

UCHWAŁA NR IV/23/2019
RADY POWIATU W SOCHACZEWIE
Z DNIA 21 MARCA 2019 ROKU

w sprawie zatwierdzenia Programu Naprawczego Zespołu Opieki
Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz. U z 2018 r. poz. 995 z późn. zm.) oraz art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 2190) **Rada Powiatu w Sochaczewie uchwala, co następuje:**

§ 1.

Zatwierdza się Program Naprawczy Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie, stanowiący załącznik do uchwały.

§ 2.

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Sochaczewie.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY RADY

Andrzej Kierzkowski

UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 59, ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 2190), jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego sporządza program naprawczy z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej SP ZOZ, na okres nie dłuższy niż 3 lata i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.

W związku z tym, że w sprawozdaniu finansowym Szpitala za 2017 rok wystąpiła strata, dyrektor realizując obowiązek nałożony przepisem art. 59 ust. 4 ustawy jak wyżej w związku z przepisem art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (przewidującym obowiązek sporządzenia programu naprawczego po nowelizacji tej ustawy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego szpitala za rok 2017) sporządził i przedstawił podmiotowi tworzącemu do zatwierdzenia Program Naprawczy Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie. Program został złożony w wymaganym terminie.

W związku z powyższym podjęcie przez Radę Powiatu w Sochaczewie uchwały w sprawie zatwierdzenia tego programu znajduje uzasadnienie w powołanych wyżej przepisach prawa.

PRZEWODNICZĄCY RADY


Andrzej Kierzkowski

Program naprawczy Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie



DYREKTOR

Wiesław Nijak

Sochaczew, 31 października 2018 roku

(Podpis i pieczęć Dyrektora)

Spis treści

WPROWADZENIE	4
Rozdział I Analiza aktualnej sytuacji.....	5
1. Sytuacja ekonomiczno-finansowa w latach 2015-2017	5
1.1. Analiza rachunek zysków i strat.....	5
1.1.1. Przychody	5
1.1.2. Koszty	6
1.2. Bilans.....	7
1.2.1. Aktywa.....	8
1.2.2. Pasywa.....	9
1.3. Analiza wskaźnikowa.....	11
1.3.1. Wskaźniki zyskowności	11
1.3.2. Wskaźniki płynności	12
1.3.3. Wskaźniki efektywności	12
1.3.4. Wskaźniki zadłużenia	13
2. Analiza wykonanych świadczeń.....	13
Rozdział II Główne cele zmierzające do poprawy sytuacji ekonomicznej	15
Szpitala	15
1. Analiza przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej Szpitala	15
2. Założenia programu	15
3. Diagnoza problemów Szpitala.....	15
4. Działania mające na celu realizację programu naprawczego	16
Rozdział III Informacja o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację.....	19
ekonomiczno-finansową Szpitala.....	19
Podsumowanie i wnioski końcowe	21

WPROWADZENIE

Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie zwany w dalszej części Szpitalem Powiatowym w Sochaczewie lub Szpitalem jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, będącym podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. Podmiotem tworzącym dla Szpitala Powiatowego w Sochaczewie jest Powiat Sochaczewski. Siedziba Szpitala zlokalizowana jest w mieście Sochaczew przy ulicy Batalionów Chłopskich 3/7.

Szpital Powiatowy dla mieszkańców powiatu świadczy usługi medyczne w następujących zakresach: anestezjologia i intensywne terapia, chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, neonatologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, w tym świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego, pediatria, położnictwo i ginekologia, szpitalny oddział ratunkowy (SOR), rehabilitacja lecznicza, świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie badań endoskopowych przewodu pokarmowego- gastroskopia i kolonoskopia, tomografii komputerowej, diagnostyka i leczenie onkologiczne, świadczenia w ramach poradni specjalistycznych.

W związku z osiągnięciem w roku 2017 straty netto zgodnie z ustawą o działalności leczniczej na kierowniku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej spoczywa obowiązek przygotowania programu naprawczego. Ponieważ przepisy ustawy o działalności leczniczej nie wskazują zakresu, jaki powinien obejmować program naprawczy w praktyce przyjmuje się wytyczne zawarte w Ustawie z 15 kwietnia 2015 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Punktem odniesienia do oceny skutków planowanych działań naprawczych oraz sytuacji finansowej i majątkowej na koniec okresu jest analiza stanu obecnego. Za okres retrospektywny przyjęto trzy lata poprzedzające sporządzenie programu naprawczego. Podstawowym założeniem w zakresie działalności i funkcjonowania jednostki w okresie realizacji działań naprawczych jest stan faktyczny obowiązujący w dniu sporządzania niniejszego dokumentu oraz uwarunkowania systemowe.

Rozdział I Analiza aktualnej sytuacji

1. Sytuacja ekonomiczno-finansowa w latach 2015-2017

1.1. Analiza rachunek zysków i strat

Rachunek zysków i strat sporządzany jest w wariacie porównawczym. Kategorie przychodów i kosztów, które stanowią podstawę do sporządzenia rachunku zysków i strat są analogiczne do tych zdefiniowanych w ustawie o rachunkowości.

1.1.1. Przychody

Tabela 1. Główne pozycje przychodów rachunku zysków i strat za lata 2015-2017

Pozycje przychodów w rachunku zysków i strat			
Wyszczególnienie	2015	2016	2017
Przychody netto ze sprzedaży i zrównanie z nimi, w tym:	50 274 404,53	51 304 510,38	55 390 268,09
Pozostałe przychody operacyjne	2 934 104,79	2 149 971,90	1 266 932,40
Przychody finansowe	12 356,60	12 338,66	10 765,39

Przychody Szpitala tworzą głównie przychody uzyskiwane z NFZ, przychody z refundacji wynagrodzeń rezydentów i stażystów, przychody wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz Rozporządzenia zmieniającego w sprawie OWU dotyczącego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, przychody z tytułu sprzedaży usług na podstawie zawartych umów dotyczących wykonywania badań diagnostycznych, sterylizacji materiału medycznego, świadczenia porad lekarskich, świadczenia usług z zakresu medycyny pracy, a także jednorazowej sprzedaży usług medycznych osobom fizycznym, przychody ze sprzedaży usług niemedyceńskich dotyczące dzierżawy pomieszczeń, sprzętu, prania bielizny, ksero dokumentacji medycznej, transportu sanitarnego oraz pobytu opiekunów dzieci hospitalizowanych, Pozostałe przychody operacyjne obejmują w szczególności przychody uzyskane z darowizn, umorzonych zobowiązań, nawiązek sądowych oraz przychody zaliczone we wcześniejszym okresie do rozliczeń międzyokresowych przychodów dotyczących okresu sprawozdawczego oraz sprzedaży środków trwałych.

Przychody finansowe obejmują przychody z tytułu uzyskanych odsetek bankowych oraz uzyskanych i należnych odsetek od kontrahentów z tytułu nieterminowych płatności.

W roku 2016 w stosunku do roku 2015 nastąpił wzrost o 2,05% i w roku 2017 w stosunku do roku 2016 o 7,96%. Po urealnieniu wysokości przychodów ze sprzedaży o wysokość przychodów z tytułu wzrostu wartości umów z tytułu wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych oraz wynagrodzeń lekarzy rezydentów i stażystów w roku 2016 w stosunku do roku 2015 nastąpiło obniżenie przychodów z NFZ o 0,12% natomiast w roku 2017 w stosunku do roku 2016 nastąpił wzrost o 5,8%. Tak duży wzrost przychodów z tytułu działalności podstawowej w roku 2017 jest wynikiem wejścia w życie od 1 października 2017 roku tzw. „sieci szpitala” dla której poziom finansowania w pierwszym okresie funkcjonowania był ustalony na poziomie wykonania świadczeń na rzecz pacjentów na poziomie z roku 2015.

W grupie pozostałych przychodów operacyjnych uwidocznił się spadek ich wartości, który wynika ze zmiany ujmowania przychodów z refundacji wynagrodzeń lekarzy rezydentów i stażystów (przychody te do roku 2016 ujmowane były w pozostałych przychodach operacyjnych, od roku 2017 dla zachowania współmierności przychodów i kosztów przychody z tytułu refundacji wynagrodzeń księgowane są na kontach działalności podstawowej). Zauważalny jest także spadek wartości przychodów z tytułu przychodów finansowych.

1.1.2. Koszty

Analiza kosztów działalności obejmuje analizę struktury kosztów oraz analizę zmian poszczególnych pozycji kosztowych.

Tabela 2. Główne pozycje kosztów rachunku zysków i strat za lata 2014-2016

Pozycje kosztów w rachunku zysków i strat			
Wyszczególnienie	2015	2016	2017
Koszty działalności operacyjnej	53 647 264,63	53 858 102,10	56 975 034,96
Pozostałe koszty operacyjne	778 769,99	384 117,50	318 611,36
Koszty finansowe	249 785,31	263 593,21	161 699,40

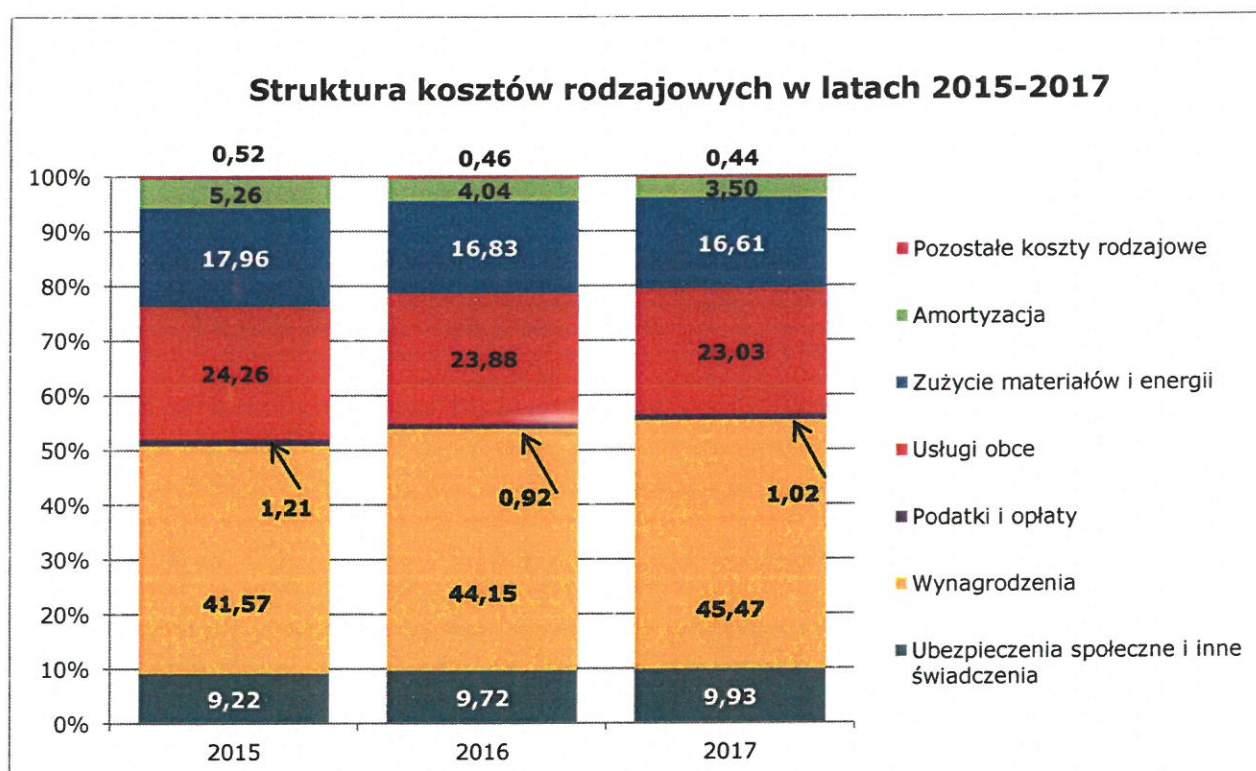
Na koszty funkcjonowania szpitala składają się koszty rodzajowe (zużycie materiałów i energii, usługi obce, podatki i opłaty, wynagrodzenia, świadczenia na rzecz pracowników, amortyzacja, pozostałe koszty), pozostałe koszty operacyjne obejmujące odpisy aktualizujące należności, nieumorzoną wartość sprzedanych środków trwałych, umorzenie podatku od nieruchomości, koszty lat ubiegłych oraz koszty finansowe na które składają się odsetki od kredytu zaciągniętego na spłatę zobowiązań pracowniczych wynikających z „ustawy 203” i „13”, odsetki od kredytu na spłatę 30% pożyczki restrukturyzacyjnej (umorzenie 70%) oraz odsetki od pożyczki na dofinansowanie realizacji zadania termomodernizacji bloku E.

Całkowite koszty Szpitala w roku 2015 wynosiły 54.675.819,93, w roku 2016-54.505.812,81 w a roku 2017 57.455.345,72.



Wykres 1. Relacja przychodów i kosztów ogólnych w mln zł w latach 2015-2017

Na przestrzeni trzech porównywanych lat w związku z ogólnym wzrostem cen zauważalny jest ciągły wzrost kosztów funkcjonowania jednostki. Wszystkie pozycje w analizowanym okresie wykazują wartości podobne, bez żadnych znaczących zmian i odchyień. Największą część kosztów rodzajowych stanowią wynagrodzenia oraz świadczenia społeczne i inne świadczenia, które stanowią od 50,78% w 2015 roku do 55,39% w roku 2017. Należy podkreślić, że całkowite koszty ponoszone przez Szpital na wynagrodzenia za pracę łącznie z umowami cywilno-prawnymi stanowią około 70% kosztów działalności. Na wzrost wartości wynagrodzeń wpływ miały podwyżki wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zagwarantowane im w rozporządzeniu zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej a także realizacja ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz ustawy z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.



Wykres 2. Struktura kosztów rodzajowych w latach 2015-2017- opracowanie własne na podstawie sprawozdań Finansowych.

1.2. Bilans

Suma bilansowa na dzień 31 grudnia 2015 r. wyniosła 28.792.092,68, na koniec 2016 roku- 26.129.840,33 a na koniec 2017 roku 26.536.573,90. Oznacza to spadek wartości sumy bilansowej w 2016 w stosunku do roku poprzedniego o wartość 2.662.252,35 tj. 9,2%, a w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016 wzrost o 406.733,57 tj. o 1,56%.

1.2.1. Aktywa

Tabela 3. Wybrane pozycje aktywów bilansu za lata 2015-2017

Wybrane pozycje aktywów bilansu				
Poz.	Wyszczególnienie	2015	2016	2017
A.	Aktywa trwałe	20 294 719,71	18 352 792,46	18 475 917,97
I.	Wartości niematerialne i prawne	1 053 465,57	830 768,31	577 361,02
II.	Rzeczowe aktywa trwałe	18 970 143,50	17 244 735,01	17 615 107,10
III.	Należności długoterminowe	0,00	0,00	0,00
IV.	Inwestycje długoterminowe	0,00	0,00	0,00
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	271 110,64	277 289,14	283 449,85
B.	Aktywa obrotowe	8 497 372,97	7 777 047,87	8 060 655,93
I.	Zapasy	232 036,18	265 108,82	274 159,25
II.	Należności krótkoterminowe	7 456 167,89	6 436 964,74	6 827 785,30
III.	Inwestycje krótkoterminowe	293 658,41	386 147,06	226 485,03
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	515 510,49	688 827,25	732 226,35
C.	Należne wpłaty na kapitał (fundusz) podstawowy			
D.	Udziały (akcje) własne			
AKTYWA razem		28 792 092,68	26 129 840,33	26 536 573,90

Zmiany wartości poszczególnych składników aktywów i pasywów prowadzą do zmian w strukturze bilansu. W analizowanym okresie aktywa trwałe wykazywały spadek swojego udziału w sumie bilansowej z 70,49% w roku 2015, przez 70,24% w 2016 do 69,62% w roku 2017.

Dynamika środków trwałych wykazała spadek ich wartości w 2016 roku w stosunku do roku poprzedniego o 9,13% a w roku 2017 w korespondencji z rokiem 2016 wzrost o 2,16%. Główną przyczyną zmniejszenia się wartości rzeczowych aktywów trwałych jest strata ich wartości następująca w sposób planowy, wskutek ich używania przez dłuższy czas, którą odzwierciedlają odpisy amortyzacyjne. Wzrost wartości rzeczowych aktywów trwałych w roku 2017 wynikał z przekazania Szpitalowi przez Starostwo Powiatowe w Sochaczewie w nieodpłatne użytkowanie nieruchomości stanowiących własność Powiatu Sochaczewskiego (uchwała nr XXXI/186/2017 Rady Powiatu w Sochaczewie z dnia 29 grudnia 2017 roku).

Rzeczowe aktywa trwałe w 2015 roku stanowiły 65,9% sumy bilansowej oraz 93,5% sumy aktywów trwałych, w roku 2016 odpowiednio 66,0% i 94,0% a w roku 2017- 66,4% sumy bilansowej i 95,3% sumy aktywów trwałych. Pozostały udział to długoterminowe rozliczenia międzyokresowe, które obejmują przeglądy i badanie instalacji elektrycznej i odgromowej, remonty środków trwałych, niskocenne środki trwałe.

W latach 2015-2017 zauważalny jest wzrost udziału aktywów obrotowych w sumie bilansowej. A roku 2015 aktywa obrotowe stanowiły 29,51% sumy bilansowej, w 2016 roku 29,76% a w roku 2017- 30,38%. Dynamika aktywów obrotowych wskazuje spadek ich wartości w roku 2016 w stosunku do roku 2015 o 8,48% natomiast w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016 nastąpił wzrost ich wartości o 3,65%.

Na aktywa obrotowe składają się zapasy, należności krótkoterminowe, inwestycje krótkoterminowe oraz krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe. Największy udział w aktywach obrotowych wykazują należności krótkoterminowe, które w sumie bilansowej stanowią odpowiednio 25,9% w 2015, 24,6% w 2016 i 25,7% w roku 2017. Wskaźnik dynamiki należności krótkoterminowych wynosi 6,07% w roku 2017 w porównaniu z rokiem 2016, natomiast w roku 2016 w stosunku do roku 2015 nastąpił spadek o 13,7%. Pozostałe pozycje składające się na aktywa obrotowe łącznie w sumie bilansowej stanowiły 3,62% w roku 2015, 5,13% w roku 2016 oraz 4,65% w roku 2017. Wskaźnik dynamiki w roku 2016 w relacji z rokiem poprzednim wynosił 28,71% natomiast w roku 2017 w korespondencji z rokiem 2016 uległ obniżeniu o 8%.

1.2.2. Pasywa

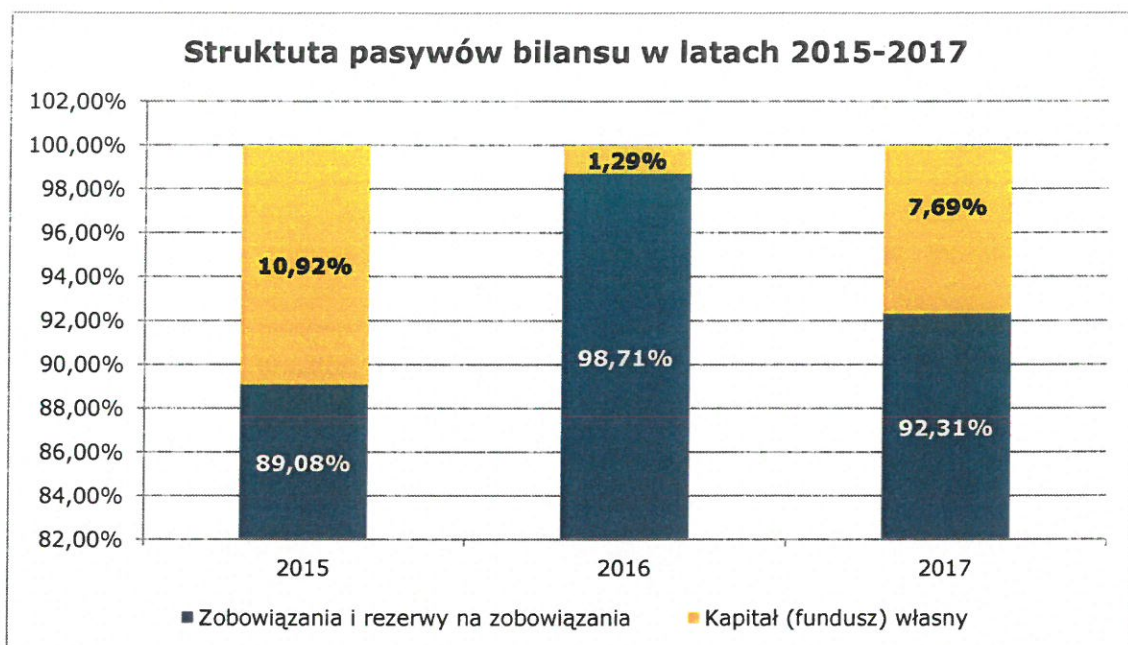
Tabela 4. Wybrane pozycje pasywów bilansu za lata 2015-2017

Wybrane pozycje pasywów bilansu				
Poz.	Wyszczególnienie	2015	2016	2017
A.	Kapitał (fundusz) własny	3 142 954,55	337 383,96	2 039 715,19
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	16 125 683,56	16 125 683,56	17 876 323,56
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy, w tym:	85 046,81	85 046,81	
III.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny, w tym:			
IV.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe, w tym:			
V.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-11 504 389,81	-14 757 374,54	-14 977 061,53
VI.	Zysk (strata) netto	-1 563 386,01	-1 115 971,87	-859 546,84
VII.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)			
B.	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	25 649 138,13	25 792 456,37	24 496 858,71
I.	Rezerwy na zobowiązania	4 642 515,85	4 566 783,19	5 515 837,90
II.	Zobowiązania długoterminowe	3 757 592,96	3 336 220,56	4 010 090,20
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	10 900 127,45	12 287 784,44	10 093 388,18
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	6 348 901,87	5 601 668,18	4 877 542,43
	PASYWA razem (A+B)	28 792 092,68	26 129 840,33	26 536 573,90

Na pasywa bilansu składają się kapitały własne oraz zobowiązania i rezerwy na zobowiązania. Elementami składowymi kapitału własnego są przede wszystkim kapitał podstawowy, zapasowy, rezerwowy, z aktualizacji wyceny oraz zysk/strata z roku obecnego i lat ubiegłych. Kapitały własne są środkami zaangażowanymi w celu finansowania majątku lub/i działalności operacyjnej przedsiębiorstwa.

Na kapitał obcy składają się zobowiązania długoterminowe oraz krótkoterminowe.

Poniższy wykres przedstawia udział poszczególnych rodzajów kapitałów w sumie bilansowej. Przedstawione dane jednoznacznie wskazują zmniejszenie się udziału kapitałów własnych i ciągły wzrost kapitałów obcych.



Wykres 3. Struktura pasywów bilansu w latach 2015-2017- opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych

W szpitalu najniebezpieczniejszym zjawiskiem, które wymaga natychmiastowych działań zmierzających do zmiany tendencji, jest spadek wartości kapitałów własnych. Przyczyną obniżania wartości kapitałów jest skumulowanie się straty finansowej z lat poprzednich. Taki stan rzeczy jest wynikiem ciągle rosnącej straty z lat poprzednich, która w żaden sposób nie jest pokrywana, ze względu na brak środków własnych oraz braku pokrycia straty przez organ założycielski. Jest to zjawisko szczególnie niebezpieczne dla funkcjonowania Szpitala, ze względu na negatywne oceny szpitala przez banki, jak również przez kontrahentów.

Tabela 5. Struktura zobowiązań w latach 2015-2017

Wyszczególnienie	Rok		
	2015	2016	2017
Zobowiązania długoterminowe	3 757 592,96	3 336 220,56	4 010 090,20
kredyty i pożyczki	3 656 253,77	3 265 926,73	2 875 599,69
inne zobowiązania finansowe	7 088,40		18 311,89
inne	94 250,79	70 293,83	1 116 178,62
Zobowiązania krótkoterminowe	10 900 127,45	12 287 784,44	10 093 388,18
kredyty i pożyczki	1 342 337,72	1 614 751,31	446 011,61
inne zobowiązania finansowe	40 882,02	7 088,39	70 402,50
z tytułu dostaw i usług	4 243 320,10	3 784 771,12	4 407 218,79
z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	2 344 104,32	3 845 456,39	2 247 054,89
z tytułu wynagrodzeń	1 220 820,54	1 364 203,98	1 447 688,33
inne	339 857,71	425 909,93	243 845,16
Fundusze specjalne	1 368 805,04	1 245 603,32	1 231 166,90

Wskaźniki dynamiki zobowiązań krótkoterminowych wskazują, że w roku 2016 w stosunku do roku 2015 zobowiązania te wzrosły o 12,73%, natomiast w roku 2017 w stosunku do roku 2016 zmalały o 17,86%.

Pod względem udziału w kapitałach obcych drugie miejsce zajmują rozliczenia międzyokresowe, których udział stanowił odpowiednio 24,75% w roku 2015, 21,72% w 2016 i 19,91% w roku 2017.

Utworzone rezerwy na zobowiązania stanowiły 16,12% w 2015 roku, 17,48% w 2016 oraz 20,79% w roku 2017 sumy bilansowej. W przypadku rezerw wskaźnik dynamiki wskazuje na zmniejszenie się ich udziału w roku 2016 w stosunku do roku 2015 o 1,63 i ponowny wzrost w roku 2017 w stosunku do roku 2016 o 20,78%.

Ostatnią grupę tworzą zobowiązania długoterminowe, które w roku 2015 stanowiły 13,05% sumy bilansowej i 14,65% ogółu zobowiązań, odpowiednio 12,77% i 12,93% w roku 2016 oraz 15,11% i 16,37% w roku 2017. Dynamika zobowiązań długoterminowych w roku 2016 w stosunku do roku 2015 wskazuje na obniżenie ich poziomu o 11,21% a w roku 2017 w korespondencji z rokiem 2016 wzrost o 20,20%.

1.3. Analiza wskaźnikowa

O kondycji finansowej Szpitala oraz sposobie zarządzania nie decyduje wyłącznie uzyskany wynik finansowy czy struktura zobowiązań, ale wiele innych przesłanek. Wykorzystywana analiza wskaźnikowa pozwala na zbadanie wzajemnych zależności pomiędzy poszczególnymi elementami znajdującymi się w sprawozdaniu finansowym, tym samym pozwala ocenić kondycję finansową Szpitala i podjąć odpowiednie decyzje zarządcze.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2017 roku w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (zwane w dalszej części rozporządzeniem) określa wskaźniki ekonomiczno-finansowe, na podstawie których dokonuje się analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej. Przywołane rozporządzenie określa sposób obliczania wskaźników ekonomiczno-finansowych oraz przypisuje im punktowe oceny, które służą do analizy ekonomiczno-finansowej.

Poniżej przedstawiono dane liczbowe dla poszczególnych grup wskaźników. Ze względu na znaczne uzależnienie poziomu wartości wskaźników od specyfiki branży, osiągnięty poziom wskaźnika należy porównywać z wielkościami uzyskiwanymi przez inne podmioty działające w sektorze ochrony zdrowia jednakże dostęp do tego typu informacji jest znacznie utrudniony.

1.3.1. Wskaźniki zyskowności

Tabela 6. Wskaźniki zyskowności w latach 2015-2017

Wskaźnik	Rok		
	2015	2016	2017
zyskowności netto	-2,95	-2,11	-1,49
zyskowności działalności operacyjnej	-2,30	-1,49	-1,10
zyskowności aktywów	-6,22	-4,06	-3,26

Poziom wskaźnika zyskowności netto świadczy o efektywności działalności szpitala. W Szpitalu poziom wskaźnika w kolejnych latach wyniósł -2,95 w roku 2015, -2,11 2016 a za rok 2017 kształtuje się na poziomie -1,49% i jest on konsekwencją ujemnego

wyniku finansowego. Wskaźnik zyskowności netto określa udział wyniku z działalności w przychodach ze sprzedaży, pozostałych przychodach operacyjnych i przychodach finansowych. Z uwagi na charakter działalności szpitali, nie zakłada się maksymalizacji poziomu tego wskaźnika, jednakże zgodnie z rozporządzeniem pożądanym poziom wskaźnika wynosi powyżej 4%. Wskaźnik informuje, jaka jest zyskowność prowadzonej działalności tzn. wskaźnik pokazuje o ile procent przychody były wyższe lub niższe od kosztów.

Wskaźnik zyskowności aktywów to wskaźnik, który pozwala określić jaka część przychodów operacyjnych przeznaczona jest na pokrycie kosztów sprzedanych produktów, towarów i materiałów. Oczekiwana rozporządzeniem wartość wskaźnika wynosi 5% i więcej. Na przestrzeni lat następuje poprawa wskaźnika, co należy ocenić pozytywnie, ponieważ oznacza to, że następuje poprawa rentowności. Uzyskany wynik oznacza, że przychody z działalności operacyjnej nie pokrywają kosztów podstawowej działalności.

Wskaźnik zyskowności aktywów określa stosunek wielkości wypracowanego zysku netto do wartości zaangażowanego majątku, wskaźnik ten informuje o zdolności aktywów do generowania zysków. Na przestrzeni lat następuje poprawa wartości wskaźnika, oczekiwana rozporządzeniem wartość wskaźnika 4% i więcej.

1.3.2. Wskaźniki płynności

Tabela 7. Wskaźniki płynności w latach 2015-2017

Wskaźnik	Rok		
	2015	2016	2017
bieżącej płynności szybkiej	0,67	0,53	0,64
szybkiej płynności	0,65	0,51	0,61

Wskaźnik bieżącej płynności informuje o możliwości spłaty zobowiązań bieżących, w przypadku gdyby stały się one natychmiast wymagalne. Zgodnie z rozporządzeniem optymalna wartość wskaźnika kształtuje się na poziomie 1,50 – 3,00. Stosunkowo niska wartość wskaźnika płynności wskazuje na utrudnioną zdolność do regulowania bieżących zobowiązań, jednakże wskaźnik wykazuje tendencję rosnącą, co świadczy o polepszającej się zdolności do regulowania zobowiązań. Biorąc pod uwagę dobry wynik wskaźnika rotacji zobowiązań, należy uznać, że niski poziom wskaźnika płynności bieżącej nie zagraża funkcjonowaniu jednostki.

Wskaźnik szybkiej płynności umożliwia ocenę zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań najbardziej płynnymi aktywami obrotowymi (należności i inwestycje). W bardzo precyzyjny sposób odzwierciedla zmiany płynności, gdyż w przeciwieństwie do wskaźnika płynności bieżącej, wyłącza z aktywów obrotowych najmniej płynne aktywa jakimi są zapasy. Z punktu widzenia oceny działania szpitala jest jednym z najważniejszych wskaźników.

1.3.3. Wskaźniki efektywności

Tabela 8. Wskaźniki efektywności w latach 2015-2017

Wskaźnik efektywności	Rok		
	2015	2016	2017
rotacji należności w dniach	43	41	35
rotacji zobowiązań w dniach	31	29	27

Wskaźnik rotacji należności (w dniach) wynosił odpowiednio 43 w roku 2015, 41 dni w 2016, w 2017 roku 35. Wskaźnik ten oprócz sytuacji płynnościowej ocenia jakość

współpracy z NFZ. poprawa wskaźnika w stosunku do roku poprzedniego, wskaźnik określa liczbę dni, w ciągu których następuje uregulowanie należności. Jest to informacja o stopniu, w jakim kredytujemy swoich odbiorców i długości zamrożenia środków pieniężnych w należnościach. Optymalny poziom wskaźnika zgodnie z rozporządzeniem powinien wynosić nie więcej niż 45 dni, a więc uzyskany wynik jest bardzo dobry i świadczy o terminowości spływania należności.

Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) jest jednym z podstawowych wskaźników oceny sytuacji finansowej szpitala, określa on ile przeciętnie dni upływa od momentu powstania zobowiązań bieżących do momentu ich spłaty. Optymalny poziom wskaźnika to 60 dni. Rokroczna poprawa poziomu wskaźnika świadczy o poprawie płynności finansowej. Na przestrzeni analizowanego okresu następowała stała poprawa poziomu wskaźnika.

Za modelową relację uznaje się, gdy wskaźnik rotacji zobowiązań z tytułu dostaw i usług równy jest wskaźnikowi rotacji należności.

1.3.4. Wskaźniki zadłużenia

Tabela 9. Wskaźniki zadłużenia w latach 2015-2017

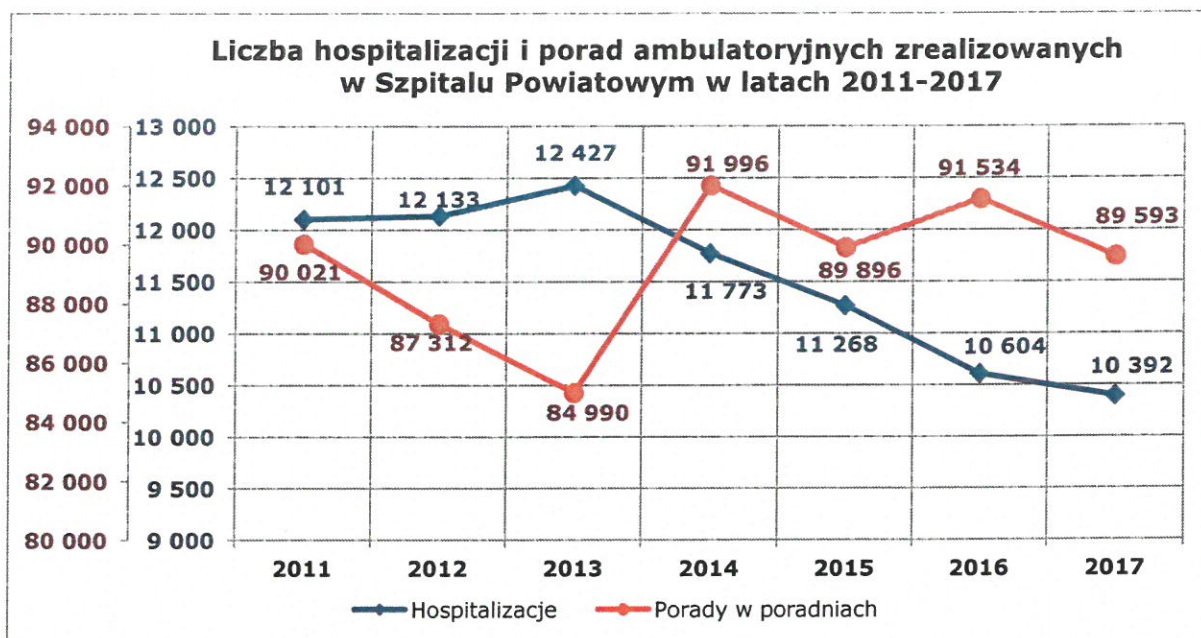
Wskaźnik	Rok		
	2015	2016	2017
zadłużenia aktywów	67%	77%	74%
wypłacalności	6,14	59,85	9,62

Wskaźnik zadłużenia aktywów określa udział wszystkich zobowiązań (kapitałów obcych) w finansowaniu majątku. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia optymalny poziom wskaźnika powinien wynosić poniżej 40%, natomiast w literaturze przyjmuje się za poziom pożądany od 55 do 65%. Zbyt wysoki osiągnięty poziom wskaźnika świadczy o podwyższonym ryzyku finansowym, którego skutkiem może być utrata zdolności do spłaty zadłużenia. W szpitalu wskaźnik ten w roku 2015 wyniósł 67%, w 2016 77% a w 2017 74%. Odnotowany poziom wskaźnika jest zbyt wysoki i świadczy o podwyższonym ryzyku finansowym, spowodowanym bardzo prawdopodobną możliwością utraty zdolności do spłaty zadłużenia a ponadto podważa wiarygodność finansową podmiotu.

Wskaźnik wypłacalności ukazuje stosunek zobowiązań bez rezerw na zobowiązania do kapitału własnego, mierzy ile razy zobowiązania przekraczają kapitał własny. Wartość wskaźnika w Szpitalu wyniosła odpowiednio w roku 2015 6,14, w 2016 59,85 a w roku 2017 9,62. Wartość wskaźnika powyżej 4,00 wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania przez szpital zobowiązań. Jednocześnie bardzo niska wartość wskaźnika może oznaczać brak efektywnego wykorzystania finansowania zewnętrznego. Preferowana wartość tego wskaźnika jest na poziomie od 0,00 do 0,50. Wysoki poziom wskaźnika wynika z niskiej wartości kapitałów własnych, których wartość z roku na rok obniża się w wyniku powiększania się straty z lat poprzednich, której szpital sam we własnym zakresie nie jest w stanie pokryć.

2. Analiza wykonanych świadczeń

Szpital posiada 338 łóżek. Zadaniem Szpitala jest zabezpieczenie lokalnej społeczności w dostęp do opieki medycznej. Poniższy wykres przedstawia liczbę hospitalizacji w Szpitalu w latach 2011-2016.



Wykres 4. Liczba hospitalizacji i porad ambulatoryjnych zrealizowanych w Szpitalu Powiatowym w latach 2011-2017

Na podstawie powyższych danych liczbowych dokonano wyliczenia wskaźników dynamiki liczby hospitalizacji i porad ambulatoryjnych. Otrzymane wyniki zaprezentowano w tabeli poniżej.

Tabela. 10 Wskaźniki dynamiki hospitalizacji i porad ambulatoryjnych

Rodzaj świadczeń	Liczba wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej w latach (dane w %)					
	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Dynamika liczby hospitalizacji w stosunku do roku poprzedniego	0,26	2,42	-5,26	-4,29	-5,89	-2,00
Dynamika liczby porad ambulatoryjnych w stosunku do roku poprzedniego	-3,01	-2,66	8,24	-2,28	1,82	2,12

Z przedstawionych danych wynika, że w analizowanym okresie od roku 2014 następuje spadek liczby hospitalizacji. W roku 2017 w stosunku do roku 2013 nastąpił spadek liczby hospitalizacji o 16,38%.

W latach 2012 i 2013 spadała również liczba porad ambulatoryjnych odpowiednio o 3,01% i 2,66%. W roku 2014 nastąpił wzrost liczby porad ambulatoryjnych aż o 8,24%, aby następnie obniżyć swój poziom w roku 2015 o 2,28%, by ponownie w latach 2016 i 2017 odnotować wzrost. Analiza potwierdza, że w Szpitalu przy zmniejszeniu liczby hospitalizacji i ograniczeniu pobytów szpitalnych towarzyszy wzrost liczby porad ambulatoryjnych. Przejście z leczenia szpitalnego na leczenie ambulatoryjne to trend obecny w wielu krajach Europy. Dynamika pobytów szpitalnych w największych krajach europejskich spada w tempie ok. 11-12 proc. rocznie¹, a wzrost wykazują procedury ambulatoryjne i szpitale jednego dnia. Pozwala to na znaczne obniżenie kosztów.

¹ PWC, 10 trendów w polskiej ochronie zdrowia na rok 2016, http://www.pwc.pl/pl/artykuly/2016/10-trendow-w-polskiej-ochronie-zdrowia-na-rok-2016.html#centerPar_image

Rozdział II Główne cele zmierzające do poprawy sytuacji ekonomicznej Szpitala

1. Analiza przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej Szpitala

Główną przyczyną wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej Szpitala było i jest:

- finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia na niewystarczającym poziomie,
- brak zmian w wycenie punktu rozliczeniowego,
- przy oszacowaniu wartości jednostki rozliczeniowej brak uwzględnienia przez Fundusz rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń,
- narzucone przez NFZ poprzednio limity ilościowe a teraz limity kwotowe (stała wartość ryczałtu) uniemożliwiają Szpitalowi leczenie na poziomie występującego zapotrzebowania,
- wzrost kosztów,
- zmiany przepisów prawa nakładające na Szpital nowe wymagania bez wskazania źródła finansowania.

2. Założenia programu

Głównym celem działań naprawczych przyjętych w programie jest utrzymanie tendencji zmniejszenia dynamiki kosztów w relacji do uzyskiwanych przychodów poprzez:

- optymalizację kosztów leczenia pacjentów,
- podjęcie prób zwiększania przychodów,
- optymalizację kosztów utrzymania infrastruktury jednostki oraz stopnia wykorzystania zasobów majątkowych,
- reorganizację/likwidację jednostek nierentownych,
- ewentualne wykorzystanie outsourcingu w przypadku możliwości obniżenia kosztów funkcjonowania,
- elastyczne reagowanie na ryzyka i szanse oraz dostosowanie poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala do zmieniających się przepisów prawa i innych uwarunkowań.

3. Diagnoza problemów Szpitala

- Szpital od lat odnotowuje stratę,
- Brak płynności w regulowaniu zobowiązań (zobowiązania wymagalne),
- Niski poziom wykorzystania łóżek,
- Wysokie koszty utrzymania w gotowości bloku operacyjnego i diagnostyki obrazowej,
- Braki kadrowe, duża rotacja,
- Roszczenia płacowe personelu,
- Zamortyzowana i zużyta infrastruktura,
- Brak określonych norm zatrudnienia lekarzy
- Szpital pracuje w trybie ostrodyżurowym (duża ilość lekarzy dyżurnych).

4. Działania mające na celu realizację programu naprawczego

Lp.	Cele i proponowane działania naprawcze	Skutki ekonomiczne (np. oszczędności, zwiększenie przychodów)	Osoba odpowiedzialna za realizację	Termin realizacji
1.	<p>Analiza zatrudnienia z uwzględnieniem stanowisk, rodzaju zawartej umowy, wysokości etatu, godzin pracy, organizacji pracy personelu, analiza absencji. Dostosowanie struktury zatrudnienia do zakresu działalności, wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia (lub innego organu, bądź podmiotu właściwego w zakresie pełnienia funkcji płatnika) oraz innych przepisów prawa regulujących kwestie zatrudnienia i wymagań dotyczących kwalifikacji, a także na podstawie wyników analiz np. dotyczących danych o liczbie zabiegów, hospitalizacji, dyżurów, badań diagnostycznych itp.</p>	<p>Optymalizacja poziomu kosztów</p>	<p>Kierownik HR Dyrektor</p>	<p>Styczeń- czerwiec 2019</p>
2.	<p>Analiza wynagrodzeń, stawek wynagrodzenia w poradniach specjalistycznych w korespondencji z przychodami i kosztami poradni</p>	<p>Optymalizacja poziomu kosztów</p>	<p>HR Księgowość Dyrektor</p>	<p>Styczeń- czerwiec 2019</p>
3.	<p>Obniżenie kosztów z tytułu wpłat na PFRON</p>	<p>W Szpitalu ponoszone są koszty z tytułu odprowadzania składek na PFRON. Wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych w Szpitalu jest bardzo niski (minimalny wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi 6%), dlatego też na podstawie art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Szpital ponosi koszty z tytułu PFRON. Jest to koszt, którego Szpital może uniknąć lub zminimalizować poprzez zatrudnienie osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.</p>	<p>Wszyscy Kierownicy/ Koordynatorzy</p>	<p>Na bieżąco</p>

4.	<p>Analiza godzin pracy poradni specjalistycznych</p>	<p>Zachowanie/maksymalizacja wykonania ryczałtu poprzez kontrolę realizacji zapisów Zarządzenia Prezesa NFZ nr 65/2018/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna harmonogram pracy poradni powinien być tak ustalony, aby: poradnia specjalistyczna była czynna nie krócej niż trzy dni w tygodniu po 4 godziny dziennie, w tym co najmniej raz w tygodniu w godzinach przedpołudniowych między godz. 7:30 a 14:00, oraz co najmniej raz w tygodniu w godzinach popołudniowych między godz. 14:00 a 20:00.</p>	<p>Koordynator Poradni Specjalistycznych Kierownik Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń Dyrektor</p>	<p>Na bieżąco</p>
5.	<p>Wprowadzenie polityki lekowej poprzez stworzenie standardów antybiotykoterapii, kontrola apteczek oddziałowych, kontrola ilości i kosztów leczenia na poszczególnych oddziałach</p>	<p>Optymalizacja poziomu kosztów</p>	<p>Lekarze/ Zespół ds. farmakoterapii/ ZKZSz/ Dyrektor</p>	<p>Styczeń- czerwiec 2019</p>
6.	<p>Kontrola kosztów diagnostyki</p>	<p>Optymalizacja poziomu kosztów</p>	<p>Kierownik Pracownik TK, RTG, MMG/ Lekarze/ Dyrektor</p>	<p>Na bieżąco</p>
7.	<p>Kontrola wykonania ryczałtu w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ eliminacja hospitalizacji przypadków trudnych, kosztochłonnych wymagających hospitalizacji ➤ kontrola powtórnych hospitalizacji oraz skróconych pobyków w ośrodkach o wyższej referencyjności, 	<p>Optymalizacja poziomu kosztów, kontrola wysokości przychodów</p>	<p>Lekarze/ Ordynatorzy/ Kierownicy/ Koordynatorzy/ Kierownik Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń/ Dyrektor</p>	<p>Na bieżąco</p>

8.	Reorganizacja/likwidacja obszarów nierentownych	Dostosowanie bazy łóżkowej do realnych potrzeb oraz wymagań rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych	Dyrektor	Styczeń- marzec 2019
9.	Optymalizacja czasu hospitalizacji	Dostosowanie czasu hospitalizacji w celu maksymalizacji zysków.	Lekarze/ Ordynatorzy/ Kierownicy/ Koordynatorzy	Na bieżąco
10.	Optymalizacja stopnia wykorzystania bloku operacyjnego	Optymalne wykorzystanie bloku operacyjnego, co pozwoli na efektywne wykorzystanie ponoszonych kosztów gotowości, co w konsekwencji przełoży się na wykonanie ryczałtu a w przypadku wykonywanie procedur pozaryczłtowych wzrost przychodów (przy wcześniejszym zakontraktowaniu z NFZ).	Lekarze/ Ordynatorzy/ Kierownicy/ Koordynatorzy	Na bieżąco
11.	Inwestycje w sprzęt, który przyniesie oszczędności w zakresie zużywaną, np. energii elektrycznej	Optymalizacja kosztów eksploatacyjnych	Kierownik Działu Logistyki	Na bieżąco
12.	Wzrost przychodów	Szpital przystąpił do konkursu ofert ogłoszonego przez MOW NFZ na zabiegi rehabilitacji domowej (termin rozstrzygnięcia konkursu 12.11.2018r.)	Kierownik Działu Rehabilitacji/ Dyrektor	Na bieżąco
13.	Środki zewnętrzne	Pozyskanie środków finansowych na zakupy inwestycyjne	Dział Ekonomiczny	Na bieżąco
14.	Wzrost przychodów	Analiza powierzchni Szpitala i wynajem pomieszczeń	Kierownik Działu Logistyki	Na bieżąco

Rozdział III Informacja o istotnych zdarzeniach mających wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala

1. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej- tzw. „sieć szpitali”- finansowanie na poziomie wykonania za okresy poprzednie, bez gwarancji sfinansowania w pełnej wymaganej wysokości, która stanowiłaby 100% rekompensaty za wykonane świadczenia na rzecz pacjentów,
2. Brak możliwości ubiegania się o zapłatę przez NFZ za świadczenia wykonane na rzecz ubezpieczonych pacjentów ponad ustalony ryczałt,
3. Stosowanie wynagrodzenia ryczałtowego, które według polskiego Kodeksu Cywilnego polega na ustaleniu wynagrodzenia w wysokości z góry ustalonej za wykonanie przedmiotu umowy (świadczenia medyczne), bez względu na to jakie koszty poniesie wykonawca (Szpital),
4. Wzrost kosztów wynagrodzeń w następstwie nowelizacji ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych i rozszerzenie jej zakresu podmiotowego o tzw. pracowników niemedycznych oraz wzrost płacy minimalnej,
5. Porozumienia w zakresie wzrostu wynagrodzeń zawierane między Ministrem Zdrowia a poszczególnymi grupami zawodowymi (lekarze specjaliści, lekarze rezydenci, pielęgniarki, ratownicy),
6. Wzrost liczby obowiązkowych przyjęć w ramach ryczałtu w roku 2018 w poradniach specjalistycznych o około 500 osób, co średnio oznacza wzrost o 9% w stosunku do dotychczasowej liczby przyjmowanych pacjentów oraz 15% wzrost liczby hospitalizacji, oznacza dla Szpitala obowiązek realizacji większej ilości świadczeń (dawniej stanowiłyby nadwykonania) w ramach z góry ustalonego ryczałtu, co spowoduje realny wzrost kosztów z tym związanych, a finalnie, przy braku możliwości zwiększenia przychodów, przełoży się na zwiększenie straty,
7. Ogromne ryzyko związane ze stosowaniem techniki selekcji realizowanych usług przez szpitale prywatne lub monospecjalistyczne, które mogą nie chcieć przyjmować pacjentów kosztochłonnych przerzucając koszty na szpital powiatowy, spowoduje to konieczność wykonywania w większym stopniu niż dotychczas niedoszacowanych procedur bez możliwości uzyskania jakiegokolwiek rekompensaty finansowej,
8. Wzrost kosztów realizacji przepisów w zakresie minimalnego wynagrodzenia za pracę (koszty wynagrodzeń, składek ZUS oraz koszty usług ochrony obiektu i obsługi szatni dla odwiedzających świadczone w ramach outsourcingu),
9. Narastający deficyt specjalistycznej kadry medycznej – lekarzy, pielęgniarek i położnych,
10. Wejście w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które wprowadza nowe normy zatrudnienia pielęgniarek w wyniku czego Szpital będzie zmuszony do zwiększenia obsady pielęgniarskiej (brak na rynku pracy pielęgniarek i położnych) lub zmniejszenia łóżek celem dostosowania ilości łóżek do obecnego poziomu zatrudnienia,
11. Wygenerowany w roku 2017 ujemny wynik na podstawowej działalności został poprawiony wynikiem z pozostałej działalności operacyjnej, gdzie w roku 2017 wygenerowany był zysk w kwocie 948,3 tys. zł. W latach 2018-2020 wynik na pozostałej działalności będzie gorszy od wyniku z lat poprzednich o 130 tys. zł rocznie z powodu utraconych dochodów z tytułu sprzedaży usług oczyszczalni ścieków. Ponadto powstaną nowe koszty związane z wyłączeniem z użytkowania własnej oczyszczalni ścieków w wysokości 250 tys. zł,

12. Ze względu na wzrastającą roszczeniowość pacjentów oraz sprawę sądową dotyczącą odszkodowania na rzecz firmy Pol-Park istnieje realne zagrożenie finansowe związane z koniecznością zapłaty odszkodowań sądowych,
13. Starzejący się sprzęt oraz aparatura medyczna wymuszają konieczność realizacji zadań inwestycyjnych. Jednakże obecny system finansowania na niewystarczającym poziomie sprawia, że Szpital nie jest w stanie samodzielnie sprostać wymaganiom i w związku z tym konieczne jest zaangażowanie samorządów i ich pomoc finansowa w realizacji niezbędnych inwestycji,
14. Brak dofinansowania i środków na remonty, modernizacje lub zakup aparatury medycznej, co nie sprzyja rozwojowi Szpitala i powoduje zagrożenie obniżeniem oceny infrastruktury i wyposażenia przez pacjentów oraz zmniejsza konkurencyjność usług medycznych. Jednocześnie brak środków finansowych na inwestycje zmniejszy wysokość odpisów amortyzacyjnych w następnych latach, co będzie miało bezpośredni wpływ na wynik finansowych i może wygenerować konieczność pokrycia straty przez podmiot tworzący.

Podsumowanie i wnioski końcowe

Wdrożenie i przeprowadzenie programu naprawczego w Szpitalu, przy dynamicznym otoczeniu prawnym, jakie występuje obecnie, wymaga podjęcia szeregu działań poczynając od diagnozy problemów poprzez poszukiwanie optymalnych możliwych do zastosowania rozwiązań, po analizę skutków podjętych działań.

W celu jak najrzetelniejszego podejścia do problemu w prace mające na celu identyfikację działań naprawczych zaangażowani zostali kierownicy i koordynatorzy poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala. Przedstawione propozycje znalazły swoje odzwierciedlenie w proponowanych w dokumencie działaniach naprawczych. Świadomość zasobów infrastrukturalnych, jakimi dysponuje Szpital pozwala na planowanie działań mających na celu wzrost przychodów z tytułu wykonywania większej ilości procedur niż przewiduje płatnik. Narzucane limity finansowe i ograniczenia powodują jednak niepełne wykorzystywanie zasobów. Nakłady na służbę zdrowia w stałej wysokości przy rosnących kosztach działalności, będących po części wynikiem zmian przepisów prawa powodują brak równowagi finansowej i są przyczyną generowania straty. Szpital w celu minimalizacji negatywnych skutków niskich nakładów stale podejmuje próby minimalizacji kosztów, pamiętając przy tym, że granicę obniżania kosztów wyznaczają z jednej strony bezpieczeństwo pacjenta, a z drugiej możliwość realizowania kontraktu z NFZ. Należy także pamiętać, że istnieją realne zagrożenia, które mogą mieć wpływ na niedostateczne zrealizowanie programu. Należą do nich głównie brak akceptacji ze strony pracowników dla procesu proponowanych zmian oraz zmiana przepisów prawa, której nie można było przewidzieć na etapie tworzenia planu.

PRZEWODNICZĄCY RADY

Andrzej Kierzkowski

