

## **Protokół ze spotkania Konwentu Szpitali Zamojszczyzny w dniu 5 października 2007 r.**

Spotkanie odbyło się w Sali Consulatatus w zamojskim Ratuszu. W posiedzeniu uczestniczyli członkowie Konwentu oraz zaproszeni goście: Sławomir Zawisłak Poseł RP, Piotr Warczyński Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia MZ, Michał Kamiński Ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich, Marcin Zamoyski Prezydent Miasta Zamość, Andrzej Kowalik Zastępca Dyrektora ds. Ekonomiczny Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Barbara Bańczak Mysiak – Pełnomocnik Wojewody ds. Ratownictwa Medycznego, Anna Zakrocka Kierownik Wydziału Zdrowia Starostwa Powiatowego w Zamościu, Janusz Szpak Starosta Krasnostawski, Jan Kowalczyk Starosta Tomaszowski, Zenon Sydor Starosta Janowski, Leszek Czerwonka Wicestarosta Hrubieszowski.

Obrady otworzył oraz prowadził Przewodniczący Konwentu Szpitali Zamojszczyzny Krzysztof Tuczapski, który powitał wszystkich zebranych oraz przedstawił następujący porządek posiedzenia:

1. Rola jednostek samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia.
2. Nowelizacja ustawy o zakładach opieki zdrowotnej.  
(*Piotr Warczyński – Dyrektor Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia MZ*)
3. Zasady rozliczania świadczeń lecznictwa zamkniętego w 2008 roku.  
(*Michał Kamiński – Ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich*)
4. Zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 rok.
5. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych na 2008 rok.
6. Sytuacja kadrowa w szpitalach Konwentu oraz sytuacja ogólnopolska.
7. Co dalej z ustawami w ochronie zdrowia?
8. Sprawy bieżące.

Przewodniczący zaproponował zmianę porządku obrad, przesunięcie pkt. 3 jako pkt. 1. Propozycję przyjęto jednogłośnie.

Wobec powyższego ekspert Konfederacji Pracodawców Polskich przedstawił zasady rozliczania świadczeń lecznictwa zamkniętego w 2008 roku.

W ocenie dr Kamińskiego zaprezentowany katalog jest katalogiem kompletnie nieprzygotowanym. Nowy sposób kontraktowania jest przyjęty z Wielkiej Brytanii, gdzie stosowany jest od ponad 17 lat. Brytyjczycy model ten przejęli od strony amerykańskiej. Był to model podobny do HRG, czyli jednorodnych grup pacjentów i jednorodnych świadczeń medycznych, które są grupowane w bardzo pojemne grupy świadczeń medycznych jednolitych pod względem kosztowym. Cała idea tego systemu polega na tym, że świadczenia medyczne przelicza się w sposób bardziej specyficzny, dokonuje się wycenę kosztową, a następnie grupuje się je w bardzo pojemne pakiety, które wycenia się w sposób jednolity i w oparciu o to wycenia się usługi medyczne. Brytyjczycy model ten modyfikowali przez osiem lat, u nas w ciągu czterech miesięcy w sposób mechaniczny przetłumaczono katalog brytyjski pod względem nazewnictwa oraz dopisano procedury kontraktowane przez NFZ. Ponadto w grupach uśredniono świadczenia, które obecnie są wycenione na poziomie 2 i 7 tys. złotych. Propozycja takiego uśrednienia pomnożona przez liczbę wykonanych świadczeń w całej Polsce i jeszcze przemnożona gruperem z Wielkiej Brytanii, który nie przystaje do Polski daje efekt taki, że w niektórych świadczeniach wartość wyceny spadła o 25-26% i nawet podniesienie wartości punktu do 12 zł. nie skompensuje tego zmniejszenia. Z obecnych 1500 produktów będących przedmiotem kontraktowania

usług medycznych stworzono ponad 400 grup i w oparciu o te grupy mają być kontraktowane świadczenia medyczne w przyszłym roku. Zdaniem dr Kamińskiego nie ma możliwości tworzenia tego systemu bez wyceny kosztów, natomiast na ostatniej sejmowej komisji zdrowia Minister B. Piecha powiedział, że nie będzie w ogóle liczenia kosztów w systemie ochrony zdrowia, ani przy nowym sposobie kontraktowania, ani przy koszyku usług medycznych. Dlatego też nie wyobrażalne jest, aby tworzyć ten system, którego może idea nie jest zła, ponieważ odmiany amerykańskiego HRG funkcjonują w wielu państwach na świecie, z tym, że aby podejść do tego zagadnienia, to tak naprawdę trzeba zebrać elementy kosztowe, które dotychczas nie zostały zebrane, co jest przedmiotem licznych kontrowersji. Na zakończenie dr Kamiński zachęcił dyrektorów szpitali aby dokładnie porównali katalogi i zaplanowali proces kontraktowania na przyszły rok, ponieważ jest wiele zagrożeń. Zazaczył, że jeszcze nigdy nie było tyle pieniędzy w systemie, szkoda byłoby aby nie wykorzystać tego w sposób właściwy.

Uzupełnieniem wypowiedzi dr Kamińskiego były uwagi ze spotkania szpitali samorządowych z udziałem Ministra Zdrowia oraz Prezesa NFZ przedstawione przez przewodniczącego Krzysztofa Tuczańskiego i dyrektora Zbigniewa Widomskiego, którzy brali udział w spotkaniu w dniu 4 października br. Odczucie wszystkich dyrektorów szpitali, którzy brali udział w spotkaniu jest jednoznaczne, według nowego systemu szpitale otrzymają około 20% środków mniej i jest to poparte konkretnymi symulacjami na konkretnych procedurach. Przewodniczący poinformował, iż Przewodniczący Związku Powiatów Polskich określił, że Minister Zdrowia obiecał mu, że jest przeciwny wprowadzeniu rewolucyjnych zmian w kontraktowaniu świadczeń i bez konsultacji społecznych zmiany te nie zostaną wprowadzone. Prawdopodobnie termin wprowadzenia zmian zostanie przesunięty na II kwartał 2008r. Zdaniem przewodniczącego Konwentu pozostawienie obecnego słownika świadczeń lecznictwa szpitalnego przy wartości punktu 12 zł. rozwiąże problem, jeżeli miałyby być HRG to powinno być minimum 14-15 zł.

W toku merytorycznej dyskusji dotyczącej nowych zasad rozliczania świadczeń lecznictwa zamkniętego, które zdaniem wszystkich dyrektorów stanowią realne zagrożenie bytów budżetowych jednostek i zagrożenie udzielania świadczeń pacjentom, członkowie Konwentu jednomyślnie podjęli wniosek o skierowaniu do Ministra Zdrowia, Prezesa NFZ oraz gremiów decyzyjnych stanowiska Konwentu. Przewodniczący poprosił o przesłanie propozycji pisma popartego konkretnymi przykładami w ciągu 5 dni.

Kolejnym punktem obrad było wystąpienie Dyrektora Departamentu Organizacji Ochrony Zdrowia Piotra Warczyńskiego na temat nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia przygotowało pakiet ustaw, które zrodziły się z ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. W skład pakietu wchodzi pięć ustaw: ustawa o zoz, ustawa wprowadzająca, ustawa o prawach pacjenta, ustawa o szczególnych uprawnieniach pracowników w ochronie zdrowia oraz ustawa o akredytacji. Ustawy są gotowe, przeszły konsultacje wewnętrzne. Zdaniem dyrektora Warczyńskiego bez względu na to jaki będzie rząd, jaki będzie sejm, jaki będzie minister zdrowia, trzeba zmienić system organizacyjno-prawny funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej, przede wszystkich szpitali. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej napisana w 1992 roku w innych realiach funkcjonowania systemu płatniczego mimo wielokrotnej nowelizacji, nadal w żaden sposób nie przystaje do współczesnego otoczenia. Nowa ustawa o zakładach opieki zdrowotnej jest ustawą systemową, zmienia całe prawo funkcjonujące w systemie ochrony zdrowia

w zakresach funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej wprowadza między innymi: prawo upadłościowe i naprawcze w stosunku do szpocz-ów, obowiązek ubezpieczenia oc dla wszystkich zakładów opieki zdrowotnej, w ramach wyrównywania praw i obowiązków wprowadza możliwość pobierania opłat przez szpocz od pacjentów na szczegółowych warunkach wiążących się z umowami z NFZ w zakresie wykraczającym poza umowy, wprowadza symboliczne opłaty rejestracyjne przy przyjęciu do szpitala, nową definicję konieczności udzielenia świadczenia, nowe formy organizacyjno-prawne jednostek publicznych, zmienia okres programu dostosowawczego dla warunków fachowych i sanitarnych szpocz, oficjalnie wprowadza system ordynatorski i konsultancki, zamyka katalogi stacjonarnych i ambulatoryjnych zoz, wprowadza jedną formę zakładu opieki długoterminowej, wprowadza zapisy, które zwalniają z podatku dochodowego od osób prawnych w zakresie dotyczącym środków publicznych, określa standardy pobytu w szpitalu umożliwiające pobieranie opłat od pacjentów za pobyt w podwyższonych warunkach bytowych, określa nowe zasady kierowania zakładem opiekuńczo-leczniczym. Wprowadzono również nowe regulacje pozakodeksowe, aby zakłady opieki zdrowotnej mogły dobrze funkcjonować jako spółki prawa handlowego. Między innymi konieczność posiadania wykształcenia medycznego przez przynajmniej jednego członka rady nadzorczej, obligatoryjność powoływania rady nadzorczej, ustanowiono minimalny kapitał zakładowy na poziomie 5 mln zł., konieczność ustanowienia kierownika ds. medycznych. Nowe regulacje dotyczące szpocz to możliwość przekształcenia szpocz w spółkę bez procesu likwidacji, obowiązek nieodpłatnego przekazania przez jednostki samorządu terytorialnego gruntów, budynków i wyposażenia na własność spółki, całkowita rezygnacja z konkursów na stanowiska kierownicze, ustawa szczegółowo określa wymagania dla osób na stanowiskach kierowniczych, wprowadza możliwość powierzenia zarządzania instytucji zewnętrznej.

Dyrektor P. Warczyński odpowiedział również na pytanie „co dalej z ustawami w ochronie zdrowia?” Ustawy prawnie przestają istnieć, łącznie z ustawą o sieci szpitali. Ustawy które są w sejmie aby mogły być dalej procedowane muszą ponownie przejść całą ścieżkę legislacyjną łącznie z konsultacjami wewnętrznymi w resorcie.

Materiały na temat roli samorządu terytorialnego w ochronie zdrowia opracował i przedstawił przewodniczący Konwentu K. Tuczapski. Do głównych zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie ochrony zdrowia należy: 1) tworzenie ogólnej strategii i planowanie polityki ochrony zdrowia, 2) podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i indywidualnego, 3) podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia.

Na temat zmiany planu finansowego NFZ na rok 2007 wypowiedział się zastępca dyrektora ds. finansowych NFZ Andrzej Kowalik. Po otrzymaniu zarządzenia Prezesa NFZ o czwartej turze zwiększonych środków finansowych oraz rozliczenia wykonania świadczeń za miesiąc wrzesień, decyzją dyrektora funduszu zostanie powołany zespół renegocjacyjny. W renegocjacjach, które będą odbywać się z udziałem dyrektorów jednostek, zostaną podwyższone świadczenia zdrowotne określone w obowiązujących kontraktach, zarówno za okres dziewięciu miesięcy wstecznych, jak też za okres, który pozostał do końca roku. Aneksy zostaną podpisane do końca października br.

Dyrektor A. Kowalik wypowiedział się również na temat kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2008. Wyjaśnił, że propozycje wartości zobowiązania finansowego, które otrzymały szpitale, należy traktować jako propozycje wyjściowe,

ponieważ nie ma jeszcze zarządzenia Prezesa NFZ wprowadzającego materiały szczegółowe, brak jest prognoz cenowych, a praktycznie nie ma planu finansowego, gdyż nowelizacja ustawy podwyżkowej powoduje konieczność zmiany tego planu. Przewodniczący Konwentu zadał pytanie dotyczące finansowania SOR oraz całodobowych izb przyjęć w roku 2008. Pełnomocnik Wojewody ds. ratownictwa medycznego Barbara Bańczak-Mysiak powiedziała, że po dokonaniu analizy kosztów finansowania SOR, okazało się, że dotychczasowa opłata ryczałtowa za dobogotowość w większości przypadków nie pokrywa nawet kosztów osobowych. Taką informację Wojewoda skierował do Ministra Zdrowia, w odpowiedzi otrzymał od Ministra Zdrowia zapewnienie, że finansowanie SOR w roku przyszłym będzie wyższe. Pani dr Bańczak-Mysiak poprosiła o wypowiedź dyrektora Andrzeja Kowalika. Decyzje w tym zakresie należą do oddziału wojewódzkiego funduszu oraz do świadczeniodawcy, który SOR prowadzi – odpowiedział A. Kowalik. We wszystkich innych zakresach poza SOR-em funduszu nawiązuje współpracę na zasadzie umów wieloletnich, zakres SOR-ów był zakontraktowany na jeden rok, wobec tego w tym roku zostanie ogłoszony konkurs. Dyrektor przyznał, iż fundusz zaplanował na rok przyszły więcej pieniędzy na SOR, zwrócił jednak uwagę, że w województwie lubelskich na 2 mln 123 tys. ubezpieczonych działa 21 SOR-ów, w związku z czym nie należy oczekiwać zbyt wysokich podwyżek. Na pytanie przewodniczącego Konwentu czy możliwość negocjacji cen dotyczy również całodobowych izb przyjęć, dyrektor Kowalik odpowiedział, że nie jest to wykluczone.

W dalszej części spotkania omówiono aktualną sytuację kadrową w szpitalach Konwentu. Liczba brakujących lekarzy specjalistów ciągle wzrasta. Pani dr Barbara Bańczak-Mysiak zwróciła uwagę na brak zainteresowania lekarzy otwieraniem specjalizacji, o czym jak powiedziała świadczy fakt, iż z 220 miejsc specjalizacyjnych przyznanych na województwo lubelskie w sesji wiosennej, tylko 107 zostało wykorzystanych. Przewodniczący Konwentu poddał pod głosowanie wnioski o przedłużeniu obowiązującego zapisu z dnia 29 czerwca br. o nieprowadzeniu rozmów dotyczących zatrudnienia pomiędzy pracownikami szpitali zrzeszonych w Konwencie. Wniosek został przegłosowany 7 głosami „za”, 1 „wstrzymujący się” (podczas głosowania nieobecny był dyrektor Andrzej Mielcarek). Przewodniczący Konwentu poprosił również o przygotowanie na kolejne spotkanie aktualnej informacji dotyczącej wynagrodzeń zgodnie z wcześniej ustalonym wzorem, tzn. wynagrodzenie wynikające z umowy o pracę z uwzględnieniem dodatków przysługujących w zakładzie, bez wynagrodzenia za świadczone dyżury medyczne.

W sprawach bieżących przewodniczący zapoznał członków Konwentu z ostatnią korespondencją. Zwrócił przede wszystkim uwagę na pismo Ambasadora Litwy, który z powodu innego wcześniej zaplanowanego spotkania nie mógł uczestniczyć w dzisiejszych obradach. Przewodniczący przedstawił listę szpitali na Litwie, które chcą nawiązać współpracę z partnerami w Polsce. Nawiązanie kontaktu z jednym z tych szpitali, członkowie Konwentu, jednomyślnie powierzyli dyrektorowi Zbigniewowi Widomskiemu.

Gospodarzem następnego spotkania będzie dyrektor SPZOZ w Krasnymstawie Piotr Matej.

Wobec wyczerpania porządku obrad, przewodniczący Krzysztof Tuczapski podziękował zebranym za udział oraz zamknął posiedzenie.