



Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej
Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie

ul. Szpitalna 1, 26-110 Skarżysko-Kamienna

■ TEL 41 39 56 201

■ FAX 41 25-32-944

■ NIP 663-16-09-127

■ KRS 0000014535



ZAŁOŻENIA PROGRAMOWE DZIAŁAŃ
ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU KAMIENNEJ
SZPITAL POWIATOWY
IM. MARII SKŁODOWSKIEJ – CURIE
NA LATA 2013 - 2018

Dokument opracował :

Dyrektor

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej

Szpitala Powiatowego im. Marii Skłodowskiej Curie

Andrzej Jarzębowski

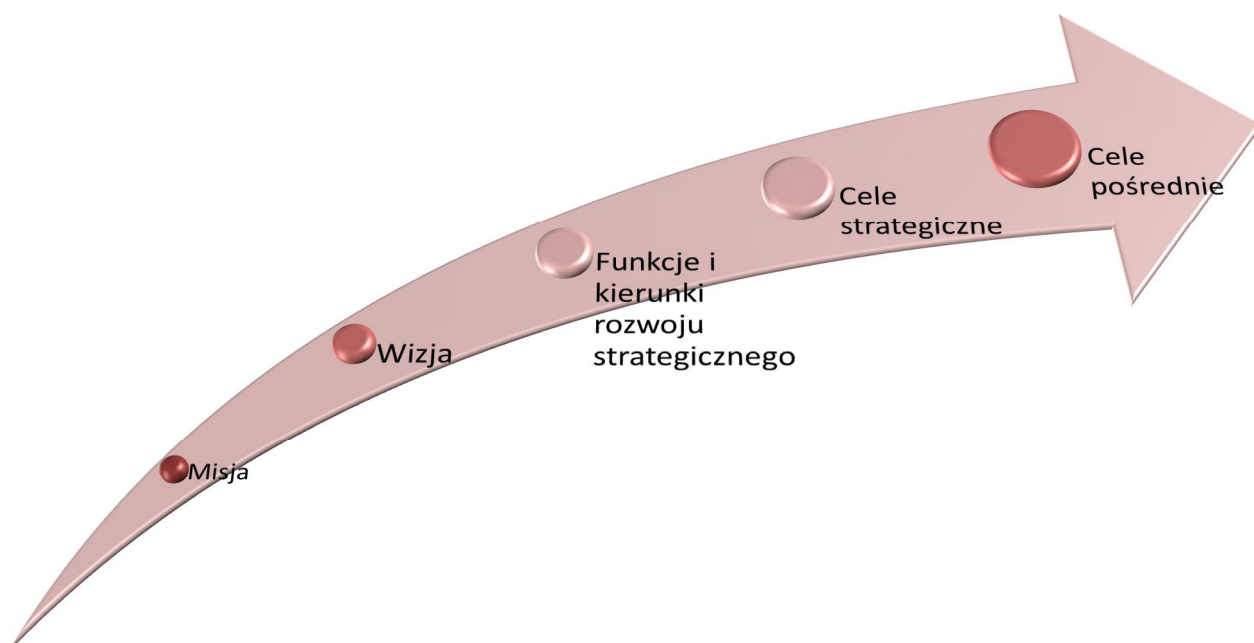
Skarżysko Kamienna - kwiecień 2013

1. WPROWADZENIE

Przedstawiony dokument jest pierwszym tego typu opracowaniem określającym strategię funkcjonowania Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej w perspektywie pięcioletniej. Konieczność opracowania takiego dokumentu wynika głównie ze zmiany sposobu podejścia do zarządzania jednostką, w którym wiodącą rolę pełni podejście strategiczne do procesów warunkujących działalność szpitala. Istotną rolę dla tego dokumentu pełnią opracowania takie jak: Regionalny Program Operacyjny Województwa Świętokrzyskiego, aktualizacja strategii rozwoju powiatu skarżyskiego do 2020 roku wraz z wynikającym z niej wieloletnim planem inwestycyjnym.

Opracowanie jest nakreśleniem propozycji związanych z funkcjonowaniem i wyznaczeniem priorytetowych kierunków i celów działalności szpitala w zakresie organizacyjnym, ekonomiczno-finansowym i programowym Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej w latach 2012 – 2018 w dwóch perspektywach: jako działania niezbędne do zrealizowania bieżących celów związanych z prawidłowym i rytmicznym funkcjonowaniem szpitala oraz jako osiągnięcie wyznaczonych celów strategicznych w perspektywie wieloletniej. Istotne znaczenie ma wejście w życie 1 lipca 2011 roku Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, która wyznacza ważne zmiany m.in. dla szpitali publicznych oraz wizja organu tworzącego, wyznaczająca sposób i perspektywę funkcjonowania szpitala określająca dalszą przyszłość podmiotu. Dokument ten powstał w warunkach, kiedy dodatni wynik finansowy szpitala po dodaniu amortyzacji osiągnięty w roku 2012 pozostawia czas do przeanalizowania elementów niezbędnych do zmian, determinujących zmiany zespołu opieki zdrowotnej zgodnie z zapisami ustawy o działalności leczniczej, kierując się zasadą zwiększenia potencjału i efektywności, a nie obowiązkiem ustawowym w sytuacji przymusu spowodowanego złą kondycją szpitala, przy braku innych alternatywnych rozwiązań. Podmiot tworzący nie będzie dokonywał przekształcenia szpitala w spółkę prawa handlowego, co zostało zakomunikowane na marcowej sesji Rady Powiatu, mimo wcześniej podjętej uchwały intencyjnej w tym zakresie. Z uwagi na powyższe opracowanie nie jest skoncentrowane na aspektach związanych z przekształceniem w spółkę prawa handlowego lub połączenia publicznych podmiotów leczniczych i nie wyklucza także takiej możliwości. Niniejszy dokument stanowi nakreślenie strategii oraz podstawowe założenia zmierzające do poprawy sytuacji finansowej placówki oraz zwiększenia efektywności funkcjonowania. Strategia szpitala to misja, wizja i zestaw celów strategicznych.

Poniższy wykres przedstawia graficznie kolejne elementy budowy strategii.



Elementy budowy strategii – opracowanie własne

1.1. MISJA SZPITALA

Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej – Curie w Skarżysku Kamiennej udziela świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów oraz podejmuje inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania oraz realizuje zadania z zakresu promocji zdrowia.

Misja Szpitala została określona poprzez :

„Świadczenie usług leczniczo-pielęgnacyjnych wszystkim chorym na możliwie najwyższym poziomie. Szpital dąży do tego, aby pacjent był w centrum zainteresowania personelu medycznego”.

1.2. WIZJA SZPITALA POWIATOWEGO W SKARŻYSKU KAMIENNEJ

Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej Szpitala Powiatowego im. Marii Skłodowskiej – Curie świadczy usługi medyczne, na najwyższym poziomie dzięki wysoko wykwalifikowanej kadrze medycznej, dbającej o utrzymywanie wysokich standardów etycznych w relacjach z pacjentami i ich rodzinami oraz współpracownikami i pracodawcą. Będzie w regionie jednostką posiadającą nowoczesny sprzęt i infrastrukturę medyczną, dającą gwarancję bezpieczeństwa pacjentom i zapewniającą najwyższe standardy pracy personelu. Szpital będzie postrzegany jako miejsce, w którym praca jest przywilejem.

Wizja rozwoju Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej – Curie będzie realizowana, w oparciu o niniejszy dokument Założenia Programowe działań na lata 2013 – 2018. który został opracowany przy użyciu stosowanej metodyki Zrównoważonej Karty Rozwoju - BSC.

1.3. FUNKCJE STRATEGII

Strategia ma do spełnienia pięć podstawowych funkcji:

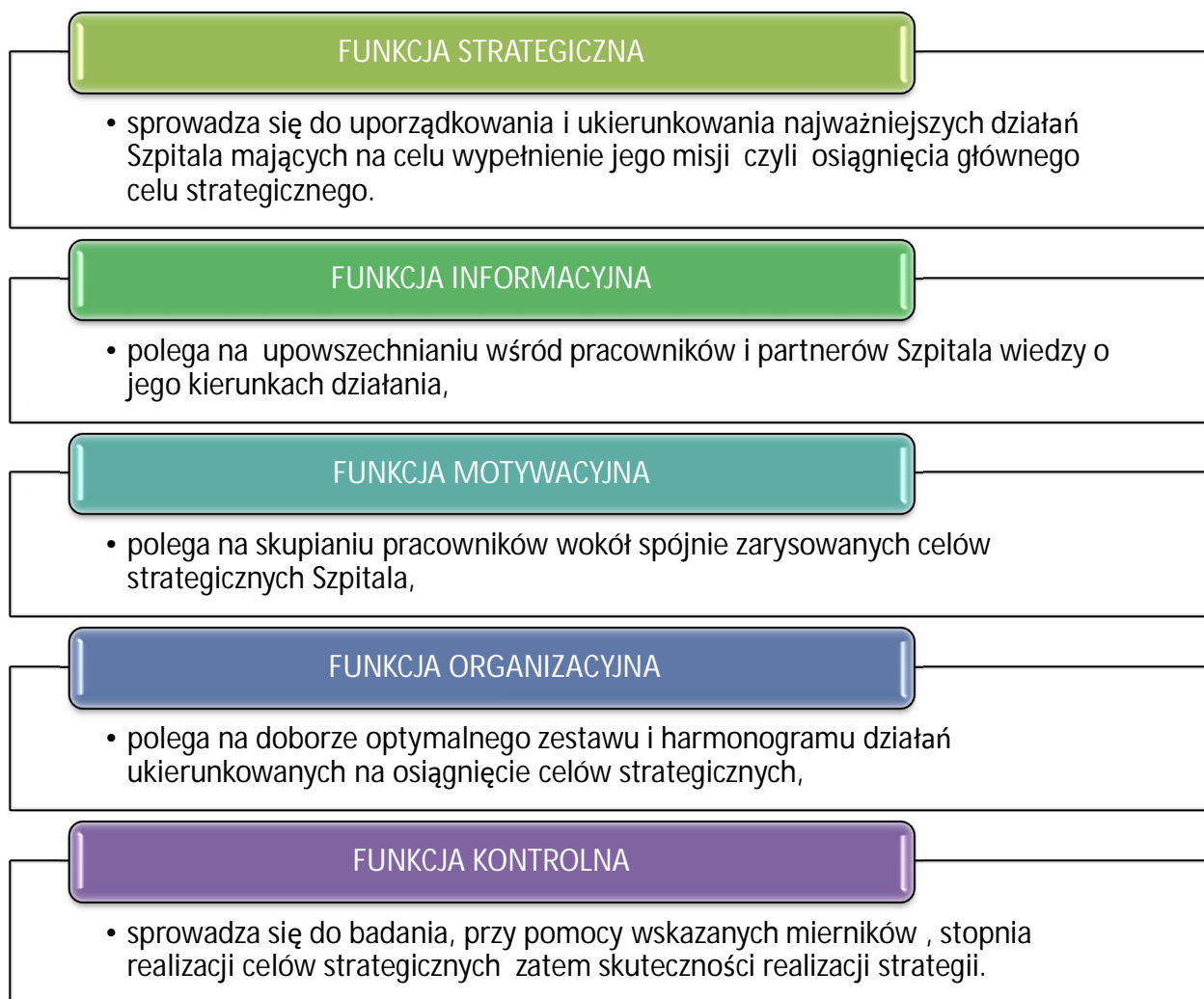


Diagram podstawowych funkcji strategii : opracowanie własne

1.4. CELE I ZADANIA SZPITALA

Podstawowe cele Szpitala zostały określone poprzez:

- o świadczenie usług leczniczych w ramach leczenia zamkniętego,
- o świadczenie usług leczniczych w ramach leczenia ambulatoryjnego,
- o świadczenie usług w zakresie diagnostyki i rehabilitacji,
- o świadczenie usług w zakresie opieki długoterminowej,
- o promocję zdrowia,
- o świadczenie usług w zakresie pomocy doraźnej.

Do zadań Szpitala w szczególności należy:

- o świadczenie usług medycznych osobom, których stan zdrowia wymaga całodobowej opieki medycznej w ramach posiadanych działów szpitalnych,
- o świadczenie usług medycznych w ramach posiadanych poradni specjalistycznych, diagnostyka medyczna i analityczna w ramach posiadanych pracowni,
- o opiniowanie i orzekanie o stanie zdrowia pacjenta,
- o realizacja programów zdrowotnych, szerzenie oświaty zdrowotnej i promowanie zdrowia,
- o wykonywanie innych zadań, wynikających z odrębnych przepisów.

1.4.1. CELE POŚREDNIE

- o zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańcom gmin i powiatów,
- o celem bieżącym, krótkoterminowym jest odzyskanie i utrzymanie płynności finansowej jednostki,

- o zatrzymanie procesu zadłużania i zrównoważenia przychodów z kosztami,
- o działania w celu budowania strategii i naprawy sytuacji ekonomicznej jednostki,
- o określenie potrzeb inwestycyjnych oraz możliwości realizacji źródeł finansowania,
- o poprawa sytuacji w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych ,
- o rozwój działalności medycznej,
- o doskonalenie jakości świadczeń medycznych,
- o sprawna i profesjonalna obsługa pacjentów,
- o stałe rozszerzanie dotychczasowego zakresu usług,
- o stałe podnoszenie kwalifikacji personelu,
- o budowanie siły szpitala na poprawnych relacjach międzyludzkich,
- o wprowadzanie nowych metod leczenia i zakup nowoczesnego sprzętu,
- o prowadzenie inwestycji dotyczące bazy lokalowej,
- o wdrożenia i utrzymanie systemów zarządzania jakością oraz certyfikatów,

Jak wcześniej wspomniano poziom realizacji celów zarówno operacyjnych jak i strategicznych przedstawiono w marcu 2013 roku, w Raporcie z przeprowadzonych działań naprawczych w roku 2012.

2. INFORMACJE PODSTAWOWE

Wdrażanie działań naprawczych zostało rozpoczęte w czerwcu roku 2011 na podstawie programu naprawczego z maja 2011 roku . W pierwszej połowie 2012 roku działania te zostały zahamowane z uwagi na nie przyjęcie przez około połowy zatrudnionych lekarzy warunków zmieniających pracy i płacy, co doprowadziło do poważnego kryzysu zagrażającego kontynuacji

działalności szpitala. Drugi okres od czerwca 2012 roku, na początku którego główna koncentracja działań związana była z zażegnaniem kryzysowej sytuacji zagrażającej ewakuacją pacjentów z części oddziałów szpitalnych, co stwarzało uzasadnione obawy o możliwość kontynuacji działalności całego szpitala. W okresie tym prowadzono szereg działań zmierzających do uporządkowania istniejących relacji i zależności zewnętrznych jak i wewnętrznych. W początkowym okresie najważniejsze działania związane były z zapewnieniem bezpieczeństwa hospitalizowanych pacjentów i utrzymaniem ciągłości funkcjonowania siedmiu zagrożonych zamknięciem oddziałów szpitalnych, zminimalizowaniem zagrożenia i negatywnych konsekwencji w postaci utraty lub zmniejszenia kontraktowania z NFZ. Realizowane do obecnej chwili działania naprawcze w dużym stopniu usprawniły efektywność funkcjonowania szpitala. Jest to odzwierciedlone pierwszym od wielu lat dodatnim wynikiem ze sprzedaży powiększonym o amortyzację.

Do ważniejszych działań należy zaliczyć: utrzymanie ciągłości funkcjonowania siedmiu zagrożonych zamknięciem oddziałów szpitalnych, zminimalizowanie zagrożenia i negatywnych konsekwencji w postaci utraty lub zmniejszenia kontraktowania z NFZ, przejęcie kotłowni i spalarni odpadów medycznych po wieloletniej dzierżawie przez podmiot zewnętrzny, stworzenie koncepcji i zlecenie remontu oddziału chirurgicznego przewidującego zbudowanie węzłów sanitarnych, zmiana systemu dystrybucji i magazynowania środków czystości i sanitarnych, zmiana obiegu dokumentów w procesie zamówień i realizacji zabezpieczenia materiałowego, oraz napraw i remontów sprzętu, a także elementów infrastruktury, przeprowadzenie niezbędnych analiz i zaplanowanie zmian realizacji procesów transportu medycznego oraz sterylizacji, przeprowadzenie czynności kontrolnych dokumentacji medycznej w celu poprawy i racjonalizacji rozliczeń świadczonych usług z NFZ, przeprowadzenie czynności kontrolnych procesów związanych z gospodarką materiałową i magazynową, kontynuacja działań związanych z pozyskiwaniem dodatkowych środków z NFZ na procedury laryngologiczne, ortopedyczne, okulistyczne, dokonanie przeglądu sprzętu oraz określenie potrzeb związanych z zakupem nowego sprzętu z określeniem stopnia pilności zakupu, zmiana systemu zakupów sprzętu jednorazowego oraz leków. Do powyżej wymienionych działań należy zaliczyć uruchomienie mobilnego rezonansu magnetycznego stacjonującego przy wejściu do głównego budynku szpitala. Rozpoczęto również prace związane z informatyzacją szpitala obejmujące zaplanowanie wdrożenia zintegrowanego systemu informatycznego obsługującego wszystkie komórki części medycznej szpitala oraz części administracyjnej, w tym systemu finansowo-księgowego pozwalającego na analizę kosztów

poszczególnych komórek organizacyjnych. Wykonano program dostosowania zakładu do wymagań określonych w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lutego 2011r. Opracowano koncepcję przystosowania infrastruktury szpitala do wymagań określonych w ustawie z listopada 2011 roku o systemie ratownictwa medycznego, zaproponowano lokalizację pod lądowisko dla helikopterów. Wykonano audyt wykazujący opłacalność zamontowania rezerwowego źródła ciepła w budynku głównym szpitala. Działania przeprowadzone w roku 2012 zostały szczegółowo omówione w „Raporcie dla Zarządu Powiatu Skarżyskiego z realizacji działań naprawczych za rok 2012”. Raport ten został przedstawiony na Sesji Rady Powiatu w dniu 27 marca 2013 roku.

2.1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA ZESPOŁU

Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej jest powiatową placówką służby zdrowia o statusie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Zgodnie ze Statutem Zespół świadczy usługi zdrowotne dla ponad 100 tys. ludności, głównie w zakresie leczenia zamkniętego. 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.

Obiekty szpitalne zlokalizowane są w dwóch miejscach miasta tj. w obiektach znajdujących się przy ul. Szpitalnej 1 oraz przy ul. Ekonomii 4 w Skarżysku – Kamiennej, przy czym zasadniczą część stanowią budynki. Główne obiekty szpitalne położone są w północnej części Skarżyska-Kamiennej przy ul. Szpitalnej 1. Dojazd do szpitala zapewniony jest przez komunikację miejską i transport prywatny. Wszystkie okalające nieruchomości ulice posiadają nawierzchnię utwardzoną i wydzielone chodniki. Najbliższe otoczenie to obszar zalesiony i zabudowany niską zabudową mieszkalną. Nieruchomość uzbrojona jest w następujące podstawowe urządzenia komunalne: sieć elektryczną, wodociągową, kanalizacyjną, gazową, ciepłowniczą oraz telekomunikacyjną. Ponadto na terenie rozprowadzono instalacje tlenowe zasilane z centralnej stacji tlenowej.

Pozostałe obiekty szpitalne położone są przy drodze wojewódzkiej nr 42. W pobliżu jej skrzyżowania z drogą krajową nr 7. Przy drodze wylotowej z miasta w kierunku Starachowic, w południowej części miasta, przy ul. Ekonomii 4 zlokalizowane są drugie nieruchomości szpitala. Ulica przy budynku posiada nawierzchnię utwardzoną z wydzielonymi chodnikami. Obiekty składają się z budynku w części trzypiętrowego, w części dwupiętrowego całkowicie podpiwniczonego, składającego się z trzech części związanych ze sobą użytkowo. Budynek jest murowany o tradycyjnej konstrukcji, wzniesiony w kształcie litery „T”. Najbliższe otoczenie to, od północy obszar zabudowany budynkami mieszkalnymi, natomiast od południa teren zalesiony. Nieruchomość uzbrojona jest w następujące podstawowe urządzenia komunalne: sieć elektryczną, wodociągową, kanalizacyjną, gazową, ciepłą oraz telekomunikacyjną. Parter budynku użytkowany jest przez jednostkę niezależną od szpitala - Międzyzakładowy Ośrodek Medycyny Pracy.

Szpital został zbudowany w 1959 roku i przez 53 lata pełni nieprzerwanie swoją funkcję. Od 1 stycznia 1973 roku w wyniku reorganizacji w całym kraju służby zdrowia powołano Zespół Opieki Zdrowotnej. Głównym zadaniem ZOZ-u było sprawowanie i doskonalenie opieki zdrowotnej nad mieszkańcami wyznaczonego rejonu poprzez ulepszanie organizacji placówek służby zdrowia, pozyskiwanie i ciągłe doskonalenie specjalistów lekarzy, kształcenie kadry wykwalifikowanych pielęgniarek w powstałym w 1961 roku Medycznym Studium Zawodowym, a także tworzenie nowych placówek i poradni oraz ulepszanie pracy Szpitala Miejskiego. Do 1998 roku Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej działał na zasadzie jednostki budżetowej podległej Wojewodzie. Natomiast od 27 listopada 1998 jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, którego organem założycielskim i nadzorującym jest Powiat Skarżyski.

Początkowo Zespół skupiał w swoich strukturach wszystkie jednostki służby zdrowia działające na terenie Powiatu. W latach 1997 – 2000 w ramach zmian, została wyłączona podstawowa opieka zdrowotna (przychodnie i ośrodki zdrowia), a w 2002 roku część poradni specjalistycznych oraz Ośrodek Profilaktyki i Leczenia Uzależnień Alkoholowych.

Jednostka zatrudniała w roku 2012 średnio 566, w roku 2011 średnio 620 osoby, a w roku 2010 po przeliczeniu na pełne etaty 652 osób.

2.2. STRUKTURA ORGANIZACYJNA SZPITALA

W grudniu 2012 roku dokonano zmiany Statutu oraz struktury organizacyjnej Szpitala zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej, co zostało formalnie potwierdzone przez Radę Społeczną oraz Radę Powiatu. Dokonano zmian „spłaszczających” strukturę w celu zwiększenia efektywności działania wybranych komórek organizacyjnych, głównie w zakresie obsługi procesów administracyjnych i technicznych.

W skład Zespołu zgodnie z zapisami statutu wchodzi :

I. Szpital

1. Oddziały Szpitalne :

- Oddział Chirurgiczny,
- Oddział Urazowo – Ortopedyczny,
- Oddział Chorób Wewnętrznych,
 - Pododdział o Profilu Kardiologicznym,
 - Pododdział o Profilu Diabetologicznym,
- Oddział Chorób Zakaźnych,
- Oddział Otolaryngologiczny,
- Oddział Pediatryczny,
- Oddział Neonatologiczny,
- Oddział Neurologiczny,
- Oddział Udarowy,
- Oddział Rehabilitacji Neurologicznej,
- Oddział Położniczo – Ginekologiczny,
- Oddział Rehabilitacji Dzienny,
- Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej,
- Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej,
- 15) Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - 15.1. Pododdział Opieki Pooperacyjnej i Leczenia Bólu,
- Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- Izba Przyjęć,
- Blok Operacyjny,

2. Działy diagnostyczne i pomocnicze

1. Apteka Szpitalna,
2. Dział Centralnej Sterylizacji,
3. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej,
4. Zakład Diagnostyki Obrazowej,
5. Pracownia Serologii,

6. Prosektorium.

II Opieka Długoterminowa

- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy,
- Oddział Opieki Paliatywnej.

III Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

1. Pracownie

- 1) Pracownia Endoskopowa,
- 2) Pracownia Cytologiczna,
- 3) Pracownia EKG,
- 4) Pracownia EEG,
- 5) Pracownia Anatomopatologiczna,
- 6) Pracownia Echokardiografii,
- 7) Pracownie Fizjoterapii,

2. Poradnie specjalistyczne:

- 1) Leczenia Bólu,
- 2) Chorób Zakaźnych,
- 3) Chirurgii Onkologicznej,
- 4) Laryngologiczna,
- 5) Ginekologiczno – Położnicza,
- 6) Chirurgiczna,
- 7) Urologiczna,
- 8) Kardiologiczna,
- 9) Pulmonologiczno - Alergologiczna dla Dzieci,
- 10) Gastrologiczna,
- 11) Rehabilitacyjna,
- 12) Chirurgii Stomatologicznej,
- 13) Neonatologiczna,
- 14) Endokrynologiczno – Ginekologiczna,
- 15) Neurologiczna,
- 16) Logopedyczna,
- 17) Poradnia Medycyny Pracy.

3. Gabinety diagnostyczno – zabiegowe:

- 1) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy poradni chirurgii onkologicznej,
- 2) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy poradni laryngologicznej,
- 3) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy poradni ginekologiczno – położniczej,
- 4) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy poradni urologicznej,
- 5) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy pracowni endoskopowej,
- 6) Gabinet diagnostyczno – zabiegowy poradni chirurgicznej.

IV. W celu wykonywania zadań statutowych powołane są komórki:

- 1) Dział Finansowo – Księgowy,
- 2) Dział Techniczny,
- 3) Dział Energetyki i Utylizacji Odpadów Medycznych,
- 4) Dział Zaopatrzenia,
- 5) Dział Kontroli Wewnętrznej i Marketingu,
- 6) Dział Kadr i Płac,
- 7) Dział Higieniczno – Sanitarny,
- 8) Dział Żywienia.

3. CHARAKTERYSTYKA OTOCZENIA SZPITALA

Na działalność jednostek ochrony zdrowia takich jak Szpital Powiatowy istotny wpływ ma jego makro i mikro otoczenie. Do otoczenia makro, na które szpital nie ma wpływu zaliczamy: uwarunkowania prawne, sytuację gospodarczą, warunki materialne ludności, politykę państwa ze szczególnym uwzględnieniem polityki zdrowotnej, relacje międzynarodowe głównie w ramach Unii Europejskiej, warunki demograficzne i społeczne, otoczenie techniczne i technologiczne.

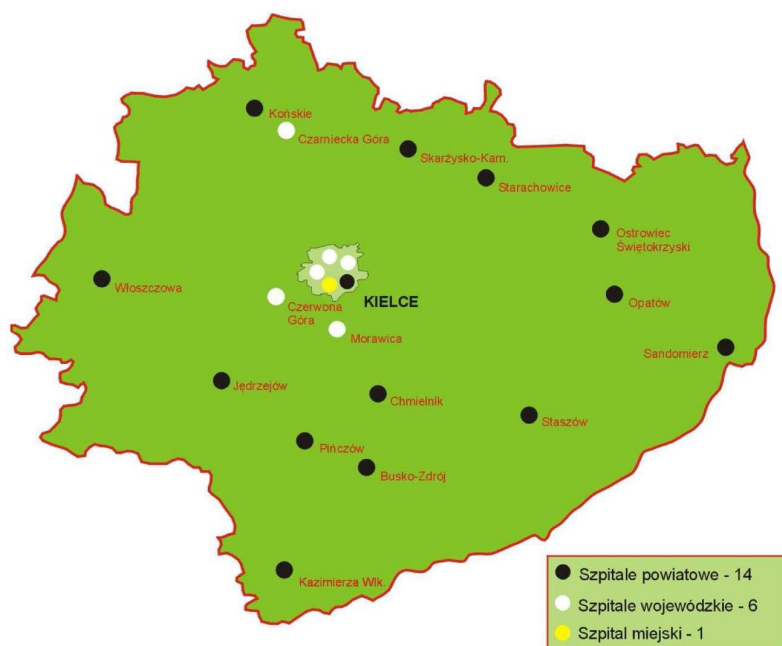
Mikrootoczenie wywiera na działalność szpitala wpływ bezpośredni, na to otoczenie szpital w określonym zakresie może oddziaływać. Do tej grupy czynników zaliczamy konkurencję, rynek nabywców usług i dostawców usług, towarów, materiałów i sprzętu, lokalizację i infrastrukturę techniczną i technologiczną.

3.1. USŁUGI MEDYCZNE W REGIONIE – OTOCZENIE KONKURENCYJNE

W województwie świętokrzyskim świadczeń w zakresie leczenia zamkniętego udziela 35 placówek, z czego 21 to szpitale 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 leczenie 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.

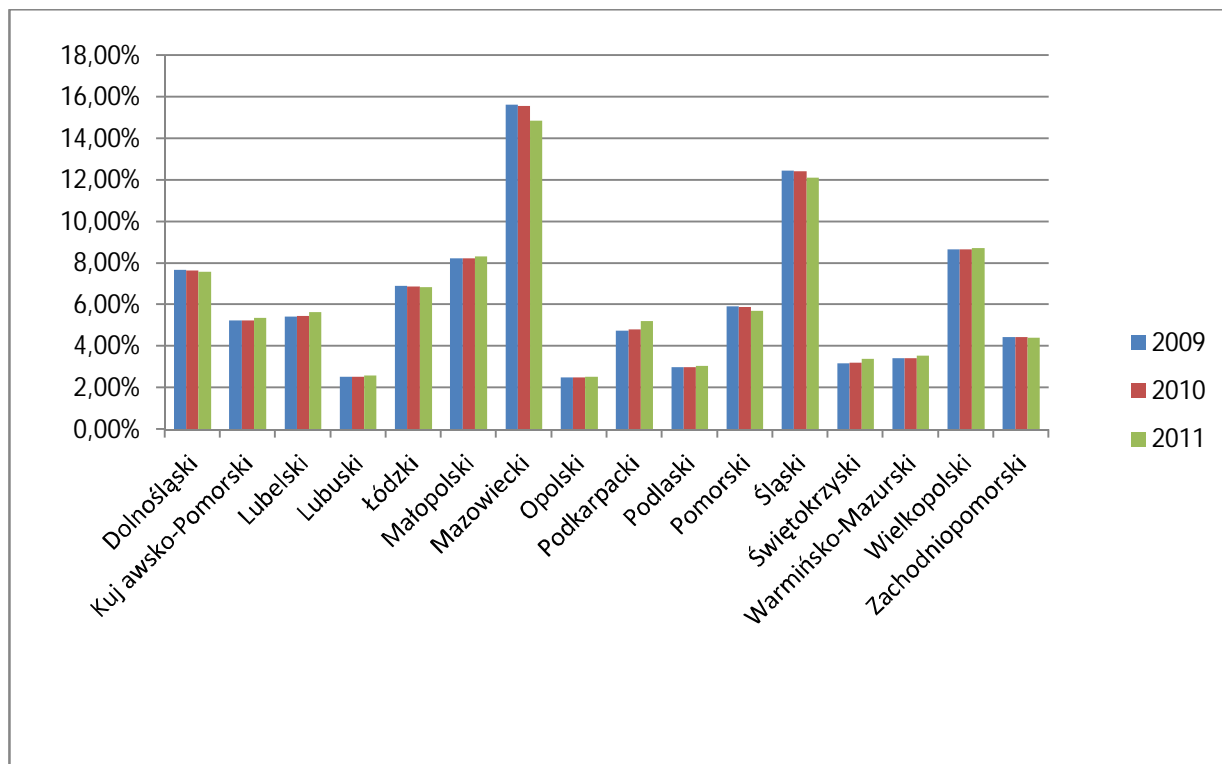
Rozmieszczenie szpitali powiatowych i wojewódzkich w Województwie Świętokrzyskim



Województwo Świętokrzyskie jest jednym z województw, dla których funkcjonujący przed rokiem 2011 algorytm podziału środków między oddziały wojewódzkie był niekorzystny, co szczególnie było odczuwalne w leczeniu szpitalnym. W większości szpitale woj. świętokrzyskiego generowały nadwykonania tylko w części zapłacone przez płatnika. Konsekwencje zaburzonego systemu kontraktowania uwidaczniają się poprzez jedno z ostatnich miejsc przy porównaniu wielkości finansowania przez NFZ na jednego ubezpieczonego. Nakłady na jednego ubezpieczonego w kraju w 2010 roku wyniosły 1.449 zł, w województwie mazowieckim wartość ta wyniosła 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)

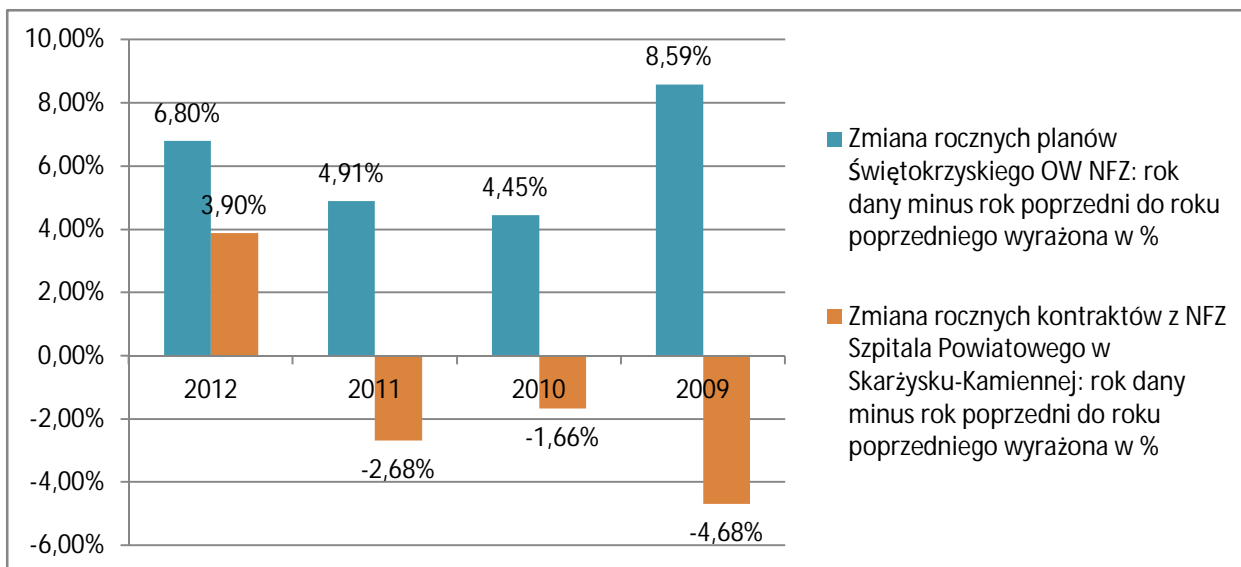
i świętokrzyskim 1.380 zł (95% średniej krajowej). W roku 2011 nastąpił wzrost nakładów na 1 ubezpieczonego w kraju do kwoty 1 551 zł.

Poniższy wykres przedstawia zmiany struktury podziału środków na świadczenia pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ w latach 2009 - 2011



Pomimo wzrostu nakładów na świadczenia zdrowotne Świętokrzyskiego Oddziału NFZ wielkość kontraktowania w zakresie leczenia szpitalnego nie wzrastała. W latach 2009 do 2011 kontrakty szpitala zmniejszały się pomimo generowania znacznych nadwykonań. Dopiero w roku 2012 kontraktowanie szpitala zbliżyło się do poziomu 2009 roku.

Kształtowanie poziomu kontraktów Szpitala Powiatowego w Skarżysku Kamiennej na tle rosnących środków na świadczenia zdrowotne Świętokrzyskiego Oddziału przedstawia poniższy wykres:



Kolejnymi istotnymi elementami otoczenia szpitala jest zapotrzebowanie na poszczególne zakresy usług medycznych wyznaczone przez zachorowalność mieszkańców powiatu oraz najbliższego otoczenia (powiaty ościenne). Badania i analizy zapadalności na rodzaje chorób powinny obejmować populację ponad 100 000 osób w tym ok. 80 000 mieszkańców powiatu skarżyskiego.

Wartość kontraktów z NFZ w zakresie Lecznictwo Szpitalne według podmiotów na 2013 rok przedstawia poniższa tabela.

Lp	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Sumaryczna kwota zobowiązań w zł
1	ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM ONKOLOGII W KIELCACH	KIELCE	157 407 984,00
2	WOJEWÓDZKI SZPITAL ZESPOLONY W KIELCACH	KIELCE	144 112 294,00

3	WOJEWÓDZKI SPECJALISTYCZNY SZPITAL DZIECIĘCY IM. WŁ. BUSZKOWSKIEGO - KIELCE	KIELCE	43 818 602,00
4	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ŚW. ALEKSANDRA W KIELCACH	KIELCE	25 247 394,00
5	ŚWIĘTOKRZYSKIE CENTRUM MATKI I NOWORODKA - SZPITAL SPECJALISTYCZNY W KIELCACH	KIELCE	21 705 736,00
6	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH W KIELCACH	KIELCE	12 298 085,00
7	MEDILENS NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W KIELCACH	KIELCE	1 190 332,00
8	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PROSTA-LITH" W KIELCACH	KIELCE	1 074 715,20
9	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "ORTMEDIC" W KIELCACH	KIELCE	514 228,00
10	SPECJALISTYCZNE CENTRUM MEDYCZNE NEOMED W KIELCACH	KIELCE	469 920,00
11	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SALWIKO-CHIRURGIA W KIELCACH	KIELCE	460 210,40
12	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ ENDOMED-CENTRUM DIAGNOSTYKI I TERAPII CHOROÓB PRZEWODU POKARMOWEGO W KIELCACH	KIELCE	347 360,00
13	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM DERMATOLOGII BELLA-DERM W KIELCACH	KIELCE	320 008,00
14	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ DIAVERUM KIELCE GRUNWALDZKA	KIELCE	84 027,00
15	PRZYCHODNIA SYNAPSA	KIELCE	22 496,00
16	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KOŃSKICH	KOŃSKIE	69 887 910,00
17	POWIATOWY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - STARACHOWICE	STARACHOWICE	54 209 849,40
18	POLSKO-AMERYKAŃSKIE KLINIKI SERCA CENTRUM KARDIOLOGICZNO-ANGIOLOGICZNE IM. DR WADIUSZA KIESZA	STARACHOWICE	13 123 626,60
19	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ CENTRUM MEDYCZNE "VISUS" W STARACHOWICACH	STARACHOWICE	2 799 815,20
20	SZPITAL SPECJALISTYCZNY DUCHA ŚWIĘTEGO W SANDOMIERZU	SANDOMIERZ	51 265 580,00
21	"UZDROWISKO BUSKO-ZDRÓJ" SPÓŁKA AKCYJNA	BUSKO-ZDRÓJ	5 433 268,00

22	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ - BUSKO-ZDRÓJ	BUSKO-ZDRÓJ	35 388 353,00
23	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ WE WŁOSZCZOWIE	WŁOSZCZOWA	25 800 997,40
24	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W OSTROWCU ŚWIĘTOKRZYSKIM	OSTROWIEC ŚWIĘTOKRZYSKI	56 502 646,00
25	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU KAMIENNEJ	SKARŻYSKO- KAMIENNA	38 575 222,00
26	INTERCARD SP. Z O.O. - ODDZIAŁ KARDIOLOGII INWAZYJNEJ, ELEKTROTHERAPII I ANGIOLOGII W PIŃCZOWIE	PIŃCZÓW	5 881 720,00
27	ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W PIŃCZOWIE	PIŃCZÓW	14 145 195,52
28	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W STASZOWIE	STASZÓW	30 527 996,00
29	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL SPECJALISTYCZNY IM. WŁADYSŁAWA BIEGAŃSKIEGO W JĘDRZEJOWIE	JĘDRZEJÓW	25 340 754,00
30	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W OPATOWIE	OPATÓW	8 756 540,28
31	TOP MEDICUS	OPATÓW	2 088 538,00
32	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W KAZIMIERZY WIELKIEJ	KAZIMIERZA WIELKA	4 422 476,00
			853 223 879,00

Tabela : opracowanie własne.

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).

3.2. USŁUGI MEDYCZNE W SKARŻYSKU KAMIENNEJ

	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Ulica	Sumaryczna kwota zobowiązań
1.	MARIOLA CZAJKA PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY	SKALBMIERZ	PUŁASKIEGO 2	184 557,00
2.	GABINET STOMATOLOGICZNY SOKALSKI WALDEMAR	SKALBMIERZ	PPOR. SOKOŁA 19	53 198,36
3.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU KOŚCIELNYM	SKARŻYSKO KOŚCIELNE	ŁĘŻECKA 2A	480 499,00
4.	CENTRUM OPIEKUŃCZO-PIELĘGNACYJNE DLA DOROSŁYCH "ANNA" W SKARŻYSKU-KOŚCIELNYM	SKARŻYSKO KOŚCIELNE	KOŚCIELNA 16A/BRAK	778 044,00
5.	ZOFIA RADUSZEWSKA SPECJALISTYCZNY GABINET ALERGOLOGICZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	UL. SOKOŁA 19/22	95 489,28
6.	ELWIRA GREENDA GABINET STOMATOLOGICZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	TYSIĄCLECIA 35	114 000,00
7.	SUCHECKA - GULA KRYSZYNA SPECJALISTYCZNY GABINET LEKARSKI	SKARŻYSKO-KAMIENNA	ŻURAWIA 38	126 520,80
8.	PRZYTUŁA-STOJECKA LIDIA GABINET OKULISTYCZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	PLAC FLORIAŃSKI 3	85 008,32
10.	GABINET REHABILITACJI - MAŁGORZATA SADOWSKA - SKARŻYSKO-KAMIENNA	SKARŻYSKO-KAMIENNA	APTECZNA 7	210 512,00
12.	GABINET STOMATOLOGICZNY - BARBARA CUKIERSKA	SKARŻYSKO-KAMIENNA	KRASIŃSKIEGO 23/14	103 680,00
13.	LILLA WCIŚLIK-OGONOWSKA PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	KRASIŃSKIEGO 12A	108 000,00
14.	GRZEGORZ OGONOWSKI "GABINET STOMATOLOGICZNY"	SKARŻYSKO-KAMIENNA	KRASIŃSKIEGO 12A	114 000,00
15.	OBWÓD LECZNICTWA KOLEJOWEGO SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	SOKOŁA 50	3 396 412,78
16.	SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PRZYCHODNIE MIEJSKIE" W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	APTECZNA 7	650 860,16
17.	JADWIGA MAŚLIKOWSKA USŁUGI STOMATOLOGICZNE	SKARŻYSKO-KAMIENNA	SOKOŁA 44/39	102 600,00
19.	WSPÓLNICY SPÓŁKI CYWILNEJ: PIOTR STRÓSZCZYK, BOŻENA SKIBIŃSKA, ELŻBIETA KUBACKA GRUPOWA PRAKTYKA STOMATOLOGICZNA	SKARŻYSKO-KAMIENNA	SOKOŁA 50	361 440,00
20.	BOJKO IRENEUSZ GABINET STOMATOLOGICZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	MONIUSZKI 40	128 040,00

	Nazwa świadczeniodawcy	Miasto	Ulica	Sumaryczna kwota zobowiązań
21.	GABINET STOMATOLOGICZNY ADAM KAMIENIARZ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	LEGIONÓW 104	160 532,96
22.	SPECJALISTYCZNA PORADNIA KARDIOLOGICZNA "EM - KARDIO" W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	ŻEROMSKIEGO 46/1-2	204 048,00
23.	URSZULA WRZAŁKO SPECJALISTYCZNY GABINET OKULISTYCZNO-OPTYCZNY, LICENCJONOWANY GABINET HOMEOPATYCZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	1 MAJA 63	185 267,72
24.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "TOP-MED" W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	PIŁSUDSKIEGO 36	56 085,12
25.	"MEDICUS X" GÓRNAŚ-SALATA, WALEROWICZ, KWIATKOWSKA, KOŻŁOWSKA, LUDEW-LEKARSKA SPÓŁKA PARTNERSKA	SKARŻYSKO-KAMIENNA	APTECZNA 8A	180 381,66
26.	GABINET REHABILITACJI MAŁGORZATA SADOWSKA	SKARŻYSKO-KAMIENNA	APTECZNA 7	162 515,00
27.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ - "DERMED" W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	GÓRNICZA 3A	157 198,12
28.	GABINET STOMATOLOGICZNY - MACIEJ JAKÓBOWSKI - SKARŻYSKO-KAMIENNA	SKARŻYSKO-KAMIENNA	SPÓŁDZIELCZA 31/2	112 896,00
29.	ELŻBIETA BASA - JAKÓBOWSKA GABINET STOMATOLOGICZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	SPÓŁDZIELCZA 31/2	96 768,00
30.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PSYCHOMEDICA" PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO I LECZENIA UZALEŻNIEŃ W SKARŻYSKU KAMIENNEJ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	1-GO MAJA 65	184 800,00
31.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ PRZYCHODNIA "NA ZIELNEJ" W SKARŻYSKU KAMIENNEJ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	ZIELNA 12	72 581,12
32.	EDYTA KIERSNOWSKA PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	1-GO MAJA 65	103 680,00
33.	RENATA KACZMARZYK PRYWATNY GABINET STOMATOLOGICZNY	SKARŻYSKO-KAMIENNA	1 MAJA 65	53 508,04
34.	MIĘDZYZAKŁADOWY OŚRODEK MEDYCYNY PRACY - SKARŻYSKO KAMIENNA	SKARŻYSKO-KAMIENNA	EKONOMII 4	333 977,54
35.	NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "SEZAMKOWA" W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ	SKARŻYSKO-KAMIENNA	SEZAMKOWA 14	112 291,52
36.	NIEPUBLICZNY SPECJALISTYCZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ "PULS-MED" WSPÓLNICY SPÓŁKI CYWILNEJ ANNA BOGUSZ, AGNIESZKA MUSIELAK	SKARŻYSKO-KAMIENNA	1 MAJA 65	754 956,52

Tabela : opracowanie własne.

W 2012 roku w najbliższym otoczeniu szpitala kontrakty z NFZ posiadało 36 podmiotów wymienionych w powyższej tabeli. Podmioty te posiadały łączne kontrakty w wysokości 10 mln 24 tys zł bez kwoty wynikającej z prowadzenia Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Największy poziom kontraktu posiada Obwód Lecznictwa Kolejowego, którego organem tworzącym jest Powiat Skarżyski. Obwód Lecznictwa Kolejowego świadczy usługi medyczne w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Bez podstawowej opieki zdrowotnej, podmiot ten posiadał kontrakty w 2012 roku na poziomie 3 396 412 zł. Ustawa o działalności leczniczej Dz.U. z 2013 poz. 217 w art. 66 daje możliwość połączenia się samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które może być dokonane przez przeniesienie całego mienia, co najmniej jednego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (przejmowanego) na inny samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej (przejmujący). W tym przypadku kiedy Szpital oraz dwie inne publiczne jednostki ochrony zdrowia mają ten sam podmiot tworzący, istnieje możliwość połączenia. Połączenia można dokonać w drodze rozporządzenia, zarządzenia lub uchwały. Ze względu na brak intencji w tym zakresie, podobnie jak zmiana wcześniej obranego kierunku przekształcenia szpitala w spółkę kapitałową w opracowaniu tym, nie ujęto działań w tym zakresie. Jednakże przy budowie modelu ekonomicznego na najbliższe lata należy rozważyć możliwość dokonania połączenia jednostek i skonsumowania korzyści płynących z tego tytułu.

4. INFRASTRUKTURA ZESPOŁU

4.1. CHARAKTERYSTYKA NIERUCHOMOŚCI ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ. POŁOŻONEJ PRZY UL. SZPITALNEJ NR 1

Położenie:	Jednostka ewidencyjna – Skarżysko-Kamienna, ul. Szpitalna 1
Nr księgi wieczystej	KW 19420
Nr działki:	4/1
Powierzchnia:	6,3842 ha

Sposób korzystania:	Nieruchomość zabudowana
Właściciel:	Powiat Skarżyski
Użytkownik wieczysty:	Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku - Kamiennej

Na terenie nieruchomości położone są następujące budynki:

Budynek główny szpitala, nr inw. 1/10/106/202

Budynek dwupiętrowy, całkowicie podpiwniczony z układem drugiego poziomu głębokich piwnic. Konstrukcja budynku murowana, wykonana tradycyjną technologią. Dach na części północnej pokryty eternitem falistym o mocnym stopniu zużycia (spękania, perforacje). Pozostała część dachu wymieniona, pokryta blacho –dachówką powlekaną. Stolarka okienna w większości wymieniona. Wyeksploatowane wyposażenie budynku (stolarka drzwiowa, okienna, instalacje elektryczne i wodno-kanalizacyjne, przybory sanitarne). Budynek ocieplony, wykonana termo-modernizacja. W budynku zlokalizowane są oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, apteka, zaplecze diagnostyczne, oraz działy pomocnicze (kuchnia, magazyny, warsztat). Budynek w dobrym stanie technicznym.

Wartość początkowa 2 149 586,18

Szacowany stopień zużycia 40%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 12 600 m²

Budynek Oddziału Zakaźnego, nr inw. 1/10/106/203

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej. Ściany z cegły ceramicznej, obustronnie otynkowane i malowane. Dach o konstrukcji drewnianej, dwuspadowy, pokryty w części blachą, w części eternitem (stan zły – spękania)

Szacowany stopień zużycia 38%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 670,0 m²

Kubatura 3368 m³

Budynek administracyjny, nr inw. 1/10/105/566

Budynek piętrowy, niepodpiwniczony, o konstrukcji szkieletowej, wykonanej z elementów stalowych. Ściany wypełniające warstwowe z elementów prefabrykowanych, obustronnie tynkowane. Zewnętrzne powierzchnie ścian szczytowych pokryte były do grudnia 2012 roku trapezową, ocynkowaną blachą stalową. Stan dostateczny. Duże zużycie warstw izolacyjnych (wełna mineralna) i elementów drewnianych konstrukcji poszycia ścian. Słabe fundamentowanie oraz tymczasowość konstrukcji spowodowało liczne odchylenia od pionu i poziomu poszczególnych elementów. Zużyta instalacja elektryczna, zniszczone elementy wyłożenia ścian wewnątrz budynku. Na przełomie roku 2012 i 2013 wykonano termomodernizację budynku, w ramach której dokonano wymiany okien, obłożono elewację i dach budynku płytą warstwową, wykonano obróbki blacharskie oraz zamontowano zawory termostatyczne. Po dokonaniu powyższych prac budynek jest w stanie dobrym. Inwestycje realizował organ tworzący szpitala.

Szacowany stopień zużycia 65%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 1333,0 m²

Budynek anatomopatologii, nr inw. 1/10/106/201

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej. Ściany z cegły ceramicznej, obustronnie otynkowane i malowane. Dach o konstrukcji drewnianej, dwuspadowy, pokryty eternitem falistym. Pokrycie w złym stanie technicznym (spękania, perforacje). Spękania i odwarstwienia tynków zewnętrznych. W budynku znajdują się pomieszczenia prosektorium.

Szacowany stopień zużycia 45%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 193,3 m².

Kubatura 617 m³

Budynek magazynu ziemiopłodów, nr inw. 1/10/109/214

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej. Ściany z cegły ceramicznej, obustronnie otynkowane i malowane. Dach o konstrukcji

drewnianej, dwuspadowy, pokryty eternitem. Obiekt w dostatecznym stanie technicznym. Odwarstwienie tynków, spękania, zawilgocenia. Obecnie nie użytkowany na bieżąco.

Szacowany stopień zużycia 60%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 210,00 m²

Kubatura 735 m³

Budynek warsztatowy i magazynu, nr inw. 1/10/109/702(Wiata)

Budynek o konstrukcji szkieletowej, parterowy, niepodpiwniczony. Ściany wypełniające, wykonane z cegły i bloczków, otynkowane. Dach o konstrukcji stalowej, dwuspadowy, pokryty eternitem. Stan dostateczny, zaniedbany, bez przeprowadzanych remontów i konserwacji.

Szacowany stopień zużycia 40%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 210.00 m²

Budynek magazynu,/warsztaty/nr inw. 1/10/109/829

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej. Ściany z cegły ceramicznej, obustronnie otynkowane i malowane. Obiekt obecnie rozbudowany i wyremontowany, dzierżawiony na stację dializ. Dobry stan techniczny.

Szacowany stopień zużycia po remoncie 10%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 279,14 m².

Budynek portierni, nr inw. 1/10/109/208

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej. Ściany z cegły ceramicznej, od zewnątrz obłożone kamieniem. Dach o konstrukcji drewnianej, pokryty eternitem.

Szacowany stopień zużycia 40%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 57,23 m².

Budynek agregatorni, nr inw. 1/10/109/215

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej. Ściany z cegły ceramicznej, obustronnie otynkowane i malowane. Obiekt techniczny, stan dostateczny, zaniedbany. Liczne odwarstwienia i spękania tynków zewnętrznych i wewnętrznych. Dach płaski – pokryty papą.

Szacowany stopień zużycia 50%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 57,38 m²

Kubatura 200m³

Budynek sprężarkowni, nr inw. 1/10/109/209

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej. Ściany z cegły ceramicznej, obustronnie otynkowane i malowane. Stan techniczny dostateczny. Zawilgocenie, odwarstwienie tynków. Obecnie wykorzystany jako magazyn.

Szacowany stopień zużycia 55%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 28,56 m²

5. Budynek hydroforni, nr inw. 2/21/210/216

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej, typowej dla takich budynków. Ściany z cegły ceramicznej, obustronnie otynkowane, w części pomieszczeń wyłożone płytkami ceramicznymi. Zniszczone pokrycie dachu. Zacieki, zawilgocenia. Ubytki tynku, odwarstwienia, odkruszenia powłok malarskich. Wyposażenie wyeksploatowane.

Szacowany stopień zużycia 60%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 84,00m²

Kubatura 443 m³

Budynek chloratorni, nr inw. 2/21/210/207

Budynek murowany, parterowy, niepodpiwniczony, wykonany w konstrukcji tradycyjnej. Ściany z cegły ceramicznej, obustronnie otynkowane i w części pomieszczeń wyłożone glazurą. Obiekt w złym stanie technicznym. Zużyta stolarka i pokrycie dachowe.

Budynek jest użytkowany w niewielkiej części (1/5) jako magazyn podchlorynu i pomieszczenie dozowania.

Szacowany stopień zużycia 75%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 146,8 m²

Kubatura 529 m³

Pawilon bloku operacyjnego ,nr inw. 1/10/106/16266

Budynek przylegający do pawilonu głównego, parterowy, nowy, instalacje nowe w bardzo dobrym stanie technicznym.

Szacowany stopień zużycia 2%.

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 1434,65 m²

4.2. NIERUCHOMOŚĆ POŁOŻONA W SKARŻYSKU-KAMIENNEJ PRZY UL. EKONOMII 4

Położenie:	Jednostka ewidencyjna – Skarżysko-Kamienna, ul. Ekonomii 4
Nr księgi wieczystej:	KW 19478
Nr działki	1/57
Sposób korzystania:	Nieruchomość zabudowana
Właściciel:	Powiat Skarżyski Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej

Nieruchomość położona jest w południowej części miasta, przy ul. Ekonomii 4. Ulica posiada nawierzchnię utwardzoną i wydzielone chodniki. Najbliższe otoczenie to, od północy obszar

zabudowany budynkami mieszkalnymi, natomiast od południa teren zalesiony. Nieruchomość uzbrojona jest w następujące podstawowe urządzenia komunalne: sieć elektryczną, wodociągową, kanalizacyjną, ciepłą oraz telekomunikacyjną.

Na terenie nieruchomości położone są następujące budynki:

1. Budynek szpitalny (kompleks), nr inw. 1/10/106/14301
 Budynek w części trzypiętrowy, w części dwupiętrowy, całkowicie podpiwniczony, składający się z trzech części związanych ze sobą użytkowo. Budynek wzniesiony na planie w kształcie litery „T”. Budynek murowany o tradycyjnej konstrukcji. Fundamenty budynku żelbetowe, wylewane. Ściany murowane z cegły ceramicznej, obustronnie tynkowane. Dach o konstrukcji drewnianej, pokryty dachówką. W budynku zlokalizowane są: oddziały szpitalne, zakład opiekuńczo-leczniczy oraz dział fizykoterapii.
 Stan techniczny dobry- zużycie 20%
 Powierzchnia użytkowa budynku (całego kompleksu) wynosi 3.922,0 m².
 W użytkowaniu Zespołu Opieki Zdrowotnej – 2 979,03 m² (współdział z MOMP)
2. Budynek gospodarczy „ śmietnik ”- pow. użytkowa 27,74m²
3. Budynek gospodarczy “kostnica” - pow. użytkowa 23,50m²
4. Garaż – pow. użytkowa 91,60 m²

4.3. NIERUCHOMOŚĆ POŁOŻONA W SKARŻYSKU -KAMIENNEJ

PRZY UL. SOKOLEJ

Położenie:	Jednostka ewidencyjna – Skarżysko-Kamienna, ul. Sokola
Nr księgi wieczystej:	KW 2123
Nr działki:	87/1 i 39,5
Powierzchnia:	1,0041ha
Sposób korzystania:	Nieruchomość zabudowana
Właściciel:	Powiat Skarżyski
Użytkownik wieczysty:	Zespół Opieki Zdrowotne w Skarżysku-Kamiennej

Nieruchomość położona jest w centralnej części dzielnicy miasta „Górna Kamienna”, przy ul. Sokolej. Teren płaski, ogrodzony, zabudowany budynkiem kotłowni i spalarni oraz budynkiem magazynu oleju opałowego i wiaty przy spalarni. Nieruchomość uzbrojona jest w następujące podstawowe urządzenia komunalne: sieć elektryczną, wodociągową, kanalizacyjną, gazową, ciepłą oraz telekomunikacyjną.

Na terenie nieruchomości położone są następujące budynki:

Budynek kotłowni i spalarni, nr inw. 2/20/201/861

Budynek piętrowy, podpiwniczony. Konstrukcja nośna budynku szkieletowa, wykonana z żelbetowych elementów prefabrykowanych. Ściany zewnętrzne wykonane z cegły ceramicznej. Stropodach płaski, żelbetowy, wykonany z elementów prefabrykowanych, kryty papą na lepiku.

Szacowany stopień zużycia 40%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 1.275,62 m².

Od 2003 roku budynek wraz z urządzeniami był dzierżawiony. Dzierżawa zakończyła się 31.07.2012r.

Budynek wiaty w spalarni, nr inw. 1/10/109/12834

Budynek o konstrukcji szkieletowej, parterowy, niepodpiwniczony. Ściany wypełniające wykonane z cegły i bloczków, otynkowane. Dach płaski, o konstrukcji stalowej, pokryty płytami poliestrowymi. Budynek w dobrym stanie, jednak ze śladami intensywnej eksploatacji.

Szacowany stopień zużycia 15%

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 48,0 m²

Budynek magazynu oleju opałowego nr. inw. 1/10/109/14227

Budynek o konstrukcji stalowej ze ścianami i dachem. Budynek nowy, w dobrym stanie

technicznym, użytkowany zgodnie z przeznaczeniem. Wewnątrz zbiorniki stalowe stanowiące znaczny udział i wartość budynku.

Szacowany stopień zużycia 5%.

Powierzchnia użytkowa budynku wynosi 137,16m²

4.4. BAZA ŁÓŻKOWA

Baza łóżkowa przedstawia się następująco – stan na dzień 31.03.2012

Oddział	łóżka wg. struktury	Lokalizacja
Chirurgiczny	45	Budynek główny
Dziecięcy	35	Budynek główny
Otolaryngologiczny	20	Nowa /Budynek główny
Neurologiczny	17	Budynek główny
Udarowy	16	Budynek główny
Neonatologiczny	30	Budynek główny
Anestezjologii i IT	5	Budynek główny
Urazowo - Ortopedyczny	30	Budynek główny
Położniczo-Ginekologiczny	59	Budynek główny
Zakaźny	16	Pawilon
Wewnętrzny o profilu kardiologicznym	25	Budynek główny
Wewnętrzny o profilu diabetologicznym	50	Budynek ul. Ekonomii I p.
Rehabilitacyjny	25	Budynek ul. Ekonomii
Rehabilitacji neurologicznej	10	Budynek ul. Ekonomii
ZOL	34	Budynek ul. Ekonomii II p.
Razem	417	-

Tabela : opracowanie własne.

5. POZOSTAŁE INFORMACJE

5.1. ZATRUDNIENIE

Stała analiza i restrukturyzacja zatrudnienia jest warunkiem istotnym, gdyż jest to największy wartościowo koszt w stosunku do przychodu Szpitala. Bez podjęcia działań na tym obszarze Szpital nie będzie w stanie zbilansować zaangażowanych kosztów z osiąganymi przychodami z działalności podstawowej.

- Zatrudnienie na dzień 31.12.2010r w etatach przeliczeniowych wynosiło 652 etaty,
- Zatrudnienie na dzień 31.12.2011r w etatach przeliczeniowych wynosiło 602 etaty,
- Zatrudnienie na dzień 31.12.2012r w etatach przeliczeniowych wynosiło 550 etaty.

Stan personelu na koniec roku 2011 r. i 2012 w etatach przedstawia poniższa tabela.

Nr.	PERSONEL	31.12.2011	31-12-2012	różnica (3 - 2)
	1.	2.	3.	4.
1	Lekarze medycyny i lekarze dentyści	74,31	50,35	-23,96
2	Wyższy medyczny	17,75	19,75	2,00
3	Pozostały medyczny	39,00	41,00	2,00
4	Położne	44,00	42,00	-2,00
5	Pielęgniarki	249,00	231,00	-18,00
6	Administracja	35,00	36,00	1,00
7	Pracownicy gospodarczy	91,00	67,50	-23,50
8	Obsługa	28,50	45,00	16,50
9	Sekretarki medyczne i statystyka	23,00	17,00	-6,00
	RAZEM :	601,56	549,60	-51,96

Tabela : opracowanie własne.

Na dzień 31 grudnia 2012 roku w ZOZ w Skarżysku - Kamiennej zatrudnionych było 557 osób na 549,60 etatach przeliczeniowych. W badanym okresie zatrudnienie wykazuje tendencję spadkową

Poniższa tabela przedstawia stan zatrudnienia w poszczególnych miesiącach 2012 roku.

PERSONEL	31-12-2011	31-05-2012	30-06-2012	31-07-2012	31-08-2012	30-09-2012	31-10-2012	30-11-2012	31-12-2012
Lekarze medycyny i lekarze dentyści w tym:	74,31	67,72	52,72	50,35	50,35	49,35	50,35	50,35	50,35
II ^o	54,97	48,38	34,38	32,98	32,98	30,98	31,98	31,98	30,98
I ^o	3,34	4,34	3,34	3,37	3,37	3,37	3,37	3,37	3,37
bez specjalizacji	4,00	5,00	5,00	5,00	5,00	6,00	6,00	6,00	6,00
rezydent	11,00	10,00	10,00	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	10,00
stażysta	1,00								
Wyższy medyczny	17,75	19,75	19,75	19,75	19,75	19,75	19,75	19,75	19,75
Pozostały medyczny	39,00	40,00	40,00	40,00	41,00	40,00	40,00	40,00	40,00
Położne	44,00	43,00	43,00	43,00	43,00	42,00	42,00	42,00	42,00
Pielęgniarki	249,00	241,00	236,00	235,00	234,00	232,00	232,00	232,00	231,00
Administracja	35,00	36,00	35,00	34,00	32,60	32,00	32,00	34,00	34,00
Pracownicy gospodarczy	91,00	89,00	80,00	80,00	79,50	70,50	70,50	68,50	67,50
Obsługa	28,50	29,50	29,50	29,50	26,00	25,00	25,00	25,00	25,00
Statystyka	23,00	21,00	18,00	18,00	19,00	19,00	18,00	17,00	17,00
RAZEM	601,6	586,97	553,97	549,60	545,20	529,60	529,60	528,60	526,60
Dział Energetyki i Utylizacji Odpadów Medycznych					6,0	9,0	9,00	9	9
Dział Żywnienia						14,0	14,00	14,00	14,00
RAZEM					551,20	552,60	552,60	551,60	549,60

Tabela : opracowanie własne.

W ramach działań naprawczych w latach 2011 – 2012 (likwidacja stanowisk zastępców ordynatorów, zastępców kierowników, zmiana organizacji pracy w Zespole Higieny Szpitalnej). Należy zauważyć, że mimo utworzenia dwóch dodatkowych działów (energetyki i utylizacji odpadów oraz działu żywienia) zatrudnienie nie ulega wzrostowi, lecz maleje.

W 12 miesięcy 2012 roku zatrudnienie na umowę o pracę zmniejszyło się o 75 etatów w ujęciu, bez zatrudnienia w nowo utworzonych działach. W nowo utworzonych działach – dziale żywienia oraz dziale energetyki i utylizacji odpadów medycznych znalazło pracę 21 osób.

Przeciętne zatrudnienie w roku 2012 z podziałem na grupy zawodowe przedstawia poniższa tabela.

Grupy zawodowe	Przeciętne zatrudnienie
1. LEKARZE MEDYCYNY I STOMATOLODZY	58
2.WYŻSZY MEDYCZNY	19
3.POZOSTAŁY MEDYCZNY	40
4.POŁOŻNE	43
5.PIEŁĘGNIARKI	238
6.ADMINISTRACJA	35
7.PRACOWNICY GOSPODARCZY	80
8.OBSŁUGA	34
9.STATYSTYKA	19
RAZEM	566

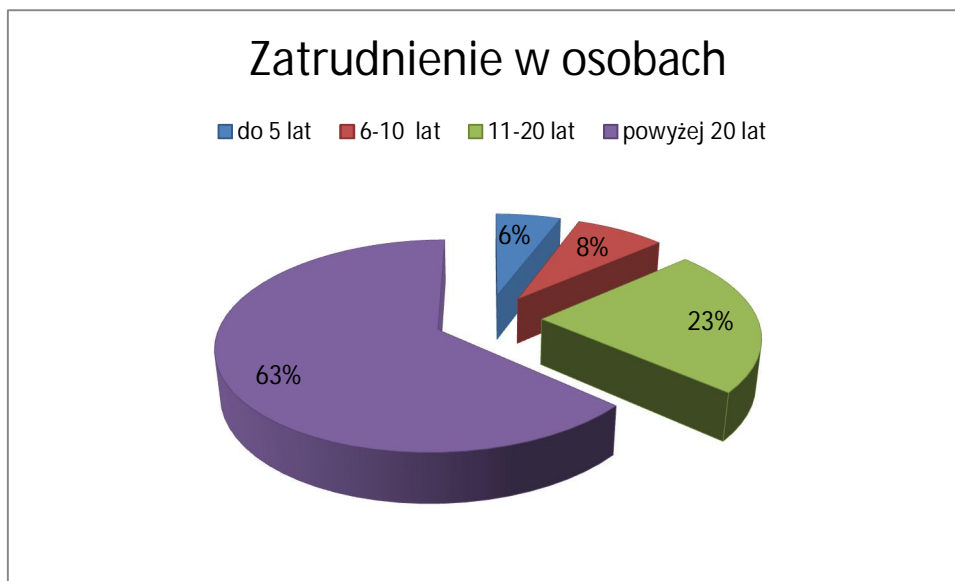
Tabela : opracowanie własne.

Zatrudnienie w ZOZ wg stażu pracy na dzień 31 grudnia 2012r (w osobach)

Lp.	Staż pracy	Zatrudnienie w osobach	rozkład %
1	do 5 lat	32	5,75%
2	6-10 lat	44	7,90%
3	11-20 lat	127	22,80%
4	powyżej 20 lat	354	63,55%
	Razem	557	100,00%

Tabela : opracowanie własne.

Zatrudnienie w ZOZ wg stażu pracy na dzień 31 grudnia 2012r (w osobach)



Wykres : opracowanie własne.

Na podstawie powyższych danych można stwierdzić, iż najliczniejszą grupą wśród pracowników stanowią osoby ze stażem powyżej 20 lat i dłuższym. Na koniec grudnia 2012 roku stanowili oni 63% ogółu zatrudnionych.

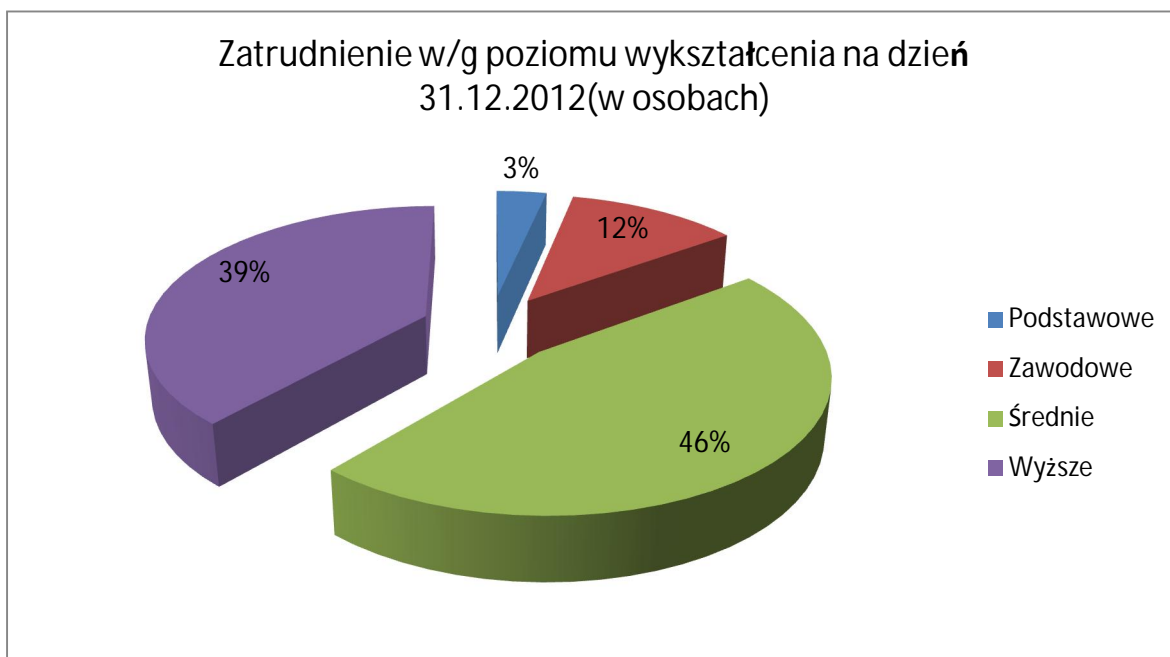
W badanym okresie na stałym poziomie utrzymuje się liczba pracowników ze stażem pracy od 11 do 20 lat. Ich udział w ogólnej liczbie personelu kształtował się na poziomie 23% do ogólnej liczby zatrudnionych. Również w grupie pracowników ze stażem pracy wynoszącym 6-10 lat i od 0-5 lat nie zaobserwowano znaczącej tendencji spadkowej, ani zwyżkowej.

Zatrudnienie w ZOZ wg poziomu wykształcenia na dzień 31 grudnia 2012r (w osobach)

Lp.	Poziom wykształcenia pracowników	Zatrudnienie w osobach	rozkład %
1	Podstawowe	19	3,41%
2	Zawodowe	65	11,67%
3	Średnie	258	46,32%
4	Wyższe	215	38,60%
	Razem	557	100,00%

Tabela : opracowanie własne.

Zatrudnienie w ZOZ wg poziomu wykształcenia na dzień 31 grudnia 2012r (w osobach)



Wykres : opracowanie własne.

Na podstawie informacji zawartych w powyższej tabeli można stwierdzić, iż na koniec grudnia 2012r roku najliczniejszą grupę Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej stanowili pracownicy posiadający wykształcenie średnie (w tym policealne i średnie zawodowe), takich osób było 258, co odpowiadało około 46% ogólnego stanu zatrudnienia. Natomiast najmniejszy udział w ogólnej liczbie personelu, bo jedynie 3%, miały osoby z wykształceniem podstawowym – 19 osób. Bardzo duży udział w całości zatrudnionych widoczny jest w grupie pracowników z wykształceniem wyższym. Stan na koniec grudnia 2012r. wynosi prawie 40% personelu.

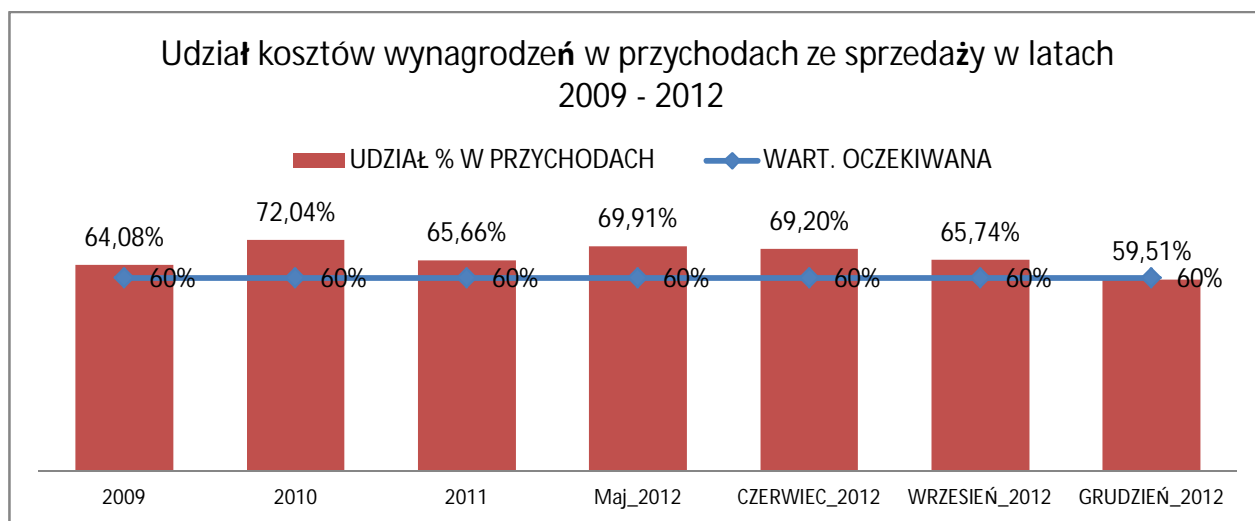
Zestawienie pracowników ilościowo i w etatach przeliczeniowych na koniec roku 2011 i roku 2012

PERSONEL	31-12-2011	31-12-2011	31-12-2012	31-12-2012
	osoby	etaty	osoby	etaty
Lekarze medycyny i lekarze dentyści w tym:	78	74,31	56	50,35
II ^o	56	54,97	36	30,98
I ^o	6	3,34	5	3,37
bez specjalizacji	4	4,00	6	6,00
Rezydent	11	11,00	9	10,00
Stażysta	1	1,00		
Wyższy medyczny	19	17,75	21	19,75
Pozostały medyczny	39	39,00	40	40,00
Położne	44	44,00	42	42,00
Pielęgniarki	249	249,00	231	231,00
Administracja	35	35,00	34	34,00
Pracownicy gospodarczy	91	91,00	68	67,50
Obsługa	29	28,50	25	25,00
Statystyka	23	23,00	17	17,00
RAZEM	607	601,56	534	526,60
Dział Energetyki i Utylizacji Odpadów Medycznych			9	9
Dział Żywnienia			14	14,00
RAZEM			557	549,60

Tabela : opracowanie własne.

Aby uzyskać obraz zmian ponoszonych przez szpital wydatków na zatrudnienie pracowników i móc zweryfikować ich zasadność, przeprowadzono analizę procentowego udziału kosztów wynagrodzeń w realizowanym przychodzie w latach 2006 – 2011.

Poniższy wykres przedstawia udział kosztów wynagrodzeń w przychodach ze sprzedaży



Wykres : opracowanie własne.

Na koniec roku 2012 obserwujemy spadek poziomu kosztów wynagrodzeń w przychodach ze sprzedaży (narastająco) z 69,20% na koniec miesiąca czerwca 2012 roku do 59,51 na koniec 2012 roku.

5.2. NEGATYWNE SKUTKI POROZUMIENIA Z 31 GRUDNIA 2007R.

Porozumienie w sprawie zakończenia sporu dotyczącego wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych w ZOZ w Skarżysku-Kamiennej gwarantowało coroczny wzrost wynagrodzenia zasadniczego bez daty końcowej. Zawarte porozumienie pociągnęło za sobą bardzo wysokie koszty wynagrodzeń dla Zespołu. W 2008 roku porozumienie było realizowane w całości dla wszystkich lekarzy. W roku 2009 i 2010 spłata należności wynikających z porozumienia w formie zawartych ugód ze wszystkimi lekarzami:

- a) w zakresie należności za 2009r. spłata stanowiła różnicę między wypłaconym dotychczas a należnym na podstawie porozumienia wynagrodzeniem zasadniczym wraz z ustawowym odsetkami,

- b) w zakresie należności za 2010r. spłata stanowiła połowę różnicy pomiędzy należnym na podstawie porozumienia a dotychczas wypłaconym wynagrodzeniem zasadniczym wraz z naliczonymi od tej połowy wszelkimi pochodnymi

Ugody te były spłacane w miesięcznych ratach po 1 000 złotych dla każdego lekarza od stycznia 2011r. do września 2012r. Koszt zakładu pracy wynikający ze spłat tych ugód (należność główna, ZUS od zakładu, odsetki) wynosił 1 073 546,57 złotych.

Od stycznia 2011r. do 31 maja 2012r. tzn. do czasu obowiązywania porozumienia (po wręczeniu wypowiedzeń zmieniających od 1 czerwca 2012r. obowiązują zapisy regulaminu wynagradzania z dnia 1 grudnia 2011r), pozostało do spłaty dla wszystkich lekarzy 2 431 501,25 zł. (w tym należność główna i ZUS od zakładu). Na dzień dzisiejszy ZOZ jest w posiadaniu wyroków sądowych na łączną kwotę 624 898,00 zł., z czego zostało w marcu 2013r. wypłacone z rygoru natychmiastowej wykonalności 77 452,00 zł. Na chwilę obecną ZOZ zalega ze spłatą 2 354 049,00 zł. z zawartego porozumienia w 2007r. Kwota pozostała do spłaty, stanowi ogromny dodatkowy koszt wynagrodzeń i na chwilę obecną, gdzie szpital boryka się z bieżącymi płatnościami, niemożliwą do zrealizowania natychmiast i w całości.

Na prośbę lekarzy szpitala, Dyrekcja przedstawiła propozycję spłaty zadłużenia w formie ugody. Ze strony Dyrekcji zostały zaproponowane następujące warunki spłaty:

- a) w dwóch równych ratach tj. w miesiącu lutym i marcu kwoty podlegającej natychmiastowej wykonalności,
- b) podpisanie indywidualnych ugód z poszczególnymi lekarzami odnośnie spłaty pozostałych należności wynikających z wyroków. Uwzględniając trudną sytuację finansową ZOZ-u ugody zawierałyby kwotę ujętą w wyrokach, lecz dotyczącą tylko wyrównania wynagrodzenia zasadniczego, stażu i funkcyjnego w ratach.

Niestety propozycja Dyrekcji zawarcia ugody, nie spotkała się z aprobatą lekarzy, którzy oczekują wypłaty kwot podanych i uwzględnionych przez sąd w całości, wraz z naliczonymi odsetkami do dnia wypłaty.

5.3. KONTRAKTOWANIE

Skutki sytuacji kryzysowej z połowy roku 2012 były odczuwalne również poprzez utratę możliwości negocjacji kontraktowania na rok 2013. Dzięki usilnym zabiegom zostało utrzymane kontraktowanie w roku 2013, na poziomie podobnym jak w styczniu 2012 roku. Poniższa tabela obrazuje stan realizacji kontraktów w roku 2012 – lecznictwo szpitalne po dokonanych przesunięciach w drugiej połowie roku.

I	ODDZIAŁ	Pierwotna wartość kontraktu z NFZ na 12 mc-y	Wartość kontraktu z NFZ na 12 mc-y (po aneksach)	Kwota zapłacona przez NFZ (w zł)	Kwota wykonania kontraktu z NFZ (w zł)	Kwota nadwykonania / niewykonania za 2012 rok (w zł)	Wskaźnik wykonania kontraktu za 2012 rok
1	Chorób Wewnętrznych	7 497 568,00	7 237 568,00	7 153 297,32	7 155 533,32	-82 034,68	98,87%
3	Pediatryczny	2 612 012,00	2 354 456,00	2 353 416,00	2 350 920,00	-3 536,00	99,85%
4	Neonatologiczny	1 855 360,00	2 039 232,00	2 038 191,48	2 054 133,12	14 901,12	100,73%
5	Chorób Zakaźnych	1 290 380,00	1 418 144,00	1 418 120,60	1 493 134,40	74 990,40	105,29%
6	Chirurgii	5 255 952,00	4 303 624,00	4 243 692,96	4 247 644,96	-55 979,04	98,70%
7	Anestezjologii i IT	1 530 000,00	1 933 920,00	1 908 240,99	1 908 240,99	-25 679,01	98,67%
8	Urazowo - Ortopedyczny	2 550 000,00	2 650 011,00	2 649 914,61	3 037 754,31	387 743,31	114,63%
9	Urazowo - Ortopedyczny hosp. H01 - H11	1 391 739,00	2 323 866,00	2 315 405,10	2 315 405,10	-8 460,90	99,64%
10	Położniczo i Ginekologiczny	2 387 892,00	2 363 660,00	2 300 766,52	2 296 762,52	-66 897,48	97,17%
11	Poł i Gin. hosp. - N01, N10, N02, N03	1 458 600,00	1 528 488,00	1 526 772,00	1 526 772,00	-1 716,00	99,89%
12	Otolaryngologiczny	969 000,00	1 687 590,00	1 687 516,56	1 861 477,56	173 887,56	110,30%
13	Neurologiczny	2 722 227,00	2 822 187,00	2 822 168,13	3 031 931,13	209 744,13	107,43%
14	Neurologiczny - hosp. A48, A51	2 588 352,00	2 697 849,00	2 696 880,00	2 959 530,00	261 681,00	109,70%
15	SOR	3 195 180,00	3 195 180,00	3 195 180,00	3 195 180,00	0,00	100,00%
	Razem	37 304 262	38 555 775	38 309 562	39 434 419	878 644	102,28%

Tabela : opracowanie własne.

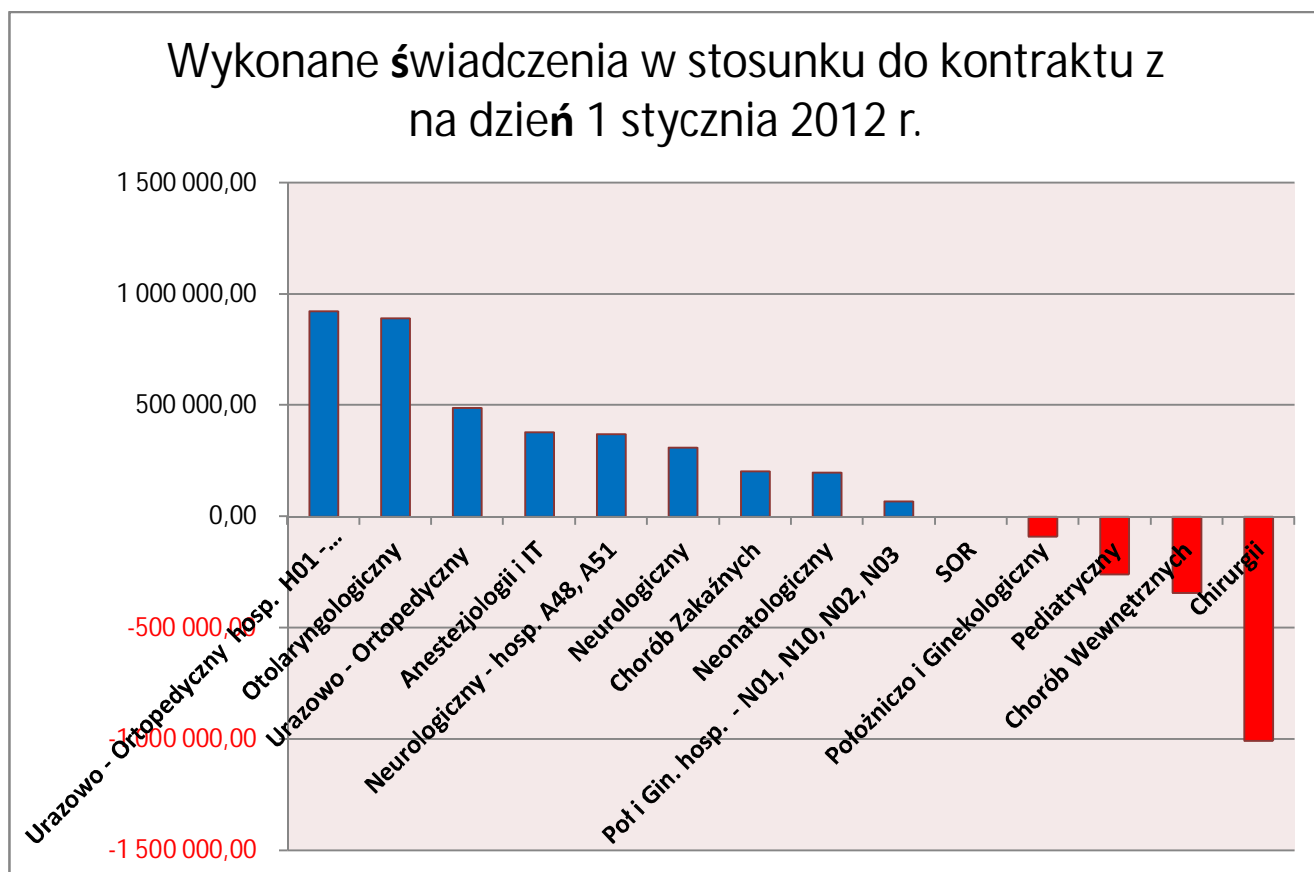
Poniższa tabela obrazuje stan realizacji kontraktów w roku 2012 – lecznictwo szpitalne w stosunku do kontraktu na dzień 1 stycznia 2012 roku.

LP	ODDZIAŁ	Różnica w wykonaniu kontraktu wg stanu na 1 stycznia 2012
1.	Chorób Wewnętrznych	-342 034,68
3.	Pediatryczny	-261 092,00
4.	Neonatologiczny	198 773,12
5.	Chorób Zakaźnych	202 754,40
6.	Chirurgii	-1 008 307,04
7.	Anestezjologii i IT	378 240,99
8.	Urazowo - Ortopedyczny	487 754,31
9.	Urazowo - Ortopedyczny hosp. H01 - H11	923 666,10
10.	Położniczo i Ginekologiczny	-91 129,48
11.	Poł i Gin. hosp. - N01, N10, N02, N03	68 172,00
12.	Otolaryngologiczny	892 477,56
13.	Neurologiczny	309 704,13
14.	Neurologiczny - hosp. A48, A51	371 178,00
15.	SOR	0,00

Tabela : opracowanie własne.

Mimo problemów z realizacją kontraktu na oddziałach chirurgicznym, wewnętrznym, położniczo-ginekologicznym oraz pediatrycznym zostały wygenerowane w roku 2012 nadwykonania w łącznej wysokości 1 280 856,52 zł.

Wykres : Wykonane świadczenia w stosunku do kontraktu z dn. 1 stycznia 2012 r.



Wykres : opracowanie własne.

Narodowy Fundusz Zdrowia O/Świętokrzyski w roku 2012 wywiązywał się z uczynionych deklaracji i kolejnymi aneksami w drugim półroczu były przesuwane środki pomiędzy zakresami świadczeń w kierunku tych, w których wystąpiły nadwykonania. Powyższe ma znaczący wpływ na osiągnięty wynik w roku 2012.

W drugiej połowie roku 2012 nie było możliwe przyjęcie zasady, że kontrakt z NFZ ma być w pełni realizowany przez wszystkie komórki organizacyjne z dopuszczalnym, kontrolowanym, przekroczeniem rzędu kilku procent. Pozwala 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 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 – bez nadwykonań. Nadwykonania w programach terapeutycznych powodują bezpośredni wydatek z tytułu zakupu leków bez gwarancji refundacji ze strony NFZ.

Kontrola przeprowadzona przez NFZ w I półroczu 2012r. dotycząca świadczeń z zakresu rehabilitacji neurologicznej, wykazała uchybienia w postaci nienależnie

przedstawionych do rozliczenia środków finansowych. Wg protokołu NFZ nr ŚOW/NFZ/02/2013 wynosi ona 659 421,00 zł, w tym: 572 953,50 zł. świadczenia zapłacone przez Fundusz, 86 467,50 zł świadczenia niezapłacone przez Fundusz oraz kara umowna w wysokości 41 726,50 zł. Kwota ta podlega zwrotowi do NFZ. Obecnie trwają negocjacje w sprawie rozłożenia na raty kwoty do zwrotu. Wartość zakwestionowanych i zapłaconych świadczeń obciąża wynik finansowy 2012 roku.

Mimo znacznych problemów szpital podpisał kontrakty na rok 2013 w łącznej wysokości nie odbiegającej od kontraktów podpisanych na rok 2012. Należy podkreślić, że w zakresie lecznictwa szpitalnego wynegocjowano łącznie wzrost kontraktu w kwocie 639 328 zł.

Poniższa tabela przedstawia poziom kontraktowania w zakresie lecznictwo szpitalne.

L.P.	Oddział	ilość punktów 2012	cena jednostki 2012	Kontrakt z NFZ na dn. 01.01.2012 r.	ilość punktów 2013	cena jednostki 2013	Kontrakt z NFZ na dn. 01.01.2013 r.	Różnica kontraktu z NFZ 2013-2012
1	Chorób Wewnętrznych	144 184,00	52,00	7 497 568,00	144 184,00	52,00	7 497 568,00	0,00
2	Pediatryczny	50 231,00	52,00	2 612 012,00	45 910,00	52,00	2 387 320,00	-224 692,00
3	Neonatalogiczny	35 680,00	52,00	1 855 360,00	39 293,00	52,00	2 043 236,00	187 876,00
4	Chorób Zakaźnych	24 815,00	52,00	1 290 380,00	24 815,00	52,00	1 290 380,00	0,00
5	Chirurgii	101 076,00	52,00	5 255 952,00	88 313,00	52,00	4 592 276,00	-663 676,00
6	Anestezjologii i IT	30 000,00	51,00	1 530 000,00	33 826,00	51,00	1 725 126,00	195 126,00
7	Urazowo - Ortopedyczny	50 000,00	51,00	2 550 000,00	50 000,00	51,00	2 550 000,00	0,00
8	Urazowo - Ortopedyczny hosp. H01, H02, H04, H05, H06, H07, H08, H09, H10 i H11	27 289,00	51,00	1 391 739,00	36 843,00	51,00	1 878 993,00	487 254,00
9	Położniczo i Ginekologiczny	45 921,00	52,00	2 387 892,00	45 921,00	52,00	2 387 892,00	0,00
10	Poł i Gin. hosp. - N01, N10, N02, N03	28 050,00	52,00	1 458 600,00	29 575,00	52,00	1 537 900,00	79 300,00
11	Otolaryngologiczny	19 000,00	51,00	969 000,00	19 000,00	51,00	969 000,00	0,00
12	Neurologiczny	53 377,00	51,00	2 722 227,00	54 172,00	51,00	2 762 772,00	40 545,00
13	Neurologiczny - hosp. A48, A51	50 752,00	51,00	2 588 352,00	53 377,00	51,00	2 722 227,00	133 875,00
14	SOR	366,00	8 730,00	3 195 180,00	365,00	9 860,00	3 598 900,00	403 720,00
	Razem	660 741,00		37 304 262,00	665 594,00		37 943 590,00	639 328,00

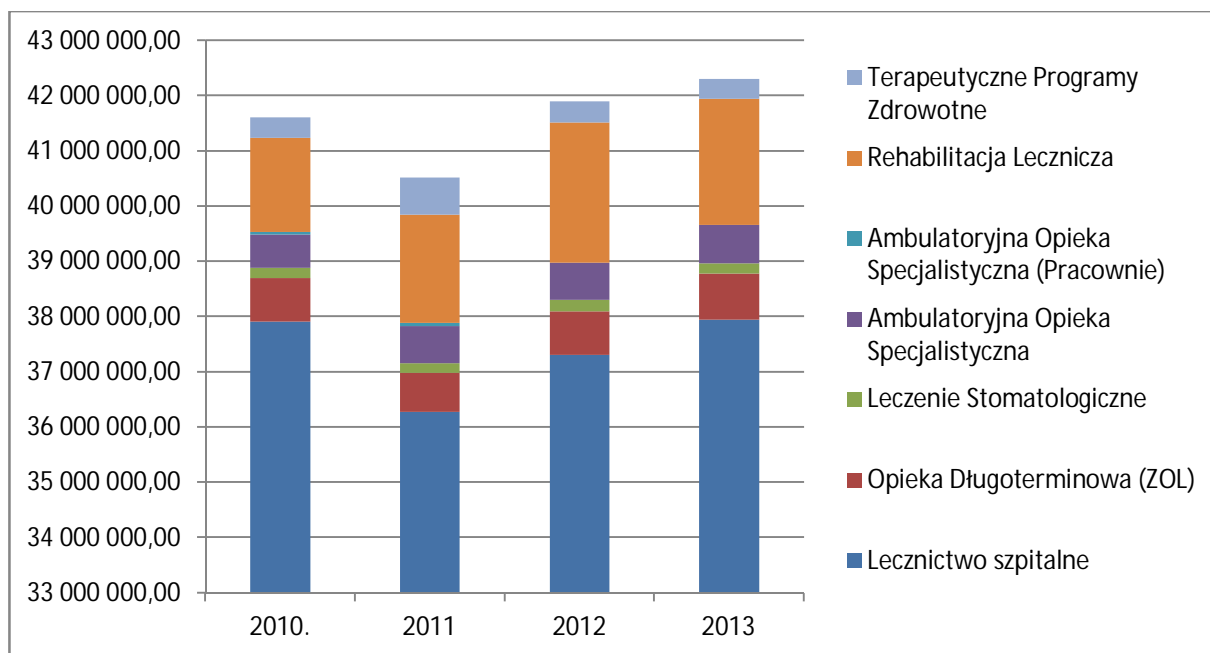
Tabela : opracowanie własne.

Powyższa tabela pokazuje, że nastąpił wzrost kontraktowania w oddziałach: Neonatologicznym, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Urazowo-Ortopedycznym, Położniczo-Ginekologicznym, Neurologicznym oraz Szpitalnym Oddziale Ratunkowym. Zmniejszeniu uległy kontrakty na Oddziale Pediatrycznym o kwotę 224 692 zł oraz Chirurgicznym o kwotę 663 676 zł. Jak wcześniej wspomniano w skali wszystkich zakresów leczenia szpitalnego nastąpił wzrost kontraktowania na rok 2013, w stosunku do kontraktu ze stycznia 2012 roku .

Poniższa tabela przedstawia porównanie wartości kontraktów zawieranych w latach 2010 do 2013 w poszczególnych rodzajach umów.

Zakres umowy	Wartość kontraktu (w zł) na dzień 1stycznia 2010.	Wartość kontraktu (w zł) na dzień 1stycznia 2011.	Wartość kontraktu (w zł) na dzień 1stycznia 2012.	Wartość kontraktu (w zł) na dzień 1stycznia 2013.
Lecznictwo szpitalne	37 908 006,00	36 272 029,00	37 304 262,00	37 943 590,00
Opieka Długoterminowa (ZOL)	790 090,00	710 200,70	796 050,00	839 100,00
Leczenie Stomatologiczne	191 164,70	180 000,00	207 992,40	189 000,00
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	598 777,60	670 582,40	670 774,32	696 559,92
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (Pracownie)	45 981,00	50 164,60	0,00	0,00
Rehabilitacja Lecznicza	1 704 762,60	1 960 995,20	2 542 797,25	2 277 304,00
Terapeutyczne Programy Zdrowotne	373 452,00	674 790,00	380 930,00	356 000,00
Razem	41 612 233,90	40 518 761,90	41 902 805,97	42 301 553,92

Tabela : opracowanie własne.



Wykres : opracowanie własne.

Powyższy wykres przedstawia porównanie wartości kontraktów zawieranych w latach 2010 do 2013 w poszczególnych rodzajach umów.

5.4. PODSTAWOWE DANE STATYSTYCZNE ZA ROK 2012

Poniższa tabela przedstawia podstawowe dane statystyczne dotyczące poszczególnych oddziałów szpitalnych za rok 2012.

ODDZIAŁ	Łóżka	Leczeni	Osobodni	Śred. dzien. wykorzyst. łóżek	% wykorzyst. łóżek	Średni okres pobytu	Wskaźnik przelotowości	Wskaźnik obłożenia łóżek (w dniach)
Chorób Wewnętrznych	55	1825	12582	34,4	62,5	6,9	33,2	228,8
Wewn. o prof. kardiolog.	25	1206	6865	18,8	75,0	5,7	48,2	274,6
Pediatryczny	35	1106	4478	12,2	35,0	4,0	31,6	127,9
Neonatologiczny	30	701	3483	9,5	31,7	5,0	23,4	116,1
Chorób Zakaźnych	16	676	3941	10,8	67,3	5,8	42,3	246,3
Chirurgiczny Ogólny	45	1761	9577	26,2	58,1	5,4	39,1	212,8
Anest. i Int. Terapii	5	103	1240	3,4	67,8	12,0	20,6	248,0
Chirurgii Uraz. - Ortoped.	30	1458	7837	21,4	71,4	5,4	48,6	261,2
Ginekolog.- Położniczy	59	2205	7739	21,1	35,8	3,5	37,4	131,2
Otolaryngologiczny	20	1127	3228	8,8	44,1	2,9	56,4	161,4
Neurologiczny	17	1090	2690	7,3	43,2	2,5	64,1	158,2
Udarowy	16	767	5223	14,3	89,2	6,8	47,9	326,4
Rehabilitacyjny	25	423	9505	26,0	103,9	22,5	16,9	380,2
Rehabilitacji Neurolog.	10	78	3576	9,8	97,7	45,8	7,8	357,6
RAZEM	388	14526	81964	223,9	57,7	5,6	37,4	211,2
Zakład Opiekuńczo-Lecz. n.	34	104	11445	31,3	92,0	110,0	3,1	336,6
Rehabilitacyjny Dzienny	10 miejsc	216	5149					

Tabela : opracowanie własne

6. INFORMACJE EKONOMICZNO – FINANSOWE

6.1. STRUKTURA I DYNAMIKA KOSZTÓW W LATACH 2009 – 2012

Poniższa tabela przedstawia udział procentowy poszczególnych grup kosztów w kosztach całkowitych w latach 2009 - 2010

	Struktura kosztów 2009 - 2010	2009	udział % - 2009	2010	udział % - 2010
B.	Koszty działalności operacyjnej (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII)	49 729 494,16	89,66%	50 596 790,21	94,58%
E.	Pozostałe koszty operacyjne (I+II+III)	4 770 670,24	8,60%	1 468 552,48	2,75%
H.	Koszty finansowe (I+II+III+IV)	963 953,73	1,74%	1 428 542,44	2,67%
II.	Straty nadzwyczajne				
	koszty razem	55 464 118,13	100,00%	53 493 885,13	100%

Poniższa tabela przedstawia udział procentowy poszczególnych grup kosztów w kosztach całkowitych w latach 2011 - 2012

	Struktura kosztów 2011 - 2012	2011	udział % - 2011	2012	udział % - 2012
B.	Koszty działalności operacyjnej (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII)	50 807 494,52	84,29%	47 156 341,34	90,46%
E.	Pozostałe koszty operacyjne (I+II+III)	7 219 126,80	11,98%	1 731 330,48	3,32%
H.	Koszty finansowe (I+II+III+IV)	2 248 077,88	3,73%	3 240 418,39	6,22%
II.	Straty nadzwyczajne				
	koszty razem	60 274 699,20	100%	52 128 090,21	100%

	Dynamika kosztów 2012 - 2011	2011	2012	zmiana stanu wartość	2012/2011 %
B.	Koszty działalności operacyjnej (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII)	50 807 494,52	47 156 341,34	-3 651 153,18	-7,74%
E.	Pozostałe koszty operacyjne (I+II+III)	7 219 126,80	1 731 330,48	-5 487 796,32	-316,97%
H.	Koszty finansowe (I+II+III+IV)	2 248 077,88	3 240 418,39	992 340,51	30,62%
II.	Straty nadzwyczajne				
	koszty razem	60 274 699,20	52 128 090,21	-8 146 608,99	-15,63%

Tabela : opracowanie własne.

W latach 2009 – 2012 koszty działalności operacyjnej wykazywały tendencję wzrostową. W wyniku prowadzonych działań naprawczych koszty te spadły w roku 2012. Poniższy wykres obrazuje opisywaną tendencję w latach 2009-2012.

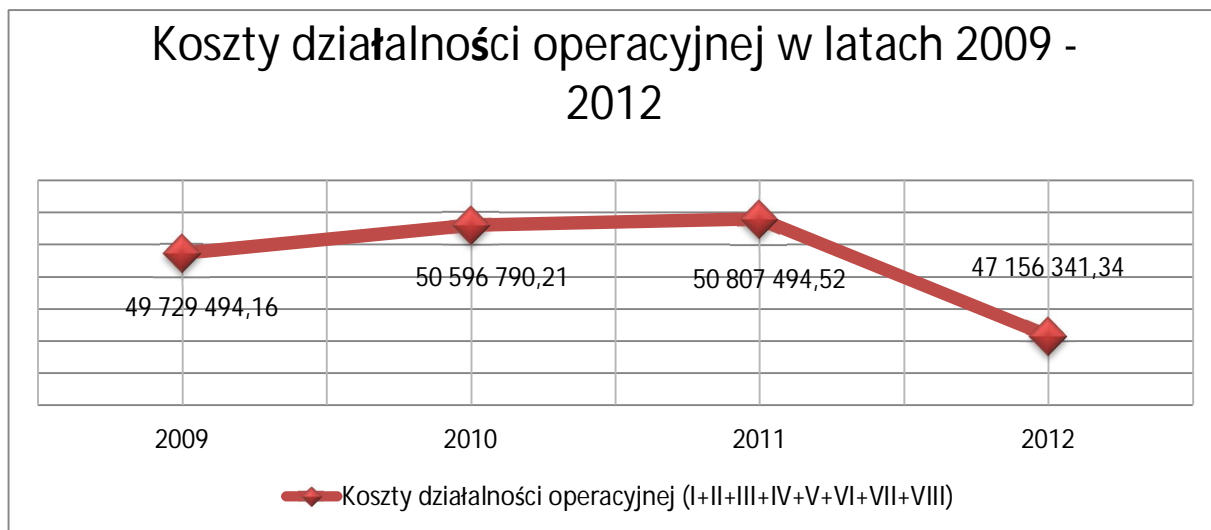
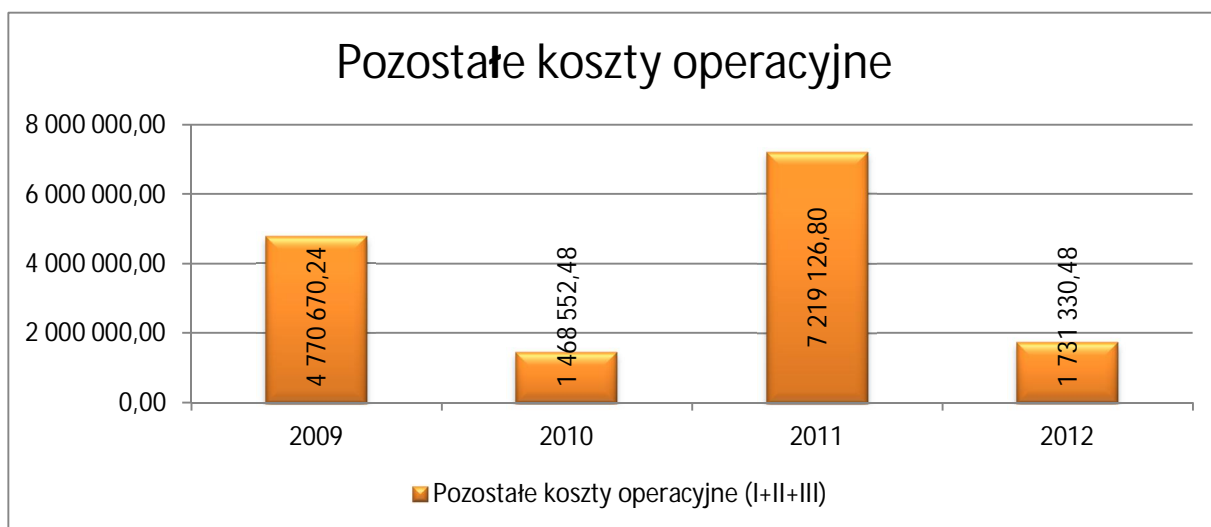


Tabela : opracowanie własne

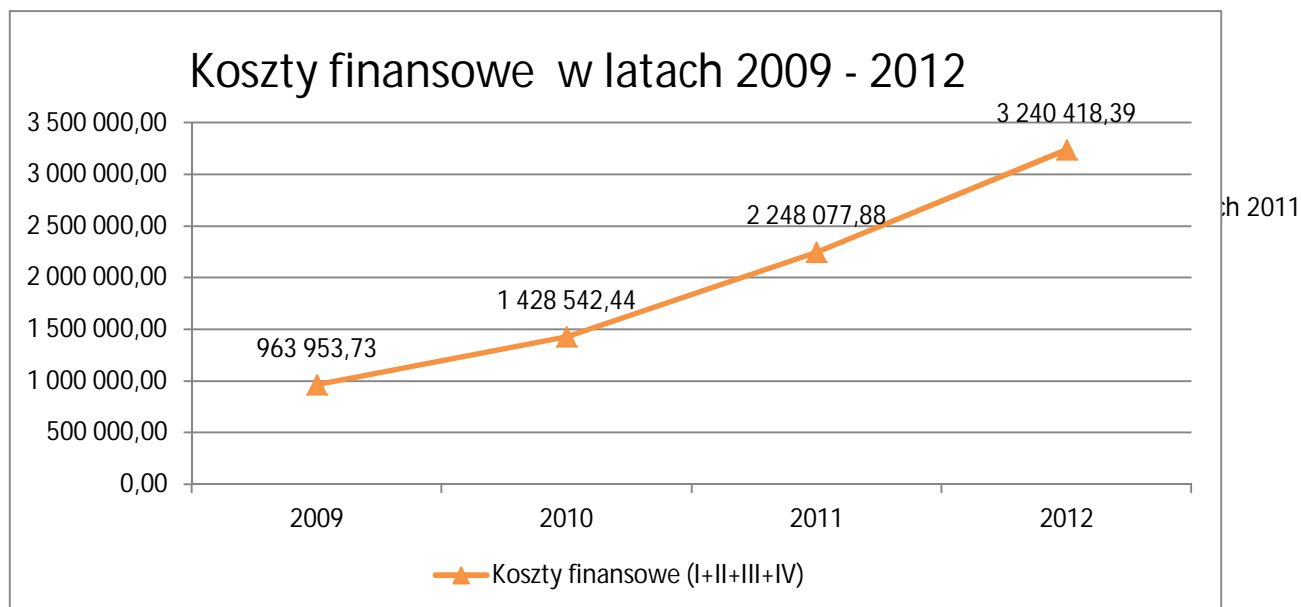
POZOSTAŁE KOSZTY OPERACYJNE W LATACH 2009 – 2012

W latach 2009 – 2011 pozostałe koszty operacyjne wykazywały tendencję wzrostową. W 2009 oraz 2011 roku było to wynikiem generowania znacznej wielkości niezapłaconych nadwykonań, księgowanych na koniec okresu rozrachunkowego na koncie „761”. Wysokość generowanych nadwykonań nie miała wpływu na wysokość kontraktowania w roku następnym. Poniższy wykres obrazuje opisywaną tendencję w latach 2009 - 2012



Wykres : opracowanie własne.

KOSZTY FINANSOWE W LATACH 2009 - 2012



STRUKTURA KOSZTÓW W LATACH 2011 - 2012

STRUKTURA		2011	udział % - 2011	2012	udział % - 2012
B.	Koszty działalności operacyjnej (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII)	50 807 494,52	84,29%	47 156 341,34	90,46%
I.	Amortyzacja	1 828 713,68	3,03%	1 822 850,24	3,50%
II.	Zużycie materiałów i energii	8 273 274,00	13,73%	8 083 892,46	15,51%
III.	Usługi obce	9 248 877,00	15,34%	9 419 128,15	18,07%
IV.	Podatki i opłaty	241 031,57	0,40%	316 087,82	0,61%
V.	Wynagrodzenia	26 179 479,69	43,43%	22 942 810,59	44,01%
VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	4 878 913,48	8,09%	4 151 603,01	7,96%
VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	157 205,10	0,26%	419 969,07	0,81%
VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów				

Tabela : opracowanie własne

DYNAMIKA KOSZTÓW W LATACH 2011 – 2012

DYNAMIKA KOSZTÓW RODZAJOWYCH				zmiana stanu 2012/2011	
	Rachunek zysków i strat	2011	2012	wartość	%
B.	Koszty działalności operacyjnej (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII)	50 807 494,52	47 156 341,34	-3 651 153,18	-7,74%
I.	Amortyzacja	1 828 713,68	1 822 850,24	-5 863,44	-0,32%
II.	Zużycie materiałów i energii	8 273 274,00	8 083 892,46	-189 381,54	-2,34%
III.	Usługi obce	9 248 877,00	9 419 128,15	170 251,15	1,81%
IV.	Podatki i opłaty	241 031,57	316 087,82	75 056,25	23,75%
V.	Wynagrodzenia	26 179 479,69	22 942 810,59	-3 236 669,10	-14,11%
VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	4 878 913,48	4 151 603,01	-727 310,47	-17,52%
VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	157 205,10	419 969,07	262 763,97	62,57%
VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów				

Tabela : opracowanie własne.

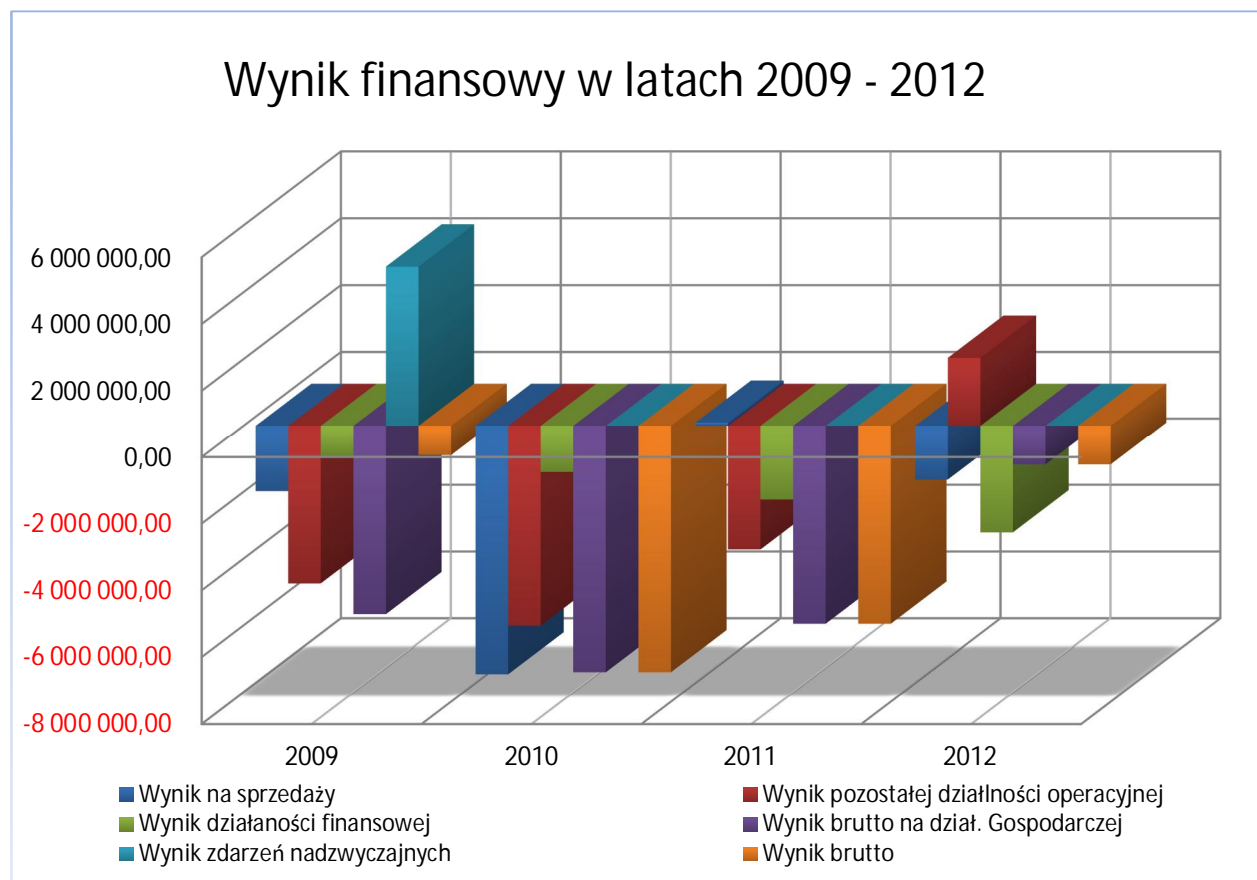
6.2. WYNIK FINANSOWY W LATACH 2009 - 2012

Poniższe tabele przedstawiają wynik finansowy w latach 2009 do 2012

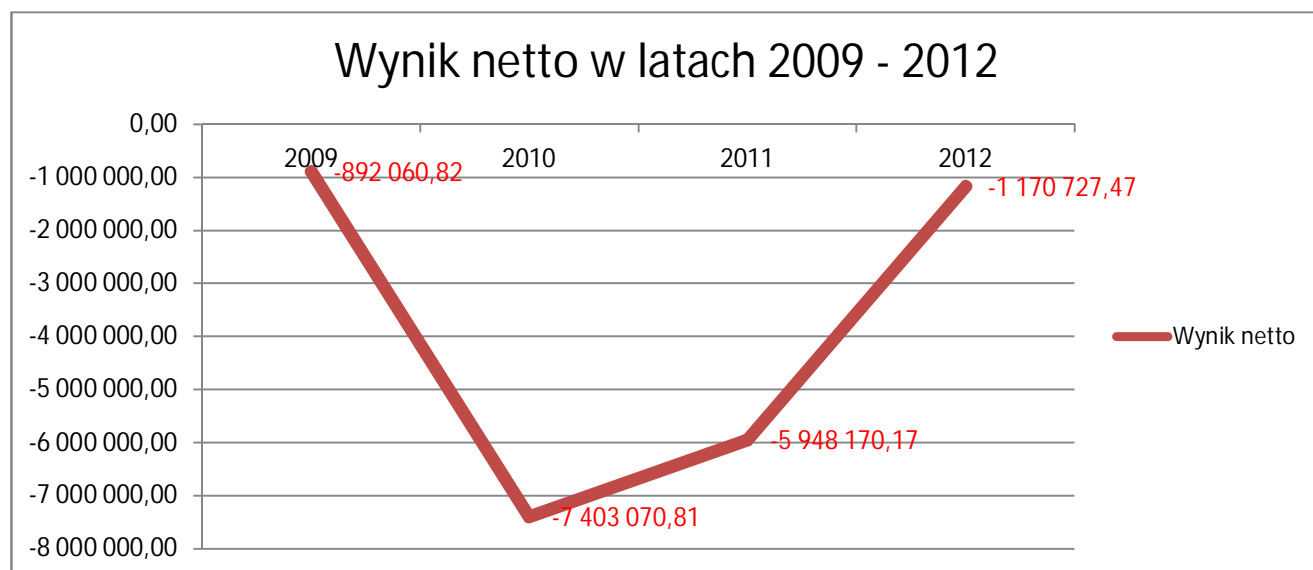
L.p.	Specyfikacja	2009	2010	2011	2012
1.	Wynik na sprzedaży	-1 973 668,64	-7 465 843,75	97 046,62	-1 628 743,75
2.	Wynik pozostałej działalności operacyjnej	-4 739 527,57	-6 006 232,20	-3 723 095,70	2 039 572,62
3.	Wynik działalności finansowej	-922 012,97	-1 396 838,61	-2 225 074,47	-3 210 300,09
4.	Wynik brutto na dział. gospodarczej	-5 661 540,54	-7 403 070,81	-5 948 170,17	-1 170 727,47
5.	Wynik zdarzeń nadzwyczajnych	4 769 479,72	0,00	0,00	0,00
6.	Wynik brutto	-892 060,82	-7 403 070,81	-5 948 170,17	-1 170 727,47

Tabela : opracowanie własne.

Poniższy wykres przedstawia graficznie wynik finansowy w latach 2009 – 2012



WYNIK FINANSOWY NETTO W LATACH 2009 – 2012 PRZEDSTAWIA PONIŻSZY WYKRES



Wykres: opracowanie własne.

6.3. ANALIZA STRUKTURY MAJĄTKOWEJ I KAPITAŁOWEJ W LATACH 2009 – 2012

PROCENTOWY UDZIAŁ SKŁADNIKÓW MAJĄTKU I KAPITAŁU W SUMIE BILANSOWEJ W LATACH 2009 - 2010

	A K T Y W A	2009	udział % - 2009	2010	udział % - 2010
A.	AKTYWA TRWAŁE (I+II+III+IV+V)	19 924 750,14	76,16%	20 035 535,37	75,34%
I.	Wartości Niematerialne i Prawne (1+2+3+4)	7 500,41	0,03%	3 030,49	0,01%
II.	Rzeczowe Aktywa Trwałe (1+2+3)	19 865 324,73	75,93%	19 990 629,88	75,17%
1.	Środki trwałe (a+b+c+d+e)	8 231 072,85	31,46%	19 990 629,88	75,17%
a	grunty własne	959 645,00	3,67%	959 645,00	3,61%
b	budynki i budowle	4 067 346,94	15,55%	13 401 210,35	50,39%
c	urządzenia techniczne i maszyny	1 519 012,37	5,81%	2 529 467,16	9,51%
d	środki transportu			17 960,75	0,07%
e	inne środki trwałe	1 685 068,54	6,44%	3 082 346,62	11,59%
2.	Środki trwałe w budowie	11 634 251,88	44,47%		
III.	Należności długoterminowe (1+2)	-		-	
IV.	Inwestycje długoterminowe (1+2+3+4)	-		-	
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe (1+2)	51 925,00	0,20%	41 875,00	0,16%
B.	AKTYWA OBROTOWE (I+II+III+IV)	6 236 458,06	23,84%	6 559 037,95	24,66%
I.	Zapasy (1+2+3+4+5)	435 385,51	1,66%	418 385,11	1,57%
II.	Należności krótkoterminowe (1+2)	4 381 254,46	16,75%	4 607 767,50	17,33%
III.	Inwestycje krótkoterminowe	1 407 879,34	5,38%	1 442 817,59	5,43%
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	11 938,75	0,05%	90 067,75	0,34%
	Suma aktywów (A+B)	26 161 208,20	100,00%	26 594 573,32	100,00%

Tabela : opracowanie własne.

PROCENTOWY UDZIAŁ SKŁADNIKÓW MAJĄTKU I KAPITAŁU W SUMIE BILANSOWEJ W LATACH 2011 - 2012

	A K T Y W A	2011	udział % - 2011	2 012	udział % - 2012
A.	AKTYWA TRWAŁE (I+II+III+IV+V)	18 309 889,10	78,33%	18 243 627,27	79,91%
I.	Wartości Niematerialne i Prawne (1+2+3+4)	-		12 525,54	
II.	Rzeczowe Aktywa Trwałe (1+2+3)	18 278 064,10	78,19%	18 209 326,73	79,75%
1.	Środki trwałe (a+b+c+d+e)	18 278 064,10	78,19%	18 209 326,73	79,75%
a	grunty własne	851 145,00	3,64%	865 845,00	3,79%
b	budynki i budowle	13 016 194,53	55,68%	12 769 640,85	55,93%
c	urządzenia techniczne i maszyny	2 163 985,01	9,26%	1 914 333,76	8,38%
d	środki transportu			31 217,17	
e	inne środki trwałe	2 246	9,61%	2 628	11,51%

		739,56		289,95	
2.	Środki trwałe w budowie				
III.	Należności długoterminowe (1+2)	-		-	
IV.	Inwestycje długoterminowe (1+2+3+4)	-		-	
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe (1+2)	825,00 ³¹	0,14%	775,00 ²¹	0,10%
B.	AKTYWA OBROTOWE (I+II+III+IV)	5 066 177,60	21,67%	4 587 963,80	20,09%
I.	Zapasy (1+2+3+4+5)	418 417,77	1,79%	399 485,53	1,75%
II.	Należności krótkoterminowe (1+2)	3 162 141,20	13,53%	3 954 670,93	17,32%
III.	Inwestycje krótkoterminowe	1 473 550,14	6,30%	221 870,85	0,97%
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	12 068,49	0,05%	11 936,49	0,05%
1.					
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	12 068,49	0,05%		0,00%
	Suma aktywów (A+B)	23 376 066,70	100,00%	22 831 591,07	100,00%

Tabela : opracowanie własne.

Graficznie aktywa przedstawiają się następująco:

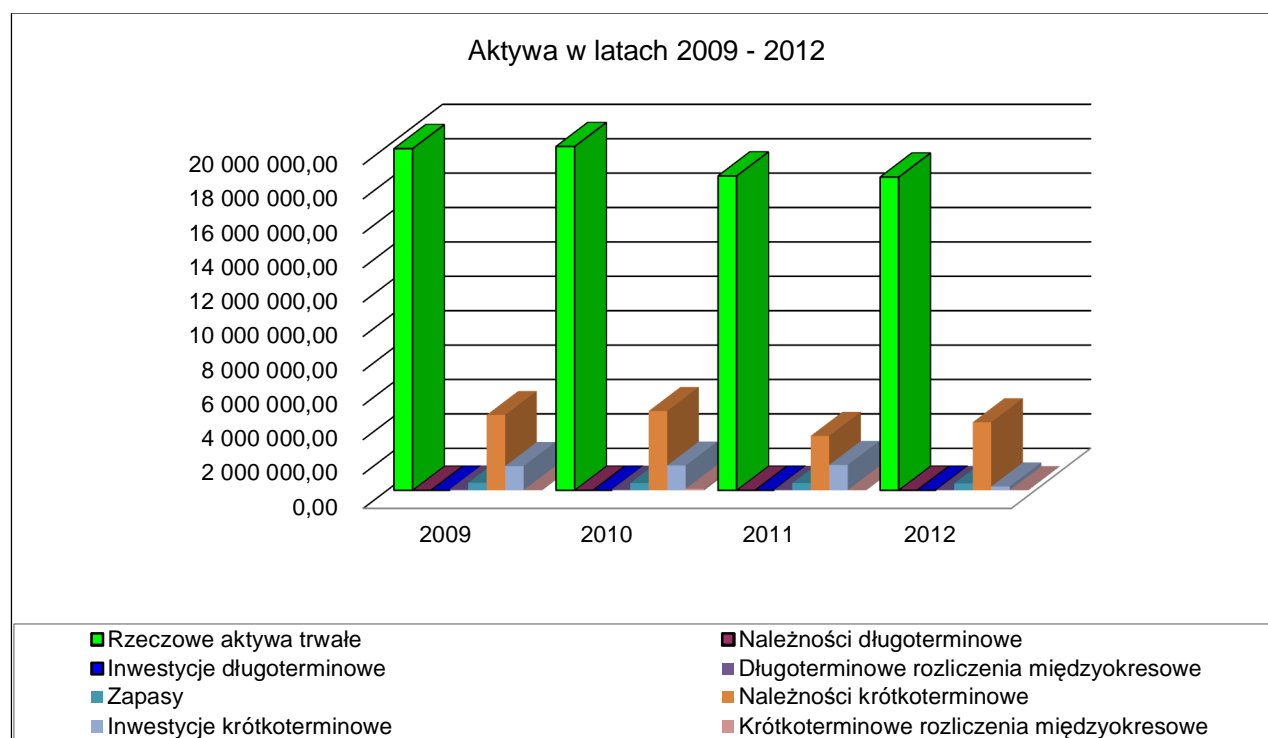


Tabela : opracowanie własne.

	P A S Y W A	2009	udział % - 2009	2010	udział % - 2010
A.	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII+IX)	-5 869 196,29	-22,43%	-12 840 608,01	-48,28%
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	21 391 017,54	81,77%	22 449 325,21	84,41%
II.	Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)				
III.	Udziały (akcje) własne				
IV.	Kapitał (fundusz) zapasowy	4 130 478,38	15,79%	3 238 417,56	12,18%
V.	Kapitał (fundusz) rezerwy z aktualizacji wyceny				
VI.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe				
VII.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-30 498 631,39	-116,58%	-31 125 279,97	-117,04%
VIII.	Zysk (strata) netto	-892 060,82	-3,41%	-7 403 070,81	-27,84%
IX.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)				
B.	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	32 030 404,49	122,43%	39 435 181,33	148,28%
I.	Rezerwy na zobowiązania	4 388 104,00	16,77%	5 512 696,57	20,73%
II.	Zobowiązania długoterminowe	10 078 490,94	38,52%	8 196 238,26	30,82%
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	17 563 809,55	67,14%	25 552 025,86	96,08%
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	0,00		174 220,64	
	Suma pasywów (A+B)	26 161 208,20	100,00%	26 594 573,32	100,00%

Tabela : opracowanie własne.

	P A S Y W A	2011	udział % - 2011	2012	udział % - 2012
A.	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII+IX)	-20 039 928,77	-85,73%	-33 958 161,21	-149%
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	21 264 019,82	90,96%	9 095 890,94	40%
II.	Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)				
III.	Udziały (akcje) własne				
IV.	Kapitał (fundusz) zapasowy		0,00%		0%
V.	Kapitał (fundusz) rezerwy z aktualizacji wyceny				

VI.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe				
VII.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-35 355 778,42	-151,25%	- 41 883 324,68	-183%
VIII.	Zysk (strata) netto	-5 948 170,17	-25,45%	-1 170 727,47	-5%
IX.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)				
B.	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	43 415 995,47	185,73%	56 789 752,28	249%
I.	Rezerwy na zobowiązania	4 410 610,83	18,87%	4 471 065,57	20%
II.	Zobowiązania długoterminowe	5 781 969,56	24,73%	8 817 280,04	39%
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	32 279 874,27	138,09%	29 987 033,42	131%
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	943 540,81		13 514 373,25	
	Suma pasywów (A+B)	23 376 066,70	100,00%	22 831 591,07	100%

Tabela : opracowanie własne.

Graficznie pasywa przedstawiają się następująco :

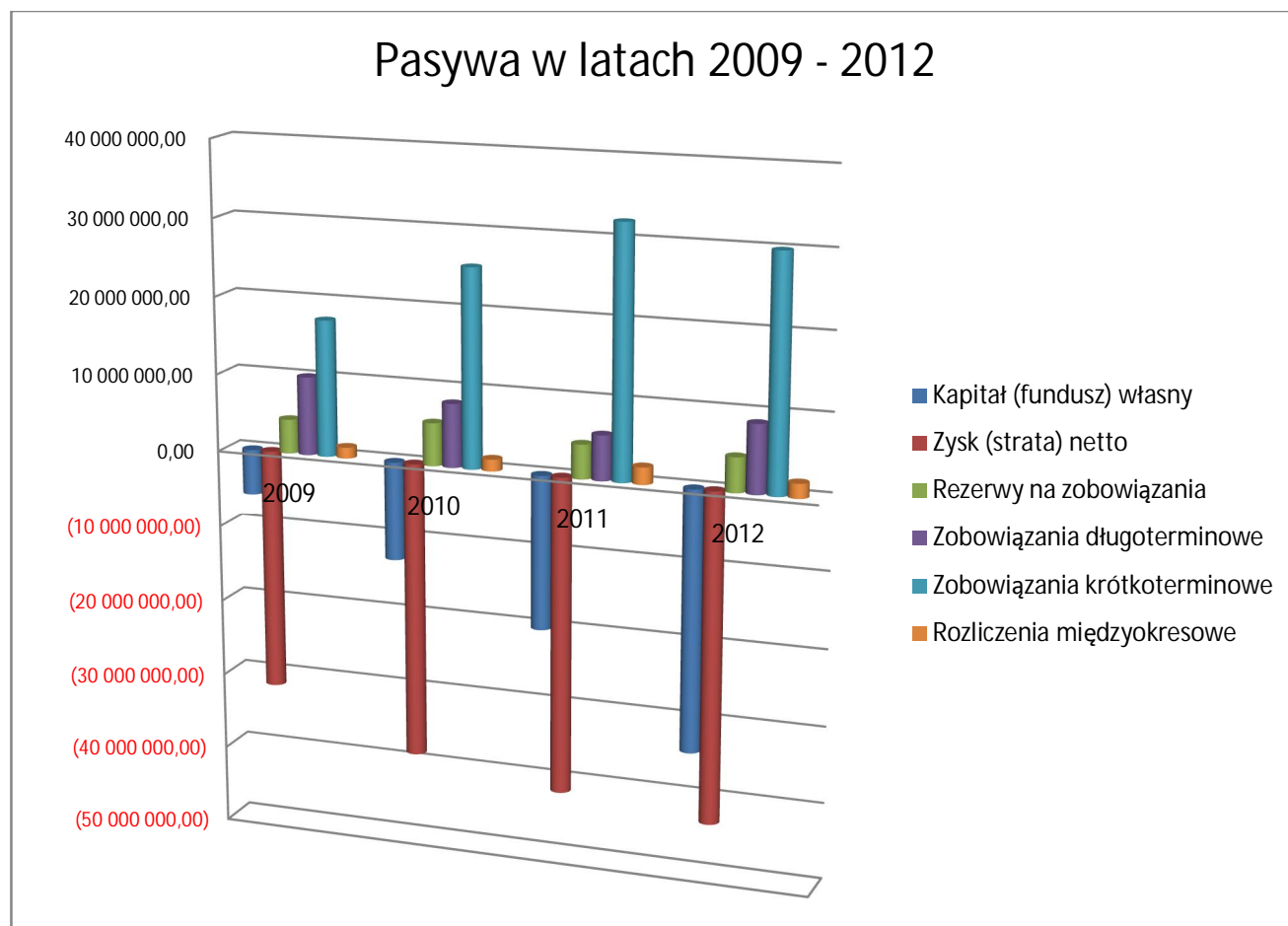


Tabela : opracowanie własne.

6.4. DYNAMIKA SKŁADNIKÓW MAJĄTKU I KAPITAŁÓW ZESPOŁU W LATACH 2009 – 2012 ODNIESIENIU DO ROKU 2011 W UJĘCIU WARTOŚCIOWYM I PROCENTOWYM.

	A K T Y W A	zmiana stanu	2011/2010	zmiana stanu	2012/2011
A.	AKTYWA TRWAŁE (I+II+III+IV+V)	-1 725 646,27	91,39%	-66 261,83	99,64%
I.	Wartości niematerialne i prawne (1+2+3+4)	-3 030,49	0,00%	12 525,54	
II.	Rzeczowe Aktywa Trwałe (1+2+3)	-1 712 565,78	91,43%	-68 737,37	99,62%
1.	Środki trwałe (a+b+c+d+e)	-1 712 565,78	91,43%	-68 737,37	99,62%
a	grunty własne	-108 500,00	88,69%	14 700,00	101,73%
b	budynki i budowle	-385 015,82	97,13%	-246 553,68	98,11%
c	urządzenia techniczne i maszyny	-365 482,15	85,55%	-249 651,25	88,46%
d	środki transportu	-17 960,75	0,00%	31 217,17	
e	inne środki trwałe	-835 607,06	72,89%	381 550,39	116,98%
2.	Środki trwałe w budowie				
III.	Należności długoterminowe (1+2)				
IV.	Inwestycje długoterminowe (1+2+3+4)				
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe (1+2)	-10 050,00	76,00%	-10 050,00	68,42%
B.	AKTYWA OBROTOWE (I+II+III+IV)	-1 492 860,35	77,24%	-478 213,80	90,56%
I.	Zapasy (1+2+3+4+5)	32,66	100,01%	-18 932,24	95,48%
II.	Należności krótkoterminowe (1+2)	-1 445 626,30	68,63%	792 529,73	125,06%
III.	Inwestycje krótkoterminowe	30 732,55	102,13%	-1 251 679,29	15,06%
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	-77 999,26	13,40%	-132,00	98,91%
1.					
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	-77 999,26	13,40%	-12 068,49	0,00%
	Suma aktywów (A+B)	-3 218 506,62	87,90%	-544 475,63	97,67%

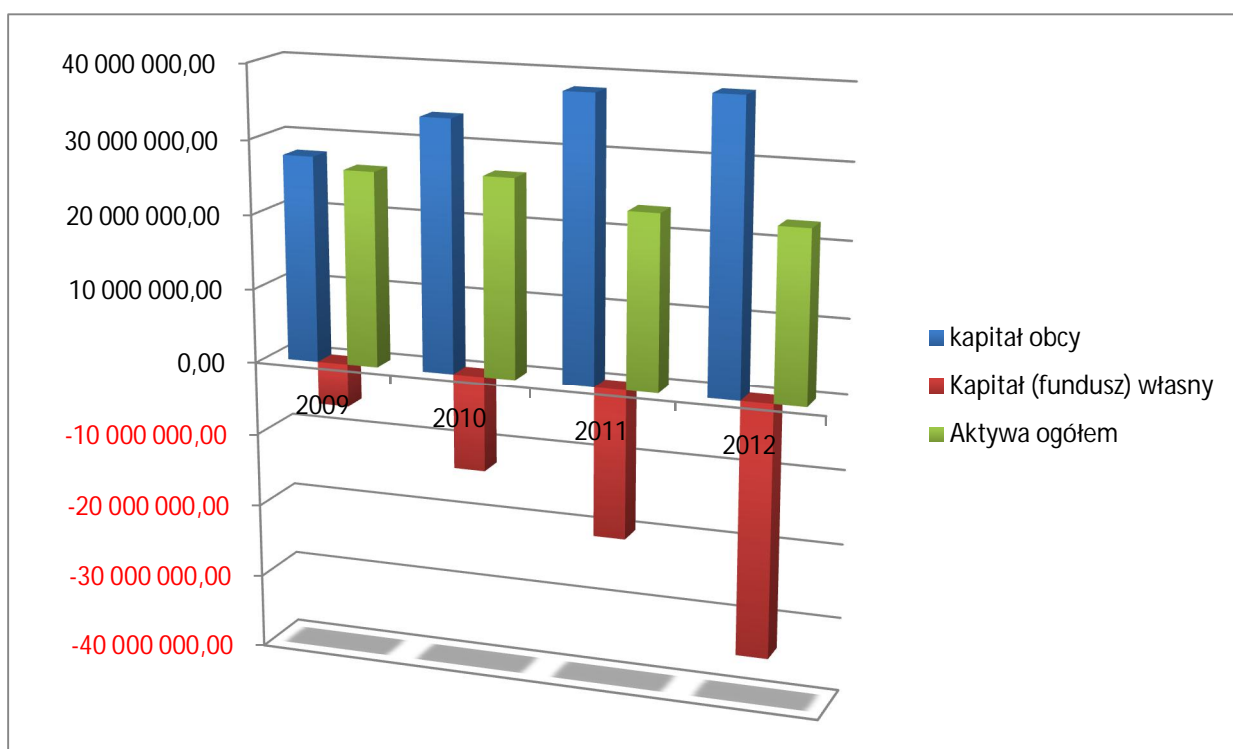
Tabela : opracowanie własne.

	P A S Y W A	zmiana stanu	2011/2010	zmiana stanu	2012/2011
A.	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY (I+II+III+IV+V+VI+VII+VIII+IX)	-7 199 320,76	156,07%	-13 918 232,44	169,45%
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	-1 185 305,39	94,72%	-12 168 128,88	42,78%
II.	Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)				
III.	Udziały (akcje) własne				
IV.	Kapitał (fundusz) zapasowy	-3 238 417,56	0,00%		
V.	Kapitał (fundusz) rezerwy z aktualizacji wyceny				
VI.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe				
VII.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-4 230 498,45	113,59%	-6 527 546,26	118,46%
VIII.	Zysk (strata) netto	1 454 900,64	80,35%	4 777 442,70	19,68%

IX.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)				
B.	ZOBOWIAZANIA I REZERWY NA ZOBOWIAZANIA	3 980 814,14	110,09%	13 373 756,81	130,80%
I.	Rezerwy na zobowiązania	-1 102 085,74	80,01%	60 454,74	101,37%
II.	Zobowiązania długoterminowe	-2 414 268,70	70,54%	3 035 310,48	152,50%
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	6 727 848,41	126,33%	-2 292 840,85	92,90%
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	769 320,17	541,58%	12 570 832,44	1432,30%
	Suma pasywów (A+B)	-3 218 506,62	87,90%	-544 475,63	97,67%

Tabela : opracowanie własne.

Graficznie zmiany w aktywach i pasywach przedstawiają się następująco



Wykres : opracowanie własne.

Główną przyczyną zmniejszenia wartości pasywów na dzień 31.12.2012 roku był spadek wartości zobowiązań krótkoterminowych, przy wzroście zobowiązań długoterminowych. W wyniku zmiany regulacji ustawowych nastąpiła znaczna zmiana struktury pasywów - zmniejszenie kapitałów własnych na rzecz długo i krótkoterminowych rozliczeń międzyokresowych przychodów.

7. ANALIZA SWOT

7.1. ANALIZA SWOT ODDZIAŁÓW SZPITALNYCH SZPITALA POWIATOWEGO W SKARŻYSKU KAMIENNEJ

ODDZIAŁ CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

W związku z bardzo szerokim, jeśli chodzi o ilość i różnorodność schorzeń obejmujących dziedzinę medycyny jaką są choroby wewnętrzne, przekrój hospitalizowanych pacjentów w Oddziale Chorób Wewnętrznych jest również zróżnicowany i obejmuje jednostki chorobowe znajdujące się na pograniczu innych specjalności medycznych.

Oddział Chorób Wewnętrznych posiada 55 łóżek.

Zatrudnionych jest 6 lekarzy, 27 pielęgniarek oraz pozostały personel tj. 11 osób.

Średnia liczba leczonych rocznie to 1 825 pacjentów.

Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontraktowi.

Wykonywane procedury w Oddziale Chorób Wewnętrznych to:

- choroby układu krążenia: wady serca, nadciśnienie tętnicze wtórne i oporne, niewydolność serca,
- choroby układu oddechowego: zator płucny, zapalenia płuc nietypowe, rozstrzenie oskrzeli, zwłóknienie i pylica płuc, niewydolność oddechowa,
- choroby wątroby i trzustki,
- choroby układu dokrewnego: cukrzyca z powikłaniami, stopa cukrzycowa, zaburzenia odżywiania,
- choroby naczyń: zachowawcze leczenie miażdżycy tętnic kończyn dolnych

Procedury rentowne stanowią ok. 50%

Procedury na granicy rentowności – ok. 30%

Procedury nierentowne – ok. 20%

S – mocne strony

- wykwalifikowana kadra medyczna
- dość dobre wyposażenie oddziału w sprzęt medyczny wykorzystywany w nieinwazyjnej diagnostyce kardiologicznej (aparatus do badań echokardiograficznych, zestaw do prób wysiłkowych, aparaty do badań metodą Holtera – EKG oraz ciśnienia tętniczego, centrala i monitory zapisu EKG na Sali R)

W – słabe strony

- niedobór „młodej” kadry medycznej wśród lekarzy, wynikający z konieczności oddelegowywania jej na staże specjalizacyjne,
- mniejsze zaangażowanie wyszkolonych lekarzy na zajęcie się procedurami bardziej skomplikowanymi i zwiększenie ilości wykonywanych badań np. echo serca, próby wysiłkowe, holtery, prowadzenie pacjentów cukrzycowych (m.in. w zakresie intensywnej insulinoterapii, leczenia zespołu stopy cukrzycowej),
- braki podstawowych materiałów pomocniczych, takich jak papier do drukarek, tonery, wkładki do dokumentacji medycznej

O – szanse

- połączenie i umiejscowienie Oddziału Chorób Wewnętrznych w głównym budynku szpitala, co ułatwiłoby współpracę personelu i umożliwiłoby hospitalizację pacjentów z innymi poza internistycznymi schorzeniami,
- w związku z posiadaniem specjalistów takich dziedzin medycyny jak kardiologia, diabetologia, angiologia (lekarz w trakcie hospitalizacji) istnieje możliwość rozwoju oddziału w tych kierunkach np. kardiodiabetologia,
- zwiększenie „młodej” kadry medycznej zmotywowanej do szkoleń i zdobywania nowych umiejętności,
- poszerzenie zakresu świadczeń o badanie endoskopowe układu oddechowego (bronchoskopia) i pokarmowego (gastroskopia), co wiąże się z koniecznością zakupu bronchoskopu,
- rozwój procedur związanych z leczeniem zespołu stopy cukrzycowej – procedura wysoko wyceniona przez NFZ,

- możliwość poszerzenia diagnostyki o badania ultrasonograficzne typu dopplerowskiego naczyń kończyn dolnych oraz badania pedobarograficzne – konieczność zakupu dodatkowego sprzętu medycznego w postaci pedobarografu oraz ultradźwiękowego miernika przepływu w naczyniach obwodowych,
- poszerzenie i rozwój procedur diabetologicznych – konieczność zakupu systemu do ciągłego monitorowania glikemii,
- możliwość wdrożenia procedur angiologicznych (diagnostyka i leczenia chorób naczyń obwodowych) – konieczność zakupu cyfrowego mikroskopu do kapilaroskopii oraz kolorowej drukarki laserowej do dokumentacji,
- udział w programach terapeutycznych finansowanych przez NFZ

T – zagrożenia

- brak szybkiej konsultacji chorego przez lekarza innej specjalności (oddział znajduje się poza głównym budynkiem szpitala),
- konieczność angażowania się kadry lekarskiej i pielęgniarskiej w sprawy pozamedyczne
- rozliczanie świadczeń u pacjentów przenoszonych między oddziałami, głównie z oddziałów zabiegowych, z powodu powikłań lub internistycznych chorób towarzyszących (ponowna hospitalizacja w tej samej placówce w okresie nieprzekraczającym 14 dni od poprzedniej nie jest finansowana przez NFZ lub wymaga dodatkowych uzasadnień, wymagających zaakceptowania przez NFZ).

ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

Oddział Pediatryczny jest oddziałem o profilu ogólnopediatrycznym. Przyjmuje dzieci w wieku od 0-18 roku życia.

Oddział Pediatryczny posiada 35 łóżek.

Zatrudnionych jest 4 lekarzy na 3,85 etatu, 15 pielęgniarek oraz pozostały personel tj. 4 osoby.

Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontraktowi.

Średnia liczba leczonych rocznie to 1 106 pacjentów.

Wykonywane procedury w Oddziale Pediatrycznym to:

- zapalenia płuc,
- biegunki,
- infekcje układu moczowego,
- diagnostyka bólów brzucha, głowy, omdlenia, padaczki, stany gorączkowe oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze.

Procedury rentowne:

- niewydolność oddechowa – 3%
- zapalenia płuc – 25%
- zatrucia – 3%
- nieżyty żołądkowo jelitowe – 20%

Procedury nierentowne:

- pobyty jednodniowe (wypisy na żądanie przed ukończeniem leczenia)

S – mocne strony

- wykształcona kadra lekarska,
- wykształcona kadra pielęgniarska.

W – słabe strony

- brak miejsc dla pobytu rodziców z dzieckiem w oddziale,
- brak zaplecza higienicznego dla rodziców oraz dzieci z odcinka biegunkowego.

O- szanse

- zakup sprzętu (pompy infuzyjne, defibrylator, aparat do EKG, pulsoksymetr)

T – zagrożenia

- długi okres oczekiwania na wyniki badań rtg u małych dzieci (do 3 lat),
- brak możliwości konsultacji neurologicznej u małych dzieci <14 roku życia,
- brak możliwości wykonania diagnostyki okulistycznej, brak konsultacji kardiologa dziecięcego (wykonania echo serca, holtera u dzieci <16 roku życia).

ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY

Oddział podzielony jest na 3 części :

2. Intensywny Nadzór Neonatologiczny, gdzie leczy się i obserwuje wcześniaki, prowadzi intensywną terapię. Odcinek ten jest wyposażony w respirator , CPAP-y, kardiomonitor, pulsoksymetry, pompy infuzyjne,
3. Sale rooming in, w którym matki przebywają razem z dziećmi zdrowymi. W salach tych prowadzi się również leczenie i obserwację (wlewy kroplowe, iniekcje leków, fototerapię), aby jak najrzadziej dochodziło do rozłączania matki z dzieckiem,
4. Oddział Septyczny, gdzie leczy się dzieci i matki chore. Odcinek ten składa się z 2 sal (3+3 oraz 2+2) oraz bardzo małej sali intensywnego nadzoru.

Do Oddziału Neonatologicznego przyjmowane są noworodki po porodach fizjologicznych i patologicznych, cięciach cesarskich, oraz do 28 dnia życia z innego oddziału lub z domu.

Oddział Neonatologiczny posiada 30 łóżek.

W Oddziale obsada w etatach przedstawia się następująco: 1,85 lekarzy neonatologów, 0,5 etatu lekarza pediatry, 17,70 pielęgniarek oraz pozostały personel tj. 2 etaty.

Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontaktowi.

Średnia liczba leczonych rocznie to 701 noworodków.

Wykonywane procedury w Oddziale Neonatologicznym to:

- N20 Noworodki zdrowe
- N25 noworodki wymagające wzmożonego nadzoru
- N24 Noworodki wymagające szczególnej opieki
- N23 Noworodki wymagające intensywnej opieki
- N22 Noworodki wymagające intensywnej terapii

Każdy pacjent jest dla nas bardzo „cenny”, każdy przynosi korzyści. Szczególnie procedury dotyczące grupy N 22-wymagające intensywnej opieki są bardzo dobrze punktowane. Wymagają one jednak specjalistycznego leczenia, sprzętu i diagnostyki.

S – mocne strony

- wykształcona kadra lekarska,
- wykształcona kadra pielęgniarska,
- pogłębiamy swoją wiedzę na kursach i szkoleniach (aktualnie pielęgniarka jest w trakcie specjalizacji neonatologicznej),
- kadra pielęgniarska jest zatrudniona w dostatecznej ilości,
- prowadzimy leczenie stanów patologicznych na poziomie II^o referencyjności tzn. wcześniaki powyżej 31-32 hbd oraz chore noworodki donoszone,
- stosujemy różne metody wsparcia oddechowego i tlenoterapii,
- leczymy zakażenia, również ciężkie, żółtaczkę oraz inne patologie noworodkowe,
- całodobowo telefonicznie udzielamy porad dotyczących problemów związanych z karmieniem piersią,
- posiadamy nowoczesny inkubator oraz, który otrzymaliśmy od fundacji WOŚP,
- Szpital posiada tytuł „Szpital przyjazny dziecku”, co znaczy, że promujemy wyłącznie karmienie piersią oraz najwyższe standardy zapewniające bezpieczeństwo noworodkowi (przebywanie na sali z matką, szczepienia i iniekcje przy matce, zabiegi pielęgnacyjne).

W – słabe strony

- możemy przyjmować do oddziału dzieci z domu lub z innego oddziału tylko do 28 dnia życia (wielokrotnie zachodzi potrzeba przyjęcia dziecka powyżej tego wieku np. po leczeniu w oddziale klinicznym, jednakże brak kontraktu z NFZ uniemożliwia leczenie takich pacjentów),
- w oddziale pracuje niedostateczna ilość lekarzy (konieczne jest przyjęcie 1 lekarza neonatologa lub pediatry, gdyż słaba obsada lekarska znacznie ogranicza możliwość dalszego doksztacania (usg, echo serca, konferencje, kursy),
- posiadamy tylko 1 nowoczesny inkubator (12 – letni) od WOŚP,
- posiadamy tylko 1 nowoczesny CPAP- Infant Flow od WOŚP, drugi jest bardzo stary

- i przystosowany do użycia przez naszego pracownika z działu technicznego,
- kardiomonitor jest przestarzały,
- brak sprężonego powietrza na sali porodowej oraz w części septycznej (niemożność prowadzenia prawidłowej resuscytacji oraz wentylacji),
- sala do intensywnego nadzoru w części septycznej ma bardzo małą powierzchnię i nie spełnia wymogów do leczenia i obserwacji.

O – szanse

- zakup nowoczesnego sprzętu:
 - ✓ przynajmniej 2 inkubatorów,
 - ✓ CPAP-u,
 - ✓ kardiomonitora,
 - ✓ puls oksymetru,
 - ✓ czujników bezdechu (2 sztuki),
 - ✓ konieczność zakupu przynajmniej 2 rejestratorów bezdechu oraz puls oksymetru.
- przyjmowanie większej ilości pacjentów.

T – zagrożenia

- odsyłanie pacjentów do oddziału klinicznego, gdyż konieczna terapia przewyższa możliwości leczenia na poziomie II stopnia,
- utrudniony dostęp do badań EKG, USG jamy brzusznej oraz uzyskania opisów zdjęć radiologicznych (tylko 2 razy w tygodniu),
- połączenie z Oddziałem Pediatrycznym, co znacznie pogorszyłoby jakość opieki i leczenia oraz doprowadziłoby do spadku do I stopnia poziomu referencyjności, co z kolei wiązałoby się ze znacznym pogorszeniem finansowania przez NFZ, dyżur dzielony z Oddziałem Pediatrycznym stwarzałby zagrożenie dla jakości życia i bezpieczeństwa nowonarodzonych dzieci oraz niemożliwe byłoby prowadzenie intensywnej terapii, leczenie wcześniaków oraz cięższych stanów patologicznych.
- stosowanie przestarzałego sprzętu,

- stale zmniejszający się przyrost naturalny w powiecie, migracja populacji w wieku rozrodczym do dużych miast oraz wzrastające bezrobocie w naszym województwie.

ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH

Oddział Chorób Zakaźnych posiada 16 łóżek.

Zatrudnionych jest 1,7 lekarzy, 12 pielęgniarek oraz pozostały personel tj. 2 osoby.

Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontraktowi.

Średnia liczba leczonych rocznie to 676 pacjentów.

Wykonywane procedury w Oddziale Chorób Zakaźnych to:

- neuroinfekcje,
- żółtaczkę do diagnostyki,
- zapalenia wątroby wirusowe, toksyczne (polekowe i poalkoholowe),
- marskość wątroby o różnej etiologii,
- biegunki zakaźne i o innej etiologii,
- choroby pasożytnicze, odzwierzęce,
- choroby wirusowe np. CMV,
- mononukleozę,
- powikłania chorób wieku dziecięcego u osób dorosłych,
- grypa,
- zapalenia płuc (w tym atypowe),
- zapalenia skóry,
- gronkowiec złocisty metycylinooporny,
- gorączki o nieustalonej etiologii,
- borelioza (wszystkie etapy).

Do procedur nierentownych należą:

- ropne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (77pkt) – koszt miesięcznego leczenia antybiotykami pacjenta, gdzie niejednokrotnie trzeba wykonać szereg badań diagnostycznych jest niewspółmiernie niski do poniesionych kosztów,
- marskość wątroby niewyrównana (98pkt) – to pacjenci najczęściej ze współistniejącymi zakażeniami, niewydolnością wątroby i zaburzeniami krzepnięcia krwi,
- borelioza II etap postać stawowa (40 pkt) – czas leczenia antybiotykiem dożylnym waha się w granicach 2-3 tygodni (koszt wyższy od zakontraktowanego).

S – mocne strony

- dział jako jedyny w województwie posiada możliwość izolacji chorych,
- przy Oddziale działają Poradnia Chorób Zakaźnych oraz Punkt Konsultacyjny szczepień p/wścieklicznie czynny całą dobę przez 7 dni w tygodniu,
- prowadzone jest doradztwo dla pracowników szpitala po ekspozycjach zawodowych.

W – słabe strony

- brak możliwości wykorzystania urlopów wypoczynkowych z powodu braku znacznej ilości kadry medycznej

O – szanse

- zatrudnienie 1 lekarza dałoby szansę wypracowania większego kontraktu

T – zagrożenia

- zbyt mała obsada lekarska

ODDZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii zajmuje się leczeniem pacjentów będących w stanie zagrożenia życia, głównie z niewydolnością oddechową, wymagających różnorodnych metod wspomagania wentylacji, niewydolnością krążenia, OUN, po reanimacjach, zatruciach,

urazach wielonarządowych, rozległych zabiegach operacyjnych oraz z ciężką sepsą. Wykonywane są badania anestezjologiczne i kwalifikacje do znieczulenia pacjentów przed zabiegami operacyjnymi. W Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii wykonywane są wszystkie rodzaje znieczulenia (ogólne, regionalne) do zabiegów operacyjnych na Bloku Operacyjnym, w Oddziale Położniczym, Pracowni Endoskopowej oraz salach zabiegowych na terenie szpitala. Prowadzone jest leczenie i monitorowanie pacjentów w okresie pooperacyjnym, oddział dysponuje czterema stanowiskami nadzoru pooperacyjnego. U wszystkich chorych po zabiegu operacyjnym stosowane jest planowe leczenie bólu pooperacyjnego.

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii posiada 5 łóżek.

Zatrudnionych jest 2 lekarzy kontraktowych, 3 lekarzy na umowę o pracę,

25 pielęgniarek oraz pozostały personel tj. 2 osoby.

Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontraktowi.

Średnia liczba leczonych rocznie to 103 pacjentów.

Wykonywane procedury w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii:

Pacjenci leczeni w Oddziale Intensywnej Terapii nie są rozliczani z NFZ wg procedur JGP ale wg skali TISS 28+, za każdy osobodzień. Nie jest więc możliwa kategoryzacja rentowności stosowanych procedur. W związku ze specyfiką pacjentów leczonych w OIT oraz w/w sposobem rozliczania z NFZ, nie jest też możliwe zaplanowanie większej ilości przyjęć do OIT i zwiększenia przychodów. Jediną drogą pozyskania dodatkowych punktów jest stosowanie procedur zawartych w katalogu świadczeń do sumowania, takich jak: ciągłe leczenie nerkozastępcze, plazmafereza, dializa wątrobowa, implantacja portów naczyniowych, przetaczanie preparatów krwiopochodnych, diagnostyka potencjalnego dawcy narządów.

S – mocne strony

- dobrze wyszkolona kadra lekarska i pielęgniarska
- nowoczesne wyposażenie oddziału,
- spełniająca normy powierzchnia oddziału,
- akredytacja do szkolenia specjalizacyjnego w zakresie Anestezjologii

i Intensywnej Terapii (pięć miejsc szkoleniowych).

- Stała gotowość personelu do prowadzenia i koordynowania zaawansowanych zabiegów resuscytacyjnych u pacjentów na terenie szpitala.
- prowadzenie konsultacji pacjentów w stanach zagrożenia życia w innych oddziałach szpitalnych.

W – słabe strony

- niedobór kadry lekarskiej i pielęgniarskiej,
- usytuowanie na dużej powierzchni tylko 5 łóżek,
- brak oddzielnego finansowania leczenia pacjentów w OIT oraz procedur anestezyjologicznych wykonywanych dla oddziałów zabiegowych,
- koszty procedur anestezyjologicznych zawarte są w procedurach operacyjnych działów zabiegowych i tak finansowane przez NFZ. Aktualna sytuacja, w której przychody za procedury anestezyjologiczne wpływają do oddziałów zabiegowych, a koszty ponosi Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii pogłębia istniejący deficyt, zwłaszcza w przypadku wzrastającej liczby zabiegów operacyjnych.

O – szanse

- zakontraktowanie szóstego łóżka pozwoliłoby zmniejszyć deficyt łóżek w OIT w stosunku do ogólnej liczby łóżek w szpitalu oraz pozwoliłoby utrzymać akredytację w zakresie szkolenia w dziedzinie Anestezjologii i IT.
- możliwość wliczenia kosztów anestezyjologicznych (koszty osobowe, koszty leków, gazów anestetycznych, koszty naprawy i amortyzacji sprzętów używanych tylko na salach operacyjnych) w koszty Bloku Operacyjnego poprawiłaby bilans roczny oddziału,
- zakontraktowanie szóstego stanowiska intensywnej terapii,
- rozszerzenie działalności oddziałów zabiegowych i wykorzystanie wszystkich sal na Bloku Operacyjnym,
- poszerzenie działalności medycznej Działu AiIT:
 - całodobowa działalność Oddziału Pooperacyjnego – poprawiłoby to znacznie opiekę nad pacjentem w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym oraz umożliwiło lepszy nadzór

nad leczeniem bólu pooperacyjnego,

- wprowadzenie procedury znieczulenia do porodu siłami natury,
 - wznowienie działalności Poradni Anestezjologicznej, nie tylko w zakresie konsultacji przed planowymi zabiegami operacyjnymi, ale także w zakresie leczenia bólu przewlekłego,
 - stosowanie procedur podlegających sumowaniu w OIT, takich jak: ciągła terapia nerkozastępcza, plazmafereza, dializa wątrobowa. Wymaga to zakupu specjalistycznego sprzętu, jednak z uwagi na korzystne finansowanie w/w procedur, stosowanie ich jest opłacalne. Ze względu na wykonywanie dializy wątrobowej w przeszłości, część personelu w oddziale jest w tym zakresie przeszkolona.
- wprowadzenie podwójnego dyżuru anestezjologicznego
- zakup sprzętu:
- aparat do ciągłych terapii nerkozastępczych i plazmaferezy,
 - defibrylator – wymagany do wyposażenia OIT,
 - aparat do wykonywania EKG,
 - respirator,
 - pompy strzykawkowe – konieczne na Blok Operacyjny (min.dwie),
 - aparat do dializy wątrobowej,
 - zakup aparatu USG do wykonywania blokad obwodowych oraz bronchofiberoskopu z podwójnym kanałem roboczym.

T – zagrożenia

- dalszy "odpływ" kadry medycznej, który mógłby spowodować niewydolność pracy Bloku Operacyjnego i niewykonanie kontraktu przez oddziały zabiegowe a także dalszy, niekorzystny sposób rozliczania i finansowania przez NFZ świadczeń anestezjologicznych.

ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY

Profil działalności oddziału położniczo-ginekologicznego obejmuje: schorzenia z zakresu ginekologii leczone zachowawczo i operacyjnie, diagnostyka i leczenie schorzeń

z zakresu patologii ciąży, prowadzenie porodów fizjologicznych i patologicznych, opieka poporodowa, schorzenia okresu połogu, diagnostyka endokrynologiczna z zakresu ginekologii i położnictwa.

Oddział Położniczo-Ginekologiczny posiada 59 łóżek.

Zatrudnionych jest 6,48 lekarzy, 28,60 pielęgniarek oraz pozostały personel tj. 8 osób.

Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontraktowi.

Średnia liczba leczonych rocznie to 2 205 pacjentek.

S – mocne strony

- wykwalifikowana kadra medyczna lekarzy i położnych,
- zatrudniony specjalista endokrynologii,
- dwóch lekarzy dyżurnych w dziale,
- stały dyżur anestezyjologa, chirurga i internisty w szpitalu,
- najwięcej pacjentów hospitalizowanych w roku spośród działów szpitala,
- uprawnienia do specjalizowania w zakresie położnictwa i ginekologii (3 miejsca specjalizacyjne),
- szeroki zakres operacji ginekologicznych: laparotomia, minilaparotomia, laparoscopia, histeroscopia, operacje pochwowe w tym operacje w zaburzeniach statyki narządu rodnego i nietrzymania moczu z użyciem materiału syntetycznego,
- zakres badań diagnostycznych: badania urodynamiczne, endoscopia, kolposkopia, endokrynologia, diagnostyka niepłodności w tym badanie drożności jajowodów,
- krioterapia zmian zewnętrznych narządów płciowych,
- II poziom referencyjności w zakresie położnictwa i neonatologii,
- sala cięć cesarskich przy sali porodowej, znieczulenie bólu porodowego wziewne podtlenkiem azotu,
- szkoła rodzenia w systemie opieki przedporodowej i system rooming in w opiece poporodowej,
- poradnia ginekologiczno-położnicza,
- dobre warunki hospitalizacji w części położniczej

W – słabe strony

- brak pracowni USG wyłącznie na potrzeby działu,
- brak aparatu ktg do prowadzenia porodu bliźniaczego i brak aparatów ktg z systemem telemetrycznym,
- brak wanny w pokoju przedporodowym,
- brak resektoskopu do operacji wewnątrz jamy macicy: usuwanie mięśniaków i przegród, ablacja endometrium,
- brak możliwości usuwania macicy i mięśniaków drogą laparoskopii (brak morcelatora, manipulatora i pętli, niedostateczne instrumentarium),
- brak systemu elektrochirurgicznego zamykania naczyń (termostapler) ogranicza możliwości operacji drogą pochwową, zwiększa zużycie nici chirurgicznych i wydłuża czas operacji
- brak wideokolposkopu,
- brak możliwości znieczulenia zewnątrzoponowego do porodu,
- brak sekretarki medycznej na pełnym etacie
- niedostateczne warunki hospitalizacji w części ginekologicznej i septycznej (brak łazienek przy na salach chorych),
- brak łóżek intensywnej opieki medycznej,
- brak histopatologa w szpitalu do badań śródoperacyjnych i pracowni cytologicznej
- dostęp do preparatów krwi w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kielcach

O – szanse

- zwiększenie kontraktu z NFZ (zwiększenie ilości hospitalizowanych pacjentek i wykonywanych procedur) poprzez :
 - poszerzenie zakresu operacji ginekologicznych.
 - wprowadzenie warunków do prowadzenia intensywnej opieki medycznej w zakresie ginekologii, położnictwa i patologii ciąży,
 - poprawa warunków hospitalizacji w części ginekologicznej i położnictwa septycznego - wybudowanie łazienek przy salach chorych
 - poprawa warunków odbywania porodów (zakup wanny dla rodzących w sali przedporodowej), oraz wprowadzenie znieczulenia zewnątrzoponowego porodów jako

postępowania standardowego

- wypełnienie standardów prowadzenia porodów w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa wewnątrzmacicznego płodu i leczenia krwotoków poporodowych (wyposażenie sal porodowych w co najmniej 2 kardiotokografy z analizą komputerową zapisu i systemem telemetrycznym w tym jeden do monitorowania ciąży dwupłodowej, wyposażenie części patologii ciąży w co najmniej 2 kardiotokografy z analizą komputerową zapisu, wprowadzenie położniczego systemu informacyjnego, zakup balonu Bakri do leczenia krwotoków poporodowych
- poszerzenie diagnostyki w zakresie chorób nowotworowych sromu, pochwy i szyjki macicy, zawarcie kontraktu z NFZ w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy (utworzenie pracowni cytologicznej w tym zakup mikroskopu, zakup wideokolposkopu)
- utworzenie pracowni USG w oddziale dostępnej non-stop przez 24 godziny na dobę wyłącznie dla działów położniczo-ginekologicznego i noworodków zgodnie z warunkami wymaganymi dla oddziału z II stopniem referencyjności zapisanymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 17/2011/DSOZ z 6 kwietnia 2011.
- zakup aparatu USG zapewniającego wykonanie badań zgodnych z profilem udzielanych świadczeń: (cztery głowice: brzuszna typu convex, endowaginalna, liniowa i przeciemiączkowa, funkcja badań metodą kolorowego Dopplera, możliwość archiwizacji badań)
- wprowadzenie badań prenatalnych w oparciu o utworzoną pracownię USG i diagnostykę laboratoryjną, zawarcie kontraktu z NFZ na wykonywanie badań prenatalnych,
- docelowo stworzenie warunków do uzyskania statusu oddziału III poziomu referencyjności dla położnictwa i noworodków zgodnie z wymaganiami zapisanymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 17/2011/DSOZ z 6 kwietnia 2011.
- wprowadzenie chemioterapii nowotworów narządów płciowych,
- leczenie niepłodności metodami wspomaganego rozrodu,
- poprawa warunków pracy w dziale (wydzielenie dyżurek położnych, wydzielenie pokoju socjalnego dla położnych)

T – zagrożenia

- zbyt mała ilość porodów

ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGII

Profil działania Oddziału:

- ✓ ostre i przewlekłe schorzenia laryngologiczne dzieci i dorosłych – leczenie zachowawcze i operacyjne (od 6 roku życia),
- ✓ zabiegi operacyjne – operacje migdałków podniebiennych i gardłowych, operacje skrzywionej przegrody nosa, operacje polipów nosa, operacje endoskopowe zatok szczękowych, operacje mikrochirurgiczne krtani, całkowite usunięcie krtani z powodu nowotworu złośliwego, operacje ślinianek podżuchwowych i przyusznych, operacje wad wrodzonych takich jak torbiele środkowe i boczne szyi, operacje nowotworów warg i języka, operacje węzłów chłonnych szyi, operacje nowotworów skóry z rekonstrukcją wolnym przeszczepem skóry oraz rekonstrukcje płątowe włącznie z rekonstrukcjami dermatomowymi.

S – mocne strony

- kompleksowość świadczonych usług,
- jedyny oddział laryngologiczny na 3 powiaty (skarżyski, szydłowiecki, starachowicki),
- dwóch dobrych operatorów,
- dobry odbiór oddziału przez pacjentów (przekroczony kontrakt roczny o ponad 100%)
- operowani pacjenci z różnych powiatów, spoza zasięgu terytorialnego szpitala (powiaty ostrowiecki, konecki, jędrzejowski, kielecki, buski)

W – słabe strony

- pomieszczenia nie spełniają wymogów rozporządzenia Ministra Zdrowia (brak pokoi z własnymi węzłami sanitarnymi),
- zbyt mała powierzchnia przypadająca na łóżko,

- sale o dużej liczbie łóżek (2 sale 8 łózkowe),
- brak oddzielnej sali dla dzieci (uniemożliwia to przeprowadzenie operacji u dzieci),
- za mała sala zabiegowa,
- brak pomieszczenia do badań audiometrycznych,
- brak stałych ssaków na sali zabiegowej i salach chorych.

O- szanse

- zwiększenie kontraktu spowoduje zbilansowanie Oddziału i przynoszenie zysków

T – zagrożenia

- niedobór specjalistów
- brak stabilizacji

ODDZIAŁ NEUROLOGII, UDAROWY, REHABILITACJI NEUROLOGICZNEJ

Ze względu na specyfikę działalności te oddziały należy analizować łącznie.

W skład Oddziału Neurologii wchodzi:

- ✓ Oddział Neurologii (gdzie liczba łóżek wynosi 17, zatrudnionych jest 2 lekarzy kontraktowych oraz 8,87 lekarzy zatrudnionych w stosunku pracy, pielęgniarek jest 21,10 oraz inny personel tj.13,89, średnia liczba leczonych pacjentów to 1 090)
- ✓ Oddział Udarowy (gdzie liczba łóżek wynosi 16, średnia liczba leczonych pacjentów to 767),
- ✓ Oddział Rehabilitacji Neurologicznej (gdzie liczba łóżek wynosi 10, zatrudnionych jest 1 lekarz kontraktowy, 5 pielęgniarek oraz inny personel tj. 3,20, średnia liczba leczonych pacjentów to 78),
- ✓ Pracownia EEG,
- ✓ Stanowisko do wykonywania badań sonograficznych.
- ✓ Poradnia Leczenia Padaczki i Poradnia Chorób Naczyniowych Mózgu.
- ✓ Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontraktowi

Profil działania działu to choroby układu nerwowego oraz rehabilitacja chorych neurologicznie.

Wykonywane procedury w Oddziale Neurologii:

W Oddziale Udarowym rentowne procedury to A51 (2 do 4 miesięcznie) i A48 (od 25 do 30 miesięcznie).

W Oddziale Neurologicznym najbardziej rentowne A67 (5-8 miesięcznie), A45 (7-10 miesięcznie).

W Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej hospitalizujemy tylko chorych najcięższych o maksymalnej punktacji w JGP.

S – mocne strony

- czworo doświadczonych lekarzy specjalistów (w tym jeden z certyfikatem EEG oraz dwie lekarki z umiejętnością w zakresie USG Doppler tętnic szyi i śródmózgowych, jeden z lekarzy ukończył studia podyplomowe w zakresie zarządzania służbą zdrowia, jedna lekarka ukończyła studia podyplomowe w zakresie rehabilitacji neurologicznej, posiadanie zaplecza kadrowego lekarskiego - cztery lekarki w trakcie specjalizacji, kilka doświadczonych z tytułami magistrów pielęgniarek, dwie z nich posiadają umiejętność udokumentowaną certyfikatem wykonywania EEG i Holtera EEG),
- własny aparat USG do wykonywania badań naczyniowych,
- własny aparat EEG i Holter EEG,
- doświadczenie w zakresie stosowania trombolizy dożylniej,
- doświadczenie w prowadzeniu programu terapeutycznego - Leczenie stwardnienia rozsianego.
- stawiamy na doskonalenie się i rozwój w zakresie diagnostyki i leczenia naczyniowych chorób mózgu, w tym neurologii inwazyjnej, stwardnienia rozsianego oraz rozszerzenia leczenia o możliwość podawania mitoksantronu - leku cytostajycznego.

W – słabe strony

- niepewność utrzymania specjalistów w pracy w szpitalu,
- brak stałego konsultanta internisty,
- niski poziom "usług hotelowych" - brak łazienek w salach,

- fatalny stan techniczny większości łóżek,
- brak odpowiedniej ilości kardiomonitorów i duża awaryjność posiadanych,
- długi czas pobytu chorego w szpitalu,
- pokój sekretariatu oddziału jest wspólny z pomieszczeniem socjalnym dla pielęgniarek.

O – szanse

- wzrastająca liczba przypadków naczyniowego uszkodzenia mózgu i udarów związana ze starzeniem się społeczeństwa,
- wzrastająca liczba pacjentów wymagających rehabilitacji neurologicznej
- wzrastająca liczba przypadków chorób otępiennych, które mogą być diagnozowane w warunkach szpitalnych,
- zatrzymanie specjalistów, tworzenie własnej ze specjalizujących się w szpitalu lekarzy
- stworzenie dobrych warunków pracy - lokale, narzędzia i organizację,
- podniesienie jakości usług "hotelowych" dla pacjentów,
- stworzenie możliwości wykonywania angiografii w naszym Szpitalu,
- stworzenie posiadania stacjonarnej pracowni NMR,
- dalsza komputeryzacja naszego Szpitala,
- wymiana części łóżek
- stałe uzupełnianie braków w sprzęcie – kardiomonitorory
- "wprowadzenie" łazienek do sal chorych,
- zatrudnienie lekarza specjalisty chorób wewnętrznych w wymiarze co najmniej 2 godzin codziennie,
- zwiększenie kontraktu Poradni Neurologicznej na tyle aby pacjenci po leczeniu szpitalnym, przede wszystkim po udarze mózgu i chorych z padaczką mogli być przyjęci po raz pierwszy w ciągu 30 dni od daty wypisu (wiąże się to z większą punktacją za poradę lekarską)

T – zagrożenia

- rosnąca w sąsiednich powiatach konkurencja i być może większe ich możliwości finansowe.

SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

SOR jest oddziałem stanów nagłych, działającym w systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego. Podstawowym zadaniem oddziału jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, polegających na wstępnej diagnostyce, oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Przerywanie mechanizmów śmierci wczesnej już na progu szpitala i niezależnie od przyczyny jej zaistnienia jest najważniejszym zadaniem SOR. Ponadto SOR udziela świadczeń diagnostycznych i leczniczych osobom stabilnym w rozumieniu czynności życiowych poszkodowanych w wypadkach (bez względu na wiek) oraz chorym przybyłym z powodu nagłych zagrożeń pochodzenia wewnętrznego lub będących następstwem zatrucia, wpływu czynników środowiskowych i/lub innych czynników zewnętrznych. Pomoc medyczna udzielana jest zarówno pacjentom przywiezionym do szpitala przez ambulanse ratunkowe, jak również przybyłym do szpitala samodzielnie. SOR pełni również dodatkowo funkcję izby przyjęć szpitala; w oddziale prowadzona jest wstępna diagnostyka i wstępne leczenie większości pacjentów zgłaszających się ze skierowaniami do hospitalizacji.

SOR posiada 4 łóżka.

Zatrudniony jest 1 lekarz kontraktowy, 18 pielęgniarek oraz pozostały personel tj. 5 osób.

Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontraktowi.

Średnia liczba leczonych rocznie to 11 492 pacjentów.

Wykonywane procedury w SOR

SOR nie stosuje procedur JGP – jest rozliczany wg odrębnego algorytmu w formie ryczaftu. Wysokość ryczaftu uwarunkowana jest spełnieniem warunków dotyczących posiadanych składników, kadry, sprzętu oraz uwarunkowany jest ilością procedur wykonywanych u pacjentów. Wysokość ryczaftu ustalana jest raz do roku.

Nierentowne procedury:

- ✓ procedura ratunkowa nr 206 – drogie badania diagnostyczne np. tomografia komputerowa czy rezonans magnetyczny,
- ✓ wykonywanie diagnostyki rtg na rzecz oddziałów – procedura ratunkowa 205

- ✓ transport do domu – procedura ratunkowa nr 239 (czyli zlecenie transportu)

S- mocne strony

- SOR ze względu na profesjonalną kadre lekarską jest od ponad 10 lat akredytowanym środkiem szkolenia dla lekarzy specjalizujących się w dziedzinie medycyny ratunkowej,
- bardzo wysoki kontrakt – ponad 3 miliony złotych jest odzwierciedleniem ilości świadczeń (procedur ratunkowych) wykonywanych u pacjentów, którzy nie zostali przekazani z SOR do dalszej hospitalizacji w ZOZ,
- strategicznie bardzo dobra lokalizacja oddziału ratunkowego – przy ruchliwej trasie krajowej,
- SOR posiada kierownika ze specjalizacją w dziedzinie medycyny ratunkowej, pielęgniarkę koordynującą - specjalistkę pielęgniarstwa ratunkowego (powyższe fakty zwiększają wielkość ryczału z NFZ za strukturę),
- od końca 2012 r. dwóch lekarzy będzie odbywało szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny ratunkowej – wykonując jednocześnie bezkosztowo pracę na rzecz oddziału,
- wszyscy lekarze dyżurni posiadają kwalifikację lekarzy systemu, natomiast wszystkie pielęgniarki posiadają specjalizację i/lub kursy kwalifikacyjne uprawniające do pracy w ramach Systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego.

W – słabe strony

- brak lądowiska
- obecna architektura oddziału dyskwalifikuje go do dalszego świadczenia usług – poza licznymi niedostosowaniami oddział wkomponowany jest w przebieg głównej drogi pomiędzy wejściem głównym a oddziałami szpitala, co stanowi podstawową niezgodność z wymogami odnośnych przepisów,

O – Szanse

- pilne pozyskanie funduszy na dostosowanie architektoniczne i sprzętowe oddziału,
- budowa lądowiska,
- komputeryzacja,

- eliminacja błędów sprawozdawczości, które zaniżają przychód SOR,
- rozważenie całkowitego przejścia świadczeń udzielanych w SOR na hospitalizacje,
- stworzenie „bezkolizyjnego traktu komunikacyjnego, niezależnego od ogólnodostępnych traktów szpitalnych”
- podpisanie umowy z firmą ochroniarską na całodobową profesjonalną ochronę szpitala
- zainstalowanie kamer przemysłowych lub internetowych w poczekalni z podglądem z obszaru segregacji medycznej i przyjęć oraz z punktu ochrony
- zatrudnienie pracowników transportu wewnątrzszpitalnego do realizacji transportów pacjentów z izby przyjęć do oddziałów docelowych, do pracowni radiologii oraz transportu próbek badań do laboratorium,
- montaż wyświetlacza elektronicznego w poczekalni dla pacjentów informujący o szacunkowym czasie oczekiwania na badanie lekarskie,
- telewizor z dekoderem i aparaty do kawy do poczekalni dla pacjentów i ich rodzin,
- zorganizowanie poczekalni,
- brakujące zakupy sprzętowe.

T – zagrożenia

- bez zmiany lokalizacji oddziału tj. bez dobudowania pawilonu poza drogą ogólnszpitalną, nie będzie kontraktu dla SOR; w zastępstwie szpital będzie w stanie uzyskać dużo mniejszy przychód dla izby przyjęć, ale ilość pacjentów i rzeczywistych świadczeń do wykonania (oraz koszty z tym związane) pozostanie zbliżona – wynika bowiem ona z chorobowości i wypadkowości obszaru operacyjnego szpitala, a nie ze statusu jednostki,
- katastrofalne braki sprzętowe – obecnie oddział nie spełnia wymagań sprzętowych

REHABILITACJA

Rehabilitacja składa się z:

- ✓ Oddziału Rehabilitacji Diennej (gdzie liczba łóżek wynosi 10, zatrudniony jest 1 lekarz kontraktowy, 1,25 pielęgniarek, średnia liczba leczonych pacjentów to 216)

- ✓ Oddział Rehabilitacji Stacjonarnej (gdzie liczba łóżek wynosi 25, zatrudnionych jest 1,95 lekarzy, 11,75 pielęgniarek oraz inny personel tj. 4, średnia liczba leczonych pacjentów to 423),
- ✓ Poradnia Rehabilitacji i związany z nią Oddział Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej.
- ✓ Zabezpieczenie dyżurowe – lekarze kontaktowi

Oddziały Rehabilitacji Stacjonarnej i Diennej prowadzą rehabilitację ogólnoustrojową chorych. Leczeni są tu chorzy z ograniczoną sprawnością:

- ✓ po naczyniowym uszkodzeniu OUN,
- ✓ w przebiegu przewlekłych schorzeń układu nerwowego, następstw urazowego uszkodzenia układu nerwowego, powodu zmian przeciążeniowych i degeneracyjnych narządu ruchu,
- ✓ po urazowych uszkodzeniach układu kostno-stawowego,
- ✓ w następstwie zmian urazowych i deformacji układu ruchu,
- ✓ z powodu reumatoidalnych zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających,
- ✓ pacjentów onkologicznych po leczeniu chirurgicznym.

Oddział Wczesnej Rehabilitacji Neurologicznej prowadzi usprawnianie chorych poudarowych, po zabiegach na OUN i innych w okresie wczesnym – wymagającym szczególnego dozoru i nadzoru lekarskiego.

S- mocne strony

- ✓ szeroki profil schorzeń zabezpiecza najczęstsze przyczyny niepełnosprawności
- ✓ współpraca z innymi oddziałami (ortopedyczno-urazowym, neurologicznym, neurochirurgicznym)

W – słabe strony

- ✓ niska wycena procedur przez NFZ,
- ✓ brak stabilnych wymogów sprzętowo-kadrowych,
- ✓ duża czasochłonność procesu leczniczego,
- ✓ wysokie koszty zakupu sprzętu rehabilitacyjnego,
- ✓ brak dostępu do lekarza logopedy i psychologa.

O – Szanse

- ✓ zabezpieczenie kadrowe (lekarskie, pielęgniarskie, fizykoterapeutyczne),
- ✓ adaptacja pomieszczeń do obowiązujących wymogów,
- ✓ poprawa warunków sanitarnych (WC, prysznic) i przystosowanie ich do potrzeb niepełnosprawnych pacjentów,
- ✓ poprawa warunków pracy personelu fachowego,
- ✓ rozbudowanie bazy funkcjonowania oddziału dziennego (szatnia, pomieszczenie socjalne + sala wypoczynkowa),
- ✓ poprawa warunków socjalnych chorych,
- ✓ pozyskanie nowoczesnego sprzętu (energooszczędnego, niezawodnego).

T – zagrożenia

- ✓ słabe zabezpieczenie kadrowe i techniczne oddziału.

ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy jest stacjonarnym oddziałem zapewniającym całodobową opiekę osobom niewymagającym hospitalizacji, których stan zdrowia i stopień niepełnosprawności nie pozwala na przebywanie w swoim środowisku domowym. Są to osoby z dużymi deficytami w samoopiece i samopielęgnacji, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego, ale wymagają stacjonarnych świadczeń pielęgniarskich i rehabilitacji prowadzonych pod nadzorem lekarza. Celem pobytu jest poprawa stanu zdrowia, zapobieganie powikłaniom wynikającym z procesu chorobowego i unieruchomienia, aktywizację i usprawnienia ruchowe, zapewnienie bezpieczeństwa i opieki.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy posiada 34 łóżka.

Zatrudniony jest 1 lekarz kontraktowy, 12 pielęgniarek oraz pozostały personel tj. 14,56 osób.

Średnia liczba rocznie przebywających pacjentów to 104.

S- mocne strony

- wysoko wykwalifikowana kadra,
- posiadane doświadczenie oraz wiedza medyczna,
- zmodernizowana infrastruktura,
- kompleksowość świadczonych usług w pełnym zakresie,
- wysoki poziom świadczonych usług pielęgnacyjno-rehabilitacyjnych,
- wysokie zainteresowanie świadczonymi usługami w ramach opieki długoterminowej,
- posiadanie sprzętu medyczny i pomocniczego (materace przeciwodleżynowe, parawany, pasy ślizgowe, UGUL, cykloergometr, rotor, materac gimnastyczny, drabinka gimnastyczna, poręcz do nauki chodzenia, koncentrator tlenu, ssak elektryczny, inhalator, aparat do pomiaru ciśnienia tętniczego, aparat EKG.

W – słabe strony

- brak środków finansowych na odnowienie infrastruktury,
- przestarzała infrastruktura techniczna budynku,
- brak sprzętu,
- wyeksploatowany sprzęt oraz aparatura medyczna,
- niemożność świadczenia usług komercyjnych,
- braki kadrowe,
- brak systemu i sprzętu informatycznego niezbędnego w zarządzaniu.

O – Szanse

- monopolistyczny charakter placówki w regionie,
- nowy Dyrektor, który chce rozszerzyć zakres świadczonych usług,
- zwiększenie wartości kontraktu z NFZ na następne lata,
- możliwość pozyskania sprzętu i wyposażenia od WOŚP J. Owsiaaka,
- zmiana formy prawnej Szpitala i możliwość świadczenia usług komercyjnych,
- modernizacja łazienek w zakresie instalacji sanitarnych,
- adaptacja pomieszczenia dla realizacji terapii zajęciowej/świetlica wraz z wyposażeniem: odbiornik telewizyjny, tablica do pisania, sprzęt do muzykoterapii.

- łóżka szpitalne o regulowanej wysokości i wyposażone w ruchome barierki zabezpieczające przed wypadnięciem lub zawierające oprzyrządowanie do rehabilitacji,
- sprzęt zapobiegający powstawaniu odleżyn: materace przeciwodleżynowe, poduszki, wałki, podpórki,
- sprzęt ułatwiający pielęgnację świadczeniobiorcy: zintegrowany system do higieny ciała, podnośnik, parawany, pasy ślizgowe,
- wyposażenie gabinetu rehabilitacyjnego: UGUL, cykloergometr, rotory, materace, drabinki, poręcz do nauki chodzenia, zestaw do elektroterapii z osprzętem, koncentrator tlenu lub inne źródło tlenu, ssak elektryczny, inhalatory, aparaty do pomiaru RR, aparat EKG, zestaw do reanimacji, kule, laski, balkoniki, wózki inwalidzkie, pompy infuzyjne,
- dodatkowy sprzęt medyczny i pomocniczy dla świadczeniobiorców z „0” skalą Barthel (puls oksymetr, zestaw z jednorazowym sprzętem do pielęgnacji tracheotomii, gastrostomii, konikotomii).

T – zagrożenia

- monopolistyczna pozycja NFZ,
- konkurencja ze strony placówek położonych w sąsiedztwie,
- konkurencja ze strony placówek niepublicznych,
- niestabilna ekonomicznie sytuacja w systemie ochrony zdrowia.

ODDZIAŁ URAZOWO – ORTOPEDYCZNY

Profil działalności medycznej Oddziału:

W dobie szybkiego rozwoju motoryzacji, niedorozwoju infrastruktury drogowej rośnie liczba wypadków drogowych. W związku z krzyżowaniem się ważnych szlaków komunikacyjnych na terenie powiatu skarżyskiego Szpital Powiatowy w Skarżysku-Kamiennej leczy co roku wielu pacjentów z ostrymi urazami narządu ruchu oraz pacjentów z urazami wielonarządowymi. Z drugiej strony procesy starzenia się społeczeństwa skutkują wzrastającą liczbą osób z przewlekłą dysfunkcją narządu ruchu spowodowaną głównie chorobami zwyrodnieniowymi i następstwami złamań osteoporotycznych.

Oddział Urazowo-Ortopedyczny w Skarżysku-Kamiennej zajmuje się zarówno leczeniem urazów narządu ruchu w tym między innymi:

- leczenie zachowawcze i operacyjne złamań (gwoździowanie śródszpikowe, płytki blokowane LCP, stabilizacja zewnętrzna),
- leczenie urazów tkanek miękkich (uszkodzeń ścięgien, mięśni, więzadeł, nerwów, naczyń)

Jak i leczeniem przewlekłych dysfunkcji narządu ruchu:

- endoprotezoplastyka pierwotna stawu biodrowego (w tym z użyciem technik małoinwazyjnych), stawu kolanowego i stawu barkowego,
- endoprotezoplastyka rewizyjna stawu biodrowego i kolanowego,
- artroskopia stawu kolanowego, stawu kolanowego i stawu skokowego (w tym rekonstrukcje więzadłowe stawu kolanowego),
- inne zabiegi naprawcze i korygujące w zakresie narządu ruchu.

Silne i słabe strony działalności Oddziału:

Strony silne:

- Zaangażowany i zmotywowany zespół lekarski,
- Wykonywanie wysokospecjalistycznych procedur medycznych,
- Dobry poziom i wysokie standardy opieki pielęgniarskiej,
- Wysokie standardy techniczne Bloku Operacyjnego.

Strony słabe:

- Trudna sytuacja finansowa całego szpitala,
- Braki kadrowe personelu lekarskiego w Oddziale,
- Brak dostatecznej liczby zestawów narzędzi chirurgicznych,
- Brak sterylizacji w szpitalu,
- Trudna sytuacja kadrowa pionu anestezjologicznego,
- Brak wydzielonego zespołu pielęgniarek ortopedycznych na Bloku Operacyjnym,
- Brak możliwości organizacyjnych zaopatrzenia części urazów w ramach dyżuru lekarskiego,
- Brak pełnej obsady lekarskiej na SOR i obarczenie pracą na SOR lekarzy Oddziału Ortopedii,
- Trudna sytuacja lokalowa Oddziału i całkowicie zdekapitalizowane wyposażenie (łóżka, szafki chorych).

Szanse i zagrożenia:

Szanse:

- Stale wzrastające zapotrzebowanie na usługi świadczone przez Oddział,
- Dobra lokalizacja Szpitala,

Zagrożenia:

- Zła sytuacja finansowa szpitala,
- Odpływ kadry medycznej,
- Niedoszacowanie niektórych procedur urazowych.

7.2. ANALIZA SWOT SZPITALA POWIATOWEGO W SKARŻYSKU KAMIENNEJ

Przeprowadzenie analizy SWOT jest ważnym procesem umożliwiającym określenie problemów i kierunków rozwoju na podstawie zebranych informacji w analizie stanu. Pokazuje mocne i słabe strony oraz szanse i zagrożenia rozwoju Szpitala, stanowiąc jednocześnie punkt wyjścia dla określenia celów i zadań do realizacji. W perspektywie czasu czynniki wpływające na analizę mogą ulegać zmianie, dlatego zaleca się okresową ocenę stanu i przeprowadzenie nowej analizy SWOT.

Nie wszystkie słabe strony są możliwe do ich wyeliminowania w zakładanym okresie planowania do 2018 roku. Główną przeszkodą może okazać się brak wystarczających środków finansowych oraz brak zewnętrznego dofinansowania inwestycji. Należy mieć również świadomość że mocne strony jak i szanse rozwoju, nie są trwałe w czasie i w perspektywie paroletniej, będą ulegały zmianom. W miarę upływu czasu mogą ulegać wzmocnieniu lub tracić na znaczeniu, dlatego istotne jest ich efektywne wykorzystywanie.

Szanse	Zagrożenia
1) Procesy demograficzne zapewniające popyt na świadczenia zdrowotne,	1) Niestabilność systemowych rozwiązań organizacyjno - prawnych w ochronie zdrowia.
2) Bardzo dobra kadra medyczna.	
3) Bardzo dobra kadra zarządzająca.	2) Napięcia na tle płacowym wśród

<ol style="list-style-type: none"> 4) Uregulowane stosunki własnościowe. 5) Brak konkurencji w najbliższym otoczeniu. 6) Znaczny rejon będący obszarem działania Szpitala. 7) Duży wskaźnik zachorowań. 8) Akceptacja przez Organ Tworzący konieczności realizacji procesów restrukturyzacyjnych. 9) Brak w otoczeniu szpitali o znaczącej przewadze konkurencyjnej. 10) Wzrost oczekiwań społecznych związanych ze standardem usług medycznych. 11) Otrzymanie dotacji oraz pożyczki na termomodernizację. 12) Zmiana algorytmu podziału środków na leczenie pomiędzy poszczególne województwa. 13) Położenie na skrzyżowaniu dwóch ruchliwych dróg o znaczeniu ponadregionalnym. 14) Położenie w pobliżu województwa mazowieckiego – możliwość pozyskania pacjentów oraz kadry. 15) Determinacja Organu Założycielskiego w dążeniu do zmian zmierzających w kierunku poprawy sytuacji szpitala. 16) Rezerwy wytwórcze w posiadanym potencjale. 	<p>lekarzy, pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3) Negatywnej konsekwencje porozumienia z roku 2007 dotyczącego wzrostu poziomu wynagrodzeń lekarzy 4) Niedobory kadrowe w niektórych grupach zawodowych i specjalnościach medycznych. 5) Konkurencja na rynku usług medycznych. 6) Konsolidacja świadczeniodawców oferujących usługi ambulatoryjne. 7) Monopolistyczna pozycja NFZ. 8) Konkurencja ze strony placówek położonych w sąsiedztwie. 9) Wzrastająca konkurencja ze strony placówek niepublicznych. 10) Niestabilna sytuacja w systemie ochrony zdrowia. 11) Kryzys finansów publicznych i polityka oszczędnościowa. 12) Trudności z uzyskaniem od NFZ zapłaty za usługi wykonane ponad limit określone w umowie. 13) Niedoścignienie znacznej części procedur medycznych. 14) Ingerencja środowisk politycznych w zarządzanie i funkcjonowanie szpitala.
---	--

Silne strony	Słabe strony
<ol style="list-style-type: none"> 1) Spójna wizja przyszłości. 2) Determinacja w prowadzeniu zmian. 3) Znaczny potencjał rozwoju tkwiący w zasobach kadrowych. 4) Poprawiające się wskaźniki efektywności działania (finansowe, kliniczne). 5) Poprawiająca się sytuacja finansowa. 6) Szeroki zakres usług medycznych. 7) Relatywnie zaawansowany proces informatyzacji. 8) Relatywnie wysoki standard usług medycznych. 9) Posiadane doświadczenie oraz wiedza lecznicza. 10) Zmodernizowana infrastruktura (BO). 11) Kompleksowość świadczonych usług 12) Liczność i różnorodność specjalistycznych komórek działalności podstawowej. 13) Posiadanie w strukturze specjalności o charakterze (referencyjności) wojewódzkiej. 14) Posiadanie w strukturze specjalności uprawnionych do prowadzenia specjalizacji. 15) Rozbudowana baza diagnostyczna. 16) Rozbudowany potencjał. 17) Posiadanie certyfikatów. 18) Rozpoczęcie procesu informatyzacji. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Dekapitalizacja majątku. 2) Niefunkcjonalna lokalizacja komórek organizacyjnych szpitala. 3) Zapóźnienia w rozwoju oraz potrzeba znaczących inwestycji w infrastrukturę techniczną i aparaturę medyczną. 4) Relatywnie niskie wykorzystanie posiadanego potencjału. 5) Problemy z wewnętrznym przepływem informacji. 6) Zmniejszenie się udziału Szpitala w rynku świadczeń ambulatoryjnych. 7) Wysokie zadłużenie, brak płynności finansowej. 8) Brak środków inwestycyjnych na szybkie odnowienie infrastruktury oraz sprzętu. 9) Przestarzała infrastruktura, budynki. 10) Stary i zużyty sprzęt i aparatura medyczna. 11) Duże utrudnienia a praktycznie niemożność świadczenia usług komercyjnych. 12) Niska efektywność wykorzystania posiadanych zasobów. 13) Niedostosowana struktura oraz zasoby do możliwości finansowych placówki i płatnika. 14) Brak jednego, spójnego systemu informatycznego.

8. STRATEGIA SZPITALA POWIATOWEGO W SKARŻYSKU KAMIENNEJ

Przy opracowaniu strategii określono perspektywę dla okresu działalności w latach 2013 – 2018. Strategia opracowywana jest w horyzoncie średnioterminowym i stanowi przedłużenie oraz rozwinięcie zaproponowanych w niniejszym opracowaniu działań naprawczych. Wysiłek pracowników jest ukierunkowany na zapewnienie jak najlepszej opieki zdrowotnej pacjentom naszego szpitala. Wysoka wiedza i zaangażowanie personelu oraz stosowanie nowoczesnych technologii pozwala utrzymać wysoką jakość świadczonych usług.

Dalsza przyszłość jak i strategia szpitala winna być spójna z planami i koncepcją Organu założycielskiego, dlatego też należy mieć świadomość, że plany te mogą ulec radykalnej zmianie po podjęciu ostatecznej decyzji o charakterze strategicznym na szczeblu Samorządu.

Zarządzanie ZOZ w Skarżysku Kamiennej odbywa się w oparciu o koncepcję zarządzania strategicznego. Strategia szpitala to misja, wizja i zestaw celów strategicznych, ujętych w czterech perspektywach oraz zaopatrzonych w mierniki celów i prowadzące do nich działania (inicjatywy strategiczne). Obejmuje lata 2013 – 2018 i stanowi przedłużenie oraz rozwinięcie działań naprawczych i modernizacyjnych, realizowanych przez Szpital w latach 2011 i 2012.

8.1. STRATEGICZNA PRZEWAGA

Szpital Powiatowy w Skarżysku Kamiennej upatruje swą strategiczną przewagę na konkurencję w:

- 1) szerokim spektrum kompleksowości i wysokiej jakości oferowanych usług medycznych,
- 2) orientacji na potrzeby pacjenta,
- 3) relatywnie niskich kosztach dominujących procedur medycznych,
- 4) relatywnie nowoczesnej infrastrukturze technicznej.

8.2. STRATEGIE MARKETINGOWE

W ramach realizacji niniejszej strategii przewiduje się wykorzystywanie niżej wymienionych strategii marketingowych:

1. strategii penetracji rynku (wzrost udziału w dotychczas obsługiwanym rynku - dotyczy produktów o dodatnim współczynniku nakłady/efekty),
2. strategii rozwoju rynku (wejście na nowe rynki z dotychczasowymi produktami),
3. strategii rozwoju produktu (wejście na rynek z nowymi produktami),
4. strategii redukcji liczby produktów (wyjście z rynku - dotyczy produktów o trwale ujemnym współczynniku nakłady/efekty).

8.3. CELE STRATEGICZNE

Cele strategiczne na lata 2013 - 2018 ujęto w czterech perspektywach charakterystycznych dla metodologii BSC¹ Są to:

- I. Perspektywa interesariuszy
 - a. Beneficjentów tj. pacjentów,
 - b. Podmiotu tworzącego tj. samorządu,
 - c. Płatnika publicznego tj. NFZ,
 - d. Instytucji publicznych kształtujących system ochrony zdrowia.
- II. Perspektywa procesów wewnętrznych
 - a. Procesy regulacyjne i społeczne,
 - b. Procesy zarządzania operacyjnego,
 - c. Procesy innowacyjne,

¹ Strategiczna karta wyników (Balanced Scorecard - BSC) jest rezultatem projektu badawczego realizowanego na początku lat dziewięćdziesiątych pod kierunkiem profesora rachunkowości Roberta S. Kaplana i Davida P. Nortona, prezesa firmy konsultingowej Nolan, Norton & Co.

- d. Zarządzanie obsługiwanyimi rynkami,
- e. Procesy logistyczne.

III. Perspektywa rozwoju

- a. Zasobów ludzkich,
- b. Zasobów organizacyjnych,
- c. Zasobów informacyjnych,
- d. Zasobów technologicznych.

IV. Perspektywa finansowa

- a. Rentowność,
- b. Płynność,
- c. Sprawność działania,
- d. Gospodarowanie zasobami,
- e. Budżet operacyjny i strategiczny.

Poniższa tabela określa cele strategiczne w powyżej określonych perspektywach z określeniem celu strategicznego, jego miernika i działania.

Perspektywa interesariuszy		
Cele strategiczne	Mierniki	Działania/Inicjatywy strategiczne
1. Budować zadowolenie pacjentów i ich rodzin	<ul style="list-style-type: none"> - liczba skarg pacjentów i ich rodzin - procent pacjentów hospitalizowanych, dla których opracowano indywidualne plany leczenia i opieki, - wyniki badań satysfakcji pacjentów (stopień satysfakcji pacjentów) 	<ul style="list-style-type: none"> -ustalać z pacjentem i dotrzymywać terminów realizacji usług zdrowotnych, -opracowywać indywidualne plany leczenia i opieki, -eliminować sytuacje konfliktu pacjent/personel medyczny, -zapewnić pełną realizację praw pacjenta
2. Poprawiać dostępność do świadczeń zdrowotnych, zwłaszcza wysokospecjalistycznych i deficytowych	<ul style="list-style-type: none"> - liczba pacjentów oczekujących na deficytowe świadczenia zdrowotne, - liczba nowych specjalności i technologii medycznych, - wskaźnik obciążenia łóżek, - skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia wysokospecjalistyczne, - wyniki badań satysfakcji 	<ul style="list-style-type: none"> -skracać listy oczekujących, -uruchamiać nowe dziedziny działalności podstawowej, -usprawniać wewnętrzną organizację pracy, zwłaszcza w zakresie działalności podstawowej, - modernizować wyposażenie medyczne Szpitala

	pacjentów (stopień satysfakcji pacjentów)	
3. Umacniać renomę Szpitala	<ul style="list-style-type: none"> - liczba publikacji o Szpitalu i jego pracownikach (budujących pozytywny wizerunek Szpitala), - wyniki badań satysfakcji pacjentów, - liczba publikacji prasowych o szpitalu, - uzyskanie certyfikatu CMJ , - miejsce w ogólnopolskim rankingu szpitali, - liczba leczonych pacjentów 	<ul style="list-style-type: none"> -propagować osiągnięcia Szpitala w sferze medycznej i zarządzania, - podnosić pozycję Szpitala w rankingach szpitali, -dbać o atrakcyjną stronę internetową Szpitala
4. Realizować zadania statutowe w warunkach stabilności finansowej	<ul style="list-style-type: none"> - wynik finansowy, - poziom zadłużenia 	-dążyć do zrównoważenia przychodów i kosztów, ze szczególnym uwzględnieniem działalności podstawowej
5. Dostarczać świadczeń zdrowotnych o wymaganej jakości za umiarkowaną cenę	<ul style="list-style-type: none"> -wskaźnik procentowy wypełnienia wymagań szczegółowych płatnika (w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń zdrowotnych), -oferta cenowa na poziomie +/- 10% średniej dla produktów porównywalnych szpitali 	<ul style="list-style-type: none"> -dążyć do obniżenia kosztów w każdym miejscu ich powstawania, -standaryzować postępowanie medyczne i kontrolować przebieg oraz dokumentację leczenia
6. Dostosować zakres i ilość świadczeń zdrowotnych do potrzeb regionalnej społeczności i płatników	<ul style="list-style-type: none"> -poziom realizacji kontraktu, -stopień skrócenia listy oczekujących (w wymiarze rocznym) 	<ul style="list-style-type: none"> -rozwijać działalność w specjalnościach deficytowych dla Powiatu Skarżyskiego, -oferować płatnikowi rzadkie i deficytowe procedury medyczne, -stabilizować wykonanie kontraktu z płatnikiem publicznym

Perspektywa procesów wewnętrznych		
Cele strategiczne	Mierniki	Działania/Inicjatywy strategiczne
1. Usprawniać i upraszczać wewnętrzne procesy regulacyjne	<ul style="list-style-type: none"> - procent stanowisk pracy z dostępem do sieci komunikacji wewnętrznej 	<ul style="list-style-type: none"> -przegląd wewnętrznych aktów prawnych i ich modyfikacja zapewniająca przejrzystość i spójność, -rozbudować i upowszechnić internet jako podstawową metodę komunikacji wewnętrznej
2. Stworzyć warunki dla powstawania i wdrażania innowacji	<ul style="list-style-type: none"> - liczba zgłoszonych/wdrożonych innowacji, - liczba wdrożonych (cykl 3 letni) nowych technologii medycznych 	<ul style="list-style-type: none"> -określić procedurę zgłaszania nowatorskich koncepcji usprawniających działalność Szpitala oraz zasady premiowania autorów w związku z ich wdrożeniem, - wdrażać nowoczesne technologie medyczne

3. Wdrażać programy podnoszenia jakości	- otrzymane certyfikaty - wskaźnik realizacji standardów akredytacyjnych	- uzyskać akredytację Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, - wdrażać nowe techniki zarządzania
4. Doskonalić i standaryzować opiekę zdrowotną	- liczba opracowanych standardów postępowania klinicznego, - wskaźnik realizacji standardów akredytacyjnych	- opracować i wdrożyć standardy postępowania klinicznego dla kluczowych procedur medycznych we wszystkich medycznych komórkach organizacyjnych
5. Upraszczać proces zarządzania dostawami	- liczba kontrahentów, - ilość nabywanego asortymentu	- zmniejszyć liczbę dostawców a zwłaszcza pośredników, - zwiększyć częstotliwość dostaw, - unifikować używane w Szpitalu wyroby medyczne, sprzęt i materiały, - kumulować zamówienia zapewniając konkurencyjność dostawców
6. Poprawiać efektywność wykorzystania zasobów	- średni czas hospitalizacji (na oddziałach/ w Szpitalu), - poziom obciążenia łóżek, - liczba zabiegów operacyjnych, - wskaźnik wykorzystania sal operacyjnych, - poziom zapasów Apteki	- skracać czas hospitalizacji pacjentów, - zwiększyć poziom obciążenia łóżek, - zwiększyć liczbę zabiegów operacyjnych w godzinach 7 - 15 (zwiększyć wykorzystanie bloku operacyjnego), - zwiększyć produktywność pracy,

Perspektywa rozwoju		
Cele strategiczne	Mierniki	Działania/Inicjatywy strategiczne
1. Doskonalić umiejętności pracowników	- liczba szkoleń rocznie (wskaźnik na pracownika i wskaźnik kosztu szkolenia na pracownika)	- wspierać procesy podwyższania kwalifikacji przez pracowników w kluczowych dla szpitala dziedzinach, - upowszechniać procesy samokształcenia, wymiany przykładów dobrych praktyk,
2. Budować zadowolenie pracowników	- poziom satysfakcji pracowników (ankieta), - wskaźnik fluktuacji kadr	- precyzyjnie określać zakres zadań i kompetencji pracowników, - wdrożyć system wynagradzania związany z wartościowaniem stanowisk pracy i efektami pracy, - określić ścieżki awansu zawodowego
3. Zapewnić przywództwo na różnych poziomach zarządzania	- poziom przygotowania Kierowników do zarządzania zasobami ludzkimi (ankieta)	- na kierownicze stanowiska dobrać osoby o predyspozycjach menedżerskich, - wyszukiwać i szkolić liderów

4. Podnosić kulturę organizacyjną	<ul style="list-style-type: none"> - poziom utożsamiania się pracowników ze Szpitalem, - poziom znajomości misji i celów Szpitala wśród pracowników 	<ul style="list-style-type: none"> -upowszechniać wśród pracowników misję oraz cele strategiczne szpitala, -upowszechniać zespołowe formy pracy i rozwiązywania problemów, -wdrażyć kompleksowe zarządzanie jakością, -poprawiać klimat społeczny środowiska pracy, -upowszechniać wzorce zachowań oparte o efektywność i innowacyjność
5. Zbudować kompleksowy system informatyczny wspierający zarządzanie	<ul style="list-style-type: none"> - liczba kluczowych obszarów zarządzania szpitalem objętych informatyzacją, -poziom integracji systemów informatycznych, -wskaźnik integracji oprogramowania (procent programów zintegrowanych do całkowitej liczby programów wykorzystywanych w szpitala x 100%) 	<ul style="list-style-type: none"> - zaprojektować i wdrożyć informatyczny system zarządzania szpitalem, - dokonać przeglądu istniejącego systemu informatycznego, - wyspecyfikować kluczowe obszary zarządzania szpitalem z zastosowaniem informatyzacji
6. Nagradzać efektywność i innowacyjność	- liczba wyróżniających się pracowników	<ul style="list-style-type: none"> -wdrożyć systemy premiowania pracowników za szczególne wyniki w pracy, -wdrożyć system niefinansowych gratyfikacji dla wyróżniających się pracowników
7. Rozwijać wysokospecjalistyczne technologie medyczne	- liczba wysokospecjalistycznych technologii medycznych	<ul style="list-style-type: none"> -wdrażyć małoinwazyjne techniki diagnostyczne i chirurgiczne, -wdrażyć innowacyjne programy lekowe, -wdrożyć system cyfrowej archiwizacji obrazów radiologicznych

Perspektywa finansowa		
Cele strategiczne	Mierniki	Działania/Inicjatywy strategiczne
1. Osiągnąć i utrzymać dodatnią rentowność przychodów	- wskaźnik rentowności przychodów (sprzedaży)	<ul style="list-style-type: none"> -obniżyć koszty w każdym miejscu ich wytwarzania, -zwiększać przychody, zwłaszcza spoza NFZ (ośrodek szybkiej diagnostyki i terapii)
2. Zoptymalizować płynność finansową	- wskaźnik płynności	-zwiększyć udział kapitałów długoterminowych w strukturze kapitałów
3. Poprawić sprawność działania	- wskaźnik operacyjności, - wskaźnik kontroli	-obniżyć koszty ogólnozakładowe

	kosztów administracyjnych, -wskaźnik rotacji	
4. Poprawić efektywność gospodarowania zasobami	-wydajność pracy/1 zatrudnionego, - produktywność środków trwałych, -stopień sfinansowania przyrostu aktywów z cash flow	- optymalizować liczbę zatrudnionych pracowników
5. Uzyskać i następnie utrzymać zdolność do obsługi długu	-wskaźnik zadłużenia i obsługi długu	- osiągać dodatni wynik finansowy - utrzymywać właściwe relacje zadłużenia długoterminowego i krótkoterminowego
6. Zwiększać relacje budżetu strategicznego do budżetu operacyjnego	- relacja kosztów modernizacji i rozwoju (w tym szkoleń) do kosztów bieżących	-zwiększać corocznie poziom inwestycji, -zwiększać poziom finansowania modernizacji i rozwoju Szpitala ze źródeł zewnętrznych (dotacje budżetowe, fundusze specjalne, środki strukturalne UE itp.)

9. ZAŁOŻENIA PROGRAMOWE NA LATA 2013 – 2018

9.1. REKOMENDACJA DLA MEDYCZNYCH ZAŁOŻEŃ PROGRAMOWYCH - PROGRAM MEDYCZNY

9.1.1. ODDZIAŁ CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH

- 1) Zwiększenie „młodej” kadry medycznej posiadającej motywację do szkolenia i zdobywania nowych umiejętności, co pozwoliłoby na poszerzenie zakresu świadczeń np. o badanie endoskopowe układu oddechowego (bronchoskopia) i pokarmowego (gastroskopia). Wiąże się to z ewentualnym zakupem bronchoskopu i poszerzeniem działalności Pracowni Endoskopowej o wykonywanie badań bronchoskopowych.
- 2) Rozwój procedur związanych z leczeniem zespołu stopy cukrzycowej – procedura wysoko wyceniona przez NFZ. Istnieje możliwość poszerzenia diagnostyki o badania ultrasonograficzne typu dopplerowskich naczyń kończyn dolnych oraz badania pedobarograficzne – wiązałoby to się z zakupem dodatkowego sprzętu medycznego

w postaci pedobarografu oraz ultradźwiękowego miernika przepływu w naczyniach obwodowych.

- 3) W związku z poszerzeniem i rozwojem procedur diabetologicznych proponuje również zakup systemu do ciągłego monitorowania glikemii (koszt. ok. 8 tys. zł.)
- 4) W związku z możliwością wdrożenia procedur angiologicznych (diagnostyka i leczenie chorób naczyń obwodowych) istnieje potrzeba zakupu cyfrowego mikroskopu do kapilaroskopii oraz kolorowej drukarki laserowej do dokumentacji (koszt ok. 5 tys. zł).
- 5) Połączenie oddziałów wewnętrznych .
- 6) Informatyzacja oddziału.

9.1.2. ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY

- 1) Wydzielenie miejsca dla pobytu rodziców z dzieckiem w oddziale oraz zaplecza higienicznego dla rodziców oraz dzieci odcinka biegunkowego.
- 2) Zakup sprzętu: pompy infuzyjne, defibrylator, aparat do EKG, pulsoksymetr.
- 3) Zmiana lokalizacji oddziału (zbyt duże koszty nie wykorzystanego potencjału)

9.1.3. ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY

- 1) Zwiększenie liczby przyjmowanych noworodków.
- 2) Zakup nowoczesnego sprzętu.
- 3) Rozbudowa i modernizacja części septycznej.
- 4) Doprowadzenie sprężonego powietrza do sali porodowej.
- 5) Informatyzacja oddziału.

9.1.4. DZIAŁ ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

- 1) Zakontraktowanie szóstego stanowiska intensywnej terapii.

- 2) Zatrudnienie dwóch lekarzy anestezjologów i 2-4 pielęgniarek anestezyjologicznych.
- 3) Zakup sprzętu.
- 4) Poszerzenie działalności medycznej Oddziału AiiT.
 - całodobowa działalność Oddziału Pooperacyjnego co poprawi znacznie opiekę nad pacjentem w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym oraz umożliwi lepszy nadzór nad leczeniem bólu pooperacyjnego,
 - wprowadzenie procedury znieczulenia do porodu siłami natury,
 - wznowienie działalności Poradni Anestezyjologicznej,
 - stosowanie procedur podlegających sumowaniu w OIT, takich jak: ciągła terapia nerkozastępcza, plazmafereza, dializa wątrobowa. Wymaga to zakupu specjalistycznego sprzętu, jednak z uwagi na korzystne finansowanie w/w procedur, stosowanie ich jest opłacalne,
- 5) Wprowadzenie podwójnego dyżuru anestezyjologicznego (jest to wymóg Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej zawarty w Rozporządzeniu z dnia 27.02.1998r) i dodatkowego dyżuru pielęgniarskiego.
- 6) Informatyzacja oddziału.

9.1.5. ODDZIAŁ POŁOŻNICZO-GINEKOLOGICZNY

- 1) Poszerzenie zakresu operacji ginekologicznych.
- 2) Wprowadzenie warunków do prowadzenia intensywnej opieki medycznej w zakresie ginekologii, położnictwa i patologii ciąży.
- 3) utworzenie łóżek intensywnej opieki medycznej w części położniczej i ginekologicznej oddziału z niezbędnym wyposażeniem m.in. w kardiomonitoring z wydzielonym stałym dyżurem pielęgniarskim
- 4) Poprawa warunków hospitalizacji w części ginekologicznej i położnictwa septycznego.
 - Poprawa warunków odbywania porodów (zakup wanny dla rodzących w sali przedporodowej, wprowadzenie znieczulenia zewnątrzoponowego porodów

jako postępowania standardowego)

- 5) Wypełnienie standardów prowadzenia porodów w zakresie zapewnienia bezpieczeństwa wewnątrzmacicznego płodu i leczenia krwotoków poporodowych
- 6) Poszerzenie diagnostyki w zakresie chorób nowotworowych sromu, pochwy i szyjki macicy, zawarcie kontraktu z NFZ w zakresie programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny i etap pogłębionej diagnostyki).
 - utworzenie pracowni cytologicznej w tym zakup mikroskopu,
 - zakup wideokolposkopu
- 7) Utworzenie pracowni USG w oddziale dostępnej non-stop przez 24 godziny na dobę wyłącznie dla działów położniczo-ginekologicznego i noworodków zgodnie z warunkami wymaganymi dla oddziału z II stopniem referencyjności zapisanymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 17/2011/DSOZ z 6 kwietnia 2011.
- 8) Wprowadzenie badań prenatalnych w oparciu o utworzoną pracownię USG i diagnostykę laboratoryjną, zawarcie kontraktu z NFZ na wykonywanie badań prenatalnych.
- 9) Docelowo stworzenie warunków do uzyskania statusu oddziału III poziomu referencyjności dla położnictwa i noworodków zgodnie z wymaganiami zapisanymi w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 17/2011/DSOZ z 6 kwietnia 2011.
- 10) Wprowadzenie chemioterapii nowotworów narządów płciowych.
- 11) Leczenie niepłodności metodami wspomaganego rozrodu.

9.1.6. ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGII

- 1) Zwiększenie kontraktu o co najmniej 100%.
- 2) Utrzymanie dotychczasowej kadry lekarskiej, pielęgniarskiej i personelu pomocniczego.

9.1.7. ODDZIAŁ NEUROLOGII

- 1) Możliwość wykonywania angiografii w naszym Szpitalu.
- 2) Posiadanie stacjonarnej pracowni NMR.

- 3) Dalsza komputeryzacja oddziału.
- 4) Osobny lokal dla sekretariatu oddziału (obecnie jest wspólny z pomieszczeniem socjalnym dla pielęgniarek.
- 5) Wymiana części łóżek.
- 6) Stałe uzupełnianie braków w sprzęcie – kardiomonitoring.
- 7) Budowa węzłów sanitarnych w salach chorych.
- 8) Zatrudnienie lekarza specjalisty chorób wewnętrznych w wymiarze co najmniej 2 godzin codziennie.
- 9) Zwiększenie kontraktu Poradni Neurologicznej na tyle aby pacjenci po leczeniu szpitalnym, przede wszystkim po udarze mózgu i chorych z padaczką mogli być przyjęci po raz pierwszy w ciągu 30 dni od wypisu (wiąże się to z większą punktacją za poradę lekarską).
- 10) Informatyzacja oddziału.

9.1.8. SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY

- 1) Budowa ładowiska.
- 2) Dobudowanie pawilonu do bryły szpitala, poza ogólnodostępnym szlakiem szpitalnym, posiadającego obszary zgodne z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2011 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U.11.237.1420 z dnia 08 listopada 2011 r.), zaopatrzonego w zadaszony podjazd dla 2 karetek zamykany i otwierany automatycznie.
- 3) Organizacja 1 stanowiskowej Sali Wstępnej Intensywnej Terapii (WIT) SOR – po przeniesieniu Oddziału Wewnętrznego na 1 piętro zlokalizować WIT SOR w Sali ECHO obecnej „kardiologii” - jest to dawna sala wyburzeń oddziału ratunkowego; - warunkiem jest wyposażenie Sali w sprzęt zgodnie z wymogami IT.
- 4) Zapewnienie dostępu centralnych gazów medycznych w obszarze obserwacyjnym .
- 5) Zamontowanie jednego gniazda poboru tlenu, powietrza i próżni w Sali resuscytacyjno-zabiegowej - zwiększenie liczby przyłączy do istniejącej instalacji.

- 6) Stworzenie bezkolizyjnego traktu komunikacyjnego, niezależnego od ogólnodostępnych traktów szpitalnych.
- 7) Zakup aparatury i sprzętu medycznego.
- 8) Zabudowanie obecnego zadaszania (lekka konstrukcja na profilach stalowych z montażem zamykanego elektrycznie wjazdu).
- 9) Zainstalowanie kamer przemysłowych lub internetowych w poczekalni z podglądem z obszaru segregacji medycznej i przyjęć oraz z punktu ochrony
- 7) Informatyzacja oddziału.
- 10) Kadra:
 - zatrudnienie stałej obsady lekarzy asystentów (niezależnie od formy zatrudnienia w oddziale powinien przebywać stale co najmniej jeden lekarz systemowy nie licząc kierownika),
 - pozyskiwanie kadry lekarzy medycyny ratunkowej- zwiększanie liczby specjalistów w oddziale i lekarzy szkolących się, pozyskanie rezydentów,
 - rozwój triage'u, uruchomienie szkolenia pielęgniarek triage'owych zatrudnionych w SOR,
 - specjalizacje w pielęgniarstwie ratunkowym - dla osób przed 40-tym rokiem życia należy wprowadzić jako wymóg,
 - organizacja transportu wewnątrzszpitalnego w godzinach zwykłej pracy szpitala- do realizacji transportu pacjentów z izby przyjęć do oddziałów docelowych, do pracowni radiologii oraz transportu próbek badań do laboratorium i ewentualnej pomocy przy transporcie międzyoddziałowym.
 - eliminacja błędów sprawozdawczości, które zaniżają przychód SOR na rok następny szacunkowo kilkanaście procent.

9.1.9. ODDZIAŁ REHABILITACJI

- 1) Uzupelnienie braków kadrowych (lekarskich, pielęgniarzkich, fizykoterapeutycznych)
- 2) Dostęp do lekarza logopedy i psychologa.

- 3) Poprawa warunków sanitarnych (WC, prysznic) i przystosowanie ich do potrzeb niepełnosprawnych pacjentów.
- 4) Rozbudowanie bazy funkcjonowania Oddziału Dziennego (szatnia, pomieszczenie socjalne + sala wypoczynkowa),
- 5) Poprawa warunków socjalnych chorych,
- 6) Pozyskanie nowoczesnego sprzętu (energooszczędnego, niezawodnego).
- 7) Informatyzacja oddziału.

9.1.10. ZAKŁAD OPIEKUŃCZO-LECZNICZY

- 1) Wykonanie modernizacji infrastruktury technicznej i budowlanej w zakresie instalacji sanitarnej, wodociągowej, ciepłej wody, kanalizacji, urządzeń transportu pionowego-windy.
- 2) Realizacja zakupów sprzętu i aparatury medycznej do stanu 34 łóżkowego Zakładu:
- 3) Plan powiększenia zakładu do 40 łóżek w tym 2 łóżka dla pacjentów z „0” skalą Barthel, żywionych dojelitowo na bazie obecnego zakładu (na jednym poziomie po spełnieniu wymogów zrealizowania braków kadrowo-sprzętowych dla 35 łóżek) :
- 4) Żywnienie dojelitowe i pozajelitowe i związane z tym zakupy sprzętu.
- 5) Modernizacja łazienek w zakresie instalacji sanitarnych
- 6) Adaptacja pomieszczenia do prowadzenia terapii zajęciowej (świetlica) wraz z wyposażeniem: odbiornik telewizyjny, tablica do pisania, sprzęt do muzykoterapii.
- 7) Informatyzacja oddziału.

9.1.11. ODDZIAŁ URAZOWO – ORTOPEDYCZNY

1. Szkolenie lekarzy, personelu Oddziału Ortopedii i Bloku Operacyjnego w zakresie:
 - zasad nowoczesnego leczenia operacyjnego ostrych urazów narządu ruchu
 - i leczenia deformacji narządu ruchu,

- użycia nowoczesnego instrumentarium do zespołów śródszpikowych, stabilizatorów zewnętrznych, zespołów dynamicznych i endoprotezoplastyki dużych stawów,
 - szkolenie pielęgniarki opatrunkowej w Oddziale.
2. Zmiana organizacji pracy Oddziału Ortopedii i Bloku Operacyjnego:
 - specjalizacja części pielęgniarek instrumentariuszek w zakresie chirurgii ortopedycznej,
 - specjalizacja 1 pielęgniarki Oddziału Ortopedii w zakresie pracy na sali opatrunkowej i gipsowej,
 3. Poprawa stanu kadrowego Oddziału Ortopedii.
 4. Uzupelnienie instrumentarium ortopedycznego na Bloku Operacyjnym.
 5. Modernizacja wyposażenia Oddziału Ortopedii.
 6. Informatyzacja oddziału.
 7. Utworzenie poradni ortopedycznej.

9.1.12. ZAKŁAD DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

Planowany jest rozwój zakładu diagnostyki obrazowej – zakup i montaż drugiego aparatu RTG, wymiana wyeksploatowanego mammografu – w tym remont pomieszczeń, zakup tomografu komputerowego z dostosowaniem pomieszczeń, zakup nowoczesnego USG, montaż rezonansu magnetycznego wraz z dostosowaniem pomieszczeń.

9.1.13. AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

Planowany jest rozwój poradni specjalistycznych, uwzględniający utworzenie poradni ortopedycznej i chirurgicznej oraz utrzymanie i poszerzenie działalności dotychczas istniejących. Konieczny jest rozwój poradni specjalistycznych, szczególnie powiązanych z realizacją celu strategicznego I.2 NPZ 2007-2015.

10. REKOMENDACJA DLA BUDOWY SZPITALNEGO ODDZIAŁU RATUNKOWEGO Z CENTRUM URAZOWYM I ODDZIAŁEM ZABIEGOWYM

Budowa pawilonu SOR, wraz z centrum urazowym oraz oddziałem zabiegowym.

Zakres projektu wynika z konieczności dostosowania do wymagań przepisów prawa, jak również z konieczności dostosowania istniejącej infrastruktury do zwiększającej się z każdym rokiem liczby pacjentów korzystających z SOR.

Projekt będzie obejmował działania:

- budowę pawilonu, w którym będzie znajdował się SOR, centrum urazowe oraz zabiegowy oddział szpitalny,
- zakup sprzętu i wyposażenia do poszczególnych obszarów inwestycji,
- zakup sprzętu i aparatury medycznej, umożliwiającą całodobowe i niezwłoczne wykonywanie badań diagnostycznych, bez konieczności przewożenia pacjenta urazowego specjalistycznymi środkami transportu sanitarnego, w szczególności: RTG, USG, USG-Doppler, Echo-kardiograf, tomograf komputerowy, rezonans magnetyczny, angiograf, gastroskop, kolonoskop, bronchoskop,
- dostosowanie istniejącej i dobudowa infrastruktury niezbędnej do sprawnego funkcjonowania centrum urazowego i Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- możliwość utworzenia nowych zakresów zabiegowej działalności medycznej.

Realizacja tego przedsięwzięcia spowoduje zwiększenie dostępności, skuteczności, jakości leczenia i kompleksowej diagnostyki urazowej świadczonej w Szpitalu Powiatowym im. M. Skłodowskiej-Curie. Realizacja projektu przyczyni się do zwiększenia dostępności świadczeń medycznych w zdarzeniach nagłych oraz podniesienia jakości wykonywanych zabiegów i diagnostyki dla pacjentów oddziału ratunkowego. Możliwe będzie zmniejszenie negatywnych skutków urazów, wypadków i innych stanów nagłych, w tym zmniejszenie śmiertelności. Szpital ze względu na swoje położenie (przy drodze ekspresowej), pełni kluczową rolę w systemie ratownictwa medycznego województwa świętokrzyskiego. Bezpośrednim celem realizacji projektu jest dostosowanie SOR do wymagań

przepisów prawa i tym samym zapewnienie opieki medycznej pacjentom poprzez budowę centrum urazowego. Przy pomocy zakupionego sprzętu będzie możliwe wykonywanie nowych niestosowanych dotychczas w szpitalu procedur medycznych, co przyniesie zwiększenie efektywności realizowanych zadań, a także zwiększenie bezpieczeństwa procesu leczenia pacjentów. Nowy sprzęt pozwoli na spełnienie wymagań związanych z kontraktowaniem świadczeń medycznych z NFZ. Z uwagi na konieczność stałego podnoszenia standardów i poziomu świadczonych usług medycznych niezbędne jest realizowanie nowych przedsięwzięć.

11. REKOMENDACJA DLA INFORMATYZACJI SZPITALA

Rozpoczęto informatyzację szpitala, obejmującą wdrożenie zintegrowanego systemu informatycznego, obsługującego wszystkie komórki części medycznej szpitala oraz części administracyjnej. System obejmuje również działalność systemu finansowo-księgowego pozwalającą na szczegółową analizę kosztów w tym poszczególnych komórkach organizacyjnych. Informatyzacja szpitala związana jest również z obowiązkiem identyfikacji pacjenta wprowadzonym od 1 stycznia 2013 roku.

12. REKOMENDACJA DLA ZMIAN FUNKCJONALNYCH I LOKALIZACJI ODDZIAŁÓW MEDYCZNYCH I KOMÓREK ORGANIZACYJNYCH SZPITALA POWIATOWEGO W SKARŻYSKU KAMIENNEJ

Budynek Szpitala jest obiektem dwupiętrowym, w całości podpiwniczonym, w tym w części do tzw. drugiego poziomu głębokich piwnic o ogólnej łącznej powierzchni użytkowej 12.600 m². Budynek Szpitala stanowi konstrukcja murowana, wykonana tradycyjną technologią. Pokrycie dachu na części północnej stanowi eternit o cechach silnego zużycia, z dobrze widocznymi spękaniem i przedziurawieniami wywołanymi czynnikami atmosferycznymi i upływem czasu. Pozostała część dachu jest wymieniona, pokryta blacho – dachówką

powlekaną. Stolarka okienna jest nowa. Termomodernizacja z 2012r. objęła w swym zakresie ocieplenie ścian budynku, wymianę instalacji centralnego ogrzewania i grzejników. Wyposażenie budynku w zakresie stolarki drzwiowej, instalacji elektrycznej i instalacji wodno - kanalizacyjnej jest mocno wyeksploatowane.

W budynku zlokalizowane są oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, apteka, zaplecze diagnostyczne oraz działy pomocnicze w tym kuchnia, magazyny i warsztat techniczny. Budynek jest w dobrym stanie technicznym. Z uwagi na zmniejszające się obciążenie łóżek w poszczególnych oddziałach, planuje się zmianę lokalizacji oddziałów mając na uwadze lepsze zagospodarowanie pomieszczeń Szpitala. W związku z tym konieczne jest przeprowadzenie prac remontowo- adaptacyjnych w obiekcie Szpitala w pomieszczeniach przenoszonych działów medycznych.

12.1. POZIOM - tzw. drugiego podpiwniczenia – pomieszczenia Terenowej Obrony Przeciwlotniczej - obecnie nie wykorzystane o powierzchni użytkowej około 500 m². Planuje się wykorzystać niniejsze pomieszczenia na szatnię dla pracowników Szpitala, oraz archiwum, jak również w zakresie archiwizowania dokumentacji szpitalnej. Aktualnie szatnia personelu znajduje się na poziomie niskiego parteru.

Pomieszczenia, o których mowa spełniają standardy dla planowanej lokalizacji tj. posiadają:

- dostęp do pomieszczeń z dwóch stron, w tym wyjście awaryjne zgodnie z przepisami przeciwpożarowymi;
- komunikację wewnętrzną (winda oraz klatka schodowa z poziomu niskiego parteru);
- wentylację grawitacyjną;
- zachowaną w dobrym stanie instalację wodno - kanalizacyjną. pozwalającą na odtworzenie wymaganych pomieszczeń sanitarno – higienicznych.

Zagospodarowanie pomieszczeń, o których mowa pozwoli na uzyskanie szatni dla 350 pracowników, oraz pomieszczenia dla archiwizacji dokumentacji medycznej spełniającej wymogi stawiane tej komórce organizacyjnej.

12.2. Niski parter – pozyskana powierzchnia użytkowa to około 370 m².

W zwolnionych pomieszczeniach na niskim parterze tj. po szatni i archiwum planowane jest zorganizowanie poradni specjalistycznych tj. poradni onkologicznej, poradni urologicznej, poradni kardiologicznej, poradni ginekologicznej, poradni alergologicznej, poradni laryngologicznej, poradni rehabilitacji ruchu, poradni chirurgiczno- ortopedycznej i pracowni endoskopii. Poradnie będą posiadać dwa odrębne wejścia tj. bezpośrednio zewnątrz (od strony parkingów) oraz od strony wewnętrznej budynku poprzez ciągi komunikacyjne niskiego parteru. Lokalizacja poradni w jednym miejscu pozwoli na utworzenie jednej centralnej rejestracji pacjenta. Pozwoli to również na rozwój ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i wystąpienie do NFZ o kontraktowanie na poradnie : chirurgiczną, ortopedyczną.

12.2.1. Pracownia USG

Znajdującą się na tym poziomie Pracownia USG z niskiego parteru będzie przeniesiona do Zakładu Diagnostyki Obrazowej na I piętrze. Lokalizacja ta ułatwi komunikację, przewóz pacjentów ze wszystkich działów szpitalnych.

12.2.2. Pracownia prób wysiłkowych

Przeniesiona zostanie do kompleksu tworzonego obecnie oddziału wewnętrznego.

12.2.3. Apteka szpitalna

Apteka szpitalna znajdująca się obecnie na I piętrze zostanie przeniesiona do pomieszczeń magazynowych apteki. Magazyn apteki szpitalnej będzie umiejscowiony w sąsiadujących pomieszczeniach, zwolnionych w wyniku przeniesienia archiwum. Mają one powierzchnie łącznie ok. 100 m².

Pomieszczenia, które zaplanowano do docelowego umieszczenia apteki, są doświetlone światłem dziennym oraz posiadają wentylację grawitacyjną. Poprzez przeprowadzenie niezbędnych prac remontowych, apteka będzie posiadała dwa odrębne wejścia tj. z zewnątrz i wewnątrz budynku oraz uzyska własny węzeł sanitarny, zaplecze socjalne, co pozwoli spełnić warunki Rozporządzenia Ministra z dnia 30 września 2002r. jakich obecna Apteka nie spełnia.

12.3. Parter

12.3.1. Na tej kondygnacji do pomieszczeń Oddziału Wewnętrznego o profilu kardiologicznym przeniesiono Oddział Pediatryczny z I piętra , który w obecnej strukturze zajmował powierzchnię 650 m²

Dzięki przeprowadzonym pracom remontowo – adaptacyjnym oddział spełni wymogi Rozporządzenia Ministra Dz.U. poz. 739 tj.: wejście do sal dzieci młodszych będzie posiadało służbę umywalkową i węzeł sanitarny dla osób niepełnosprawnych. Wprowadzenie monitoringu pozwoli na stały nadzór sal dzieci młodszych przez personel pielęgniarski. Oddział zachowa dwa niezależne wejścia z zewnątrz i wewnątrz budynku.

12.3.2. Na poziomie parteru w obecnie niewykorzystanych pomieszczeniach po poradni onkologicznej powstanie kompleksowe zaplecze diagnostyczne dla oddziału wewnętrznego, w tym pracownia prób wysiłkowych, pracownia echo serca i pracownia Holtera, jak również gabinet lekarski, gabinet pielęgniarki koordynującej, pomieszczenie przechowania zwołów oraz pomieszczenie higieniczne tzw. brudownik. Pomieszczenia, te będą posiadać odrębną komunikację z oddziałem łóżkowym na I piętrze, a mianowicie klatkę schodową oraz windę osobowo-towarową. Dla pacjentów ambulatoryjnych wejście do części diagnostycznej zapewnione będzie przez bezpośredni dostęp z zewnątrz , bez potrzeby komunikowania się z częścią łóżkową działu.

12.4. I piętro

W pomieszczeniach po oddziale pediatrii usytuowany jest oddział wewnętrzny. Oddział, ten zostanie połączony z przeniesionym oddziałem wewnętrznym z II budynku szpitala przy ul. Ekonomii i oddziału wewnętrznego o profilu kardiologicznym. Połączenie tych oddziałów wpłynie na poprawę bytową hospitalizowanych pacjentów, zapewni profesjonalną opiekę medyczną i diagnostyczną pacjentów internistycznych, którzy w obecnej sytuacji na badania dowożeni są transportem sanitarnym z budynku przy ul. Ekonomii. Dodatkową korzyścią wynikającą z połączenia oddziałów wewnętrznych i usytuowania ich w budynku głównym Szpitala jest stworzenie warunków do bardziej efektywnej pracy personelu medycznego, a tym samym podniesienie poziomu opieki nad pacjentem.

12.5. II piętro

12.5.1.

Oddział ortopedii został przeniesiony do pomieszczeń oddziału otolaryngologii, zyskał tym samym większą powierzchnię a pacjenci niepełnosprawni uzyskali szerszy dostęp do przystosowanego dla łóżek węzła sanitarnego w tym zakresie. Lekarze ortopedzi zajmą większy gabinet lekarski (dotychczasowy był niewystarczający do pracy dla 6 specjalistów)

12.5.2.

Oddział otolaryngologii został przeniesiony w miejsce oddziału ortopedii.

W miejscu centralnym II piętra, na połączeniu oddziałów otolaryngologii i chirurgii utworzono wspólny dla nich punkt pielęgniarski oraz wspólny gabinet lekarski. Oddziały, te posiadają również pokój badań, którego dotychczas nie było, a potrzebny jest wykorzystywany do przeprowadzenia badań, zbierania wywiadu przez lekarza anestezjologa przed zabiegami operacyjnymi. Remont węzłów sanitarnych i utworzenie łazienki dla osób niepełnosprawnych ułatwi i poprawi komfort hospitalizacji niepełnosprawnym.

12.6. Strychy

Przeprowadzono analizę możliwości częściowego zagospodarowania strychu w budynku głównym Szpitala przy ul. Szpitalnej pod działalność leczniczą. Poprzez planowane przystosowanie można pozyskać od 300 do 500 m² dodatkowej powierzchni .

Całokształt zmian ma na celu poprawę efektywności Szpitala jak również dostosowania zakresu wykonywanych czynności medycznych do aktualnych potrzeb, a co za tym idzie zmniejszenie kosztów tzw. gotowości lokalowej do faktycznego wykorzystania.

13. DLA ZAŁOŻEŃ PROGRAMOWYCH - MODERNIZACJA GOSPODARKI CIEPLNEJ

Został opracowany audyt oraz Program Funkcjonalno - Użytkowy na budowę rezerwowego źródła ciepła dla szpitala. Obecnie szpital uzależniony jest od dostaw ciepła dostarczanego wyeksploatowaną siecią ciepłowniczą. Planowana jest budowa przyłącza gazowego oraz wymiana kotłów w kuchni szpitalnej.

14. REKOMENDACJA DLA ZAŁOŻEŃ PROGRAMOWYCH MAJĄCYCH NA CELU NAPRAWĘ SYTUACJI EKONOMICZNEJ SZPITALA

Zostały podjęte intensywne działania mające na celu poprawę sytuacji ekonomicznej Szpitala, uzyskując poprawę wskaźników finansowych, przy utrzymaniu wysokiej jakości świadczonych usług, z uwzględnieniem bardziej efektywnego wykorzystania potencjału szpitala.

Zasadniczym celem działań zmierzających do poprawy sytuacji finansowej jest uzyskanie korzystniejszych relacji przychodowo /kosztowych poszczególnych komórek organizacyjnych oraz restrukturyzacja zaplecza szpitala. Jako cel nadrzędny traktuję wzrost efektywności wykorzystania istniejących w szpitalu zasobów, racjonalizację kosztów,

zahamowanie przyrostu zobowiązań. Warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia procesu jest restrukturyzacja zobowiązań. Bardzo ważnym czynnikiem jest określenie przez NFZ możliwości zapłaty za realizowane i planowane do realizacji przez szpital usługi.

14.1. Działania po stronie przychodów:

- Kontrakt z NFZ - wielkość i struktura,
- Dodatkowe przychody z innych źródeł

Działania dotyczące przychodów uwzględniają dostosowanie profilu świadczeń do lokalnego zapotrzebowania, z uwzględnieniem oferty innych (konkurencyjnych) placówek. Przy planowaniu strategii działalności szpitala poddajemy analizie trendy demograficzno – społeczne w skali makro i w wymiarze regionalnym, dokonujemy analizy zachorowalności w poszczególnych zakresach świadczonych usług w powiecie i województwie. Należy uwzględnić oferty innych szpitali działających w ościennych powiatach, postrzegać ich działalność w wymiarze konkurencyjnym. Będziemy wdrażali strategię opartą na świadczeniach korzystnie wycenianych przez NFZ, rozwój świadczeń wysokospecjalistycznych. Jako czynnik mający wpływ na możliwości negocjacyjne z NFZ szpital planuje kontrolowaną realizację nadwykonań, co w konsekwencji jest sposobem na poprawę wyników finansowych. Aktywne pozyskiwanie pacjentów spoza własnego regionu (zwłaszcza w dziedzinach, w których występują kolejki oczekujących, np. oropedia). Wykonywanie odpłatnych usług dla innych placówek medycznych (np. TK, RTG. badania laboratoryjne dla mniejszych, niepublicznych podmiotów). Sprzedaż usług - na przykład: realizacja programów naukowo-badawczych we współpracy z firmami farmaceutycznymi, analiza wyników badań obrazowych, pracownia badań wysiłkowych, zabezpieczenie medyczne imprez masowych, dzierżawa pomieszczeń, np. sprzedaż powierzchni reklamowych i innych usług dodatkowych. Aktualnie szpital dzierżawi pomieszczenia pod aptekę ogólnodostępną, powierzchnie handlowe, pomieszczenia hotelowe, badania RTG.

14.2. Działania po stronie kosztów - RACJONALIZACJA KOSZTÓW

Przy obecnym poziomie nakładów na lecznictwo szpitalne, działania zmierzające do naprawy sytuacji finansowej szpitala powinny koncentrować się na zmniejszeniu kosztów, ze względu na ograniczony wpływ dyrekcji szpitala, na poziom kontraktowania przychodów w Narodowym Funduszu Zdrowia. Szpitale mają słabą pozycję negocjacyjną wobec NFZ, będącego jedynym kontrahentem i płatnikiem który jest monopolistą. Zmienność i niepewność co do rozwiązań systemowych polityki zdrowotnej państwa (zmienia się poziom finansowania i sposób wyceny świadczeń) powoduje, że budżet NFZ nie jest w stanie zagwarantować wzrostu poziomu kontraktowania pokrywającego obecnie ponoszone przez szpital koszty. Obniżenie kosztów działalności poprawia konkurencyjność szpitala, a więc zwiększa szanse na uzyskanie kontraktu na realizację świadczeń w sytuacji rosnącej konkurencji na rynku usług medycznych. W prawidłowym modelu przychody oddziałów powinny pokrywać co najmniej koszty bezpośrednie danego oddziału, część kosztów pośrednich i ogólnozakładowych (administracyjnych) ponoszonych przez szpital, część kosztów finansowych. Realizując program naprawczy, należy dążyć do powyższego poziomu pokrywania kosztów (rentowności), jednak przy obecnych warunkach kontraktowania świadczeń w szpitalach większość oddziałów nie spełnia powyższego kryterium, a niektóre nie uzyskują nawet dodatniego wyniku na kosztach bezpośrednich. Występuje problem trwale nierentownych oddziałów, które z powodu niskiego finansowania są nierentowne, nawet jeżeli są dobrze zarządzane, należy podjąć decyzję o kontynuacji ich działalności. Przy czym: niektóre oddziały powinny istnieć niezależnie od uzyskiwanych wyników finansowych, w takim przypadku muszą one być częściowo finansowane z nadwyżki dochodów uzyskiwanej na innych oddziałach (musi ona być wystarczająca) inne, które nie są niezbędne, powinny zostać zlikwidowane, a ich kontrakt przeniesiony na inne oddziały. Minimalnym kryterium ekonomicznej zasadności działalności oddziału jest dodatni wynik w kosztach bezpośrednich. Oznacza to, iż oddział pokrywa

swoje własne koszty oraz część kosztów pośrednich i ogólnozakładowych. Istotną rolę pełni właściwe rozliczanie kosztów, w szczególności kosztów pośrednich i ogólnozakładowych.

14.3 REKOMENDACJA DLA ZAŁOŻEŃ PROGRAMOWYCH MAJĄCYCH NA CELU NAPRAWĘ SYTUACJI EKONOMICZNEJ SZPITALA - RESTRUKTURYZACJA FINANSOWA

Restrukturyzacja finansowa stanowi jedno z najbardziej istotnych i zarazem najtrudniejszych zadań stojących przed szpitalem. Polega na dokonywaniu zmian w finansach jednostki, w tym zmian dotyczących kapitału obrotowego, kosztów oraz źródeł finansowania. Największym problemem jakie zostało pokazane w rozdziale 6 jest niewłaściwa struktura kapitałów. Wynika to w głównej mierze z niewłaściwej struktury zadłużenia, a dokładniej, nieodpowiedniego wykorzystania długu w strukturze kapitałowej. Do przeprowadzenia restrukturyzacji warunkiem koniecznym jest wdrożenie skutecznej restrukturyzacji zobowiązań. Obecna struktura zobowiązań nie daje możliwości odzyskania utraconej płynności finansowej, należy dokonać zamiany zobowiązań z krótkoterminowych na długoterminowe, przy jednoczesnej próbie likwidacji przyczyn zadłużania jednostki.

Celem bieżącym, krótkoterminowym, jest odzyskanie i utrzymanie płynności finansowej. O jej odzyskanie należy walczyć korzystając głównie z doraźnych rozwiązań operacyjnych oraz poprzez redukcję kosztów.

15. PODSUMOWANIE

Przedstawione Państwu opracowanie określa własne propozycje działań strategicznych związanych z funkcjonowaniem szpitala w latach 2013 – 2018. Jest to program kompleksowych działań i rekomendacji dyrektora zakładu, mający na celu stabilizację funkcjonowania szpitala oraz poprawę jego kondycji ekonomicznej.

Zawarte w programie działania zostały przyjęte na podstawie opisanej strategii, uwzględniającej podstawowe cele i zadania oraz misję jednostki. Określone w opracowaniu działania strategiczne w kilkuletniej perspektywie, przy niestabilności rozwiązań prawnych i zmiennej polityce finansowania usług przez NFZ powinny być monitorowane i w czasie mogą ulegać modyfikacji.

Rekomendowane działania mają na celu poprawę sytuacji ekonomicznej, uzyskanie poprawy wskaźników finansowych, przy utrzymaniu wysokiej jakości świadczonych usług, z uwzględnieniem coraz bardziej efektywnego wykorzystania potencjału szpitala.

Zasadniczym celem działań zmierzających do zmniejszenia kosztów jest uzyskanie korzystniejszych relacji przychodowo-kosztowych poszczególnych komórek organizacyjnych oraz restrukturyzacja zaplecza szpitala. Jako cel nadrzędny traktuję wzrost efektywności wykorzystania istniejących w szpitalu zasobów, racjonalizację kosztów, zahamowanie przyrostu zobowiązań. Warunkiem niezbędnym do dalszego funkcjonowania szpitala jest restrukturyzacja finansowa zobowiązań.

Plany inwestycyjne dotyczące rozbudowy i modernizacji infrastruktury oraz zakupów sprzętu i aparatury medycznej, wynikają z konieczności dostosowania placówki do wymogów formalnych, narzuconych przepisami prawa i wymaganiami NFZ, z drugiej strony wynikają z bardzo dużej dekapitalizacji majątku szpitala,

zużyciem sprzętu oraz postępowaniem technologicznym, wymuszającym konieczność stosowania nowoczesnych urządzeń w procesie diagnozowania i leczenia chorych. Potrzeby inwestycyjne oraz konieczność prowadzenia restrukturyzacji finansowej jednostki, budzą duży niepokój i wymuszają konieczność poszukiwania zewnętrznych źródeł finansowania.

Dyrektor

*Zespołu Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej
Szpitala Powiatowego im. Marii Skłodowskiej Curie*

Andrzej Jarzębowski