyła, iż skutkiem kwalifikacji prawnej relacji świadczeniodawców i Funduszu, wyrażającej w umowie cywilnoprawnej, jest fakt, że będą do niej miały zastosowanie, tak jak ma to miejsce w obecnym stanie prawnym, przepisy załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dodała, że powyższe oznacza, iż obowiązki świadczeniodawców wytypowanych do realizacji umowy na podstawie wykazu kwalifikującego do sieci szpitali, będą tożsame z kontrahentami wyłonionymi w drodze konkursu ofert, min. w zakresie wymiaru i podstaw odpowiedzialności w tych aspektach realizacji umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, względem których został przewidziany mechanizm kar umownych lub żądania zwrotu środków.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Koninie **Leszek Sobieski** przedstawił prezentację na temat skutków wejścia w życie ustawy z 8 czerwca 2017 roku

o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Powiedział, że ustawa jest pierwszą regulacją o charakterze praktycznie kompleksowym, która gwarantuje minimalne wynagrodzenie zasadnicze dla pracowników medycznych podmiotów leczniczych. Poinformował, iż cel tej ustawy Ministerstwo Zdrowia przedstawiło na swoich stronach internetowych. Założeniem jej było wprowadzenie pewnych regulacji, które określają minima jeśli chodzi o wynagrodzenie zasadnicze. Wartością dodaną tej ustawy jest to, że pochodne, które są związane z wejściem w życie tej regulacji zwiększają wynagrodzenia pracowników medycznych. Dodał, że mechanizm tej ustawy jest stosunkowo prosty. Grupą odbiorców są pracownicy podmiotów leczniczych, osoby zatrudnione na umowie o pracę. Ustawa zachowuje pełną proporcjonalność, jeśli chodzi o wymiar etatu, czyli odpowiednio do wymiaru też zmienia się wartość uposażeń minimalnych. Podkreślił, iż samo założenie polega na tym, że trzeba określić jakąś wartość bazową, wartość współczynnika, który jest mnożnikiem oraz czas, w którym do określonego poziomu wynagrodzenia minimalnego w poszczególnych kategoriach zawodowych mają dojść dane grupy zawodowe w szpitalu. Powiedział, że jest to regulacja o charakterze bezwzględnie obowiązującym, co jest zarówno plusem, jak i minusem tej ustawy. Wspomniał, iż dyrektor podmiotu leczniczego musi tą ustawę zrealizować i z punktu widzenia pracowniczego jest to niewątpliwa korzyść, natomiast z punktu widzenia dyrektora placówki już niekoniecznie. Ustawa zakłada określony czas dochodzenia do pożądanego minimalnego wynagrodzenia i wskazuje trzy takie podstawowe wskaźniki: czas, mnożnik i wartość procentową, która będzie określała rok do roku wyżkę wynagrodzenia minimalnego. Wyjaśnił, że w praktyce wygląda to właśnie w ten sposób, iż są wymienione kategorie zawodowe poszczególnych grup pracujących w podmiotach leczniczych, wskazany jest mnożnik oraz wartości docelowe, które należy osiągnąć w czasie przedstawionym w ustawie. Poinformował, iż ustalenie wysokości tych mnożników, a także kategoryzacja mnożnika do posiadanego wykształcenia przez personel medyczny jest pierwszym elementem sporu dla związków zawodowych i pracowników. Pielęgniarki z wykształceniem magisterskim, ale bez specjalizacji, a także osoby o kierunkowym wykształceniu wyższym bez specjalizacji według tych widełek są traktowane gorzej niż osoba, która nie ma tego wykształcenia magisterskiego, ale ma specjalizację. Zdaniem dyrektora regulacja ta jest asymetryczna, ponieważ wprowadza regulację ustawową, względnie obowiązującą w połowie roku, natomiast nie przewiduje dla jej wykonania środków finansowych. Te środki, które trzeba ponieść, to są koszty podmiotów leczniczych. Zaznaczył, że takie rozwiązanie może funkcjonować, ale na dłużer jest ono niekorzystne.

Powiedział, że do określenia wynagrodzenia minimalnego w poszczególnych grupach pracowników, a zwłaszcza w przypadku pielęgniarek i położnych ustawa wlicza tzw. „podatek Zembalowy”. Wspomniał, iż było to już podnoszone na spotkaniach ze związkami zawodowymi, które nie są temu przychylnie. Zdaniem związków zawodowych pielęgniarek i położnych jest to finansowanie utraty ich pieniędzy. Podkreślił, że nie jest to prawdą. „podatek Zembalowy” jest osobną kategorią wsparcia wynagrodzeń pielęgniarek i położnych. Z punktu widzenia podmiotu leczniczego jest to całkiem dobre rozwiązanie. Zaznaczył, iż minusem jest czas obowiązywania „podatku Zembalowego” ponieważ jest on ograniczony. Wartość, którą aktualnie refunduje Ministerstwo Zdrowia po czasie obowiązywania dodatku stanie się kosztem szpitala. Zdaniem Dyrektora drugim ważnym minusem tej regulacji jest to, że nie obejmuje ona wszystkich kategorii zawodowych osób pracujących w szpitalach. Słusznym jest, że skupia się na pracownikach medycznych, jednak szpitale wielospecjalistyczne opierają się na szerokiej bazie pracowników pozamedycznych, technicznych, obsługi i administracji, które nie są objęte tą regulacją. Podkreślił, że ustawa nie posiada także siatki płac. Określa ona pewne minimum, sposób i czas dochodzenia do tego minimum, natomiast nie ma ciągu dalszego. Dla szpitali wielospecjalistycznych wprowadzenie minimalnego wynagrodzenia w zawodach medycznych radykalnie spłaszcza siatkę płac. Powiedział, iż bardzo istotne jest to, że ta ustawa po raz pierwszy kompleksowo reguluje kwestię minimalnego wynagrodzenia dla poszczególnych grup zawodowych w zakresie ochrony zdrowia. Regulacja ta poddana jest ochronie przez Państwową Inspekcję Pracy. Niestety ta regulacja oparta jest na środkach własnych podmiotów leczniczych. Zdaniem Dyrektora jest to dopuszczalna regulacja, ale niestety dla dyrektorów placówek niekorzystna. Niekompletność tej regulacji, czyli pozostawienie poza pewnych grup zawodowych w szpitalu jest niekomfortowa. Podał przykład Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie, gdzie przy 1 400 pracownikach zdecydowana większość to są osoby zatrudnione w formule stosunku pracy, czyli do nich ta regulacja będzie miała wprost odniesienie. Przedstawił tabelę kosztów wynagrodzeń po wejściu w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. oraz tabelę kosztów porozumień ze związkami zawodowymi w 2017 roku na łączną kwotę 1 314 143,39 zł. Powiedział, że w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Koninie pula środków finansowych przeznaczona na wynagrodzenia w roku 2017, w stosunku do roku 2016 wzrosła o ok. 4 588 000,00 zł. Na przedstawioną kwotę składały się:

- 674 704,07 zł – koszt podwyżki ustawowej za czas od VII – XII 2017 r.;
- 1 314 143,39 zł. – koszt podwyżki wynikającej z porozumień ze związkami;

- ok. 2 600 000,00 zł. – koszt wzrostu „dodatku Zembali” w 2017 r.

Przedstawił przykładowe rodzaje argumentacji żądań płacowych. Podkreślił, iż panuje sytuacja pełnej inflacji słowa i argumentacji, personelu nie interesuje obiektywna sytuacja podmiotu leczniczego. Dla przykładu zaprezentował skany kilku pism w sprawie wzrostu wynagrodzeń. Zdaniem Dyrektora ustawa o minimalnym wynagrodzeniu jest ważna i istotna, a z punktu widzenia porządku prawnego bardzo potrzebna, natomiast ona nie rozwiązuje podstawowego postulatu radykalnej wyżki wynagrodzeń, której oczekują pracownicy. Zaznaczył, że jeśli przyjąć, iż model do którego ustawa zmierza jest modelem o charakterze etatystycznym, czyli że Państwo odpowiada za finansowanie świadczeń, utrzymanie swoich jednostek i wynagrodzenie personelu uważa, iż właściwym byłoby także podjęcie dyskusji o sposobie finansowania samej kwestii wynagrodzeń tegoż personelu. Dyrektor sądzi, iż bardzo ważne byłoby także podjęcie rozmów i konkretnych działań związanych z dalszym regulowaniem kwestii wynagrodzeń. Powiedział, że istotnym, z punktu widzenia dyrektora podmiotu leczniczego, jest przyjęcie określonej regulacji np. w drodze rozporządzenia, która byłaby jednocześnie taryfikatorem i postawiła pewne granice, ale także sprecyzowałaby dla zatrudnionych w szpitalu pewną ścieżkę kariery zawodowej i rozwoju finansowego. Dodał, iż niestety tego w tym momencie nie ma. Wspomniał, iż Szpital w Puszczykowie im prof. S. T. Dąbrowskiego S.A. jest aktualnie największym konkurentem jeśli chodzi o kadry dla Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Koninie. Wskazał na migrację pielęgniarek ze Szpitala w Koninie do Szpitala w Puszczykowie. Powiedział o powrocie do prawa pracy i objęciu nim lekarzy. Na koniec zauważył, że przy wprowadzaniu regulacji o charakterze obciążeniowym, finansowym Vacatio legis powinno być dłuższe, albo skutki prawne powinny następować od nowego roku.

Dyrektor Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie **Marek Czaplicki** przedstawił prezentację na temat niedoboru kadry w jednostkach ochrony zdrowia. Powiedział, że art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej stanowi, iż każdy obywatel Polski ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Poinformował, iż według raportu organizacji OECD „Health at Glance 2017” wynika, że w Polsce na tysiąc mieszkańców przypada 2,19 lekarza. Wynik ten plasuje Polskę na ostatnich miejscach wśród państw Europy. Z przebadanych krajów europejskich gorsza sytuacja panuje jedynie w Turcji

i Macedonii. Podkreślił, że raport Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju wskazuje również na:

- wydłużenie długości życia mężczyzn (73,5) oraz kobiet (81,6), jednakże nadal poniżej przeciętnej OECD wynoszącej 77,9 oraz 83,1;
- wpływ warunków życia i wykształcenia na długość życia;
- wydatki na ochronę zdrowia poniżej przeciętnej oraz realizację wielu świadczeń ze środków własnych;
- wydłużenie kolejek względem roku poprzedniego;
- liczbę pielęgniarek na 1 000 mieszkańców (5,2) w odniesieniu do średniej OECD na poziomie 9 pielęgniarek.

Poinformował, iż w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie średnia wieku pielęgniarek wynosi ok 45 lat. Zdecydowanie więcej pielęgniarek odchodzi na emeryturę, niż przychodzi do pracy. Wspomniał, że według danych Naczelnej Izby Lekarskiej w Wielkopolsce jest ogółem 11 383 lekarzy, z czego wykonujących zawód 10 394, natomiast w Polsce lekarzy ogółem jest 147 417, a wykonujących zawód 135 687. Zestawienie to nie obejmuje lekarzy dentyistów. Zaznaczył, iż lekarzy – członków Izby Lekarskiej do 50 roku życia jest 67 496, a wykonujących zawód jest 66 559, natomiast lekarzy – członków Izby Lekarskiej po 50 roku życia jest 78 613, a wykonujących zawód jest 67 837. Powiedział, że głównymi przyczynami deficytu kadrowego są:

- stopień trudności i złożoności studiów;
- nieatrakcyjne wynagrodzenie;
- brak szerokich perspektyw rozwoju;
- duże obciążenie obowiązkami.

Przedstawił aspekty powodujące pogorszenie sytuacji:

- bardzo wysoka średnia wieku lekarzy i pielęgniarek;
- ustawa obniżająca wiek przejścia na emeryturę;
- około 10-20% wyjeżdżających zagranicę;
- około 40% deklarujących chęć wyjazdu;
- rozwinięta biurokracja.

Przybliżył środowisko lekarzy. Wspomniał o długotrwałym procesie kształcenia do uzyskania specjalizacji, pracy na kilku etatach i luce pokoleniowej. Wskazał na czas pracy lekarza, który przekłada się na dobro pacjenta oraz o wypowiedzeniu klauzuli opt-out (problemy

z zabezpieczeniem dyżurowym począwszy od stycznia 2018). Poinformował o brakach kadrowych lekarzy w specjalizacjach: psychiatry, geriatry, anesteziolodzy, lekarze chorób wewnętrznych / interniści, specjaliści medycyny ratunkowej, pediatri, chirurdzy i wiele innych specjalizacji. Zaznaczył, że wielu lekarzy występuje o dokumenty uprawniające do pracy w Unii Europejskiej. Od roku 2012 liczba wydawanych zaświadczeń wzrasta sukcesywnie. Następnie odniósł się do kwestii pielęgniarek i system kształcenia. Liczba pielęgniarek w wieku przedemerytalnym jest wielokrotnie wyższa niż tych, które mają je zastępować. Wspomniał o tzw. „dodatku Zembałowym”, o którym mówił już wcześniej dyrektor Leszek Sobieski. Podkreślił, iż braki są odczuwalne także wśród pozostałych pracowników, m. in. diagnostów laboratoryjnych, pracowników aptek, pracowników technicznych i wielu innych. Zauważył, że ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych dzieli pracowników szpitali. Wskazał na konieczność współdziałania wszystkich pracowników do prawidłowego funkcjonowania jednostek ochrony zdrowia. Przytoczył konsekwencje braków kadrowych:

- pogarszające się wyniki finansowe jednostek służby zdrowia;
- wydłużanie kolejek oczekujących;
- konieczność zamykania oddziałów oraz poradni;
- utrudnienia w uzyskaniu porady lekarskiej;
- problemy w zabezpieczeniu dostępu do lekarzy coraz starszemu, wymagającemu większej troski społeczeństwu.

Przedstawił próby zminimalizowania problemu:

- wzrost nakładów na służbę zdrowia (PKB);
- wzrost limitów przyjęć na kierunek lekarski;
- zwiększenie możliwości dydaktycznych uczelni;
- „odpracowanie” okresu studiów (kwestia równości względem innych zawodów);
- płatne studia;
- wzrost napływu lekarzy z „biedniejszych” krajów;
- zliberalizowanie wymogów NFZ;
- dalszy rozwój telemedycyny;
- rola konsultantów krajowych/wojewódzkich.

Powiedział, że w psychiatrii występują problemy z realizacją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego. Widoczny jest stały wzrost liczby zachorowań na niektóre zaburzenia

psychiczne i tym samym, wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne z dziedziny opieki psychiatrycznej. Zaznaczył, iż liczba rezydentur jest niezadowalająca, a ich rozkład między poszczególnymi województwami, nie odpowiada potrzebom. Wskazał na problem dotyczący tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego. Wspomniał o trudnościach w wypełnieniu wymagań dla kontraktowania świadczeń, a co za tym idzie, wystąpieniu ryzyka braku zapewnienia opieki zdrowotnej na odpowiednim poziomie. Przybliżył kwestie psychiatrii w Wojewódzkim Szpitalu dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie. Przeanalizował okres od stycznia 2016 do grudnia 2017 roku i odnotował zmniejszenie ilości lekarzy specjalistów ze 103 osób do 89 osób – łącznie odeszło 14 osób. Średnia wieku w grupie lekarzy to prawie 50 lat, natomiast w grupie pielęgniarek ponad 45 lat. Zdaniem Dyrektora kadra medyczna musi być dostosowana do wymogów oraz wielkości kontraktu z NFZ. Przedstawił dokładny stan zatrudnienia poszczególnych specjalizacji lekarzy w Szpitalu „Dziekanka”.

Członek Zarządu **Maciej Sytek** podsumował wypowiedzi dyrektorów placówek medycznych. Zdaniem Członka Zarządu obie ustawy, tzn. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych spowodowały otwarcie „puszki Pandory”. Spowodowały one w wielu szpitalach podległych Województwu Wielkopolskiemu duży nacisk na wzrost płac (m. in. Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Wojewódzki Szpital Zespolony w Koninie, Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie). Dodał, że przedstawione w ustawie limity spowodowały śmiech ze strony związków zawodowych. Wspomniał, iż aktualnie pielęgniarka zarabia mniej niż osoba pracująca na stanowisku kasjera w markecie. Powiedział, że kolejną istotną kwestią jest wzrost pochodnych, o których mówił Dyrektor Leszek Sobieski. Środki, które pierwotnie miały zostać przeznaczone na oddłużenie szpitali, w związku ze wzrostem wynagrodzeń (przed wejściem w życie ustawy o 2 %, następnie o kolejne 2 %) i brakiem środków finansowych na ten cel z budżetu państwa, musiały pokryć część wzrostu wynagrodzeń (60-70 %). Jeśli rośnie podstawa, to rosną także pochodne, a to powoduje określone skutki. Zaznaczył, iż jeżeli w ubiegłym roku podmioty lecznicze podległe Województwu Wielkopolskiemu wygenerowały stratę na poziomie 300 000 zł, to w roku bieżącym, zwłaszcza w szpitalach wielospecjalistycznych strata ta będzie jeszcze większa. Podziękował dyrektorom podmiotów medycznych za pracę i starania, aby nie doprowadzić do sytuacji

zagrożenia płynności finansowej szpitali. Poinformował, że ryczałt dla podmiotów leczniczych nie jest znany, NFZ nie chce ujawnić wysokości ryczałtów. W styczniu ubiegłego roku, po kontraktowaniu były znane wielkości środków finansowych. Aktualnie podmioty medyczne dowiedzą się o wysokości przyznanych środków na koniec marca, czyli na początek drugiego kwartału. Zauważył, iż nie jest to sytuacja normalna. Przyznał, że słusznym jest wzrost wynagrodzeń dla pracowników, jednak Samorzady nie wiedzą jakie środki finansowe otrzymają. Przypomniał, iż kiedy następował podział i samorządom przyznano nadzór nad podmiotami leczniczymi, to miał on przede wszystkim dotyczyć strony infrastrukturalnej. Środki finansowe na świadczenia (wynagrodzenia wszystkich pracowników szpitali, opatrunki, leki i inne) miały być przekazywane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Ostatecznie okazało się, że w wielu podmiotach medycznych podległych Samorządowi Województwa Wielkopolskiego wynagrodzenia sięgają powyżej 50-60 %, a niekiedy nawet 70 % całego kontraktu. Podkreślił, iż taka sytuacja nie powinna mieć miejsca, a Samorząd WW nie chce finansować wzrostu tychże kosztów, gdyż jest to rola NFZ. Powiedział, że z jednej strony brakuje lekarzy, co powoduje nacisk na płace, gdyż żądają oni coraz większych wynagrodzeń. Sytuacja ta w konsekwencji powoduje, iż dyrektorzy szpitali „walczą” między sobą o pracowników. Natomiast z drugiej strony sytuacja ta powoduje przemęczenie i frustrację u lekarzy, ponieważ pracują oni po ok. 300 godzin miesięcznie. Dodał, iż nie na miejscu są także sformułowania „niech jadą”. Zdaniem Członka Zarządu skutkami wejścia w życie tych ustaw będzie wzrost nacisku na dyrektorów szpitali. Zapewnił, że dyrektorzy podmiotów medycznych starają się rozmawiać z pracownikami i zawierają dodatkowe umowy. W chwili obecnej placówki ochrony zdrowia pracują prawidłowo. Przedstawił skutki reform: brak lekarzy, powodujący zamykanie niektórych oddziałów, a w konsekwencji zmniejszenie ilości świadczeń dla pacjentów. Zauważył, iż aktualnie jest już wiele nierentownych szpitali. Dodał, że nie jest to wina dyrektorów, czy złego zarządzania, lecz braku osób do pracy. Stwierdził, iż bieżący rok będzie bardzo mocno nastawiony na płace. Poinformował, że osobiście otrzymuje żądania lekarzy w kwestii płac – minimum trzy średnie krajowe. Przyznał, iż nie jest w stanie tego udźwignąć, ani żaden ze szpitali. Wskazał na duże kłopoty, w przypadku, gdy nie zmieni się kwestia finansowania, środków finansowych nie zacznie przybywać. Powtórzył, że aktualnie dyrektorzy szpitali nie wiedzą jakie środki finansowe zostaną im przyznane, co powoduje trudności w planowaniu dalszych działań. Zapewnił, iż Samorząd WW podejmuje wszelkie działania, jeżeli chodzi o finansowanie ochrony zdrowia placówek mu podległych. W latach 2015-2017 Samorząd WW na ochronę zdrowia przeznaczył 186 mln zł, natomiast w samym 2018 roku aż

100 mln zł. Planowana jest również budowa Wielkopolskiego Centrum Zdrowia Dziecka. Zauważył, że należy mieć świadomość, iż podmioty medyczne podległe Samorządowi WW będą miały coraz większe problemy z kadrą, a Samorząd WW ze sprostaniem temu, aby szpitale się bilansowały. Podkreślił, że od początku wielu specjalistów mówiło bardzo wyraźnie, że ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nie usprawni działalności, że jest to petryfikowanie tego samego układu. Spowoduje to, iż walka o pieniądze i o lekarzy będzie coraz większa. Powiedział, iż nie może karać dyrektorów podmiotów medycznych podległych Województwu Wielkopolskiemu za to, że będą musieli wybrać z jednej strony dobro pacjenta, a z drugiej strony zadłużenie szpitala. Może to spowodować dalszą konieczność finansowania ochrony zdrowia ze środków budżetu WW. Poinformował, że aktualnie szpital może mieć stratę do wysokości amortyzacji, a powyżej wysokości amortyzacji obowiązkiem samorządu województwa jest wyrównanie tej straty. Dodał, iż drugą możliwością jest prywatyzacja, czyli przekształcanie w spółki. To jest coś, co realnie zagraża ochronie zdrowia. Zaznaczył, że najgorszą częścią tejże ustawy jest kwestia nocnej i świątecznej pomocy, która została przeniesiona ze sfery podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) do szpitali. Wspomniał, iż najczęściej na SOR i podczas nocnej i świątecznej pomocy dyżury pełnią młodzi lekarze. Lekarz straszy stażem widząc niespecjalnie chorego pacjenta nie kieruje go na badania, tylko najczęściej odsyła na nocną i świąteczną pomoc, gdzie młodszy stażem lekarz często ze strachu robi te badania, co generuje większe koszty. Wskazał na sytuację Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, który jest szpitalem pediatrycznym, a musi pełnić nocną i świąteczną pomoc nie tylko dla dzieci, ale całego społeczeństwa. Zdaniem Członka Zarządu ten fakt nie został przemyślany. Wskazał na skutki i konsekwencje reform. Zapewnił, że wszyscy dyrektorzy podmiotów medycznych podległych Województwu Wielkopolskiemu będą starali się złagodzić te skutki i dbać o dobro pacjentów. Na zakończenie podkreślił, iż Sejmik WW musi być świadomy tego, że w perspektywie czasu zaczną się kłopoty finansowe.

Radny **Zbigniew Czerwiński** powiedział, że Samorząd WW oraz osoby zainteresowane tą sytuacją znają kwestie braku lekarzy. Dodał, iż zaskakująca jest jedynie skala tego problemu. Zaznaczył, że wszystkie działania podejmowane przez Samorząd WW, które miały na celu koncentrację podmiotów leczniczych, temu służyły. Podkreślił, iż aktualnie podległych Województwu Wielkopolskiemu jest o dziewięć jednostek mniej, względem początków Samorządu na terenie Województwa Wielkopolskiego. Zaproponował,

aby nie wchodzić w tak emocjonalne tony, w jakie wszedł Członek Zarządu Maciej Sytek. Poinformował, że zgodnie z obowiązującymi przepisami ryczałt na następny okres będzie wyliczony po przedstawieniu i wykonaniu kwartału czwartego, w związku z tym algorytm jest znany. Większość podmiotów leczniczych dopiero porządkuje tą sytuację. Przyznał, iż kwestia wynagrodzeń jest problemem, z którym Samorząd WW musi się zmierzyć. Zdaniem radnego ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych miała doprowadzić do skoncentrowania zasobów. Powiedział, że na terenie województwa wielkopolskiego znajdują się podmioty medyczne, który konkurują z podmiotami ochrony zdrowia podległymi Samorządowi Województwa Wielkopolskiego o lekarzy, którzy w niektórych obszarach pełnią iluzoryczną opiekę medyczną, ale są beneficjentami tego kontraktu. Wyraził nadzieję na postęp procesu koncentracji w celu lepszego wykorzystania tej grupy lekarzy. Zaznaczył, iż kwestia związana z określeniem poziomu wynagrodzeń w latach miała stworzyć pewną perspektywę, żeby zniechęcić, zwłaszcza młodych absolwentów, do wyjazdów za granicę, gdyż jest to sytuacja niepokojąca. W oparciu o dane Naczelnej Izby Lekarskiej duża grupa lekarzy jest w wieku powyżej 50 lat. Zdaniem radnego jest to dobry wiek, ponieważ człowiek posiada jeszcze duże możliwości, jednak perspektywa jest radykalnie krótsza niż trzydziestolatka. Zaproponował, aby skoncentrować się na tym, co może zrobić Samorząd WW, aby zmierzyć się z tą sytuacją. Zaznaczył, że najlepszy efekt daje wypracowanie wspólnego stanowiska przez Samorząd WW. Przypomniał sytuację strajkową w Koninie, gdzie wszyscy radni zaangażowali się w rozwiązanie tego problemu. Obecny Poseł na Sejm Jan Mosiński osobiście przekonał strajkujące pielęgniarki, aby zweryfikowały swoje oczekiwania płacowe. Podkreślił, iż ten problem udało się wówczas rozwiązać dzięki pracy wszystkich klubów radnych. Problemy w związku z reformami mają wszystkie samorządy na terenie kraju, natomiast Województwo Wielkopolskie ma o tyle mniejszy problem, że nadzoruje funkcjonowanie mniejszej ilości podmiotów leczniczych, niż inne województwa o podobnej wielkości. Spowodowane jest to faktem skoncentrowania części szpitali. Zwrócił uwagę na konieczność znalezienia rozwiązania organizacyjnego, które pozwoli odpowiednio wykorzystać lekarzy, aby w sposób skuteczniejszy zapewnić im wyższe wynagrodzenie.

Radna **Anna Majda** odniosła się do stwierdzenia radnego Zbigniewa Czerwińskiego w kwestii pełnienia iluzorycznej opieki medycznej przez jednostki poza wojewódzkie. Zwracając się do przedmówcy poprosiła o nie generalizowanie. Powiedziała, że zna wiele przypadków i przykładów szpitali, gdzie ta opieka nie jest iluzoryczna, tylko jest na o wiele

wyższym poziomie niż na niejednym oddziale szpitala wojewódzkiego, czy klinicznego. Nawiązała do ryczału określanego na podstawie ostatniego kwartału roku. Zdaniem radnej obliczanie ryczału na następny cały rok na podstawie ostatniego kwartału roku nie jest dobre. Jest to specyficzny okres w roku, gdzie nie ma pełnych miesięcy, ponieważ grudzień to jest tylko połowa miesiąca i ilość procedur, punktów wykonanych w grudniu jest zawsze, na każdym oddziale, a zwłaszcza na oddziałach zabiegowych, mniejsza niż przykładowo w miesiącu październiku. Poinformowała, iż w wielu podmiotach leczniczych, także w tym co osobiście pracuje, w okresie między świątecznym stosuje się „łapankę pacjentów”, żeby jak najwięcej procedur i punktów wykonać do zwiększenia ryczału. Wspomniała o ponadlimitowych procedurach endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego oraz o dodatkowych środkach finansowych przeznaczonych na ten cel we wrześniu na ostatni kwartał danego roku przez NFZ. Dodała, że niejednokrotnie osoby, które wymagały pilnych zabiegów nie mogły zostać zoperowane, ponieważ zostały zdyskwalifikowane. W wielu przypadkach operowane były młodsze i zdrowsze osoby, gdyż NFZ przekazywał środki finansowe, które trzeba było wykorzystać. Wspomniała, iż takie dodatkowe środki finansowe były przekazywane niekiedy w listopadzie. Wskazała na brak systemowości i planowania w skali roku, ponieważ nie ma możliwości wykonania procedur w grudniu w maksymalnej ilości, jak w innych miesiącach. Powiedziała, że nie chce się wypowiadać na temat braku kadry medycznej, gdyż patrzy na to z punktu widzenia lekarza, a nie zarządzającego. Zaznaczyła, iż często dla komfortowej pracy lekarza stawka i zarobki nie są jedynym wyznacznikiem. Niejednokrotnie duże znaczenie ma komunikacja, współpraca i zaufanie do kierownictwa. Poinformowała, że zna przypadki, gdzie działania dyrektorów zniechęcają, co powoduje zmianę miejsca pracy przez lekarzy. Przyznała, iż w szpitalach wojewódzkich jest dobra infrastruktura, która z roku na rok jest coraz lepsza. Podkreśliła, że należy pamiętać o tym, aby na tym bardzo dobrym sprzęcie miał kto pracować i by były to osoby najlepsze, najbardziej wykwalifikowane, a nie osoby z przypadku.

Radny **Dariusz Szymczak** powiedział, że rozumie rygor sesji nadzwyczajnej. Wspomniał, iż kolejny punkt to „Informacja o programach naprawczych SPZOZ”. Poinformował, że był przygotowany na debatę w tym kontekście, ponieważ przywołany punkt dotyczy programów naprawczych podmiotów leczniczych podległych Województwu Wielkopolskiemu. Złożył wniosek o możliwość wypowiedzenia się w następnym punkcie na temat służby zdrowia, ale w kontekście programów naprawczych. Zapytał, czy Przewodnicząca przewiduje możliwość zabrania głosu w kolejnym punkcie? Podziękował za

przedstawienie wszystkich prezentacji. Stwierdził, iż były one wybiórcze i dotyczyły tylko ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Przyznał jednak, że przedstawione zostały ciekawe informacje na temat Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Koninie i Wojewódzkiego Szpitala dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie. Zdaniem radnego Departament Zdrowia miał dużo czasu na przygotowanie debaty, dlatego mógł zawrzeć w tym punkcie informacje na temat wszystkich podmiotów medycznych podległych Samorządowi Województwa Wielkopolskiego. Wówczas radni uzyskaliby szerszą informację, a nie tylko szczytkową. Dodał, iż nie wszyscy radni są członkami Komisji Zdrowia i Bezpieczeństwa Publicznego. Wyraził żal, że nie została Sejmikowi WW przedstawiona szersza informacja.

Przewodnicząca **Zofia Szalczyk** powiedziała, że przewiduje możliwość zabrania głosu w kolejnym punkcie.

Radna **Mirosława Kaźmierczak** powiedziała, że po przedstawieniu prezentacji i wysłuchaniu wypowiedzi Członka Zarządu Macieja Sytka pojawia się świadomość zagrożeń dla podmiotów medycznych podległych Województwu Wielkopolskiemu, jak również zagrożeń dla wszystkich chorych osób. Podkreśliła, iż przysłuchując się wystąpieniom dyrektorów myślała, że usłyszy o skracaniu się kolejek do lekarzy specjalistów, o lepszej i sprawniejszej służbie zdrowia, jednak nie było takich informacji. Wspomniała o ryczałcie dla podmiotów leczniczych, który nie jest znany. Poinformowała, że w bieżącym roku składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosiła 9 % i nic w tej kwestii się nie zmieniło. Wyraziła obawę, iż w niedługim czasie pojawią się informacje od mieszkańców Wielkopolski na temat wydłużania się kolejek w służbie zdrowia. Dodała, że wzrost zadłużenia odnotowywany jest nie tylko w szpitalach wojewódzkich.

Członek Zarządu **Maciej Sytek** zauważył, że radny Dariusz Szymczak chciałby otrzymać bardziej ogólny obraz szpitali wojewódzkich. Poinformował, iż ten obraz we wszystkich szpitalach wielospecjalistycznych (np. Szpital Wojewódzki w Poznaniu, Wojewódzki Szpital Zespołowy w Koninie, Wojewódzki Szpital Zespołowy w Lesznie) jest podobny – brak lekarzy. Powiedział, że Departament Zdrowia nie planował w bieżącym roku prezentacji i wypowiedzi wszystkich dyrektorów podmiotów leczniczych podległych Samorządowi Województwa Wielkopolskiego, wzorem roku ubiegłego. Dodał, iż jeśli radny będzie potrzebował zbiorcze zestawienie dotyczące braków lekarzy, to Departament je

dostarczy. Zapewnił, że dyrektorzy placówek robią wszystko, żeby nie dopuścić do sytuacji, w której będzie zagrożone życie i zdrowie mieszkańców. Przyznał rację radnemu Zbigniewowi Czerwińskiemu w kwestii wspólnej współpracy. Każda pomoc jest potrzebna, aby pewne rzeczy móc rozwiązać. Wyjaśnił kwestię swojego emocjonalnego wystąpienia. Wspomniał, iż podczas wspólnego posiedzenia Komisji Zdrowia i Bezpieczeństwa Publicznego oraz Komisji Budżetowej w dniu sesji nadzwyczajnej rozmawiano m. in. o sytuacji SOR Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu, który jest w ciężkiej sytuacji. Dodał, że pewne elementy przekładają się w każdym z ww. szpitali. Nie jest to sytuacja jednostkowa, ona funkcjonuje w całym województwie. Zdaniem Członka Zarządu podobne zdanie będą mieli także dyrektorzy szpitali powiatowych. Poinformował, iż w niedługim czasie odbędzie się spotkanie wszystkich dyrektorów, aby na ten temat porozmawiać i zaakcentować obawy w kwestii bieżącego roku i lat kolejnych. Wyraził nadzieję, że Rząd RP i Ministerstwo Zdrowia prześlą więcej środków finansowych na ochronę zdrowia. Stwierdził, iż środki finansowe w wysokości 10 mld zł w zupełności wystarczyłyby na pokrycie wszystkich kosztów. Zaznaczył, że te nakłady są absolutnie konieczne.

Przewodnicząca **Zofia Szalczyk** podziękowała w imieniu radnych Województwa Wielkopolskiego wszystkim prelegentom za przedstawienie informacji o wybranych aspektach związanych z funkcjonowaniem poszczególnych podmiotów medycznych. Debata ta poszerzyła wiedzę o problemach podmiotów zdrowotnych podległych Województwu Wielkopolskiemu. Dodała, iż uświadomiła ona potrzebę dalszej dyskusji i monitorowania sytuacji w aspekcie środków finansowych, które możliwe, że będą musiały być zwiększone w związku ze wzrostem płacy minimalnej. Następnie odniosła się do dyrektorów szpitali. Powiedziała, że Samorząd WW przywiązuje bardzo dużą wagę do zabezpieczenia jak najlepszych warunków finansowych, o czym świadczy budżet Województwa Wielkopolskiego na rok 2018, w którym niespełna 300 mln zł zostało alokowanych na ochronę zdrowia. Podkreśliła, iż dla radnych WW kwestie poprawy jakości leczenia mają bardzo duże znaczenie.

Ad. 8. Informacja o programach naprawczych SPZOZ.

Radny **Dariusz Szymczak** odniósł się do programów naprawczych SPZOZ. Wspomniał o wynikach finansowych Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu oraz Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, które Zarząd WW do września powinien pokryć łącznie z amortyzacją. Zapytał czy wymienione są także inne trzy podmioty medyczne, czyli Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych

„Dziekanka” w Gnieźnie, Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Wolicy oraz Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, które również odnotowały ujemne wyniki finansowe. Zapytał również, czy w przypadku ww. trzech podmiotów medycznych tego wyniku finansowego nie należy pokryć środkami finansowymi z budżetu Województwa Wielkopolskiego.

Radny **Zbigniew Czerwiński** powiedział, że zapoznał się już z programami naprawczymi. Zwrócił uwagę na bardzo różny poziom przedstawionych materiałów, od takich, które mogą czytelnika czegoś nauczyć i wskazać metodologie leczenia, do takich, które są bardzo niekonkretne. Stwierdził, iż Zarząd WW miał dużo czasu, aby je przygotować. Przypomniał, że swoją opinię wyrażał już w grudniu i wówczas nikt nie mówił, że przedstawione materiały są dobre i poprawne i mogą zostać przyjęte. Dodał, iż prezentacja ww. materiałów jest w takiej samej wersji, jaka została zaprezentowana podczas posiedzeń komisji w miesiącu listopadzie ubiegłego roku. Zaznaczył, że należy skoncentrować się na tych jednostkach, gdzie zagrożenie jest największe. Wspomniał o programie opracowanym przez Szpital Wojewódzki w Poznaniu, który jest mało konkretny oraz o analogicznym do tego programie opracowanym przez Wojewódzki Szpital Zespolony im. Ludwika Perzyny w Kaliszu, który został przygotowany znacznie konkretniej. Zauważył, iż standardy wykonania pewnych wymogów stawianych podmiotom leczniczym podległym Samorządowi Województwa Wielkopolskiego powinny być podobne. Wyraził zrozumienie dla zmiany dyrektora w przywołanej placówce. Zdaniem radnego jednak jest to podmiot, który ma najtrudniejszą sytuację finansową, a przedstawiony przez niego materiał jest najsłabszy. Zaproponował, aby Zastępca Dyrektora Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu wypowiedziała się w tej kwestii, wówczas miałby świadomość o podejmowanych krokach w tej sprawie bez konieczności czekania na rozstrzygnięcie konkursu na dyrektora szpitala.

Członek Zarządu **Maciej Sytek** odpowiedział na pytanie radnego Dariusza Szymczaka. Powiedział, że na koniec 2016 roku były szpitale, które miały ujemny wynik finansowy, jednak był on poniżej kwoty amortyzacji. W związku z powyższym nie było konieczności wyrównywania tej straty przez Samorząd Województwa Wielkopolskiego. Wyjaśnił, iż samorzady województw zmuszone są do wyrównywania straty w przypadku, gdy jest ona wyższa od kwoty amortyzacji. Podał przykład – jeśli amortyzacja wynosi 9 mln zł, a strata szpitala wynosi 6 mln zł to samorząd nie musi jej wyrównywać, natomiast jeśli przy tej samej wartości amortyzacji strata szpitala wynosi już 10 mln zł to wówczas samorząd jest zobowiązany do dopłaty jednego milion zł. Następnie poruszył kwestię programów

naprawczych. Poinformował, iż muszą być one wprowadzone wtedy, kiedy występuje jakakolwiek strata. Dodał, że występowała ona w pięciu podmiotach wymienionych w dokumencie. W związku z tym konieczne było opracowanie tych programów w ciągu dziewięciu miesięcy od momentu, kiedy zakończył się rok obrotowy. Programy naprawcze muszą zostać przygotowane do końca września i nie uwzględniają już np. kwestii ryczałtowych, które zostały wprowadzone w czwartym kwartale. Przyznał rację radnemu Zbigniewowi Czerwińskiemu, iż niektóre programy naprawcze przygotowane są bardzo dobrze, a niektóre słabiej. Zapewnił, że prace nad tym toczą się cały czas. Przypomniał, iż wraz z radnym Zbigniewem Czerwińskim zasiadają w radzie społecznej Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu i na bieżąco się temu przyglądają. Wspomniał, że polecił Zastępcy Dyrektora Małgorzacie Piotrowskiej-Błochowiak, aby zidentyfikowała obszary, które są największym zagrożeniem dla szpitala. Zapewnił, iż nikt nie czeka na rozstrzygnięcie konkursu na dyrektora szpitala. Powiedział, że sytuacja Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu jest dynamiczna. Dzieje się tam się wiele rzeczy, które wymagają interwencji Samorządu WW. Wyraził nadzieję, iż następny program naprawczy spełni oczekiwania radnego Zbigniewa Czerwińskiego. Dodał, że będzie on musiał być wprowadzony, ze względu na to, iż szpital będzie miał stratę. Na zakończenie poinformował, że 9 marca br. odbędzie się wręczenie nagrody „Wielkopolski lekarz z sercem”. W ubiegłym roku taka nagroda została wyłoniona. Zaznaczył, iż jest to konkurs, w którym lekarze, którzy działają społecznie są nagradzani. Jest to konkurs imienia Kazimierza Hołogi. Aktualnie kapituła rozpoczyna prace. Zwracając się do dyrektorów szpitali oraz radnych poprosił o zgłaszanie do końca lutego lekarzy z sercem, których należałoby uhonorować.

Sejmik przyjął informację do wiadomości.

Informacja stanowi załącznik nr 6 do protokołu.

Ad. 9. Zamknięcie posiedzenia.

W związku z wyczerpaniem porządku obrad Przewodnicząca SWW **Zofia Szalczyk** zamknęła XL nadzwyczajną sesję Sejmiku Województwa Wielkopolskiego.

Protokół sporządziła:

Patrycja Burakowska