

## UCHWAŁA NR LXIX/153/2013

Rady Społecznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej –  
Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Zielonce  
z dnia 15 kwietnia 2013r.

w sprawie : zaopiniowania Sprawozdania z działalności Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Zielonce za 2012r.

Na podstawie art. 48 ust.1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej ( Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.), Rada Społeczna Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Zielonce, uchwala co następuje:

## § 1

Pozytywnie opiniuje treść Sprawozdania z działalności Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Zielonce za okres od 01.01.2012r. do 31.12.2012r.

## § 2

Sprawozdanie z działalności Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Zielonce za okres od 01.01.2012r. do 31.12.2012r. , stanowi zał. nr 1 do niniejszej uchwały.

## § 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący  
Rady Społ. SPZOZ-MOZ



**Sprawozdanie z działalności Samodzielnego  
Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
– Miejskiego Ośrodka Zdrowia w Zielonce**

**za okres od dnia 01.01.2012r. do 31.12.2012r.**

## **SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ – MIEJSKIEGO OŚRODKA ZDROWIA W ZIELONCE**

### **I. CZĘŚĆ MERYTORYCZNA**

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej – Miejski Ośrodek Zdrowia w Zielonce, jako samodzielny podmiot na rynku usług medycznych funkcjonuje już 13 lat. Miejszem działalności jest zabudowana nieruchomość w Zielonce przy ul. Mickiewicza 18.

Podstawowym zakresem działalności jest udzielanie świadczeń zdrowotnych uprawnionym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, na podstawie zawartych umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, który jest jedynym dysponentem środków publicznych „przeznaczonych” na ten cel.

Narodowy Fundusz jest głównym źródłem finansowania usług zdrowotnych i organem określającym normy i zasady realizacji świadczeń zdrowotnych.

Podkreślić należy, że szczegóły funkcjonowania tej sfery życia publicznego, poza normami i zasadami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia, reguluje wiele aktów prawnych poprzez obowiązywanie ustaw oraz rozporządzeń i obwieszczeń, których organem „upoważnionym” na podstawie delegacji ustawowej jest Minister Zdrowia. Realizacja zadań to również konieczność uwzględniania rozporządzeń delegacji ustaw dla innych ministrów.

Należy uwzględnić, iż zakres finansowanych świadczeń ustalają Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, potocznie nazywane jako „koszyki świadczeń gwarantowanych” w poszczególnych zakresach funkcjonowania ( odrębne rozporządzenie dla POZ, odrębne dla ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych itd. ) – zakres określa katalog, bezpłatnych dla pacjenta, świadczeń. Świadczenia nie wymienione w „koszykach” nie są finansowane ze środków publicznych, a ich koszty musi ponosić pacjent. Poza „koszykiem świadczeń gwarantowanych” jest medycyna pracy. Sferę „koszyków” należy jeszcze podzielić na dwie podgrupy : „koszyki”, które określają szczegółowo rodzaj finansowanej diagnostyki co do rodzaju lub ilości ( POZ ; w dziale ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych : poradnia medycyny sportowej; stomatologia ) oraz podgrupę „koszyków”, które nie uszczegóławiają badań diagnostycznych ( ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne ) – zapisy tego „koszyka” określają ogólne ramy diagnostyki np. badania laboratoryjne itp. Uszczegółowienie finansowanych przez środki publiczne badań diagnostycznych zostało określone w Zarządzeniach Prezesa NFZ.

Placówka świadczy usługi medyczne w zakresie:

- podstawowej opieki zdrowotnej
- specjalistyki ambulatoryjnej
- rehabilitacji medycznej w tym rehabilitacji tak zwanej neurologicznej dzieci – Ośrodek Rehabilitacji Diennej
- stomatologii
- medycyny pracy
- promocji zdrowia
- diagnostyki

Zatrudnienie ( z uwzględnieniem różnych form t.j. umowy o pracę, umowy cywilno-prawne ) na dzień 31.12.2012r. w porównaniu roku 2011 przedstawiało się :

Tab.1

Charakter zatrudnienia	Rok 2011	Rok 2012
	Ilość	
OGÓLEM OSÓB	142	145
lekarze	64	68
lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu rehabilitacji dzieci	1	0 – ukończona specjalizacja
pielęgniarki	20	21
położne	2	2
lekarze stomatolodzy	6	6
kierownik Laboratorium	1	1
psycholog	1	1
logopeda	1	1
terapeuci zajęciowi	2	2
magistrzy rehabilitacji	3	3
technicy rehabilitacji	5	5
diagnosta laboratoryjny	1	1
technicy laboratoryjni	2	2
technicy RTG	3	3
pomoce stomatologiczne	5	5
rejestratorki medyczne	9	8
pomoc laboratoryjna	1	1
telefonistka	1	1
obsługa techniczna ( sprzętaczk, dozorczy )	8	8
administracja	6	6

Omówienie:

1. Zwiększeniu uległa :

a) pozycja liczba zatrudnionych lekarzy o 4 osoby , w tym : 1 lekarz , który ukończył specjalizację oraz 3 lekarzy zwiększających zatrudnienie. W liczbie zwiększenia zatrudnienia : 1 lekarz w specjalistce ambulatoryjnej i 2 lekarzy w POZ.

b) pozycja liczba zatrudnionych pielęgniarek o 1 osobę

2. Zmniejszeniu uległa pozycja rejestratorki medycznej o 1 osobę

W działalności podstawowej wyodrębnia się działy :

**a) podstawowej opieki zdrowotnej ( POZ )** – realizujący usługi medyczne w zakresie kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej - świadczenia lekarza internisty i lekarza pediatri w trybie wizyt w miejscu udzielania świadczeń i wizyt w miejscu pobytu pacjenta. Dział udzielający świadczeń pacjentom „zdeklarowanym” – warunkiem udzielenia świadczenia w trybie stabilnym związany jest z koniecznością złożenia stosownego dokumentu, którym jest deklaracja POZ.

Podstawowa opieka zdrowotna to również świadczenia realizowane przez pielęgniarki środowiskowo – rodzinne. Udzielanie świadczeń odbywa się w siedzibie placówki przez realizację zadań w :

- gabinecie zabiegowym,
- gabinecie pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych,
- punkcie szczepień

Poza świadczeniami w siedzibie placówki pielęgniarki środowiskowo-rodzinne udzielają również świadczeń w trybie wizyt domowych.

Następnym zakresem udzielanych świadczeń w ramach POZ są usługi położnej środowiskowo-rodzinnej. Realizacja zadań odbywa się poprzez świadczenie usług w siedzibie placówki i świadczeń w formie wizyt domowych.

Świadczenia usług z zakresu medycyny szkolnej są realizowane poprzez usługi pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania bezpośrednio w gabinetach zlokalizowanych w szkołach ( trzech podstawowych; gimnazjum i zespole szkół ).

Zakres usług, które realizuje dział to usługi :

- a) lekarzy - wizyty w placówce i wizyty domowe ;
- b) pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych w tym świadczenia : profilaktyczne; diagnostyczne; pielęgnacyjne; lecznicze, rehabilitacyjne oraz szczepienia
- c) położnej środowiskowo-rodzinnej w zakresie świadczeń profilaktycznych i pielęgnacyjnych,
- d) pielęgniarek „szkolonych”, które realizują świadczenia : badania bilansowe; badania przesiewowe; szczepienia , świadczenia dla uczniów z problemami szkolnymi oraz świadczenia profilaktyczne.

W roku **2012** dział ten udzielił różnego rodzaju porad w ilości 107 900.

Na zlecenie działu wykonano:

- a) różnego rodzaju badań laboratoryjnych w ilości 33 591;
- b) diagnostyki EKG w ilości 1496 ;
- c) diagnostyki USG w ilości 813 ;
- d) diagnostyki z zakresu RTG 3118.

W dniu 31 grudnia 2012r. ilość zadeklarowanych pacjentów wyniosła 15 898 osób.

W porównywalnym okresie roku **2011** zakres w/w przedstawiał się następująco :

Ilość udzielonych porad 107 760

Na zlecenie działu wykonano:

- a) różnego rodzaju badań laboratoryjnych w ilości 32 793;
- b) diagnostyki EKG w ilości 1980 ;
- c) diagnostyki USG w ilości 732 ;
- d) diagnostyki z zakresu RTG 2581.

W dniu 31 grudnia 2011r. ilość zadeklarowanych pacjentów wyniosła 15 832 osób.

**b) specjalistki ambulatoryjnej** – dział realizujący zadania, poprzez funkcjonowanie wyodrębnionych wg rodzaju, poradni specjalistycznych. Dział realizujący głównie świadczenia w siedzibie placówki.

W roku 2012 dział realizował świadczenia zdrowotne w poradniach specjalistycznych : chirurgii ogólnej; okulistyki; otolaryngologii; neurologii dorosłych; ginekologiczno-położniczej ;alergologii dzieci; neurologii dziecięcej; kardiologii; dermatologii; diabetologii ; chirurgii urazowo-ortopedycznej; chirurgii dzieci; endokrynologii; urologii; chorób płuc i gruźlicy; chorób naczyń ; chorób metabolicznych ;reumatologii ; logopedii.

W zakresie analizy roku 2011 dział ten nie świadczy już w roku 2012 usług w zakresie usługi pracowni USG w zakresie diagnostyki Doppler z kolorowym obrazowaniem przepływów.

W roku **2012** dział udzielił 39 600 usług.

Na zlecenie tego działu wykonano:

- a) badań laboratoryjnych w ilości 36 124 jednostki ;
- b) badań z zakresu RTG 2 308 ;
- c) EEG 886 jednostek;
- d) holtera 390 badań
- e) USG 3 055 badania

Rok **2011** działu przedstawiał się następująco :

- a) porady 38 938 porad
- b) diagnostyka w tym:
  - laboratoryjna 30 065 badań
  - RTG 2136 usług
  - EEG 858 jednostek
  - holtera 302 jednostki
  - USG 2 062 badania

**c) rehabilitacji medycznej** - realizuje usługi medyczne ubezpieczonym w zakresie :

- lekarza poradni rehabilitacyjnej – kwalifikacja do szczegółowych zabiegów z zakresu fizjoterapii i fizykoterapii.
- fizjoterapii poprzez usługi takie jak : wyciągi, masaż suchy, galwanizacja, jonoforeza, elektrostymulacja, prądy diadynamiczne, prądy interferencyjne, ultradźwięki, impulsywne pole magnetyczne wysokiej i niskiej częstotliwości, naświetlania promieniami UV i SOLLUX, laseroterapia miejscowa, ćwiczenia bierne i czynno bierne, krioterapia miejscowa,
- ośrodka rehabilitacji dziennej udzielając świadczeń w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego. Zadaniem ośrodka jest kompleksowa i skoordynowana opieka nad dziećmi z zaburzeniami wieku rozwojowego włącznie z zaburzeniami, które zaistniały w okresie okołoporodowym i mają negatywny wpływ na funkcjonowanie osoby. Świadczone usługi charakteryzują się współdziałaniem określonego specjalistycznego personelu. W realizacji zadań uczestniczą : lekarze ze specjalnością rehabilitacja medyczna ( dzieci ) fizjoterapeuci; terapeuci zajęciowi; psycholog i logopeda. Na poziomie każdego zakresu uczestnictwa w realizacji świadczeń „stosuje” się metody zgodne ze standardami określanymi dla poszczególnych zakresów : odrębnie dla świadczeń, których udzielają :
  - lekarze rehabilitacji – szczegółowe określenie sfer wymagających usprawnienia oraz kontrola i monitorowanie stanu zdrowia pacjentów w trakcie terapii,
  - fizjoterapeuci ( m. in. metody usprawniające takie jak NDT; integracja sensoryczna; BOBATH ) ,
  - terapeuci zajęciowi - ustalenie deficytów w zakresie chwytu i manipulacji rąk, koordynacji oburęcznej, siły rąk oraz ustalenie deficytów sfery poznawczej. Po ustaleniu deficytów następuje opracowanie programu usprawniającego, który w swych szczegółach określa zadania i cele całego procesu.
  - psycholog – ustalenie zaburzeń na poziomie psychologicznym i wdrożenie metod eliminujących lub zmniejszających ustalone zaburzenia i deficyty sfery psychologicznej,
  - logopeda - ustalenie zaburzeń poziomu sfery funkcjonowania w zakresie porozumiewania się i kontaktu werbalnego ( słownego ) ; funkcjonowania sfery oralnej ( sfera oralna okolice jamy ustnej :usta, wargi, język ) oraz ocena mechanizmów związanych ze ssaniem, z jedzeniem, połykaniem i gryzieniem . Ustalenie zaburzeń tej sfery pozwala wdrożyć metody eliminujące lub zmniejszające ustalone zaburzenia i deficyty tej sfery.

Realizacja usług i świadczeń odbywa się bez elementu diagnostycznego takiego jak badania laboratoryjne, RTG i USG.

Rok **2012** to udzielenie przez ten dział 40 357 porad w tym : zabiegów fizjoterapeutycznych 34 827, Ilość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych ( osobodzień ) w ośrodku rehabilitacji dziennej to 4 437 jednostki, konsultacji lekarza rehabilitacji 1093 porady.

Rok **2011** to:

- a) udzielone świadczenia 41 415 usług w tym :
  - zabiegi fizjoterapeutyczne – 36 149
  - osobodni w ośrodku rehabilitacji dziennej – 4 134
  - konsultacje lekarza – 1 132

**d) stomatologii** – dział realizujący świadczenia z zakresu stomatologii „dorosłych” i „dzieci – osób do 18 roku życia”. Podobnie jak wyżej wymienione działy realizacja świadczeń odbywa się na podstawie ustalonego stanu prawnego – zakres , bezpłatnych usług dla pacjenta, określa „koszyk świadczeń gwarantowanych”.

Udzielanie świadczeń odbywa się w poradni stomatologicznej, zlokalizowanej w siedzibie placówki oraz czterech gabinetach zlokalizowanych w szkołach ( trzech podstawowych i gimnazjum ).

W gabinetach, które zlokalizowane są w placówkach oświatowych ( szkołach) realizowane są jedynie świadczenia dla osób do ukończenia 18 roku życia.

Ilość udzielonych świadczeń przez ten dział w roku **2012** liczy 29 309 świadczenia w tym 13 551 świadczeń udzielonych osobom do 18 roku życia.

Dział ten „zlecił” diagnostykę z zakresu RTG w ilości 3 109 jednostek.

Rok **2011** działu stomatologii to :

- a) 29 142 świadczenia ogółem w tym 13 484 świadczenia udzielone dzieciom,
- b) wykonanych zdjęć RTG zewnątrzustnych – 3 099

**e) medycyny pracy**, - jest dział orzecznictwa pracowniczego. Koszty orzecznictwa wg stanu prawnego ponosi pracodawca, który kieruje pracownika na badania wstępne, okresowe lub kontrolne. Orzekanie o możliwości zajmowania stanowiska pracy z uwzględnieniem warunków uciążliwych lub szkodliwych charakteryzujących dane stanowisko pracy. Dział, który jest poza systemem ubezpieczeń zdrowotnych – nie jest finansowany ze środków publicznych.

Ilość wydanych orzeczeń w roku **2012** to 851.

Rok **2011** to 768 wydane orzeczenia

## II. CZĘŚĆ FINANSOWA

		2011	2012
A	Przychody wynikające z kontraktu z NFZ	6 454 651,74	6 550 087,54
B	Przychody ze świadczonych usług medycznych	619 737,90	566 820,10
	Przychody medyczne		
1	razem:	7 074 389,64	7 116 907,64
2	Inne przychody (najem, czynsze itp.)	207 223,52	198 880,76
3	Przychody - dotacje		38 411,32
	Razem:	7 281 613,16	7 354 199,72

## Koszty

1	Koszty bezpośrednio związane ze świadczeniem usług medycznych	5 454 201,60	5 376 395,06
2	Koszty ogólnozakładowe	1 614 875,69	1 825 803,29
3	Pozostałe koszty	128,18	30 914,32
4	Amortyzacja	206 641,33	79 727,66
5	Amortyzacja środków pochodzących z dotacji		38 411,32
	Razem:	7 275 846,80	7 351 251,65

Wynik na całokształcie działalności  
ujęty w Rachunku zysków i strat:

Przychody	7 281 613,16	7 354 199,72
Koszty	7 275 846,80	7 351 251,65
Zysk	5 766,36	2 948,07



**Wyjaśnienia:**

Przychody - dotacje są to dotacje otrzymane w latach wcześniejszych i przeznaczone na zakup lub modernizację środków trwałych.

Dla rozliczenia bieżącego roku nie są to przychody wyrażone w pieniądzu. Odpowiada im pozycja kosztów nr 5. Amortyzacja środków pochodzących z dotacji.

Wynik finansowy tych pozycji wynosi "0". Taka konstrukcja prezentowania tych wartości wynika z ustawy o rachunkowości i ustawy o podmiotach leczniczych. Jej celem było z jednej strony pokazanie zużycia majątku trwałego (amortyzacja), ale w taki sposób, by nie miało to wpływu na bieżący wynik jednostki

Na koszty bezpośrednio związane ze świadczeniem usług medycznych składają się:

- 1 wynagrodzenia, narzuty na wynagrodzenia i inne koszty pracownicze personelu medycznego ( lekarze, pielęgniarki) oraz personelu wspomagającego świadczenie usług medycznych (rejestracja, statystyka medyczna)
- 2 zakup materiałów na potrzeby medyczne takich jak: leki, szczepionki, odczynniki, sprzęt medyczny itp.,
- 3 wartość świadczeń wykonywanych przez lekarzy na podstawie wystawianych rachunków,
- 4 konserwacje, naprawy sprzętu medycznego

Do kosztów ogólnozakładowych zalicza się:

- 1 wynagrodzenia, narzuty na wynagrodzenia i inne koszty pracownicze personelu niezwiązanego ze świadczeniem usług medycznych (administracja, utrzymanie czystości)
- 2 zakup materiałów niezbędnych do bieżącego funkcjonowania jednostki (materiały biurowe, środki czystości itp.)
- 3 koszty bieżących napraw i konserwacji budynku,
- 4 zakup energii, gazu, wody,
- 5 zakup usług niezbędnych do bieżącego funkcjonowania jednostki takich jak: usługi telekomunikacyjne, transportowe, informatyczne.

Amortyzacja – nie jest wydatkowaniem środków pieniężnych ale wpływa na wynik finansowy gdyż jest pozycją kosztową

Różnica w pozostałych kosztach między rokiem 2011 a 2012 wynika ze zmiany ujmowania kosztów dotyczących lokali mieszkalnych znajdujących się w budynku przychodni

Od roku 2012 koszty te są ewidencjonowane oddzielnie i nie obciążają kosztów ogólnozakładowych jednostki

### III. WNIOSKI

W związku z formą działalności placówki – forma samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – SP ZOZ-MOZ w Zielonce realizuje głównie zadania wynikające ze stanu prawnego określonego dla całej sfery świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Realizacja świadczeń odbywa się głównie według zasad określonych przez system prawa.

Stanowione przez Narodowy Fundusz Zdrowia akty prawa uszczegółwiają elementy realizacji świadczeń i dodatkowo określają warunki konieczne do spełnienia by „nastąpiło” przekazanie środków finansowych.

Realizacja zadań wg działań :

#### 1. Podstawowa Opieka Zdrowotna :

- a) nieznaczny wzrost liczby pacjentów „deklarujących” się w porównawczym okresie roku **2011** i **2012**. Należy jednak mieć na względzie fakt , iż w ciągu roku 2012 ilość deklaracji, które zostały wycofane z powodu zdeklarowania się pacjentów do innych placówek z terenu Mazowsza i innych województw oraz z powodu zgonów pacjentów. Ogólna liczba wycofanych deklaracji w roku **2012** to 1212. Ilość wycofanych deklaracji stanowią : 268 deklaracji usuniętych z powodu zgonu pacjenta ; 630 deklaracji z powodu zmiany oddziału NFZ ; 314 deklaracji pacjentów zdeklarowanych do innych placówek z terenu Mazowsza. Ważną kwestią w zakresie deklaracji wycofanych ( głównie co miesięcznej weryfikacji listy POZ przez NFZ ) z powodu zdeklarowania się do innych placówek z terenu Mazowsza jest fakt, że znaczna ilość pacjentów ( głównie mieszkańców Zielonki ) deklaruje się ponownie do naszej placówki. W placówce przyjęto zasadę pisemnego informowania pacjenta o fakcie wycofania deklaracji w związku z weryfikacją NFZ. Zasada ta eliminuje niezgodne z prawem praktyki innych placówek w zakresie wykazywania deklaracji pacjentów, którzy nie podjęli decyzji o zmianie POZ. Analiza danych ilości zdeklarowanych pacjentów w roku **2011** ( 15 832 ) i **2012** ( 15 898 ) z uwzględnieniem wycofanych deklaracji ( bez względu na uzasadnienie ) pozwala na wyciągnięcie wniosku, że ilość zdeklarowanych pacjentów stanowi stałą wartość.
- b) analiza ilości udzielonych porad w okresie rok do roku stanowi również porównywalną ilość. Rok **2011** to 107 760 porad różnego rodzaju w tym 53 890 porad lekarzy, rok **2012** to 107 900 porad w tym 54 350 porady lekarzy.
- c) wzrost ilości zleconych i wykonanych badań laboratoryjnych w stosunku do roku 2011 ( 32 793 badania 2011 rok – rok 2012 - 33 591 badania )
- d) wzrosty ilości wykonanych badań diagnostycznych ( w stosunku do roku 2011) w zakresie : RTG 2011 rok 2581 badania 2012 rok 3118 badania ; USG ( jama brzuszna) rok 2011 732 badania 2012 rok 813 badań.
- e) Spadek ilości wykonywanych diagnostyk w zakresie EKG : 2011r. – 1980 ; 2012r. – 1896. Spadek ilości tej diagnostyki jest wynikiem pracy poradni kardiologicznej w której świadczeń udziela 4 kardiologów, ponadto na ten spadek wpływa fakt, że kopie badań diagnostycznych wykonywanych na zlecenie lekarzy specjalistów są „przekazywane” do historii choroby pacjenta – do wiadomości lekarza POZ. Rozwiązanie to pozwala zmniejszać fakt powielania badań diagnostycznych wykonywanych pacjentowi.

#### 2. Specjalistyka AmbulATORYJNA:

- a) zmiany w zakresie realizacji świadczeń w roku 2012 i „wycofanie się” NFZ z ponoszenia kosztów związanych z badaniami USG Doppler spowodowały, że ten zakres diagnostyki nie jest już wyodrębniony w zakresie odrębnego finansowania. Zmiana ta spowodowała znaczny wzrost ilości badań diagnostycznych w zakresie USG – wskaźnik wzrostu 48%. W roku 2011 wykonano 2 062 badania USG natomiast w roku 2012 - 3 055 badań.
- b) odnotować należy również wzrost w obrębie diagnostyki zlecanej i wykonywanej roku 2012 w stosunku do roku 2011:
  - badania laboratoryjne wzrost o 20%
  - diagnostyka RTG wzrost o 8%
  - EEG wzrost o 3%
  - Hollter wzrost o 29%

c) ilość udzielonych porad w zakresie specjalistki ambulatoryjnej również wykazuje tendencję wzrostu : 2011r. – 38 938 usług ; 2012r. 39 600 usług.

Dzięki wzrostowi „kontaktu”, w trakcie roku 2012 oraz decyzji o „przesuwaniu” ilości świadczeń niewykonanych w poradniach na rzecz poradni „wykazujących” nadwykonania , ponadto stałe monitorowanie wykonania świadczeń w porównaniu z „kontraktem” wartość nadwykonań ( nie zapłaconych ) to kwota 24 849,45zł.

W tym zakresie działalności od listopada 2012 są udzielane odpłatne porady z zakresu gastroenterologii. Podjęcie decyzji o udzielaniu świadczeń odpłatnych w tym zakresie była podyktowana ( od kilku lat) ustnymi wnioskami pacjentów. Od co najmniej dwóch lat placówka starała się o zawarcie umowy z NFZ na ten zakres działalności- niestety brak środków finansowych uniemożliwia NFZ zawarcie umowy na świadczenie bezpłatnych, dla pacjenta, usług. Zwleknięcie z decyzją o uruchomieniu tego rodzaju świadczeń było efektem przeświadczenia, że główny zakres świadczeń to świadczenia bezpłatne dla pacjentów. Pacjenci wnosząc ustne wnioski by tego rodzaju świadczenia były otrzymywali odpowiedź negatywną z uzasadnieniem, że brak jest kontraktu. W momencie gdy zwiększyła się ilość pacjentów deklarujących chęć ponoszenia kosztów za te usługi – podjęto decyzję o rozpoczęciu udzielania tego rodzaju świadczeń. Analiza ilości udzielonych świadczeń ( od listopada 2012 do końca marca 2013r. płatnych dla pacjenta) 44 pacjentów , świadczy, o potrzebie tego rodzaju świadczeń nawet płatnych – fakt płacenia za usługi w tym wypadku nie jest elementem eliminującym potrzeby pacjentów.

### 3. Rehabilitacja lecznicza :

a) spadek ogólnej ilości udzielonych świadczeń w stosunku do roku 2011. W szczególności największy spadek ilości świadczeń dotyczy fizjoterapii ambulatoryjnej a wzrost ilości świadczeń w ośrodku rehabilitacji dziennej. Ogólna ilość świadczeń w 2012 roku to 40 357 natomiast w 2011 było 41 415 świadczeń. Z ogólnej ilości porad :

a) **2011r.** 36 149 zabiegów ; 4 134 świadczenia ośrodka rehabilitacji dziennej ;

1 132 konsultacje lekarza rehabilitacji,

b) **2012r.** 34 827 zabiegów ; 4 437 świadczeń ośrodka rehabilitacji dziennej;

1 093 konsultacje lekarza rehabilitacji.

Zmniejszenie ilości zabiegów i porad lekarskich to efekt konieczności podjęcia decyzji o zmniejszeniu ilości udzielanych świadczeń. Uzasadnieniem decyzji był fakt iż dział rehabilitacji w tym zakresie od lat nie podlega zwiększeniu ( najslabiej finansowany dział w NFZ ) również w zakresie tych świadczeń NFZ nie reguluje tak zwanych „nadwykonań” ( od lat ) oraz fakt konieczności zmniejszania należnych kwot za tak zwane „nadwykonania”. Podjęta decyzja to również efekt nie zapłaconych należności przez NFZ za rok 2011 ogólna kwota to ponad 96 tys zł. W okresie minionych lat, kiedy w różnym stopniu były regulowane, przez NFZ, należności z tytułu „ nadwykonań” placówka mogła „pozwoić sobie” na duże nadwykonania w tym zakresie. Mimo ograniczenia usług rok 2012 „zamknął” się, dla tego działu, należnościami nie uregulowanymi z tytułu „nadwykonań” . Ilość wykonanych świadczeń ponad limit ( zabiegi ) to : 9 235 pkt co stanowi kwotę 10 712,70zł. ; konsultacje lekarza rehabilitacji to 2 054 pkt wykonanych ponad limit i niezapłaconych przez NFZ, konsultacje ponadlimitowe stanowią kwotę 2 670,20zł. Ogólna kwota z tytułu usług ponadlimitowych, dla zabiegów i konsultacji lekarza ( nie zapłaconych ) to 13 382,90zł.

Wzrost ilości świadczeń w ośrodku rehabilitacji dziennej to efekt tendencji płacenia przez NFZ za nadwykonania w tym zakresie. Mimo wykonanych świadczeń ponad limit ( głównie I półrocze 2012) ten zakres nie wykazuje tak zwanej straty z tytułu niezapłaconych świadczeń ponadlimitowych. W roku 2012 ponadlimitowe świadczenia wyniosły 5 730 pkt co stanowiło kwotę 6 589,50 zł. – uregulowaną przez NFZ.

#### 4. Stomatologia :

- a) nieznaczny wzrost, w porównywalnym okresie roku 2011 ilości udzielonych świadczeń.  
2011 rok : 29 142 świadczenia w tym 13 484 świadczenia udzielone osobom do 18 roku życia;  
2012 rok : 29 309 świadczenia w tym 13 551 świadczeń udzielonych dzieciom i młodzieży do 18 roku życia.
- b) nieznaczny wzrost wykonanej diagnostyki ( RTG zębów – NFZ finansuje jedynie 2 zdjęcia wykonane dla danego pacjenta w okresie 12 miesięcy ) związany jest z ilością udzielonych świadczeń. Rok 2011 – 3 099 zdjęć 2012r. – 3 109 zdjęć.

Dział ten nie wykazuje należności nie zapłaconych z tytułu nadwykonań. Jest to efekt podjętej decyzji w trakcie roku o przesunięciu niedowykonań w dziale świadczeń dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia do dział świadczeń ogólnostomatologicznych ( głównie dorośli ). Niedow wykonanie limitu w świadczeniach dla dzieci i młodzieży to skutek wieloletniej pracy gabinetów stomatologicznych zlokalizowanych bezpośrednio w placówkach oświatowych i możliwość „pokrycia” nadwykonań w świadczeniach dla dorosłych.

#### 5. Medycyna pracy :

- a) wzrost „wydanych” orzeczeń w stosunku do analizowanego roku 2011 o 10,8%.  
Na efekt wzrostu wpłynął m.in. fakt iż w trakcie roku 2012 „zatrudniono” dodatkowo jeszcze jednego lekarza uprawnionego do wydawania orzeczeń w tym zakresie. W ilości lekarzy w roku 2012 lekarz ten nie jest wyodrębniony gdyż jest to jeden z lekarzy udzielających również świadczeń w zakresie POZ – lekarz udziela świadczeń w poradni lekarza POZ i w innym terminie orzeka z zakresu medycyny pracy.  
Wzrost „wydawanych” orzeczeń to również zapewnianie przez placówkę kompleksowości diagnostyki i konsultacji niezbędnych ( określonych prawem ) przed wydaniem orzeczenia.

### PODSUMOWANIE

1. Wzrost kosztów utrzymania w kosztach ogólnozakładowych – elementy te nie są uwzględniane przy ustalaniu planów rzeczowo-finansowych przez NFZ,
  2. Zmiany zasad realizacji świadczeń przez NFZ, nawet kilka razy w roku, powodują ogromne utrudnienia w realizacji zadań i są elementem powodującym niepokój pacjentów wynikający z niezrozumienia tych zasad. Zmiany tych zasad często powodują utrudnienia w dostępie do świadczeń. Elementem, który powoduje ograniczenia jest również ograniczony co do wartości kwotowej i ilościowej plan rzeczowo-finansowy ustalany przez NFZ. Dodatkowym elementem wpływającym negatywnie na realizację „potrzeb” w tym zakresie jest , od roku 2011 , ogólny brak środków, którymi „dysponuje NFZ, co w efekcie prowadzi do braku regulowania należności za tak zwane nadwykonania, co powoduje podejmowanie decyzji o udzielaniu świadczeń w ramach posiadanych limitów, które nie odpowiadają potrzebom.  
Ten element wymusza by realizacja planów rzeczowo-finansowych nie miała dużych wskaźników „nadwykonalności”. Zmiany, które wprowadził NFZ w roku 2011 i 2012 w dziale specjalistki ambulatoryjnej spowodowały :
- a) wzrost kosztów – niewspółmierny w stosunku do poziomu finansowania – brak zmian w wycenie punktów rozliczeniowych,
- b) zmiany szczegółów realizacji świadczeń – w roku 2012 ( do realizacji od stycznia 2013 ) wprowadzono zmiany Zarządzeniem Prezesa NFZ „wymuszającą” zwiększenie ilości porad dla zrealizowania planowych limitów bez zwiększenia wyceny w niektórych poradniach oraz zmianę polegającą na wyższej wycenie punktowej porad też w niektórych poradniach. Wyższy współczynnik punktowy niektórych porad powoduje, że dla wykonania planowych limitów należy podejmować decyzję o zmniejszeniu ilości porad.

- c) zmieniona cała sfera obowiązujących norm prawnych, która wpływa na realizację poszczególnych zadań – zmieniona od kwietnia 2011 podstawa funkcjonowania placówek – obecnie jest to ustawa o działalności leczniczej. Brak nadal całej grupy rozporządzeń wykonawczych do ustaw są również elementami utrudniającymi realizację zadań.
3. Trwająca właśnie kolejna reforma całej sfery życia społecznego z krótkim okresem dostosowawczym jest głównym zagrożeniem.
4. Rok 2013 i rok 2014 to lata planowanych zmian :
- decentralizacja NFZ ( plan – czerwiec 2013),
  - trwające zmiany wewnątrz oddziału NFZ – zmniejszanie zatrudnienia utrudni obsługę placówek może również spowodować jeszcze większe opóźnienia w rozliczaniu bieżącej pracy. Obecnie już można zaobserwować opóźnienia w dziale weryfikacji sprawozdawanych świadczeń co powoduje opóźnienia ( w stosunku do lat ubiegłych ) w przekazywaniu środków finansowych,
  - wprowadzenia elektronicznej karty pacjenta ( od stycznia 2014) bez uwzględnienia sfinansowania informatyzacji placówek,
  - zbliżający się termin od którego „znika” papierowa forma dokumentacji medycznej ( 1 sierpnia 2014r.) napawa wieloma obawami związanymi głównie z brakiem przepisów prawa regulującymi szereg kwestii takich jak np. podpisywanie różnego rodzaju oświadczeń i zgód przez pacjentów, „wystawianie recept i skierowań „zewnętrznych” ( brak jest jeszcze rozwiązania prawnego i elektronicznego )
5. Zmiana norm prawnych połączona z „niedostatkiem” finansowania przez NFZ, powodują ograniczanie dostępności do świadczeń, co często jest wręcz dramatem dla pacjentów. W obecnym czasie ( podobnie jak w porównywalnym okresie sesji 2012 roku, gdy był czas sprawozdania z działalności za rok 2011) właśnie NFZ ponownie weryfikuje wszystkie świadczenia z roku 2012. Wsteczna weryfikacja w tym roku ( za cały 2012) nie powoduje ( na razie) znacznego zmniejszenia finansowania działalności.
6. Niedostateczne finansowanie działalności często powoduje podejmowanie nie łatwych decyzji takim przykładem jest niedostateczna ilość „odebranych” połączeń telefonicznych. Można podjąć decyzję o zwiększeniu zatrudnienia w dziale rejestracji dla zadania odbierania połączeń telefonicznych ale taka decyzja spowoduje zmniejszenie ilości środków finansowych przeznaczonych na pozostałą działalność. Zmniejszanie ilości np. lekarzy ; pielęgniarek lub innego personelu działalności podstawowej na rzecz np. telefonistek w znacznym stopniu „pogorszy” sytuację pacjentów. Może to mieć otóż taki skutek, że telefony będą odbierane ale będą jeszcze większe ograniczenia w świadczeniu usług. Należy pamiętać, że obecny stan prawny kwestię „zapisów” pacjenta na wizytę określa poprzez trzy możliwe sposoby :  
1) osobiście 2) telefonicznie 3) przez osoby trzecie.  
Przy podejmowaniu różnego rodzaju decyzji należy przede wszystkim pamiętać, że podstawą działalności jest świadczenie usług medycznych. Priorytetem jest zwiększanie ich ilości i podnoszenie poziomu ich świadczenia.
7. Ogromne zaangażowanie pracowników ( bez względu na formę zatrudnienia ) pozwala w tak trudnym czasie realizować zadania, mimo dość niesprzyjających warunków zewnętrznych. Personel placówki jest najsilniejszym „elementem” mocnej strony SP ZOZ-MOZ w Zielonce.
8. Ponadto do „mocnych” stron placówki należy zaliczyć:
- ilość poradni specjalistycznych, które świadczą bezpłatnie, dla pacjenta, usługi w tym : jedyne w powiecie wołomińskim takie jak : chorób naczyń; chorób metabolicznych ( zapewniająca również konsultacje dietetyka) ; reumatologii; chirurgii dzieci; logopedyczna. Jako nieliczne poradnie w powiecie takie jak : neurologii dzieci; alergologii dzieci; gruźlicy i chorób płuc, medycyny sportowej
  - różnorodność udzielanych świadczeń : poz, specjalistka; stomatologia ,rehabilitacja w tym rehabilitacja „neurologiczna” dzieci w ośrodku rehabilitacji dziennej ( wielopoziomowa rehabilitacja dzieci – dziecko „pod opieką” zespołu , którego członkami ze sobą współpracującymi są : lekarz rehabilitacji; lekarz neurolog dziecięcy; specjaliści z zakresu fizjoterapii dziecięcej; terapeuci zajęciowi; psycholog; logopeda; )

- c) zapewnienie różnego rodzaju diagnostyki w miejscu udzielania świadczeń jakiej jak : RTG; EEG; Hollter; Echo serca, laboratoryjnej,
- d) różnorodność działalności może w przyszłości mieć ogromne znaczenie. Pozwala na to analiza założeń do opieki koordynowanej, która zakłada uzależnienie poziomu finansowania od możliwości zapewnienia jak najszerzej kompleksowej opieki nad pacjentem. Ogólne założenia do tego modelu świadczeń zakładają również, że ze świadczeń udzielanych w danej placówce będą mogli „korzystać” jedynie pacjenci, którzy „zapiszą” się do danej placówki.
- e) posiadaną bazę sprzętu do leczenia, rehabilitacji i diagnozowania w tym :
  - 1) jedyny aparat w powiecie do masażu limfatycznego – rehabilitacja osób z chorobami nowotworowymi i naczyniowymi ( placówki świadczące usługi z zakresu onkologii – mając informację o posiadanym aparacie – kierują pacjentów bezpośrednio do naszej placówki, są to m.in. Centrum Onkologii z Ursynowa i z ul. Wawalskiej )
  - 2) jedyny w powiecie aparat do kriokoagulacji w poradni ginekologiczno-położniczej
  - 3) jedyna kabina w powiecie do prowadzenia diagnostyki badania poziomu słuchu w poradni otolaryngologicznej
  - 4) wyposażenie w sprzęt diagnostyczny w poradni okulistycznej,
  - 5) wykonywana diagnostyka w zakresie biopsji tarczyc
  - 6) wysokiej klasy aparat RTG i USG.

Wyposażenie w sprzęt i współpraca z różnego rodzaju specjalistami to element pozyskiwania środków finansowych z tytułu tak zwanego podwykonawstwa dla innych placówek. Podwykonawstwo to wynik obowiązujących zasad realizacji umów z NFZ. Zgodnie z obowiązującym stanem prawnym dana placówka wykonując dany zakres działalności ma obowiązek zapewnić pewien określony zakres diagnostyczny i jeśli jest to diagnostyka, którą można zapewnić ( wg zarządzenia Prezesa NFZ ) po za miejscem udzielania świadczeń a nie ma się możliwości zapewnienia w siedzibie to wówczas diagnostyka jest wykonywana u podwykonawcy ( koszty diagnostyki ponosi placówka – jest to diagnostyka bezpłatna dla pacjenta )

9. W obecnym stanie prawnym trudno określić jakie mocne strony działalności mogą „uwidocznić” się po zakończeniu całego procesu reformowania. Opisane powyżej są stwierdzeniem stanu na obecną chwilę.

Poza wskazanymi, w pierwszej części podsumowania, zagrożeniami warto wspomnieć o „słabych” stronach placówki.

Do tego należy zaliczyć :

- 1) brak odpowiedniej ilości lekarzy pediatrów – brak na rynku pracy lekarzy tej specjalności
- 2) brak powierzchni przeznaczonej pod działalność podstawową – powierzchnia obecna zaczyna hamować rozwój placówki. W roku 2012 pod działalność podstawową przeznaczono 4 pomieszczenia ( urządzając je na gabinety lekarskie ) zajmowane przez administrację. Administrację przeniesiono do pomieszczeń nad apteką. Sytuacja w zakresie ilości gabinetów poprawiła się na krótko.
- 3) brak odpowiedniej powierzchni parkingowej w stosunku do ilości parkowanych samochodów. Niedostateczna powierzchnia parkingowa powoduje, że samochody parkowane są nawet na chodniku prowadzącym bezpośrednio do wejścia placówki co stwarza pewien poziom zagrożenia w sytuacji konieczności wezwania karetki reanimacyjnej. Pacjenci nie respektują zakazu parkowania i zatrzymywania się na tym ciągu drogowym przeznaczonym głównie dla pieszych.
- 4) istniejące z lat 90 rozwiązanie centralnego gazowego ogrzewania placówki.