UCHWAŁA Nr 384/2012
ZARZĄDU POWIATU INOWROCŁAWSKIEGO
z dnia 5 grudnia 2012 r.

w sprawie przyjęcia informacji o Programie działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu ze skutkiem w roku 2013 i latach następnych.

Na podstawie art. 121 ust. 1, ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.[1]) oraz art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.[2]) uchwala się, co następuje:

§ 1. Przyjąć informację o Programie działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu ze skutkiem w roku 2013 i latach następnych.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierzyć Staroście Inowrocławskiemu.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA

WICESTAROSTA
Włodzimierz Figas

CZŁONEK ZARZĄDU
Mirosława Kucol

Członek Zarządu

Członek Zarządu
Franciszek Zak

[1] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742.

[2] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1688 i Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. Nr 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 102, poz. 1055 i Nr 167, poz. 1759, z 2007 r. Nr 173, poz. 1218, z 2008 r. Nr 180, poz. 1111 i Nr 223, poz.1458, z 2009 r. Nr 92, poz. 753 i Nr 157, poz. 1241, z 2010 r. Nr 28, poz. 142 i 146, Nr 40, poz. 230 i Nr 106, poz. 675 oraz z 2011 r. Nr 21, poz. 113, Nr 149, poz. 887 i Nr 217, poz. 1281.

05.12.2012 Radca Prawny
Ewa Muszyńska
Bd-1114

UZASADNIENIE DO UCHWAŁY Nr 384/2012
ZARZĄDU POWIATU INOWROCŁAWSKIEGO
z dnia 5 grudnia 2012 r.

w sprawie przyjęcia informacji o Programie działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu ze skutkiem w roku 2013 i latach następnych.

Podjęcie przedmiotowej uchwały uzasadniają następujące okoliczności faktyczne.

Dyrektor PS ZOZ w Inowrocławiu 5 grudnia 2012 r. przedłożył wniosek o przyjęcie informacji o Programie działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu ze skutkiem w roku 2013 i latach następnych.

Podstawę prawną podjęcia przedmiotowej uchwały stanowi art. 121 ust. 1, ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) oraz art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.).

Z przywołanych przepisów wynika w szczególności, że nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący. Ponadto w ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego, o którym mowa wyżej.

STAROSTA
Tadeusz Majewski

Załącznik do uchwały Nr 384/2012
Zarządu Powiatu Inowrocławskiego
z dnia 5 grudnia 2012 r.

Informacja
o Programie działań zmierzających do racjonalizacji kosztów
Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu
ze skutkiem w roku 2013 i latach następnych

Program działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu ze skutkiem w roku 2013 i latach następnych z 15 listopada 2012 roku – zwany dalej Programem - wraz z załącznikiem pn. **Prognoza przychodów i kosztów PSZOZ w Inowrocławiu na 2013 rok** z 15 listopada 2012 roku, w brzmieniu określonym w samodzielnym dokumencie dołączonym do niniejszej informacji, stanowi kolejne opracowanie kierunków działań Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu, podejmowanych w celu racjonalizacji kosztów działalności tego Zakładu, ściśle powiązane z opracowaniem stanowiącym **Program działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu** z 30 czerwca 2012 roku, przyjęty przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego uchwałą Nr 309/2012 z dnia 18 lipca 2012 roku w sprawie przyjęcia informacji dotyczącej działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu oraz zmian w planie finansowym tego Zakładu na 2012 rok.

Program działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu z 30 czerwca 2012 roku, przyjęty przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego 18 lipca 2012 roku, został wdrożony w Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu zarządzeniem Nr 13/2012 Dyrektora tego Zakładu z dnia 1 sierpnia 2012 roku w sprawie wprowadzenia programu działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu. Z uwagi na główny cel wyżej wymienionego programu: *„Zatrzymanie wzrastającego zadłużenia w bieżącej działalności 2012 roku wraz z perspektywą na okres następnego roku oraz zrównoważony budżet Zakładu w 2013 roku i latach następnych. Wprowadzenie odpowiednich procedur i narzędzi prawnych koniecznych do osiągnięcia celu.”*, oraz to, że możliwości oszczędności, wynikające z tego programu w szczególności w obszarach: zużycie materiałów, usługi obce, podatki, amortyzacja i pozostałe koszty, w 2012 roku zostały wyczerpane, a **Prognoza przychodów i kosztów PSZOZ w Inowrocławiu na 2013 rok** (w części: *wstępny plan finansowy na 2013 rok*), opracowana na podstawie wykonania przychodów i kosztów za 9 miesięcy 2012 roku oraz przewidywanych wskaźników makroekonomicznych, wskazuje, iż:

1) poziom przychodów w 2013 roku w porównaniu do roku 2012 nie ulegnie zasadniczej zmianie; wzrost przychodów możliwy jest o 3 497,8 tys. zł i w zakresie działalności podstawowej w zasadzie jedynie ze sprzedaży usług z zakresu kardiologii inwazyjnej (o 2-3%);
2) poziom kosztów w porównaniu do roku 2012 będzie wyższy o 4 503,9 tys. zł;
3) powyższe skutkuje ujemnym wynikiem finansowym na koniec 2013 roku, na poziomie 2 868,5 tys. zł (brutto), tj. w porównaniu do planu finansowego na 2012 rok, znowelizowanego 30 czerwca 2012 roku, stratą wyższą o 1 006,1 tys. zł,

w celu zrównoważenia budżetu w 2013 roku i latach następnych, działania zmierzające do racjonalizacji kosztów należy kontynuować poszukując oszczędności również w innych obszarach.

W celu poprawy wyniku finansowego i uzyskania skutku finansowego na koniec 2013 roku, założonego w **Prognozie przychodów i kosztów PSZOZ w Inowrocławiu na 2013 rok** (w części: *wstępny plan finansowy na 2013 rok po wprowadzeniu oszczędności*), ograniczenie kosztów musi dotyczyć przede wszystkim obszaru zatrudnienia – wynagrodzeń i świadczeń na rzecz pracownika oraz usług obcych, głównie kontraktów na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne (w tym, w szczególności, kontraktów lekarskich), a także struktury organizacyjnej. Opis ustalonych kierunków działań w tym zakresie przedstawia Program. **Ze względu na rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych w podmiocie leczniczym, szczególną uwagę należy zwrócić na działania skutkujące zmianą zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych w Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu**, tj. **na działania mające na celu ograniczenie działalności tego Zakładu, polegające na likwidacji z dniem 1 marca 2013 roku Oddziału Rehabilitacyjnego i zaprzestaniu działalności leczniczej całkowicie, w zakresie tej komórki organizacyjnej.** Uzasadnienie decyzji w sprawie likwidacji Oddziału Rehabilitacyjnego przedstawione zostaje poniżej.

W latach 2009-2010 kontrakt zawarty z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy – dalej NFZ – na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach stacjonarnych w Oddziale Rehabilitacyjnym (30 łóżek) obejmował rehabilitację ogólnoustrojową i wczesną rehabilitację neurologiczną. Wartość kontraktu wynosiła w 2009 roku 1.343,0 tys. zł, w 2010 roku 1.298,3 tys. zł. Od 2011 roku NFZ nie kontraktuje w wyżej wymienionym Oddziale świadczeń wczesnej rehabilitacji neurologicznej (świadczenia te są obligatoryjnie realizowane w ramach Oddziału Udarowego), a finansowanie świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej kształtuje się na poziomie: w 2011 roku 1.101,3 tys. zł, w 2012 roku 1.210,7 tys. zł. Na podstawie aktualnej oferty NFZ przewiduje się, iż finansowanie kontraktu na rok 2013 będzie porównywalne do roku 2012. W rehabilitacji leczniczej stosuje się rozliczenie przez cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej. Jednostką rozliczeniową jest punkt. Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym. Sposobem rozliczania świadczeń jest zapłata za punkt. Istotne jest, że cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punktu) od 2011 roku wynosi 1, 05 zł za 1 punkt i dotychczas pozostaje na tym samym poziomie. Wcześniej, tj. w latach 2009-2010 cena za świadczenia rehabilitacji ogólnoustrojowej wynosiła 1, 32 zł za 1 punkt, a za świadczenia wczesnej rehabilitacji neurologicznej 0, 95 zł za 1 punkt.

Koszty Oddziału Rehabilitacyjnego w latach 2009-2012 oraz szacowane na rok 2013, kształtują się w granicach 1.600,0 tys. zł.

W takiej sytuacji, jak wskazano powyżej, wynik finansowy to strata, która ulega pogorszeniu w kolejnych latach - w 2009 roku strata 227, 5 tys. zł, w 2010 roku strata 318, 3 tys. zł, w 2011 roku strata 538,9 tys. zł, w 2012 roku przewidywana strata 433,5 tys. zł (w roku 2013 podobnie jak w roku 2012).

Rehabilitacja medyczna to bardzo potrzebna usługa na polskim rynku, jednakże mimo wielu zalet dla pacjentów (m.in. brak skutków ubocznych w odróżnieniu od leczenia farmakologicznego) i państwa (ograniczenie liczby niepełnosprawnych i wydatków na leczenie) nie jest ona zbyt doceniania przez decydentów ochrony zdrowia i publicznego płatnika. Zagrożeniem dla płynności finansowej „zakładów rehabilitacji" jest niedoszacowanie świadczeń przez publicznego płatnika (ceny poniżej rzeczywistych kosztów), oraz zmniejszanie ich liczby, pomimo wzrastającego na nie popytu.

Zamiar reorganizacji Oddziału Rehabilitacyjnego w oparciu o wewnątrzzakładową koncepcję zmian w strukturze organizacyjnej Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu z dnia 16 maja 2012 roku, zakładającą (m.in.), że Oddział będzie podzielony na odcinki funkcjonujące od 1 września 2012 roku przy innych Oddziałach (6 łóżek przy Oddziale Chirurgii Urazowej i Ortopedii, 6 łóżek przy Oddziale Opieki Paliatywnej, 4 łóżka przy Oddziale Neurologicznym, 10 łóżek przy Oddziale Kardiologicznym), został odrzucony, ponieważ Oddział Rehabilitacyjny jest oddziałem szpitalnym i podlega obowiązkowi spełnienia wymagań określonych w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Poz. 739) i aktualnych zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w ogólnych warunkach umów oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145, z późn. zm.).

Mając na uwadze powyższe, zakłada się likwidację Oddziału Rehabilitacyjnego, z dniem 1 marca 2013 roku, oraz zaprzestanie działalności leczniczej całkowicie, w zakresie tej komórki organizacyjnej, tj. w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa realizowana w warunkach stacjonarnych, w wyodrębnionym oddziale szpitalnym o jednym profilu: rehabilitacja medyczna.

Zakłada się, iż likwidacja Oddziału Rehabilitacyjnego będzie skutkować:

1) zmniejszeniem zatrudnienia, co niżej wskazano:
- na 13 pielęgniarek ogółem 11 podlega zwolnieniu, 1 osoba przechodzi na emeryturę, a 1 osoba do pracy w innym oddziale,
- zwolnieniu podlega 1 sekretarka, 1 salowa gospodarcza, 1 noszowy,
- zwolnieniu podlega 1 technik fizjoterapii/lub masażysta oraz 1 technik fizjoterapii otrzymuje wypowiedzenie kontraktu, 1 technik/lub masażysta przechodzi do pracy w innym oddziale, z 1 technikiem następuje wygaśnięcie stosunku pracy/umowa zawarta na czas określony,
- lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji leczniczej przechodzi do pracy w poradni rehabilitacyjnej;

2) zwiększeniem – za zgodą NFZ – ilości świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, obejmujących fizjoterapię ambulatoryjną, **w ramach posiadanej umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza**, w tym w ramach przesunięcia

środków finansowych na ten cel, dotychczas przewidzianych dla likwidowanego Oddziału, co pozwoli na poprawę dostępności do świadczeń w tym samym rodzaju, tylko realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w ogólnych warunkach umów oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145, z późn. zm.); negocjacje w sprawie zmiany przedmiotowej umowy są w toku;

3) przeniesieniem Oddziału Chirurgii Urazowej i Ortopedii w miejsce zwolnione przez Oddział Rehabilitacyjny;
4) wykorzystaniem zwolnionego przez Oddział Chirurgii Urazowej i Ortopedii miejsca na działalność Oddziałów Kardiologicznego i Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz rozwój pracowni w dziedzinie kardiologii inwazyjnej (procedury hemodynamiczne, wszczepianie stymulatorów) i elektrofizjologicznych; obecnie wyżej wymienione Oddziały posiadają łącznie 38 łóżek, po uzyskaniu dodatkowych pomieszczeń planowany jest wzrost łóżek kardiologicznych od 15 do 20.

Składniki mienia likwidowanego Oddziału Rehabilitacyjnego zostaną wykorzystane w działalności innych komórek organizacyjnych Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu, w szczególności innych oddziałów szpitalnych i pracowni rehabilitacji.

W Publicznym Specjalistycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu poza Oddziałem Rehabilitacyjnym (komórką organizacyjną jednostki organizacyjnej: Szpital, prowadzącej działalność w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, w ramach wyodrębnionego w Statucie przedsiębiorstwa: Szpital Powiatowy im. dr. Ludwika Błażka), funkcjonuje:

1) Poradnia Rehabilitacyjna (komórka organizacyjna jednostki organizacyjnej: Przychodnia Specjalistyczna, prowadzącej działalność w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w ramach wyodrębnionego w Statucie przedsiębiorstwa: Przychodnia Przyszpitalna);
2) Pracownia Rehabilitacji/*dział fizjoterapii: fizykoterapii, kinezyterapii, masażu* (komórka organizacyjna jednostki organizacyjnej: Pracownie Rehabilitacji, prowadzącej działalność w rodzaju: ambulatoryjne świadczenia zdrowotne, w ramach wyodrębnionego w Statucie przedsiębiorstwa: Zakład Rehabilitacji Leczniczej.

Pracownia Rehabilitacji poza udzielaniem świadczeń w warunkach ambulatoryjnych, obejmujących fizjoterapię, zapewnia również rehabilitację leczniczą pacjentom hospitalizowanym w oddziałach szpitalnych. Ponadto wykwalifikowani pracownicy w dziedzinie rehabilitacji medycznej/fizjoterapii/neurologopedii zatrudnieni są w Oddziałach (komórkach organizacyjnych jednostki organizacyjnej: Szpital, prowadzącej działalność w rodzaju: stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne): Udarowym, Neurologicznym, Kardiologicznym, Chirurgii Urazowej i Ortopedii. W tym miejscu należy

wskazać, iż w Oddziale Udarowym, spośród 18 łóżek ogółem 14 łóżek to łóżka wczesnej rehabilitacji neurologicznej. Oddział Neurologiczny oraz Odział Udarowy posiada oprócz profilu podstawowego również profil: rehabilitacja lecznicza, wpisany w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonym przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego, i udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie: rehabilitacja ogólnoustrojowa realizowana w warunkach stacjonarnych.

Likwidacja Oddziału Rehabilitacyjnego oraz zaprzestanie działalności leczniczej w zakresie tej komórki organizacyjnej nastąpi w drodze zmiany regulaminu organizacyjnego (zarządzenie Dyrektora Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu).

Likwidacja Oddziału Rehabilitacyjnego oraz zaprzestanie działalności leczniczej w zakresie tej komórki organizacyjnej nie wymaga wprowadzenia zmian w statucie. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) – dalej u.dz.l. – w art. 42 stanowi, iż statut określa ustrój i zasady funkcjonowania podmiotu leczniczego – a więc nie przedsiębiorstwa tego podmiotu. Zgodnie z art. 42 ust. 2 u.dz.l. w statucie określa się:

1) nazwę podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych;
2) siedzibę podmiotu;
3) cele i zadania podmiotu;
4) organy i strukturę organizacyjną podmiotu w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej przed upływem kadencji;
5) formę gospodarki finansowej.

Przepis art. 42 ust. 2 pkt 4 u.dz.l. wskazuje jedynie na obowiązek określenia struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, której nie utożsamia się ze strukturą organizacyjną przedsiębiorstwa tego podmiotu, w którym wykonuje on swoją działalność. Stosownie do powyższego mówiąc o strukturze podmiotu mamy na myśli m.in. uregulowanie takich kwestii jak pozycja kierownika, rady społecznej czy innych organów (stanowisk). Natomiast zgodnie z literalnym brzmieniem tego przepisu w statucie nie ma obowiązku (czy nawet możliwości, skoro ustawodawca w art. 42 ust. 2 u.dz.l. wskazał katalog zamknięty elementów, jakie powinny znaleźć się w statucie) określania struktury organizacyjnej przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, tj. podziału na jednostki i komórki organizacyjne. Te kwestie są opisane w regulaminie organizacyjnym, nadawanym przez kierownika podmiotu leczniczego (art. 24 ust. 1 pkt 7 u.dz.l.).

Jak wskazano na wstępie **Program działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu ze skutkiem w roku 2013 i latach następnych** z dnia 15 listopada 2012 roku, posiadający jeden załącznik pn. **Prognoza przychodów i kosztów PSZOZ w Inowrocławiu na 2013 rok** z 15 listopada 2012 roku, jako samodzielny dokument zostaje dołączony do niniejszej informacji.

Inowrocław, 4 grudnia 2012 roku

DYREKTOR
Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Inowrocławiu
dr n. med. Eligiusz Patalas

ZAKŁAD
88-100
REGON

Program działań zmierzających do racjonalizacji kosztów

Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu

ze skutkiem w roku 2013 i latach następnych

Główny cel Programu

Zrównoważony budżet Zakładu w 2013 roku i latach następnych. Wprowadzenie odpowiednich procedur i narzędzi prawnych koniecznych do osiągnięcia celu.

I. Okoliczności wprowadzenia programu

1. Możliwości oszczędności, wynikające z **Programu działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu**, zwanego dalej **Programem**, przyjętego przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego uchwałą Nr 309/2012 z dnia 18 lipca 2012 r. w sprawie przyjęcia informacji dotyczącej działań zmierzających do racjonalizacji kosztów PSZOZ w Inowrocławiu oraz zmian w planie finansowym tego Zakładu na 2012 rok, wdrożonego Zarządzeniem Nr 13/2012 Dyrektora PSZOZ w Inowrocławiu z dnia 1 sierpnia 2012 r. w sprawie wprowadzenia programu działań zmierzających do racjonalizacji kosztów PSZOZ w Inowrocławiu, w szczególności w obszarach: zużycie materiałów, usługi obce, podatki, amortyzacja i pozostałe koszty, w 2012 roku zostały wyczerpane.
2. **Prognoza przychodów i kosztów PSZOZ w Inowrocławiu na 2013 rok** (w części: *wstępny plan finansowy na 2013 rok*), opracowana na podstawie wykonania przychodów i kosztów za 9 miesięcy 2012 roku oraz przewidywanych wskaźników makroekonomicznych, przedstawiona w załączniku do niniejszego programu, wskazuje, iż:
   1) poziom przychodów w 2013 roku w porównaniu do roku 2012 nie ulegnie zasadniczej zmianie; wzrost przychodów możliwy jest o 3 497,8 tys. zł i w zakresie działalności podstawowej w zasadzie jedynie ze sprzedaży usług z zakresu kardiologii inwazyjnej (o 2-3%);
   2) poziom kosztów w porównaniu do roku 2012 będzie wyższy o 4 503,9 tys. zł;
   3) powyższe skutkuje ujemnym wynikiem finansowym na koniec 2013 roku, na poziomie 2 868,5 tys. zł (brutto), tj. w porównaniu do planu finansowego na 2012 rok, znowelizowanego 30 czerwca2012 roku, stratą wyższą o 1 006,1 tys. zł.

W związku z powyższym, w celu zrównoważenia budżetu w 2013 roku i latach następnych, Program należy kontynuować poszukując oszczędności również w innych obszarach. W celu skutecznej realizacji Programu, w zakresie punktu III i VI opracowano **„Normy zatrudnienia personelu lekarskiego w oddziałach szpitalnych"** oraz dokonano przeglądu stanowisk pracy w pozostałych komórkach organizacyjnych, w szczególności mając na względzie zakres czynności komórki oraz kwalifikacje pracowników, odpowiednie

do zajmowanego stanowiska, oraz opracowano projekt zasad **„Zakładowego funduszu motywacyjnego"**.

Celem opracowania norm zatrudnienia personelu lekarskiego w poszczególnych oddziałach szpitalnych, poddano analizie następujące dane za ostatni rok działalności: liczbę łóżek, liczbę leczonych, wskaźnik przelotowości, wskaźnik wykorzystania łóżek w procentach. Analiza wykazała, iż w opracowaniu norm zatrudnienia lekarzy decydujące znaczenie ma liczba leczonych pacjentów w oddziale, w powiązaniu z wskaźnikiem przelotowości (tj. liczby pacjentów na jednym łóżku w badanym okresie). Na podstawie dotychczasowych doświadczeń przyjęto, iż na jednego zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu pracy lekarza w oddziale, w zależności od specjalności, w skali roku optymalna jest następująca liczba leczonych:

1) oddziały zabiegowe z wyłączeniem ginekologii i położniczego, okulistycznego i laryngologicznego **400**
2) oddziały kardiologiczny i intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz neurologiczny i udarowy **400**
3) oddziały ginekologii i położniczy **450**
4) oddziały okulistyczny i laryngologiczny **600**
5) oddziały zachowawcze z wyłączeniem noworodkowego **500**
6) oddział noworodkowy **700**

Dla oddziałów: anestezjologii i intensywnej terapii, stacji dializ oraz szpitalnego oddziału ratunkowego, normy opracowano z uwzględnieniem innych danych wynikających ze specyfiki prowadzonej działalności.

Wyliczona liczba etatów przeliczeniowych zostaje powiększona o 15% „rezerwę urlopowo-szkoleniowo-chorobową".

Tak wyliczona liczba etatów stanowi podstawę planowania zatrudnienia w komórce organizacyjnej. W sytuacji, gdy lekarz pracuje w ramach tego samego zatrudnienia-etatu w różnych komórkach organizacyjnych, wymiar jego czasu pracy w oddziale zostaje pomniejszony odpowiednio. Zmniejszony w ten sposób stan zatrudnienia jest uzupełniany do wyliczonej „normy". Jako etat przeliczeniowy przyjęto pracę w wymiarze średnio 37,5 godzin/tydzień (tj. 5x7,35 godz.).

Rezydentów nie wlicza się do normy, natomiast dolicza się lekarzy prowadzących specjalizację w ramach umowy o pracę bądź umowy cywilno-prawnej.

W celu zabezpieczenia gotowości dyżurowej oddziałów, przyjęto wskaźnik minimum 1 lekarz na 5 dyżurów w miesiącu i w razie potrzeby zatrudnienia lekarzy powyżej normy, umowa zawarta będzie tylko na dyżury. Do niezbędnej liczby lekarzy dyżurujących wlicza się „rezydentów".

W oddziałach, w których dominującą formą zatrudnienia jest umowa o pracę lub „kontrakt godzinowy", zatrudnienie ogółem nie może przekroczyć przewidzianej normy w przeliczeniu

na etaty lub godziny. Stawkę za godzinę oblicza się uwzględniając normę zatrudnienia dla danej komórki i planowane koszty.

W oddziałach, w których obowiązują tzw. kontrakty zadaniowe - „od punktu", ustala się cenę punktu jednakową dla wszystkich świadczeniodawców w danej komórce organizacyjnej, ustaloną w oparciu o obliczone dla niej normy zatrudnienia i planowane koszty. O podziale miesięcznym wykonanych przez oddział punktów pomiędzy lekarzy-świadczeniodawców decyduje koordynator, z uwzględnieniem własnego wykonania.

Normy zatrudnienia personelu lekarskiego opracowano na dzień 20 października 2012 roku i wprowadzono Zarządzeniem Nr 23/2012 Dyrektora PSZOZ w Inowrocławiu z dnia 15 listopada 2012 roku. Aktualizacja norm odbywać się będzie corocznie do 30 listopada lub w każdym przypadku zmiany profilu lub zakresu działalności oddziału.

W tym miejscu należy wskazać, iż **minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych** określają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 1999 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 111, poz.1314) i są wprowadzone Zarządzeniem Nr 7/2000 Dyrektora PSZOZ w Inowrocławiu z dnia 20 czerwca 2000 r. oraz Zarządzeniem zmieniającym powyższe zarządzenie Nr 39/2002 z dnia 20 grudnia 2002 r.

Na podstawie obowiązujących norm zatrudnienia i przeglądu stanowisk pracy oraz osiąganych wyników finansowych w oddziałach szpitalnych i pozostałych komórkach organizacyjnych, opracowano niniejszy program działań mających na celu poprawę wyniku finansowego poszczególnych komórek i w konsekwencji całego Zakładu w 2013 roku.

W celu poprawy wyniku finansowego i uzyskania skutku finansowego na koniec 2013 roku, założonego w załączonej do niniejszego programu **Prognozie przychodów i kosztów PSZOZ w Inowrocławiu na 2013 rok** (w części: *wstępny plan finansowy na 2013 rok po wprowadzeniu oszczędności*), ograniczenie kosztów musi dotyczyć przede wszystkim obszaru zatrudnienia – wynagrodzeń i świadczeń na rzecz pracownika oraz usług obcych, głównie kontraktów na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne (w tym w szczególności kontraktów lekarskich), a także struktury organizacyjnej.

II. Sprawy zatrudnienia

1. W celu dostosowania struktury zatrudnienia do aktualnych potrzeb, przewidywane jest **zmniejszenie zatrudnienia w następujących grupach zawodowych**:
   1) pielęgniarki - 28 osób;
   2) położne - 11 osób;
   3) średni personel medyczny - 6 osób;
   4) niższy personel medyczny - 3 osoby;
   5) personel gospodarczy - 12 osób;
   6) administracja - 5 osób.

2. Zmniejszenie zatrudnienia nastąpi m.in.:
   1) w związku z likwidacją oddziału rehabilitacyjnego;
   2) w wyniku redukcji zatrudnienia w:
      a) oddziale położniczym,
      b) oddziale ginekologii, w tym na sali zabiegowej,
      c) oddziale noworodkowym,
      d) oddziale anestezjologii i Intensywnej terapii,
      e) oddziale urologii i onkologii urologicznej - na sali zabiegów transuretrealnych (TUR),
      f) oddziale okulistycznym – na sali operacyjnej,
      g) oddziale laryngologicznym – na sali operacyjnej,
      h) przychodni przyszpitalnej,
      i) pogotowiu ratunkowym,
      j) centralnym laboratorium analitycznym,
      k) dziale transportu,
      l) dziale administracyjno-gospodarczym,
      m) dziale ekonomiczno-finansowym.
3. Przy wyborze osób przewidzianych do zwolnienia stosowane są następujące kryteria:
   1) ustalone prawo do emerytury;
   2) przydatność do wykonywania powierzonych obowiązków, tj. posiadane umiejętności i kwalifikacje zawodowe, poziom wykształcenia;
   3) uprawnienia do świadczenia przedemerytalnego;
   4) absencja chorobowa;
   5) wyniki oceny okresowej pracownika.
4. Przewidywane skutki finansowe z tytułu zwolnienia pracowników to kwota w wysokości 1 325 160 zł w roku 2013, a w roku następnym 2 505 960 zł.
5. **Ponadto przewidywane są niżej wymienione działania, związane z wprowadzeniem zmian do regulaminu wynagradzania pracowników PSZOZ w Inowrocławiu, których wdrożenie uzależnione jest od wyrażenia zgody przez organizacje związkowe**:
   1) likwidacja funduszu nagród – ze skutkiem 120 000 zł (ze składką ZUS 144 000 zł) oszczędności w skali roku;
   2) likwidacja dodatku, który otrzymują pracownicy zatrudnieni w pogotowiu ratunkowym – ze skutkiem ok. 494 000 zł (ze składką ZUS 590 000 zł) oszczędności w roku 2013, a w roku następnym 592 800 zł (ze składką ZUS 708 000 zł);
   3) zmniejszenie odpisu na zakładowy fundusz świadczeń socjalnych na rok 2013; przy założeniu, że tak jak w obecnym roku, przy naliczaniu odpisu podstawowego, będziemy posługiwać się przeciętnym wynagrodzeniem miesięcznym w gospodarce narodowej w 2010 roku – zmniejszenie wysokości odpisu podstawowego na:

a) jednego zatrudnionego z 37,5% do 25%,
b) jednego pracownika wykonującego prace o szczególnym charakterze z 50% do 25%,
c) każdego emeryta i rencistę z 6,5% do 3%

- ze skutkiem ok. 400 tys. zł oszczędności w roku 2013.

6. **W zakresie kontraktów na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne przewidywane są następujące działania:**
   1) obniżenie stawek za godziny dyżurowe - ze skutkiem 143 120 zł oszczędności w roku 2013;
   2) obniżenie stawek w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – ze skutkiem 370 600 zł oszczędności w roku 2013;
   3) w przypadku likwidacji dodatku, który otrzymują pracownicy zatrudnieni w pogotowiu ratunkowym – obniżenie stawek dla średniego personelu medycznego - ze skutkiem 120 000 zł oszczędności w roku 2013;
   4) ujednolicenie zasad wynagradzania lekarzy na kontraktach – zasady równe we wszystkich oddziałach zabiegowych - ze skutkiem 212 640 zł oszczędności w roku 2013.
7. **W celu ujednolicenia zasad wynagradzania lekarzy na tzw. kontraktach zadaniowych - „od punktu", ustala się następujące zasady:**
   1) koszty **wszystkich** wynagrodzeń i kontraktów lekarskich stanowić będą wyznaczony % przychodów i nie mogą go przekroczyć; do tych kosztów wlicza się wynagrodzenia specjalizujących się na podstawie umowy o pracę, **nie wlicza** się natomiast wynagrodzeń rezydentów;
   2) koordynatorom i ich zastępcom wszystkich oddziałów przysługiwać będzie z tytułu zarządzania oddzielne wynagrodzenie, wyodrębnione z dotychczasowego;
   3) w danym zakresie świadczeń (np. chirurgia ogólna) obowiązuje jednakowa stawka za punkt dla wszystkich świadczeniodawców w danej komórce, **w tym koordynatorów i ich zastępców**;
   4) stawkę za punkt ustala się na każdy rok, na podstawie planu finansowego komórki, w oparciu o obliczone dla niej normy zatrudnienia i planowane koszty pracy / kontraktów (wyznaczony % przychodów); kwotę do wyliczenia stawki za punkt ustala się pomniejszając wyznaczony % przychodów o koszty wynagrodzeń lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę, umowy zlecenia oraz wynagrodzeń za zarządzanie;
   5) o podziale miesięcznym wykonanych przez oddział punktów pomiędzy lekarzy-świadczeniodawców decyduje koordynator, **z uwzględnieniem własnego wykonania; w podziale limitu punktów nie uwzględnia się lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę i rezydentów**; w przypadku zmiany zatrudnienia z umowy o pracę na kontrakt, podwyższa się stawkę za punkt odpowiednio i jednocześnie uwzględnia się nowego, kontraktowego świadczeniodawcę w podziale punktów.

8. Zasady wynagradzania lekarzy na tzw. kontraktach godzinowych, w tym za dyżury, na razie pozostają bez zmian, z wyjątkiem – jak wskazano w powyższym pkt 6 ppkt 1 - stawek.
9. W celu poprawy skuteczności w realizacji planowanych wyników finansowych Zakładu ogółem oraz poszczególnych komórek organizacyjnych, jako ośrodków powstawania kosztów (opk), planuje się utworzyć **„Zakładowy fundusz motywacyjny"**, z którego zatrudnionym w PSZOZ w Inowrocławiu wypłacane będą nagrody za realizację lub poprawę wyniku finansowego zaplanowanego w budżetach komórek (opk), wg niżej zaprojektowanych zasad:
   1) **pod pojęciem zatrudniony rozumie się wszystkich pracowników na umowach o pracę, umowach zlecenie i umowach cywilno-prawnych tzw. kontraktach;**
   2) ze względu na strukturę budżetu, na potrzeby funduszu motywacyjnego komórki organizacyjne dzieli się na:
      a) komórki przychodowo – kosztowe działalności podstawowej (A),
      b) komórki przychodowo – kosztowe działalności pomocniczej (B),
      c) komórki kosztowe działalności pomocniczej, obsługi i zarządu (C);
   3) fundusz motywacyjny tworzy się:
      a) **oddzielnie** dla poszczególnych komórek działalności podstawowej (A) oraz pomocniczej (B) w zakresie sprzedaży zewnętrznej,
      b) **wspólnie** dla komórek działalności pomocniczej (B) w zakresie sprzedaży wewnętrznej i pozostałych komórek (C);
   4) na **fundusz motywacyjny komórek A** składa się % od poprawy planowanego wyniku finansowego, wyliczony wg następujących zasad:
      a) **5%** od zrealizowanego dodatniego wyniku finansowego; za zrealizowany uważa się wynik w granicach +/_ 5% zaplanowanego,
      b) **20%** od poprawy dodatniego wyniku finansowego,
      c) **15 %** od poprawy ujemnego wyniku finansowego;
   5) na **fundusz motywacyjny komórek B** składa się % od poprawy planowanego wyniku finansowego ze sprzedaży zewnętrznej wyliczony wg następujących zasad:
      a) **5%** od zrealizowanego dodatniego wyniku finansowego; za zrealizowany uważa się wynik w granicach +/_ 5% zaplanowanego,
      b) **20%** od poprawy dodatniego wyniku finansowego;
   6) tak obliczona kwota dla poszczególnych komórek- ośrodków powstawania kosztów - A i B w zakresie sprzedaży zewnętrznej) dzielona jest następująco:
      a) **60%** stanowi fundusz nagród dla zatrudnionych w komórce organizacyjnej,
      b) **30%** przeznacza się na zakupy sprzętu i aparatury dla danej komórki wskazanej we wniosku podpisanym przez koordynatora i pielęgniarkę oddziałową,
      c) **10%** przeznacza się na fundusz nagród ogólnozakładowy;
   7) **fundusz nagród ogólnozakładowy** dzielony jest na komórki B i C przez dyrektora przy udziale i akceptacji zastępców; tak więc tylko fundusz nagród komórek B będzie się składał z dwóch części:
   1. % od zrealizowanego lub poprawionego wyniku ze sprzedaży zewnętrznej,
   2. kwoty przypadającej z podziału funduszu nagród ogólnozakładowego;
   8) **w komórkach organizacyjnych** wyliczone dla nich fundusze nagród dzielone są w sposób następujący:
      a) **20%** stanowi kwotę nagrody kierownika komórki,
      b) **15%** stanowi kwotę nagrody pielęgniarki oddziałowej/ koordynującej (tylko w oddziałach szpitala),

c) **pozostała kwota** dzielona jest pomiędzy zatrudnionych w danej komórce przez kierownika /koordynatora, a w oddziałach szpitalnych przy współudziale pielęgniarek oddziałowych i ich akceptacji;

9) **w przypadku nie zrealizowania wyniku finansowego przez komórkę (za zrealizowany uważa się wynik w granicach +/_ 5% zaplanowanego; kierownikowi komórki /koordynatorowi oddziału w następnym roku zostaje obniżone wynagrodzenie za zarządzanie lub dodatek funkcyjny o 25%, na okres roku;**

10) zakładowy fundusz motywacyjny tworzony będzie na koniec roku obrachunkowego począwszy od 2013 roku i uwzględniany w jego kosztach; wypłata nagród nastąpi do 15 marca następnego roku.

III. Zmiany organizacyjne

1. W celu dostosowania struktury organizacyjnej do aktualnych potrzeb, w zakresie punktu III i VII Programu, przewidywane są następujące działania:
   1) **połączenie dwóch odrębnych komórek organizacyjnych: ds. obrony cywilnej, ds. ochrony przeciwpożarowej w jedną komórkę organizacyjną**, w drodze zmiany regulaminu organizacyjnego Zakładu (zarządzenie Dyrektora), skutkujące redukcją 1 etatu;
   2) **likwidacja oddziału rehabilitacyjnego**, ze względu na zmianę zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych - w drodze decyzji podmiotu tworzącego oraz zmiany regulaminu organizacyjnego (zarządzenie Dyrektora), skutkująca:
      a) ograniczeniem działalności leczniczej Zakładu w rodzaju świadczenia szpitalne, polegającym na całkowitym zaprzestaniu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie: stacjonarna rehabilitacja ogólnoustrojowa z dniem 1 marca 2013 r.,
      b) jak wskazano w powyższym pkt II, zmniejszeniem zatrudnienia:
         - na 13 pielęgniarek ogółem - 11 podlega zwolnieniu, 1 osoba przechodzi na emeryturę, 1 osoba - do pracy w innym oddziale,
         - zwolnieniu podlega 1 sekretarka, 1 salowa gospodarcza, 1 noszowy,
         - zwolnieniu podlega 1 technik fizjoterapii/lub masażysta oraz 1 technik fizjoterapii otrzymuje wypowiedzenie kontraktu, 1 technik/lub masażysta przechodzi do pracy w innym oddziale, z 1 technikiem następuje wygaśnięcie stosunku pracy/umowa zawarta na czas określony,
      c) zwiększeniem – za zgodą Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - ilości świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu: fizjoterapia ambulatoryjna, w ramach posiadanej umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w tym w ramach przesunięcia środków finansowych na ten cel, dotychczas przewidzianych dla likwidowanego oddziału, co pozwoli na poprawę dostępności do świadczeń w tym samym rodzaju, tyle że udzielanych w warunkach ambulatoryjnych, zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnym zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w ogólnych warunkach umów oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie

świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. Nr 140, poz. 1145, z późn. zm.),

d) przeniesieniem oddziału chirurgii urazowej i ortopedii w miejsce zwolnione przez oddział rehabilitacyjny,

e) wykorzystaniem zwolnionego przez oddział chirurgii urazowej i ortopedii miejsca na działalność oddziałów kardiologicznego i intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz rozwój pracowni kardiologii inwazyjnej (procedury hemodynamiczne, wszczepianie stymulatorów) i elektrofizjologicznych; obecnie ww. oddziały posiadają łącznie 38 łóżek, po uzyskaniu dodatkowych pomieszczeń planowany jest wzrost łóżek kardiologicznych od 15 do 20;

3) **reorganizacja I oddziału chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz II oddziału chirurgii ogólnej**, polegająca na następującym sprofilowaniu ww. oddziałów:

a) I oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej o profilu: chirurgia ogólna, chirurgia onkologiczna, onkologia kliniczna-chemioterapia,

b) II oddział chirurgii ogólnej o profilu: chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca

– skutkująca - stosownie do określonych profili - zmianami kadrowymi, tj. przesunięciami pracowników między tymi oddziałami wg posiadanych kwalifikacji i potrzeb wynikających z obowiązujących norm zatrudnienia oraz ujednoliceniem zasad wynagradzania za procedury z zakresu chirurgii (kontrakt na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarty z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzaju: leczenie szpitalne, w zakresie: chirurgia zostanie przyznany ww. oddziałom w równych częściach;

4) **reorganizacja oddziału opieki paliatywnej**, polegająca na przekształceniu szpitalnego oddziału opieki paliatywnej w komórki organizacyjne udzielające całodobowych i stacjonarnych świadczeń innych niż szpitalne (jak zakład opiekuńczo-leczniczy):

a) 14-łóżkowy oddział opieki paliatywnej,

b) 16-łóżkowy oddział/zakład stacjonarnej opieki długoterminowej.

Obowiązujący Statut PSZOZ w Inowrocławiu, zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.) – dalej u.dz.l., wyodrębnia pięć przedsiębiorstw Zakładu, udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

- szpitalne – Szpital Powiatowy im. dra Ludwika Błażka (oddziały, zakłady/pracownie/laboratoria diagnostyczne, inne komórki w opiece szpitalnej),
- całodobowe i stacjonarne inne niż szpitalne: Zakład Opieki Długoterminowej i Paliatywno-Hospicyjnej,
- ambulatoryjne: Przychodnia Przyszpitalna (poradnie), Zakład Rehabilitacji Leczniczej (pracownie rehabilitacji/fizjoterapii), Zakład Pomocy Doraźnej i Ratownictwa Medycznego (pogotowie ratunkowe).

Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 8 u.dz.l., w brzmieniu nadanym ustawą z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw, przedsiębiorstwo oznacza zespół składników majątkowych, za pomocą którego

podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności. Dla przedsiębiorstw nie ma obowiązku prowadzenia odrębnej rachunkowości, sporządzania bilansu.

Przedsiębiorstwo Zakład Opieki Długoterminowej i Paliatywno-Hospicyjnej zostało wyodrębnione ze względu na funkcjonowanie w PSZOZ w Inowrocławiu Oddziału Opieki Paliatywnej. W myśl aktualnie obowiązującego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. Poz. 594) oddział o profilu medycyna paliatywna musi być wyłączony ze struktury szpitala i włączony do przedsiębiorstwa udzielającego świadczeń zdrowotnych w rodzaju całodobowe i stacjonarne inne niż szpitalne. Przekształcenie to musi nastąpić formalnie za pomocą zmiany regulaminu organizacyjnego (zarządzenie Dyrektora) i zostać wpisane do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Kujawsko-Pomorskiego w terminie do 31 grudnia 2012 roku. Zakłada się ponadto, iż od 1 stycznia 2013 roku Oddział Opieki Paliatywnej nadal będzie realizował umowę zawartą z Kujawsko-Pomorskim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, w zakresie opieka paliatywna w oddziale stacjonarnym, zgodnie z aktualnym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Planuje się, iż w 2013 roku za pomocą przedsiębiorstwa Zakład Opieki Długoterminowej i Paliatywno-Hospicyjnej PSZOZ w Inowrocławiu będzie wykonywał również świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, stosownie do możliwości zakontraktowania tych świadczeń z Narodowym Funduszem Zdrowia. Opieka długoterminowa w systemie opieki zdrowotnej przeznaczona jest dla osób obłożnie i przewlekle chorych, niewymagających hospitalizacji, u których występują istotne deficyty w samoopiece i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki pielęgniarskiej oraz kontynuacji leczenia i rehabilitacji zapobiegającej skutkom długotrwałego unieruchomienia.

Zakład opiekuńczo – leczniczy, zgodnie z art. 9 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 12 ust. 1 pkt 1 u.dz.l., udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji, oraz zapewnia im produkty lecznicze i wyroby medyczne, pomieszczenia i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także prowadzi edukację zdrowotną dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowuje te osoby do samoopieki i samopielęgancji w warunkach domowych.

Wykaz oraz warunki udzielania świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej określone zostały przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. Nr 140, poz. 1147, z późn. zm.).

5) **centralizacja miejsca wykonywania zabiegów operacyjnych**, polegająca na:
   a) wykonywaniu zabiegów operacyjnych na bloku operacyjnym, z wyjątkiem zabiegów okulistycznych, laryngologicznych i transuretralnych (TUR), cięć cesarskich oraz nagłych zabiegów diagnostycznych, oraz
   b) przejęciu obsługi sali zabiegowej szpitalnego oddziału ratunkowego (SOR) przez personel bloku operacyjnego, skutkująca likwidacją działającego obrębie SOR oddziału chirurgii jednego dnia, w drodze zmiany regulaminu organizacyjnego (zarządzenie Dyrektora), wykreśleniem oddziału chirurgii jednego dnia z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a w konsekwencji: likwidacją stanowiska kierownika tego oddziału, przejściem średniego personelu medycznego do pracy w bloku operacyjnym;
6) **reorganizacja zespołów ratownictwa medycznego – specjalistycznych**, polegająca na zmniejszeniu składu osobowego tych zespołów z 4. do 3. osób, w wyniku dostosowania struktury zatrudnienia do norm wynikających z aktualnego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne i przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 139, poz. 1137), skutkująca jak wskazano w powyższym pkt II redukcją etatów średniego personelu medycznego;
7) **outsourcing usług działu pralni i dezynfekcji lub likwidacja działu i zakup usług pralniczych i dezynfekcji od innego podmiotu**; obecnie dział funkcjonuje w pomieszczeniach, których stan techniczny wymaga kapitalnego remontu, również park maszynowy jest technologicznie przestarzały i wyeksploatowany; urządzenia są eksploatowane od początku istnienia Szpitala - większość z nich ponad 20 lat; w związku z powyższym, pomimo wykonywania usług dla klientów zewnętrznych, koszt usługi prania bielizny i odzieży jest wysoki, cena rynkowa prania 1 kg bielizny i odzieży to średnio 2,60 zł, w PSZOZ realny koszt to 4,20 zł, po odliczeniu kosztów stałych nie do uniknięcia – 3,50 zł; miesięcznie średnio pierze się 25 000 kg bielizny szpitalnej i na zlecenie podmiotów zewnętrznych 5,200 kg; szacunkowy koszt remontu i wymiany wyposażenia działu wynosi ok. 2 mln zł, w związku z brakiem możliwości wygospodarowania takiej ilości środków na inwestycje w dziale pralni i dezynfekcji, optymalne do przyjęcia są dwa rozwiązania:
   a) wydzierżawienie pomieszczeń i wyposażenia działu podmiotowi zewnętrznemu wraz z przekazaniem pracowników na zasadach art. 23^1 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. - Kodeks pracy i zlecanie usług prania bielizny i odzieży szpitalnej temu podmiotowi na podstawie umowy cywilnoprawnej,
   b) likwidacja działu i wykorzystanie zwolnionych pomieszczeń na działalność innych działów oraz zlecanie usług prania bielizny i odzieży szpitalnej podmiotowi zewnętrznemu na podstawie umowy cywilnoprawnej;
   - po dokonaniu dokładnej analizy ekonomiczno-finansowej w I półroczu 2013 roku wybrane zostanie jedno z ww. rozwiązań; powyższe działanie planowane

jest, jako długoterminowe, ze skutkiem w zasadzie nie wcześniej niż w 2014 roku; obecnie szacowane oszczędności w skali roku to 150-200 tys. zł.

Załącznik (1/1)

1. Prognoza przychodów i kosztów
   PSZOZ w Inowrocławiu na 2013 rok

Inowrocław, 15 listopada 2012 r.

Wykonujący obowiązki
Dyrektora PSZOZ w Inowrocławiu
NACZELNY LEKARZ SZPITALA
Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w INOWROCŁAWIU
dr n. med. Zenon Lewicki

Załącznik do Programu działań zmierzających do racjonalizacji kosztów PSZOZ w Inowrocławiu ze skutkiem w roku 2013 i latach nastepnych z dnia 15 listopada 2012 r.

Prognoza przychodów i kosztów PSZOZ w Inowrocławiu na 2013 rok

	Wyszczególnienie	Plan 2012 wg stanu na 30.06	Wstępny plan na 2013	Różnica 2013 do 2012	Planowane oszczędności	Wstępny plan na 2013 po wprowadzeniu oszczędności
	Wynik finansowy brutto	**-1 862,4**	**-2 868,5**	**-1 006,1**		**420,9**
	Przychody	**110 020,4**	**113 518,2**	**3 497,8**		**113 518,2**
	Koszty	**111 882,8**	**116 386,7**	**4 503,9**	**3 289,4**	**113 097,3**
I.	***Działalność operacyjna***	***111 404,1***	***115 769,7***	***4 365,6***	***3 289,4***	***112 480,3***
1	**Zużycie materiałów i energii**	**21 533,3**	**22 420,1**	**886,8**		**22 420,1**
	Paliwa	520,8	531,3	10,5		531,3
	Bielizna i pościel	99,3	166,0	66,7		166,0
	Pozostałe materiały	1 506,8	1 604,7	97,9		1 604,7
	Energia elektryczna	1 511,8	1 575,2	63,4		1 575,2
	Energia cieplna	293,6	343,2	49,6		343,2
	Woda	619,8	679,1	59,3		679,1
	Gaz	2 248,0	2 372,8	124,8		2 372,8
	Leki, krew, środki dezynfekcyjne	6 796,4	7 113,4	317,0		7 113,4
	Opatrunki	782,2	795,7	13,5		795,7
	Sprzęt medyczny	5 181,5	5 160,3	-21,2		5 160,3
	Odczynniki i mater. diagn.	1 973,1	2 078,4	105,3		2 078,4
2	**Usługi obce**	**35 563,9**	**36 300,1**	**736,2**	**846,3**	**35 453,8**
	Zakup usług med.-kontrakty	22 440,8	23 063,9	623,1	846,3	22 217,6
	Remonty i naprawa sprzętu	127,6	117,7	-9,9		117,7
	Transport	31,0	29,9	-1,1		29,9
	Naprawa aparatury medycznej	554,0	589,1	35,1		589,1
	Pocztowe, telefoniczne	196,4	199,7	3,3		199,7
	Pozostałe usługi	5 186,6	5 127,2	-59,4		5 127,2
	Zakup badań diagnostycznych	4 937,7	5 424,6	486,9		5 424,6
	Usługi gastronomiczne	2 089,8	1 748,0	-341,8		1 748,0
3	**Podatki i opłaty**	**754,1**	**902,8**	**148,7**		**902,8**
	Podatek od nieruch.	458,5	504,2	45,7		504,2
	Opłaty sądowe, skarbowe	4,9	2,8	-2,1		2,8
	Podatki i opłaty	1,7	3,6	1,9		3,6
	PFRON	289,0	392,2	103,2		392,2
4	**Wynagrodzenia i umowy zlecenia**	**38 219,4**	**40 168,2**	**1 948,8**	**1 715,1**	**38 453,1**
	Wynagrodzenia	38 074,5	40 019,5	1 945,0	1 715,1	38 304,4
	Umowa zlecenie	144,9	148,7	3,8		148,7
5	**Świadczenia na rzecz prac.**	**8 822,0**	**9 118,2**	**296,2**	**728,0**	**8 390,2**
	Składka ZUS	6 542,3	6 801,3	259,0	344,0	6 457,3
	FP	755,1	784,6	29,5		784,6
	Szkolenia	84,1	95,5	11,4		95,5
	Świadcz. na rzecz prac. (bhp)	61,4	69,7	8,3		69,7
	Odzież bhp	99,0	23,6	-75,4		23,6
	Fundusz Świadczeń Socj.	1 280,1	1 343,5	63,4	384,0	959,5
6	**Amortyzacja**	**5 618,9**	**5 662,7**	**43,8**		**5 662,7**
7	**Pozostałe koszty**	**892,5**	**1 197,6**	**305,1**		**1 197,6**
	Delegacje	4,8	5,9	1,1		5,9
	Ryczałty samoch.	16,0	17,8	1,8		17,8
	Ubezpieczenia OC i majątk.	836,8	1 043,9	207,1		1 043,9
	Koszty reprezent. i reklamy	21,9	117,0	95,1		117,0
	Odprawy pośmiertne					
	Akredytacja i certyfikaty	13,0	13,0			13,0
II	***Pozostałe koszty operacyjne***	***104,6***	***159,8***	***55,2***		***159,8***
III	***Koszty finansowe***	***374,1***	***457,2***	***83,1***		***457,2***

Założenia do planu finansowego na 2013 r. - na podstawie wykonania przychodów i kosztów za 9 miesięcy 2012 roku oraz przewidywanych wskaźników makroekonomicznych

1. Usługi na poziomie 2012 r. (bez umowy chemioterapii) założenie 100% wykonania, SOR wg ceny 15 tys.zł i uwzględnione przychody z amortyzacji na poziomie 1.500,0 tys.zł
2. Inflacja 5%
3. Wzrost kosztów pracy o 2500,0 tys.zł (art.59a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej)
4. Usługi z hemodynamiki wg stanu w 2012 r.

wykonujący obowiązki
Dyrektora PSZOZ w Inowrocławiu
NACZELNY LEKARZ SZPITALA
Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w INOWROCŁAWIU

dr n. med. Zenon Lewicki