

**PROGRAM NAPRAWCZY  
DLA**

**ZESPÓŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ  
UL. SZPITALNA 1  
26-110 SKARŻYSKO – KAMIENNA**

**SKARŻYSKO-KAMIENNA, MAJ 2011 R.**

## **CEL OPRACOWANIA**

Celem niniejszego programu naprawczego jest analiza sytuacji Szpitala Powiatowego w Skarżysku – Kamiennej, wskazanie podstawowych elementów determinujących jego obecne oraz przyszłe działanie oraz zaproponowanie niezbędnych do wprowadzenia zmian. Niniejszy dokument stanowi podstawowy element nakreślający strategię oraz podstawowe założenia zmierzające do poprawy sytuacji finansowej placówki oraz zwiększenia efektywności funkcjonowania. Przyjęta koncepcja określa cele, strategię ogólną i operacyjną oraz działania zmierzające do zrealizowania przyjętych priorytetów. Dokument sporządzony został również w celu przeanalizowania i wskazania elementów niezbędnych do zmian, determinujących przekształcenie zakładu opieki zdrowotnej w spółkę kierując się zasadą zwiększenia potencjału i efektywności, a nie obowiązkiem ustawowym w sytuacji przymusu spowodowanego złą kondycją i przy braku innych alternatywnych rozwiązań.

W dokumencie tym zawarto m.in.:

- analizę działalności szpitala,
- analizę finansową szpitala,
- kierunkowe propozycje zmian funkcjonowania,

## **ZAŁOŻENIA I DANE ŹRÓDŁOWE**

Generalnie analizą objęto okres od 2008 roku do końca lutego 2011r. W zależności od rozważanego zagadnienia, jego specyfiki, za podstawę przyjęto dane z różnych okresów, tak aby jak najlepiej można było rozpoznać problem.

Dokument niniejszy został opracowany na podstawie:

1. Podstawowych dokumentów organizacyjnych jednostki, takich jak Statut, Regulamin Porządkowy,
2. Informacji dotyczących działalności Szpitala, w tym:
  - informacji o osiągniętych przychodach, kosztach oraz wyniku finansowym za lata 1999-2010,
  - sprawozdań finansowych za 2008, 2009 i 2010 rok, w tym bilans, rachunek zysków i strat, przepływy pieniężne, informacja dodatkowa, opinia biegłych, sprawozdanie o przychodach i kosztach.
  - rozliczeń finansowych za styczeń oraz luty 2011 roku w systemie narastającym.
  - rozliczeń finansowych poszczególnych komórek organizacyjnych i rodzajów działalności z wykazem źródeł przychodów, rodzajów kosztów oraz osiągniętym wynikiem finansowym za okres 2008, 2009, 2010 oraz za pierwsze miesiące 2011r.
  - wykazu kluczy podziałowych dla kosztów pośrednich.
  - danych statystycznych dla każdej komórki organizacyjnej działalności podstawowej.
  - informacja o poziomie należności i zobowiązań, w tym wymagalnych, na koniec 2008, 2009, 2010, stycznia 2011, lutego 2011.

- stanu środków pieniężnych w kasie i na rachunkach bankowych na koniec 2008, 2009, 2010, styczeń 2011, luty 2011.
  - informacji o poziomie i strukturze zapasów magazynowych w poszczególnych magazynach (w tym apteki) oraz na oddziałach.
  - wysokości kontraktu z NFZ na poszczególne jednostki oraz jego realizacja w latach 2009, 2010 oraz styczeń – luty 2011.
  - struktury zatrudnienia pracowników w poszczególnych grupach zawodowych globalnie w szpitalu oraz w poszczególnych komórkach organizacyjnych
  - porównania struktury zatrudnienia i kwalifikacji pracowników niezbędnych do spełniania wymogów kontraktowania z NFZ poszczególnych specjalności.
  - informacji o wynagrodzeniach pracowników kosztów, przychodów jednostki oraz poszczególnych komórek w układzie rodzajowym zgodnym z FK za 2010 rok oraz styczeń-luty 2011.
3. protokołu z kontroli przeprowadzonej w Zespole Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej, w dniach od 21.01.2011 r. do 18.03.2011 r. przez: Piotra Czerwińskiego za okres od 01.01.2010 r. do 31.12.2010 r.,
  4. dokumentu określającego wstępną koncepcję funkcjonowania Szpitala z września 2010r.
  5. założeń zawartych w dokumencie „Aktualizacja strategii rozwoju powiatu skarżyskiego do 2020 roku wraz z wynikającym z niej wieloletnim planem inwestycyjnym na lata 2009-2013”,
  6. danych ze stron internetowych powiatu skarżyskiego, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz ogólnodostępnych informacji medialnych.

## **OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA SZPITALA**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej wpisany jest do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach Wydział X Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem 0000014535, posiada NIP 663-16-09-127 oraz Regon 000308318. Położony jest przy skrzyżowaniu dwóch ponadregionalnych dróg – drogi krajowej numer 7 oraz numer 42.

Szpital został zbudowany w 1959 roku i przez 46 lat pełni nieprzerwanie swoją funkcję. Od 1 stycznia 1973 roku w wyniku reorganizacji w całym kraju służby zdrowia powołano Zespół Opieki Zdrowotnej. Do 1998 roku Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej działał na zasadzie jednostki budżetowej podległej Wojewodzie. Od 27 listopada 1998 jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim i nadzorującym jest Powiat Skarżyski. Początkowo zakład skupiał w swoich strukturach wszystkie jednostki służby zdrowia działające na terenie powiatu. W latach 1997 - 2000, w ramach restrukturyzacji, została wyłączona podstawowa opieka zdrowotna (przychodnie i ośrodki zdrowia), a w 2002 roku część poradni specjalistycznych oraz Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Alkoholowych.

Szpital dba o jakość świadczonych usług i ciągle ją podnosi poprzez inwestycje w infrastrukturę oraz szkolenia kadry. Dowodem tego są zdobyte wyróżnienia oraz certyfikaty: Akredytacyjny i ISO 9001:2008.

Jednym z większych osiągnięć szpitala w 1999 roku było otrzymanie tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku” uznany i nadany przez Światową Organizację Zdrowia UNICEF. Oddział noworodkowy wspólnie z oddziałem położniczo-ginekologicznym realizuje program WHO/UNICEF „Szpital Przyjazny Dziecku”. Prowadzona jest „Szkoła Rodzenia” i poradnia neonatologiczna.

## **STRUKTURA ORGANIZACYJNA ZAKŁADU**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej udziela świadczeń leczniczo-zapobiegawczych w zakresie:

- opieki szpitalnej
- rehabilitacji leczniczej
- specjalistycznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych
- badań diagnostycznych
- profilaktyki zdrowia
- opieki długoterminowej

W skład zakładu wchodzi następujące komórki organizacyjne działalności podstawowej:

### *I. Oddziały szpitalne:*

1. chirurgiczny
2. urazowo-ortopedyczny
3. wewnętrzny
4. wewnętrzny II
5. wewnętrzny o profilu kardiologicznym
6. zakaźny
7. laryngologiczny
8. dziecięcy
9. położniczo-ginekologiczny
10. neonatologiczny
11. neurologiczny
12. udarowy
13. anestezjologii i intensywnej terapii
14. rehabilitacyjny
15. rehabilitacji neurologicznej
16. rehabilitacyjny dzienny
17. szpitalny oddział ratunkowy / izba przyjęć

### *II. Pracownie Fizykoterapii*

### *III. Dział diagnostyczny*

1. Zakład Diagnostyki Obrazowej z Pracownią Mammografii

2. Pracownia endoskopowa
3. Pracownia echokardiografii
4. Pracownia EKG
5. Pracownia EEG
6. Pracownia anatomopatologiczna

*IV. Apteka zakładowa*

*V. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy*

*VI. Poradnie specjalistyczne:*

1. chorób zakaźnych
2. chirurgii onkologicznej
3. laryngologiczna
4. ginekologiczno-położnicza
5. endokrynologiczno-ginekologiczna
6. urologiczna
7. kardiologiczna
8. pulmonologiczno-alergologiczna dziecięca
9. gastrologiczna
10. rehabilitacyjna
11. chirurgii stomatologicznej
12. neonatologiczna
13. chorób naczyniowych mózgu
14. leczenia padaczki

*VII. Blok operacyjny*

*VIII. Centralna sterylizacja*

*IX. Stanowisko Naczelnej Pielęgniarki*

*Komórki działalności pomocniczej:*

1. Dział Marketingu i Statystyki Medycznej
2. Dział Ekonomiczno-Finansowy
3. Dział Służb Pracowniczych
4. Dział Administracyjno-Gospodarczy
5. Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych
6. Dział Techniczny
7. Dział Higieniczno-Sanitarny
8. Sekcja komputerowo-informatyczna
10. Sekcja ds. jakości opieki zdrowotnej

*Samodzielne stanowiska pracy:*

1. Radca Prawny
2. Pielęgniarka ds. zakażeń wewnątrzszpitalnych
3. Zakładowy inspektor bhp

4. Zakładowy inspektor ds. p/poż.
5. Zakładowy inspektor ds. obronnych i obrony cywilnej
6. Kapelan szpitalny
7. Koordynator ds. socjalnych pacjentów i oświaty zdrowotnej

## ANALIZA SYTUACJI FINANSOWEJ SZPITALA

Poniżej zamieszczona została tabela obrazująca globalną sytuację Szpitala na przestrzeni ostatnich lat, tj. od momentu wprowadzenia w życie reformy systemu opieki zdrowotnej.

*Przychody, koszty oraz wynik finansowy Szpitala w latach 1999 – 2010 oraz za pierwsze dwa miesiące roku 2011.*

Rok	Przychody	Koszty	Wynik	Zmiana w stosunku do poprzedniego okresu w zł			Zmiana w stosunku do poprzedniego okresu w %		
				Przychody	Koszty	Wynik	Przychody	Koszty	Wynik
1999	29 232 801	29 756 104	-523 303						
2000	29 439 814	32 226 359	-2 786 545	207 013	2 470 255	-2 263 242	101	108	532
2001	27 057 157	34 072 682	-7 015 525	-2 382 657	1 846 323	-4 228 979	92	106	252
2002	30 092 522	35 137 488	-5 044 966	3 035 365	1 064 806	1 970 559	111	103	72
2003	29 364 076	37 723 442	-8 359 367	-728 447	2 585 954	-3 314 401	98	107	166
2004	33 306 505	44 798 020	-11 491 515	3 942 429	7 074 577	-3 132 148	113	119	137
2005	40 498 294	41 559 437	-1 061 143	7 191 789	-3 238 583	10 430 372	122	93	9
2006	35 531 599	35 478 416	53 184	-4 966 694	-6 081 021	1 114 327	88	85	-5
2007	40 554 058	40 493 625	60 433	5 022 458	5 015 209	7 249	114	114	114
2008	53 282 238	49 265 376	4 016 862	12 728 180	8 771 751	3 956 429	131	122	6 647
2009	54 572 057	55 464 118	-892 061	1 289 820	6 198 742	-4 908 923	102	113	-22
2010	46 090 814	53 493 885	-7 403 071	-8 481 243	-1 970 233	-6 511 010	84	96	830
Średni miesiąc z 2010	3 840 901	4 457 824	-616 923						
01.2011	3 342 920	4 552 518	-1 209 599	-497 982	94 695	-592 676	87	102	196
02.2011	3 430 337	4 332 335	-901 999	87 417	-220 183	307 600	103	95	75
02.2011 narastająco	6 773 256	8 884 854	-2 111 597						

Z zestawienia jasno wynika, że Szpital generalnie na przestrzeni lat nie był w stanie zbilansować swojej działalności generując w latach 1999 – 2010 skumulowaną stratę w wysokości 40,5 mln zł. Jedyne dodatnie wyniki finansowe uzyskano w latach 2006 -2007 kiedy to w systemie było na tyle dużo środków, że płatnik był w stanie opłacić praktycznie

wszystkie wykonane przez świadczeniodawców świadczenia zdrowotne. Rok 2008 zakończył się również dodatnim wynikiem finansowym, ale uzyskano go głównie dzięki zyskom nadzwyczajnym spowodowanym umorzeniem zobowiązań publiczno-prawnych na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2005r. o pomocy publicznej restrukturyzacji publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (Dz. U. nr 78 poz. 684 z późn. zm.) w wysokości 2,5 mln zł oraz ujęciu w rozliczeniu wyniku finansowego otrzymanych środków z tytułu wyroku o „203” z lat 2001-2002 w wysokości blisko 7,9 mln zł. W 2009 roku zauważalna poprawa wyniku spowodowana została wystąpieniem zysku nadzwyczajnego spowodowanego umorzeniem pożyczki Skarbu Państwa na podstawie ustawy z 15 kwietnia 2005r. o pomocy publicznej restrukturyzacji publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (Dz. U. nr 78 poz. 684 z późn. zm.) w wysokości 4,8 mln zł.

Co prawda na przestrzeni lat zauważalna jest tendencja wzrostowa w zakresie uzyskiwanych przychodów jednak wraz z nią wzrastały też koszty i to w większym stopniu. Poziom przychodów podlegał większym wahaniom niż koszty, które wykazywały większą stabilność ze stałym trendem wzrostowym. Negatywnej sytuacji nie poprawiło również wprowadzenie jednorodnych grup pacjentów, które miały uwzględniać wszystkie aspekty oraz koszty leczenia i zgodnie z szacunkami zapewnić wzrost finansowania w szpitalach głównie powiatowych. Na wynik finansowy wpływa amortyzacja, która jest kosztem rozbitym w czasie i nie jest związana z wydatkowaniem środków w danym okresie. Stąd też wpływa ona na pogorszenie wyniku finansowego, ale stanowi jedynie odbudowanie środków na inwestycje w infrastrukturę. Poziom amortyzacji w ostatnich latach waha się w zakresie 1,3 – 1,7 mln zł i ewentualnie tej wielkości można by było nie brać pod uwagę rozpatrując efektywność funkcjonowania placówki. Zgodnie z obowiązującymi przepisami Szpital tworzy rezerwę na świadczenia pracownicze i co rok w rozliczeniu uwzględnia jedynie jej zmianę na plus lub minus. Ogólna wartość tej rezerwy wynosi 4,5 mln zł i nie jest związana z bezpośrednim wydatkowaniem środków. Pokazuje ona w układzie krótkoterminowym i długoterminowym jakie środki w przyszłości należy wypłacić pracownikom m.in. z tytułu nagród jubileuszowych, odpraw emerytalnych, w sytuacji upadłości ZOZ. Tej wartości również można nie uwzględniać w ocenie funkcjonowania.

Niestety niekorzystne tendencje dotyczące efektywności ekonomicznej utrzymują się w roku 2011. W badanym okresie Szpital na koniec lutego uzyskał stratę w wysokości 2,1 mln zł. Jest to wielkość pozostająca w relacji z wynikiem za pierwsze dwa miesiące 2010 roku, który był niższy o 0,2 mln zł. Uwzględniając trendy oraz przekładając te wartości wprost na prognozę roczną oraz uwzględniając niezafakturowany plan z tytułu zasad rozliczeń z płatnikiem (0,3 mln zł) uzyskujemy na koniec roku deficyt rzędu 10 – 11 mln zł. Co prawda pierwsze miesiące nie są reprezentatywne, ponieważ nie uwzględniają całokształtu realizacji umowy z NFZ, rozliczeń i zmian umów w trakcie roku oraz innych aspektów, których realizacja zachodzi później. Negatywny wpływ ma fakt nie zakontraktowania na 2011 rok oddziału kardiologii, której kontrakt w 2010 roku wynosił 2,1 mln zł. Szpital obecnie przekształca oddział kardiologiczny na oddział wewnętrzny, a Dyrekcja Świętokrzyskiego OW NFZ deklaruje, że zakontraktuje i rozliczy świadczenia na tym oddziale od 1 stycznia br. Uwzględniając optymistyczną wersję, że uda się pozyskać środki w wysokości umowy

z poprzedniego roku, wynik finansowy wyniesie na koniec roku około 8 – 9 mln zł, a więc na poziomie zbliżonym do roku 2010.

Z powodu braku możliwości zwiększenia kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także możliwości wyegzekwowania pełnej kwoty wynikającej z nadwykonań trudna sytuacja finansowa ZOZ-u jeszcze bardziej się pogłębia. Łączna kwota z dwóch ostatnich lat utraconego przychodu to 7,9 mln zł, na wytworzenie którego zostały poniesione koszty. Brak środków finansowych na pokrycie bieżących nakładów prowadził do zwiększenia wysokości zobowiązań, a także kosztów finansowych w postaci odsetek od przeterminowanych faktur, oraz kosztów pozostałych operacyjnych w wysokości opłat sądowych i egzekucyjnych.

Poniżej zamieszczona została tabela obrazująca podstawowe i istotne informacje finansowe obrazujące sytuację Szpitala na przestrzeni ostatnich lat.

*Podstawowe informacje finansowe za lata 2008 – 2010 oraz za pierwsze dwa miesiące roku 2011 w układzie porównawczym.*

<b>ROK</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011.02</b>
<b>1. Przychody ogółem, w tym:</b>	<b>53 282 238</b>	<b>54 572 057</b>	<b>46 090 814</b>	<b>6 773 256</b>
- ze sprzedaży usług medycznych NFZ	43 657 081	46 342 515	41 513 999	6 232 285
- ze sprzedaży usług medycznych innym odbiorcom	1 250 482	863 591	699 396	79 049
- ze sprzedaży usług działalności pomocniczej i materiałów	958 552	939 348	1 000 439	209 495
- zmiana stanu produktów		-389 629	-82 888	
- z odsetek od środków finansowych i należności	96 548	41 941	31 704	250
- z darowizn	906 682	32 210	44 508	700
- staże i rezydentura	188 776	335 957	383 344	66 318
- zmniejszenie odpisu aktualizującego	1 248	8 919	2 149 975	
- rozwiązana rezerwa z tyt. wynagrodzeń				175 127
- umorzone zobowiązania	1 622 877	1 557 839	134 494	354
- przedawnione zobowiązania	1 937 523	41 139	136 597	
- odszkodowania	107 656	23 834	18 782	
- pozostałe	7 425	4 914	60 465	9 679
- zysk nadzwyczajny	2 547 387	4 769 480		
<b>2. Koszty ogółem, w tym:</b>	<b>49 265 376</b>	<b>55 464 118</b>	<b>53 493 885</b>	<b>8 884 854</b>
- koszty działalności operacyjnej	47 130 250	49 729 494	50 596 790	8 569 057
- odsetki od przeterminowanych zobowiązań	502 953	360 542	769 108	228 608
- odsetki od kredytu, pożyczki i ZUS-u	1 220 909	603 412	659 434	79 132
- koszty sądowe, kary i egzekucje	140 098	134 126	673 953	6 382
- prowizja od kredytu BRE i opłaty prolongacyjne	96 483	115 915	17 747	1 675
- odszkodowania	40 000	41 860	22 500	
- skutki aktualizujące wartość aktywów niefinansowych	49 553	4 465 323	29 906	
- koszt likwidacji aktywów trwałych		4 991	143 960	
- rezerwa na zobowiązania z tytułu wynagrodzeń			577 588	
- pozostałe	173	8 455	2 899	0



<b>ROK</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011.02</b>
<b>3. Wynik finansowy</b>	<b>4 016 862</b>	<b>-892 061</b>	<b>-7 403 071</b>	<b>-2 111 597</b>
<b>4. Zobowiązania ogółem na koniec roku, w tym:</b>	<b>30 879 837</b>	<b>27 642 300</b>	<b>33 748 264</b>	<b>36 033 767</b>
- dostaw materiałów i usług	6 311 723	10 210 526	17 367 646	18 874 556
- podatków	416 848	306 576	334 612	443 536
- składek ZUS	1 906 562	1 304 961	2 070 091	2 150 113
- wpłat na PFRON	17 507	9 620	72 982	78 528
- depozytów (vadia, zabezpieczenia)	148 870	153 337	245 513	227 066
- świadczeń pracowniczych	2 085 465	2 296 397	2 052 720	2 136 682
- otrzymanej pożyczki i kredytu	18 806 970	11 960 744	10 078 491	9 764 782
- ZFŚS	1 122 730	1 400 139	1 507 197	2 234 802
- ubezpieczenie majątkowe				108 823
- pozostałe	63 162		19 011	14 879
<b>5. Rezerwa na świadczenia pracownicze i wynagrodzenia</b>		<b>4 388 104</b>	<b>5 512 697</b>	<b>5 337 570</b>
<b>6. Zobowiązania wymagalne, w tym:</b>	<b>4 789 923</b>	<b>6 833 390</b>	<b>9 801 921</b>	<b>9 037 695</b>
- dostaw materiałów i usług	3 541 726	5 343 005	6 960 959	6 126 721
- podatków	25 739	51 833	63 142	94 922
- ZUS			1 079 547	1 006 908
- PFRON			64 444	70 641
- depozytów (vadia, zabezpieczenia)	37 932	38 413	126 631	108 185
- ZFŚS	1 122 730	1 400 139	1 507 197	1 630 318
- pozostałe	61 796			
<b>7. Należności ogółem na koniec roku, w tym:</b>	<b>6 806 305</b>	<b>4 381 254</b>	<b>4 607 768</b>	<b>4 490 136</b>
- usług medycznych dla NFZ	6 328 322	3 890 036	4 080 973	3 938 794
- leczenia nieubezpieczonych	30 457	16 654	3 359	22 416
- usług medycznych dla innych odbiorców	23 137	11 593	10 889	6 032
- pozostałych usług działalności pomocniczej	58 016	86 782	101 988	106 026
- udzielonych pożyczek mieszkaniowych	366 373	376 190	410 560	416 868
<b>8. Należności wymagalne, w tym:</b>	<b>54 103</b>	<b>51 530</b>	<b>5 529</b>	<b>23 211</b>
- usług medycznych dla NFZ	0	13 809	0	742
- leczenia nieubezpieczonych	27 569	16 519	3 149	12 904
- usług medycznych dla innych odbiorców	4 407	167	166	910
- pozostałych usług działalności pomocniczej	22 127	21 036	2 215	8 655
<b>9. Zapasy na stanie magazynowym</b>	<b>488 402</b>	<b>435 386</b>	<b>418 385</b>	<b>381 215</b>

Przychody ze sprzedaży usług medycznych NFZ stanowią znaczący udział w przychodach ogółem wynoszący 90-92%, stąd też mają one zdecydowane znaczenie w kształtowaniu efektywności funkcjonowania placówki i determinują jej byt. Istotnym zadaniem jest maksymalizowanie tych przychodów, gdyż z roku na rok spadają przychody uzyskiwane z innego tytułu, w tym ze świadczeń zdrowotnych dla innych odbiorców, darowizn, odsetek, trudno też liczyć na ponowne zyski nadzwyczajne. W miarę stałe, z niewielką tendencją wzrostową, pozostają przychody ze sprzedaży usług działalności pomocniczej i materiałów.

Wzrostowi przychodów w latach 2008 – 2009 i ich spadkowi w 2010 roku towarzyszył niezmienny wzrost kosztów działalności operacyjnej, kosztów odsetek od przeterminowanych zobowiązań, odsetek od kredytów i pożyczek, kosztów sądowych, kar i egzekucji.

Bardzo niekorzystnym zjawiskiem jest wzrost na przestani ostatnich lat zobowiązań do kwoty 36 mln zł na koniec lutego 2011 roku, w tym wzrost zobowiązań wymagalnych do kwoty ponad 9 mln zł stanowiącej blisko 20% rocznego budżetu. Zobowiązania te nie są w żaden sposób równoważone przez należności oraz środki pieniężne pozostające na koniec okresu w gotowości zakładu, których stan wynosił:

- na dzień 31.12.2008 – 1,9 mln zł.
- na dzień 31.12.2009 – 1,4 mln zł.
- na dzień 31.12.2010 – 1,4 mln zł.
- na dzień 28.02.2011 – 1,0 mln zł.

Korzystnym zjawiskiem jest stopniowe zmniejszanie poziomu zapasów magazynowych, których stan wynosił na koniec lutego 2011 roku 381 tys. zł i był mniejszy od stanu na koniec 2008 roku o 100 tys. zł (20%). Pozwala to na odmrożenie środków finansowych oraz uregulowanie najpilniejszych płatności.

*Koszty w układzie rodzajowym za lata 2008 – 2010, ich dynamika oraz struktura*

Koszty w układzie rodzajowym	2008 rok	2009r	2010r	Dynamika 2010-2009 w zł	Dynamika 2010-2009 w %	Struktura 2010
<b>1. Zużycie materiałów</b>	<b>7 509 805</b>	<b>6 431 616</b>	<b>6 459 711</b>	<b>28 095</b>	<b>100,4</b>	<b>12,8</b>
Materiały techniczne i biurowe	270 559	277 828	268 260	-9 568	96,6	0,5
Żywność	1 442 991	13 357	12 508	-849	93,6	0,0
Leki	2 861 534	3 082 924	3 692 896	609 972	119,8	7,3
Sprzęt jednorazowego użytku	879 963	1 131 250	1 256 630	125 380	111,1	2,5
Odczynniki chem. i mat. diagn.	1 398 071	1 403 940	764 344	-639 596	54,4	1,5
Paliwo	251 591	208 849	212 117	3 269	101,6	0,4
Sprzęt wielorazowego użytku	129 365	75 456	88 374	12 918	117,1	0,2
Środki czystości	106 615	103 215	76 097	-27 118	73,7	0,2
Odzież ochronna i rob. – BHP	56 450	32 687	27 254	-5 433	83,4	0,1
Bielizna	55 788	58 301	51 769	-6 531	88,8	0,1
Pozostałe	56 879	43 810	9 460	-34 350	21,6	0,0
<b>2. Zużycie energii i wody</b>	<b>2 077 451</b>	<b>2 239 982</b>	<b>2 348 216</b>	<b>108 234</b>	<b>104,8</b>	<b>4,6</b>
Energii elektrycznej	554 720	638 125	716 654	78 529	112,3	1,4
Energii cieplnej	1 322 007	1 351 634	1 427 843	76 210	105,6	2,8
Wody	200 725	250 223	203 719	-46 504	81,4	0,4
<b>3. Usługi obce</b>	<b>7 246 275</b>	<b>8 650 558</b>	<b>8 628 835</b>	<b>-21 723</b>	<b>99,7</b>	<b>17,1</b>
Remontowe	106 692	117 026	397 374	280 348	339,6	0,8

Koszty w układzie rodzajowym	2008 rok	2009r	2010r	Dynamika 2010-2009 w zł	Dynamika 2010-2009 w %	Struktura 2010
Transportowe	569 296	535 573	528 120	-7 452	98,6	1,0
Medyczne obce	5 169 122	4 951 395	4 790 322	-161 073	96,7	9,5
Pozostałe	1 401 164	1 605 617	1 565 306	-40 310	97,5	3,1
Usługi żywieniowe		1 440 947	1 347 712	-93 235	93,5	2,7
<b>4. Podatki i opłaty</b>	<b>297 231</b>	<b>268 190</b>	<b>263 195</b>	<b>-4 995</b>	<b>98,1</b>	<b>0,5</b>
Podatek od nieruchomości	185 322	186 715	191 180	4 465	102,4	0,4
PFRON	99 894	70 052	59 511	-10 541	85,0	0,1
VAT nie podlegający odliczeniu	12 015	11 423	12 504	1 081	109,5	0,0
<b>5. Wynagrodzenia</b>	<b>23 829 068</b>	<b>25 638 066</b>	<b>26 082 244</b>	<b>444 178</b>	<b>101,7</b>	<b>51,5</b>
6. Świadc. na rzecz pracown.	4 751 937	4 966 176	4 987 299	21 123	100,4	9,9
Składki na ub.spół. i FP-bieżące	4 068 000	4 218 549	4 261 252	42 703	101,0	8,4
Odpisy na ZFŚS	612 008	692 588	710 911	18 323	102,6	1,4
Inne	71 929	55 039	15 136	-39 903	27,5	0,0
<b>7. Pozostałe koszty</b>	<b>107 776</b>	<b>164 119</b>	<b>163 385</b>	<b>-734</b>	<b>99,6</b>	<b>0,3</b>
Podróże służbowe	14 664	7 083	4 984	-2 099	70,4	0,0
Ubezp. majątkowe i OC	52 550	134 485	141 009	6 524	104,9	0,3
Ryczałty		365	1 584	1 220	434,4	0,0
Inne ( w tym prowizje)	40 563	22 186	15 807	-6 379	71,2	0,0
<b>8. Amortyzacja</b>	<b>1 310 706</b>	<b>1 370 788</b>	<b>1 663 906</b>	<b>293 118</b>	<b>121,4</b>	<b>3,3</b>
<b>R A Z E M</b>	<b>47 130 250</b>	<b>49 729 494</b>	<b>50 596 790</b>	<b>867 296</b>	<b>101,7</b>	<b>100,0</b>

Z zamieszczonego powyżej zestawienia jasno wynika, że co roku koszty rosną. Przedstawione koszty w układzie rodzajowym pokazują nominalne zmiany poszczególnych pozycji, z tym, że obliczenia różnic przeprowadzono dla lat 2009 – 2010 ze względu na porównywalność tych dwóch okresów. Najbardziej wzrosły koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi o 465 tys. zł, amortyzacja o 293 tys. zł oraz zużycie energii. Pozostałe grupy kosztów zanotowały niewielki wzrost lub spadek. Wśród wzrostów poszczególnych pozycji kosztów należy zwrócić uwagę na wzrost kosztów leków o prawie 20%, sprzętu jednorazowego użytku (11%), usług remontowych w tym szczególnie napraw i konserwacji sprzętu medycznego (wzrost ponad trzykrotny). Spadek zanotowały odczynniki chemiczne, środki czystości, woda, usługi obce medyczne.

Największy udział w strukturze kosztów mają wynagrodzenia z pochodnymi - 61,4%. Jeżeli dodatkowo uwzględnimy usługi kontraktowe znajdujące się w usługach obcych i doliczymy je do kosztów wynagrodzeń to udział tej pozycji zwiększy się do 67,2%. W dalszej kolejności usługi obce – 17,1% (po odjęciu kontraktów 11,2%), zużycie materiałów – 12,8%, zużycie energii – 4,6%, amortyzacja - 3,3%, podatki – 0,5%, pozostałe

koszty – 0,3%. W związku z tendencją oddawania w outsourcing poszczególnych działalności wraz z upływem czasu będzie coraz bardziej zwiększała się rola usług obcych i będzie następowało przesuwanie kosztów z grupy kosztów wynagrodzenia i zużycie materiałów do kosztów usług obcych.

W związku z powyższym w kręgu zainteresowań w pierwszej kolejności powinny znaleźć się te grupy kosztów, które stanowią znaczący udział i w przypadku, których możliwe jest uzyskanie znaczących efektów oszczędnościowych, a więc: wynagrodzenia, leki, sprzęt jednorazowego użytku, energia, usługi remontowe, transportowe, żywieniowe, medyczne.

Poniżej zawarto zestawienie porównawcze realizacji kosztów w układzie rodzajowym za pierwsze dwa miesiące 2011 roku oraz roku poprzedniego.

*Porównanie kosztów według rodzajów za 2 miesiące 2010 i 2011 roku*

<b>KOSZTY</b>	<b>I-II. 2010</b>	<b>I-II. 2011</b>	<b>%</b>
<b>1. Zużycie materiałów</b>	<b>1 141 502,95</b>	<b>953 696,47</b>	<b>83,55</b>
Materiały biurowe	11 842,67	11 375,87	96,06
Druki medyczne	1 297,52	617,69	47,61
Materiały techniczne	46 858,35	27 567,56	58,83
Paliwo	56 304,18	36 991,70	65,70
Żywność	-	1 321,60	-
Leki	441 568,56	504 531,34	114,26
Materiały szewne	32 855,64	1 993,91	6,07
Materiały opatrunkowe	48 469,03	43 503,32	89,75
Materiały i środki higieniczno- pielęgnacyjne i dezynfekcyjne	18 395,16	24 072,09	130,86
Tlen	17 878,80	14 135,93	79,07
Odczynniki i materiały diagnostyczne	171 027,78	8 663,86	5,07
Krew	46 762,00	58 160,00	124,37
Sprzęt jednorazowego użytku	214 157,82	181 032,12	84,53
Sprzęt wielorazowego użytku	15 667,21	12 875,69	82,18
Środki czystości	4 354,11	13 087,39	300,58
Odzież ochronna i robocza - BHP	2 768,89	3 912,97	141,32
Bielizna	9 749,49	8 952,57	91,83
Pozostałe	1 545,74	900,86	58,28
<b>2. Zużycie energii i wody</b>	<b>561 783,97</b>	<b>509 145,67</b>	<b>90,63</b>
Energii elektrycznej	104 336,29	130 550,51	125,12
Energii ciepłej-CO	315 013,37	222 562,17	70,65
Energii ciepłej-para	52 856,07	47 358,00	89,60
Energii ciepłej-moc zamówiona	53 673,78	52 316,70	97,47
Woda	35 904,46	56 358,29	156,97
<b>3. Usługi obce</b>	<b>1 355 479,48</b>	<b>1 484 097,51</b>	<b>109,49</b>
Naprawa sprzętu medycznego	27 651,69	5 473,10	19,79
Konserwacja i serwis sprzętu medycznego	7 006,96	17 895,61	255,40
Naprawa sprzętu pozostałego	211,36	203,00	96,04
Przeeglądy i naprawy bieżące obiektów i instalacji	16 186,16	34 508,40	213,20

<i>KOSZTY</i>	<i>I-II. 2010</i>	<i>I-II. 2011</i>	<i>%</i>
Transport sanitarny	74 255,62	78 984,68	106,37
Usługi spedycyjne i pocztowe	3 187,23	2 024,06	63,51
Usługi telekomunikacyjne i radiołączności	15 000,91	22 437,06	149,57
Utylizacja odpadów	9 780,10	9 996,21	102,21
Sterylizacja	102 603,44	99 909,67	97,37
Pranie	48 409,42	64 199,05	132,62
Dezynsekcja i deratyzacja	1 342,00	676,50	50,41
Ogłoszenia w prasie	244,00	12 546,00	5141,80
Dzierżawy sprzętu i nieruchomości	39 541,85	14 660,06	37,07
Usługi żywieniowe	224 304,27	229 815,20	102,46
Usługi komunalne i utrzymanie terenu	35 046,53	18 765,00	53,54
Usługi medyczne -badania, konsultacje	256 545,30	431 011,62	168,01
Usługi medyczne -dyżury kontraktowe	483 851,80	430 606,29	89,00
Usługa prawna	6 060,00	7 380,00	121,78
Pozostałe	4 250,84	3 006,00	70,72
<b>4. Podatki i opłaty</b>	<b>48 704,00</b>	<b>37 326,00</b>	<b>76,64</b>
Podatek od nieruchomości	31 439,00	31 780,00	101,08
PFRON	17 265,00	5 546,00	32,12
<b>5. Wynagrodzenia</b>	<b>4 387 820,02</b>	<b>4 356 481,37</b>	<b>99,29</b>
<b>6. Świadczenia na rzecz pracowników</b>	<b>900 307,40</b>	<b>886 672,39</b>	<b>98,49</b>
Składki na ubezpieczenie społeczne i FP	781 192,47	763 364,26	97,72
Odpisy na ZFŚS	114 219,18	120 896,84	105,85
Szkolenia	3 510,00	1 290,00	36,75
Inne	1 385,75	1 121,29	80,92
<b>7. Pozostałe koszty</b>	<b>26 437,41</b>	<b>25 785,76</b>	<b>97,54</b>
Podróże służbowe	344,68	844,24	244,93
Ryczałty samochodowe	478,69	-	-
Ubezpieczenia majątkowe i OC	22 828,84	24 515,52	107,39
Prowizje od przelewów z działalności bieżącej	246,00	426,00	173,17
Inne	100,00	-	-
Koszty promocji w ramach Projektu RPOWŚ	2 439,20	-	-
<b>8. Amortyzacja</b>	<b>194 360,93</b>	<b>315 851,56</b>	<b>162,51</b>
<b>R A Z E M</b>	<b>8 616 396,16</b>	<b>8 569 056,73</b>	<b>99,45</b>

Globalnie realizacja kosztów w pierwszych dwóch miesiącach 2011 roku jest analogiczna jak w roku 2010, co daje podstawę do stwierdzenia, że bieżący rok zamknie się podobnym poziomem realizacji budżetu. Jedynie amortyzacja oraz usługi obce wykazują wyższą odpowiednio o 63% i 9,5%. Pozostałe grupy kosztów kształtują się poniżej roku poprzedniego. Na uwagę zasługują koszty leków, krwi, usługi diagnostyczne – badania, konsultacje, środki czystości, energia elektryczna i woda, serwis sprzętu, transport sanitarny, usługi telekomunikacyjne, pranie.

## KONTRAKT Z NFZ I JEGO REALIZACJA

*Porównanie globalnych kontraktów oraz ich realizacja za 2009, 2010 i 2011 rok*

Rok	2009	2010	2011
Ostateczna wartość umowy (z uwzględnieniem porozumienia za 2009 rok - 2.143.000)	44 479 290	41 633 990	38 858 977
Wykonanie	46 078 841	45 751 172	7 203 524
% wykonanie/plan	103,6%	109,9%	111,7%
Nadwykonanie/niewykonanie	1 599 551	4 117 183	751 656
Nadwykonanie	1 599 589	4 117 292	801 206
Niewykonanie	38	109	53 924
Zafakturowanie	43 734 191	41 513 999	6 181 244
% zafakturowanie/plan	98,3%	99,7%	95,8%
Niezafakturowany plan	745 099	119 991	270 624

*Porównanie kontraktu na 2011 rok z kontraktem i wykonaniem 2010 roku*

Lp.	Rodzaj świadczenia	Kontrakt 2010 [zł]	Wykonanie 2010 [zł]	Kontrakt 2011 [zł]	Zmiana do kontraktu [zł]	Zmiana do kontraktu [%]	Zmiana do wykonania [zł]	Zmiana do wykonania [%]
1	Leczenie szpitalne	37 908 006	41 479 713	34 857 085	- 3 050 921	- 8,0	- 6 622 628	- 16,0
2	Rehabilitacja lecznicza	1 704 763	2 115 769	1 866 462	161 699	9,5	- 249 307	- 11,8
3	Opieka Długoterminowa (ZOL)	811 846	811 737	805 409	- 6 437	- 0,8	- 6 328	- 0,8
4	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (Poradnie specjalistyczne)	598 778	635 328	674 136	75 358	12,6	38 808	6,1
5	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (Pracownia endoskopii)	45 981	52 829	53 724	7 743	16,8	895	1,7
6	Leczenie Stomatologiczne	191 165	191 165	180 000	- 11 165	- 5,8	-11 165	- 5,8
7	Terapeutyczne Programy Zdrowotne	373 452	464 632	422 161	48 709	13,0	- 42 471	- 9,1
	<b>Razem</b>	<b>41 633 990</b>	<b>45 751 172</b>	<b>38 858 977</b>	<b>- 2 775 013</b>	<b>- 6,7</b>	<b>-6 892 196</b>	<b>- 15,1</b>

Jak wcześniej pokazano w Szpitalu w Skarżysku -Kamiennej przychody z kontraktu podpisanego z NFZ stanowią największy udział w budżecie i ich poziom w bezpośredni sposób wpływa na sytuację finansową. Widać, że w ostatnich latach zachodzi spadek wartości umowy (szczególnie uwzględniając porozumienie za 2009 rok na kwotę 2.143.000 zł podpisane z NFZ w 2010 roku), przy czym wartość wykonania pozostaje praktycznie na stałym poziomie. Nadwykonanie planu za lata 2009-2010 w wysokości 5,7 mln zł stanowi wykonane świadczenia na rzecz, których poniesione zostały koszty bez ich refundacji. Zasady rozliczeń z NFZ spowodowały, że pomimo nadwykonań Szpital nie zafakturował pełnej wysokości umowy – 2010 – 119 tys. zł, 2011 – 270 tys. zł. Gdyby płatnik pozwolił zafakturować te kwoty placówka dysponowałaby dodatkową gotówką w wysokości 400 tys.

zł, którą mógłby przeznaczyć na najbardziej pilne potrzeby. Sytuacja ta wpływa niekorzystnie na finanse i jeszcze bardziej pogarsza płynność finansową.

Na 2011 rok szpital podpisał umowy z NFZ na kwotę łączną prawie 38,9 mln zł, co dało spadek w stosunku do umowy 2010 o 2,8 mln zł (o 6,7%) oraz o 6,9 mln zł (o 15,8%) w stosunku do wykonania rzeczywistego. Utrata tej kwoty odbije się negatywnie na kondycji szpitala oraz wpłynie na pogorszenie się płynności finansowej. Spadki wartości kontraktu zanotowano na działalnościach z wyjątkiem rehabilitacji leczniczej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów terapeutycznych. Ogólny spadek kontraktu zastanawia i martwi z uwagi na fakt, że w zdecydowanej większości kwoty te pokrywały koszty stałe funkcjonowania szpitala. Głównym powodem zmniejszenia jest ograniczenie działalności (nie zakontraktowano oddziału kardiologicznego 2,1 mln zł w 2010 roku) ale wynika ono również ze zmniejszenia liczby zakontraktowanych świadczeń. Nie należy również wykazywać optymizmu z powodu przyrostu w zakresie programów terapeutycznych oraz z nadwykonań w tym zakresie, z uwagi na fakt, że tak naprawdę jest to umowa związana praktycznie z refundacją kosztów leków zużytych podczas terapii. Z operacji tej dla szpitala pozostaje niewielka część związana z podaniem leku, a większość tych środków trafia do firm farmaceutycznych (szpital na tym nie zarabia, a jedynie ponosi koszty z tytułu konieczności obsługi programu – zamówienia, zakupy, magazynowanie, transport, itp.).

Uwzględniając fakt, że obecnie oddział kardiologiczny został przekształcony w oddział wewnętrzny o profilu kardiologicznym, a Dyrekcja NFZ deklaruje zakontraktowanie i opłacenie tych świadczeń od 1 stycznia bieżącego roku, i przyjmując optymistyczną wersję uzyskania kontraktu w analogicznej do roku poprzedniego wysokości, kontrakt na 2011 rok będzie niższy od roku 2010 o 0,7 mln zł.

Jak wcześniej wspomniano bardzo niepokojący jest fakt wyższej dynamiki kosztów niż przychodów, co oznacza, że zwiększona realizacja świadczeń zdrowotnych wygenerowała koszty, których nie pokryła refundacja ze strony płatnika. Powodem jest utrzymująca się niska, nie zmieniająca się na przestrzeni lat w najważniejszych pozycjach, wycena świadczeń zdrowotnych. Przy kroczącej inflacji oraz ciągłym wzroście cen mediów, leków oraz materiałów medycznych stawka nie daje możliwości pełnego pokrycia kosztów realizacji procedur, cyklicznie zmniejsza opłacalność ich realizacji, zmuszając Szpital do poszukiwania innych źródeł dodatkowych przychodów oraz oszczędności pozwalających na zbilansowanie działalności.

## **INFORMACJA O REALIZOWANYCH ŚWIADCZENIACH ZDROWOTNYCH**

W szpitalu realizowany jest szeroki wachlarz usług medycznych, z czego część stanowią usługi bardzo specjalistyczne niosące ze sobą wyższy niż powiatowy poziom referencyjny (oddział neurologii i udarowy, ortopedia, laryngologia, ginekologia i położnictwo). Stawia to placówkę jako ponadregionalną, która powinna wpisywać się na stałe w strategię zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na terenie województwa. Świadczenia zarówno w lecznictwie otwartym jak również zamkniętym wykonywane są całodobowo na sprzęcie wysokiej klasy (zgodnie z deklaracjami pracowników) przy udziale

wykwalfikowanej kadry medycznej. Poniżej zamieszczone zostały krótkie opisy oraz podstawowe informacje najważniejszych, z punktu widzenia szpitala i pacjentów, świadczeń:

#### Oddział Wewnętrzny

W oddziale hospitalizowani są pacjenci z niewydolnością serca, zapaleniem płuc, POChP, cukrzycą, schorzeniami przewodu pokarmowego oraz innymi schorzeniami narządów wewnętrznych. Oddział posiada jedną salę z 3 łózkami intensywnej opieki medycznej.

#### Oddział Wewnętrzny II

W oddziale hospitalizowani są pacjenci z niewydolnością serca, zapaleniem płuc, POChP, cukrzycą, schorzeniami przewodu pokarmowego oraz innymi schorzeniami narządów wewnętrznych.

#### Oddział Wewnętrzny o profilu kardiologicznym

W oddziale wykonuje się badania echokardiograficzne, holterowskie, próby wysiłkowe, zapewniamy pełne przygotowanie chorych do zabiegów kardiologicznych i kardiochirurgicznych wykonywanych w ośrodkach wysokospecjalistycznych. Oddział posiada jedną salę z 4 łózkami intensywnego nadzoru kardiologicznego.

#### Oddział Dziecięcy

W oddziale leczone są wszystkie choroby wieku dziecięcego z wyjątkiem chorób chirurgicznych i zakaźnych.

#### Oddział Chirurgiczny

Oddział prowadzi działalność diagnostyczną, leczniczą i opiekuńczą w pełnym zakresie dla pacjentów obarczonych schorzeniami chirurgicznymi. Przy oddziale działa wyposażona w nowoczesną aparaturę Pracownia Endoskopii. Zatrudniony jest wykwalifikowany personel - lekarze chirurdzy, urolog, chirurg onkologiczny.

#### Oddział Ortopedyczny

Do najczęściej wykonywanych w oddziale procedur należą: złamania/zwichnięcia, rekonstrukcje ręki, leczenie zakażonych ran i złamań, endezoprotezoplastyka.

#### Oddział Laryngologiczny

W oddziale leczonych jest ok. 650 osób rocznie, wykonuje się ponad 200 zabiegów operacyjnych. Bardzo często trafiają tu osoby wymagające natychmiastowej interwencji laryngologicznej np. z dusznościami krtaniowymi, krwotokami z nosa, po urazach twarzoczaszki, z ciałami obcymi nosa, uszu, gardła, krtani, ropowicami szyi i gardła.

#### Oddział Zakaźny

Oddział zakaźny skarżyskiego szpitala to jeden z trzech oddziałów na terenie województwa, przy którym znajduje się całodobowy Punkt Konsultacyjny Szczepień p/Wścieklicznie. W awaryjnych sytuacjach epidemiologicznych oddział pełni funkcję oddziału wojewódzkiego, ponadto jego rejon obejmuje teren sąsiedniego szpitala w Końskich.

#### Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

W ciągu roku jest to ok. 170 pacjentów, głównie po reanimacjach, urazach wielonarządowych.



### Oddział Położniczo-Ginekologiczny

Oddział realizuje procedury z zakresu patologii ciąży, przedwczesnych porodów, wykonujemy szeroki zakres operacji ginekologicznych, w tym leczenie operacyjne nowotworów narządu rodowego i wysiłkowego nietrzymania moczu.

### Oddział Neonatologiczny

Oddział wspólnie z oddziałem położniczo-ginekologicznym realizuje program WHO/UNICEF „Szpital Przyjazny Dziecku”. W ciągu roku odbiera się ok. 1.000 porodów.

### Oddział Neurologiczny i Udarowy

Oddział należy do grona 42 oddziałów w Polsce, które są objęte Narodowym Programem Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu. Rocznie hospitalizuje 2100 osób

### Oddział Rehabilitacji Neurologicznej oraz Oddział Rehabilitacyjny

Oddziały udzielają świadczeń w warunkach stacjonarnych.

### Oddział Rehabilitacyjny Dzienny

Oddział udziela świadczeń w trybie niestacjonarnym.

### Zakład Opiekuńczo-Lecznicy

Zakład powstał w 2000 roku. Zapewnia całodobową opiekę osobom obłożnie i przewlekle chorym, nie wymagającym hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają kontroli lekarskiej, rehabilitacji oraz całodobowej opieki pielęgniarskiej. Sposób i tryb kierowania osób do zakładu oraz zasady ustalania odpłatności określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.12.1998 roku (Dz. U. nr 166, poz. 1265).

Dodatkowo szpital w zakresie działalności ambulatoryjnej prowadzi poradnie, które podobnie jak niektóre oddziały postrzegane są jako świadczenia ponadstandardowe, tj. o wyższym poziomie niż powiatowy – m.in. poradnie: Chorób zakaźnych, Chirurgii onkologicznej, Laryngologiczna, Urologiczna, Pulmonologiczno-alergologiczna dziecięca, Gastrologiczna, Chirurgii stomatologicznej, Endokrynologiczno-ginekologiczna, Leczenia padaczki, Chorób naczyniowych mózgu.

Unikalne oddziały, poradnie oraz działalność w zakresie opieki długoterminowej stawiają szpital w korzystnym świetle w stosunku do konkurencji i stwarzają szanse rozwoju oraz pozyskania dodatkowych środków finansowych.

## LOKALIZACJA KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ

### **1. Rozmieszczenie oddziałów:**

#### Oddziały zlokalizowane przy ul. Ekonomii 4 (II budynek szpitala)

- Oddział Wewnętrzny .
- Oddział Wewnętrzny II.
- Oddział Rehabilitacji.
- Dzienny Oddział Rehabilitacji.
- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy.
- Izba Przyjęć II.
  
- Fizykoterapia, fizjoterapia.

#### Oddziały zlokalizowane przy ul. Szpitalna 1 (wolnostojący budynek)

- Oddział zakaźny.
- Oddział laryngologiczny

#### Oddziały zlokalizowane przy ul. Szpitalna 1 (główny budynek szpitala)

- Pozostałe oddziały

### **2. Rozmieszczenie poradni:**

#### Poradnie zlokalizowane przy ul. Ekonomii 4 (II budynek szpitala)

- Poradnia pulmonologiczno - alergologiczna dla dzieci

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę zatrudnioną w poradni*

- Poradnia gastrologiczna

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę i lekarza pracujących w poradni, poza godzinami pracy poradni osoby te pracują na oddziale Wewnętrznym II*

- Poradnia rehabilitacyjna

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę i lekarza pracujących w poradni, poza godzinami pracy poradni osoby te pracują na oddziale Rehabilitacji.*

#### Poradnie zlokalizowane przy ul. Szpitalna 1 (główny budynek szpitala)

- Poradnia neonatologiczna (na parterze przed SOR-em)

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę pracującą w poradni, poza godzinami pracy poradni osoba ta pracuje na oddziale Neonatologii*

- Poradnia laryngologiczna (przy oddziale Laryngologii)

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę pracującą w poradni*

- Poradnia chorób zakaźnych (przy oddziale Zakaźnym)

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę pracującą w poradni, poza godzinami pracy poradni osoba ta pracuje na oddziale Zakaźnym*

- Poradnia kardiologiczna (niski parter)

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę pracującą w poradni. W godzinach od 7:00 do 10:00 pomaga pielęgniarką na oddziale Wewnętrznym o profilu kardiologicznym (była Kardiologia)*

- Poradnia chirurgii onkologicznej (za tomografem, wejście dalej od wejścia głównego do szpitala)

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę pracującą w poradni*

- Poradnia ginekologiczno – położnicza
- Poradnia endokrynologiczno- ginekologiczna



wspólny gabinet  
niski parter

*Rejestracja do obu poradni – telefoniczna, osobista prowadzona przez tą samą pielęgniarkę pracującą w poradniach, poza godzinami pracy poradni osoba ta pracuje na oddziale Ginekologiczno-Położniczym*

- Poradnia leczenia padaczki
- Poradnia chorób naczyniowych mózgu

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez lekarza pracującego w poradni, poza godzinami pracy poradni lekarz ten pracuje na oddziale Neurologii*

- Poradnia urologiczna



wspólny gabinet  
I piętro przed apteką

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę pracującą w poradni*

- Poradnia chirurgii stomatologicznej (I piętro gabinet za kaplicą)

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę pracującą w poradni*

- Pracownia endoskopii (niski parter)

*Rejestracja – telefoniczna, osobista prowadzona przez pielęgniarkę pracującą w pracowni*

## **ANALIZA RYNKU USŁUG MEDYCZNYCH REGIONU**

Analizę rynku usług medycznych należy zacząć od płatnika, gdyż dla świadczeń w sektorze publicznym, szczególnie szpitalnym, liczy się poziom nakładów na 1 mieszkańca województwa oraz siła nabywcza oddziału wojewódzkiego NFZ. W systemie liczy się bowiem nie to co mogą zaoferować placówki służby zdrowia ale to co może zakupić oddział wojewódzki NFZ.

Niestety województwo świętokrzyskie nie należy do najbogatszych i ze względu na niekorzystny algorytm podziału środków od lat zajmuje jedno z ostatnich miejsc jeżeli weźmie się pod uwagę finansowanie na jednego mieszkańca. Zmieniony ostatnio na korzyść m.in. województwa świętokrzyskiego algorytm zadziała w pełni w 2012 roku i wtedy należy spodziewać się nagłego wzrostu poziomu finansowania. Częściowo zmianę odczuć będzie można prawdopodobnie już w 2011 roku. Szacowany wzrost na 2010 rok dla województwa określony został na poziomie 162 mln zł i gdyby nie ograniczenie dotyczące nie zmniejszania planu innym oddziałom już w tym roku byłoby dużo lepiej. I właśnie ta zmiana na najbliższe lata napawa optymizmem i pozwala planować działania, które będą zmierzały do zwiększenia strony przychodowej.

Jednak dopóki, to się nie stanie mamy sytuację, w której przy średnich nakładach na 1 mieszkańca w kraju w 2010 roku wynoszących 1.449 zł, w województwie mazowieckim wskaźnik ten wynosi 1.655 zł (14% ponad średnią), śląskim 1.498 zł (3,4% ponad średnią), a w regionie podkarpackim 1.266 zł (87% średniej krajowej), warmińsko-mazurskim 1.312 zł (91% średniej krajowej), lubuskim 1.373 zł (95% średniej krajowej), lubelskim 1.375 zł (95% średniej krajowej) i świętokrzyskim 1.380 zł (95% średniej krajowej).

Element ten w znaczny sposób ogranicza szpital w rozwoju oraz bezpośrednio wpływa na jego kondycję finansową.

Kolejnymi istotnymi elementami rynku/otoczenia szpitala są pacjenci oraz inne placówki medyczne świadczące usługi zdrowotne. Dla Szpitala w Skarżysku-Kamiennej istotne jest to w którym miejscu się znajduje, jaka zajmuje pozycję oraz to dokąd zmierza. Szpital obsługuje populację około 100 tys. osób. Sam powiat skarżyski zamieszkuje blisko 80 tys. mieszkańców, przy czym jest to populacja nie odbiegająca od standardu jeżeli chodzi zarówno o strukturę wiekową jak również epidemiologię. Wydaje się, że szpital ma wyrobioną markę i ustabilizowaną pozycję, którą należy poprawiać. Z tego względu należy przeanalizować otoczenie pod względem potencjalnej konkurencji.

W zakresie lecznictwa szpitalnego w województwie świętokrzyskim świadczeń udziela 35 placówek, z czego 21 to placówki publiczne. Pozostałe to niepubliczne zakłady opieki, które najczęściej udzielają w wąskim zakresie wyselekcjonowane świadczenia zdrowotne np. typu hemodializy. Najwięcej podmiotów zlokalizowanych jest w Kielcach, gdzie skumulowane zostały wysokospecjalistyczne świadczenia wszelkich specjalności, w tym m.in. onkologia. Wieloprofilowe lecznictwo stacjonarne zlokalizowane jest w następujących miejscowościach: Kielce, Jędrzejów, Starachowice, Sandomierz, Staszów, Opatów, Kazimierza Wielka, Morawica, Chmielnik, Busko –Zdrój, Chęciny, Końskie, Pińczów, Ostrowiec Świętokrzyski, Włoszczowa oraz Skarżysko-Kamienna. Nie należy jednocześnie zapominać o bliskości ośrodka pozostającego poza obrębem województwa, a mianowicie o Radomiu, który dysponuje odpowiednim zapleczem medycznym. Wszystkie te placówki udzielają świadczeń różnego typu, jednak większość z nich posiada w swojej strukturze pięć podstawowych profili leczniczych.

Pozostałe typy działalności realizowane przez szpital w związku z ich lokalnym charakterem przeanalizowane zostały na poziomie miejscowości (podane liczby podmiotów zawierają również Szpital w Skarżysku-Kamiennej).

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń udziela 7 świadczeniodawców (Szpital w Skarżysku-Kamiennej nie prowadzi POZ-u), rehabilitacji leczniczej 3 świadczeniodawców, stomatologii 14 świadczeniodawców, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych 1 świadczeniodawca.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej porad udziela 15 placówek, z czego zdecydowana większość to podmioty niepubliczne udzielające świadczeń w wąskim zakresie (np. w ramach jednej poradni). Na terenie Skarżyska nie występują świadczenia odrębnie kontraktowane (typu np.: dializy, tlenoterapia, żywienie pozajelitowe).

Potencjalnie planowane zmiany zakresu świadczonych usług należy skorelować z mapą realizowanych świadczeń zdrowotnych na terenie powiatu oraz województwa tak aby możliwe było wprowadzenie świadczeń niekonkurencyjnych wobec innych placówek, świadczeń na które jest zgłaszany popyt pacjentów. Szpital powinien wykorzystywać swoją przewagę uzyskaną dzięki posiadaniu unikatowych oddziałów oraz poradni (wymienionych w części dotyczącej informacji o realizowanych świadczeniach). Analiza ta pozwoli na optymalną alokację zasobów oraz wykorzystanie posiadanej infrastruktury.

## **ANALIZA SWOT SZPITALA**

### Silne strony szpitala (S)

1. Kadra
2. Posiadane doświadczenie oraz wiedza lecznicza.
3. Zmodernizowana infrastruktura ( blok operacyjny)
4. Kompleksowość świadczonych usług
5. Liczność i różnorodność specjalistycznych komórek działalności podstawowej
6. Posiadanie w strukturze specjalności o charakterze (referencyjności) wojewódzkiej
7. Posiadanie w strukturze specjalności uprawnionych do prowadzenia specjalizacji
8. Rozbudowana baza diagnostyczna
9. Rozbudowany potencjał
10. Posiadanie certyfikatów
11. Laboratorium diagnostyczne czynne całą dobę 7 dni w tygodniu z jedyną w powiecie pracownią bakteriologiczną

### Słabe strony szpitala (W)

1. Wysokie zadłużenie oraz jego struktura (90% stanowią zobowiązania cywilnoprawne)
2. Brak środków inwestycyjnych na odnowienie infrastruktury oraz sprzętu
3. Przestarzała infrastruktura, budynki
4. Stary i zużyty sprzęt i aparatura medyczna,
5. Duże utrudnienia a praktycznie niemożność świadczenia usług komercyjnych
6. Utrudnienia wynikające z funkcjonowania w formie spzoz (regulacje prawne)
7. Niska efektywność wykorzystania posiadanych zasobów
8. Niedostosowana struktura oraz zasoby do możliwości finansowych placówki i płatnika.
9. Brak jednego, spójnego systemu informatycznego, który mógłby pomóc w zarządzaniu,
10. Częste zmiany dyrektora

### Szanse dla szpitala (O)

1. Monopolistyczny charakter placówki w regionie
2. Otrzymanie dotacji oraz pożyczki na termomodernizację
3. Zmiana algorytmu podziału środków na leczenie pomiędzy poszczególne województwa

4. Położenie na skrzyżowaniu dwóch ruchliwych dróg o znaczeniu ponadregionalnym
5. Położenie w pobliżu województwa mazowieckiego – możliwość pozyskania pacjentów oraz kadry
6. Planowane zmiany przepisów prawnych w zakresie unormowania szpiz oraz kwestii pobierania opłat od ubezpieczonych
7. Determinacja Organu Założycielskiego w dążeniu do zmian zmierzających w kierunku poprawy efektywności
8. Nowy Dyrektor, który chce usprawnić funkcjonowanie.
9. Rezerwy wytwórcze w posiadanym potencjale

#### Zagrożenia dla szpitala (T)

1. Monopolistyczna pozycja NFZ
2. Konkurencja ze strony placówek położonych w sąsiedztwie
3. Konkurencja ze strony placówek niepublicznych
4. Położenie na skrzyżowaniu dwóch ruchliwych dróg o znaczeniu ponadregionalnym
5. Położenie w pobliżu województwa mazowieckiego – odpływ pacjentów oraz kadry
6. Niestabilna sytuacja w systemie ochrony zdrowia

## **PODSTAWOWE PROBLEMY ORAZ PROPOZYCJE DZIAŁAŃ**

Na podstawie przeprowadzonych analiz należy stwierdzić, że podstawowymi problemami determinującym całokształt funkcjonowania zakładu są:

- zła sytuacja finansowa, narastające zadłużenie oraz brak środków na działalność bieżącą, a tym bardziej na odnowienie potencjału (inwestycje).
- zbyt niski kontrakt z NFZ. Największy udział w strukturze przychodów mają wpływy z realizacji kontraktu dla NFZ, jednak w związku z możliwościami płatnika, są to środki bardzo ograniczone – stąd też zbyt niskie kwoty w stosunku do zgłaszanych potrzeb i możliwości (wyrażonych m.in. poprzez nadwykonania), które nie dają gwarancji zbilansowania się oraz spokojnego funkcjonowania i patrzenia z nadzieją w przyszłość ku rozwojowi. Brak możliwości odzyskania środków z tytułu nadwykonań, dla realizacji których szpital musiał ponieść koszty, nie poprawia tej sytuacji.
- tendencja wzrostowa kosztów i to w stopniu wyższym niż mogłoby to wynikać ze zmian w zakresie przychodów.
- zbyt wysokie koszty funkcjonowania w stosunku do uzyskiwanych przychodów, w ramach których największą pozycję stanowią wynagrodzenia z pochodnymi (67%).
- niedostosowana struktura organizacyjna, infrastruktura oraz struktura świadczeń zdrowotnych do możliwości finansowych placówki i płatnika, poziomu wpływów, które utrudniają, a nawet uniemożliwiają efektywne funkcjonowanie. M.in. chodzi tu o historycznie ugruntowane: zakres działania, strukturę oraz rozlokowanie poszczególnych komórek działalności leczniczej.
- niosące za sobą wysokie wydatki: przestarzała infrastruktura, zły stan techniczny budynków oraz stary i zużyty sprzęt i aparatura medyczna,

- niska efektywność wykorzystania posiadanych zasobów
- brak jednego, spójnego zintegrowanego systemu informatycznego, który dostarczałby informacje zarządcze.

Od Szpitala oczekuje się zapewnienie mieszkańcom powiatu skarżyskiego lepszego dostępu do opieki zdrowotnej, szczególnie specjalistycznej. Dla realizacji tych celów konieczne jest zbudowanie organizacji, która swoją kulturą organizacyjną oraz efektywnością finansową sprostą wszystkim wyzwaniom związanym z leczeniem pacjentów, przy jednoczesnym jak największym odciążeniu władz lokalnych od konieczności bieżącego zarządzania placówką oraz wspierania jej finansowo. Ponadto placówka powinna mieć charakter samofinansującej się, nie powinna generować długów, a stare długi powinna obsługiwać i regulować wraz z upływem czasu. Dodatkowo konieczne jest wypracowywanie nadwyżki finansowej, która będzie stanowić środki inwestycyjne na odnowienie i rozbudowę potencjału. Podstawowym kierunkiem powinien być rozwój.

W tym celu zasadnym jest zbudowanie w szpitalu odpowiedniej struktury organizacyjnej oraz silnego i kompetentnego przywództwa, które dzięki właściwym decyzjom i działaniom zapewni osiągnięcie celu. Niemożliwe to będzie bez ścisłej współpracy oraz wsparcia i zaufania ze strony organu założycielskiego. Powstała struktura powinna jasno określać kompetencje i obowiązki, nie może być zbyt rozrośnięta, a jej istotne elementy oparte byłyby na koncepcji zadaniowej.

Szpital posiada dobre zaplecze, szczególnie zabiegowe, i w związku z tym konieczne jest podjęcie działań w kierunku optymalnego wykorzystania zasobów kadrowych, sprzętowych oraz lokalowych.

### ***PROPOZYCJE DZIAŁAŃ:***

1. Niezbędnym elementem na drodze usprawniania funkcjonowania szpitala jest przyjęcie programu restrukturyzacji i reorganizacji, który zawierałby określenie strategii, podstawowych celów organizacji, kierunków zmian oraz dróg dochodzenia do nich, a także niezbędnych w tym celu narzędzi, zasobów oraz środków.
2. Opracowanie nowej struktury organizacyjnej. Powstała struktura powinna jasno określać kompetencje i obowiązki, nie może być zbyt rozrośnięta, a jej istotne elementy oparte byłyby na koncepcji zadaniowej. Niedopuszczalne jest dublowanie lub tworzenie nadmiarowych stanowisk.
3. Umacnianie pozycji i autorytetu Dyrektora Zakładu, którego decyzje i działania zapewnią osiągnięcie celu przy ścisłej współpracy oraz wsparcia i zaufania ze strony organu założycielskiego.
4. Podstawowym zadaniem stojącym przed kierownictwem szpitala jest podjęcie wszelkich działań zmierzających do zrównoważenia budżetu, tak aby nie narastało zadłużenie.
5. Bieżące i cykliczne przeprowadzanie szczegółowych analiz działania całego szpitala na poziomie globalnym, poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych, a także realizowanych zadań i procedur. Podstawowym elementem będzie porównawcza analiza

finansowo-ekonomiczna, która wskaże na poziom budżetu, uzyskiwane wyniki finansowe, strukturę budżetu z jego newralgicznymi i wrażliwymi elementami, rodzaje i strukturę przychodów oraz kosztów, strukturę majątku, a także poziom zobowiązań i należności. Analizie szczegółowej należy również poddawać:

- umowy na świadczenia zdrowotne oraz ich realizację
- wykorzystanie infrastruktury i zasobów szpitala (m.in. budynki, sprzęt i aparatura medyczna, kadra)
- obłożenie łóżek, czas pobytu na oddziale, czas oczekiwania na zabieg
- strukturę realizowanych świadczeń
- warunki rynkowe pod kątem potencjalnych zasobów (np. kadra medyczna), klientów, konkurencji, a także możliwości rozwoju świadczenia nowych usług
- poziom zużycia sprzętu jednorazowego użytku oraz leków
- poziom i strukturę realizowanych badań diagnostycznych
- poziom i strukturę zapasów w magazynie oraz na oddziałach
- receptariusz szpitalny pod kątem zapewnienia taniego i efektywnego leczenia
- liczbę oraz strukturę leczonych pacjentów, z uwzględnieniem pacjentów spoza województwa świętokrzyskiego jako element mogący być podstawą do zwiększenia umowy z NFZ

Prowadzenie tych wszystkich analiz oraz powiązanie ich ze sobą pozwoli na podzielenie całokształtu działalności szpitala na działalności opłacalne i nieopłacalne, wskaże elementy newralgiczne stanowiące duże zagrożenie dla szpitala oraz te które są motorem napędowym. Pozwoli to na podejmowanie decyzji dotyczących posiadanego majątku oraz jego przyszłego przeznaczenia. Uzyskiwane wyniki pokażą miejsca, w których należy bezwzględnie wprowadzić zmiany i priorytet ich wprowadzania. Wyniki analiz wsparte sytuacją rynkową pozwolą na określenie kierunków rozwoju, rodzaju oraz struktury planowanych do realizacji świadczeń zdrowotnych.

6. Rozwijanie i wspieranie działalności opłacalnych, a ograniczanie do niezbędnego minimum działalności nieopłacalnych. Na bieżąco przeprowadzać zmiany w funkcjonowaniu i maksymalnie dopasowywać się do warunków otoczenia wewnętrznego oraz zewnętrznego. W skrajnych przypadkach, gdy działalność danego typu jest całkowicie nieopłacalna, likwidować je. Uzyskana infrastruktura oraz zasoby (w niezmienionym kształcie lub okrojonym) mogą posłużyć jako baza do utworzenia nowych form działalności, które będą bardziej opłacalne.
7. Prowadzona przez szpital polityka powinna się opierać na zasadzie zwiększania przychodów przy jednoczesnej optymalizacji i obniżaniu poziomu kosztów. W tym zakresie pomocne jest wprowadzanie norm, standardów, procedur oraz limitów, a także prowadzenie na bieżąco analizy porównawczej na poziomie ogólnym i szczegółowym (rozpoznanie, procedur, personel).
8. Optymalizowanie poziomu przychodów. Należy za wszelką cenę starać się o zwiększenie kontraktu z NFZ oraz przychodów z innych źródeł. Właściwym działaniem byłoby przeprowadzenie konsultacji z Oddziałem Wojewódzkim NFZ, który na podstawie



opracowanej mapy świadczeń mógłby wskazać świadczenia deficytowe na danym terenie oraz ogłosić konkurs ofert dający szansę rozwoju placówki oraz zwiększenie jej budżetu. Działanie to jest jak najbardziej właściwe ze względu na fakt, że lata 20011-2012 mogą być początkiem zwiększenia poziomu finansowania w województwie. Najbliższe lata to szansa dla szpitala i w związku z tym rozwój placówki należy przede wszystkim kierować na dość opłacalne świadczenia tzw. „nielimitowane”, np. porody, noworodki, jako źródło pewnej 100% refundacji poniesionych kosztów. W sytuacji szpitala najłatwiej rozwinąć i usprawnić działalność w zakresie położnictwa nielimitowanego.

9. Szansą dla szpitala jest również położenie blisko granicy z województwem mazowieckim oraz funkcjonowanie rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji pacjentów pomiędzy województwami. Dlatego też należy podjąć starania skierowania jak największej liczby pacjentów z województwa sąsiedniego, co pozwoli na ubieganie się o zwiększenie z tego tytułu wartości kontraktu z płatnikiem.
10. Należy się zastanowić nad przywróceniem w strukturę placówki opłacalnej podstawowej opieki zdrowotnej, która pozwoli na stworzenie kompleksowej opieki nad pacjentem oraz zapobieganie występowaniu zjawisku przerzucania kosztów przez inne placówki na szpital.
11. Właściwym rozwiązaniem jest również wprowadzenie nowych zakresów realizowanych w bardzo wąskim zakresie, w ramach opłacalnych procedur medycznych. np. m.in. operacje na kręgosłupie, endoprotezoplastyka, zabiegi laryngologiczne, zabiegi hemodynamiczne, wybrane zabiegi neurochirurgiczne, okulistyka. Dla realizacji takich zadań możliwe jest sprowadzenie z zewnątrz celowanych zespołów, które otrzymywałyby zapłatę za wykonane zadania. Źródłem pozyskania tej kadry mogą być silne ośrodki akademicko-universyteckie położone w niedalekiej odległości od lokalizacji szpitala.
12. Ubieganie się w NFZ o zwiększenie ryczałtu na SOR. Szansą a zarazem zagrożeniem jest położenie szpitala na skrzyżowaniu dwóch ruchliwych dróg. Z jednej strony jest to okazja na zwiększenie przychodów, ale z drugiej strony może to być powód pojawienia się dużej liczby drogich wypadkowych pacjentów, dla obsługi których konieczne jest utrzymywanie w gotowości infrastruktury oraz zasobów kadrowych (niesie to za sobą wysokie koszty).
13. Działalności szpitala nie należy ograniczać jedynie do realizacji świadczeń dla NFZ. Konieczne jest ciągle dążenie do zwiększenia udziału w budżecie przychodów z innych źródeł, tj. sprzedaży usług osobom prywatnym, innym placówkom służby zdrowia, innym instytucjom i organom administracji rządowej (np. prewencja rentowa ZUS, świadczenia wysokospecjalistyczne MZ).
14. Złożenie pozwów oraz dochodzenie w sądzie od NFZ kwot wynikających z tytułu świadczeń zrealizowanych ponad wyznaczone limity. Za same lata 2009-2010 jest to, kwota 5,7 mln zł, kwota która w przypadku wygranej poprawi wynik finansowy oraz płynność finansową. Możliwe będzie uregulowanie zdecydowanej większości z zobowiązań wymagalnych. Co prawda jest to pieniądz na papierze, który może zostać odzyskany po długim okresie i z którym będą wiązały się koszty postępowania

sądowego. Warto jednak podjąć takie działanie z uwagi na fakt, że aż 70% wszystkich świadczeń realizowane jest w trybie nagłym, co stanowi dobry argument w negocjacjach z NFZ i daje duże szanse na odzyskanie środków z tytułu nadwykonań. Dodatkowo z uwagi na trudną sytuacją finansową Szpital najprawdopodobniej zostanie zwolniony od wpisu. Tak więc koszty z tym związane ograniczą się prawdopodobnie tylko do wynagrodzenia za obsługę prawną.

15. Dopasowanie kosztów, w tym przede wszystkim wynagrodzeń, do poziomu adekwatnego do wysokości uzyskiwanych przychodów. Poziom kosztów powinien uwzględniać możliwości placówki oraz płatnika.
16. Ograniczenie kosztów diagnostyki na oddziałach (TK, MR) poprzez realizację tych badań w ramach odrębnie opłacanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych.
17. Ograniczenie zatrudnienia do poziomu niezbędnego do realizacji zadań. Rozwój nie jest również możliwy bez odpowiedniej kadry i dlatego też należy w tym zakresie stosować politykę motywacyjnego zatrudnienia i wynagradzania, które będzie wprost powiązane z wydajnością pracy oraz jej efektywnością finansową. Konieczne jest odejście od płacenia za bycie w pracy i gotowość (szczególnie drogiej gotowości 24-godzinnej) na rzecz płacenia za pracę i jej efekty. W tym celu należy podjąć działania mające na celu doprowadzenie do zawierania z lekarzami kontraktów indywidualnych bądź grupowych (NZOZ), jako form o większej efektywności ekonomicznej. W ten sposób wyeliminowany zostanie problem czasu pracy (nie obowiązują normy, po dyżurze nie ma konieczności opuszczenia pracy), zwolnień chorobowych, urlopów oraz zastępstw.
18. Opracowanie i wdrożenie nowego regulaminu pracy i wynagradzania, który odejście od wprowadzonych wcześniej różnego rodzaju dodatków i ukierunkuje się na motywacyjne formy płacenia za pracę. Zasadne jest oparcie dodatkowych elementów płacowych o efekt ekonomiczny działalności w postaci wypracowanego zysku.
19. Dopasowanie struktury i zakresu świadczeń zdrowotnych do zgłaszanych potrzeb (liczba pacjentów, osobodni, obłożenie łóżek) oraz możliwości płatniczych NFZ. W działaniach restrukturyzacyjnych należy również wziąć pod uwagę wskaźniki optymalnej liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców, tak aby nie rozwijać zbytnio działalności, która nie ma szans powodzenia ze względu na wystarczające nasycenie w regionie. Poniżej zamieszczono docelowe – optymalne wskaźniki liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców (dla ginekologii i położnictwa współczynnik łóżek na 10 tys. kobiet), które zostały przyjęte przez resort zdrowia - w projekcie tworzenia sieci szpitali z elementami analizy sytuacji demograficznej i stanu zdrowia ludności - przy założeniu wykorzystania łóżek w 70% na oddziałach pediatrycznych i zakaźnych oraz na wszystkich pozostałych w 80%.

<b>Oddział</b>	<b>Docelowy wskaźnik liczby łóżek na 10 tys.</b>
Ginekologiczno-położniczy	7,5
Pediatryczny	2,5
Chirurgii ogólnej	5,8
Okulistyczny	0,7
Otolaryngologiczny	1,0
Chorób zakaźnych	1,0
Chirurgii dziecięcej	0,5
Dermatologiczny	0,5
Chirurgii urazow.-ortoped.	2,6
Reumatologiczny	0,6
Chorób wewnętrznych	7,5
Urologiczny	0,9
Kardiochirurgiczny	0,2
Neurochirurgiczny	0,5
Gastrologiczny	0,5
Hematologiczny	0,4
Gruźlicy i chorób płuc	2,5
Nefrologiczny	0,6
Onkologiczny	1,2
Neurologiczny	2,2
Kardiologiczny	2,3
Rehabilitacyjny	3,9
POLSKA	42,2

20. Zwiększenie efektywności funkcjonowania poprzez skracanie czasu pobytu na oddziale, czasu oczekiwania na zabieg operacyjny od momentu przyjęcia do szpitala, zwiększenie wykorzystania łóżek oraz bloku operacyjnego. Podjęcie wszelkich działań zmierzających do optymalnego wykorzystania zaplecza szpitalnego, w tym m.in. nowopowstałych obiektów. Szpital dobudował nową część bloku operacyjnego i oddziału anestezjologii i intensywnej terapii pod kątem nowych standardów ministerialnych jeszcze w 2006 roku. Ostatnio ukończono modernizację bloku operacyjnego wyposażając go w najnowocześniejszy sprzęt medyczny. Są to między innymi dwa stoły chirurgiczne oraz jeden ortopedyczny z osprzętem, łóżka do intensywnej terapii, respirator stacjonarny oraz transportowy, nowoczesne kardiomonitory z centralą, defibrylatory ze stabilizatorami, oraz zestaw do laparoskopii, który pozwala na mniej inwazyjne prowadzenie zabiegów chirurgicznych. Cały budynek został wyposażony w klimatyzację. Przeniesiony został tu również oddział pooperacyjny.
21. W miarę możliwości starać się podpisywać porozumienia z wierzycielami, tak aby wydłużać w czasie termin spłaty oraz ograniczać do minimum karne odsetki naliczane za nieterminowe płatności.
22. Konieczne jest również stałe analizowanie poziomu stanów magazynowych - ich minimalizacja ze względu na zamrożenie środków w nadmiernych zapasach – oraz zużycia sprzętu jednorazowego użytku, leków, czyli pozycji, które w bezpośredni i znaczący sposób wpływają na koszty leczenia pacjentów.

23. Wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego, który usprawni pracę personelu oraz zapewni informację analityczną i zarządczą kadrze kierowniczej. Uzyskanie takiego narzędzia jest niezbędnym warunkiem dla przeprowadzania sprawnej i szybkiej analizy sytuacji oraz realizacji wszystkich celów zmierzających do polepszenia efektywności funkcjonowania.
24. Poszukiwanie wszelkich możliwości i źródeł pozyskania środków inwestycyjnych (np. środki UE, środki z programów celowanych). Rozwój placówki determinują inwestycje, bez których nie ma możliwości ekspansji, a dla utrzymania wypracowanej pozycji rynkowej konieczne jest ciągle odnawianie aparatury medycznej oraz infrastruktury szpitalnej.
25. Dokonać analizy kosztów w zakresie sprzątnięcia Szpitala, pod kątem ewentualnego zredukowania zatrudnienia pracowników obsługi i zlecenia usług sprzątnięcia na zewnątrz. W tym celu należy pozyskać wstępne oferty od firm specjalistycznych oraz porównać je z kosztami ponoszonymi przez Szpital. W przypadku tańszej oferty zewnętrznej oddać usługę w outsourcing.
26. Dokonać analizy kosztów w zakresie RTG oraz Sterylizatorni, pod kątem koniecznych do poniesienia inwestycji (dla prawidłowego funkcjonowania, obecny sprzęt jest bardzo zużyty) oraz kosztów funkcjonowania i liczby realizowanych zadań, w celu określenia docelowej formy działania na przyszłość. W tym celu należy pozyskać wstępne oferty od firm specjalistycznych oraz porównać je z kosztami ponoszonymi przez Szpital. W przypadku tańszej oferty zewnętrznej oddać usługę w outsourcing. W przypadku RTG należy również wziąć pod uwagę możliwe rozwiązania w zakresie usług telemedycznych. W przypadku braku środków inwestycyjnych i przy małej liczbie zabiegów opłaca się oddać usługę na zewnątrz, z tym, że należy mieć na względzie zwiększenie zakresu działalności (zwiększenie liczby usług) w kolejnych okresach. W przypadku Sterylizacji, z uwagi na ponoszone koszty na rzecz Szpitala w Starachowicach oraz porównując to z koniecznymi do poniesienia kosztami na funkcjonowanie (koszty wynagrodzeń, materiały, energia) i wydatkami inwestycyjnymi rozwiązanie outsourcingowe wydaje się właściwe – oczywiście przy założeniu obecnego obciążenia sterylizacją.
27. Zrewidować umowę na dzierżawę kotłowni oraz dostarczanie ciepła i pary, a także dokonać analizy zmiany zaopatrzenia w energię cieplną i ciepłą wodę przy rozwiązaniu polegającym na podłączeniu Szpitala do miejskiej sieci ciepłowniczej. W tym celu należy pozyskać wstępne oferty od firm specjalistycznych oraz porównać je z kosztami ponoszonymi przez Szpital.

### ***PROPOZYCJE DZIAŁAŃ SZCZEGÓLNYCH:***

1. Przyjęcie zasady, że kontrakt z NFZ ma być w pełni realizowany przez wszystkie komórki organizacyjne z dopuszczalnym kontrolowanym przekroczeniem rzędu ok. 5%. Pozwoli to na posiadanie nadwykonań, które będą stanowiły podstawę do rozmów z NFZ o dodatkowych środkach, a ich ograniczenie do tego poziomu nie spowoduje nadmiernego wzrostu nie refundowanego kosztów z tytułu realizacji ponadlimitowych

świadczeń. Oczywiście to zalecenie nie może dotyczyć programów terapeutycznych – lekowych, które ze względu na swoją specyfikę powinny być realizowane ściśle do wysokości umów – nie robiąc nadwykonań. Są to bowiem koszty i bezpośredni wydatek pieniędzy z tytułu zakupu leków, na refundacje których Szpital nie doczeka się wcale bądź będzie to z dużym opóźnieniem.

2. Odpowiednie zarządzanie kontraktem z NFZ, tak aby wykorzystać go w 100%, tj. wprowadzanie do niego takich zmian, aby zafakturować w 100% globalnie określoną kwotę w umowach. Za 2010 rok – 119 tys. zł, za pierwsze 2 miesiące 2011 roku – 270 tys. zł. Daje to łącznie 400 tys. zł, tj. kwotę która poprawi wynik finansowy, poprawi płynność i da możliwość zapłacenia najpilniejszych zobowiązań. W tym zakresie należy podjąć rozmowy ze Świętokrzyskim OW NFZ.
3. Opracować zmianę struktury organizacyjnej, która pozwoli na zmniejszenie liczby stanowisk kierowniczych, a tym samym kosztów wynagrodzeń.
4. Zaproponowanie i negocjowanie z pracownikami obniżki kosztów wynagrodzeń rzędu 10-15%, poprzez zmniejszenie poziomu zatrudnienia lub zmniejszenia poziomu wynagrodzeń. Szacowane roczne oszczędności z tego tytułu wyniosą 3,0 – 4,5 mln zł.
5. Zlikwidować stanowiska kierowników bloku operacyjnego oraz poradni specjalistycznych i przekazać nadzór nad nimi Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa. Roczne oszczędności z tego tytułu wyniosą 0,3 mln zł.
6. W zakresie kosztów dyżurów należy:
  - wprowadzić zakaz dyżurowania kierownikom komórek organizacyjnych z uwagi na wysoki koszt dyżuru wynikający z wyższej stawki godzinowej.
  - wprowadzić dyżury łączone pomiędzy poszczególnymi oddziałami (jeden dyżurny na dwa oddziały)
  - wprowadzić dyżury pod telefonem w miejsce dyżurów regularnych, z uwagi, że są one tańsze oraz nie ma konieczności schodzenia po nich następnego dnia (po dyżurze pod telefonem pracownik jest następnego dnia normalnie w pracy).
  - wprowadzić zasadę, że na SOR jest tylko jeden dyżurny, a pozostała obsada dyżurowa zapewniona jest poprzez schodzenie lekarzy z oddziałów.
  - wprowadzić dla rezydentów krótkie dyżury, które trwałyby do godz. 21.00 (nie ma potrzeby płacić za długie dyżury) w dni powszednie i bezwzględnie w takiej ilości jak wynika z programu specjalizacji. Dyżury rezydentów są finansowane przez szpital i w związku z tym, że są one dyżurami dodatkowymi (oprócz dyżurnego szpitalnego) stanowią zbędny i dodatkowy koszt.
  - wprowadzenie zasady, że jeżeli kierownik uzna rezydenta za pełnoprawnego pracownika gotowego do samodzielnej pracy, rezydent taki może dyżurować na pełnych dyżurach wchodząc tym samym w grafik szpitalny (w takim przypadku nie dublują się niepotrzebnie koszty).
7. Zawiesić działalność lub zlikwidować oddział zakaźny w związku ze specyfiką tej komórki, odrębnymi uregulowaniami i wymaganiami oraz z faktem cyklicznego przynoszenia coraz większych strat. Likwidacja nie stanowi zagrożenia zdrowotnego dla pacjentów, gdyż w pobliżu znajduje się kilka placówek, które realizują świadczenia

zdrowotne tego typu. Szacowane roczne oszczędności kosztów z tym związane – ok. 1,9 mln zł.

8. Oddział laryngologiczny przenieść do głównego budynku w miejsce starego bloku operacyjnego. Przeniesienie w pobliżu bloku operacyjnego pozwoli na zwiększenie ilości zabiegów operacyjnych oraz uzyskiwanie lepszej efektywności funkcjonowania.
9. Połączyć oddziały wewnętrzne w jeden dział chorób wewnętrznych z pododdziałami: o profilu kardiologicznym zlokalizowanym w budynku przy ul. Szpitalnej 1 i o profilu diabetologicznym zlokalizowanym w budynku przy ul. Ekonomii 4. Operacja ta powinna zakładać, że po połączeniu pozostaje jeden kierownik i jego zastępca oraz jedna pielęgniarka oddziałowa i jej zastępczyni. Szacowane roczne oszczędności kosztów, to – ok. 2,5 mln zł.
10. Zwolnione przez oddział wewnętrzny powierzchnie w budynku przy ul. Ekonomii przeznaczyć na powiększenie oddziału rehabilitacji oraz ZOL, co pozwoli tym komórkom na zwiększenie przychodów przy niższym wzroście kosztów.
11. Zlikwidowanie izby przyjęć przy ul. Ekonomii 4. Jej zadania realizowane będą przez personel oddziału wewnętrznego o profilu diabetologicznym. Szacowane roczne oszczędności – 0,2 mln zł.
12. W konsekwencji proponowanych powyżej zmian należy zmienić strukturę szpitala zgodnie z przedstawionym poniżej zestawieniem:

<i>Oddział</i>	<i>Liczba łóżek obecna</i>	<i>Liczba łóżek po przeliczeniu wskaźnikiem wykorzystania</i>	<i>Łóżka po zmianie struktury</i>	<i>Lokalizacja docelowa</i>
<i>Chirurgiczny</i>	45	38	45	Budynek główny
<i>Dziecięcy</i>	35	15	30	Budynek główny
<i>Laryngologiczny</i>	10	7	20	Budynek główny
<i>Neurologiczny</i>	17	11	17	Budynek główny
<i>Udarowy</i>	16	14	16	Budynek główny
<i>Noworodki</i>	30	9	20	Budynek główny
<i>Anestezjologii i IT</i>	5	4	5	Budynek główny
<i>Ortopedyczny</i>	30	23	30	Budynek główny
<i>Położniczo-Ginekologiczny</i>	59	23	45	Budynek główny
<i>Zakaźny</i>	16	11	0	BRAK
<i>Kardiologiczny</i>	25	20	25	BRAK
<i>Wewnętrzny</i>	43	27	50	Budynek ul. Ekonomii
<i>Wewnętrzny II</i>	40	26		
<i>Rehabilitacyjny</i>	16	16	25	Budynek ul. Ekonomii
<i>Rehabilitacji neurologicznej</i>	10	11	10	Budynek ul. Ekonomii
<i>ZOL</i>	29	33	35	Budynek ul. Ekonomii
<b><i>Razem</i></b>	<b>426</b>	<b>288</b>	<b>373</b>	

13. Skonsolidować izby przyjęć porozrzucane po różnych miejscach szpitala.
14. Zlokalizować w jednym miejscu wspólną rejestrację do poradni specjalistycznych oraz tam gdzie jest to możliwe zorganizować wspólną kadrę pielęgniarską dla różnych

poradni. Opracowanie takiego harmonogramu pracy, aby możliwe było optymalne wykorzystanie pomieszczeń i kadry. Szacowane roczne oszczędności – 0,1 mln zł.

15. Zmiana struktury zatrudnienia stosownie do zmiany struktury i zakresu oraz na podstawie wyników z przeprowadzenia analizy z pierwszego okresu funkcjonowania opracowanej dla lekarzy na podstawie danych o liczbie zabiegów, liczbie hospitalizacji do i powyżej 7 dni, liczby dyżurnych, prowadzenia pracowni diagnostycznych, itp. W zakresie kadry pielęgniarskiej konieczne jest opracowanie minimalnych norm zatrudnienia na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej.

**SZACOWANE SKUTKI FINANSOWE PROPONOWANYCH ZMIAN W SKALI ROKU**

*(w przypadkach możliwych do oszacowania na etapie opracowywania programu)*

Lp.	Opis działania	Opis zmiany przychodów	Zmiana przychodów [mln zł]	Opis zmiany kosztów	Zmiana kosztów [mln zł]	Skutek finansowy w skali roku [mln zł]
1.	Utworzenie podstawowej opieki zdrowotnej - przyjęte założenia dla liczby podopiecznych ok.. 3,5 tys. zł	Powstaną przychody z tytułu stawki kapitałowej oraz liczby osób zapisanych	0,7	Powstaną koszty we wszystkich ich rodzajach związane z prowadzoną działalnością.	0,6	0,1
2.	Wprowadzenie nowych odpłatnych procedur medycznych. np. m.in. operacje na kręgosłupie, endoprotezoplastyka, zabiegi laryngologiczne, wybrane zabiegi neurochirurgiczne. Przyjęto założenia, że zyskowność dla Szpitala to 25% i w skali roku (w początkowym okresie) świadczenia zrealizowane zostaną na wartość 1 ml zł.	Powstaną przychody z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych	1,0	Powstaną koszty we wszystkich ich rodzajach związane z prowadzoną działalnością.	0,8	0,3
3.	Opracować zmianę struktury organizacyjnej, która pozwoli na zmniejszenie liczby stanowisk kierowniczych, a tym samym kosztów wynagrodzeń. Szacunek zmniejszenia kosztów kadry kierowniczej o 2%.	Nie dotyczy	0,0	Spadek kosztów wynagrodzeń	-0,2	0,2
4.	Zaproponowanie i negocjowanie z pracownikami obniżki kosztów wynagrodzeń rzędu 10-15% (średnio), poprzez zmniejszenie zatrudnienia lub zmniejszenie poziomu wynagrodzeń. Szacowane roczne oszczędności z tego tytułu wyniosą 3,0 – 4,5 mln zł.	Nie dotyczy	0,0	Spadek kosztów wynagrodzeń	-3,0	3,0
5.	Zlikwidować stanowiska kierowników bloku operacyjnego oraz poradni specjalistycznych i przekazać nadzór nad nimi Z-cy. Dyrektora ds. Lecznictwa.	Nie dotyczy	0,0	Spadek kosztów wynagrodzeń	-0,3	0,3
6.	Wprowadzenie zakazu dyżurowania kierownikom komórek organizacyjnych z uwagi na wysoki koszt dyżuru wynikający z wyższej stawki godzinowej.	Nie dotyczy	0,0	Spadek kosztów dyżurów z tytułu niższych stawek dyżurowych dla zwykłych pracowników (nie kierowników)	-0,3	0,3



7.	Wprowadzenie dyżurów łączonych pomiędzy poszczególnymi oddziałami (jeden dyżurny na dwa oddziały)	Nie dotyczy	0,0	Spadek kosztów dyżurów z tytułu zmniejszenia liczby o 2	-0,6	0,6
8.	Wprowadzenie dyżurów pod telefonem w miejsce dyżurów regularnych	Nie dotyczy	0,0	Spadek kosztów dyżurów z tytułu wprowadzenia 1 dyżuru pod telefonem	-0,2	0,2
9.	Wprowadzenie pojedynczego dyżuru na SOR-e.	Nie dotyczy	0,0	Spadek kosztów dyżurów z tytułu zmniejszenia liczby o 1	-0,3	0,3
10.	Wprowadzenie dla rezydentów krótkich dyżurów (do godz. 21.00).	Nie dotyczy	0,0	Spadek kosztów dyżurów dodatkowych ponad ustalony szpitalny harmonogram	-0,1	0,1
11.	Zawieszenie lub zlikwidowanie oddziału zakaźnego	Spadek przychodów z tytułu braku kontraktu z NFZ	-1,3	Spadek kosztów w związku z nie prowadzeniem działalności	-1,9	0,7
12.	Powiększenie i przeniesienie Oddziału laryngologicznego do głównego budynku.	Szacowany wzrost przychodu związany ze zwiększoną realizacją świadczeń	1,0	Szacowany wzrost kosztów związany ze zwiększeniem powierzchni, nieznacznie kadry oraz rozszerzeniem działalności	0,5	0,5
14.	Połączenie oddziałów wewnętrznych	Szacowane przychody pozostaną na dotychczasowym poziomie w związku z niewykorzystanymi wcześniej łózkami	0,0	Szacowane koszty spadną w związku ze zmniejszeniem infrastruktury oraz zatrudnienia (w tym o stanowiska kierownicze oraz o dyżurnych)	-2,5	2,5
15.	Powiększenie oddziału rehabilitacji	Szacowany wzrost przychodów z tytułu rozszerzenia działalności	0,3	Szacowany wzrost kosztów związany ze zwiększeniem kosztów materiałów, usług obcych, amortyzacji oraz kosztów pozostałych, a także wzrostu o 10% kosztów wynagrodzeń i pochodnych.	0,1	0,2
16.	Powiększenie ZOL	Szacowany wzrost przychodów z tytułu rozszerzenia działalności	2,6	Szacowany wzrost kosztów związany ze zwiększeniem kosztów materiałów, usług obcych, amortyzacji oraz kosztów pozostałych, a także 2,5 - krotny wzrost kosztów wynagrodzeń i pochodnych.	2,1	0,5
17.	Zlikwidowanie funkcjonującej przy ul. Ekonomii izby przyjęć	Nie dotyczy	0,0	Spadek zatrudnienia kadry pielęgniarskiej (pomoc pielęgniarska, rejestracja).	-0,2	0,2
18.	Utworzenie wspólnej rejestracji i wspólnej kadry pielęgniarskiej dla różnych poradni.	Nie dotyczy	0,0	Spadek zatrudnienia kadry pielęgniarskiej (pomoc pielęgniarska, rejestracja).	-0,1	0,1
	<b>RAZEM</b>		<b>5,3</b>		<b>-5,2</b>	<b>10,5</b>

## WNIOSKI KOŃCOWE

Niniejszy dokument wskazuje podstawowe założenia w tworzeniu koncepcji funkcjonowania Szpitala w Skarżysku-Kamiennej, najważniejsze czynniki determinujące jego sprawne funkcjonowanie oraz nakreśla drogę i jej kolejne etapy, które należy przejść aby osiągnąć założony cel – sprawne, efektywne i ekonomiczne działanie placówki.

Jak wykazano niezbędnym elementem decydującym o ostatecznej strategii jest zastosowanie wniosków płynących z kompleksowej analizy działalności szpitala we wszystkich aspektach jego funkcjonowania. Wymienione mocne i słabe strony, szanse i zagrożenia podparte analizą rynku dowodzą, że przy jasnej i zaplanowanej koncepcji oraz silnym przywództwie wspieranym przez organ założycielski możliwe jest wprowadzenie takich zmian, które pozwolą na zwiększenie efektywności placówki, a tym samym na poprawę jej kondycji finansowej. Spełnione zostaną w ten sposób dwa cele, które zakładają Władze Powiatu, tj. zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych dla mieszkańców powiatu oraz poprawa kondycji finansowej placówki podległej, a tym samym całego Powiatu – zmniejszenie obciążeń oraz odpowiedzialności władz lokalnych za funkcjonowanie zakładu opieki zdrowotnej.

Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie posiada zadłużenie, z czego większość to zobowiązania cywilno-prawne. Plan B zakłada jedynie pomoc w spłacie zobowiązań publiczno-prawnych, czyli np. składek ZUS. Tymczasem długi szpitala to głównie kredyty. Dlatego też, szpital mógł liczyć jedynie na nieznaczna pomoc. Resztę zadłużenia musiałby udźwignąć powiat. W związku z powyższym organ założycielski nie podjął decyzji o skorzystaniu z planu B.

Projekt ustawy o działalności leczniczej, który został przekazany do podpisu Prezydenta RP, zakłada przy przekształceniu SPZOZ w spółkę prawa handlowego wsparcie w zakresie zobowiązań publiczno-prawnych, kredytów oraz zobowiązań cywilno-prawnych ale w stopniu wynegocjowanych umorzeń odsetek lub też kwot głównych. Ustawa zakłada jednocześnie obligatoryjność przekształcenia zakładu w przypadku, gdy organ założycielski nie pokryje uzyskanego ujemnego wyniku finansowego w ciągu 3 miesięcy od zatwierdzenia sprawozdania finansowego. Na zmianę formy prawnej jest wówczas 12 miesięcy.

W związku z tym, że w świetle nowych przepisów organ założycielski ma przejąć zobowiązania, które nie zostaną umorzone w trybie przekształcenia i biorąc pod uwagę obecną sytuację Szpitala i poziom jego zadłużenia, konieczne jest podejście dwuetapowe do tego problemu. W pierwszym etapie należy wdrożyć działania restrukturyzacyjne tak, aby w maksymalnie dużym stopniu usprawnić efektywność funkcjonowania, poprawić wyniki finansowe i ograniczyć zadłużenie do stopnia akceptowalnego zarówno dla Powiatu jak również dla zakładu. W drugim etapie należy przeprowadzić przekształcenie Szpitala w spółkę, ale w sytuacji w pewnym stopniu unormowanej, ze względu na korzyści jakie wiążą się ze zmianą formuły prawnej, a nie w tragicznej sytuacji, pod przymusem bez alternatyw i pomysłu na przyszłe funkcjonowanie. Jak pokazano w niniejszym materiale możliwe jest wprowadzenie zmian, które zagwarantują poprawę sytuacji oraz w miarę łagodne przejście przez ustawowe procedury przekształceniowe. Tym bardziej, że po tej

operacji oprócz oddłużenia, szpital zyska formułę niepublicznego zoz-u - spółki prawa handlowego, która z założenia jest strukturą bardziej elastyczną, pozwalającą szybciej reagować na zmiany w otoczeniu, szybciej podejmować decyzje, a przede wszystkim obowiązują w niej jasne i przejrzyste zasady funkcjonowania bez obciążeń uregulowanych w przypadku spzoz. Nowa formuła daje dużo więcej możliwości, pozwoli na działania, które wcześniej nie były możliwe np. pobieranie opłat od pacjentów, realizowanie świadczeń komercyjnych, optymalizacja i oszczędności w zakupach poprzez uproszczenie procedur. Na takim rozwiązaniu zyskają wszyscy: powiat nadal zachowa kontrolę poprzez zachowanie udziałów wniesionych do spółki, pozbędzie się zadłużenia i zobowiązań, pacjenci natomiast zachowają możliwość leczenia się w prężnie działającym i dobrze zorganizowanym szpitalu.

W związku z powyższym zachodzi konieczność przyjęcia założeń niniejszego Programu naprawczego oraz wdrażania go w życie od 1 czerwca 2011 roku.