

## PROTOKÓŁ NR 8/03

**posiedzenia Komisji Zdrowia, Polityki Społecznej i Spraw Rodziny Sejmiku Województwa Świętokrzyskiego, które odbyło się w dniu 26 czerwca 2003 r.**

W posiedzeniu uczestniczyli członkowie Komisji oraz osoby zaproszone zgodnie z listami obecności stanowiącymi *zał. nr 1 i 2 do protokołu*.

Posiedzenie prowadził Przewodniczący Komisji Sławomir Marczewski.

**Przewodniczący obrad** zwrócił się z pytaniem do radnych, czy zgłaszają uwagi do porządku obrad przesłanego przy zaproszeniu na posiedzenie Komisji. W związku z obszernym porządkiem obrad, zaproponował zdjęcie pkt. 5. Rozpatrzenie bilansu wykonanych zadań (oraz pozostających do wykonania) z programu dostosowawczego, mającego na celu doprowadzenie stanu sanitarnego użytkowanych obiektów zgodnie z Rozporządzeniem MZiOS z dnia 21 września 1992 roku w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Wojciech Żelezick** zaproponował, aby w miejsce zdjętego w pkt. 5. tematu zamieścić temat: „zaopiniowanie projektu uchwały w sprawie określenia zadań samorządu województwa świętokrzyskiego, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych”, który Marszałek Województwa zgłosi do porządku obrad XI sesji Sejmiku w dniu 1 lipca 2003r.

Członkowie uwag i wniosków nie zgłosili i zaaprobowali wniesione propozycje.

**Przewodniczący obrad** poddał pod głosowanie porządek obrad.

Przyjęty jednogłośnie porządek obrad przedstawia się następująco:

1. Zaopiniowanie projektu Planu Zdrowotnego dla Województwa Świętokrzyskiego na rok 2004.
2. Zaopiniowanie Bilansu potrzeb i środków na rok 2004 na realizację zadań z obszaru pomocy społecznej wykonywanych przez samorządy województwa świętokrzyskiego.
3. Zaopiniowanie zmian w statutach:
  - Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze,
  - Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Kielcach z siedzibą w Chęcinach, ul. Czerwona Góra,
  - Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Morawicy,

- Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Kielcach,
  - Świętokrzyskiego Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach.
4. Zaopiniowanie zmian w Regulaminie Rady Społecznej Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze.
  5. Zaopiniowanie projektu uchwały w sprawie określenia zadań samorządu województwa świętokrzyskiego, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.
  6. Przyjęcie planu pracy Komisji na II półrocze 2003r.
  7. Sprawy różne.

## **P r z e b i e g   p o s i e d z e n i a :**

### **Ad 1.**

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Wojciech Żelezick** zapoznał Komisję z założeniami projektu Planu Zdrowotnego dla Województwa Świętokrzyskiego na rok 2004. *Dokument stanowi zał. do protokołu XI sesji Sejmiku z dnia 1 lipca 2003r.* Poinformował, że zmiana ustawy, która wprowadziła zmianę systemu przede wszystkim finansowania ochrony zdrowia, nastąpiła z końcem I kwartału br. Weszła w życie ustawa o ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia. W nowej ustawie, w porównaniu z poprzednią, gdzie funkcjonowały kasy chorych, mamy centralizację systemu: powstaje z 17 kas chorych jeden Narodowy Fundusz Zdrowia. Dla Województwa nowym zadaniem określonym w tej ustawie jest obowiązek opracowywania co roku wojewódzkiego planu zdrowotnego na rok kolejny. Ustawodawca przewidział termin przyjmowania planów przez Sejmiki do 15 kwietnia na rok kolejny. W momencie wejścia w życie ustawy było absolutnie nie do pomyślenia, żeby w przeciągu tygodnia zrobić plan, konsultacje i uchwalić przez sejmiki. Stąd w nowelizacji tej ustawy początkowo miał być pierwszy plan robiony na rok 2005, ostatecznie w Sejmie zdecydowano, że będą tworzone wojewódzkie plany zdrowotne na 2004 rok z terminem do 30 czerwca br. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie warunków, jakim powinien odpowiadać wojewódzki plan zdrowotny oraz zakres danych niezbędnych do przygotowania tego planu jest z datą 16 czerwca br i wchodzi w życie po 14 dniach, czyli 1 lipca br. De facto, plan opracowany został na podstawie projektu. Niewiele rozporządzenie różni się od uchwalonego tekstu, jednak ryzyko pozostaje.

Przystępując do realizacji planu i zdając sobie sprawę z tego, jakie materiały ma on zawierać i że przede wszystkim materiałami tymi nie dysponuje Urząd Marszałkowski, lecz inne instytucje, zostało podpisane porozumienie między Marszałkiem, Wojewodą i dyrektorem ŚRKCh o ścisłej współpracy tych trzech instytucji przy opracowywaniu Planu. Został powołany specjalny zespół roboczy do opracowania. Z uwagi na to, że całą statystykę medyczną posiada podległa Wojewodzie jednostka – Świętokrzyskie Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia, a wszelkie sprawy związane z historią kontraktowania świadczeń medycznych posiadała tylko i wyłącznie Kasa Chorych, porozumienie gwarantowało, że wszelkie potrzebne materiały do opracowywania bez żadnych przeszkód autorzy Planu zdrowotnego otrzymywali. Problem zaczął się w momencie rozpoczęcia zbierania ogromnych materiałów z Urzędu Statystycznego. Wielu danych i analiz GUS nie prowadził. Np. populacja z podziałem na płeć, grupy wiekowe z rozbiorem na miasto i wieś itp. Pełne dane będą możliwe dopiero po pełnym opracowaniu ostatecznego spisu powszechnego.

Do momentu zakontraktowania świadczeń medycznych w każdym województwie na każdy rok ma nastąpić cały ciąg czynności:

- 1) stworzenie wojewódzkiego planu zdrowotnego i uchwalenie go przez Sejmik (ma on ukazywać potrzeby w województwie w zakresie opieki medycznej),
- 2) na podstawie tego planu oddziały wojewódzkie NFZ będą tworzyć drugi dokument: plan zaspokojenia potrzeb medycznych w województwie, i prześlą go do centrali Funduszu,
- 3) w centrali NFZ powstaje, na podstawie wojewódzkich planów zaspokojenia potrzeb medycznych, krajowy plan zabezpieczenia usług medycznych,
- 4) krajowy plan zabezpieczenia usług medycznych zostanie podzielony na 16 wojewódzkich części,
- 5) część wojewódzka wróci do Sejmiku do zaopiniowania (lecz tylko do zaopiniowania),
- 6) Wymiana opinii będzie podstawą do kontraktowania świadczeń przez Oddział NFZ.

Czyli, opracowując i uchwalając plan, nie mamy wiedzy na temat wysokości kwot, jakimi w 2004 roku O/NFZ będzie dysponował. Nawet w przybliżeniu. Stąd też to jest plan, który odzwierciedla niezbędne potrzeby z zakresu ochrony zdrowia w naszym województwie na rok 2004, które powinny być zaspokojone i które powinny zapewnić mieszkańcom województwa bezpieczeństwo zdrowotne. Pierwsza część (2/3) planu – to jest diagnoza stanu zdrowia populacji na terenie województwa, ponad 200 stron tabel i

przeliczników obejmujących analizę urodzeń, umieralności, strukturę hospitalizacji, niepełnosprawności, sposobu zapobiegania chorobom, czynniki ryzyka występujące w województwie, inne czynniki społeczne i ekonomiczne wpływające na stan zdrowia populacji i wreszcie zdiagnozowane zostały wszystkie zasoby ochrony zdrowia województwa, jakimi dysponujemy na dzień 31 grudnia 2002 r. Tu pokusiliśmy się po każdej części na wyciągnięcie określonych wniosków, które w drugiej części Planu posłużyły do opracowywania priorytetów, kierunków rozwiązań potrzebnych w naszym województwie. Zespół roboczy zwrócił szczególną uwagę na problem rozwijającego się w województwie (ponad średnią krajową) alkoholizmu. Województwo świętokrzyskie jest bowiem w czołówce krajowej w ilości leczących się z alkoholizmu na 10 tys. mieszkańców. Podobnie wzrastająca liczba zarejestrowanych narkomanów. To wszystko złożyło się na cały obraz populacji naszego województwa i jednocześnie zasoby, jakimi w tym województwie dysponujemy. W województwie świętokrzyskim jest najmniejszy procent sprywatyzowanych usług medycznych na poziomie podstawowym i specjalistycznym, a taka jest tendencja nie tylko ideologiczna, także sprawdzona w praktyce. Drugą zasadniczą sprawą wynikającą z opracowania, to to, że w województwie jest kilka szpitali powiatowych, które mają na tle kraju rangę wojewódzkich – o bardzo szerokim spektrum specjalistycznego działania. W przeciwieństwie do innych województw, w naszym województwie porównywalnymi ze szpitalami wojewódzkimi są Szpitale w Ostrowcu Świętokrzyskim, Włoszczowie, Busku, Sandomierzu, itd. Pewnym problemem jest fakt, że w województwie nie ma żadnego szpitala klinicznego. Przy wolnym wyborze przez pacjenta szpitala, gdy znikły tzw. promesy, większe środki (zabierane od nas) będą kierowane na kliniki, gdzie będzie natłok pacjentów. Wśród szerokich rzesz społeczeństwa funkcjonuje magia pojęcia kliniki, podczas gdy nasze niektóre szpitale, czy oddziały, absolutnie się od klinik nie różnią pod względem jakości świadczonych usług. Na podstawie pierwszej części opracowano plan zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w województwie. Wymagało to bardzo rozsądnego podejścia do tego zagadnienia, bo w pierwszej kolejności trzeba było określić główne cele do osiągnięcia w tym zakresie w województwie: 3 cele strategiczne, długoterminowe (wieloletnie) i krótkoterminowe. Celów długo- i krótkoterminowych jest 10 (wymienione są na str. 193). Te cele zostały rozpisane na warunki zaspokojenia potrzeb w poszczególnych dziedzinach medycznych: poz, stomatologii, specjalistce ambulatoryjnej. Każdy cel został rozpisany na poszczególne kierunki działań z pełnym uzasadnieniem, dlaczego takie kierunki dla tego celu zostały nakreślone. Na podstawie diagnozy, celów, kierunków działań, jakie chcemy realizować, powstały warunki zaspokojenia potrzeb. Opracowane zostały w oparciu o rozporządzenie cytowane wyżej. Warunki zaspokojenia potrzeb w województwie trzeba było sprowadzić w przypadku poz – do każdej gminy,

w przypadku powiatu – praktycznie do każdej specjalistki ambulatoryjnej, a przypadku stacjonarnej opieki zdrowotnej – dla populacji gminnej i wojewódzkiej. W tych warunkach musieliśmy zejść aż do poziomu każdej gminy w każdym powiecie, jeżeli chodzi o poz, gdzie zostały pokazane (tak sobie zażyczył ustawodawca) faktyczne zatrudnienie na 31 grudnia 2002 r. i minimalne potrzeby w każdej gminie zatrudnionych lekarzy, lek. ginekologów, pielęgniarek, itd. Wszystko to zostało w ten sposób określone w każdym powiecie wg gmin. Problemem w dalszym ciągu będzie rekomendowane założenie opieki 24-godzinnej (nocnej, wieczorowo-nocnej wyjazdowej pomocy). Była pokusa umieszczenia zapisów, że tę funkcję w naszym województwie winno pełnić Świętokrzyskie Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego. Lecz oznaczałoby to, że po zaakceptowaniu tej propozycji przez Fundusz, część stawki kapitacyjnej dla poz, która dzisiaj obowiązuje, zostałyby gminom zabrana i przekazana do ŚCRMiTS. To pod względem politycznym wywołałoby protesty gmin. Obecnie stawkę kapitacyjną łącznie z pieniędzmi na pomoc całodobową otrzymują gminy, które same nie są w stanie zorganizować tej pomocy. I zlecają ŚCRMiTS. W specjalistce ambulatoryjnej, przy takiej konstrukcji rozporządzenia, powstały nieporozumienia wynikające z konieczności określenia w każdym powiecie niezbędnych ilości porad w danej dziedzinie medycznej na 10 tys. mieszkańców (dane na podstawie wykonania w ŚRKCh przez 4 lata usług w poszczególnych dziedzinach i tendencji). Rozporządzenie wyraźnie wskazuje, jakie dziedziny medyczne w usługach ambulatoryjnych i specjalistycznej opiece medycznej są przypisane dla populacji powiatu. Lecz w większych miastach województwa znajdują się przychodnie specjalistyczne, które w swoim składzie poradnie ponadpowiatowe. Były przypuszczenia, że jest zamiar ich likwidacji. Kolejne tabele mówią o zaspokojeniu potrzeb w ambulatoryjnej i specjalistycznej opiece o charakterze wojewódzkim. Zbilansowane zostały w nich potrzeby na 10 tys. mieszkańców w skali województwa i to wcale nie oznacza, że to ma być kontraktowane w Kielcach, lecz w miejscach będących siedzibami tych poradni. Jest to trudna dziedzina wyliczenia tych potrzeb w skali populacji każdego powiatu, zwłaszcza, że są powiaty, które na swoim terenie nie dysponują podstawowymi poradniami. Kolejna sprawa, to plan zaspokojenia potrzeb w stacjonarnej opiece medycznej. W tym względzie oparto się na wcześniejszym dokumencie tworzonym też w br., tj. na programie restrukturyzacji ochrony zdrowia województwa. W dokumencie tym dokonana została pełna analiza istniejących szpitali w województwie, każdej specjalności medycznej, każdego oddziału w każdym szpitalu, określone wskaźniki (załącznikiem tego dokumentu będą wszystkie analizy dotyczące poszczególnych dziedzin medycznych szpitala). W ostateczności przełożyło się to na „poukładanie wszystkich szpitali po nowemu”. To jest najbardziej kontrowersyjna rzecz, przede wszystkim dla dyrektorów szpitali i

dla ordynatorów poszczególnych oddziałów. Opinie, które obowiązkowo zbierane były od starostów na temat Planu zdrowotnego dotyczą w 90% szpitali powiatowych, znikoma część dotyczy poz i poradnictwa ambulatoryjnego, do których nie zgłaszano uwag. Natomiast opinie w sprawie szpitali szły w kierunku pozostawienia dotychczasowego statusu. Aby nie być posądzonym o preferencje kogokolwiek, potraktowano dokładnie wszystkie szpitale w sposób jednakowy. Nie zaczęto od analizy szpitali, lecz od analizy poszczególnych dziedzin medycznych. Przyjęto czteroletnie wskaźniki liczby leczonych, liczby osobodni, średniego wykorzystania łóżek, czasu pobytu. Zostały sporządzone rekomendacje dla każdej specjalności, porównując je ze średnimi krajowymi. Zapisy w tabelach są efektem wyliczeń komputerowych, bez stosowania jakichkolwiek preferencji. Z danych tych wynika, że w województwie mamy za dużo 640 tzw. ostrych łóżek (dwa spore szpitale powiatowe). Natomiast w stosunku do potrzeb województwo zajmuje ostatnie miejsce pod względem ilości łóżek opieki długoterminowej na 10 tys. mieszkańców. Stąd oczywiste rekomendacje idą w kierunku zmiany tego stanu: zastąpienie łóżek zbędnych łózkami opieki długoterminowej. Na wielu oddziałach, zwłaszcza wewnętrznych, fikcyjne (było sprawdzane) jest obłożenie (czasem ponad 100%) łóżek. Po przeanalizowaniu dokładnym długości pobytu pacjentów (pow. 21 dni, przy średniej w kraju 8,5 dnia) wniosok, że osoby takie kwalifikują się do opieki długoterminowej. Muszą dopingować dyrektorzy podległych jednostek ordynatorów do uregulowania tych spraw, bo Fundusz nie płaci za każdy dzień pobytu, lecz do 72 godzin. Każdy następny dzień pobytu skutkuje podrożeniem kosztów szpitala. Oddziały chirurgiczne też powinny być mocno zredukowane w województwie. Z analizy kilkuletniego okresu wynika, że tendencja przez 3 lata utrzymywała się na jednym poziomie, a w 2002 roku następował gwałtowny wzrost w każdym szpitalu. Przyczyną tego było zastosowanie przez ŚRKCh w 2002 roku zasady, że procedury chirurgiczne były opłacane wszystkie (białe niedziele i operacje w ich trakcie przepuklin i innych lekkich przypadków, za które Kasa płaciła). Lecz ten system się nie wróci. Nie można jednak opierać się na tym jednym wyjątkowym roku 2002. Jeszcze w dwóch dziedzinach winno nastąpić duże uszczuplenie liczby łóżek: w ginekologii i położnictwie oraz pediatrii. Wynika to przede wszystkim z demografii. Niegdyś oddziały dostosowane do eksplozji demograficznej w Polsce nie mają racji bytu. Analiza danych pokazała podział na szpitale powiatowe i szpitale wojewódzkie. Wiele szpitali powiatowych w województwie spełnia de facto funkcję szpitali wojewódzkich. Przyjęto zatem bardzo rozsądne założenie, że każdy szpital powiatowy będzie się składał z dwóch szpitali (teoretycznie): z części powiatowej, obejmującej 7 podstawowych dyscyplin medycznych (chorób wewnętrznych, chirurgii, pediatrii, ginekologii, intensywnej terapii oraz dziennego oddziału rehabilitacyjnego i dziennego oddziału

psychiatrycznego (te 2 ostatnie oddziały rekomendowane przez autorów Planu zdrowotnego, ponieważ dostęp do rehabilitacji jest niezadowalający, najgorszy w kraju, tego typu oddziałów jest za mało nawet jak w szpitalach są oddziały urazowo-ortopedyczne to w nich nie ma oddziałów rehabilitacyjnych, co jest naturalną kolejną rzeczą. Jest ogromne zapotrzebowanie ukryte, zwłaszcza na terenach wiejskich, w tym zakresie. Odnośnie drugiej preferencji – oddziałów psychiatrycznych, nie można dojść do porozumienia z konsultantem wojewódzkim z zakresu psychiatrii. Opracowany wcześniej plan zaspokojenia potrzeb psychiatrycznych jest już przestarzały, opierający się na innych założeniach, niż dzisiejsze wskazania WHO. Dzisiejsze wskazania w zakresie psychiatrii mówią o odchodzeniu od molochów, które kiedyś budowano by izolować chorych psychicznie (Morawica) obecnie jest trend do rozśrodkowywania i leczenia pacjenta psychicznego jak najbliżej miejsca zamieszkania, a najlepiej w jego środowisku. Po dokonaniu pełnej analizy schorzeń w Morawicy okazało się, że ogromna rzesza tych pacjentów nie wymaga leczenia zamkniętego, leżenia na oddziale. Intencją rekomendacji oddziałów psychiatrycznych jest, by wszyscy dyrektorzy szpitali, którzy będą dysponować odpowiednią bazą i kadrami, starali się tworzyć na początek dzienne oddziały psychiatryczne. Aby pacjenci z Morawicy, którzy niepotrzebnie tam przebywają, trafiali na te oddziały. Jeżeli zajdzie potrzeba dalszego rozśrodkowywania, w miejsce zlikwidowanych 110 łóżek psychiatrycznych w Morawicy planuje się jeszcze w br. utworzyć drugi oddział męski odwykowy, obecnie na leczenie odwykowe w wyniku sądowego skierowania czeka się rok.

W Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu Dziecięcym w Kielcach została wydzielona część powiatowa pediatrii: dla Kielc i dla powiatu kieleckiego. Bo nie ma żadnego innego oddziału pediatrii w żadnym szpitalu na tym terenie dla dzieci. Natomiast specjalistyczne oddziały zostały zaliczone do części wojewódzkiej. Również jeżeli chodzi o część powiatową, o w niektórych przypadkach wskazana jest dla każdego powiatu potrzeba liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców. Również pokazane jest, że niektóre oddziały będą obsługiwać nie jeden powiat, lecz kilka (w uwagach jest to dokładnie zapisane). W odniesieniu do specjalistycznych oddziałów o charakterze wojewódzkim, przy każdej specjalności podane jest w uwagach, w którym szpitalu będzie to realizowane na terenie województwa, aby nie było wątpliwości, że któryś oddział specjalistyczny planowany jest do zlikwidowania.

Kolejnym zagadnieniem jest plan programów profilaktycznych. Z uwagi na to, że realizowany do tej pory przez 4 lata w województwie plan programów profilaktycznych był niezadowalająco z braku dostatecznej ilości środków finansowych, niewiele programów profilaktycznych realizowanych było w naszym województwie, poza tymi, które były finansowane wprost przez

Ministra Zdrowia (niektóre bardziej naukowe, czy kardiologiczne). Lecz te adresowane do szerokiej populacji, już nie mówiąc o programach promocji zdrowia, nie. Zwrócono szczególną uwagę na te do których realizacji województwie jesteśmy przygotowani na dzień dzisiejszy, które zaniechano pewnym momencie co w skutkach będzie kosztowne za kilka lat, np., zaniechanie profilaktyki próchnicy u dzieci.

Również zwrócono uwagę na inne świadczenia zdrowotne ważne z punktu widzenia populacji województwa. Są to 3 rzeczy fundamentalne, będące najczęstszą przyczyną zgonów (potwierdzone danymi statystycznymi): choroby układu krążenia, nowotwory, urazy i zatrucia. Dodano jeszcze chorobę alkoholową, narkomanię i leczenie uzdrowiskowe. W odniesieniu do tego ostatniego, czas oczekiwania na leczenie uzdrowiskowe wzrósł w województwie świętokrzyskim z 2 do 3 lat.

Następnie sporządzony został plan działań operacyjnych, czyli sposób, w jaki zamierza się wdrożyć plan zdrowotny w życie, z podaniem odpowiedzialnych za wdrożenie w każdej jednostce od poziomu każdej gminy do poziomu województwa i zadań do wykonania.

Ostatnia część planu zdrowotnego przedstawia etapy jego realizacji. Warunkiem realizacji planu zdrowotnego są: środki finansowe oraz determinacja we wprowadzeniu wszystkich założeń. Będzie ogromny opór z dwóch stron: ze strony rad poszczególnych samorządów z uwagi na to, że są to bardzo niepopularne decyzje i ze strony pracowników ochrony zdrowia. Twórcy planu zdrowotnego zdają sobie z tego sprawę, jednocześnie zdają sobie sprawę z tego również, że mimo rozmów i uzgodnień pieniędzy w systemie ubezpieczeń nie przybędzie. Potrzebni są odważni politycy, którzy uwzględnią propozycje środowisk medycznych, aby wprowadzić dodatkową odpłatność każdego obywatela za każdą wizytę (propozycje 2-5 zł), za każdy dzień pobytu w szpitalu (propozycje min. 20 zł). Potrzebne jest także przyzwolenie społeczne na tego typu działania.

## **W d y s k u s j i :**

**Przewodnicząca Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych Halina Luzeńczyk** stwierdziła, że zaprezentowany plan zdrowotny jest tzw. „początkiem drogi przez mękę”. Zgodziła się z głównymi założeniami tego dokumentu. Jednakże:

- 1) Przedstawione dane statystyczne są obarczone bardzo dużym błędem. Miały to być dane na koniec 31 grudnia 2002 roku, tymczasem zdarzyło się, że w którejś gminie wykazywane jest zatrudnienie 4 pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i proponuje się likwidację dwóch, faktycznie na dzień dzisiejszy w tej gminie zatrudnione są tylko dwie pielęgniarki środowiskowe.



- 2) Normy które są podane w rozporządzeniu potraktowane zostały bardzo mechanicznie. (Bazować będzie na przykładach pielęgniarских ale dotyczy to także lekarskich). Dla przykładu, w rozporządzeniu jest napisane : „pielęgniarka środowiskowo- rodzinna co najmniej jedna na 2.5 tys. mieszkańców”. Ludność w naszym regionie jest w przewadze wiejska, z populacją starzejącą się, jak zatem zapewnić świadczenia tak dużej populacji na tak rozległym terenie? Z kolei w odniesieniu do pielęgniarki szkolnej norma wynosi 1 osobę /800 uczniów, tymczasem są gminy, które mają bardzo małe szkoły 60-80 uczniów i „podpisując kontrakty z kasą już wtedy zauważyliśmy że należy wprowadzić zapis, że najwyżej 3 szkoły, jeśli ma ta pielęgniarka sprawować opiekę w godzinach dydaktycznych tychże szkół”. Jest niemożliwe żeby wprowadzić wskaźnik 1/800.
- 3) Niezrozumiała jest propozycja zwolnień w poszczególnych gminach (nawet podana w ułamkowych częściach etatu).
- 4) Odnośnie norm w szpitalach: województwo jest na 4 od końca miejscu pod względem spełnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek w szpitalach. Normy zatrudnienia nasze są na poziomie żenującym, ledwo zapinają się na agrafkę
- 5) procesy przekształceń służby zdrowia: na podstawie programu restrukturyzacji zostały ostatnio przyjęte normy, na podstawie których planuje się zlikwidowanie 260 łóżek. Pacjenci chirurgii jednego dnia będą przebywać w środowisku domowym. Wymaga to zabezpieczenia dla nich obsługi pielęgniarской. Pacjent chirurgii jednego dnia boi się powrócić do domu z obawy o brak fachowej opieki lekarskiej i pielęgniarской.
- 6) Jest niemożliwe zabezpieczenie opieki w przychodniach, czy opieki całodobowej przy wskaźnikach 1:2,5 tys. mieszkańców (lekarz i pielęgniarka).

**Przewodniczący Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej Marek Jodłowski** stwierdził:

1. Niepokojąco zabrzmiało, iż na podstawie tego programu będzie opracowywany w Narodowym Funduszu Zdrowia drugi dokument: plan zaspokojenia potrzeb medycznych w województwie. Jeśli podamy minimalne dane, „z Warszawy przyjdą jeszcze mniejsze pieniądze”. Jesteśmy jako województwo na ostatnich miejscach pod względem finansowania opieki zdrowotnej (np. poz, ratownictwo medyczne, pielęgniarstwo środowiskowe, rodzinne).
2. W ciągu tygodnia od otrzymania Regionalnego Programu Restrukturyzacji (na którym oparł się plan zdrowotny), Świętokrzyska Izba Lekarska

otrzymała 11 opinii od konsultantów wojewódzkich, wyrażających olbrzymie zdziwienie, że założenia do planu zdrowotnego nie były z nimi dyskutowane, a mają oni konkretne propozycje ze swoich dziedzin. *Zacytował fragmenty opinii, które przekazał dyrektorowi Departamentu Zdrowia.* Lekarze skupieni w Świętokrzyskiej Izbie Lekarskiej wyrażali też swoje opinie i sygnalizowali nierzetelność danych.

3. Mimo spadającej liczby mieszkańców, w ostatnim okresie nastąpiło zwiększenie wykorzystania łóżek ginekologiczno-położniczych do 64% (np. konsultant ds. ginekologii wyraził sprzeciw wobec zmniejszania liczby łóżek ginekologiczno-położniczych).
4. Konsultanci w większości (9 z 11) podważają założenia Planu i zarzucają nieaktualność i nierzetelność danych lub ich nieprawdziwość (np. konsultant ds. anestezjologii i intensywnej terapii z obliczeń wykazał, że aktualnie są 63 łóżka, a w planie wykazane jest 79. W Szpitalu Ginekologiczno-Położniczym i Noworodków nie ma w ogóle oddziału intensywnej terapii, a w Planie zdrowotnym tabela informuje o 2 łóżkach, itd.).
5. Potwierdził tezę dyrektora W. Żelezika, że opinie dyrektorów szpitali będą szły w kierunku utrzymania ich dotychczasowego status quo.
6. Hasło przekształcania łóżek internistycznych w łóżka długoterminowe nosi w sobie zagrożenia. Dla przykładu, zorganizowany w Szpitalu Powiatowym w Jędrzejowie 19-łóżkowy oddział opieki długoterminowej, który miał być remedium na długi, generuje dziś dług 20 tys. zł. miesięcznie. Po restrukturyzacji i zorganizowaniu 50 łóżek, długi wzrosną do 50 tys. zł. Takie przekształcenia nie mają żadnego ekonomicznego uzasadnienia. Jaka idea przyświeca takim działaniom? Może takie oddziały powinny być prowadzone przez inne jednostki, a nie przez szpitale?
7. W poz powinien być trend na prywatyzację. Starostowie są temu przeciwni. I w części dotyczącej poz również dostrzegł błędy statystyczne Planu zdrowotnego. W gminie, w której jest kierownikiem poz, plan zakłada zwolnienie 5 pielęgniarek rodzinnych, a zatrudnione są tylko 3, zakłada się zwolnienie 4 lekarzy przy aktualnym zatrudnieniu 4. Nie adresując pretensji do Departamentu Zdrowia, przypuszcza że może dane źródłowe były nieaktualne lub nie w pełni zweryfikowane. Zaapelował, aby ponownie przejrzeć dokument i sprawdzić. Zachodzi obawa, że na podstawie tego dokumentu utworzony zostanie plan zabezpieczenia potrzeb medycznych z zaniżonymi kwotami. O to jedno źródło finansowania (NFZ) musimy dbać.
8. Oddziałów psychiatrii w trybie pilnym bez bazy nie da się utworzyć. W pierwszym okresie należy przyjrzeć się tym założeniom. Z doświadczenia

wie, że chorzy sami zabiegają o skierowanie ich na leczenie do innego powiatu, bo jest w społeczeństwie w dalszym ciągu opór przed upublicznieniem leczenia psychiatrycznego (choćby nerwicy).

9. Połączenie Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków przy ul. Prostej z Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym, Świętokrzyska Izba Lekarska uważa za niezasadne jeszcze w tej chwili, natomiast popiera stanowisko konsultanta wojewódzkiego ds. ginekologii i położnictwa mówiące o konieczności podnoszenia stopnia referencyjności tych jednostek.
10. Ustawa o ratownictwie i oddziały ratownictwa medycznego w każdym szpitalu muszą być, jest konieczne zabezpieczenie dostatecznej liczby łóżek, a głównym kryterium restrukturyzacji winna być liczba wykupionych procedur medycznych.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Wojciech Żelezick**  
w sprawach poruszanych przez przedmówców.

- 1) Odnośnie likwidacji łóżek: w Planie zdrowotnym wskazany jest kierunek, ukazane nadwyżki, szczególnie kosztów osobowych (stanowiących 60-80%). Te rekomendacje nie oznaczają, że trzeba taką ilość łóżek zlikwidować, lecz wskazują efektywne wykorzystanie pieniędzy zdobytych na podstawie zakontraktowanych określonych procedur.
- 2) Na podstawie wykorzystania danych o ilości pacjentów, ilości osobodni wyliczono, że taka ilość łóżek, a co za tym idzie – personelu, jest wystarczająca. Nie chodzi o 5, czy 10 łóżek więcej, lecz o efektywne ich wykorzystanie. Niestety, to efektywne ich wykorzystanie determinuje liczbę personelu.
- 3) Wskaźnik norm zatrudnienia w szpitalach przyjęty w kraju przez Ministerstwo Zdrowia do 2005 roku określa, że powinno być 35 tys. ostrych łóżek na 10 tys. mieszkańców. Obecnie w województwie wskaźnik ten wynosi ponad 46, natomiast w Planie zdrowotnym zeszliśmy na 37,2, to jest jeszcze za dużo w stosunku do 35/10 tys. - co jest postulatem do 2005 roku.
- 4) Województwo świętokrzyskie plasuje się na końcu pod względem ilości łóżek długoterminowych. Nawet proponowane w Planie zdrowotnym zwiększenie stanowić będzie dopiero połowę normy na 2005 rok. Niechęć do tworzenia łóżek długoterminowych bierze się stąd, że za 1 pacjenta NFZ płaci 45 zł. To powoduje, że normy te są absolutnie niewykonalne, ze względu na konieczność dopłacania. W wyniku wspólnych ustaleń i wyliczeń zaproponowano w planie zabezpieczenia finansowego koszt łóżka długoterminowego na 80 zł, co stanowi absolutną granicę opłacalności. Natomiast, jeżeli jakiś podmiot zacznie tworzyć nowy

oddział z całą obsadą, nie będzie on miał możliwości finansowania. Z tymi założeniami zapoznani zostali dyrektorzy szpitali i starostowie. Odnosząc się do opinii konsultanta ds. chorób wewnętrznych, uznał, że argumenty podnoszone w opinii, są dokładnie zgodne z filozofią autorów Planu zdrowotnego.

- 5) W odniesieniu do leczenia psychiatrycznego, pełna analiza Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Morawicy wykazała, że ogromna rzesza pacjentów nie wymaga leczenia szpitalnego. Na początek będzie to może 5-6 oddziałów, obecnie utworzenie dziennych oddziałów psychiatrycznych rozważa 4 dyrektorów.
- 6) Ogólnie znane są praktyki i przyczyny zawyżania danych statystycznych o liczbie pielęgniarek środowiskowych (środowiskowe są lepiej płatne od zabiegowych).
- 7) Statystyką, która znajduje się w dokumencie, jest stan na dzień 31 grudnia 2002 roku, Pod groźbą kary administracyjnej dane zostały przesłane do Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia, przez wszystkich tych, którzy za to odpowiadają. Jeżeli podali nieprawdę, mogą być pociągnięci do odpowiedzialności cywilnej. Niemożliwe jest wizytowanie wszystkich ośrodków zdrowia i weryfikowanie danych. Ktoś się pod danymi podpisuje i bierze za to odpowiedzialność ustawową. Bo to jest obowiązek rzetelności przekazywania danych wynika z ustawy o danych statystycznych. Jeżeli jest to kwestionowane, tzn. wskazuje się osoby, które popełniły przestępstwo. Uwagi dotyczące błędów statystycznych przekazane zostaną do Świętokrzyskiego Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia. Podkreślił, że za dane dotyczące statystyki zatrudnienia odpowiedzialne jest Świętokrzyskie Centrum Monitorowania Ochrony Zdrowia. Dyrektor tego Centrum był członkiem Zespołu, przedstawiał dane, które otrzymali od wszystkich sprawozdawców (obowiązek sprawozdawczości w cyklu półrocznym) nie mógł więc podawać danych z innych źródeł. Po otrzymaniu pierwszych sygnałów o nieprawidłowych danych, zobowiązał się przed całym Zespołem, że dokładnie sprawdzi dane.
- 8) Opinie konsultantów – chętnie z wszystkich opinii skorzystają, jutro zbiera się jeszcze raz zespół i przeanalizuje opinie konsultantów medycznych, wszelkie zgłaszane poprawki, będzie się starać wyważyć je i przedłożyć na sesji w formie autopoprawki Zarządu. Ustawodawca wskazuje obowiązkowych adresatów konsultacji Planu zdrowotnego i do tych podmiotów projekt dokumentu został przekazany: powiaty, samorządy medyczne, wojewoda. Opinia wojewody powinna zawierać

opinie tych, którzy wojewodzie podlegają – również konsultantów wojewódzkich i na taki dokument autorzy Planu zdrowotnego czekają.

- 9) W Planie zdrowotnym profilaktyka i zabezpieczenie potrzeb medycznych jest nieodzowna, powinna wrócić opieka pielęgniarska i stomatologiczna do każdej szkoły. Były podpisane umowy między MENiS i MZ w tym zakresie i nikt ich nie wypowiedział. Przyjęte normy (1 pielęgniarka na 800 uczniów) będą musiały obowiązywać do czasu uwzględnienia większych środków finansowych na pielęgniarstwo szkolne.
- 10) Są obawy, że pieniędzy na realizację Planu zdrowotnego nie wystarczy. W poz statystyka nie jest aż tak bardzo potrzebna z uwagi na to, że jest t.zw. stawka kapitacyjna: obojętne będzie ilu lekarzy będzie w gminach to zadanie realizować, unormowane jest też, że na 1 lekarza pediatrę przypada odpowiednia ilość pacjentów aktywnych. Można się tylko spierać o wysokość stawki kapitacyjnej. W lecznictwie specjalistycznym każda specjalność wyliczona na 10 tys. mieszkańców wyliczona jest z naddatkiem 10-15 %. Rolą Planu zdrowotnego nie jest zabezpieczenie środków finansowych, bo płatnikiem jest NFZ.
- 11) Rekomendowane jest przez Zarząd Województwa połączenie Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków z Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym w Świętokrzyskie Centrum Opieki nad Matką i Dzieckiem, co dałoby wreszcie kompleksową opiekę począwszy od płodu, a skończywszy na 18-latku. Drugą kontrowersyjną sprawą jest przypisanie w 1999 roku powiatowi ziemskiemu kieleckiemu szpitala czysto specjalistycznego o charakterze wojewódzkim jednoprofilowym (Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków), a nieprzydzielenie wieloprofilowego o charakterze powiatowym. Idealnym rozwiązaniem byłoby połączenie WSZOZ GiChP w Czerwonej Górze ze Szpitalem w Chmielniku w jeden powiatowy wieloprofilowy podmiot. Powyższe propozycje dałyby zmniejszenie kosztów funkcjonowania szpitali (jedna dyrekcja, itd.). argumentów jest dużo, lecz Zespół zdawał sobie z tego sprawę, że wiele rozwiązań może być kontrowersyjnych dla samorządów i dla środowiska medycznego. Wielu rzeczy nie da się pogodzić (np. w Sandomierzu nie da się zlikwidować oddziału zakaźnego, gdzie Starosta Powiatu i dyrekcja Szpitala wyrażają zgodę, a takiej zgody nie daje Rada Powiatu). Za każdą tego typu decyzją nie stoi jeden człowiek, lecz masa ludzi, których interesy mogą być w danym momencie zagrożone. Plan Zdrowotny sporządzany był po raz pierwszy. Samorząd województwa będzie obowiązany takie dokumenty opracowywać co roku. Toteż już teraz rozpocznie się cykl konsultacji kolejnego rocznika plany zdrowotnego na 2005 rok, który ma być uchwalony do 15 kwietnia 2004 roku. Nic nie stoi na przeszkodzie, by - jeżeli zajdzie potrzeba - już po uchwaleniu Planu

zdrowotnego na 2004 rok, wprowadzić do niego zmiany (aneks) na kolejnych sesjach Sejmiku, jeżeli miałyby to przysporzyć więcej pieniędzy dla tego województwa w ochronie zdrowia.

**Radny Tadeusz Kowalczyk**, zaskoczony uwagami do prawdziwości danych zawartych w omawianym dokumencie, uznał za konieczne dokonanie weryfikacji dokumentu pod tym kątem, jeszcze przed jego uchwaleniem na sesji. Należy także przeanalizować opinie medycznych konsultantów wojewódzkich. Niezrozumiałe jest bowiem, że wojewoda wydał opinię pozytywną na podstawie opinii konsultantów, w których spośród 11 nadesłanych, aż 9 zawierało krytyczne uwagi do dokumentu. Ze spotkania ze Konwentem Starostów Województwa Świętokrzyskiego przekazał, że starostowie wyrażają obawy o finansowanie lecznictwa szpitalnego, do poz nie wnoszono uwag. Zgłosił wniosek do Przewodniczącego Komisji o zorganizowanie jeszcze jednego posiedzenia Komisji przed sesją Sejmiku na temat Planu zdrowotnego oraz zaproszenie konsultantów wojewódzkich, aby wypowiedzieli się na temat tego dokumentu. Jako członek Rady Społecznej Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala dla nerwowo i Psychiczenie Chorych w Morawscy, stwierdził, że szpital ten jest „dyskryminowany” ze względu na stawki kontraktów medycznych. Zabranie 150 łóżek „psychiatrycznych” na konto utworzenia łóżek „alkoholowych” sytuację tę pogłębi. Nie zgodził się z koncepcją likwidacji „Neurologii” uznawanej za najlepszą w regionie.

**Przewodniczący obrad**, w podsumowaniu stwierdził, że można podzielić zainteresowanych Planem zdrowotnym na 3 kategorie: autorów, pacjentów i personel służby zdrowia. Trudno pogodzić interesy tych trzech grup. Idea jest jedna: zdrowie społeczeństwa i interes pacjenta. Dane z powiatu koneckiego zgadzają się, brak błędów świadczy o wnikliwości. Być może zdarzała się nieuczciwość urzędników, autorzy nie mogą odpowiadać za to. W służbie zdrowia zaczęto liczyć koszty. W pionie pediatrycznym reorganizacja idzie w dobrym kierunku i zaczyna przybierać normalne kształty (np. w szpitalu koneckim redukcja łóżek pediatrycznych z 30 do 15). Przykre jest to, że z tymi zmianami wiążą się redukcje etatów pediatrów, lecz wymusza to prawo rynku i potrzeby. Natomiast w pionie ginekologiczno-położniczym potrzebne są zmiany rewolucyjne, będzie to trudne, bo przeszkadzają partykularne interesy (przykładem jest problem połączenia Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków z Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalem Dziecięcym, który przecież miałby korzystne skutki w postaci jednej administracji, itp.). Nie ma innej możliwości obecnie, jeżeli nie będziemy się w ten sposób przystosowywać do nowych warunków finansowania i utrzymania służby zdrowia. W każdym powiecie obserwuje się brak zakładów opiekuńczo-leczniczych (np. w Końskich jest 15, a potrzeby mówią o 50 łóżkach). Komisja Zdrowia i Polityki Społecznej zawsze stała na

stanowisku, że należy tworzyć zakłady opiekuńczo-lecznicze i że powinny być one prowadzone przez pielęgniarki (dla przykładu obiekt w Końskich). Plan zdrowotny nie jest zły, jest dokumentem otwartym, istnieje możliwość jego modyfikacji i zmian tych etapów i elementów które się nie sprawdziły. Wszystko, co obniży koszty, powinno być brane pod uwagę, lecz zmian muszą chcieć lekarze. Nawiązując do wypowiedzi przedmówcy, stwierdził, że jest obowiązkiem konsultanta wojewódzkiego walczyć o swoją dziedzinę, bo za nią odpowiada, i z tej dziedziny nie pozwoli nic uszczuplić. Komisja musi patrzeć z ekonomicznego punktu widzenia na propozycje zmian i przeprofilowań. Ponadto zaapelował do członków Komisji, by zaufali autorom tego dokumentu, ponieważ są fachowcami, mają inne spojrzenie na strukturę lecznictwa niż lekarze, patrzą przez pryzmat lepszego wykorzystania finansów i bazy, poświęcili czas i wiedzę dla jak najlepszego ukazania diagnozy stanu i propozycji rozwiązań. Jest sam zwolennikiem tworzenia wspólnej administracji dla kilku szpitali.

**Radny Tadeusz Kowalczyk** ponownie zaproponował, by Zarząd Województwa przeanalizował opinie konsultantów i uwzględnił zaakceptowane wnioski w autopoprawkach do dokumentu.

**Przewodniczący obrad** powtórzył, że każdy konsultant będzie bronił swojej dziedziny, nawet gdyby miał prywatnie inne zdanie. Ciężar odpowiedzialności za restrukturyzację musi wziąć administracja samorządowa i dyrekcje szpitali, np. w części północnej województwa w szpitalach w Ostrowcu, Starachowicach, Skarżysku-Kamiennej, Końskich - często odległych od siebie o niecałe 20 km - funkcjonują olbrzymie oddziały ginekologiczno-położnicze, a wystarczyłyby na tym obszarze 2 małe oddziały, nadchodzi przecież niż demograficzny determinujący spadek narodzin. W obecnych warunkach nowego finansowania służby zdrowia przez NFZ, jednostki, które nie dokonają rozsądnej restrukturyzacji, nie utrzymają się.

**Przewodnicząca Świętokrzyskiej Izby Pielęgniarek i Położnych Halina Luzeńczyk** wyraziła protest wobec postrzegania głosów reprezentantów samorządu zawodowego lekarzy i pielęgniarek jako własnych prywatnych, występują w imieniu swoich grup zawodowych jako recenzenci dokumentu. Wskaźniki nie były liczone w naszych warunkach, dają one tylko pewien kierunek. Trzeba dokonać głębokiej analizy i w oparciu o wyciągnięte z niej wnioski – opracować plan adekwatny do warunków województwa świętokrzyskiego. Jest zwolenniczką zafunkcjonowania w województwie – obok stacjonarnej – objazdowej opieki medycznej. Nie ma propozycji tego świadczenia w dokumencie, ani w wykazie świadczeń refundowanych przez NFZ.

**Zastępca Przewodniczącego Komisji Wacław Berens** stwierdził, że uchwalenie Planu zdrowotnego jest etapem koniecznym do otrzymania z NFZ środków finansowych na 2004 rok. Zaproponował, aby dokument został jeszcze raz przez autorów zweryfikowany pod kątem opinii konsultantów, ewentualnie poprawiony i przedłożony Sejmikowi do uchwalenia. Jako lekarz ŚCO poinformował, że chirurgia jednego dnia w ŚCO sprawdza się ponieważ jest dobra organizacja opieki nad pacjentem (diagnostyka przed zabiegiem wykonana poza oddziałem chirurgicznym).

**Przewodniczący Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej Marek Jodłowski** – powtórzył wniosek o potrzebie uwzględnienia zgłoszonych uwag. Zdziwiony jest wieloma danymi odnoszącymi się do gminy Wodzisław (str. 241, 279,283) i poprosił o ich poprawienie.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Wojciech Żelezik** poinformował, że jest w posiadaniu pisemnych opinii od wszystkich starostów, którzy nie wnoszą uwag do Planu zdrowotnego.

**Radny Roman Cichoń** zapytał, czy prawdą jest, że Oddział Zakaźny w Szpitalu w Sandomierzu ma być zlikwidowany. Nie zna najbliższego adresu Szpitala z Oddziałem Zakaźnym. Jak do tej dyskusji ma się obserwacja społeczeństwa, które cierpi na brak lekarzy określonych specjalności i czeka na wizytę po kilka tygodni.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Wojciech Żelezik** poinformował, że najbliższy Sandomierza Szpital z Oddziałem zakaźnym znajduje się w Skarżysku. powtórzył, że w Planie zdrowotnym zawarte są jedynie rekomendacje, czyli wskazówki. Nigdzie nie ma zapisu o przeroście łóżek, czy liczby lekarzy danej specjalności Dyrekcja Szpitala, po dokonaniu analizy potrzeb, ilości leżących, chce zamknąć Oddział. Od 4 lat zmienił się system finansowania. Przed 1999 rokiem służba zdrowia finansowana była z budżetu państwa i nie liczono wydawanych pieniędzy. Co kilka lat następowało tzw. „totalne oddłużanie służby zdrowia”, zdejmowano kilka miliardów długów. Od następnego dnia postępował proces tworzenia nowych długów. Nigdy w tym systemie nie było wystarczających pieniędzy. Od 1999 r. wprowadzono zasadę, że się wszystko liczy, co wcale nie oznacza, że długi zniknęły. Służba zdrowia w Polsce jest znów zadłużona na kilka mld. zł. Obecnie, dyrektor szpitala, aby nie popaść w spiralę zadłużenia, oszczędza, przeprowadza restrukturyzację. W niektórych szpitalach te operacje są bardzo trudne, szczególnie tam, gdzie przez 4 lata nie przeprowadzono restrukturyzacji. Dostosowując sytuację finansową do dzisiejszych realiów, trzeba wiele rzeczy zlikwidować i zrestrukturyzować. Plan pokazuje jedynie minimum. Jest on sporządzany po raz pierwszy i „przeciera szlak”.



**Radny Roman Cichoń** poprosił o potwierdzenie, czy proponowane jest finansowanie 1 pacjenta zol w kwocie 80 zł/dobę. Po uzyskaniu potwierdzenia uznał tę kwotę za atrakcyjną i korzystną.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Wojciech Żelezik** poinformował, że z NFZ minimalna stawka na długoterminową opiekę medyczną wynosi 45 zł/dobę i jest niewystarczająca.

**Radny Marian Budziosz** zaproponował głosowanie nad przyjęciem Planu Zdrowotnego dla Województwa Świętokrzyskiego na rok 2004.

Wobec wyczerpania się głosów w dyskusji, przewodniczący zarządził głosowanie nad projektem uchwały Sejmiku w sprawie przyjęcia Planu Zdrowotnego dla Województwa Świętokrzyskiego na rok 2004.

Za wyrażeniem pozytywnej opinii o Planie Zdrowotnym głosowało 4 radnych, 3 osoby wstrzymały się od głosowania. *Opinia Komisji Nr 18/03 stanowi załącznik nr 3 do protokołu.*

## **Ad 2.**

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Wojciech Żelezik** dokonał wprowadzenia do Bilansu potrzeb i środków na rok 2004 na realizację zadań z obszaru pomocy społecznej wykonywanych przez samorządy województwa świętokrzyskiego, *który stanowi załącznik do protokołu XI sesji Sejmiku z dnia 1 lipca 2003r.* Poinformował, że uchwalenie przez Sejmik Bilansu potrzeb i środków wynika z zapisów ustawy o pomocy społecznej. Obrazuje on sytuację społeczną, obszary biedy, itp. Środki finansowe otrzymywane przez Wojewodę na ten cel są zupełnie nieprzystające do zapisanych potrzeb.

Komisja jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała Bilans potrzeb i środków na rok 2004 na realizację zadań z obszaru pomocy społecznej wykonywanych przez samorządy województwa świętokrzyskiego, a swoje stanowisko zawarła *w opinii nr 19/03 stanowiącej załącznik nr 4 do protokołu.*

## **Ad 3.**

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Wojciech Żelezik** dokonał wprowadzenia do projektu zmian w statutach:

- Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze,
- Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Opieki Zdrowotnej Gruźlicy i Chorób Płuc w Kielcach z siedzibą w Chęcinach, ul. Czerwona Góra,
- Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Morawicy,
- Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Kielcach,
- Świętokrzyskiego Centrum Ratownictwa Medycznego i Transportu Sanitarnego w Kielcach.

*Projekty uchwał w sprawie zmian w statutach powyższych jednostek, stanowią załączniki do protokołu XI sesji Sejmiku z dnia 1 lipca 2003 r.*

Poinformował, że zmiany wynikają z weryfikacji i aktualizacji statutów jednostek do obecnie obowiązujących przepisów, szczególnie do kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Na kolejnej sesji Sejmiku przedstawione będą kolejne 4 projekty zmian.

Komisja jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała projekty zmian statutów ww. jednostek, a swoje stanowisko zawarła w *opinii nr 20/03 stanowiącej zał. nr 5 do protokołu.*

#### **Ad 4.**

**Dyrektor Departamentu Zdrowia Wojciech Żelezik** dokonał wprowadzenia do projektu zmian w Regulaminie Rady Społecznej Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, informując, że zmiana polega na aktualizacji nazwy jednostki z Wojewódzkiego Ośrodka Rehabilitacji Dzieci i Osób Niepełnosprawnych na Świętokrzyskie centrum Rehabilitacji. *Projekt uchwały w sprawie zmian w Regulaminie stanowi załącznik do protokołu XI sesji Sejmiku z dnia 1 lipca 2003 r.*

Komisja jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała projekt zmian w Regulaminie Rady Społecznej Świętokrzyskiego Centrum Rehabilitacji w Czarnieckiej Górze, a swoje stanowisko zawarła w *opinii nr 21/03 stanowiącej zał. nr 6 do protokołu.*

#### **Ad 5.**

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Wojciech Żelezik** dokonał wprowadzenia do projektu uchwały w sprawie określenia zadań samorządu województwa świętokrzyskiego, które mogą być finansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (*zał. do protokołu XI sesji Sejmiku z dnia 1 lipca 2003r*), informując, iż w związku ze zmianą ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych, do kompetencji samorządów województwa włączono realizację zadań na rzecz osób niepełnosprawnych. W zasadzie ustawa przewiduje realizację czterech głównych zadań: 1) udzielanie pomocy zakładom pracy chronionej, 2) dofinansowanie budowy, rozbudowy obiektów służących rehabilitacji, 3) dofinansowanie kosztów tworzenia i działania zakładów aktywności zawodowej. W ramach tego pierwszego zadania jest rozbicie na dwa podzadania. W związku z tym są trzy duże zadania. To pierwsze dotyczące zakładów pracy chronionej rozbite jest na wsparcie dwóch zadań: krótkoterminowa pożyczka w przypadku trudności finansowych zakładu pracy chronionej i przekwalifikowanie osób (a więc kursy, przekwalifikowanie związane ze zmianą profilu produkcji czy działalności zakładu pracy chronionej). Zadania są oczywiście szczegółowo

określone w paragrafie drugim rozporządzenia Ministra Gospodarki Pracy i Polityki Społecznej z dnia 22.05.2003r w sprawie określenia zadań samorządu województwa, które mogą być finansowane z tych środków. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Gospodarki z 13.05.2003r w sprawie algorytmu przekazywania środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych samorządom wojewódzkim i powiatowym, Prezes Zarządu Funduszu przyznał na realizację wymienionych zadań dla Województwa Świętokrzyskiego na bieżący rok kwotę 1.973.913 zł. Zgodnie z zapisem artykułu 35 ustawy, Sejmik określi zadania, które w ramach tej kwoty mogą być finansowane. Zarząd województwa rekomenduje dla Sejmiku objęcie finansowaniem wszystkich wskazanych czterech zadań w kwotach następujących: udzielanie pomocy zakładom pracy chronionej - 224.565 tys. zł, dofinansowanie budowy i rozbudowy obiektów służących rehabilitacji - 1 mln zł, dofinansowanie kosztów tworzenia i działalności zakładów aktywności zawodowej - 700 tys. zł. Zgodnie z ustawą jest możliwość wykorzystania 2,5% od tej kwoty na pokrycie kosztów związanych z obsługą realizacji tych zadań. Fundusz od lat, zlecając pewne zadania samorządom, przekazuje część środków na utrzymanie pracowników, którzy realizują te zadania. Te środki nie są wystarczające, żeby te zadania finansować, ale w sposób znaczący wspierają finansowo samorządy. Sposób realizacji określają rozporządzenia. Na niektóre jeszcze czekamy, są w ostatniej fazie uzgodnień w resorcie. Mam nadzieję, że pośpiech się wziął z tego, że w czasie wakacji nie mogliśmy tych zadań realizować. Nawet nie moglibyśmy przygotować wniosków, umów i zbierać tych wniosków od potencjalnych beneficjentów. Stąd w trybie pilnym Zarząd przedkłada do akceptacji projekt uchwały w tej sprawie. Skąd tego typu podział? Okazuje się, że w województwie świętokrzyskim funkcjonuje ponad 80 zakładów pracy chronionej. Żadne pieniądze nie są w stanie załatwić problemów, które występują w tych zakładach. W związku z tym Zarząd uznał, że będziemy wspierać przede wszystkim zadanie dotyczące przekwalifikowania w sytuacji, gdy zakład pracy chronionej zmienia profil produkcji. Natomiast, czy zostaną środki na jakąś jednorazową pożyczkę trudno powiedzieć, pieniądze rzeczywiście nie są duże. Największe zainteresowanie i największa efektywność w wydawaniu środków jest w przypadku budowy i rozbudowy obiektów służących rehabilitacji. Kiedyś KRUS wspierał ośrodki rehabilitacyjne. W tej chwili nikt nie finansuje tych zadań, nawet z restrukturyzacji w ochronie zdrowia nie za bardzo można sfinansować rozbudowę obiektów służących rehabilitacji, a rzeczywiście te potrzeby w tym zakresie są duże. Uznaliśmy, że również z tych środków, w jakimś zakresie będzie można nowo uruchamiać oddziały dzienne rehabilitacyjne wesprzeć (zakłady aktywności zawodowej). Jest przygotowana kompletna dokumentacja na uruchomienie drugiego w województwie ZAZ-u przez Polski Związek Niewidomych w oparciu o

spółdzielnię niewidomych, która funkcjonowała do tej pory w Końskich. Wniosek opiewa na znacznie większą kwotę. Będziemy go weryfikować i planujemy częściowe wsparcie z tych środków. Tak wygląda propozycja Zarządu. Bardzo proszę o zatwierdzenie przedłożonych propozycji.

**Radny Roman Cichoń** zapytał, czy z puli ww. środków będzie finansowany zół dla chorych na Alzheimera w Koprzywnicy. Otrzymał pozytywną odpowiedź.

Komisja jednogłośnie pozytywnie zaopiniowała projekt uchwały. *Opinia Nr 22/03 stanowi załącznik nr 7 do protokołu.*

### **Ad 6.**

Komisja bez uwag przyjęła do realizacji przedłożony przez Przewodniczącego Komisji plan pracy Komisji na II półrocze 2003r. *Projekt planu pracy stanowi zał. nr 8 do protokołu.*

### **Ad 7.**

**Radny Tadeusz Kowalczyk** wyraził zaniepokojenie niskim poziomem kontraktów usług neuropsychiatrycznych w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Morawicy.

**Dyrektor Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej Wojciech Źeleżnik** wyjaśnił, że to dotyczy finansowania przez Fundusz wszystkich oddziałów neurologicznych w województwie. Z tych przyczyn Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Opieki Neuropsychiatrycznej ma określone kłopoty finansowe. A specjalność jest bardzo droga, bo prawie każdy pacjent na początku wykonywane ma badania tomograficzne, rezonans itp.

Na tym posiedzenie zakończono.

Protokół sporządziła Barbara Loch.

Przewodniczący obrad

Sławomir Marczewski