Ad. 1

Prywatyzacja, to forma sprzedaży. Zdrowie publiczne, to domena instytucji publicznych. Ma ona gwarantować równy dostęp do świadczenia usług zdrowotnych. Ze zdrowiem nie należy eksperymentować poprzez pozostawienie tej domeny w rękach prywatnych. W przypadku prywatyzacji, samorząd powiatowy straci nadzór właścicielski nad funkcjonowaniem szpitala. A dzisiaj jesteśmy wręcz przekonani, że sprawnie działający szpital niesie za sobą rozwój samorządu. Dlatego też jesteśmy przeciwnikami prywatyzacji.

Ad 2.

Mniejsza liczba łóżek, to mniej świadczeń zdrowotnych. Sytuacja finansowa szpitala nie jest spowodowana „łóżkami”. Zmniejszenie liczby łóżek, to mniej świadczeń i mniej wpływów środków publicznych. Likwidacja oddziałów i ograniczenie łóżek jest absurdem. Niewyobrażalne jest, że szpital, który ma problemy finansowe ogranicza liczbę łóżek czy likwiduje oddziały. To wbrew ekonomii. Należy poszukać innych rozwiązań, chociażby związanych z wprowadzeniem ładu korporacyjnego, analizę finansową szpitala i rozmawiać o kształcie kontraktu z NFZ.

Ad. 3

Każdy kolejny dyrektor, który będzie startował w konkursie będzie musiał przedstawić rozwiązania prorozwojowe, a nie zmierzające do likwidacji szpitala. Przede wszystkim, chcemy zapoznać się z finansami szpitala, treścią kontraktu z NFZ. Wprowadzić pewien ład korporacyjny. Dokładnie przyjrzeć się finansów szpitala. Aktualnie nadzór właścicielski szpitala pozostawia wiele do życzenia.

Ad.4

Proszę Państwa odpowiedź na to pytanie wymaga analizy sytuacji finansowej placówki, sposobu finansowania przez NFZ wynagrodzeń dla personelu szpitala, nie może być udzielona adchoc. Sytuacja finansowa szpitali powiatowych uległa pogorszeniu ws. regulacji wynagrodzeń która miała miejsce 1 lipca 2022 roku- niemniej jednak pragnę podkreślić by rozmawiać o zapisach i postanowieniach w regulaminie trzeba odnieść się do funkcjonowania placówki, ilości udzielania świadczeń na rzecz pacjentów. Każdy winien otrzymywać wynagrodzenie za wykonywaną pracę, godne wynagrodzenie, wynagrodzenie zgodne z oczekiwaniami zarówno pracownika jak i pracodawcy i wtedy jest to uczciwe, bez analizy treści zapisów niemożliwe jest odnoszenie się do czegokolwiek, tym bardziej do tak drażliwego tematu jakim są wynagrodzenia – Będę stał na straży pracownika, każdego pracownika który w sposób sumienny i oddany dba o dobro pacjenta jak i o dobro placówki.

Ad 5.

To pytanie powinno zostać skierowane przede wszystkim do organizacji związkowych szpitala, to one reprezentują interesy zrzeszonych członków i to w ich imieniu działają, także wyrażają zgodę na przenoszenie środków lub zwolnienie na obowiązkowy odpis i przekazanie środków na zakładowy fundusz socjalny. Sprawy pracownicze są sprawami bardzo ważnymi i trudnymi wymagają przede wszystkim wyważenia i rozważenia by dobro zarówno pracowników jak i pracodawcy było w harmonii. Odpis na fundusz świadczeń socjalnych w danym roku na jednego zatrudnionego wynosi **2417,14 zł** (6445,71 × 37,5%),

odpis na pracownika zatrudnionego w warunkach szczególnych wynosi **3222,86 zł** (6445,71 × 50%),

odpis dodatkowy na emerytów wynosi **402,86 zł** (6445,71 × 6,25%).

Porównując kwotę odpisu podstawowego obowiązującego w II półroczu 2023 r. (1914,34 zł) z obowiązującym w 2024 r. (2417,14 zł), pracodawcy muszą się liczyć ze wzrostem kosztów działalności socjalnej o 502,80 zł na pracownika.

I w tym miejscu musimy się wspólnie zastanowić jaki jest nasz wspólny cel i porozmawiać o skutkach tak wysokiej kwoty odpisu na ZFŚS – i jak znaczącą przełoży się na budżet szpitala.

Kwota rocznego odpisu na ZFŚS w naszym szpitalu to 1mln 300 tyś.

Ad. 6

Szanowni Państwo – jesteśmy wygodnym społeczeństwem i mam tu namyśli komfort i wygodę, każdego dojeżdżającego do pracy własnym samochodem.Miejsca parkingowe to odwieczny temat i bolączka niemal każdej instytucji publicznej, taką jest również szpital. Opata za parkowanie nie wiąże z żadnym widzimisię lecz pokrywa koszty administracyjne związane z opłatą podatku od nieruchomości, czy też pokrywa koszt ich utrzymania ( sprzątania i odśnieżania), jak wiemy, czytamy i rozmawiamy o sytuacji finansowej szpitala, jest ona nie najlepsza - to nie przenośmy kosztów na zakład pracy. Stawki za parkowanie wynoszą: 15 minut bez opłat, 1- sza godzina – 3 zł kolejna następna 2 zł, abonament 30 dniowy dla pracowników to kwota 30 zł. miesięcznie dla pacjentów 70 zł. Doba za parkowanie wynosi 20 zł, abonament tygodniowy to kwota rzędu 40 zł. – jak widzimy obecne stawki za parkowanie nie należą do najwyższych – uwzględniają preferencyjne stawki dla pracowników. Oczywiście jest przestrzeń do rozmowy. Drodzy Państwo przemyślmy, idzie wiosna, bądźmy pro eko, korzystajmy z rowerów, promujmy nasz region – w końcu KROSS jest największym producentem rowerów znanym nie tylko w Polsce – sport to zdrowie.

Ad.7

Komisja – raporty – audyty - przeprowadzaliśmy ich wiele -to już było – jaki jest ich efekt- co wniosły – koszt za opracowanie i sporządzenie.Z raportów i sprawozdań widzimy iż Szpital się nie bilansuję. Wykonany duży raport na zlecenie powiatu wykazał nierentowność niemal każdej komórki funkcjonującej w szpitalu. A co na nią się składa?: nie współmierna ilość personelu do ilości pacjentów, gospodarka lekami, czy też koszt usług laboratoryjnych świadczonych przez firmę zewnętrzną, koszt prania i wyżywienia. Koszt obsługi informatycznej – nie widzialny, wzrastający z roku na rok.

Wnioski nasuwają się same. O czym rozmawiamy o szpitalu o jego sytuacji finansowej a czym że jest ów szpital i do czego jest powołany:

Szpital – jedna z najważniejszych jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej. W szpitalu udziela się świadczeń zdrowotnych w warunkach zamkniętych. **Najważniejszym zadaniem szpitali jest leczenie pacjentów, ale oprócz tego zajmują się opieką zdrowotną ludzi zdrowych**, np. szpitale położnicze.

Czy da się przełożyć to na pieniądze? Ile jest warte zdrowie i życie każdego z nas?

Jeszcze raz podkreślam Najważniejszy jest pacjent oraz kadra medyczna której na rynku brakuje. Żadna komisja nie poprawi sytuacji finansowej szpitala może jedynie stanowić pomoc. Dobrze wiemy w jakiej sytuacji finansowej są inne placówki – myślę że każdy wie co ma wpływ na kondycję finansową szpitala, jak zmieniła się kondycja finansowa po lipcu 2022 r.

Realizujmy podstawowe zadania szpitala – odzyskajmy zaufanie jako placówka medyczna - otwórzmy poradnie dla pacjentów – a sytuacja finansowa ulegnie porawie.

Ad. 8

To ważne pytanie – pytanie wielowątkowe – na które odpowiedzieć można krótko – to zależy.

Zależy od tego o jakim rodzaju świadczonej pracy mówimy a także od predyspozycji każdego pracownika, potrzeb pracodawcy, oczekiwań społecznych mieszkańców i jakości wykonywanej pracy.

Rozwijając powyższe – rynek medyczny ubogi jest w wykwalifikowaną kadrę medyczną – przykładem może być tu oddział położniczo ginekologiczny w naszym szpitalu – z ilością porodów godną pozazdroszczenia przez inne podobne placówki powiatowe – by funkcjonował zgodnie z oczekiwaniami społecznymi i normami prawnymi – musi posiadać określony personel – mam tu namyśli położne - których zwyczajnie brakuje i w takich wypadkach warto rozmawiać o możliwości świadczenia pracy po osiągnięciu wieku emerytalnego. Oczywiście takich przykładów może być więcej, a każda sytuacja powinna być rozpatrzona indywidualnie, gdyż społeczeństwo naszego powiatu oczekuje nowych miejsc pracy – przasnyski medyk kształci przyszły personel medyczny – a miejsc pracy nie ma. Szpital jest też jednym z największych zakładów pracy.

Ad. 9

Należy rozważyć wszystkie opcje prawne. Od mediacji, po nawet proces.

Ad 10.

Zasze warto rozmawiać – jednak patrząc na to realnie – to szpital powinien skupić się na realizacji świadczeń konkurencyjnych w regionie i rozwinąć zakres świadczonych usług o świadczenia nielimitowane. Owszem powinniśmy przeanalizować umowy innych placówek i przy rozbieżnościach podjąć próbę zmiany wycen – co jest możliwe o ile będzie ogłoszony konkurs na realizację świadczeń.

Ad. 11

Szanowni Państwo zajrzyjmy do definicji zamieszczonej na stronie Ministerstwa Zdrowia i zestawmy ją z rzeczywistością:

**Szpitalny oddział ratunkowy** (SOR) to jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM), która udziela pomocy pacjentowi w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Świadczenia opieki zdrowotnej, których udziela SOR, polegają na:

wstępnej ocenie stanu zdrowia pacjenta,

leczeniu niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych.

Według danych z Narodowego Funduszu Zdrowia w Polsce obecnie działa 246 szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Czytamy dalej :

**Kiedy nie powinieneś korzystać z SOR**

Szpitalny oddział ratunkowy to nie przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej, ani przychodnia specjalistyczna. Dlatego nie korzystaj z niego, aby uzyskać:

receptę na stosowane przewlekle leki;

skierowanie na konsultacje specjalistyczne i badania dodatkowe;

zwolnienie lekarskie, wniosek do ZUS, skierowanie do sanatorium oraz inne zaświadczenia i druki medyczne nie związane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego.

Dokonać analizy i oceny udzielanych świadczeń na SOR – jak one mają się do przytoczonych wytycznych w praktyce, zbadać czy nie dochodzi do sytuacji gdzie pacjenci, którzy po ustabilizowaniu czynności życiowych powinni zostać niezwłocznie przekazani do oddziałów szpitalnych, zgodnie z wskazaniami celem dalszego leczenia i diagnozowania. Dokonać analizy prawidłowości rozliczania świadczeń udzielanych w SOR – czy ich realizacja mieści się w katalogu świadczeń jakie mogą być realizowane w SOR – czy realizowane świadczenia powinny być udzielane w oddziale- co może być realną przyczyną wzrostu kosztów SOR.

Z ogólnych informacji wiem że znaczący wpływ na funkcjonowanie SOR-u ma zmniejszona liczba łóżek na oddziale internistycznym, ogólna niechęć lekarza internisty kierownika tegoż oddziału na przyjmowania pacjentów w oddział w godzinach nocnych jest zjawiskiem powtarzającym się nagminnie a przyczynia się do generowania niepotrzebnych kosztów.

Oceniając pracę każdego oddziału należy mieć na uwadze, że oby właściwie funkcjonował – oprócz wykwalifikowanego personelu musi mieć zapewniony stały dostęp do:

* badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
* badania USG, komputerowego badania tomograficznego oraz do badań endoskopowych, w tym: gastroskopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii;
* sprzętu do badań przy łóżku pacjenta (analizator parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG oraz przewoźny ultrasonograf).

Ad. 12

Każde środki na podwyżki dla personelu zostały zapisane w aktach wykonawczych, jak każdy akt prawa obowiązującego podlega też procedurom wykonawczym również tym przymusowym – na ten moment trudno się wypowiadać bez analizy skali finansowej regulacji wynagrodzeń pracowników SPZZOZ.

By właściwie odnieść się do danej sytuacji trzeba ją poznać i przeanalizować.

Ad. 13

Trochę historii- nie spełnia cztery lata temu doszło do awarii tomografu na pierwszym piętrze - jego naprawa a tak naprawdę wymiana lamy na używaną to był wielki koszt dla szpitala nie do sfinansowania bez pomocy organu założycielskiego. Najbliższy tomograf to szpitale w Makowie i Ciechanowie a w głównej mierze wykorzystywany jest przy diagnostyce udarów mózgu – gdzie liczy się czas- jest on krótki i wynosi 4,5 godziny.

Jest to czas na wykonanie **trombolizy, którą należy przeprowadzić w tym czasie**  od momentu wystąpienia objawów związanych z niedrożnością naczyniową, na oddziale w Ciechanowie czy Ostrołęce – a więc czas odgrywa tu ogromne znaczenie, gdyż pod uwagę należy wziąć również transport pacjenta.

W czasie Covidu zlokalizowany został w obrębie SOR by uniknąć transportu pacjentów z podejrzeniem covidu w głąb szpitala by nie narażać innych na zakażenie.

Nie wiem jaki ma pan zasób wiedzy ale według mojego zasobu wiedzy urządzenie nie użytkowane może być odłączone od sieci – nie działa na zasadzie jak rezonans – ze jego odłącznie spowoduje wyciek wody lodowej czy też gazu – a przed ponownym włączeniem wymagać będzie kosztownego uzupełnienia.

Poza tym Szpital nie jest właścicielem kontenerowej pracowni tomograficznej pozostaje ona w zasobach Agencji Rezerw Materiałowych- więc bez dopełnienia wszystkich procedur rozmowa o jego alokacji jest bezcelowa.

Co z nim zrobić korzystać oszczędzać szpitalny, a w konsekwencji podjąć próbę rozmów o przekazaniu na rzecz szpitala.

Musimy jednocześnie żę**SOR musi mieć zapewniony całodobowy dostęp do:**

* badań diagnostycznych wykonywanych w medycznym laboratorium diagnostycznym;
* badania USG, komputerowego badania tomograficznego oraz do badań endoskopowych, w  tym: gastroskopii, rektoskopii, bronchoskopii, laryngoskopii;
* sprzętu do badań przy łóżku pacjenta (analizator parametrów krytycznych, przyłóżkowy zestaw RTG oraz przewoźny ultrasonograf).

Ad: 14

Negocjacje z NFZ nad zwiększeniem wysokości ryczałtu.

Dokończenie procesu akredytacyjnego zapoczątkowanego w lipcu 2022r.

Przede wszystkim zwiększenie łóżek na oddziałach zabiegowych i internistycznym, wprowadzenie pobytów jedno-dwudniowych w celu wykonania badań specjalistycznych na które jest długi czas oczekiwania w poradniach.

Analiza zużycia leków oraz gospodarka lekami- wprowadzenie rozwiązania pozwalającego na monitoring ich zużycia.

Alokacja łóżek w oddziałach specjalistycznych pod kątem ich alokacji i mam tu na myśli – wykorzystanie łóżek przypisanych w innym oddziale na rzecz innego w celu świadczenia świadczeń wysokopłatnych np. detoks, lub świadczenie dobrze wycenionych procedur nielimitowanych.

Wznowienie funkcjonowania poradni specjalistycznych działających w szpitalu.

Negocjacja z Marszałkiem Województwa Mazowieckiego a także przystąpienie do konkursu ws. świadczenia transportu Systemowego w Powiecie Przasnyskim co realnie przyniosło by zyski dla szpitala – gdyż średnia cena za dobo karetkę to około 5 tyś zł. Obecnie w naszym powiecie świadczy to Meditrans stacjonujący na gołymińskiej.

Jako ostatni punkt to przegląd kadrowy w celu optymalizacji zatrudnienia.