



Wydziału Strategii, Rozwoju i Informacji

Janusz Tamilla
Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim
ul. Roosevelta 3, 97-300 Piotrków Trybunalski
NIP 771 22 21 296 REGON 000315494

STAROSTA
POWIATU PIOTRKOWSKIEGO

dr Piotr Wojtysiak

Piotrków Tryb. 17.02.2020r.

SEKRETARIAT
STAROSTY PIOTRKOWSKIEGO

Wpł. 18-02-2020

L. dz. 848/2020 zał. _____

podpis _____

znak sprawy _____

Pan Piotr Wojtysiak

Przewodniczący Zarządu Powiatu Piotrkowskiego

Pismo znak: PCMD.DS.0115-02/2020

Niniejszym przedstawiam „Aktualizację programu naprawczego dla Powiatowego Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim na lata 2020-2022”.

Piotr Woźniak
PO Dyrektora PCMD

p.o. DYREKTOR

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Piotr Woźniak
Specjalista ginekolog, oboj. nif.



Powiatowe Centrum Matki i Dziecka
ul. Roosevelta 3, 97-300 Piotrków Trybunalski
NIP 771 22 21 296 REGON 000315494

***Aktualizacja programu naprawczego dla
Powiatowego Centrum Matki i Dziecka w
Piotrkowie Tryb. na lata 2020-2022***

***Opracowanie:
Piotr Woźniak
P.O. Dyrektora PCMD
Eliza Bartkowska
P.O. Z-ca Dyrektora ds. Administracyjnych***

Piotrków Trybunalski, dnia 17.02.2020 roku

Spis treści:

Część I. Opis działalności PCMD

1. PCMD poza „siecią szpitali” – analiza potencjału, struktura organizacyjna, analiza produktowa
2. Kontrakty z NFZ – Oddziały, POZ, AOS - wartość
3. Przychody - koszty – struktura
4. Analiza SWOT

Część II. Sytuacja ekonomiczno-finansowa PCMD w roku 2019

1. Realizacja ryczaftu PSZ oraz kontraktów z NFZ – rok 2019
2. Efektywność - wynik finansowy poszczególnych komórek
3. Plan finansowy w roku 2019 oraz przyczyny braku jego realizacji

Część III. Działania naprawcze

1. Działania naprawcze – główne założenia
2. Dzienny oddział rehabilitacji dziecięcej - koncepcja
3. Uzasadnienie do przedstawionych działań naprawczych

Część IV. Harmonogram realizacji oraz analiza ryzyka dla celów i zadań przyjętych w niniejszej „Aktualizacji programu naprawczego”

1. Harmonogram realizacji dla celów i zadań
2. Analiza ryzyka dla celów i zadań

Część V. Prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej na lata 2020 – 2022 po wdrożeniu założonych działań restrukturyzacyjnych

1. Plan finansowy na rok 2020 po wdrożonych działaniach naprawczych
2. Analiza sytuacji ekonomiczno - finansowej w perspektywie lat 2020 - 2022

Część I. Opis działalności PCMD

1. PCMD poza „siecią szpitali” – analiza potencjału, struktura organizacyjna, analiza produktowa

a) PSZ PCMD

Jedną z najważniejszych zmian w zakresie opieki zdrowotnej w ostatnich latach (licząc od IV kwartału 2017r.), mającą bezpośredni wpływ na funkcjonowanie szpitali powiatowych takich jak PCMD było uruchomienie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) świadczeń opieki zdrowotnej potocznie zwanego „siecią szpitali”. Podstawy prawne działania sieci wprowadzono ustawą z dnia 23 marca 2017r o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Uzupełniającymi przepisami w tym zakresie były: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W założeniu Ministerstwa Zdrowia tzw. sieć szpitali miała być rozwiązaniem, które usprawni organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez szpitale oraz przychodnie przyszpitalne i poprawi dostęp pacjentów do leczenia specjalistycznego w szpitalach. Sieć miała zoptymalizować liczbę oddziałów specjalistycznych i umożliwić lepszą koordynację świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych. Miała także ułatwić zarządzanie szpitalami. Wprowadzenie sieci miało zagwarantować odpowiedni poziom, a także ciągłość i stabilność finansowania szpitali. Rzeczywistość okazała się zgoła odmienna. Dla ponad 90% szpitali powiatowych, jakim jest również Powiatowe Centrum Matki i Dziecka ryczałtowy system finansowania świadczeń okazał się „puszką bez dopływu tlenu”, przez co szpitale znacząco pogorszyły swoje wyniki finansowe.

Dlatego, aby uniknąć dalszego pogłębiania się ujemnego wyniku finansowego 30 czerwca 2019r. PCMD zdecydowało się na trudny krok wyjścia z „sieci szpitali” i podjęcia się zakontraktowania świadczeń medycznych na podstawie ogłoszonych przez NFZ konkursów w zakresie świadczeń położniczo-ginekologicznych i neonatologicznych.

b) Analiza potencjału PCMD

Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim zwane dalej PCMD jest publicznym zakładem opieki zdrowotnej nie będący przedsiębiorcą, którego podmiotem tworzącym jest Rada Powiatu Piotrkowskiego. Szpital wraz z poradniami podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjną opieką specjalistyczną obejmuje swoim zakresem populację ponad 150 tys. mieszkańców zarówno miasta Piotrkowa Trybunalskiego, jak i powiatu piotrkowskiego. Na terenie miasta Piotrkowa Trybunalskiego funkcjonuje drugi podmiot leczniczy, którego podmiotem tworzącym jest Urząd Marszałkowski w Łodzi – Samodzielny

Szpital wojewódzki im. M.Kopernika, znajdujący się na ulicy Rakowskiej 15. Do połowy 2016r. szpitale oba konkurowały ze sobą w zakresie czterech tożsamyh oddziałów szpitalnych (kardiologii, chirurgii, interny, ginekologii i położnictwa) oraz poradni przyszpitalnych. Przeprowadzona z sukcesem restrukturyzacja doprowadziła do tego, iż w mieście oraz powiecie Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim jest jedyną jednostką leczniczą posiadającą w swoich strukturach oddziały ginekologii i położnictwa, neonatologii oraz od 01 maja 2017 oddział dziecięcy. Zamysł restrukturyzacji był taki, by doprowadzić do tego, aby w Piotrkowie Trybunalskim nadal funkcjonowały dwa szpitale, z tym że nie konkurujące, czyli prowadzące niezależną działalność leczniczą, co ma niezwykle ważne znaczenie w przypadku mniejszej jednostki jaką jest Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim, która nie ma takich narzędzi (rozbudowana diagnostyka) jak SSW. I drugi jakże ważny efekt przeprowadzonych zmian – to fakt, iż Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim znalazło się w „sieci szpitali”, co byłoby niemożliwe, gdyby takich zmian nie przeprowadził.

Ogromną zaletą Powiatowego Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim jest to, iż posiada w swojej strukturze podstawową opiekę zdrowotną, stomatologię oraz rehabilitację. Jednakże w tychże zakresach posiada ogromną konkurencję ze strony prywatnych podmiotów na terenie miasta i powiatu, których niewątpliwą zaletą jest krótki okres oczekiwania na wizytę lekarską oraz badanie. Ważny aspekt świadczonych usług stanowią położnictwo i ginekologia, dla których niewątpliwą konkurencją są prywatne szpitale w Łodzi, które wyznaczają nowoczesny rynkowy trend w zakresie jakości świadczonych usług – dostęp do specjalistów, profesjonalna opieka lekarsko-położnicza, komfortowe warunki pobytu (jednoosobowe sale). Wymaga to podjęcia szybkich działań zmierzających do odzyskania udziału w rynku, głównie w zakresie działań o charakterze promocyjno-marketingowym.

Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim jest powołane w celu wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w szczególności przez organizowanie i prowadzenie działalności w rodzaju:

- 1.stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne
- 2.ambulatoryjne świadczenia zdrowotne
- 3.podstawowa opieka zdrowotna

Do podstawowych zadań Zespołu należy prowadzenie działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, a w szczególności:

- sprawowanie opieki stacjonarnej w posiadanych w szpitalu oddziałach,
- udzielanie specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych,
- udzielanie świadczeń diagnostycznych,
- udzielanie świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej,
- udzielanie świadczeń z zakresu stomatologii
- udzielanie świadczeń w zakresie POZ
- orzekanie o stanie zdrowia,

- prowadzenie działalności z zakresu promocji zdrowia,
- wykonanie określonego przepisami nadzoru fachowego,
- organizowanie w ustalonym zakresie opieki medycznej w sytuacjach nadzwyczajnych i klęsk żywiołowych

Zadania Zespołu obejmują w szczególności:

1. Udzielanie stacjonarnych oraz całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych w zakresie:

- neonatologii
- pediatrii
- położnictwa i ginekologii

2. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- alergologii
- diabetologii
- ginekologii i położnictwa
- diagnostyki laboratoryjnej
- radiologii i diagnostyki obrazowej
- otolaryngologii
- zdrowia psychicznego, w tym leczenia uzależnień od alkoholu
- rehabilitacji medycznej
- stomatologii
- endokrynologii

Powiatowe Centrum Matki i Dziecka dysponuje bazą diagnostyczną, która obejmuje:

- całodobowe pełno profilowe laboratorium analityczne:
- całodobowa pracownia RTG
- pracownie USG
- pracownię rehabilitacyjną świadczącą usługi kinezyterapeutyczne, światłolecznice, laseroterapię, krioterapię i fizykoterapię.

c) Struktura organizacyjna PCMD

Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim prowadzi działalność i realizuje świadczenia w rodzajach świadczeń:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna**
- 2) leczenie szpitalne**
- 3) ambulatoryjna opieka specjalistyczna**
- 4) rehabilitacja lecznicza**
- 5) leczenie stomatologiczne**

6) opieka psychiatryczna i uzależnień

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej Powiatowy Zespół Opieki Zdrowotnej udziela świadczeń od poniedziałku do piątku w godzinach między 8.00 a 15:00 (filie)

- 1) w trzech przychodniach w Piotrkowie Trybunalskim:
 - a) przychodnia nr 1 przy ul. Roosevelta 3
 - b) przychodnia nr 2 przy ul. Wyzwolenia 1
 - c) przychodnia nr 4 przy ul. Armii Krajowej 11 (od 8:00 do 18:00)
- 2) w jednej przychodni w powiecie piotrkowskim:
 - a) w Wolborzu przy ul. Sportowej 7
- 3) w trzech ośrodkach zdrowia w powiecie piotrkowskim
 - A. w gminnym ośrodku zdrowia w Gorzkowicach
 - B. w gminnym ośrodku zdrowia w Grabicy
 - C. w wiejskim ośrodku zdrowia w Parzniewicach

W zakresie podstawowej opieki zdrowotnej realizowane są świadczenia lekarza, pielęgniarki i położnej środowiskowej oraz pielęgniarki w środowisku nauczania.

W zakresie **leczenia szpitalnego PCMD** udziela świadczeń:

- 1) w oddziale położniczo-ginekologicznym**
- 2) w oddziale noworodków**
- 3) w oddziale dziecięcym**

Dla potrzeb realizacji świadczeń szpitalnych, funkcjonują ponadto: izba przyjęć, blok operacyjny, pracownia diagnostyczne RTG i USG oraz laboratorium, dział farmacji szpitalnej oraz sterylizatornia.

W zakresie **ambulatoryjnej opieki specjalistycznej** w strukturze PCMD funkcjonują i realizują świadczenia w oparciu o kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia następujące poradnie:

- 1) poradnia diabetologiczna
 - 2) poradnia laryngologiczna
 - 3) poradnia alergologiczna dla dzieci
 - 4) poradnia endokrynologiczna dla dzieci
 - 5) poradnia patologii noworodka
 - 6) poradnia dla kobiet przy ul. Roosevelta 3
 - 7) poradnie dla kobiet w powiecie piotrkowskim: w Wolborzu, w Gorzkowicach i w Grabicy.
- Oprócz poradni, w których realizacja świadczeń finansowana jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w strukturze PCMD funkcjonuje poradnia badań profilaktycznych, która realizuje świadczenia z zakresu medycyny pracy – świadczenia finansowane są w oparciu o odrębne umowy z zakładami pracy, instytucjami lub przez indywidualne osoby oraz realizuje również badania uczniów z praktyczną nauką zawodu.

W zakresie **rehabilitacji leczniczej** PCMD realizuje przy ul. Dmowskiego 47 świadczenia w poradni rehabilitacyjnej w formie porad lekarskich, w dziale fizjoterapii oraz w pracowni masażu leczniczego w formie zabiegów fizykoterapeutycznych, kinezyterapeutycznych i masażu leczniczych.

W zakresie **leczenia stomatologicznego** PCMD posiada następujące poradnie i gabinety stomatologiczne:

- 1) poradnia stomatologiczna przy ul. Armii Krajowej 11 w Piotrkowie Trybunalskim dla dzieci i młodzieży,
- 2) stomatologiczne gabinety szkolne w szkołach: podstawowa nr 16 przy ul. Krakowskie Przedmieście 11, gimnazjum nr 4 przy ul. Próchnika 8/12, gimnazjum nr 5 przy ul. Kostromskiej 50
- 3) poradnie stomatologiczne w powiecie piotrkowskim dla osób dorosłych w Sulejowie, w Wolborzu, w Grabicy oraz dla dzieci i młodzieży oraz osób dorosłych w Trzeczynie

W zakresie **opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień** PCMD realizuje i kontraktuje świadczenia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu w poradni profilaktyki i terapii uzależnień przy ul. Armii Krajowej 11.

Struktura zatrudnienia – stan na koniec września oraz na koniec roku 2019

Grupa zawodowa	Liczba osób zatrudnionych na koniec września 2019 r. (umowa o pracę + kontrakty i zlecenia w przeliczeniu na 1 etat)	Liczba etatów na koniec września 2019 r.	Liczba osób zatrudnionych na umowę kontraktową na koniec września 2019 r.	Liczba osób zatrudnionych na umowę zlecenie na koniec września 2019 r.	Liczba osób zatrudnionych na koniec 2019 r. (umowa o pracę + kontrakty i zlecenia w przeliczeniu na 1 etat)	Liczba etatów na koniec 2019 r.	Liczba osób zatrudnionych na umowę kontraktową na koniec 2019 r.	Liczba osób zatrudnionych na umowę zlecenie na koniec 2019 r.
lekarze medycyny	97,00	68,93	60,00	3,00	84,00	54,22	49,00	5,00
lekarze rezydenci	-	-	-	-	-	-	-	-
lekarze stażyści	-	-	-	-	-	-	-	-
farmaceuci	1,00	1,00	-	-	1,00	1,00	-	-
inni wyższy medyczny	24,00	19,00	2,00	-	26	19,32	4,00	-
pielęgniarki	119,00	109,89	4,00	19,00	99	91,93	1,00	8,00
położne	41,00	40,82	-	6,00	37	34	-	3,00
średni personel medyczny	65,00	58,83	2,00	9,00	62	59,94	1,00	7,00
inni niższy personel	34,00	33,00	1,00	-	32	31	1,00	-
dyrekcja	1,00	1,00	-	-	2,00	2,00	-	-
administracyjny o-ekonomiczny	45,00	40,75	-	2,00	43	40,75	-	1,00
gospodarczy i obsługa	13,00	12,50	-	-	13	11,75	-	-
SUMA	440,00	385,72	69,00	39,00	399	345,91	56,00	25,00

Tabela nr 1. Struktura zatrudnienia PCMD

Komentarz do tabeli nr 1: Wyjście z sieci szpitali zmieniło także strukturę zatrudnienia, którą przedstawia powyższa tabela.

d) Analiza produktowa PCMD

Struktura oddziałów szpitalnych w zakresie liczby leczonych, osobodni leczenia oraz wykorzystania potencjału bazy łóżkowej

Nazwa oddziału	Położniczo - ginekologiczny	Noworodków	Dziecięcy	Internistyczny	Razem/Średnio
Liczba łóżek rzeczywistych w I kwartale 2019	51	30	23	24	128
Liczba łóżek rzeczywistych w II kwartale 2019	51	30	23	24	128
Liczba łóżek rzeczywistych w III kwartale 2019	38,67	23,33	20	20	102
Liczba łóżek rzeczywistych w IV kwartale 2019	30	20	20	0	70
Liczba leczonych chorych w I kwartale 2019	778	213	349	374	1714
Liczba leczonych chorych w II kwartale 2019	660	177	308	305	1450
Liczba leczonych chorych w III kwartale 2019	723	245	244	279	1491
Liczba leczonych chorych w IV kwartale 2019	577	172	291	0	1040
Wskaźnik średniego pobytu chorego w I kwartale 2019	3,49	4	3,59	4,65	3,93
Wskaźnik średniego pobytu chorego w II kwartale 2019	3,42	3,72	3,78	4,95	3,97
Wskaźnik średniego pobytu chorego w III kwartale 2019	3,42	3,95	3,37	5,31	4,01
Wskaźnik średniego pobytu chorego w IV kwartale 2019	3,5	4,2	4,13	-	3,94
Średnia liczba leczonych na 1 łóżko w I kwartale 2019	5,08	2,36	5,09	5,19	4,43
Średnia liczba leczonych na 1 łóżko w II kwartale 2019	4,27	1,96	4,46	4,23	3,73
Średnia liczba leczonych na 1 łóżko w III kwartale 2019	6,13	3,48	3,78	4,52	4,48
Średnia liczba leczonych na 1 łóżko w IV kwartale 2019	6,39	2,83	4,83	-	4,68
% wykorzystania łóżek w I kwartale 2019	59,00%	32,00%	60,00%	80,00%	58%
% wykorzystania łóżek w II kwartale 2019	48,00%	24,00%	55,00%	69,00%	49%
% wykorzystania łóżek w III kwartale 2019	77,00%	48,00%	46,00%	84,00%	64%
% wykorzystania łóżek w IV kwartale 2019	73,80%	39,13%	66,17%	-	59,7%

Tabela nr 2. Struktura oddziałów szpitalnych

Komentarz do tabeli nr 2: W powyższej tabeli szczegółowo została zaprezentowana efektywność pracy oddziałów szpitalnych w zakresie liczby leczonych, średniego pobytu pacjenta oraz wykorzystania bazy łóżkowej na przestrzeni zmieniającego się roku 2019r.

Operacje ginekologiczne w PCMD w roku 2019

2019 – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY														
	styczeń	lut	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	SUMA	styczeń 2020r.
SUMA	79	99	101	86	98	70	72	81	62	73	73	75	969	91
2019 – POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY														
	styczeń	lut	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	SUMA	styczeń 2020r.
SUMA	4	2	8	2	4	7	2	2	1	0	0	0	32	1

Tabela nr 3. Operacje ginekologiczne w roku 2019

Porody w PCMD na przestrzeni lat 2018-2019

2018													
	styczeń	lut	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	
Porody fizjologiczne	39	41	54	36	40	61	40	50	56	41	39	28	
Porody – cięcie cesarskie	54	49	44	38	47	52	56	51	54	52	41	42	
SUMA	93	90	98	74	87	113	96	101	110	93	80	70	

Razem:1105

2019														
	styczeń	lut	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	styczeń 2020r.	
Porody fizjologiczne	48	33	36	33	33	30	47	43	41	32	23	26	39	
Porody – cięcie cesarskie	34	27	37	28	29	24	37	37	40	36	22	30	31	
SUMA	82	60	73	61	62	54	84	80	81	68	45	56	70	

Razem: 806

Tabela nr 4. Porody w latach 2018-2019

Komentarz do tabeli nr 3 oraz 4: Powyżej została przedstawiona struktura porodów w latach 2018-2019 oraz operacji ginekologicznych w roku 2019. Warto tu zwrócić uwagę na ponad 25% -owy spadek ilości porodów w roku 2019 w stosunku do roku 2018.

1. Kontrakty z NFZ – Oddziały, POZ, AOS – wartość

Wartość zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych

Rodzaj zakontraktowanych z NFZ świadczeń zdrowotnych/rok	2017	2018	2019
Wewnętrzny oddział	5 508 810,88 zł	2 366 436,57 zł	2 675 352,00 zł
Neonatologia - oddział	2 837 020,60 zł	2 508 595,00 zł	2 230 194,00 zł
Położniczy – oddział	5 443 498,32 zł	5 656 594,69 zł	5 012 081,00 zł
Dziecięcy – oddział	1 605 256,00 zł	2 331 765,00 zł	2 498 770,00 zł
Izba Przyjęć	1 295 886,96 zł	1 183 136,55 zł	907 338,95 zł
Diabetologia – poradnia specj.	161 698,90 zł	166 883,95 zł	148 039,00 zł
Kardiologia – poradnia specj.	230 013,40 zł	172 428,84 zł	145 512,00 zł
Neurologia – poradnia specj.	244 111,32 zł	280 011,01 zł	204 071,40 zł
Poradnie K – poradnia specj.	387 008,97 zł	470 683,44 zł	443 368,80 zł
Otolaryngologia – poradnia specj.	209 251,35 zł	223 966,30 zł	252 762,25 zł
Endokrynologia – poradnia specj.	0,00 zł	69 438,00 zł	84 092,00 zł
Neonatologia – poradnia specj.	0,00 zł	137 006,00 zł	164 726,00 zł
Alergologia – poradnia specj.	0,00 zł	99 285,00 zł	109 725,00 zł
Fizykoterapia – poradnia specj.	702 014,46 zł	409 665,60 zł	430 867,20 zł
Poradnia Uzależnień – poradnia specj.	316 258,65 zł	327 297,60 zł	361 883,25 zł
Stomatologia – poradnia specj.	965 356,60 zł	967 635,52 zł	984 383,46 zł
Nocna i świąteczna pomoc	1 779 390,00 zł	1 380 400,00 zł	1 121 232,00 zł
Podstawowa Opieka Zdrowotna (poradnie)	7 999 839,85 zł	7 879 304,28 zł	7 919 533,78 zł
Oddziały + Poradnie specjalistyczne + POZ - razem	29 685 416,26 zł	26 630 533,35 zł	25 693 932,09 zł

Tabela nr 5. Wartość zakontraktowanych świadczeń w latach 2017-2019

Komentarz do tabeli nr 5: Zmieniająca się na przestrzeni lat struktura zakontraktowanych świadczeń to również efekt w postaci zmieniających się wartości (spadek/wzrost) umów z NFZ.

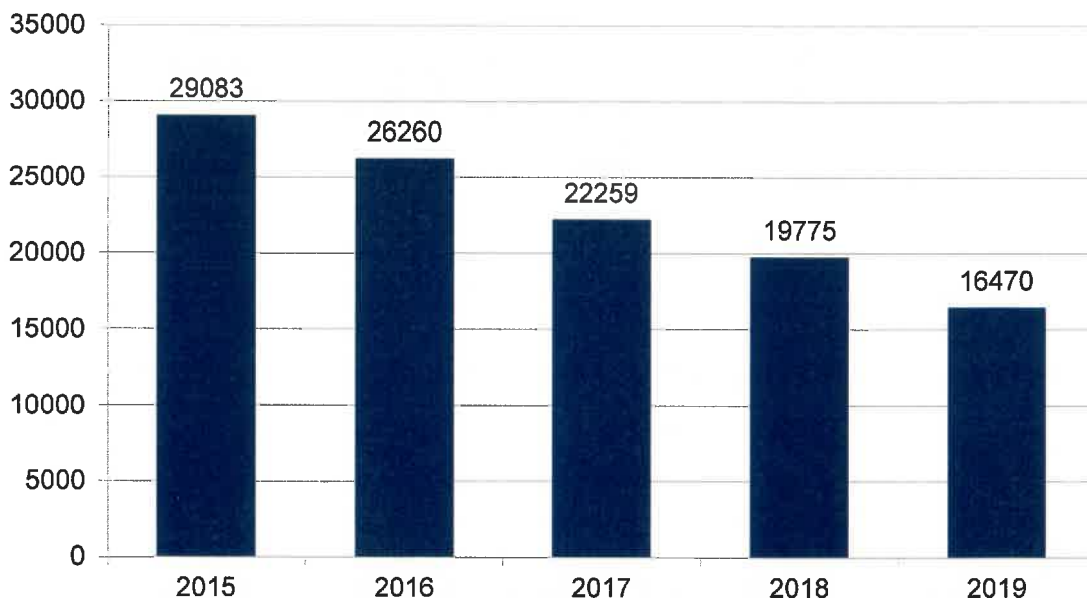
Zestawienie liczby deklaracji lekarza POZ w latach 2015-2019

Poradnia	2015	2016	2017	2018	2019
GOZ ALEKSANDRÓW	1261				
GOZ GORZKOWICE	2086	1905	1834	1772	1672
GOZ GRABICA	1687	1640	1598	1539	1491
GOZ WOLBÓRZ	2577	2505	2414	2284	2202
PRZYCHODNIA NR 1	1262	1132	1105	1060	990
PRZYCHODNIA NR 2	5038	4832	3409	2902	3118
PRZYCHODNIA NR 4	6694	6326	7421	5991	5853
PRZYCHODNIA NR 5	3377	3208	-	-	-

PRZYCHODNIA W SULEJOWIE	3098	2986	2826	2667	-
WOZ PARZNIEWICE	1217	1137	1139	1130	1144
WOZ PRZYGLÓW	663	589	513	430	-
WOZ SKOTNIKI	123	-	-	-	-
Poradnia	2015	2016	2017	2018	2019
	29083	26260	22259	19775	16470

Tabela nr 6. Zestawienie deklaracji lekarza POZ

Wykres populacji w POZ w latach 2015-2019



Wykres nr 1. Populacja w POZ-ach w latach 2015-2019,

Komentarz do tabeli nr 5: Spadająca populacja to po pierwsze efekt ogromnej konkurencji ze strony niepublicznych podmiotów, brak kadry lekarskiej, z którą borykał się szpital na przestrzeni lat 2016-2018 oraz rezygnacja z poradni nr V w Piotrkowie Tryb. oraz Sulejowie i Włodzimierzowie.

Liczba udzielonych porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej

Liczba udzielonych porad	2019
Diabetologia – poradnia specj.	3 692
Kardiologia – poradnia specj.	2 742
Neurologia – poradnia specj.	4 444
Poradnie K – poradnia specj.	7 758
Otolaryngologia – poradnia specj.	3 269
Endokrynologia – poradnia specj.	1 126

Neonatologia – poradnia specj.	1 181
Alergologia – poradnia specj.	2 172
Fizykoterapia – poradnia specj.	64 068
Poradnia Uzależnień – poradnia specj.	7 248
Stomatologia – poradnia specj.	11 276
Suma	108 976

Tabela nr 7. Ilość udzielnych porad w AOS w roku 2019

2. Przychody - koszty – struktura

Struktura przychodów w latach 2015-2019

PRZYCHODY	WYKONANIE 2015	WYKONANIE 2016	WYKONANIE 2017	WYKONANIE 2018	WYKONANIE 2019
1. Sprzedaż usług medycznych	32 737 078,54	31 496 342,15	30 840 276,33	29 877 541,96	28 979 723,11
N.F.Z.(Kontrakty)	31 482 732,52	30 310 917,59	29 801 765,05	28 864 333,08	27 940 637,10
Medycyna Pracy	188 496,00	171 013,00	157 660,00	198 212,40	199 145,00
Urząd Marszałkowski	0,00	66 825,00	60 005,00	58 410,00	68 750,00
Ministerstwo Zdrowia-Rezydenci	288 330,03	231 047,83	186 812,09	71 962,09	58 125,01
Urząd Marszałkowski-Staże	88 014,08	66 869,24	0,00	0,00	0,00
Pozostałe usługi medyczne	689 505,91	649 669,49	634 034,19	684 624,39	713 066,00
2. Sprzedaż pozostałych usług (niemedycznych)	52 845,88	50 403,28	61 901,35	44 644,50	52 083,65
Wynajem lokali	46 240,09	32 557,84	29 814,87	29 436,60	49 343,84
Pozostałe usługi	6 605,79	17 845,44	32 086,48	15 207,90	2 739,81
A. Sprzedaż usług (pozycja 1 i 2)	32 789 924,42	31 546 745,43	30 902 177,68	29 922 186,46	29 031 806,76
B. Przychody operacyjne	1 832 169,73	1 575 231,62	1 009 963,12	997 576,35	1 030 200,15
Dotacje	160 000,00	709 623,57	544 608,53	268 040,94	41 024,13
Darowizny finansowe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Darowizny rzeczowe	59 744,93	63 180,05	41 869,54	50 928,81	58 173,62
Refundacje	20 160,00	0,00	0,00	0,00	25 079,60

Pozostałe	1 592 264,80	802 428,00	423 485,05	678 606,60	905 922,80
C. Przychody finansowe	5 863,62	1 253,04	4 674,92	5 743,98	5 572,97
Odsetki bankowe(Lokaty)	592,98	473,38	597,82	72,16	0
Odsetki	5 270,64	779,66	4 077,10	5 671,82	5 572,97
Ogółem przychody	34 627 957,77	33 123 230,09	31 916 815,72	30 925 506,79	30 067 579,88

Tabela nr 8. Struktura przychodów PCM

Struktura kosztów w latach 2015-2019

KOSZTY - RODZAJE	WYKONANIE 2015	WYKONANIE 2016	WYKONANIE 2017	WYKONANIE 2018	WYKONANIE 2019
Wynagrodzenia osobowe	18 976 239,00	19 437 503,00	19 118 207,40	18 578 880,96	18 979 044,12
Wynagrodzenia bezosobowe	52 077,00	66 620,00	193 412,00	1 097 761,77	1 312 175,88
Razem wynagrodzenia	19 028 316,00	19 504 123,00	19 311 619,40	19 676 642,73	20 291 220,00
Składki ZUS ,FP, FEP	3 425 351,34	3 457 504,00	3 404 513,04	3 314 133,03	3 457 858,73
Pozostałe świadczenia na rzecz pracowników	567 124,00	538 349,01	591 550,19	586 280,28	528 956,10
Razem koszty pracy	23 020 791,34	23 499 976,01	23 307 682,63	23 577 056,04	24 278 034,83
Utrzymanie bazy	2 045 938,94	2 192 701,00	2 331 167,30	1 746 451,33	1 798 082,25
Utrzymanie i leczenie pacjenta	7 134 516,98	6 630 689,00	7 117 026,36	10 294 688,98	11 165 584,11
Podatki i opłaty	59 970,52	53 876,00	56 774,30	56 127,50	61 590,00
Pozostałe koszty działalności podstawowej	707 328,89	635 144,00	678 026,21	863 683,83	799 665,74
Amortyzacja	607 647,82	568 117,00	579 331,12	615 808,91	791 997,70
Pozostałe koszty operacyjne	1 594 054,50	472 512,00	319 285,14	242 038,80	243 130,66
Pozostałe koszty finansowe	280 136,67	49 345,00	102 513,09	516 454,42	780 002 50
OGÓŁEM KOSZTY	35 450 385,66	34 102 360,01	34 491 806,15	37 912 309,81	39 918 087,79

Tabela nr 9. Struktura kosztów PCMD

Komentarz do tabeli nr 8: Malejąca wartość przychodów na przestrzeni lat 2015-2019 (różnica -3 700 000) to efekt po pierwsze zmienionego profilu działalności oddziału kardiologii i chorób wewnętrznych (brak procedur wszczepiania stymulatorów serca) oraz zmiana formy

finansowania z kontraktowego do końca III kwartału 2017r, do kiedy NFZ płacił za nadwykonania, na ryczałtowy (rok 2018/2019), w którym jako szpital zostaliśmy pozbawieni takiej możliwości. Co do zasady ryczałtowy system finansowania nie zawiera w sobie pojęcia nadwykonań, wobec czego w razie ich pojawienia się szpital nie ma możliwości ubiegania się o ich zapłatę w żadnej formie, również na drodze sądowej.

Komentarz tabeli nr 9: W zakresie kosztów należy zwrócić uwagę na dwie pozycje, a mianowicie koszty osobowe oraz leczenie i utrzymanie pacjenta, które to bezpośrednio przełożyły się na końcową wartość – koszty razem (to kwota o 5 400 000 większa w roku 2019 w stosunku do roku 2017). Wyjaśnienia wzrostu kosztów ogółem w roku 2019 vs lat poprzednich upatrywać należy w tych wszystkich przesłankach, które zostały opisane w punkcie 23 części II, a mianowicie obciążenia szpitali w kraju dodatkowymi kosztami (wzrostem wynagrodzeń) bez przekazania na nie pieniędzy z NFZ-tu. I tak wzrost kosztów w zakresie leczenia i utrzymania pacjenta to nic innego jak koszt związany z migracją kadry medycznej z umów o pracę na kontrakty medyczne (kontrakty medyczne to usługa medyczna w rozumieniu zasad rachunkowości – stąd wartość umów kontraktowych zawiera się w tejże pozycji). Przejście kadry medycznej na kontrakt medyczny z umów o pracę miało miejsce w wielu obszarach, nie tylko oddziałów, ale również specjalistyki, jak i podstawowej opieki zdrowotnej. Dotyczy to również nowo zatrudnionej kadry, która praktycznie w 100% zawiera ze szpitalem tylko umowy kontraktowe. Jest to oczywiście wygodne z obu punktów widzenia, czy to samego lekarza, czy pracodawcy, gdyż pozwala elastycznie zarządzać czasem pracy, ale z drugiej strony jest bardziej kosztochłonne dla pracodawcy, gdyż stawki za godzinę pracy, w związku z ogólnopolskim problemem braku kadr medycznych i wynikającą z tego ogromną presją płacową, w większości przypadków są o 100% wyższe niż miało to miejsce jeszcze w 2016 roku.

Migracja pracowników stricte medycznych z etatu na kontrakt powinna co do zasady obniżyć koszty osobowe (pozycja w tabeli: koszty pracy razem), gdyż dotyczy tylko umów etatowych. Natomiast wzrost wynagrodzenia minimalnego w gospodarce, wzrost wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia, powoduje, iż pozycja ta w tabeli nie ulega zmianie.

3. Analiza SWOT

Analiza SWOT (SWOT analysis) jest to rodzaj analizy, mający na uwadze ocenę słabych i mocnych stron przedsiębiorstwa na tle jego szans i zagrożeń rynkowych. Analizę SWOT można z równym powodzeniem zastosować do dowolnego przedsięwzięcia inwestycyjnego. Może dotyczyć zarówno całego przedsiębiorstwa, danej jednostki organizacyjnej, asortymentu produktów lub poszczególnego towaru. Analiza SWOT określa atuty i słabości jednostki, wykorzystując informacje o jej zasobach rzeczowych, finansowych i ludzkich oraz o jej efektywności w zakresie produkcji, dystrybucji, sprzedaży i finansów. Dla określenia zagrożeń analizuje otoczenie pod względem poszczególnych jego elementów np. poziomu inflacji,

przepisów prawnych, dynamiki sektora, warunków rynkowych itp. Analiza SWOT oparta jest na schemacie klasyfikacji dzielącym wszystkie czynniki mające wpływ na bieżącą i przyszłą pozycję przedsiębiorstwa na wewnętrzne i zewnętrzne, w ich zaś ramach określa się silne i słabe strony, szanse i zagrożenia danego projektu. Wśród warunków wewnętrznych wyróżnia się m. In. Takie elementy jak: zarządzanie, marketing, kwalifikacje personelu. Natomiast analiza otoczenia zewnętrznego obejmuje poznanie na przykład czynników społecznych, istniejącej na rynku konkurencji, dostępnych technologii itp.

Pogłębiona analiza SWOT zawiera listę dodatkowych czynników, które analizowane są pod kątem czterech kategorii:

- Zewnętrzne pozytywne – szanse – to zjawiska i tendencje w otoczeniu, które odpowiednio wykorzystane staną się impulsem rozwoju oraz osłabią zagrożenia
- Zewnętrzne negatywne – zagrożenia – to czynniki zewnętrzne, które są postrzegane jako bariery dla rozwoju firmy, utrudnienia, dodatkowe koszty działania. Istnienie zagrożeń ma destrukcyjny wpływ na rozwój przedsiębiorstwa lub powodzenie inwestycji.
- Wewnętrzne pozytywne – mocne strony, czyli atuty przedsiębiorstwa. Są to walory, które w pozytywny sposób wyróżniają go pośród konkurencji. Mocne strony mogą być wynikiem wielkości przedsiębiorstwa, polegać na dużym udziale w rynku, niskich kosztach, dysponowaniem nowoczesną technologią itp.
- Wewnętrzne negatywne – słabe strony – to konsekwencje ograniczeń zasobów i niedostatecznych kwalifikacji. Mogą one dotyczyć całego przedsiębiorstwa, jak i jej części. Każde przedsiębiorstwo posiada słabe strony. Jednak zbyt duża ich ilość może spowodować, że nie utrzyma się na rynku konkurencyjnym, a inwestycja może przynieść straty, zamiast zysków.

Analiza SWOT pozwala zatem określić strategiczne czynniki, które mogą mieć wpływ na powodzenie i działalność przedsiębiorstwa, dzięki którym mogą niwelować słabe strony oraz unikać przewidywanych zagrożeń i niebezpieczeństw.

Silne strony (S)	Słabe strony (W)
1. Monopolistyczna pozycja PCMD w Subregionie Piotrkowskim	1. Wysoki poziom zadłużenia oraz jego struktura
2. Różnorodność posiadanych komórek specjalistycznych	2. Mała efektywność wykorzystania posiadanych zasobów
3. Kompleksowość świadczonych usług w zakresie choćby opieki skoordynowanej	3. Brak środków na inwestycje oraz bazę diagnostyczną
4. Nowoczesna baza diagnostyczna (USG, zestaw okołoporodowy, RTG)	4. Brak modułu controlingu finansowego, czyli nowoczesnego rachunku kosztów (w tym wyceny procedur medycznych)
5. Nowoczesna infrastruktura lokalowa (zmodernizowany budynek szpitala, odnawiane oddziały, przychodnie)	5. Działalność w formie SPZOZ i wynikające stąd ograniczenia

6. Posiadanie certyfikatu ISO 9001:2015 w zakresie leczenia szpitalnego, specjalistyki oraz rehabilitacji 7. Kompetentna kadra lekarska i pielęgniarska 8. Ogromne doświadczenie, wiedza oraz autorytety profesorskie w zasobach kadry medycznej	6. Brak sformalizowanej odpowiedzialności za wynik finansowy – budżety oddziałów oraz przychodni
Szanse (O)	Zagrożenia(T)
1. Wyjście z „sieci szpitali” szansą na lepsze finansowanie działalności 2. Brak bezpośredniej konkurencji ze strony sąsiedniego Szpitala 3. Wsparcie finansowe ze strony podmiotu tworzącego 4. Możliwość skorzystania z outsourcingu w zakresie realizowań niektórych świadczeń 5. Położenie w pobliżu miasta akademickiego (Łódź) dające możliwość pozyskania profesjonalnej kadry medycznej	1. Monopolistyczna pozycja NFZ 2. Niestabilna sytuacja w systemie ochrony zdrowia 3. Regulacje rządowe bez zabezpieczenia środków 4. Konkurencja w zakresie usług ambulatoryjnych ze strony niepublicznych jednostek 5. Konkurencja w zakresie położnictwa i ginekologii w pobliskim dużym mieście (prywatne szpitale położnicze oraz Instytut Matki Polki) 6. Brak możliwości pozyskiwania środków z działalności komercyjnej

Tabela nr 10. Analiza SWOT PCMD

Najbardziej ogólnym zestawem strategii, a raczej zaleceń wynikających z analizy SWOT jest zestaw dwóch działań, które kierownictwo powinno podejmować w każdej sytuacji, tj.:

- **redukuj zagrożenia i wykorzystuj szanse** – zagrożenia zwykle mają szybki i bezpośredni wpływ na efektywność działania organizacji, należy zbudować bariery ochronne (finansowe, ludzkie, rzeczowe) pozwalające ochronić firmę przed ich negatywnym wpływem. Należy też pamiętać, że jeżeli zagrożone są wszystkie podmioty działające na rynku, to może stanowić paradoksalnie szansę, gdyż konkurenci nie posiadający tych barier poniosą tego konsekwencje i w dłuższej perspektywie może to doprowadzić do ich eliminacji z rynku. Szanse natomiast z reguły wymagają podjęcia określonych działań, aby ich pozytywny wpływ był odczuwalny dla organizacji. Należy wdrożyć system ciągłego ich monitorowania, oraz ograniczyć nieuchronny opór wewnętrzny przed wprowadzaniem zmian w organizacji, niezbędnych aby te szanse wykorzystać.
- **eliminuj słabe strony i wzmacniaj mocne strony** – kierownictwo powinno identyfikować i eliminować te słabe strony, które w największym stopniu negatywnie

wpływają na efektywność działania przedsiębiorstwa. Należy pamiętać, iż proces identyfikacji i monitorowania funkcjonowania wnętrza organizacji, powinien być procesem ciągłym. Słaba strona, której nie było, może z różnych powodów się pojawić i wymagać elastycznej reakcji kierownictwa (np. odejście z pracy wykwalifikowanego personelu).

W odniesieniu do mocnych stron organizacji (tzw. kluczowych czynników sukcesu), kierownictwo również powinno je aktywnie identyfikować i monitorować. Postulat ich wzmacniania wynika z tego, iż łatwiej poprawić coś co działa dobrze, niż naprawić coś co nie funkcjonuje.

Kolejnym krokiem jest opracowanie zestawu możliwych do podjęcia działań, zmierzających do osiągnięcia zdefiniowanych wcześniej strategicznych celów organizacji. Wybór optymalnej strategii działania dokonuje się poprzez sumowanie ilości szans i zagrożeń oraz mocnych i słabych stron, a następnie określenie możliwych, dopuszczalnych i wykonalnych strategii postępowania. Wyróżnia się następujące rodzaje strategii:

- **strategia defensywna** - wybierana w sytuacji przewagi słabych stron i zagrożeń,
- **strategia konkurencyjna** - gdy dominują słabości, ale w otoczeniu przedsiębiorstwa jest więcej szans,
- **strategia konserwatywna** - *wybierana, gdy firma ma przeważającą liczbę silnych stron, przy istotnych zagrożeniach płynących z jej otoczenia,*
- **strategia agresywna (ofensywna)** - mająca zastosowanie, gdy jednocześnie dominują silne strony oraz szanse w otoczeniu organizacji.

Część II. Sytuacja ekonomiczno-finansowa PCMD w roku 2019

1. Realizacja ryczaftu PSZ oraz kontraktów z NFZ – rok 2019

REALIZACJA UMOWY Z NFZ 2019 ROK RYCZAFT PSZ

Umowa 054/140050/03/080/19	WYKONANIE	LIMIT	RÓŻNICA
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII	104 958,00 zł		
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	7 751,00 zł		
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII	147 731,00 zł		
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	55 857,34 zł		
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII	157 200,00 zł		
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	47 053,16 zł		
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII (ul. Armii Krajowej)	149 955,57 zł		
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII (ul. Roosevelta)	130 937,93 zł		
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001	355,00 zł		
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001	3024,00zł		
POBRANIE MATERIAŁU Z SZYJKI MACICY DO PRZESIEWOWEGO BADANIA CYTOLOGICZNEGO – ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02 – SIMP	0,00 zł		
POBRANIE MATERIAŁU Z SZYJKI MACICY DO PRZESIEWOWEGO BADANIA CYTOLOGICZNEGO – ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02 – SIMP	0,00 zł		
CHOROBY WEWNĘTRZNE - HOSPITALIZACJA	2 599 884,00 zł		
KARDIOLOGIA - HOSPITALIZACJA	777 165,00 zł		
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY	1 879 437,50 zł		
SUMA	6 061 309,50 zł	5 162 535,00zł	898 774,00 zł
% UDZIAŁ REALIZACJI KONTRAKTU	117,41 %		

Tabela nr 11. Realizacja umowy ryczaftowej PSZ – I – IX 2019r.

Komentarz do tabeli nr 11: Jak widać powyżej rok 2019 (I-IX) – kiedy obowiązywał ryczaftowy system finansowania świadczeń, ponownie przyniósł duże nadwykonanie ponad przyznany ryczałt – kwota 898 744 – to świadczenia, za które NFZ co do zasady nie zapłaci, a które PCMD zrealizowało dla swoich pacjentów.

REALIZACJA UMOWY Z NFZ 2019 ROK SZPITAL POZA RYCZAŁTEM PSZ - Szpital

	WYKONANIE	LIMIT	RÓŻNICA	% UDZIAŁ REALIZACJI KONTRAKTU
PEDIATRIA – HOSPITALIZACJA	3 123 301,09 zł	2 327 474,09 zł	795 827,00 zł	134,53 %
	WYKONANIE	LIMIT	RÓŻNICA	% UDZIAŁ REALIZACJI KONTRAKTU
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET ONKOLOGICZNY	249 582,00 zł	390 995,00 zł	-141 413,00 zł	63,88%
	WYKONANIE	LIMIT	RÓŻNICA	% UDZIAŁ REALIZACJI KONTRAKTU
NEONATOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - N20, N22, N23, N24, N25	2 108 911,60 zł	2 438 829,00 zł	-329 917,00 zł	93,16%
	WYKONANIE	LIMIT	RÓŻNICA	% UDZIAŁ REALIZACJI KONTRAKTU
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - N01, N02, N03,	1 987 219,73 zł	2 771 800,00 zł	-784 580,27 zł	86,47 %
	WYKONANIE	LIMIT	RÓŻNICA	% UDZIAŁ REALIZACJI KONTRAKTU
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA - HOSPITALIZACJA	495 615,94 zł	665 996,00 zł	-170 380,06 zł	74,42 %

Tabela nr 12. Realizacja umowy poza ryczałtowej PSZ (tzw. kontraktowej) – I – IX 2019r.

Komentarz do tabeli nr 12: W tabeli powyżej zaprezentowano świadczenia, które PCMD realizuje poza ryczałem. I tak jak w przypadku pediatrii szpital może ubiegać się o zapłatę nadwykonań, natomiast brak wykonania w pozostałych zakresach na kwotę ponad 1 400 000 zł to niewątpliwie utracony przychód.

REALIZACJA UMOWY Z NFZ 2019 – AOS POZA RYCZAŁTEM

Umowa 054/140050/02/010/19	WYKONANIE	LIMIT	RÓŻNICA
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII DLA DZIECI	95 801,00 zł	96 977,00 zł	-1 176,00 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ALERGOLOGII DLA DZIECI-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	13 921,00 zł	13 653,00 zł	268,00 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII DLA DZIECI	66 406,60 zł	64 855,00 zł	1 551,60 zł

ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII DLA DZIECI- ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	17 466,68 zł	18 965,00 zł	-1 498,32 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEONATOLOGII	143 653,00 zł	143 019,00 zł	634,00 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEONATOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	21 071,38 zł	20 872,00 zł	199,38 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII (Gorzkowice)	19 414,20 zł	23 559,00 zł	-4 144,80 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII (Grabica)	11 815,00 zł	17 034,00 zł	-5 219,00 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII (Wolbórz)	32 085,60 zł	37 600,00 zł	-5 514,40 zł
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII- ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02	0,00 zł	257,00 zł	-257,00 zł
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII- ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02	0,00 zł	36,00 zł	-36,00 zł
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII- ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02	0,00 zł	36,00 zł	-36,00 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII X-XII 2019	27 451,00 zł	23 449,00 zł	4 002,00 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE X-XII 2019	1 357,80 zł	2 744,00 zł	-1 386,20 zł
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII (Roosevelta) X-XII 2019	167 190,48 zł	194 868,00 zł	-27 677,52 zł
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII- ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02 X-XII 2019	3 024,00 zł	10 820,00 zł	-7 796,00 zł
SUMA	620 657,74 zł	668 744,00 zł	-48 086,26 zł

Tabela nr 13: Realizacja umowy AOS poza ryczałtem PSZ

Komentarz do tabeli nr 13: Brak wykonania w specjalistycie to ogromny obszar do poprawy w zakresie realizacji kontraktów.

2. Efektywność - wynik finansowy poszczególnych komórek

Efektywność finansowa działalności PCMD

Rodzaj świadczeń /rok	2016	2017	2018	2019
Wewnętrzny + kardiologia oddział	1 126 600,52	1 384 006,56	-902 229,67	-575 361,53
Położniczo-ginekologiczny - oddział	-2 065 026,65	-2 921 839,63	-3 864 038,51	- 5 008 211,83
Neonatologia - oddział	-22 869,33	152 126,03	-533 543,68	- 1 073 099,50
Dziecięcy - oddział	-	-790 455,75	- 150 776,28	- 949 077,09 (- 76 968,09) *
Izba Przyjęć	-1 456 324,02	-1 238 029,46	-917 844,72	- 1 481 086,30
Diabetologia – poradnia specj.	97 038,69	16 193,4	3 517,48	365,55
Kardiologia – poradnia specj.	47 393,07	32 908,73	-60 726,81	- 9 988,10
Neurologia – poradnia specj.	30 146,92	24 749,51	-58 639,39	- 55 650,28
Poradnie K – poradnia specj.	-165 478,11	-244 241,62	-515 624,47	- 570 766,99
Otolaryngologia – poradnia specj.	52 148,60	920,17	-20 442,67	- 8 942,70
Alergologia -poradnia specj.	-	-	- 21 532,60	- 23 594,32
Endokrynologia – poradnia specj.	-	-	- 4 138,79	9 751,55
Patologia noworodka – poradnia specj.	-	-	16 868,62	- 4 645,92
Medycyna szkolna	161 198,70	337 216,75	486 388,67	546,347,84
Fizykoterapia – poradnia specj.	-72 067,16	-22 572,64	-277 193,59	- 333 542,51

Poradnia Uzależnień – poradnia specj.	118 891,14	-46 628,23	-127 315,54	- 172 878,12
Stomatologia – poradnia specj.	-111 902,99	-164 5 80,88	-100 045,32	-107 661,45
Nocna i świąteczna pomoc	535 234,06	168 092,94	-26 6742,84	- 92 510,73
Medycyna Pracy – badania profilaktyczne –poradnia	51 913,88	-11 357,24	-56 144,86	-56 144,86
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O” – nr I	86 510,97	32 071,62	-50 431,40	-113 220,06
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O” – nr II	-64 168,21	-10 173,48	45 811,98	- 4 179,33
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – O+D – nr IV	-29 920,95	13 626,17	-301 050,80	-384 442
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O” – nr V	-83 498,34	-21 132,13	-	-
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O” - Gorzkowice	54 898,05	-70 832,44	-79 745,43	-125 454,39
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O+D” - Grabica	-11 217,58	3 760,36	19,45	-1 492,40
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O+D” - Wolbórz	9 401,66	-12 707,03	60 878,78	- 96 039,74
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O” - Przyglów	56,89	-34 238,19	-2 852,60	9 261,74
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O” - Parzniewice	73 181,65	25 757,47	-27 890,02	- 29 999,68
Podstawowa Opieka Zdrowotna poradnie – „O+D” - Sulejów	30 550,03	-53 535,59	-61 796,77	83 392,26

Tabela nr 14. Efektywność finansowa działalności PCMD

*brak zapłaty za nadwykonania – obniżony ryczałt

Definicja:

Efektywność to nic innego jak rentowność (zysk bądź strata) z działalności. W skrócie przychód – koszt = wynik finansowy (zysk/strata).

W powyższej tabeli przedstawiona została efektywność, pokazane zostały poszczególne komórki, które osiągnęły dodatni wynik finansowy, jak i ujemny za okres 2016-2019. Jak widać z powyższego zestawienia w roku 2018 oraz 2019 pozostało już niewiele zakresów świadczeń medycznych bilansujących się, nie mówiąc o uzyskaniu dodatniego wyniku finansowego. Związane jest to po pierwsze z przeprofilowaniem, co widać na przykładzie *oddziału wewnętrznego*, gdzie w poprzedniej strukturze (kardiologia z ośrodkiem wszczepiania stymulatorów) oddział ten osiągał ponad milionowe dodatnie wyniki finansowe. Nie wykluczone, iż byłoby tak również w roku 2018 w przypadku tegoż oddziału gdyby PCMD dysponował pełną wartością ryczałtu.

Niewątpliwie największą uwagę skupia *oddział położniczo-ginekologiczny*. Po pierwsze efekt połączenia obu oddziałów (deficytowych zarówno w PCMD oraz Szpitalu Wojewódzkim), którego ujemny wynik finansowy po połączeniu został powiększony 3,5-krotnie (2015r vs 2017r.) To również efekt ogromnych kosztów związanych z utrzymaniem w ciągłej 24-godzinnej gotowości bloku operacyjnego oraz anestezjologii, której koszt całkowicie obciąża wynik finansowy jedyne oddziału zabiegowego w strukturze całego szpitala. Większy ujemny wynik finansowy w roku 2019 vs roku 2018, to również efekt presji płacowej lekarzy oraz poniesienia większych kosztów niż miało to miejsce w latach poprzednich w celu

zabezpieczenia wykwalifikowanej kadry anestezjologów, którzy potrafią wykonywać znieczulenia o znieczulenia regionalne (zewnętrzne stosowane w porodzie drogami natury) oraz asystować do dużych operacji onkologicznych, czego nie było mowy w przypadku poprzedniej kadry anestezjologów. Owe znieczulenia regionalne to nie „fanaberia” dyrekcji a realny wymóg znolizowanych standardów opieki okołoporodowej.

Na uwagę zasługuje również wspomniana wcześniej fizykoterapia, której cały ujemny wynik to efekt mniejszego o 280 000 kontraktu już w roku 2018.

W przypadku natomiast poradni terapii uzależnień – jej wynik to efekt po pierwsze braku możliwości skorzystania z corocznej dotacji z Urzędu Miasta, po drugie braku zapłaty za nadwykonania z roku 2019 (41.467,90)

POZ nr IV oraz pozostałe- tu tak duży ujemny wynik finansowy to efekt skumulowania (przeniesienia) przychodni nr V oraz przychodni D (dziecięcej) z przychodni nr II do przychodni nr IV. To również efekt zmiany formy zatrudnienia lekarzy z umowy etatowej na umowę kontraktową. Największy jednak wpływ na stratę poradni ma niewątpliwie spadająca populacja.

Zaznaczone powyżej na czerwono obszary działalności będą głównym tematem działań restrukturyzacyjnych programu naprawczego na lata 2020-2022.

3. Plan finansowy w roku 2019 oraz przyczyny braku jego realizacji

Plan oraz wykonanie za rok 2019 Powiatowego Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim

Przychody	Plan 2019	Wykonanie I-XII 2019	Koszty	Plan 2019	Wykonanie I-XII 2019
Sprzedaż usług NFZ	32 485 950,00	27 940 637,10	Wynagrodzenia osobowe	20 394 000,00	18 979 044,12
Sprzedaż usług uczniowie	59 950,00	68 750,00	Wynagrodzenia bezosobowe	1 272 000,00	1 312 175,88
Poradnia badań profilaktycznych	585 500,00	199 145,00	Razem wynagrodzenia	21 666 000,00	20 291 220,00
Sprzedaż pozostałych usług medycznych	448 500,00	771 191,01	Składki ZUS ,FP, FEP	4 038 585,00	3 457 858,73
Razem sprzedaż usług zdrowotnych	33 579 900,00	28 979 723,11	Pozostałe świadczenia na rzecz pracowników	67 000,00	528 956,10
Razem sprzedaż pozostałych usług	61 000,00	52 083,65	Razem koszty pracy	25 771 585,00	24 278 034,83
Sprzedaż usług	33 640 900,00	29 031 806,76	Utrzymanie bazy	1 918 632,00	1 798 082,25
			Utrzymanie i leczenie pacjenta	10 602 750,00	11 165 584,11
			Podatki i opłaty	55 780,00	61 590,00

			Pozostałe koszty działalności podstawowej	703 151,00	799 665,74
			Amortyzacja	550 000,00	791 997,70
Pozostałe przychody operacyjne	2 045 000,00	1 030 200,15	Pozostałe koszty operacyjne	230 000,00	243 130,66
Pozostałe przychody finansowe	2 000,00	5 572,97	Pozostałe koszty finansowe	364 354,00	780 002,50
OGÓŁEM PRZYCHODY	35 687 900,00	30 067 579,88	OGÓŁEM KOSZTY	40 196 252,00	39 918 087,79
Wynik finansowy	-4 508 352,00	-9 850 507,91			

Tabela nr 15. Plan finansowy i realizacja za I – XII 2019r.

Plan finansowy na rok 2019 sporządzony pod koniec roku 2018 zakładał uzyskanie wyniku finansowego w kwocie **-4 508 352**. Zakładał on częściową utratę ryczaftu w roku 2019 w stosunku do pierwotnie przyznanego w IV kwartale 2017. Z uwagi na dość skomplikowaną metodologię liczenia ryczaftu na kolejne okresy rozliczeniowe oraz na brak pełnej informacji ze strony NFZ oraz Ministerstwa Zdrowia na temat danych, które będą wzięte pod uwagę przy właśnie przeliczaniu w/w ryczaftu na kolejne okresy, nie można było do końca przewidzieć wartości finansowania na kolejne okresy. Zależy ona od wielu zmiennych, np. tego na jakim poziomie będzie wykonanie ryczaftu w całym województwie łódzkim i jaką pulą środków będzie dzielił łódzki Oddział Wojewódzki NFZ, zależy również od ryczaftu wykonanego przez PCMD, od przerw w funkcjonowaniu działalności poszczególnych komórek. Niewątpliwie kluczowym czynnikiem było to, iż ryczaft przyznawany był w roku 2019 dopiero pod koniec kwietnia, co nie pozwalało precyzyjnie zaplanować przychodów oraz kosztów.

Niewykonane świadczenia na zawieszonym w IV kwartale 2017 roku oddziale kardiologii i chorób wewnętrznych były na poziomie 1 600 000, co pozwalało sądzić, iż o podobną kwotę w skali całego roku 2018 zostanie obniżony ryczaft dla PCMD. Natomiast został on obniżony w I półroczu o kwotę – 2 334 000 i o tyleż samo w II połowie roku 2018 – wg algorytmu wzoru, co stanowiło również mniejszą postawę przyznanego przez NFZ ryczaftu na rok 2019. Pozostała część zakładanego wyniku finansowego w planie na rok 2019 to zwiększone koszty osobowe, które już w roku 2018 zostały poniesione i co do których PCMD miało pełną wiedzę, co do bezwzględnej konieczności ich poniesienia także w roku 2019. Przy planowaniu tegoż kosztu wzięto oczywiście pod uwagę działania związane z realizowanym programem naprawczym, które miały przynieść konkretne wymierne efekty w postaci np. stałego obniżania kosztów działalności poprzez podejmowanie szeregu działań oszczędnościowych w ramach zaplanowanych działań.

Powiatowe Centrum Matki i Dziecka w Piotrkowie Trybunalskim jako Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej, mieści się w grupie 90% szpitali powiatowych, które wygenerowało stratę na koniec 2019 roku.

Analiza przyczyn mających wpływ na powstanie straty w roku 2019 wskazuje, że obecna sytuacja PCMD jest pochodną wielu czynników, głównie **zewnątrznych**. **Do najważniejszych należy zaliczyć:**

1. Częste zmiany w regulacjach dotyczących finansowania świadczeń ze środków publicznych dotyczących zasad kontraktowania bądź ryczałtowania oraz wysokości wyceny świadczeń,
2. Niedoszacowanie potrzeb zdrowotnych w zakresie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych,
3. Niedoszacowanie wyceny świadczeń medycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i taryfikacji (AOTMiT), która swoje szacunki opiera na danych z podmiotów leczniczych ale rekomendowaną wycenę podaje na poziomie najniższym niż faktyczne koszty wykazane przez jednostki,
4. Ścisłe uzależnienie gospodarki finansowej szpitala od podstawowego źródła przychodów, jakim jest umowa z NFZ (około 97% wszystkich przychodów lecznicy),
5. Szybszy wzrost kosztów działalności niż przychodów z tytułu realizacji umów z NFZ,
6. Regulacje ustawowe dotyczące minimalnych wynagrodzeń oraz minimalnych wynagrodzeń pracowników służby zdrowia nie znajdujące żadnego pokrycia w środkach przekazywanych szpitalowi z NFZ
7. Wygórowane żądania płacowe lekarzy zatrudnionych na umowach kontraktowych oraz zatrudnionych w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz innych pracowników medycznych, których nie objęły regulacje rządowe dotyczące wzrostu płac.

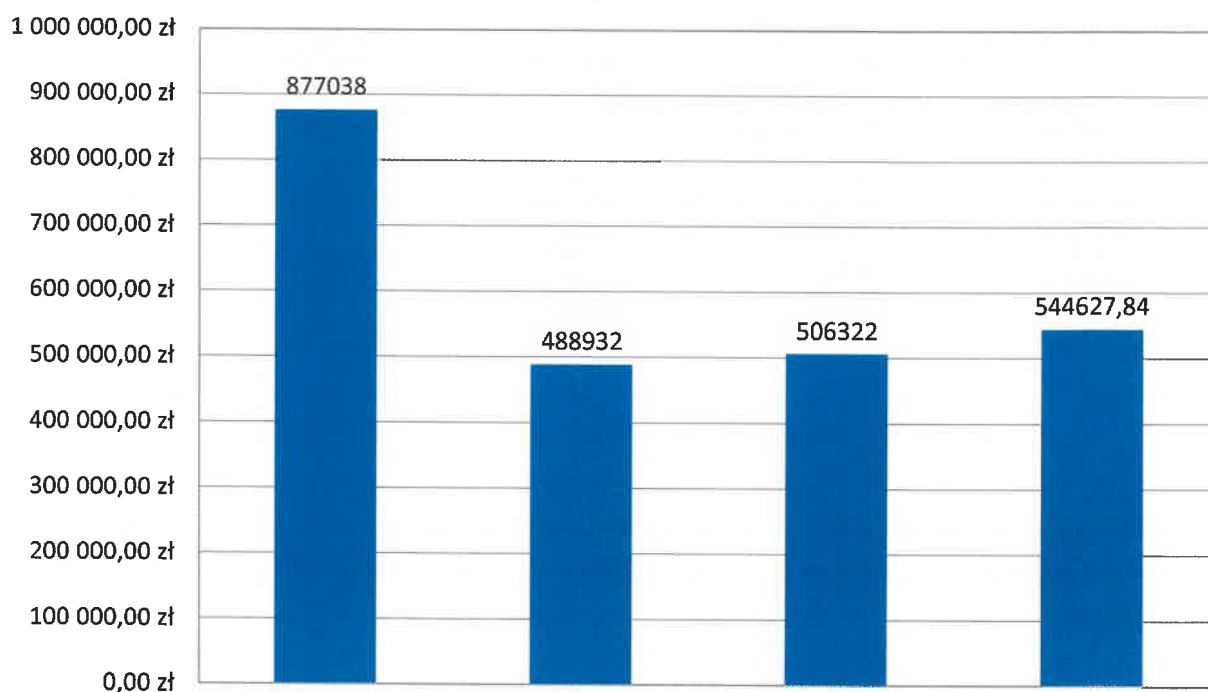
Niewątpliwie najważniejszym czynnikiem, który wpłynął na brak realizacji planu finansowego w przyjętej kwocie miała **wysokość ryczałtu w przyznana na rok 2019**, którego wysokość została ustalona na podstawie okresu bazowego, czyli pierwszego okresu sprawozdawczego – IV kwartał 2017r, miał ogromny wpływ na dalsze finansowanie szpitala. Otóż czasowe zaprzestanie działalności (2,5 miesiąca), na tamtą chwilę jeszcze Oddziału kardiologii i chorób wewnętrznych, a przez to brak możliwości realizacji świadczeń oraz ich sprawozdawania, spowodowała, iż mimo, że dotyczyła krótkiego okresu, wpłynęła na poziom ryczałtu w kolejnych okresach, a mianowicie w I i II półroczu 2018r oraz całym już 2019r. Poniżej został przedstawiony pierwotny ryczałt w kwocie 877 000 miesięcznie, który został w I półroczu obniżony o kwotę 389 000 miesięcznie, czyli o 44%, tak aby w kolejnym okresie rozliczeniowym, czyli w II półroczu 2018r oraz całym roku 2019 wzrósł tylko o 10%, który to wzrost i tak został w części zabrany na poczet przyznanego Powiatowemu Centrum pakietu onkologicznego.

Wobec powyższego brakujący ryczałt w roku 2019 (okres I-IX) to kwota zł. 2 991 357

Wartość ryczałtu miesięcznego w poszczególnych okresach aneksowania umów z NFZ		
Ryczałt wartość miesięczna w IV kwartał 2017	877 038,00 zł	100,00%
Ryczałt wartość miesięczna w I półroczu 2018	488 932,00 zł	-44,25%
Ryczałt wartość miesięczna w II półroczu 2018	506 322,00 zł	3,56%
Ryczałt wartość miesięczna w 2019	544 627,00 zł	7,57%
Suma wzrostu (spadku) wartości ryczałtu	-332 411,00 z	-33,11%

Tabela nr 16. Wartość ryczałtu NFZ

Wartość ryczałtu miesięcznego w poszczególnych okresach aneksowania umów z NFZ



Wykres nr 2 . Miesięczne kwoty ryczałtu od początku ryczałtowego systemu finansowania

Przyczyny rozbieżności pomiędzy zakładanym a osiągniętym rezultatem:

Zatem poniżej przedstawione **zostaną kwoty wynikające z regulacji rządowych (czynników zewnętrznych), które nie znalazły pokrycia w środkach z NFZ, a które to bezpośrednio miały wpływ na wynik finansowy wygenerowany przez PCMD w 2019r.**

Wpływ czynników zewnętrznych na wynik finansowy 2019r.

Lp.	Pozycja kosztowe	Kwoty wzrostu kosztów za 2019r.	Wynik finansowy za 2019r.
1	Obniżony ryczałt na skutek czasowego zawieszenia oddziału wewnętrznego w IV kwartale 2017 (obecny ryczałt vs pierwotnego)	2 991 357	
2	Wzrost wynagrodzeń minimalnych (2017, 2018), wzrost wynagrodzeń minimalnych dla pracowników ochrony zdrowia oraz podwyżki dla lekarzy w roku 2017, 2018 oraz 2019 (obowiązujący od 2017r.)	2 560 000	
3	USTAWA z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę – wzrost wynagrodzenia za pracę oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej w 2019 r (2250zł, 14,70zł)	60 250	
4	ROZPORZĄDZENIE MINISTRA PRACY I POLITYKI SPOŁECZNEJ z dnia 30 kwietnia 2008 r. w sprawie warunków wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą dla pracowników zatrudnionych w niektórych państwowych jednostkach budżetowych działających w ochronie zdrowia (wraz ze wzrostem kwoty bazowej z 3900zł do 4200zł)	233 000	
5	Wzrost kosztów pozostałych (tabela nr 18)	2 231 419	
6	Niezapłacone w 2019 roku nadwykonania z tytułu świadczeń odrębnie kontraktowanych (oddział dziecięcy) oraz ryczałtu	1 770 883	
7	RAZEM	- 9 846 909	- 9 850 507,91
8	BILANS	+ 3 598,91	

Tabela nr 17. Wpływ czynników zewnętrznych na wynik finansowy roku 2019 (I-XII)

Powyższe podsumowanie oznacza jedno – gdyby nie czynniki zewnętrzne, na które PCMD nie miało żadnego wpływu, Powiatowe Centrum Matki i Dziecka zakończyłoby 2019r bilansując się.

Zestawienie wzrostu kosztów w roku 2019 vs rok 2018

Koszty	Rok 2018	Rok 2019	WZROST/SPADEK
Leki	758 742,09	570 634,71	-188.107,38
Materiały jednorazowe	531 913,24	575 499,73	+43 586,49
Materiały diagnostyczne	442 603,17	425 536,28	-17 066,89
Energia elektryczna	206 606,15	191 952,47	-14 653,68
Energia cieplna,gaz,olej opałowy	261 684,41	260 873,66	-810,75

Usługi pralnicze	274 717,89	169 204,90	-105 512,99
Usługi transportowe	300 196,41	235 186,92	-65 009,49
Usługi gastronomiczne	261 620,92	254 890,86	-6 730,06
Usługi konserwacja, naprawa sprzętu	253 769,55	255 370,85	+1 601,30
Usługi sprzątnia, deratyzacji, dezynsekcji	220 513,43	303 830,08	+83 316,65
Usługi prawne	44 956,50	111 917,58	+66 961,08
Usługi medyczne-kontrakty	5 677 863,49	8 111 708,45	+2 433 844,96
Razem	9 235 187,25	11 466 606,49	+2 231 419,24

Tabela nr 18. Zestawienie wzrostu kosztów funkcjonowania PCMD w roku 2019

Komentarz do tabeli nr 18: Powyższe zestawienie przedstawia wzrost kosztów poza osobowymi, wynikającymi z regulacji rządowych. Owe regulacje mają ogromny wpływ na koszty usług, bez których trudno sobie wyobrazić jakąkolwiek działalność, a już z pewnością medyczną.

Część III. Działania naprawcze

1. Działania naprawcze – główne założenia

Cel nr 1 - Zwiększenie przychodów

Lp	Nazwa celu	Obszar działalności	Wykaz działań (zadań) w związku z postawionym celem	Kluczowe wskaźniki efektywności
1.	Zwiększenie przychodów	Oddziały szpitalne	<p>1. Rozwój operatywy ginekologicznej o niewykonywane dotychczas w PCMD operacje i zabiegi oparte w głównej mierze na nowoczesnych technologiach laparoskopowych, np. operacje sutka, zabiegi nie trzymania moczu</p> <p>2. Zwiększenie operatywy onkologicznej – zwiększenie ilości przeprowadzanych operacji onkologicznych w ramach pakietu onkologicznego do 15-20 miesięcznie</p> <p>3. Rozszerzenie oferty dla kobiet w poradni „K” o choroby piersi – utworzenie poradni położniczo-ginekologicznej i chorób piersi w celu wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób piersi, badania mammograficzne</p> <p>4. Wejście w skoordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży (KOC) – jako szansa dla kobiet na kompleksową opiekę, a dla PCMD szansa na uzyskanie większej zapłaty za porody</p> <p>5. Rozwój oddziału dziecięcego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozszerzenie działalności oddziału poprzez utworzenie pododdziału alergologii - wejście w procedurę badań klinicznych - wystąpienie o miejsca akredytacyjne (rezydencji) <p>6. Utworzenie dziennego ośrodka rehabilitacji dziecięcej – dopełnienie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem, wyjście naprzeciw potrzebom społecznym</p>	<p>1. O 600 000 większe przychody (efektywniejsze wykorzystanie kontraktu z NFZ)</p> <p>2. O 2 500 000 większe przychody</p> <p>3. Utworzenie poradni chorób piersi</p> <p>4. O 1 500 000 większe przychody</p> <p>5. Utworzenie pododdziału alergologicznego</p> <p>6. Utworzenie dziennego ośrodka rehabilitacji dziecięcej</p> <p>Razem realizacja (w skali roku): 4 600 000</p> <p>Rok 2020 – 60% zaplanowanych działań</p> <p>Rok 2021 – 30% zaplanowanych działań</p> <p>Rok 2022 – 10% zaplanowanych działań</p>

Tabela nr 19. Wykaz zadań do celu nr 1

Cel nr 2 – podniesienie efektywności

Lp	Nazwa celu	Obszar działania	Wykaz działań w związku z postawionym celem	Kluczowe wskaźniki efektywności
1.	Podniesienie efektywności	AOS, POZ, pracownia RTG i USG	<p>1. Zwiększenie efektywności działalności poszczególnych poradni specjalistycznych (AOS) oraz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - optymalizację zleczanych badań diagnostyczno-laboratoryjnych - dostosowanie zasobów kadrowych do wielkości posiadanego kontraktu (w przypadku AOS) oraz do wielkości populacji zadeklarowanej do danego POZ-tu - wejście w program akredytacji w zakresie medycyny rodzinnej (POZ) <p>2. Wzrost przychodów tzw. dodatkowych (poza NFZ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - pozyskiwanie nowych firm/zakładów w zakresie prowadzenia badań wstępnych i okresowych pracowników – <u>rozwój medycyny pracy</u> - zwiększenie wartości umów na diagnostykę analityczną, RTG oraz USG poprzez pozyskanie nowych klientów (inne ZOZ, placówki prywatne, zakłady pracy, instytucje publiczne) - wprowadzenie nowych badań do oferty szpitala w zakresie badań USG dla kobiet ciężarnych – <u>badania prenatalne oraz 3 i 4D</u> - wprowadzenie <u>badania mammograficznych</u> do oferty pracowni diagnostycznej – wykrywanie chorób piersi -przestępowanie do programów profilaktycznych – jako szansa na zdobycie środków unijnych/ministerialnych oraz środków od samorządów gminnych 	<p>1. Zmniejszenie ujemnego wyniku finansowego POZ i AOS o 50% w stosunku do wyniku z roku 2019, tj. o 800 000</p> <p>2. Wzrost o 100 000 przychodów poza przychodami z NFZ</p> <p>Razem realizacja: 900 000 Rok 2020 – 60% zaplanowanych działań Rok 2021 – 30% zaplanowanych działań Rok 2022 – 10% zaplanowanych działań</p>

Tabela nr 20. Wykaz zadań do celu nr 2

Cel nr 3 – optymalizacja kosztów

		Wykaz działań w związku z postawionym celem		Kluczowe wskaźniki efektywności
Lp	Nazwa celu	Obszar działania		
	Optymalizacja kosztów	Pion administracyjny, działalność pomocnicza - laboratorium	<p>1. Optymalizacja zasobów kadrowych (pion administracyjny) – dostosowanie działalności administracyjnej do obecnej struktury świadczeń medycznych poprzez: likwidację działu kontrolingu i analiz i oraz dwóch sekcji dokumentacji chorych i archiwum, poprzez łączenie tożsamych zadań działań, nie przedłużanie umów o pracę, nie zatrudnianie nowych pracowników w miejsce odchodzących na emeryturę, likwidację stanowiska pełnomocnika ds. zarządzania jakością – przypisanie zadań w zakresie zarządzania jakością oraz ochrony danych osobowych do innych pracowników (Z-ca Dyrektora ds. administracyjnych) bądź zlecenie na zewnątrz np. w przypadku pozyskiwania środków unijnych.</p> <p>2. Outsourcing części działalności usługowej (laboratorium)– zlecenie prowadzenia na zewnątrz laboratorium po wynegocjowaniu korzystnych dla PCMD warunków.</p>	<p>1. O 500 000 mniejsze koszty</p> <p>2. O 1 600 000 mniejsze koszty</p> <p>Razem realizacja: 2 100 000</p> <p>Rok 2020 – 60% zaplanowanych działań</p> <p>Rok 2021 – 30% zaplanowanych działań</p> <p>Rok 2022 – 10% zaplanowanych działań</p>

Tabela nr 21. Wykaz zadań do celu nr 3

Cel nr 4 – podniesienie jakości

		Wykaz działań w związku z postawionym celem		Kluczowe wskaźniki efektywności
Lp	Nazwa celu	Obszar działania		
	Podniesienie jakości	PCMD	<p>1. ISO – odnowienie certyfikatu ISO 9001:2015 - 10 w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego - warunek utrzymania bądź przedłużania umów kontraktowych</p> <p>2. Stałe podnoszenie jakości świadczonych usług poprzez: przystępowanie do konkursów w zakresie pozyskiwania środków unijnych, ministerialnych oraz rządowych</p> <p>3. Działania promocyjne i marketingowe – akcje profilaktyczne, itd... - w celu ciągłego budowania pozytywnego wizerunku szpitala przyjaznego kobiecie w ciąży, matce oraz dziecku</p>	<p>1. Przedłużenie certyfikatu na kolejny okres (2 letni)</p> <p>2. Zrealizowane projekty</p> <p>3. Zrealizowane programy profilaktyczne oraz zaplanowane działania</p>

Tabela nr 22. Wykaz zadań do celu nr 4

3. Dzienny ośrodek rehabilitacji dla dzieci - koncepcja

I. Przepisy regulujące utworzenie i funkcjonowanie Dziennego Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci:

1. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Z 2018r. Poz. 465 i 2395 z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 2 sierpnia 2016r. (Dz. U. poz1372, z późn. zm.)
3. Ustawa z dnia 4 listopada 2016 roku o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. 2018 poz.1860).
4. Ustawa z dnia 9 maja 2018 roku o szczegółowych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018 poz. 932).
5. Zarządzenie Nr 13/2019 Prezesa NFZ z dnia 6 lutego 2019 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką – ze zmianami.

II. Usytuowanie Dziennego Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci.

Lokalizacja Ośrodka to parter budynku Szpitala przy ul. Roosevelta 3, w którym znajdują się również oddziały: położniczo-ginekologiczny i noworodków oraz oddział dziecięcy.

III. Warunki lokalowe – adaptacja pomieszczeń oddziału szpitalnego na potrzeby Dziennego Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci .

1. Wymagania dotyczące warunków lokalowych dla Ośrodka Rehabilitacji i jego wyposażenia reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
2. Szczegółowe wymagania, jakie należy spełnić dla pomieszczeń i urządzeń Ośrodka Rehabilitacji:
 - 1) obiekt i pomieszczenia przystosowane są dla osób niepełnosprawnych, w tym poruszających się na wózkach inwalidzkich,
 - 2) rola kinezyterapii oraz gabinet masażu zlokalizowane są w odrębnych pomieszczeniach,
 - 3) urządzenia wykorzystywane do zabiegów fizykoterapeutycznych zlokalizowane są w sposób zapewniający intymność pacjenta podczas zabiegów,
 - 4) w węzłach sanitarnych dla pacjentów znajdują się poręcze i uchwyty,
 - 5) w Ośrodku Rehabilitacji znajdują się pomieszczenia higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk, w tym co najmniej jedno przystosowane dla osób niepełnosprawnych, w szczególności poruszających się na wózku inwalidzkim.
3. Plan adaptacji i zagospodarowania pomieszczeń:
 - 1) odnowienie malatury z zachowaniem przyjaznego środowiska dla dzieci,
 - 2) wykonanie boksów,

- 3) montaż kabin do ćwiczeń i zawieszek (klatki rehabilitacyjne),
- 4) montaż drabinek, bieżni rehabilitacyjnej dla dzieci,
- 5) likwidacja sprzętu medycznego używanego przez oddział szpitalny,
- 6) dostosowanie oświetlenia,
- 7) wyposażenie pomieszczeń i korytarzy w poręczki dla osób niepełnosprawnych oraz narożniki w stosowne ochrony.

4. Ośrodek posiada pomieszczenia wydzielone dla potrzeb:

- 1) kinezyterapii,
- 2) masażu,
- 3) fizykoterapii,
- 4) logopedii / neurologopedii,
- 5) konsultacji lekarskich,
- 6) psychologa,
- 7) terapii zajęciowej,
- 8) pomieszczenia dodatkowe: szatnia dla pacjentów, pomieszczenia dla personelu, węzeł sanitarny.

Istotnym pomieszczeniem jest również sala integracji sensorycznej przeznaczona do prowadzenia zajęć profilaktycznych i terapeutycznych, mających postać „naukowej zabawy”. Terapia integracji sensorycznej jest ciągłą analizą zachowania dziecka i odpowiedniego doboru oraz modyfikacji zadań, dzięki czemu dziecko może poprawić funkcjonowanie emocjonalne, uwagę i koncentrację, sprawność motoryczną, zmysłową oraz samoocenę.

- Powierzchnia do zagospodarowania na działalność Ośrodka ogółem wynosi – 187 m².

- Przewidywane koszty adaptacji pomieszczeń – 105 000 zł.

IV. Zasadność utworzenia Dziennego Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci.

Zgodnie z nazwą Powiatowego Centrum Matki i Dziecka głównym profilem działalności PCMD w zakresie leczenia stacjonarnego jest sprawowanie opieki nad kobietą, matką i dzieckiem. Utworzenie Ośrodka stanowi rozszerzenie działalności o kompleksową rehabilitację wspomaganą terapią neurologopedyczną, psychologiczną oraz terapią zajęciową. Ośrodek realizuje wielospecjalistyczną terapię dzieci zagrożonych nieprawidłowym rozwojem psychomotorycznym. Terapia skupia się na tym, aby mali pacjenci dochodzili do pełni zdrowia zarówno w sensie sprawności ruchowej, jak i funkcji psychospołecznych. Utworzenie Ośrodka umożliwia rozszerzenie działalności PCMD dla potrzeb oddziału noworodków i oddziału dziecięcego oraz poradni patologii noworodka.

Pierwszy rok życia to najbardziej istotny okres w życiu człowieka. Ten czas wpływa na kolejne etapy rozwoju. Dlatego też jakość zmian dotyczących rozwoju psychomotorycznego w pierwszym roku życia powinna być obszarem zainteresowania kilku specjalistów, a także znajdować się pod bacznym okiem rodziców.

V. Kto może skierować dziecko do Ośrodka?

Przyjęcie do Ośrodka odbywa się na podstawie skierowania wystawionego przez:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- 2) lekarza oddziału szpitalnego lub poradni specjalistycznej: neonatologicznej, rehabilitacyjnej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurologicznej, reumatologicznej, endokrynologii dziecięcej, diabetologii dziecięcej, chirurgii dziecięcej.

VI. Charakterystyka kompleksowej wielospecjalistycznej terapii.

1. Do jakiej grupy pacjentów jest skierowana kompleksowa wielospecjalistyczna terapia?

- z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego
- z chorobami neurologicznymi
- z chorobami uwarunkowanymi genetycznie
- z chorobami metabolicznymi
- z zaburzeniami integracji sensorycznej
- z zaburzeniami koordynacji ruchowej pochodzenia ośrodkowego
- z zaburzeniami napięcia mięśniowego
- z wrodzonymi wadami rozwojowymi układu nerwowego

2. Czas trwania rehabilitacji:

Czas trwania rehabilitacji dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku dziennym wynosi dla jednego świadczeniobiorcy do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację, za pisemną zgodą dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Czas pracy Ośrodka:

Ośrodek dostępny jest 5 razy w tygodniu od poniedziałku do piątku, po 10 godzin dziennie, w tym dwa razy w tygodniu do godziny 21.00.

4. Rehabilitacja przeznaczona dla dzieci w wieku:

- 1) do 7 roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego;
- 2) od 8. do 18 roku życia z zaburzeniami wieku rozwojowego, a po przedstawieniu orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dotyczących upośledzonych w stopniu głębokim do ukończenia 25 roku życia).

5. Jak przebiega rehabilitacja?

Leczenie usprawniające dzieci obejmuje:

- poradę lekarską/wielospecjalistyczną poradę terapeutyczną;
- świadczenia z zakresu diagnozy i terapii psychologicznej;
- świadczenia z zakresu diagnozy i terapii logopedycznej;
- świadczenia z zakresu diagnozy i terapii pedagogicznej;
- świadczenia z zakresu diagnozy i terapii zaburzeń integracji sensorycznej;
- świadczenia z zakresu terapii zajęciowej;
- świadczenia diagnostyczne-terapeutyczne z zakresu kinezyterapii;

- zabiegi z zakresu fizykoterapii dostosowane do stanu klinicznego dziecka;

6. Przez jaki okres czasu można korzystać z rehabilitacji?

Czas trwania rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w Ośrodku dziennym wynosi do 120 dni zabiegowych w roku kalendarzowym. O częstotliwości i rodzaju zaleconych pacjentowi zabiegów decyduje lekarz. W przypadku uzasadnionym względami medycznymi i koniecznością osiągnięcia celu leczniczego czas trwania rehabilitacji może zostać przedłużony decyzją lekarza prowadzącego rehabilitację (za zgodą NFZ).

7. Współpraca z rodzicami

Ośrodek ściśle współpracuje z rodzicami lub opiekunami dziecka. Współpraca polega na uczestnictwie (w miarę możliwości) podczas pracy terapeuty z dzieckiem, poradnictwie, instruktażu w kwestii zaleceń postępowania rehabilitacyjnego.

8. Kryteria oceny zakończenia rehabilitacji w ośrodku dziennym.

O zakończeniu rehabilitacji decyduje lekarz Ośrodka na podstawie opinii całego zespołu terapeutycznego, na temat stanu funkcjonalnego pacjenta i jakości jego funkcjonowania w środowisku.

Ocena stanu pacjenta jest dokonana na podstawie dokładnej dokumentacji medycznej prowadzonej przez każdego członka zespołu terapeutycznego, uczestniczącego w procesie usprawniania danego pacjenta. Realizacja celów może oznaczać zakończenie rehabilitacji w Ośrodku.

VII. Wyposażenie Ośrodka oraz wstępne koszty szacunkowe zabezpieczenia sprzętu rehabilitacyjnego oraz wyposażenia pomieszczeń:

Koszty sprzętu rehabilitacyjnego i fizykoterapeutycznego oraz wyposażenia sal, gabinetów i pozostałych pomieszczeń.

1. Sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy:

- 1) Podwieszany pod sufitem zestaw do przeprowadzania ćwiczeń w podwieszeniu z dwoma trawersami i różnymi rodzajami podwieszek 1 szt. 14 023,00 zł
- 2) Podwieszany pod sufitem zestaw do przeprowadzania ćwiczeń w podwieszeniu np. do nauki chodzenia 10 100,00 zł
- 3) Bieżnia rehabilitacyjna dla dzieci z systemem do pionizacji 1 szt. 49 900,00 zł
- 4) Stół rehabilitacyjny dziecięcy z elektryczną regulacją wysokości 6 szt. x 4 676,40 = 28 058,40 zł
- 5) UGUL + leżanka dla dzieci – 2 kpl. x 3 700,00 zł = 7 400,00 zł
- 6) Cykloergometr dla dzieci – 1 szt. 2 000,00 zł
- 7) Rotor z mocowaniem stopy dziecka – 1 szt. 200,00 zł
- 8) Materace do ćwiczeń 5 szt. x 280,00 zł 1 400,00 zł
- 9) Materac rehabilitacyjny Airex Corona 5 szt. x 185 cm = 925,00 zł
- 10) Drabinka rehabilitacyjna 2 szt. + poręcze podwieszane 1 szt.; 3 x 300,00 zł = 900,00 zł

- 11) Poręczce do nauki chodzenia 1 szt. 1 300,00 zł
- 12) Zestaw do elektroterapii z osprzętem 1 kpl. + leżanka 3 500,00 zł
- 13) Aparat do światłolecznictwa 1 kpl. + leżanka 3 500,00 zł
- 14) Aparat do magnetoterapii z wyposażeniem + leżanka 14 160,00 zł
- 15) Aparat do laseroterapii z wyposażeniem + leżanka 3 435,00 zł
- 16) Podnośnik mobilny pacjenta 1 szt. + pasy ślizgowe 2 999,99 zł
- 17) Wózek inwalidzki dla dzieci - 1 szt. 1 944,00 zł
- 18) Balkonik dla dzieci z regulacją wysokości - 5 szt. x 170,00 zł = 850,00 zł
- 19) Tablice do ćwiczeń manualnych / ścianki edukacyjne / tablice sensoryczne, różne rodzaje
1 600,00 zł
- 20) Taboret medyczny z regulacją wysokości 7 szt. x 369,00 zł = 2 583,00 zł
- 21) Kule dla dzieci – 3 kpl. X 162,00 zł = 486,00 zł
- 22) Poduszka sensoryczna – gumowy dysk – 3 x 56,00 zł = 168,00 zł
- 23) Dyski sensoryczne kpl. 4 szt. 75,00 zł
- 24) Piłki do ćwiczeń – 3 szt. różne 65 cm 230,00 zł + 50 cm 120,00 zł + 30 cm 50,00 zł =
400,00 zł
- 25) Piłki do skakania z uchwytem – 3 szt. różne x 50,00 zł = 150,00 zł
- 26) Pufa – worek Sako 400l – 2 szt. x 399,00 = 798,00 zł
- 27) Kliny rehabilitacyjne – 2 rodzaje – 2 szt. 237,00 zł + 42,00 zł = 279,00 zł
- 28) Kostka rehabilitacyjna 50x50x50cm / 25x25x10cm – 2 rodzaje – 2 szt. 246,00 zł + 52,00 zł
= 298,00 zł
- 29) Pufa siedzisko z łuską gryki 40x25cm – 2 szt. x 73,00 zł = 146,00 zł
- 30) Łaski do ćwiczeń – 4 szt. x 50,00 zł = 200,00 zł
- 31) Deskorolka do ćwiczeń – 1 szt. 280,00 zł
- 32) Deska równoważna mała 40x70cm 340,00 zł
- 33) Huśtawka terapeutyczna „grzybek” – 1 szt. 580,00 zł
- 34) Huśtawka terapeutyczna „konik” – 1 szt. 740,00 zł
- 35) Huśtawka terapeutyczna „parówka” – 1 szt. 520,00 zł
- 36) Huśtawka terapeutyczna „T” - 1 szt. 555,00 zł
- 37) Huśtawka terapeutyczna podwieszana platforma – 1 szt. 432,00 zł
- 38) Hamak terapeutyczny, elastyczny 1 szt. 420,00 zł
- 39) Trampolina dla dzieci – batuta – 1 szt. 233,00 zł
- 40) Piłki do suchego basenu - 2000 szt. - 1 000,00 zł
- 41) Schody do suchego basenu z pochylnią – 1 szt. 1 500,00 zł
- 42) Suchy basen do piłek 200x200x60cm – 1 szt. 2 163,74 zł
- 43) Mostek i półmostek do suchego basenu – 1 szt. 890,00 zł
- 44) Poduszki 5 szt. 180,00 zł = 900,00 zł
- 45) Podpórki 5 szt. x 30,00 zł = 150,00 zł
- 46) Wałki 5 szt. x 30,00 zł – 150,00 zł
- 47) Parawan medyczny łamany z łącznikiem 3 szt. x 540,00 zł = 1 620,00 zł
- 48) Krzesła do poczekalni i holu głównego ze sklejki profilowanej: 3-modułowe 1,5 m x 4 szt.

4 428,00 zł

- 49) Fotel do karmienia 1 szt. 1 450,00 zł
- 50) Przewijak dziecięcy składany (naścienny) - 1 szt. 1 080,00 zł
- 51) Szafki BHP modułowe na ubrania 4 moduły po 5 szt. x 1671,57 zł = 8 357,85 zł
- 52) Ławki gimnastyczne 2,5m – 4 szt. x 516,00 zł = 2 064,00 zł
- 53) Miękka podłoga 20mm grubości 100x100cm – 349,00 zł x 10 szt = 3 490,00 zł
- 54) Podłoga dydaktyczna do gier np. Twister, kolce i górki itp. 120x120cm 2szt x 1 390,00 = 2 780,00 zł
- 55) Lustro korekcyjne ze skrzydłami bocznymi 1 szt. 2 000,00 zł
- 56) Poręcz sensoryczna 1 szt. 599,00 zł
- 57) Ścianka wspinaczkowa 1 szt. 1 990,00 zł
- 58) Schody do nauki chodzenia 3 250,00 zł
- 59) Sprzęt i wyposażenie gabinetów: psychologa, logopedy, terapii zajęciowej – 8 000,00 zł

2. Sprzęt i wyposażenie specjalistyczne gabinetów: psychologicznego, logopedycznego, terapii zajęciowej:

- testy psychologiczne do badania poziomu umysłowego
- testy do badania osobowości i sfery emocjonalno – motorycznej
- lustro kontrolne
- sprzęt multimedialny do odtwarzania dźwięku
- testy praktyki i gnozy oralnej oraz inne testy językowe
- gry dydaktyczne
- próby grafomotoryczne
- zestawy edukacyjne, zabawki edukacyjne
- gry logiczne
- zabawy dźwiękowe
- puzzle, puzzle drewniane
- zestawy logiczne figur geometrycznych
- zestawy pętli motorycznych
- obrazki, stemple - do sortowania
- zabawki sensoryczne (piłki, piłeczki, kulki, kostki, klocki, maty sensoryczne)

3. Sprzęt i wyposażenie gabinetu lekarskiego:

- wykorzystany zostanie z byłego oddziału chorób wewnętrznych.

Ogólny koszt dosprzętowania i wyposażenia Ośrodka szacunkowo wynosi 205 740,98 zł brutto

Razem koszt adaptacji i zakupu sprzętu na potrzeby ośrodka = 310 000z zł.

VIII. Wymagania NFZ dotyczące zabezpieczenia kadrowego.

1. Lekarz rehabilitacji/lekarz neurologii dziecięcej – ½ etatu - 19 200 zł.
2. Fizjoterapeuci (mgr fizjoterapii, specjalista, osoba prowadząca fizjoterapię z dokumentem

potwierdzającym doświadczenie w usprawnieniu dzieci z zaburzeniami rozwojowymi) – 2 etaty - 11 439 zł.

3. Psycholog – 2100zł.

4. Logopeda / neurologopeda – 3118 zł.

5. Terapeuta zajęciowy / pedagog specjalny – 4180 zł

6. Dostęp do lekarza pediatry -bezkosztowo z uwagi na posiadany 24-godzinny dostęp do pediatry na oddziale dziecięcym

Ogółem przewidywane koszty pracownicze miesięczne – 44 365,00 zł

IX. Finansowanie świadczeń w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w Ośrodku Dziennym.

Finansowanie przez NFZ opiera się na finansowaniu osobodni w przedziałach wiekowych:

1) 77 zł za osobodzień w rehabilitacji dzieci w wieku do ukończenia 7 roku życia,

2) 99 zł za osobodzień w rehabilitacji dzieci w wieku od rozpoczęcia 8 roku życia do ukończenia 18 roku życia,

3) 96 zł osobodzień w rehabilitacji dzieci uprawnionych na podstawie ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”.

Przychód z NFZ przy przyjęciu 30 dzieci w miesiącu w ½ dzieci do 7 r.ż. i ½ dzieci powyżej 7 r.ż. szacunkowo może wynieść 55 440 zł, tj.

77 zł x 21 dni x 15 dzieci = 24 255 zł.

99 zł x 21 dni x 15 dzieci = 31 185 zł.

Zysk miesięczny – 11 075, roczny – 132 900 zł.

4. Uzasadnienie do przedstawionych działań naprawczych

1. Rozwój operatywy ginekologicznej o niewykonywane dotychczas w PCMD operacje i zabiegi oparte w głównej mierze na nowoczesnych technologiach laparoskopowych, np. operacje sutka, zabiegi nie trzymania moczu, itd. Wyliczony i przedstawiony w tabeli nr 19 (zadanie nr 3) przychód zaplanowany do osiągnięcia z tegoż tytułu, został oparty o zasoby kontraktowe, które nie w pełni są wykorzystane choćby w zakresie części położniczej (porody). W przypadku wykonania 100% limitu części położniczej (porody), wówczas wszelkiego rodzaju przekroczenia limitu części ginekologicznej (operacje) będą stanowiły dla PCMD nadwykonania, za które zapłaty co do zasady możemy się ubiegać.

2. Zwiększenie operatywy onkologicznej – zwiększenie ilości przeprowadzanych operacji onkologicznych w ramach pakietu onkologicznego do 15-20 miesięcznie.

Operacje onkologiczne w ramach pakietu onkologicznego to zaplanowane procedury w ustalonym procesie leczenia pacjentek, zapewniające w krótkim czasie postawienie diagnozy i określenie postępowania terapeutycznego, w zakresie szybkiej terapii onkologicznej, gwarantujące korzystniejszy efekt leczniczy. Diagnostyka i leczenie w ramach pakietu onkologicznego nie są objęte limitami przez Narodowy Fundusz Zdrowia; oznacza to, że NFZ zapłaci za wykonanie wszystkich niezbędnych procedur w danym roku, a każda pacjentka onkologiczna otrzymała niezbędne leczenie. Świadczenia w ramach tzw. szybkiej terapii onkologicznej może być realizowana przez Szpital posiadający kontrakt na pakiet onkologiczny, a PCMD taki kontrakt w położnictwie i ginekologii posiada.

3. Rozszerzenie oferty dla kobiet o w poradni „K” o choroby piersi – utworzenie poradni położniczo-ginekologicznej i chorób piersi. Poradnia dla kobiet przy ul. Roosevelta 3 zostaje przekształcona w poradnię położniczo-ginekologiczną i chorób piersi, która ukierunkowana będzie, oprócz świadczeń położniczo-ginekologicznych, na zapobieganie rozwojowi chorób piersi i wczesne wykrycie nowotworu piersi, dające szansę na całkowite wyleczenie. Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet, dlatego poradnia nastawiona jest przede wszystkim na prewencję. Dla potrzeb szybkiej diagnostyki i efektywnej terapii PCMD rozważa możliwość podpisania umowy z podmiotem, który umieściłby i zainstalowałby mammograf w lokalizacji Szpitala tj. przy ul. Roosevelta udostępniając tym samym w lokalizacji poradni, badania mammograficzne. Na potrzeby poradni, dzięki posiadaniu w zasobach kadrowych PCMD lekarza chirurga onkologa, we własnym zakresie będą wykonywane badania w zakresie biopsji piersi, zapewniając tym samym kompleksowość świadczeń.

4. Wejście w skoordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży (KOC) – jako szansa dla kobiet na kompleksową opiekę, a dla PCMD szansa na uzyskanie większej zapłaty za porody.

KOC – skoordynowana opieka nad kobietą w ciąży - osobą prowadzącą ciążę może być położna lub lekarz położnik-ginekolog, zgodnie z wyborem kobiety objętej KOC i wskazaniami

medycznymi. W ramach KOC zapewniona jest możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń 24 godziny na dobę w przypadku wskazań medycznych. Podmiot koordynujący w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad kobietą w ciąży przygotowuje indywidualny plan opieki uwzględniający opiekę lekarza, położnej prowadzącej ciążę, stomatologa, psychologa, poradnictwa laktacyjnego oraz edukacji przedporodowej od 21 tygodnia ciąży prowadzonej przez położną. Wycena świadczeń KOC obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do czasu wypisania ze szpitala. Wycena KOC obejmuje odpowiedni ryczałt, który zróżnicowany jest w zależności od tygodnia ciąży, w którym kobieta została objęta opieką: od 10 tygodnia lub od 15 tygodnia lub od 33 tygodnia ciąży. Im kobieta objęta zostaje opieką skoordynowaną we wczesnym okresie ciąży, tym poziom finansowania KOC jest wyższy.

Szczegółową symulację w zakresie możliwości pozyskania większych środków z NFZ za poród przedstawia analiza ze stron 42-50, gdzie zaprezentowano sposób finansowania na podstawie porodów z roku 2018r. Postawiony w tabeli nr 19 - cel 1 (Zadanie 1)- w postaci osiągnięcia większych przychodów z tytułu porodów w kwocie 1 500 000 w roku 2020 oparty został na szczegółowej analizie roku 2018 (porody), gdzie w zależności od wariantu, można było uzyskać od 1 900 000 do 2 400 000 zł. dodatkowych środków z NFZ.

Zasady finansowania w ramach KOC



FINANSOWANIE W RAMACH KOC				FINANSOWANIE W RAMACH ZWYKLEJ UMOWY			
Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość	Uwagi			Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną
1	2	3	[zł]	4	5	[zł]	[zł]
KOC II/III	5.10.00.0000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	8 wizyt GIN-POŁ AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 2340,00 zł, Noworodek N20 = 1336,80 zł	5 002,80 zł	4 031,20 zł
KOC II/III	5.10.00.0000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, jw	6 wizyt GIN-POŁ AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 2340,00 zł, Noworodek N20 = 1336,80 zł	4 637,80 zł	3 523,20 zł
KOC II/III	5.10.00.0000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, jw	3 wizyty GIN-POŁ AOS = 432,00 zł, 1 wizyty inne AOS = 34,00 zł, Poród N01 = 2340,00 zł, Noworodek N20 = 1336,80 zł	4 142,80 zł	3 389,20 zł

FINANSOWANIE W RAMACH KOC				FINANSOWANIE W RAMACH ZWYKLEJ UMOWY			
Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość	Uwagi			Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną
1	2	3	[zł]	4	5	[zł]	[zł]
KOC II/III	5.10.00.0000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, jw	8 wizyt GIN-POŁ AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 1950,00 zł, Noworodek N25 = 3063 zł	6 339,00 zł	2 695,00 zł
KOC II/III	5.10.00.0000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, jw	6 wizyt GIN-POŁ AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 1950,00 zł, Noworodek N25 = 3063 zł	5 974,00 zł	2 187,00 zł
KOC II/III	5.10.00.0000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, jw	3 wizyty GIN-POŁ AOS = 432,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 1950,00 zł, Noworodek N25 = 3063 zł	5 513,00 zł	2 019,00 zł

FINANSOWANIE W RAMACH KOC				FINANSOWANIE W RAMACH ZWYKLEJ UMOWY		Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną [zł]
Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość [zł]	uwagi	5 [zł]	
1	2	3	4	5	6	7
KOC II/III	5.10.00.00000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, jw	8 wizyty GIN-POŁ AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N02 = 2563,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	2 082,00 zł
KOC II/III	5.10.00.00000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, jw	6 wizyty GIN-POŁ AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N02 = 2563,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	1 574,00 zł
KOC II/III	5.10.00.00000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, jw	3 wizyty GIN-POŁ AOS = 432,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N02 = 2563,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	1 406,00 zł

FINANSOWANIE W RAMACH KOC				FINANSOWANIE W RAMACH ZWYKLEJ UMOWY		Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną [zł]
Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość [zł]	uwagi	5 [zł]	
1	2	3	4	5	6	7
KOC II/III	5.10.00.00000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, jw	8 wizyty GIN-POŁ AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119 zł, Noworodek N20 = 1114 zł	3 475,00 zł
KOC II/III	5.10.00.00000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, jw	6 wizyty GIN-POŁ AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119 zł, Noworodek N20 = 1114 zł	2 967,00 zł
KOC II/III	5.10.00.00000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, jw	3 wizyty GIN-POŁ AOS = 432,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119 zł, Noworodek N20 = 1114 zł	2 799,00 zł

FINANSOWANIE W RAMACH KOC				FINANSOWANIE W RAMACH ZWYKLEJ UMOWY		
Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość	uwagi	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N03, N25 patologia ciąży powyżej 5 dni z porodem, noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną
1	2	3	[zł]	4	5	[zł]
KOC II/III	5.10.00.0000107	tyczka KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, jw	8 wizyt GIN-POL AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	1 526,00 zł
KOC II/III	5.10.00.0000108	tyczka KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, jw	6 wizyt GIN-POL AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	1 018,00 zł
KOC II/III	5.10.00.0000109	tyczka KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, jw	3 wizyty GIN-POL AOS = 432,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	850,00 zł

FINANSOWANIE W RAMACH KOC						FINANSOWANIE W RAMACH ZWYKŁEJ UMOWY				
Ilość pacjentek w danej kategorii w 2018 roku	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość	Uwagi	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N01, N20 poród fizjologiczny noworodek zdrowy	Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną	Wartość udzielonych świadczeń wg KOC	Wartość udzielonych świadczeń w ramach umów	Różnica pomiędzy KOC a obecną stawką
1	2	3	4	[zł]	5	6	[zł]	[zł]	[zł]	[zł]
373	KOC II/III	5.10.00.00000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo = 2340,00 zł, położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	8 wizyt GIN- POŁ AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 2340,00 zł, Noworodek N20 = 1336,80 zł	4 031,20 zł	3 369 682,00 zł	1 866 044,40 zł	1 503 637,60 zł
373	KOC II/III	5.10.00.00000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, iw	6 wizyt GIN- POŁ AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 2340,00 zł, Noworodek N20 = 1336,80 zł	3 523,20 zł	3 044 053,00 zł	1 729 899,40 zł	1 314 153,60 zł
373	KOC II/III	5.10.00.00000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo = 2340,00 zł, położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	3 wizyty GIN- POŁ AOS = 432,00 zł, 1 wizyty inne AOS = 34,00 zł, Poród N01 = 2340,00 zł, Noworodek N20 = 1336,80 zł	3 389,20 zł	2 809 436,00 zł	1 545 264,40 zł	1 264 171,60 zł

FINANSOWANIE W RAMACH KOC				FINANSOWANIE W RAMACH ZWYKŁEJ UMOWY						
Ilość pacjentek w danej kategorii w 2018 roku	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość [zł]	Uwagi	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N01, N25 poród fizjologiczny noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną	Wartość udzielonych świadczeń wg KOC	Wartość udzielonych świadczeń w ramach umów	Różnica pomiędzy KOC a obecną stawką
1	2	3	4	[zł]	5	6	[zł]	[zł]	[zł]	[zł]
178	KOC II/III	5.10.00.0000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	8 wizyty GIN- POL AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 1950,00 zł, Noworodek N25 = 3063 zł	2 695,00 zł	1 608 052,00 zł	1 128 342,00 zł	479 710,00 zł
178	KOC II/III	5.10.00.0000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	6 wizyt GIN- POL AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 1950,00 zł, Noworodek N25 = 3063 zł	2 187,00 zł	1 452 658,00 zł	1 063 372,00 zł	389 286,00 zł
178	KOC II/III	5.10.00.0000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	3 wizyty GIN- POL AOS = 432,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N01 = 1950,00 zł, Noworodek N25 = 3063 zł	2 019,00 zł	1 340 696,00 zł	981 314,00 zł	359 382,00 zł

Ilość pacjentek w danej kategorii w 2018 roku	FINANSOWANIE W RAMACH KOC				FINANSOWANIE W RAMACH ZWYKŁEJ UMOWY				Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną stawką	
	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość	uwagi	6	Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną	Wartość udzielonych świadczeń wg KOC		Wartość udzielonych świadczeń w ramach umów
1	2	3	4	[zł]	5	6	[zł]	[zł]	[zł]	[zł]
2	KOC II/III	5.10.00.0000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	8 wizyt GIN- POL AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N02 = 2563,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	6 952,00 zł	2 082,00 zł	13 904,00 zł	4 164,00 zł
2	KOC II/III	5.10.00.0000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	6 wizyt GIN- POL AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N02 = 2563,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	6 587,00 zł	1 574,00 zł	13 174,00 zł	3 148,00 zł
2	KOC II/III	5.10.00.0000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	3 wizyty GIN- POL AOS = 432,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N02 = 2563,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	6 126,00 zł	1 406,00 zł	12 252,00 zł	2 812,00 zł

Ilość pacjentek w danej kategorii w 2018 roku	FINANSOWANIE W RAMIACH KOC					FINANSOWANIE W RAMIACH ZWYKŁEJ UMOWY			Różnica pomiedzy wyzyceną KOC a obecną wyceną	Wartość udzielonych świadczeń w ramach umów	Wartość udzielonych świadczeń wg KOC	Wartość udzielonych świadczeń w ramach umów	Różnica pomiedzy KOC a obecną stawką
	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość	uwagi	6	5	6					
92	KOC II/III	5.10.00.00000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	8 wizyt GIN- POŁ AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119 zł, Noworodek N20 = 1114 zł		5 559,00 zł	3 475,00 zł	831 128,00 zł	5 114 428,00 zł	3 119 700,00 zł	
92	KOC II/III	5.10.00.00000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	6 wizyt GIN- POŁ AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119 zł, Noworodek N20 = 1114 zł		5 194,00 zł	2 967,00 zł	750 812,00 zł	4 778 848,00 zł	2 729 664,00 zł	
92	KOC II/III	5.10.00.00000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	3 wizyty GIN- POŁ AOS = 432,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119 zł, Noworodek N20 = 1114 zł		4 733,00 zł	2 799,00 zł	692 944,00 zł	4 354 436,00 zł	2 575 080,00 zł	

Ilość pacjentek w danej kategorii w 2018 roku	FINANSOWANIE W RAMACH KOC				FINANSOWANIE W RAMACH ZIWKŁEJ UMOWY					
	Nazwa zakresu świadczeń	Kod produktu rozliczeniowego	Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość	uwagi	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N03, N25 patologia ciąży powyżej 5 dni z porodem, noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	Różnica pomiędzy wyceną KOC a obecną wyceną	Wartość udzielonych świadczeń wg KOC	Wartość udzielonych świadczeń w ramach umów	Różnica pomiędzy KOC a obecną stawką
1	2	3	4	[zł]	5	6	[zł]	[zł]	[zł]	[zł]
52	KOC II/III	5.10.00.0000107	ryczałt KOC II/III od 10 tygodnia ciąży	9 034 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą nie później niż w 10 tygodniu ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	8 wizyt GIN- POL AOS = 1258,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	1 526,00 zł	469 768,00 zł	390 416,00 zł	79 352,00 zł
52	KOC II/III	5.10.00.0000108	ryczałt KOC II/III od 15 tygodnia ciąży	8 161 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 15 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	6 wizyt GIN- POL AOS = 893,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	1 018,00 zł	424 372,00 zł	371 436,00 zł	52 936,00 zł
52	KOC II/III	5.10.00.0000109	ryczałt KOC II/III od 33 tygodnia ciąży	7 532 zł	uwzględnia opiekę rozpoczętą od 33 tygodnia ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do wypisu z oddziału położniczego/neonatologicznego; ryczałt obejmuje poradnictwo położniczo-ginekologiczne oraz konsultacje specjalistyczne w innych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi	3 wizyty GIN- POL AOS = 432,00 zł, 2 wizyty inne AOS = 68,00 zł, Poród N03 = 3119,00 zł, Noworodek N25 = 3063,00 zł	850,00 zł	391 664,00 zł	347 464,00 zł	44 200,00 zł

PODSUMOWANIE		
LICZBA SKLASYFIKOWANYCH PORODÓW DO ZESTAWIENIA NA PODSTAWIE 2019 ROKU	697	
WARIANT I – DODATKOWE PRZYCHODY		2 386 563,60 zł
WARIANT II – DODATKOWE PRZYCHODY		2 032 487,60 zł
WARIANT III – DODATKOWE PRZYCHODY		1 928 073,60 zł

Tabela nr 23: Finansowanie w ramach KOC

5. Rozwój oddziału dziecięcego:

- rozszerzenie działalności oddziału poprzez stworzenie pododdziału alergologii

Oddział dziecięcy – planowany jest dalszy rozwój oddziału w zakresie alergologii – stworzenie pododdziału. Zmiana na stanowisku Kierownika Oddziału przyniosła wymierny efekt (Dr nauk medycznych w zakresie alergologii) w postaci znacznie lepszego rozliczania pacjentów, co bezpośrednio już na chwilę obecną przełożyło się na wykonanie świadczeń ponad limit kontraktu na poziomie ponad 700 000 zł za okres I-V bieżącego roku. Ma to o tyle ogromne znaczenie, iż oddział dziecięcy nie jest w ryczałcie PSZ, wobec czego wszelkie nadwykonania na tymże oddziale będą zapłacone przez NFZ.

- wejście w procedurę badań klinicznych

Kolejną propozycją w zakresie podniesienia efektywności na w/w oddziale będzie przystąpienie do realizacji badania klinicznych, co również przełoży się na dodatkowe przychody (poza NFZ) oraz rozwój i podniesienie prestiżu oddziału.

Badania kliniczne to programy badań nad lekami, które są prowadzone z udziałem pacjentów. Mają na celu określenie czy nowa forma terapii leczniczej jest bezpieczna i skuteczna dla chorego. Badania kliniczne pełnią funkcję profilaktyczną służąc m.in. sprawdzaniu nowych metod zapobiegania chorobom, diagnozowania lub leczenia poszczególnych schorzeń. Korzyści dla pacjentów z przeprowadzonych badań klinicznych:

- 1) możliwość zastosowania skutecznego sposobu leczenia choroby,
- 2) dostęp do leczenia, które jest mało powszechne,
- 3) bezpłatna ponadstandardowa opieka medyczna.

Badania odbywają się zgodnie z przepisami unijnymi oraz po uzyskaniu zgody Komisji Etyki Badań Klinicznych. Udział pacjenta w badaniu klinicznym jest **dobrowolny**. Osoba zainteresowana udziałem w takim programie badań zgodę na nie może otrzymać dopiero po uzyskaniu kompleksowej, rzetelnej i całościowej informacji o stanie swojej choroby, możliwościach leczenia, spodziewanych korzyściach i niebezpieczeństwach związanych z niestandardową formą leczenia. Udział pacjenta w badaniu klinicznym jest **bezpłatny**. Wszelkie koszty leczenia – koszt badanych leków, specjalistycznych badań oraz opieki lekarskiej ponosi sponsor badania. Aby wziąć udział w badaniu pacjent musi wyrazić tzw. **Świadomą Zgodę na Udział w Badaniu**. Jest to proces, podczas którego potencjalny uczestnik badania dowiaduje się wszystkiego o badaniu, a następnie dobrowolnie podejmuje decyzję o wzięciu w nim udziału. Osoba zgłaszająca swój udział musi zostać poinformowana o wszystkich aspektach badania, które są istotne przy podjęciu decyzji o uczestnictwie. Zgoda udzielana jest w formie pisemnej na tzw. formularzu świadomej zgody. Informacja przedstawiona pacjentowi podlega ocenie przez niezależne komisje bioetyczne, między innymi, pod względem możliwości zrozumienia jej przez przeciętnego pacjenta. Po wyrażeniu zgody na badanie pacjent otrzymuje kopię informacji o badaniu oraz egzemplarz dokumentu

świadomej zgody, podpisany przez siebie oraz przez lekarza. Pacjent może w każdej chwili zrezygnować z udziału w badaniu, jeśli uzna, że leży to w jego interesie. Rezygnacja z udziału w badaniu nie niesie za sobą żadnych konsekwencji dla pacjenta. Przed przystąpieniem do realizacji badań klinicznych podmiot leczniczy podpisuje trójstronną umowę zawartą między: sponsorem, podmiotem pośredniczącym a podmiotem leczniczym jako badaczem. Sponsor, który finansuje procedurę badań klinicznych, musi uzyskać zgode Komisji Etyki Badań Klinicznych. Kwestię badań reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań Dobrej Praktyki Lekarskiej oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań dotyczących planowania, prowadzenia, monitorowania i dokumentowania badania klinicznego wyrobu medycznego.

Sponsor- odpowiedzialny jest za podjęcie badania klinicznego, jego prowadzenie i finansowanie;

Podmiot pośredniczący- koordynuje badania kliniczne, pozyskuje kontrakty na przeprowadzenie badań i obsługę administracyjną badań, doradza w zakresie przygotowania podmiotu leczniczego;

Podmiot leczniczy – badacz, wytypowany do przeprowadzenia badania klinicznego lekarz posiadający wysokie kwalifikacje zawodowe, wiedzę i doświadczenie w pracy z pacjentami.

Badanie kliniczne musi być uzasadnione wynikami badań przedklinicznych, uzasadnione naukowo i opisane w protokole badania klinicznego oraz oparte na zasadach etycznych. W trakcie badań należy zapewnić uczestnikom badania odpowiednią opiekę medyczną, szczególnie w przypadku wystąpienia zdarzenia niepożądanego po użyciu badanego produktu leczniczego. Z badaniem leczniczym ściśle związana jest stosowna i zgodna z wymaganiami dokumentacja. Sponsor dokonuje bieżącej oceny bezpieczeństwa badanego produktu leczniczego. Umowa zawarta między sponsorem, ośrodkiem pośredniczącym oraz podmiotem leczniczym zobowiązuje strony do ochrony danych osobowych uczestników badania klinicznego uzyskanych w związku z prowadzeniem badania. Umowa określa również zobowiązania finansowe dotyczące badania klinicznego.

- ubieganie się o wpisanie PCMD na listę Ministra Zdrowia jednostek prowadzących specjalizacje/staże kierunkowe w zakresie w/w oddziałów. Zapewni to PCMD dodatkową, całkowicie bezpłatną oraz co najważniejsze młodszą kadrę i pomoże utrzymać oraz rozwinąć pediatrię w Piotrkowie Tryb, i powiecie.

6. Utworzenie dziennego ośrodka rehabilitacji dziecięcej – dopełnienie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem, wyjście naprzeciw potrzebom społecznym.

Dzienny Ośrodek Rehabilitacji dla Dzieci wkomponowuje się w obecny profil działalności PCMD, tj. sprawowanie opieki nad kobietą i dzieckiem. Utworzenie Ośrodka stanowi

rozszerzenie działalności o kompleksową rehabilitację wspomaganą konsultacjami lekarskimi, terapią logopedyczną i psychologiczną oraz terapią zajęciową. Utworzenie Ośrodka pozwoli realizować dodatkowe świadczenia dla potrzeb oddziału noworodków, oddziału dziecięcego oraz poradni patologii noworodka. Ośrodek zostanie zlokalizowany na parterze budynku Szpitala, dzięki czemu po dokonanej modernizacji zostaną wykorzystane pomieszczenia po nieistniejącym oddziale chorób wewnętrznych. Wstępna koncepcja utworzenia Ośrodka Rehabilitacji dla Dzieci została przedstawiona w części III punkcie 2 niniejszego programu naprawczego.

7. Zwiększenie efektywności działalności poszczególnych poradni specjalistycznych (AOS) oraz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) poprzez:

- optymalizację zleczanych badań diagnostyczno-laboratoryjnych – zasadność tego działania bardzo dokładnie obrazuje tabelka nr 27 (punkt nr 9) omawianych działań naprawczych.
- dostosowanie zasobów kadrowych do wielkości posiadanego kontraktu (w przypadku AOS) oraz do wielkości populacji zadeklarowanej do danego POZ-tu

W tabeli poniżej przedstawiono porównanie wymogu NFZ (w ilości deklaracji na lekarza i pielęgniarkę) z sytuacją w PCMD. Wymóg ten to nie więcej niż 2500 populacji w stosunku do jednego etatu lekarskiego i pielęgniarskiego. Jak widać z poniższej tabeli ilości lekarzy i pielęgniarek są znacznie większe niż wymogi w tym zakresie (przekroczone niemalże dwukrotnie), co świadczy o znaczącym potencjale do restrukturyzacji i konieczności podjęcia niezbędnych działań naprawczych. Alternatywą dla w/w działań może być znaczące zwiększenie populacji w POZ-ach, co przełoży się bezpośrednio na większe przychody, zmniejszając znacząco ujemne wyniki finansowe POZ-ów.

Porównanie ilości zasobów kadrowych w zakresie wymagań NFZ w stosunku do zadeklarowanej populacji

<i>Przychodnia</i>	<i>Liczba populacji</i>	<i>Wymóg NFZ - lekarze (etat)</i>	<i>Stan PCMD - lekarze</i>	<i>Wymóg NFZ - pielęgniarki</i>	<i>Stan do 10/2019r PCMD - pielęgniarki</i>	<i>Stan od 10/2019r PCMD - pielęgniarki</i>
Przychodnia nr 1	990	0,5	1	0,5	2	2
Przychodnia nr 2	3118	1,3	2,12	2	4,63	3
Przychodnia nr 4	5853	2,3	3,12	3	6,35	4
Przychodnia - Wołbórz	2202 (w tym dzieci - 174)	1	1,5	1	3,23	3
Przychodnia - Gorzkowice	1672	0,5	1,64	1	4	2
Przychodnia Grabica	1491 (dzieci - 53)	0,5	1,75	1	2,5	2
Przychodnia Parzniewice	1144 (w tym dzieci - 123)	0,5	1	1	2	1

Poradnia nr 4 - Dziecięca	1856	1	3	3	4,38	5
Suma	16 470	7,6	15,13	12,5	29,09	22

Tabela nr 24. Wymogi NFZ vs sytuacja w PCMD

- wejście w program akredytacji (miejsca rezydenckie) w zakresie medycyny rodzinnej (POZ) - priorytetem na rok 2020 będzie **wystąpienie z wnioskiem o akredytację na prowadzenie specjalizacji w zakresie medycyny rodzinnej, czyli o tzw. miejsca rezydenckie w POZ-tach**, tak aby w przypadku odejść lekarzy do innych podmiotów bądź na emeryturę, zapewnić sobie młodą kadrę lekarską. Akredytacja w zakresie medycyny rodzinnej to uzyskanie uprawnienia do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy w dziedzinie medycyny rodzinnej. Potwierdzeniem akredytacji jest wpis na listę jednostek akredytowanych do prowadzenia specjalizacji, którą prowadzi Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego (CMKP). Warunkiem uzyskania akredytacji jest spełnienie wymogów określonych w ustawie o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów. Akredytację uzyskuje się po złożeniu i zaakceptowaniu przez CMKP Wniosku o wpisanie na listę jednostek posiadających akredytację. Po uzyskaniu uprawnień jednostka akredytowana / szkoląca może szkolić lekarzy w danej dziedzinie medycyny, np. medycyny rodzinnej, tzn. może szkolić lekarzy u nas zatrudnionych (w ramach etatu lub rezydentury), jak również lekarzy z zewnątrz w ramach stażu kierunkowego z medycyny rodzinnej, specjalizujących się w różnych dziedzinach medycznych.

- zwiększenie populacji poprzez programy profilaktyczne m.in. program profilaktyki chorób układu krążenia oraz dodatkowe usługi dla pacjentów, np. rehabilitacyjne
- doposażenie poradni dla kobiet w nowoczesny sprzęt USG, KTG, mammograf (w przypadku pozyskania sprzętu z środków unijnych)
- rozwój „wtorków profesorskich” oraz szeregu akcji profilaktycznych związanych z kobietą (rak szyjki macicy, nowotwory piersi)

8. Wzrost przychodów tzw. dodatkowych (poza NFZ):

- pozyskiwanie nowych firm/zakładów w zakresie prowadzenia badań wstępnych i okresowych pracowników – rozwój medycyny pracy
- zwiększenie wartości umów na diagnostykę analityczną, RTG oraz USG poprzez pozyskanie nowych klientów (inne ZOZ, placówki prywatne, zakłady pracy, instytucje publiczne)
- **wprowadzenie nowych badań do oferty szpitala w zakresie badań USG dla kobiet ciężarnych – badania prenatalne oraz 3 i 4D**
- **wprowadzenie badania mammograficznych do oferty pracowni diagnostycznej – wykrywanie chorób piersi**
- przystępowanie do programów profilaktycznych – jako szansa na zdobycie środków unijnych/ministerialnych oraz środków od samorządów gminnych

9. Optymalizacja zasobów kadrowych (pion administracyjny) – dostosowanie działalności administracyjnej do obecnej struktury świadczeń medycznych poprzez:

- likwidację działu kontrolingu i analiz i oraz dwóch sekcji dokumentacji chorych i archiwum, poprzez łączenie tożsamyh zadań działów,
- ocena możliwości nieprzedłużenia umów o pracę pracowników zatrudnionych na czas określony oraz wykorzystujących długoterminowe zwolnienia lekarskie
- nie zatrudnianie nowych pracowników w miejsce odchodzących na emeryturę,
- likwidacja stanowiska pełnomocnika ds. zarządzania jakością – przypisanie zadań w zakresie jakości oraz ochrony danych osobowych do innych pracowników (z-ca dyrektora ds. administracyjnych) bądź zlecenie na zewnątrz np. w przypadku pozyskiwania środków unijnych.
- łączenie stanowisk poprzez łączenie zadań przypisanych do tej pory do dwóch pracowników
- likwidacja stanowisk zastępców kierowników działów

Planowana redukcja ilości pracowników w pionie administracyjnym:

- 2 osoby na koniec 2019r. dział zamówień publicznych oraz eksploatacji
- 3 osoby na koniec lutego 2020r. – dział kontrolingu oraz sekcja archiwum (część organizacji i nadzoru)
- 1 osoba na koniec lipca 2020r. – dział organizacji i nadzoru
- 3 osoby początek kwietnia 2020r. – dział księgowości, logistyki
- 1 osoba koniec maja 2020r. – dział księgowości
- 1 osoba koniec sierpnia 2020r. – dział kadr (sekretariat)

Razem: 11 osób

Planowana likwidacja zastępców kierowników (punkt 5) – 5 osób

Planowane łączenie zadań między działami oraz stanowiskami samodzielnymi:

Zlikwidowane stanowisko – pełnomocnika ds. kontaktów z mediami – przydzielenie zadań pełnomocnikowi ds. marketingu i promocji - 1 osoba zamiast 2

Planowane nie zatrudnianie na stanowisko pełnomocnika ds. zarządzania jakością oraz inspektora ochrony danych osobowych osoby na umowę o pracę – przypisanie zadań Z-cy dyrektora ds. administracyjnych

łącznie zmniejszenie administracji o 13 osób do sierpnia 2020r.

łącznie poczynione oszczędności w ramach restrukturyzacji pionu administracji w skali roku - około 500 000

10. Outsourcing części działalności usługowej (laboratorium) – zlecenie prowadzenia na zewnątrz laboratorium po wynegocjowaniu korzystnych dla PCMD warunków.

Pojęcie to oznacza nic innego jak wyprowadzenie działalności laboratorium szpitalnego „na zewnątrz”, jak w przypadku posiłków, czy prania bielizny oraz pościeli. Polega to na podpisaniu umowy o podwykonstwo w tym zakresie, gdzie to zewnętrzna firma wynajmuje od PCMD pomieszczenia laboratoryjne oraz prowadzi własną działalność (zatrudnia swój personel) i sprzedaje nam badania.

Zasadność podjęcia takowej decyzji bardzo dokładnie przedstawiają dwie tabele poniżej nr... i nr... , które pokazują różnicę w koszcie pojedynczego badania w okresie I-VI 2019r oraz w okresie IV kwartału 2019r. Zmieniona struktura usług medycznych: brak oddziału chorób wewnętrznych, brak dwóch poradni specjalistycznych oraz przychodni POZ w Sulejowie, spowodowało znaczący spadek ilości zlecanych oraz wykonywanych badań (o 44%). Co bezpośrednio przełożyło się na znaczący, bo o prawie 40%-owy wzrost kosztu pojedynczego badania, z 7,80 zł do 12,63 zł za jedno.

Porównanie kosztu pojedynczego badania laboratoryjnego w okresie I-VI 2019 z okresem X-XII 2019r.

grupa kosztów	I-VI 2019	
	liczba badań ogółem	Koszty 1. badania
koszty bezpośrednie, w tym:	104905	7,80 zł
- materiały diagnostyczne, zużywalne, ...		2,56 zł
- wynagrodzenia + koszty medyczne		3,55 zł
- składki ZUS, ZFŚS, inne świadczenia		0,75 zł
- amortyzacja		0,12 zł
koszty bezpośrednie + pośrednie		8,59 zł

Tabela nr 25. Koszt badania lab. w okresie I-VI 2019r.

grupa kosztów	X-XII 2019	
	liczba badań ogółem	Koszty 1. badania
koszty bezpośrednie, w tym:	29737	12,63 zł
- materiały diagnostyczne, zużywalne, ...		3,46 zł
- wynagrodzenia + koszty medyczne		6,53 zł
- składki ZUS, ZFŚS, inne świadczenia		1,26 zł
- amortyzacja		0,21 zł
koszty bezpośrednie + pośrednie		14,13 zł

Tabela nr 26. Koszt badania lab. w okresie X-XII 2019r.

Aby bardziej zobrazować jak koszt pojedynczego badania przekłada się na wynik finansowy poszczególnych komórek POZ dla przykładu dokonano analizy porównawczej wyniku finansowego POZ-ów w latach 2018-2019 w ujęciu realnym, czyli z kosztami diagnostyki oraz bez tychże kosztów. W związku z powyższym gdyby znacząco dało się obniżyć koszt pojedynczego badania, wówczas wyniki finansowe wszystkich komórek PCMD, a w szczególności POZ-ów znacząco poprawiły by się na korzyść oczywiście. Stanowią one (badania laboratoryjne) znaczący koszt funkcjonowania POZ-ów w PCMD, ze względu choćby na nie ograniczanie badań pacjentom PCMD w porównaniu do niepublicznych przychodni, które nabywając badania po niższym koszcie jednostkowym, dodatkowo ograniczają pacjentom ilość zlecanych badań. Co powoduje, iż działalność niepublicznych jednostek może być bardziej rentowna.

Porównanie wyników finansowych POZ za 2018 i 2019 bez kosztów diagnostyki (RTG, USG, laboratorium)

<i>Poradnia</i>	<i>Wynik finansowy 2018r. z kosztami diagnostyki</i>	<i>Wynik finansowy 2018r. bez kosztów diagnostyki</i>	<i>Wynik finansowy 2019r. z kosztami diagnostyki</i>	<i>Wynik finansowy 2019r. bez kosztów diagnostyki</i>
<i>Przychodnia nr 1</i>	<i>-50 431,00</i>	<i>34 313,00</i>	<i>-113 220,06</i>	<i>2 652,25</i>
<i>Przychodnia nr 2</i>	<i>45 811,00</i>	<i>226 722,29</i>	<i>-4 179,33</i>	<i>187 154,54</i>
<i>Przychodnia nr 4</i>	<i>-301 050,00</i>	<i>-47 310,76</i>	<i>-384 442,75</i>	<i>-121 129,39</i>
<i>Przychodnia - Wolbórz</i>	<i>60 878,00</i>	<i>212 207,75</i>	<i>-96 039,37</i>	<i>121 375,83</i>
<i>Przychodnia - Gorzkowice</i>	<i>-79 745,00</i>	<i>76 780,62</i>	<i>-125 454,39</i>	<i>67 566,05</i>
<i>Przychodnia Grabica</i>	<i>19,45</i>	<i>57 881,18</i>	<i>-1 492,40</i>	<i>64 259,38</i>
<i>Przychodnia Parzniewice</i>	<i>-27 890,00</i>	<i>8 462,66</i>	<i>-29 999,68</i>	<i>27 724,57</i>
<i>Suma</i>	<i>-352 407,55</i>	<i>569 056,74</i>	<i>-754 827,98</i>	<i>321 878,65</i>

Tabela nr 27. Wyniki finansowe POZ w ujęciu z kosztami diagnostyki oraz bez

Drugim alternatywnym rozwiązaniem w stosunku do outsorsingu, ponieważ takowe należy zawsze zaplanować, jest zwiększenie efektywności działalności laboratorium w obecnie funkcjonującej strukturze. Gdyby okazało się, iż z jakiś przyczyn od nas niezależnych nie jest możliwe zawarcie umowy o świadczenie usług laboratoryjnych z podmiotem zewnętrznym, należy przygotować alternatywne rozwiązanie, polegające głównie na efektywniejszym wykorzystaniu posiadanych niewykorzystanych zasobów, jak i poszukanie nowych możliwości, np. zakupie dodatkowego sprzętu laboratoryjnego, służącego do wykonywania badań, które

na dzień dzisiejszy zlecamy na zewnątrz i za nie płacimy i wykorzystanie owego sprzętu do odpłatnego realizowania zlecanych badań przez osoby z zewnątrz, z czego również moglibyśmy czerpać dodatkowe korzyści.

11. ISO – odnowienie certyfikatu ISO 9001:2015-10 w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego. Najważniejszą korzyścią z wprowadzenia w latach 2017-2018 i utrzymania jest oprócz zwiększenia bezpieczeństwa i satysfakcji pacjentów, także warunek otrzymania i przedłużania umów kontraktowych zawieranych z NFZ

PCMD w Piotrkowie Trybunalskim posiada certyfikat ISO 9001:2015-10 do marca br. Zadaniem na rok 2020 będzie odnowienie, utrzymanie i ciągłe doskonalenie systemu zarządzania jakością zgodnego z międzynarodową normą ISO 9001:2015-10 w oparciu o nową strukturę organizacyjną.

Koszty związane z odnowieniem i utrzymaniem certyfikatu szacowane są na poziomie 25 tys. złotych w okresie 2 lat.

12. Stałe podnoszenie jakości świadczonych usług poprzez: przystępowanie do konkursów w zakresie pozyskiwania środków unijnych, ministerialnych oraz rządowych

1. Projekt „Dostępność Plus dla zdrowia” (POWR.05.02.00-00-0044/18), Działanie 5.2 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020.

Ministerstwo Zdrowia dnia 2 sierpnia 2019 r. ogłosiło nabór wniosków o powierzenie grantu w ramach projektu pozakonkursowego „Dostępność Plus dla zdrowia” (POWR.05.02.00-00-0044/18), Działanie 5.2 Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020. Nabór wniosków w zakresie programu Dostępność Plus ma charakter otwarty i będzie trwać do momentu wyczerpania środków, nie później jednak niż do 1 grudnia 2021 r. Maksymalna wartość dofinansowania wynosi 720 000,00 zł. Przy czym nie jest wymagany wkład własny. Okres realizacji projektu może wynosić: od 12 do 18 miesięcy.

Z programu skorzystać mogą jednostki Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Program ma na celu poprawienie warunków przyjmowania i obsługi osób niepełnosprawnych w ramach jednostki. Do dofinansowania może być wskazana jedna lokalizacja w związku z powyższym do dofinansowania wytypowano Przychodnię nr 4 w Piotrkowie Tryb. przy ul. Armii Krajowej 11. Głównym celem jest poprawa dostępności placówek POZ poprzez dostosowanie ich dla osób ze szczególnymi potrzebami w obszarze architektonicznym, cyfrowym, komunikacyjnym i organizacyjnym zgodnie z wytycznymi opracowanymi przez Ministerstwo Zdrowia pn. „Standardy Dostępność POZ”.

Dostępność architektoniczna ma kluczowe znaczenie z punktu widzenia skuteczności działań służby zdrowia. W ramach dofinansowania można ubiegać się o dofinansowanie prac adaptacyjnych w budynkach i w ich otoczeniu, a także na działania poprawiające dostępność gabinetów lekarskich oraz przystosowanie budynków do szczególnych potrzeb pacjentów.

Dostępność cyfrowa to standard, będący odpowiedzią na wykluczenie cyfrowe osób ze szczególnymi potrzebami. Polski system ochrony zdrowia przechodzi obecnie swoistą

ewolucję cyfrową, coraz więcej usług jest już dostępnych lub w najbliższych latach ma stać się dostępnych właśnie w postaci elektronicznej.

Dostępność komunikacyjna z kolei obejmuje m.in. działania szkoleniowe dla kadry medycznej i niemedycznej, służące wsparciu ich kompetencji w zakresie właściwej komunikacji, a także szkolenia podnoszące kompetencje personelu medycznego w zakresie obsługi narzędzi teleinformatycznych służących poprawie sytuacji pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Dostępność organizacyjna opiera się na zdefiniowaniu rozwiązań organizacyjnych, które podmiot powinien opracować w celu zapewnienia dostępności do świadczonych przez siebie usług osobom ze szczególnymi potrzebami. Działania podejmowane przez placówkę powinny opierać się na sformułowaniu odpowiednich dokumentów organizacyjnych wskazujących w jaki sposób placówka przygotowana jest na zapewnienie komfortu pobytu pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Na bazie ww. standardów zostanie opracowana kompleksowa dokumentacja, która będzie podstawą do aplikowania ośrodki zewnętrzne.

Łączny budżet 720.000 zł:

Max 70% - 504.000,00 zł - tj. np. prace remontowe, dostosowawcze, zakup sprzętu i wyposażenia itp. w tym Max 40% - 288.000,00 zł - prace remontowe, dostosowawcze.

Max 30% - 216 000,00 zł - działania tzw. miękkie tj. np. szkolenia, zatrudnienie tzw. asystenta osoby niepełnosprawnej itp.

2. Projekt „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej w makroregionie centralnym” nr POWR.05.01.00-00-0017/18-00 w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.

Przystąpiliśmy do konkursu w ramach realizacji projektu: „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej w makroregionie centralnym” nr POWR.05.01.00-00-0017/18-00 w ramach V Osi priorytetowej Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, z Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014 – 2020.

Organizatorem konkursu jest Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o. o. z siedziba w Warszawie. Celem naboru jest nawiązanie współpracy z minimum 40 placówkami POZ z terenu województw mazowieckiego i łódzkiego w zakresie prowadzenia działań edukacyjnych na rzecz programu oraz testów przesiewowych wśród kobiet w okresie poporodowym do roku po urodzeniu dziecka oraz udziału personelu medycznego tych placówek (głównie położnych i pielęgniarek) w szkoleniach dotyczących wczesnej identyfikacji depresji poporodowej. Działania te stanowią element wdrożenia programu polityki zdrowotnej pn. „Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”.

Głównym celem projektu jest wdrożenie Programu w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej, którego celem jest zwiększenie świadomości społecznej na temat depresji poporodowej poprzez prowadzenie działań profilaktycznych, a także wzrost odsetka kobiet z wcześniej wykrytą depresją poporodową na terenie województwa mazowieckiego i łódzkiego. Cel projektu zrealizowany zostanie poprzez:

1. działania edukacyjno-szkoleniowe prowadzone wśród personelu medycznego POZ w zakresie wczesnej identyfikacji depresji poporodowej oraz stosowania formularza Edynburskiej Skali Depresji Poporodowej;
2. akcje edukacyjno-informacyjne wśród ogółu społeczeństwa (szczególnie wśród kobiet będących w okresie okołoporodowym, tj. w ciąży i do roku po urodzeniu dziecka oraz ich otoczeniu społecznym; z wyłączeniem kobiet, których ciąża zakończyła się niepowodzeniem położniczym);
3. badania przesiewowe prowadzone wśród grupy docelowej (z wyłączeniem kobiet jak wyżej). Realizacja projektu przyczyni się do osiągnięcia celu szczegółowego PO WER poprzez wdrożenie programu profilaktycznego w zakresie depresji poporodowej, która dotyczy osób w wieku aktywności zawodowej i wpływa negatywnie na zasoby pracy, gdyż odbiorcami projektu są kobiety będące w wieku najwyższej aktywności zawodowej. Wcześniej wykryta depresja poporodowa oraz udzielone w ramach programu wsparcie pozwoli ograniczyć negatywny wpływ tej jednostki chorobowej na zasoby pracy.
Ponadto będzie to projekt wspierający współpracę pomiędzy wysokospecjalistycznym ośrodkiem a lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej w celu przeciwdziałania zjawisku fragmentacji opieki nad pacjentem. Celem projektu jest również promowanie trwałego i wysokiej jakości zatrudnienia poprzez podnoszenie kwalifikacji personelu medycznego dzięki uczestnictwu w szkoleniach prowadzonych w ramach projektu.

Okres realizacji projektu: 01.07.2019 – 30.06.2022 r.

13. Działania promocyjne i marketingowe – akcje profilaktyczne, itd... - w celu ciągłego budowania pozytywnego wizerunku szpitala przyjaznego kobiecie w ciąży, matce oraz dziecku.

Do najważniejszych działań promocyjno - marketingowych będzie należało:

- W zakresie marketingu internetowego: zarządzanie stroną internetową wraz z przygotowywaniem treści komunikatów oraz materiałów graficznych
- W zakresie social media marketing: zarządzanie profilem na Facebooku wraz z przygotowywaniem treści komunikatów oraz materiałów graficznych
- Event marketing - organizacja akcji profilaktycznych, spotkań informacyjnych, wydarzeń wewnętrznych (np. narodziny każdego 100-go noworodka, Dzień Matki, Dzień Dziecka itp.) oraz uczestnictwo w wydarzeniach zewnętrznych organizowanych przez samorządy, organizacje pozarządowe oraz sektor prywatny
- Wprowadzenie idei Honorowego Patronatu PCMD
- Udział PCMD w akcjach społecznych, takich jak: Dziecięce Szpitale Przyszłości, Strefa Rodzica Budimex Dzieciom
- Wprowadzenie (w ramach systemu ISO) nowej ankiety badania satysfakcji pacjentów w ramach leczenia szpitalnego oraz stałe monitorowanie wyników ankiet satysfakcji pacjentów

- Zainicjowanie akcji Zadowolony pacjent (bezpośrednie rozmowy z pacjentami dotyczące ich pobytu w Szpitalu)
- Działania doskonalące organizację udzielania świadczeń medycznych oraz obsługi administracyjnej pacjentów i członków ich rodzin
- Marketing analityczny mający na celu wykorzystywanie informacji o pacjentach w celu zwiększenia ich liczby
- Marketing produktowy mający na celu zwiększenie rozpoznawalności świadczeń medycznych
- Działania związane z identyfikacją wizualną szpitala: Nowy papier firmowy, Produkcja oraz dystrybucją ulotek, ustandaryzowanie tablic oraz tabliczek informacyjnych, współpraca z mediami (redagowanie informacji prasowych, monitoring mediów, organizacja konferencji prasowych)

Część IV. Harmonogram realizacji oraz analiza ryzyka dla celów i zadań przyjętych w „Aktualizacji programu naprawczego”

1. Harmonogram realizacji dla celów i zadań

Harmonogram realizacji celów i zadań przedstawionych w niniejszej aktualizacji programu naprawczego stanowi załącznik nr 1.

2. Analiza ryzyka dla celów i zadań

Mówiąc o ryzyku należy zacząć od definicji ryzyka, która to pociąga za sobą rodzaje ryzyk.

Ryzyko – wskaźnik stanu lub zdarzenia, które może prowadzić do strat. Jest ono proporcjonalne do prawdopodobieństwa wystąpienia tego zdarzenia i do wielkości strat, które może spowodować. Ryzyko jest pojęciem wieloznacznym, trudnym do zdefiniowania. W różnych dziedzinach nauk jest ono różnie interpretowane, dlatego zdaniem niektórych autorów stworzenie jednej uniwersalnej definicji jest niemożliwe.

W mowie potocznej ryzyko oznacza jakąś miarę/ocenę zagrożenia czy niebezpieczeństwa wynikającego albo z prawdopodobnych zdarzeń od nas niezależnych (ryzyko zewnętrzne), albo z możliwych konsekwencji podjęcia decyzji (ryzyko wewnętrzne).

Zatem mówiąc o ryzyku należy rozróżnić jego rodzaje: ryzyko wewnętrzne oraz ryzyko zewnętrzne. Ryzyko wewnętrzne – to właśnie ujęte w ramy konsekwencje podjęcia konkretnej decyzji, czyli czynniki bezpośrednio związane z postawionymi w aktualizacji programu naprawczego działaniami w ramach ustalonych celów. Natomiast ryzyko zewnętrzne to czynniki zewnętrzne, niezależne od nas, o których wiemy i które możemy konkretnie wskazać oraz te zagrożenia, które zmaterializowane stają się ryzykami zewnętrznymi.

Zagrożenia oraz ograniczenia dla osiągnięcia zakładanego efektu aktualizacji programu naprawczego:

1. Aktualnie obowiązujące akty prawne ustawa o działalności leczniczej, sieci szpitali, powodujące konieczność równoległego realizowania kolidujących ze sobą celów:
 - dostosowania się do oczekiwań ustawodawcy
 - funkcji klinicznej wymagającej biznesowego działania szpitala niezbędnego dla skutecznego pozyskiwania przychodów
2. Brak stabilnych i ugruntowanych mechanizmów finansowania w systemie ochrony zdrowia – ograniczenia płynące z ryczałtowego systemu finansowania.
3. Zbyt długie procedury w realizacji ustawy prawo zamówień publicznych
4. Nie rozwiązany problem historycznego zadłużenia, starej infrastruktury i jego negatywny wpływ na bieżącą płynność finansową i zdolność Szpitala do pozyskiwania przychodów,
5. Pasywność zarządcza niektórych kierowników, ordynatorów oddziałów,
6. Krótki horyzont czasowy dla uzyskania wymiernych efektów niezbędnej restrukturyzacji

- jako wynik nawarstwienia się problemów związanych z zadłużeniem Szpitala
7. Konieczność pozyskania zewnętrznych środków na spłatę zadłużenia i odprawy dla zwalnianych Pracowników.
 8. Zwiększone koszty wydatków bieżących PCMD – z uwagi na wzrost bieżącej wartości zawieranych umów z kontrahentami
 9. Brak zabezpieczenia niezbędnych środków finansowych dających gwarancję przeprowadzenia pełnego procesu restrukturyzacji
 10. Negatywna opinia podmiotu tworzącego powodzenia planu naprawczego
 11. Brak akceptacji ze strony Pracowników oraz partnerów społecznych dla procesu proponowanych zmian
 12. Nie wdrożenie głębokich zmian restrukturyzacyjnych i zastąpienie ich działaniami powierzchownymi
 13. Zmiana przepisów prawa, której nie można było przewidzieć na etapie tworzenia planu naprawczego

Ryzyko zewnętrzne

Istotnym elementem – ryzykiem zewnętrznym wpływającym na kondycję szpitali powiatowych jest głównie sytuacja płacowa osób zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W tym zakresie na sytuację finansową podmiotów leczniczych w tym PCMD wpływ ma:

1. Coroczny wzrost wynagrodzenia zasadniczego oraz stawki wynagrodzenia godzinowego w ramach umów cywilnoprawnych o świadczenie usług (pobocznie należy wskazać, że wzrost minimalnego wynagrodzenia ma wpływ na inne koszty podmiotów leczniczych, w tym koszty towarów i usług zewnętrznych),
2. Wejście w życie ustawy z dnia 8 czerwca 2017r. o sposobie ustalania wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.
3. Wprowadzenie do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej regulacji płacowych w odniesieniu do wybranych grup zawodowych (pielęgniarki, ratownicy medyczni) – w przypadku braku przekazywania środków z NFZ na konto Szpitala.
4. Przyjęcie ustawy a dnia 5 lipca 2018r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która wprowadziła m.in. regulacje w zakresie zapewnienia lekarzom minimalnego poziomu wynagrodzenia zasadniczego - – w przypadku braku przekazywania środków z NFZ na konto Szpitala.
5. Realizacja porozumienia Ministra Zdrowia z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, które efektem jest włączenie tzw. „dodatku zembalowego” w kwocie 1600 do podstawy zasadniczego wynagrodzenia tejże grupy zawodowej – w przypadku braku przekazywania środków z NFZ na konto Szpitala.

Niezależnie od faktycznych skutków finansowych jakie poniosą podmioty lecznicze w związku z wprowadzonymi i planowanymi zmianami (nawet przy założeniu ich częściowego sfinansowania ze środków NFZ-tu) sam fakt wprowadzenia regulacji o charakterze płacowym nie sprzyja ani przejrzystości przepisów prawa ani nie ułatwia zarządzania płacami w podmiotach leczniczych. Należy mieć również na względzie, że poza zmianami legislacyjnymi, wpływ na poziom wynagrodzeń w podmiotach leczniczych mają czynniki pozaprawne, w tym niedobór lekarzy oraz pielęgniarek, a także problem starzenia się tej grupy zawodowej, co powoduje zwiększenia konkurencji pomiędzy podmiotami leczniczymi o pozyskanie kadr. Konkurencja ta ma przed wszystkim wymiar płacowy. To z kolei powoduje windowanie wysokości wynagrodzeń. Czynniki te mają również wymiar społeczny, bowiem realizacja przez Ministra Zdrowia postulatów płacowych wybranych grup zawodowych powoduje rozwarstwienia płacowe a w konsekwencji powstawanie konfliktów na tym tle w zakładzie pracy.

Kolejna kwestia to wprowadzone przez Ministra Zdrowia zmiany w Rozporządzeniu z dnia 22 listopada 2013r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie lecznictwa szpitalnego, dotyczących norm zatrudnienia pielęgniarek. Aby spełnić normy na każdym oddziale szpitalnym w PCMD należałoby zatrudnić dodatkowe ponad 30 pielęgniarek. Brak na rynku pracy pielęgniarek i położnych oraz brak środków na pokrycie wynagrodzeń – około 1,5 mln w skali roku (w przypadku PCMD), powoduje, iż szpitale likwidują łóżka, aby dostosować się do wymagań przepisów. W PCMD zostało zlikwidowanych 21 łóżek.

Analiza ryzyk zewnętrznych

Ip	Zidentyfikowane ryzyko	Analiza (punktowa) ryzyka*		
		Wpływ (skutek)	Prawdopodobieństwo	Istotność
1	Coroczny wzrost wynagrodzenia zasadniczego oraz stawki wynagrodzenia godzinowego	4	3	12
2	Ustawa z dnia 8 czerwca 2017r. o sposobie ustalania wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych	4	3	12
3	Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej regulacji płacowych w odniesieniu do wybranych grup zawodowych (pielęgniarki, ratownicy medyczni) – w przypadku braku przekazywania środków z NFZ na konto Szpitala.	4	4	16
4	Ustawa z dnia 5 lipca 2018r. o zmianie ustawy o świadczeniach	4	4	16

	opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, która wprowadziła m.in. regulacje w zakresie zapewnienia lekarzom minimalnego poziomu wynagrodzenia zasadniczego			
5	Realizacja porozumienia Ministra Zdrowia z Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, które efektem jest włączenie tzw. „dodatku zembalowego” w kwocie 1600 do podstawy zasadniczego wynagrodzenia tejże grupy zawodowej – w przypadku braku przekazywania środków z NFZ na konto Szpitala.	4	4	16

Tabela nr 28. Analiza ryzyk zewnętrznych

* Wyjaśnienie do analizy punktowej ryzyka (zewnętrznego i wewnętrznego)

I - Zasady oceny wpływu ryzyka

Wpływ	Odpowiednik punktowy	Przesłanki
Wysoki	4	Brak realizacji celu i związanych z nim zadań, poważne konsekwencje prawne, naruszenie bezpieczeństwa działalności, wysokie straty finansowe, utrata dobrego wizerunku jednostki
Poważny	3	Poważny wpływ na realizację zadania, w tym poważne zagrożenie terminu jego realizacji, jak i osiągnięcie celu, poważne konsekwencje prawne, zagrożenie bezpieczeństwa działalności, poważne straty finansowe, poważny wpływ na wizerunek jednostki
Średni	2	Średni wpływ na realizację celów i zadań, bez skutków prawnych lub umiarkowane konsekwencje prawne, średni skutek finansowy, brak wpływu na bezpieczeństwo działalności, niewielki wpływ na wizerunek jednostki
Nieznaczny	1	Znikomy wpływ na realizację zadań i celów, bez skutków prawnych, nieznaczny wpływ na wynik finansowy, brak wpływu na bezpieczeństwo, brak wpływu na wizerunek jednostki

Tabela nr 29. Zasady oceny wpływu ryzyka

II – Zasady oceny stopnia prawdopodobieństwa zrealizowania się ryzyka

Prawdopodobieństwo	Odpowiednik punktowy	Przesłanki
Prawie pewne	4	Zdarzenie takie nastąpi, będzie występować regularnie i dotyczyć będzie prawie wszystkich zadań
Duże	3	Wystąpienie takiego zdarzenia jest bardzo prawdopodobne i dotyczy większości zadań

Średnie	2	Wystąpienie takiego zdarzenia jest średnio możliwe i dotyczy nielicznych zadań
Bardzo rzadkie	1	Zdarzenie może zaistnieć jedynie w wyjątkowych okolicznościach, najprawdopodobniej w ogóle nie wystąpi i dotyczy jednostkowych zadań

Tabela nr 30. Zasady oceny stopnia prawdopodobieństwa zrealizowania się ryzyka

III – Zasady oceny istotności ryzyka

Istotność	Skala punktowa (skutek x prawdopodobieństwo)	Charakter ryzyka	Rodzaj zagrożenia
Istotne	10-16	Ryzyko mające istotny wpływ na działalność jednostki	Zagrożenie nieakceptowalne
Średnio istotne	5-9	Ryzyko mające umiarkowany wpływ na działalność jednostki	Zagrożenie akceptowalne
Nieistotne	1-4	Ryzyko mające nieznaczny wpływ na działalność jednostki	Zagrożenie akceptowalne

Tabela nr 31. Zasady oceny istotności ryzyka

Analiza ryzyk wewnętrznych



Analiza ryzyka dla celu nr 1

L. P.	Nazwa celu	Działanie (zadanie)	Zidentyfikowane ryzyko	Obecne mechanizmy kontroli ryzyka	Planowane czynności zaradcze	Analiza (punktowa) ryzyka*		
						Wpływ (skutek) - I	Prawdopodo bieństwo - II	Istotność - III
1	Zwiększenie przychodów	1. Wejście w skoordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży (KOC)	Brak przekonania części kadry medycznej do realizacji działania	Opracowanie profesjonalnej ścieżki kierowania pacjentek we współpracy z kadrą medyczną	Nawiązanie współpracy z jednostkami (szpitalami), które realizują z sukcesem KOC	3	4	12
		2. Zwiększenie operatywności onkologicznej w ramach pakietu onkologicznego	Brak możliwości pozyskania pacjentek do dużych operacji onkologicznych (odpływ pacjentek do dużych centrów onkologicznych)	Biejący monitoring wszystkich pacjentek przyjmowanych w poradniach „K” oraz hospitalizowanych na oddziale ginekologicznym	Zorganizowanie profesjonalnej opieki onkologicznej (onkologa – ginekologa) w PCMD (operacje przeprowadzane przez ginekologów-onkologów)	4	3	12
		3. Rozwój operatywności ginekologicznej o niewykonywane dotychczas w PCMD operacje i zabiegi - oparte w głównej mierze na nowoczesnych technologiach laparoskopowych	Brak odpowiednich narzędzi (nowoczesnego laparoskopu) uniemożliwiającego bezinwazyjne wykonywanie zabiegów	Analizowanie możliwości zdobycia nowoczesnego sprzętu (zakup, wynajem, dzierżawa, leasing) oraz możliwości pozyskania finansowania na niniejszy zakup	Wynajem na zasadzie wydzierżawienia (leasingu) nowoczesnego laparoskopu – jako alternatywa w przypadku braku środków na zakup	3	3	9
		4. Rozszerzenie oferty dla kobiet w poradni „K” o choroby piersi - utworzenie poradni położniczo-	Brak niezbędnej kadry medycznej oraz narzędzi do	Wdrożenie niezbędnych czynności w celu	Wynajem na zasadzie wydzierżawienia	3	3	9

ginekologicznej i chorób piersi w celu wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób piersi, badania mammograficzne	diagnostyki chorób piersi (mammograf)	nabycia mammografu oraz zorganizowania odpowiedniej kadry medycznej – chirurg onkolog)	(leasingu) nowoczesnego laparoskopu – jako alternatywa w przypadku braku środków na zakup oraz wykorzystanie posiadanych zasobów kadrowych (chirurg onkolog)	3	3	3	9		
5. Rozwój oddziału dziecięcego: - rozszerzenie działalności oddziału poprzez stworzenie pododdziału alergologii - wejście w procedurę badań klinicznych - wystąpienie o miejsca akredytacyjne (rezydenci)	Brak możliwości hospitalizowania pacjentów typowo alergologicznych, brak oferty dla PCMD w zakresie możliwości realizowania badań klinicznych oraz brak odpowiedniej kadry	Bieżący monitoring w zakresie realizacji kontraktu, wymagań w zakresie badań klinicznych oraz w zakresie wpisania na listę szpitali mających miejsca rezydenckie	Rozszerzenie oddziału o kilka sal (pododdział alergologiczny), spełnienie wymagań formalnych w zakresie możliwości realizowania badań klinicznych, spełnienie wymagań w zakresie prowadzenia rezydentur	3	3	3	9		
6. Utworzenie dziennego ośrodka rehabilitacji dziecięcej – dopełnienie kompleksowej opieki nad matką i dzieckiem, wyjście naprzeciw potrzebom społecznym	Brak możliwości zakontraktowania świadczeń – brak konkursu ogłaszanego przez NFZ	Przygotowanie się od strony formalnej oraz merytorycznej do zakontraktowania świadczeń w w/w zakresie	Rozważenie alternatywnych form prowadzenia dziennego ośrodka rehabilitacji dziecięcej	3	3	3	9		

Analiza ryzyka dla celu nr 2

L. P.	Nazwa celu	Działanie (zadanie)	Zidentyfikowane ryzyko	Obecne mechanizmy kontroli ryzyka	Planowane czynności zaradcze	Analiza (punktowa) ryzyka*		
						Wpływ (skutek) - I	Prawdopodobieństwo - II	Istotność - III
1	Podniesienie efektywności	<p>1. Zwiększenie efektywności działalności poszczególnych poradni specjalistycznych (AOS) oraz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) poprzez:</p> <ul style="list-style-type: none"> - optymalizację zlecanych badań diagnostyczno-laboratoryjnych - dostosowanie zasobów kadrowych do wielkości posiadanego kontraktu (w przypadku AOS) oraz wielkości populacji zadeklarowanej do danego POZ-tu. - wejście w program akredytacji w zakresie medycyny rodzinnej (POZ) 	<p>Brak kontroli nad kosztami – brak odpowiedzialności za koszty poszczególnych kierowników komórek</p>	<p>Wyznaczenie zasad zlecania i przeprowadzania badań i stała kontrola nad w/w czynnościami</p>	<p>Przypisanie odpowiedzialności za koszty w poszczególnych komórkach - poradniach AOS oraz przychodniach POZ Kierownikom tychże komórek</p>	3	3	9
		<p>2 Wzrost przychodów tzw. dodatkowych (poza NFZ):</p> <ul style="list-style-type: none"> - pozyskiwanie nowych firm/zakładów w zakresie prowadzenia badań wstępnych i okresowych pracowników – rozwój medycyny pracy - zwiększenie wartości umów na diagnostykę analityczną, RTG oraz 	<p>Brak odpowiedniej (konkurencyjnej) oferty dla firm, brak sprzętu (mammograf, głowica USG do badań prenatalnych) oraz brak kadry do realizacji programów profilaktycznych</p>	<p>Ciągła weryfikacja cennika usług</p>	<p>Wprowadzenie do oferty PCMD odpowiednich badań (medycyna pracy, mammografia, badania prenatalne) konkurencyjnych</p>	3	3	9

						do ofert obecnych podmiotów			
		<p>USG poprzez pozyskanie nowych klientów (inne ZOZ, placówki prywatne, zakłady pracy, instytucje publiczne)</p> <p>- wprowadzenie nowych badań do oferty szpitala w zakresie badań USG dla kobiet ciężarnych – badania prenatalne oraz 3 i 4D</p> <p>- wprowadzenie badań mammograficznych do oferty pracowni diagnostycznej – wykrywanie chorób piersi</p> <p>- przystępowanie do programów profilaktycznych – jako szansa na zdobycie środków</p> <p>unijnych/ministerialnych oraz środków od samorządów gminnych</p>							

Analiza ryzyka dla celu nr 3

L. P.	Nazwa celu	Działanie (zadanie)	Zidentyfikowane ryzyko	Obecne mechanizmy kontroli ryzyka	Planowane czynności zaradcze	Analiza (punktowa) ryzyka*		
						Wpływ (skutek) - I	Prawdopodo bieństwo - II	Istotność - III
1	Optymalizacja kosztów	1. Optymalizacja zasobów kadrowych (pion administracyjny) – dostosowanie działalności administracyjnej do obecnej struktury świadczeń medycznych	Opór społeczności pracowniczej (związki zawodowe) przed zaproponowanymi zmianami	Bieżąca weryfikacja zakresu kompetencji komórek pionu administracyjnego	Rozważenie alternatywnych możliwości zapewnienia niektórych usług	3	3	9

Analiza ryzyka dla celu nr 4

L. P.	Nazwa celu	Działanie (zadanie)	Zidentyfikowane ryzyko	Obecne mechanizmy kontroli ryzyka	Planowane czynności zaradcze	Analiza (punktowa) ryzyka*		
						Wpływ (skutek) - I	Prawdopodo bierstwo - II	Istotność - III
1	Podniesienie jakości	<p>1. ISO – odnowienie certyfikatu ISO 9001:2015 - 10 w zakresie leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnego - warunek utrzymania bądź przedłużania umów kontraktowych</p> <p>2. Stałe podnoszenie jakości świadczonych usług poprzez: przystępowanie do konkursów w zakresie pozyskiwania środków unijnych, ministerialnych oraz rządowych</p> <p>3. Działania promocyjne i marketingowe – akcje profilaktyczne, itd... - w celu ciągłego budowania pozytywnego wizerunku szpitala przyjaznego kobiecie w ciąży, matce oraz dziecku</p>	<p>Nie otrzymanie certyfikatu ISO 9001:2015 - 10 na kolejny okres – nie wywiązanie się z warunków umów z NFZ</p> <p>Brak możliwości aplikowania o środki zewnętrzne (brak dedykowanych dla PCMD projektów)</p> <p>Brak środków na aktywny marketing oraz promocję</p>	<p>Bieżący monitoring spełnienia wymogów w zakresie realizacji procedur zarządzania jakością (standardy ISO 9001:2015 – 10)</p> <p>Stale monitorowanie ogłaszanych konkursów w zakresie programów dedykowanych dla szpitali</p> <p>Bieżący monitoring wszelkich bezkosztowych form promocji PCMD</p>	<p>Pozytywne przejście auditu i odnowienie certyfikatu ISO 9001:2015 - 10</p> <p>Poszukiwanie alternatywnych do środków unijnych możliwości pozyskiwania środków zewnętrznych na rozwój i dosprzętowanie PCMD</p> <p>Wykorzystanie wszelkich bezkosztowych form promocji PCMD</p>	4	4	16
						3	3	9
						3	3	9

Tabela nr 32. Analiza ryzyka wewnętrznego przyjętych działań w oparciu o cele 1, 2, 3 oraz 4

Część V. Prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej na lata 2020 - 2020 po wdrożeniu założonych działań restrukturyzacyjnych

1. Plan finansowy na rok 2020 po wdrożonych działaniach naprawczych

Przychody	Plan 2020	Koszty	Plan 2020
<i>Sprzedaż usług NFZ</i>	28 038 000,00	<i>Wynagrodzenia osobowe</i>	17 723 000,00
<i>Sprzedaż usług uczniowie</i>	71 000,00	<i>Wynagrodzenia bezosobowe</i>	559 000,00
<i>Poradnia badań profilaktycznych</i>	850 000,00	<i>Razem wynagrodzenia</i>	18 282 000,00
<i>Sprzedaż pozostałych usług medycznych</i>	300 000,00	<i>Składki ZUS ,FP, FEP</i>	3 230 000,00
<i>Razem sprzedaż usług zdrowotnych</i>	29 259 000,00	<i>Pozostałe świadczenia na rzecz pracowników</i>	450 000,00
<i>Razem sprzedaż pozostałych usług</i>	94 000,00	<i>Razem koszty pracy</i>	21 962 000,00
<i>Sprzedaż usług</i>	29 353 000,00	<i>Koszty zużycia materiałów i energii</i>	2 976 000,00
		<i>Koszty usług obcych</i>	10 568 000,00
		<i>Podatki i opłaty</i>	64 000,00
		<i>Pozostałe koszty działalności podstawowej</i>	257 000,00
		<i>Amortyzacja</i>	760 000,00
<i>Pozostałe przychody operacyjne</i>	5 040 000,00	<i>Pozostałe koszty operacyjne</i>	250 000,00
<i>Pozostałe przychody finansowe</i>	2 900,00	<i>Koszty finansowe</i>	1 026 000,00
OGÓŁEM PRZYCHODY	34 395 900,00	OGÓŁEM KOSZTY	37 863 000,00
<i>Wynik finansowy</i>	-3 467 100,00		

Tabela nr 33. Plan finansowy na rok 2020

2. Analiza sytuacji ekonomiczno - finansowej w perspektywie lat 2020 – 2022

Prognozowany rachunek zysków i strat

KOD	Wyszczególnienie	2 018	2 019	2 020	2 021	2 022
A.	Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	29 922 186	29 031 807	29 353 000	33 534 900	35 208 000
-	od jednostek powiązanych	0	0	0	0	0
A.I.	Przychody netto ze sprzedaży produktów	29 922 186	29 031 807	29 353 000	33 534 900	35 208 000
A.I.1.	sprzedanych NFZ	28 864 333	27 940 637	28 038 000	32 064 900	33 668 000
A.I.2.	sprzedanych Ministerstwu Zdrowia	71 962	58 125	0	50 000	50 000
A.I.3.	sprzedanych pracodawcom	198 212	199 145	300 000	320 000	340 000
A.I.4.	pozostałych	787 679	833 900	1 015 000	1 100 000	1 150 000
B.	Koszty działalności operacyjnej	37 153 817	38 894 955	36 587 000	35 623 000	36 676 200
B.I.	Amortyzacja	615 809	791 998	760 000	750 000	750 000
B.II.	Zużycie materiałów i energii	3 037 907	2 750 967	2 976 000	2 261 000	2 297 000
B.II.1.	Materiałów	2 708 949	2 442 746	2 641 000	1 920 000	1 950 000
B.II.1.a.	- leków	758 742	570 635	1 253 000	764 000	775 000
B.II.1.b.	- żywności	0	0	0	0	0
B.II.1.c.	- sprzętu jednorazowego	531 913	575 500	395 000	400 000	406 000
B.II.1.d.	- odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych	441 539	425 536	265 000	16 000	17 000
B.II.1.e.	- paliwa (gaz)	136 662	138 857	53 000	55 000	57 000
B.II.1.f.	- pozostałe	840 092	732 218	675 000	685 000	695 000
B.II.2.	Energii	328 958	308 221	335 000	341 000	347 000
B.II.2.a	- elektrycznej	206 606	191 952	205 000	209 000	213 000
B.II.2.b.	- ciepłej	122 352	116 269	130 000	132 000	134 000
B.III.	Usługi obce	9 656 434	10 779 289	10 568 000	9 520 000	10 314 000
B.III.1.	remontowe	101 153	32 312	50 000	60 000	80 000
B.III.2.	transportowe	300 196	235 187	225 000	235 000	240 000
B.III.3.	medyczne obce (umowy cywilno-prawne, prace wykonane przez laboratoria itp.)	5 961 245	8 536 283	6 820 000	5 925 000	6 994 000
B.III.4.	pozostałe usługi	3 293 840	1 975 507	3 473 000	3 300 000	3 000 000
B.IV.	Podatki i opłaty	56 128	61 590	64 000	65 000	65 000
B.V.	Wynagrodzenia	19 676 643	20 291 220	18 282 000	18 826 300	19 008 200
B.V.1.	wynagrodzenia ze stosunku pracy	18 578 881	18 979 044	17 723 000	18 261 300	18 443 200

B.V.2.	wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło	1 097 762	1 312 176	559 000	565 000	565 000
B.V.3.	wynagrodzenia pozostałe	0	0	0	0	0
B.VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	3 885 784	3 986 171	3 680 000	3 970 000	4 009 000
	- składki na ubezpieczenia społeczne	3 011 498	3 130 548	3 065 800	3 293 000	3 260 500
	- składki na fundusz pracy	275 086	276 006	270 000	300 000	302 000
	- składki na Fundusz Emerytur Pomostowych	27 549	25 652	27 785	28 000	28 600
B.VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	225 112	233 720	257 000	230 700	233 000
	- w tym podróże służbowe	28 503	33 384	33 000	20 000	25 000
B.VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0	0	0	0	0
C.	Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	-7 231 630	-9 863 148	-7 234 000	-2 088 100	-1 468 200
D.	Pozostałe przychody operacyjne	997 576	1 030 200	5 040 000	1 820 000	1 860 000
D.I.	Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0
D.II.	Dotacje, w tym:	268 041	41 024	4 530 000	1 200 000	1 300 000
	- dotacje z budżetu państwa	0	0	0	0	0
	- dotacje z jednostek samorządu terytorialnego	184 140	0	380 000	1 200 000	1 300 000
D.III.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0
D.IV.	Inne przychody operacyjne, w tym:	729 535	989 176	510 000	620 000	560 000
	- bezzwrotne środki zagraniczne	0	0	0	0	0
	- równowartość rocznych odpisów amortyzacyjnych środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych sfinansowanych z dotacji celowych	158 721	395 771	390 000	400 000	410 000
E.	Pozostałe koszty operacyjne	242 039	243 131	250 000	125 000	125 000
E.III.	Inne koszty operacyjne	242 039	243 131	250 000	125 000	125 000
F.	Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	-6 476 093	-9 076 079	-2 444 000	-393 100	266 800
G.	Przychody finansowe	5 744	5 573	2 900	6 000	6 100
G.I.	Dywidendy i udziały w zyskach, w tym:	0	0	0	0	0
G.II.	Odsetki	5 744	5 573	2 900	6 000	6 100
H.	Koszty finansowe	516 454	780 002	1 026 000	800 000	700 000
H.I.	Odsetki, w tym:	398 104	532 283	1 026 000	800 000	700 000
H.III.	Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0
H.IV.	Inne	118 350	247 719	0	0	0
I.	Zysk (strata) brutto (F+G-H)	-6 986 803	-9 850 508	-3 467 100	-1 187 100	-427 100
J.	Podatek dochodowy	0	0	0	0	0

K.	Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)	0	0	0	0	0
L.	Zysk (strata) netto (I-J-K)	-6 986 803	-9 850 508	-3 467 100	-1 187 100	-427 100

Tabela nr 34. Rachunek zysków i strat na lata 2019-2022

Tabela podsumowująca wyniki oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej – prognoza na lata 2020-2022

Grupa	Wskaźniki	2020		2021		2022	
		Wskaźnik	Ilość punktów	Wskaźnik	Ilość punktów	Wskaźnik	Ilość punktów
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-10,08%	0	-3,36%	0	-1,15%	0
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-7,11%	0	-1,11%	0	0,72%	3
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-38,20%	0	-11,72%	0	-4,47%	0
	Razem		0		0		3
II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	Wskaźnik bieżącej płynności	0,39	0	0,53	0	0,48	0
	Wskaźnik szybkiej płynności	0,36	0	0,50	8	0,45	0
	Razem		0		8		0
III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	26	3	30	3	29	3
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	16	7	12	7	11	7
	Razem		10		10		10
IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	210%	0	173%	0	186%	0
	Wskaźnik wypłacalności	-1,80	0	-2,19	0	-2,00	0
	Razem		0		0		0
Łączna wartość punktów			10		18		13

Tabela nr 35. Analiza wskaźnikowa – lata 2020-2022