

Załącznik
do uchwały
nr LIII.394.2018
Rady Powiatu w Piłi
z dnia 25 października
2018 roku

Program naprawczy
Szpitala Specjalistycznego w Pile
im. Stanisława Staszica
na lata 2017-2019 - aktualizacja

Piła, dnia 27 września 2018 r.

Spis treści:

Wstęp

I. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy dokonana na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych w oparciu o dane ze sprawozdania finansowego za rok 2017.

II. Działania naprawcze i ich wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala Specjalistycznego w Pile w okresie od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2019 r.

Działanie 1.1. Skrócenie średniego czasu hospitalizacji pacjentów.

Działanie 1.2. Optymalizacja kosztów diagnostyki.

III. Prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych (raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej) z uwzględnieniem skutków działań naprawczych wynikających z programu naprawczego wdrażanych w latach 2017-2019.

Wstęp

Aktualizacja programu naprawczego obejmuje :

- I. Analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy dokonaną na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych w oparciu o dane ze sprawozdania finansowego za rok 2017.
- II. Działania naprawcze i ich wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala Specjalistycznego w Pile w okresie od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2019 r.
- III. Prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych (raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej) z uwzględnieniem skutków działań naprawczych wynikających z programu naprawczego wdrażanych w latach 2017-2019.

Zgodnie z art. 59 ust 4 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – Kierownik szpitala w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za 2017 rok jest zobowiązany do ponownego przedłożenia programu naprawczego. Trzyletni program naprawczy na lata 2017-2019 został zatwierdzony Uchwałą nr XXXVIII.273.2017 Rady Powiatu w Pile z dnia 26 października 2017 roku w sprawie zatwierdzenia Programu naprawczego Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica na lata 2017-2019. Zatem w niniejszym dokumencie dokonano aktualizacji programu przyjętego na lata 2017-2019. Strata netto za rok obrotowy 2017 wniosła 2,9 mln zł i nie kwalifikuje się do pokrycia przez podmiot tworzący ponieważ jest mniejsza od amortyzacji wykazanej w sprawozdaniu finansowym.

Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej za 2017 rok oraz zaktualizowana prognoza na lata 2018-2019 sporządzona jest w oparciu o wskaźniki ekonomiczno-finansowe określone w rozporządzeniu wykonawczym do art. 53a ust.5 ustawy o działalności leczniczej. Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów określił w drodze rozporządzenia, wskaźniki ekonomiczno-finansowe, sposób ich obliczania oraz przypisane im punktowe oceny służące do analizy ekonomiczno-finansowej, mając na uwadze zapewnienie przejrzystości i jednolitości analizy

sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz porównywalności tych wskaźników.

Szpital Specjalistyczny w Pile zwany dalej „Zakładem” jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym Zakład jest Powiat Piłski.

Zakład jest jednostką sektora finansów publicznych prowadzącą gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o działalności leczniczej. Zakład pokrywa z posiadanych środków i uzyskiwanych przychodów koszty działalności i reguluje zobowiązania. W 2016 r. w nowelizacji ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej doprecyzowano zapisy dotyczące pokrywania strat spzoz. Zgodnie z art. 57 ust. 2 pkt. 1 ustawy strata jest pokrywana z funduszu zakładu. Szpital Specjalistyczny w Pile od roku 2011 ma zerowy Fundusz Zakładu i wykazuje w sprawozdaniu za 2016 r. niepokryte straty z lat ubiegłych w wysokości 30,0 mln zł a za 2017 r. w wysokości 31,5 mln zł. Ustawa określa sposób postępowania podmiotu tworzącego przy stratach bieżących, nie rozwiązuje natomiast problemu niepokrytych strat z lat ubiegłych.

Ustawowe zapisy obligujące podmioty tworzące do pokrywania bieżących strat tylko do wysokości kwoty przewyższającej koszty amortyzacji w konsekwencji prowadzą do zwiększenia poziomu zadłużenia spzoz ponieważ od 2012 roku równoległe do amortyzacji środków trwałych sfinansowanych z dotacji lub środków pomocowych zwiększa się o taką samą kwotę pozostałe przychody operacyjne Zakładu.

Zgodnie z art. 59 ust 4 ustawy z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – kierownik spzoz jest zobowiązany ponownie do przedłożenia programu naprawczego w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego za 2017 rok. Strata netto za rok obrotowy 2017 wniosła 2,9 mln zł i nie kwalifikuje się do pokrycia przez podmiot tworzący ponieważ jest mniejsza od amortyzacji wykazanej w sprawozdaniu finansowym.

Szpital Specjalistyczny w Pile mieści się w grupie ponad 40% szpitali publicznych, które wykazały w sprawozdaniu finansowym za 2017 rok stratę netto.

Analiza przyczyn mających wpływ na powstanie straty za 2017 rok wskazuje, że obecna sytuacja Szpitala Specjalistycznego w Pile jest pochodną wielu czynników. Do najważniejszych z nich należy zaliczyć:

- 1) częste zmiany w regulacjach dotyczących finansowania świadczeń ze środków publicznych dotyczących zasad kontraktowania oraz wysokości wyceny świadczeń,
- 2) niedoszacowanie potrzeb zdrowotnych w zakresie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych,
- 3) niedoszacowanie wyceny świadczeń medycznych przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), która swoje szacunki opiera na danych z podmiotów leczniczych, ale rekomendowaną wycenę podaje na poziomie niższym niż faktyczne koszty wykazane przez jednostki,
- 4) ścisłe uzależnienie gospodarki finansowej szpitala od podstawowego źródła przychodów, jakim jest umowa z NFZ (95,7% przychodów Zakładu),
- 5) szybszy wzrost kosztów działalności niż przychodów z tytułu realizacji umów zawartych z NFZ,
- 6) regulacje ustawowe dotyczące poziomu środków przeznaczanych na wynagrodzenia z tytułu zwiększenia wartości kontraktów bez względu na wynik finansowy świadczeniodawcy, obowiązek przekazywania 40% środków z tytułu podwyższenia wartości kontraktu na koszty pracy (ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń i art. 59a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej),
- 7) regulacje ustawowe dotyczące wzrostu przeciętnych wynagrodzeń i ostatnio wynagrodzeń zasadniczych bez względu na wynik finansowy Zakładu i bez zabezpieczenia dodatkowych środków finansowych (ustawa z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wraz z ustawą z dnia 8 czerwca 2017 roku o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych).

Do czynników zewnętrznych należy zaliczyć również wyższe żądania płacowe w stosunku do środków zabezpieczonych na ten cel w wycenie procedur. Konkurencja świadczeniodawców w zakresie pozyskania kadry medycznej

doprowadziła do tego, że świadczeniodawcy pod groźbą utraty kontraktu ponoszą wyższe koszty pracy niż przychody z NFZ.

Straty Zakładu są również wynikiem wysokich kosztów utrzymania zasobów w szpitalach powiatowych jako zabezpieczenia gotowości realizacji świadczeń. Szpitale publiczne mają również przypisane zadania w zakresie zabezpieczenia „zastępczych miejsc szpitalnych” w razie wystąpienia sytuacji kryzysowych, zaistnienia zagrożenia bezpieczeństwa państwa i w czasie wojny. Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 27 czerwca 2012 r. w sprawie warunków i sposobu przygotowania oraz wykorzystania podmiotów leczniczych na potrzeby obronne państwa oraz właściwości organów w tych sprawach. Do realizacji celów z zakresu obronności dostosowane też jest zabezpieczenie logistyczne.

Nieruchomości

Szpital Specjalistyczny w Pile posiada w swoich zasobach budynki otrzymane w nieodpłatne użytkowanie od podmiotu tworzącego o łącznej powierzchni użytkowej 51.393,34 m². Szpital jako użytkownik nieruchomości jest zobligowany do ponoszenia kosztów utrzymania nieruchomości, przeprowadzania remontów bieżących i konserwacji budynków i budowli oraz bieżącego regulowania należnych podatków i opłat lokalnych. Wartość netto budynków i budowli na dzień 31.12.2016 roku wynosiła 39,6 mln zł, a na dzień 31.12.2017 roku wzrosła do wartości 42,0 ml zł.

Szpital ma prawo wynajmować wolne powierzchnie oraz pobierać pożytki z tytułu najmu. Na dzień 30 czerwca 2017 roku szpital wynajmował zewnętrznym podmiotom pomieszczenia o łącznej powierzchni 1.265,60 m², w tym 1.049,22 m² na potrzeby działalności leczniczej. Celem podmiotu leczniczego funkcjonującego jako przedsiębiorca prywatny jest maksymalizacja zysku, natomiast celem spoz jest realizacja celów statutowych polegająca między innymi na zabezpieczeniu potrzeb zdrowotnych i optymalizacji wykorzystania posiadanych zasobów. Łączne przychody ze sprzedaży świadczeń diagnostycznych i usług działalności pomocniczej w I półroczu 2017 roku wyniosły 2,0 mln zł, natomiast w I półroczu 2018 r. osiągnęły wartość 2,1 mln zł. W bezpośrednim sąsiedztwie Zakładu trwa doposażanie ośrodka radioterapii w ramach struktury Wielkopolskiego Centrum Onkologii

im. M. Skłodowskiej-Curie z siedzibą w Poznaniu. Uruchomienie ośrodka przyczyni się do zwiększenia liczby pacjentów korzystających z usług oferowanych przez Zakład i korzystnie wpłynie na wykorzystanie potencjału jednostki.

Sprzęt i aparatura medyczna

Wartość całkowita netto sprzętu i aparatury medycznej, urządzeń i maszyn technicznych, środków transportu i pozostałych środków trwałych na dzień 31.12.2016 roku wynosiła 16,2 mln zł. Mimo braku środków finansowych tylko w 2016 roku przyjęto do użytkowania nowe środki trwałe o wartości przekraczającej 2 mln zł, a w 2017 r. o wartości przekraczającej 4 mln zł.

I. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej za poprzedni rok obrotowy dokonana na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych w oparciu o dane ze sprawozdania finansowego za rok 2017.

Zgodnie z art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej analizę przeprowadzono w oparciu o Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 roku w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W oparciu o dane ze sprawozdania finansowego za rok 2017 ustalono wartości poszczególnych wskaźników i liczbę punktów w poszczególnych zakresach.

W sumie uzyskano **18** punktów.

Pierwsza grupa analizowanych wskaźników to wskaźniki zyskowności. W sprawozdaniu finansowym za 2017 rok wykazano stratę netto w wysokości 2,9 mln zł. Wykazana w sprawozdaniu strata to przede wszystkim konsekwencja obniżenia w 2016 roku wyceny świadczeń głównie w zakresie kardiologii i ortopedii. Przychody uzyskiwane z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych nie pokryły kosztów

realizacji tych usług. Wykazana w sprawozdaniu finansowym strata na sprzedaży przekracza kwotę 7,1 mln złotych, a na działalności operacyjnej 2,6 mln zł. Większość samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz podmiotów publicznych generuje gorsze wyniki na sprzedaży niż na działalności operacyjnej, a różnica jest uzależniona od poziomu dofinansowania ze środków publicznych remontów, zakupów środków trwałych lub kształcenia kadr medycznych oraz otrzymanych darowizn.

Z danych opublikowanych przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia, w którym prezentowane są zbiorcze dane finansowe samorządowych samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej wg województw wynika, że w województwie wielkopolskim analizą objęto 52 szpocz. Z danych zbiorczych wynika, że łącznie wszystkie szpocz wygenerowały stratę na sprzedaży w 2015 roku na poziomie 122 mln zł, a stratę netto w wysokości 5,9 mln zł. Natomiast z danych za 2016 roku gdzie analizą objęto 51 placówek, szpocz-y, wygenerowały stratę na sprzedaży w wysokości 132 mln zł, a stratę netto na poziomie 13 mln zł. Wyniki samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej są ściśle uzależnione od wysokości kontraktów z NFZ. Obowiązujące rozwiązania prawne ograniczają możliwość udzielania przez publiczne podmioty lecznicze odpłatnych świadczeń zdrowotnych osobom ubezpieczonym (w zakresie objętym świadczeniami gwarantowanymi), nawet po wyczerpaniu limitów finansowych określonych w kontraktach z NFZ.

Wszystkie oceniane wskaźniki zyskowności były mniejsze od zera. Wskaźnik zyskowności netto wyniósł -2,39%, wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej -2,04%, a wskaźnik zyskowności aktywów -4,25%. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w grupie wskaźników zyskowności w 2017 roku uzyskano 0 punktów.

Publiczne podmioty lecznicze nie są nastawione na osiągnięcie zysku - ich celem statutowym jest zabezpieczenie realizacji świadczeń w zakresie świadczeń gwarantowanych finansowanych ze środków publicznych. Wskaźniki zyskowności określają zdolność podmiotu do generowania zysków, a zatem ekonomiczną efektywność działalności. Wagi przypisane poszczególnym grupom wskaźników są zróżnicowane i w tej ocenie wskaźniki zyskowności nie są najwyżej punktowane. Ważna jest stabilność sytuacji ekonomiczno-finansowej zapewniająca kontynuację

działalności podmiotu leczniczego, co potwierdza ocena wszystkich wskaźników - ogólna liczba zdobytych punktów.

Następna grupa wskaźników to wskaźniki płynności określające zdolność podmiotu do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych. Poziom tych wskaźników jest niski. Wskaźnik szybkiej płynności, który określa zdolność podmiotu do spłacania zobowiązań krótkoterminowych najbardziej płynnymi aktywami, tj. krótkoterminowymi należnościami i aktywami finansowymi kształtował się na poziomie 0,31, a wskaźnik bieżącej płynności na poziomie 0,36. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej minimalne punktowane poziomy to odpowiednio 0,50 i 0,60. W tej grupie wskaźników uzyskano 0 punktów.

W grupie wskaźników efektywności punktowane są dwa wskaźniki - rotacji należności i zapasów. Szpital uzyskał 10 punktów tj. maksymalną wartość możliwą do uzyskania w tej grupie wskaźników. Cykl rotacji należności wyniósł 22 dni. Wysokość tego wskaźnika jest ściśle związana z terminami regulowania należności przez głównego kontrahenta – NFZ. Rotacja zobowiązań wyniosła 40 dni. Uzyskanie takiego wskaźnika rotacji zobowiązań jest możliwe dzięki korzystaniu z kredytu w rachunku bieżącym.

Generowane przez lata straty oraz związane z nimi ujemne przepływy pieniężne powodowały wzrost zobowiązań i ponoszenie kosztów obsługi długu. Na 31 grudnia 2017 r. łączne zadłużenie Zakładu z tytułu kredytu w rachunku bieżącym wyniosło 7,1 mln zł. Zobowiązania szpitala na dzień 31 grudnia 2017 r. stanowiły 25,5% kontraktów z NFZ na 2017 rok.

W grupie wskaźników zadłużenia - szpital uzyskał 8 punktów. Wskaźnik zadłużenia aktywów wyniósł 51,73%. Jest to wielkość prawidłowa świadcząca o dobrej relacji zobowiązań i rezerw na zobowiązania do aktywów. Wskaźnik wypłacalności obrazujący relację zobowiązań i rezerw na zobowiązania do kapitałów własnych wynosi 4,07. Kapitały własne Zakładu to suma Funduszu Założycielskiego, Funduszu Zakładu oraz zysków i strat wykazanych w sprawozdaniu finansowym. W sprawozdaniu finansowym za 2017 rok wykazano Fundusz Założycielski

w wysokości 43,5 mln zł, Fundusz Zakładu 0 zł i wartość niepokrytych strat z lat ubiegłych w wysokości 31,5 mln zł. Niepokryte straty z lat ubiegłych (łącznie za stratą za 2017 r.) stanowią 30 % kontraktów z NFZ w 2017 roku.

W podsumowaniu analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej przeprowadzonej na podstawie sprawozdania finansowego za 2017 rok należy stwierdzić, że ze względu na wykazaną w sprawozdaniu stratę netto, niskie wskaźniki płynności i ogólnie trudną sytuację finansową wynikającą ze skumulowania niepokrytych strat z lat ubiegłych będą kontynuowane działania naprawcze ukierunkowane na wzrost efektywności działania i uzyskanie stabilności ekonomiczno-finansowej Zakładu.

Trzeba podkreślić, że dotychczasowe działania podmiotu tworzącego polegające na udzielaniu dotacji są realnym wsparciem dla Zakładu. Działania te mają znaczący wpływ na poprawę płynności, obniżenie kosztów obsługi długu, a przede wszystkim pozwalają na aplikowanie o środki pomocowe wymagające udziału środków własnych w finansowaniu projektów. Dzięki temu wsparciu, mimo trudnej sytuacji finansowej Szpital Specjalistyczny w Pile może odtwarzać majątek i realizować projekty inwestycyjne.

II. Działania naprawcze i ich wpływ na sytuację ekonomiczno-finansową Zakładu w okresie od 1 października 2017 r. do 31 grudnia 2019 r.

Celem programu naprawczego jest poprawa stabilności ekonomiczno-finansowej Zakładu poprzez działania restrukturyzacyjne obejmujące w szczególności:

- 1) zwiększenie efektywności działalności operacyjnej, w wyniku której nastąpi poprawa wyniku finansowego,
- 2) poprawę płynności,
- 3) racjonalizację gospodarowania zasobami.

Ocena realnych źródeł i skali możliwego zwiększenia przychodów.

Nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadziła zmiany w zakresie organizacji i finansowania świadczeń.

Wprowadzono system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach którego zapewnia się świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu kompleksowości i ciągłości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania.

Poziomy systemu zabezpieczenia są wyznaczone przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych, w których te świadczenia udzielane są w trybie hospitalizacji. Narodowy Fundusz Zdrowia zakwalifikował podmioty działalności leczniczej do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazał profile, zakresy lub rodzaje świadczeń, w ramach których będą udzielane świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia. Podmioty zaliczone do systemu zabezpieczenia mają gwarancję na finansowanie ze środków publicznych świadczeń zdrowotnych realizowanych na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisach wykonawczych przez 4 lata. Głównym celem utworzenia sieci szpitali czyli systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) jest kompleksowa opieka nad pacjentem, lepsza dostępność do poradni przyszpitalnych oraz zapewnienie korzystniejszych warunków funkcjonowania szpitali. W sieci znalazły się szpitale szczególnie istotne dla zapewnienia pacjentom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Szpital Specjalistyczny w Pile został zakwalifikowany do poziomu szpitali III stopnia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa wielkopolskiego.

Zakres świadczeń realizowanych w ramach PSZ:

SZPITAL SPECJALISTYCZNY W PILE IM. STANISŁAWA STASZICA		
1.	Dane ogólne:	
1.1.	Adres siedziby świadczeniodawcy: PILA, TERYT: 3019011, 64-920 PILA, RYDYGIERA 1	
1.2.	Księga rejestrowa RPWDL	Nr księgi: 000000015858 Oznaczenie organu: Wojewoda Wielkopolski
1.3.	Nazwa zakładu leczniczego: SZPITAL SPECJALISTYCZNY - ODDZIAŁY	
1.4.	Adres zakładu leczniczego: PILA, TERYT: 3019011, 64-920 PILA, LUDWIKA RYDYGIERA 1	
2.	Profile systemu zabezpieczenia:	
2.1.	ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA	
2.2.	CHEMIOTERAPIA HOSPITALIZACJA	
2.3.	CHIRURGIA DZIECIĘCA	
2.4.	CHIRURGIA KLATKI PIERSIOWEJ	
2.5.	CHIRURGIA NACZYNIOWA	
2.6.	CHIRURGIA OGÓLNA	
2.7.	CHIRURGIA ONKOLOGICZNA	
2.8.	CHOROBY WEWNĘTRZNE	
2.9.	DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA	
2.10.	KARDIOLOGIA	
2.11.	NEFROLOGIA	
2.12.	NEONATOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY	
2.13.	NEUROCHIRURGIA	
2.14.	NEUROLOGIA	
2.15.	OKULISTYKA	
2.16.	ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU	
2.17.	OTORYNOLARYNGOLOGIA	
2.18.	PEDIATRIA	
2.19.	POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - DRUGI POZIOM REFERENCYJNY	
2.20.	REUMATOLOGIA	
2.21.	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY (SOR)	
2.22.	UROLOGIA	
3.	Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:	
3.1.	Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie:	
3.1.1.	BADAŃ ENDOSKOPOWYCH PRZEWODU POKARMOWEGO:	
3.1.1.1.	GASTROSKOPIA	
3.1.1.2.	KOLONOSKOPIA	

3.1.2.	MEDYCYNĘ NUKLEARNEJ:
3.1.2.1.	BADANIA IZOTOPOWE
3.1.3.	REZONANSU MAGNETYCZNEGO
3.1.4.	TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ
3.2.	DIAGNOSTYKA I LECZENIE ONKOLOGICZNE W PROFILACH SYSTEMU ZABEZPIECZENIA, W ZAKRESACH LUB RODZAJACH, W KTÓRYCH W DNIU KWALIFIKACJI DO SYSTEMU ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZENIA TE BYŁY FINANSOWANE W SPOSÓB WSKAZANY W ART. 136 UST 2 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNIĄ 2004 R. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH
3.3.	ŚWIADCZENIA ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGO (PIERWOTNEJ LUB REWIZYJNEJ)
3.4.	ŚWIADCZENIA SZPITALNE W ZAKRESIE ZWIĄZANYM Z PORODEM I OPIEKĄ NAD NOWORODKAMI
3.5.	ŚWIADCZENIA SZPITALNE W LECZENIU OSTREGO ZAWALU SERCA
3.6.	ŚWIADCZENIA UDZIELANE PRZEZ PIELEŃNIARKI I POŁOŻNE
3.7.	Świadczenia wykonywane w celu realizacji programów lekowych
3.7.1.	LECZENIE INHIBITORAMI TNF ALFA ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z CIĘŻKĄ, AKTYWNA POSTACIĄ ZESZTYWIAJĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK)
3.7.2.	LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY
3.7.3.	LECZENIE ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM (LZS)
3.7.4.	LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PŁAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD)
3.7.5.	LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN W CHOROBYCH NEUROLOGICZNYCH
3.7.6.	LECZENIE REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM
3.7.7.	LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO
3.7.8.	LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO
3.7.9.	LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOSCI PRZYTARCZY U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH
3.8.	ŚWIADCZENIA WYKONYWANE W CELU REALIZACJI ŚWIADCZEŃ PRZYSŁUGUJĄCYCH ŚWIADCZENIOBIORCY NA PODSTAWIE ART. 15 UST. 2 PKT 16 USTAWY Z DNIA 27 SIERPNIĄ 2004 R. O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH, W TYM LEKI STOSOWANE W CHEMIOTERAPII OKREŚLONE W PRZEPISACH USTAWY Z DNIA 12 MAJA 2011 R. O REFUNDACJI LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO ORAZ WYROBÓW MEDYCZNYCH
3.9.	ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W ZAKRESIE USUNIĘCIA ZAĆMY
3.10.	ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Szczegółowe zasady realizacji i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu określone zostały w umowie z płatnikiem środków publicznych. Zgodnie z wprowadzoną zmianą w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych – finansowanie przeważającej liczby świadczeń jest w formie ryczałtu, z którego wyodrębnione zostały środki na świadczenia odrębnie finansowane. Wykaz świadczeń finansowanych odrębnie został podany w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględnia się:

- środki zaplanowane na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia, określone w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej,

- dane dotyczące ilości świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę za poprzedni okres rozliczeniowy, finansowanych w ramach ryczałtu podstawowego systemu zabezpieczenia.

Wprowadzenie ryczałtowej formy rozliczania kosztów świadczeń jest równoznaczne z odstępniem od finansowania pojedynczych przypadków i procedur na rzecz finansowania w ramach jednej kwoty całości opieki udzielanej pacjentom ilości w danym okresie rozliczeniowym. Łączne finansowanie świadczeń w PSZ pozwala na optymalizację struktury organizacyjnej jednostki oraz poprawę elastyczności zarządzania Zakładem, a także uzyskanie wyższej efektywności działania.

Kwota bazowa ryczałtu na IV kwartał 2017 r. ustalona została na podstawie świadczeń udzielonych i sprawozdanych przez szpital w 2015 roku z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w latach 2015–2017. Zmienione zostały również szczegółowe warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia. Sposób ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy zostało określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 roku. Kwota zobowiązania WOW NFZ na IV kwartał 2017 r. w wysokości 24,5 mln zł obejmowała finansowanie wszystkich świadczeń w ramach PSZ. Zostały również przedłużone dotychczasowe umowy zawarte z WOW NFZ na świadczenia realizowane poza ryczałtem. Ryczałt na I półrocze 2018 r. został wyliczony zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz.1783). Kwota zobowiązania WOW NFZ na I półrocze 2018 r. na sfinansowanie wszystkich świadczeń w PSZ została ustalona na poziomie 48,8 mln zł tj. 24,4 mln na kwartał.

Wprowadzenie ryczałtowego finansowania większości świadczeń w ramach PSZ ma fundamentalny wpływ na zmianę w zarządzaniu podmiotami leczniczymi oraz na ich stabilność finansową. Świadczeniodawca, który zwiększył liczbę realizowanych usług w stosunku do ilości uwzględnionych w ustalaniu ryczałtu na dany rok może liczyć na ewentualne zwiększenie ryczałtu dopiero na następny okres rozliczeniowy ponieważ według nowego rozwiązania nie ma możliwości finansowania świadczeń ponadlimitowych.

W związku z powyższym w programie naprawczym założono realizację działań mających na celu:

- poprawę efektywności wykorzystania zasobów,
- poprawę zyskowności działalności.

Celem nadrzędnym wprowadzenia działań naprawczych jest zabezpieczenie zakresu realizowanych świadczeń finansowanych ze środków publicznych na dotychczasowym poziomie przy zwiększeniu efektywności wykorzystania zasobów.

W programie naprawczym w efektach finansowych ujęto tylko te działania, które w krótkim okresie czasu mogą dać wymierne efekty w postaci redukcji kosztów.

Inicjatywa 1. Poprawa efektywności wykorzystania zasobów
Działanie 1.1. Skrócenie średniego czasu hospitalizacji pacjentów
Do wykonania tego zadania przyjęto następujące założenia: a) skrócenie czasu wykonywania opisu badań radiologicznych do max. 24 godzin, b) przyjmowanie do szpitala pacjentów na zabiegi planowe tylko z kompletem badań, c) dokonywanie wypisów pacjentów zarówno w soboty jak i niedziele oraz w tygodniu w godzinach wieczornych, tam gdzie stan pacjenta nie wymaga dalszego pobytu w szpitalu.

Uzasadnienie:

Z analizy i porównania danych statystycznych dotyczących czasu pobytu pacjentów w szpitalu wynika, że w części oddziałów średni pobyt pacjenta jest dłuższy niż w innych szpitalach na oddziałach o tym samym profilu. Założono, że docelowo w 2019 r. średni koszt pobytu pacjenta na wszystkich oddziałach będzie na poziomie równym lub niższym niż średnia krajowa publikowana przez MZ lub GUS. Realizacja tego działania spowoduje zmniejszenie kosztów leczenia pacjenta. Efekt finansowy ustalono biorąc pod uwagę koszty zmienne powiązane bezpośrednio z pacjentem (leki, żywność, środki czystości) i liczbę pacjentów hospitalizowanych na poszczególnych oddziałach w 2016 r. Skrócenie czasu pobytu pacjentów w szpitalu zmniejsza ryzyko zakażeń wewnątrzszpitalnych. Zakładane ograniczenie czasu pobytu w osobodniach:

IV kw. 2017 r.	1 500 osobodni
2018 r.	10 000 osobodni
2019 r.	11 300 osobodni

Czas realizacji: 1 październik 2017 r. - 31 grudzień 2019 r.

Osoby odpowiedzialne:

1. Dyrektor Szpitala
2. Ordynator/Kierownik Oddziału
3. Kierownicy pracowni diagnostycznych

Działanie 1.2. Optymalizacja kosztów diagnostyki

Do wykonania tych działań przyjęto następujące **założenia:**

- a) obniżenie kosztów diagnostyki poprzez eliminację zbędnych badań,
- b) ograniczenie powtórzeń badań wykonanych na SOR,
- c) usprawnienie procesu wykonywania badań,
- d) przestrzeganie terminów wykonywania zalecanych przeglądów sprzętu i aparatury diagnostycznej.

Uzasadnienie:

W celu ograniczenia kosztów diagnostyki będzie prowadzona bieżąca analiza kosztów realizowanych badań diagnostycznych poprzez:

- monitorowanie kosztów leczenia pacjenta na oddziale,
- analizę kodowania przypadków w powiązaniu z wykonywaną diagnostyką laboratoryjną, radiologiczną oraz stosowanymi znieczuleniami,
- weryfikację zasadności wykonywania powtórzeń badań wykonanych na SOR,
- weryfikację ilości badań kontrolnych,
- zapisy w umowach eliminujące straty leżące po stronie dostawców sprzętu i materiałów diagnostycznych.

Przy zawieraniu umów na zakup materiałów diagnostycznych wykonywanych na sprzęcie dostawcy proponowane będzie rozliczanie wg cen obejmujących koszt całkowity zużytych materiałów do badania.

Kierownicy komórek i służby techniczne zostaną zobligowane do przestrzegania terminów wykonywania zalecanych przeglądów sprzętu i aparatury diagnostycznej zarówno sprzętu będącego własnością Zakładu jak i sprzętu obcego.

W ramach efektów działania założono ograniczenie kosztów związanych z realizacją świadczeń, które są zbędne lub nie mają przełożenia na efekty leczenia pacjenta.

Działanie nie zakłada ograniczenia badań diagnostycznych niezbędnych ze względów medycznych, tym bardziej, że skrócenie czasu pobytu pacjentów w szpitalu musi się wiązać z bardziej efektywnym leczeniem pacjentów. Działania naprawcze w ramach tego działania mają wyeliminować zbędne badania diagnostyczne i obniżyć koszty diagnostyki.

Czas realizacji: 1 październik 2017 r. - 31 grudzień 2019 r.

Osoby odpowiedzialne:

1. Dyrektor Szpitala
2. Ordynator/Kierownik Oddziału
3. Kierownicy pracowni diagnostycznych

PLANOWANE EFEKTY WDROŻENIA PROGRAMU NAPRAWCZEGO

		KOSZTY		
		2017 r.	2018 r.	2019 r.
Inicjatywa 1	Poprawa efektywności wykorzystania zasobów			
Działanie 1.1	Skrócenie średniego czasu hospitalizacji pacjentów			
2017 r.	1500 osobodni	-115 000		
2018 r.	10000 osobodni		-528 000	
2019 r.	11300 osobodni			-575 000
Działanie 1.2. Optymalizacja kosztów diagnostyki				
2018 r.	Efekt redukcji kosztów		-300 000	
2019 r.	Efekt redukcji kosztów			-300 000
Razem efekty działań		-115 000	-828 000	-875 000
Wpływ działań Programu naprawczego na wynik finansowy		115 000	828 000	875 000

Realizacja programu naprawczego w IV kwartale 2017 roku.

W programie naprawczym na lata 2017-2019 założono realizację między innymi działań mających na celu poprawę efektywności wykorzystania zasobów. Jednym z działań, które przynosi efekty w krótkim czasie w postaci redukcji kosztów jest skrócenie średniego czasu hospitalizacji. W części oddziałów Szpitala średni pobyt pacjenta na podstawie analizy za I półrocze 2017 roku był dłuższy niż w innych szpitalach na oddziałach o tym samym profilu. W programie naprawczym na IV kwartał 2017 roku założono zmniejszenie czasu pobytu pacjentów o 1.500 osobodni. Natomiast osiągnięto w IV kwartale ograniczenie czasu pobytu pacjentów w oddziałach: Chorób Wewnętrznych i Hematologii, Chirurgicznym, Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu, Okulistycznym, Otolaryngologicznym, Urologicznym o 324 osobodni. Efekt finansowy w programie naprawczym na IV kwartał 2017 roku w postaci redukcji kosztów w wysokości 115.000 zł ustalono biorąc pod uwagę koszty zmienne powiązane bezpośrednio z pacjentem, związane z ograniczeniem pobytu pacjentów w oddziale takie jak: leki, żywność, środki czystości. Należy podkreślić, że pomimo skrócenia czasu hospitalizacji nie nastąpił spadek

ponoszonych kosztów. Osiągnięcie samofinansowania na poziomie działalności operacyjnej wymaga dłuższego okresu.

W celu ograniczenia kosztów diagnostyki i osiągnięcia w latach 2018-2019 zamierzonych oszczędności, Kierownicy oddziałów podejmują działania w celu eliminacji zbędnych badań oraz ograniczenia powtórzeń badań wykonywanych na SOR.

Ponadto wdrażana jest analiza kosztów realizowanych badań diagnostycznych poprzez:

- weryfikację ilości badań kontrolnych,
- monitorowanie kosztów leczenia pacjenta na oddziale,
- analizę kodowania przypadków w powiązaniu z wykonywaną diagnostyką laboratoryjną, radiologiczną oraz stosowanymi znieczuleniami.

Kierownicy komórek i służby techniczne dokładają wszelkich starań w celu przestrzegania terminów wykonywania zalecanych przeglądów sprzętu i aparatury diagnostycznej będącej własnością zakładu jak i sprzętu obcego.

Podjęte wyżej działania będą monitorowane między innymi z wykorzystaniem narzędzia analitycznego BI Hospitals. Szpital jest na etapie wdrażania narzędzia analitycznego, które dostarczy informacji o procesach diagnostyczno-terapeutycznych hospitalizowanych pacjentów, a także danych niezbędnych do kontrolowania działalności finansowo-operacyjnej szpitala, takich jak: bieżące wykonanie kontraktu z NFZ, świadczone usługi medyczne. BI Hospitals pozwala kierownikom oddziałów na pełną analizę działalności zarządzaną jednostką i umożliwi analizę indywidualnych przypadków pokazując jak najlepiej zoptymalizować koszty. Ułatwi koordynację usług i osiągnięcie płynnego przepływu pacjentów, co przyczyni się do skrócenia pobytu chorego w szpitalu i obniżenia kosztów diagnostyki. Zmiana od października 2017 roku sposobu finansowania opieki zdrowotnej i wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie przyniosła spodziewanego wzrostu przychodów na realizację świadczeń zdrowotnych. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia w 2018 roku określił wysokość finansowania świadczeń w ramach PSZ stanowiącego główne źródło przychodów Szpitala tylko na I półrocze 2018 rok, co dodatkowo utrudnia sprawne zarządzanie jednostką.

Dalsza realizacja zakładanych efektów i dążenie do jak najszybszego zrównoważenia kosztów z przychodami jest uzależniona również od czynników zewnętrznych, głównie decyzji NFZ w zakresie poziomu środków przekazywanych na finansowanie świadczeń, poziomu cen na leki, odczynniki i inne materiały medyczne zużywane przez szpital oraz nakładanie na publiczne podmioty lecznicze ustawowych obowiązków bez zabezpieczenia dodatkowych środków na ten cel.

III. Prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej na podstawie wskaźników ekonomiczno-finansowych (raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej) z uwzględnieniem skutków działań naprawczych wynikających z programu naprawczego wdrażanych w latach 2017-2019.

Prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej sporządzono w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. W maju br. zgodnie z art. 53a ustawy o działalności leczniczej Zakład przedstawił po raz kolejny podmiotowi tworzącemu Raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej, w którym przedstawiono prognozę sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne lata obrotowe 2018-2020. Program naprawczy sporządzono w oparciu o założenia, które wynikały z obowiązujących w tym czasie aktów prawnych i projektów aktów wykonawczych do ustaw, publikowanych przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ.

W zaktualizowanym programie naprawczym uwzględniono skutki finansowe:

1. Wypłaty dodatków dla pielęgniarek i położnych w obecnej formie oraz jej kontynuowanie do końca 2019 roku. Wypłata dodatku dla pielęgniarek i położnych wynikająca z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628), zagwarantowana jest do sierpnia 2019 r. i zostanie utrzymana na poziomie wypłat za sierpień 2019 r., do końca 2020 r., pod warunkiem

zabezpieczenia dodatkowych środków na ten cel przez odpowiednie instytucje państwowe.

2. Wypłaty „dodatku NFZ PRM” przysługującego ratownikom medycznym będącym członkami zespołów ratownictwa medycznego, dyspozytorom medycznym, pielęgniarkom systemu, będącymi członkami zespołów ratownictwa medycznego.
3. Wypłaty „dodatku NFZ SOR” dla ratowników medycznych, z wyjątkiem ratowników będących członkami zespołów ratownictwa medycznego oraz dyspozytorami medycznymi.
4. Wprowadzenia ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1473).

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalenia najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych gwarantuje poziom wynagrodzenia zasadniczego, a dla grup zawodowych pracowników najmniej zarabiających określa zasady stopniowego podwyższania wynagrodzeń w określonej perspektywie czasowej. Ustawa ma stanowić systemowe rozwiązanie prawne zmierzające do zniwelowania w latach 2017–2021 dysproporcji w zakresie poziomu wynagrodzeń podstawowych grup pracowników medycznych zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Skutki finansowe obowiązkowych podwyżek płacy zasadniczej w latach 2017-2021 w Szpitalu Specjalistycznym w Pile ujęto w programie naprawczym jako zwiększenie kosztów w okresie objętym programem naprawczym.

Z uzasadnienia do projektu ustawy wynika, że ustalenie dolnej granicy wysokości wynagrodzeń zasadniczych pracowników medycznych ma likwidować wprowadzanie oszczędności w podmiotach leczniczych poprzez ograniczanie wysokości wynagrodzeń.

Podstawą do ustalenia przychodów na 2018 rok jest plan finansowy. Prognozę przychodów na 2019 rok ustalono na podstawie umów zawartych z WOW NFZ na 2018 rok oraz zakładanego wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. W projekcie planu finansowego NFZ na 2019 r. zakłada się wzrost nakładów na leczenie szpitalne o 6% w stosunku do 2018 roku. Brak jest jednak informacji

w jaki sposób te środki zostaną rozdysponowane. W związku z powyższym w programie założono 3% bezpieczny wzrost umów z NFZ w 2019 roku z wyjątkiem środków przeznaczonych na podwyżki dla pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych, które są przekazywane na pokrycie kosztów. Zrealizowanie wyższych przychodów zgodnie z ustawą o finansach publicznych pozwoli na podwyższenie planowanych kosztów w poszczególnych latach, finansowanie inwestycji lub spłatę zobowiązań.

Raport sporządzono w oparciu o prognozy uwzględnione w materiale przekazanym w maju br. i skorygowano o skutki finansowe zaktualizowanego programu naprawczego. Na bazie prognozowanych danych finansowych na lata 2018-2019 ustalono wskaźniki finansowe i punktacje zaprezentowane poniżej w tabeli.

**WYNIKI OCENY SYTUACJI EKONOMICZNO-FINANSOWEJ ZA 2017 R.
PROGNOZA NA LATA 2018-2019**

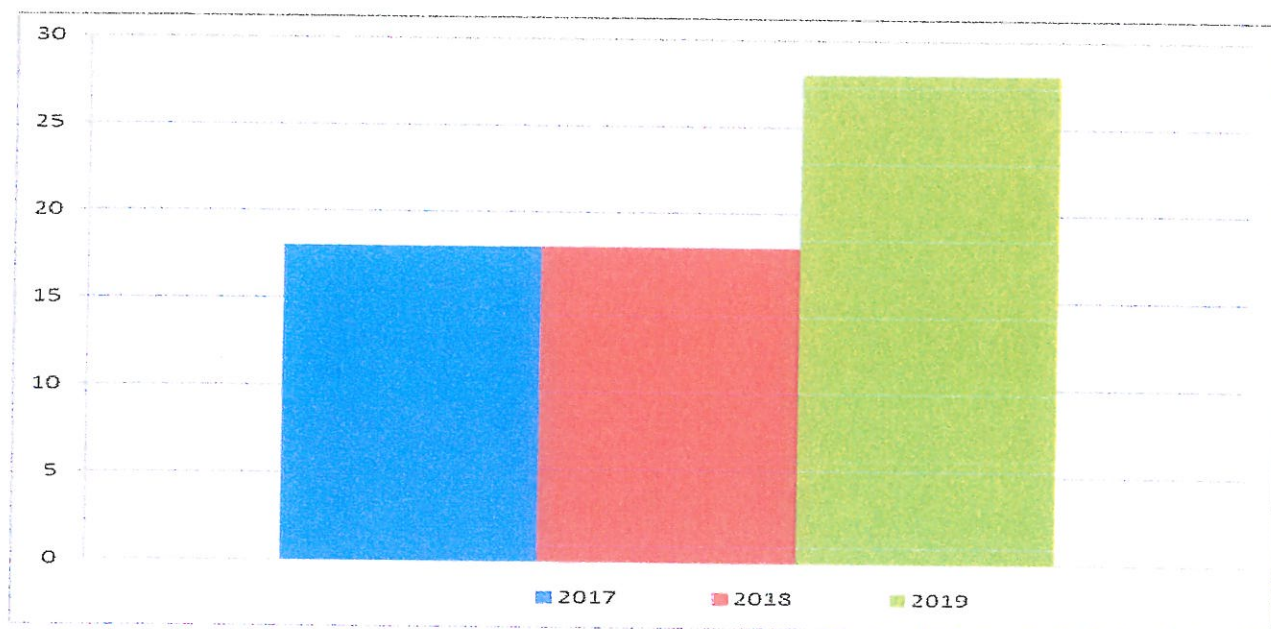
Grupa	Wskaźniki	2017		2018		2019	
		Wskaźnik	Ilość punktów	Wskaźnik	Ilość punktów	Wskaźnik	Ilość punktów
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-2,39%	0	-1,57%	0	1,19%	3
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-2,04%	0	-1,21%	0	1,52%	3
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-4,25%	0	-2,76%	0	2,19%	4
Razem			0		0		10

II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	Wskaźnik bieżącej płynności	0,36	0	0,43	0	0,46	0
	Wskaźnik szybkiej płynności	0,31	0	0,37	0	0,40	0
Razem			0		0		0

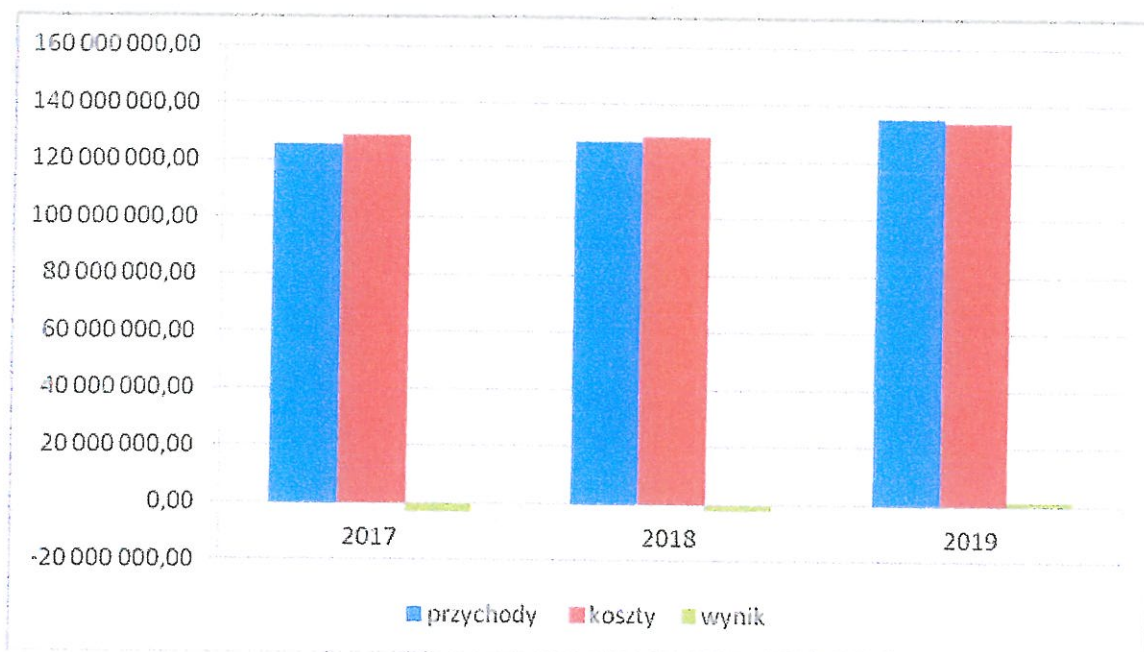
III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	22	3	22	3	26	3
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	40	7	40	7	36	7
Razem		10		10		10	

IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	51,73%	8	56,65%	8	55,42%	8
	Wskaźnik wypłacalności	4,07	0	5,84	0	5,82	0
Razem		8		8		8	

Łączna wartość punktów	18	18	28
-------------------------------	-----------	-----------	-----------



Na 2018 r., podobnie jak w roku poprzednim, możliwy jest ujemny wynik finansowy. Na takim samym poziomie jak w 2017 roku będzie również kształtowała się ocena punktowa stabilności Szpitala. Natomiast w 2019 r. prognozowany jest dodatni wynik finansowy dzięki czemu ocena punktowa wzrośnie do poziomu 28 punktów.



Grupa wskaźników zyskowności

W 2017 roku Zakład osiągnął ujemny wynik finansowy ze stratą netto na poziomie 2,9 mln zł. Wskaźnik zyskowności netto na poziomie -2,39%, wskaźnik zyskowności operacyjnej na poziomie -2,04% natomiast wskaźnik zyskowności aktywów na poziomie -4,25%. Wskaźniki zyskowności określają ekonomiczną efektywność działalności podmiotu. Jak wykazano wcześniej w ostatnich dwóch latach zmieniona została wycena realizowanych świadczeń. W wyniku tej zmiany obniżono wycenę najbardziej opłacalnych procedur realizowanych przez Szpital Specjalistyczny w Pile. Dostosowanie kosztów stałych do zmiany wysokości przychodów to zadanie długofalowe i efekty tego działania będą widoczne w następnych okresach.

W prognozie na 2019 r. zakłada się uzyskanie dodatnich wartości wskaźników zyskowności sprzedaży netto, zyskowności działalności operacyjnej i zyskowności aktywów. Planowany wskaźnik zyskowności netto na rok 2018 wynosi -1,57%, zyskowności działalności operacyjnej -1,21%, a zyskowności aktywów -2,76%. W 2019 roku poziom tych wskaźników będzie wynosił odpowiednio 1,19%, 1,52% i 2,19%. Osiągnięcie prognozowanych wskaźników uzależnione jest od wysokości środków przeznaczonych przez NFZ na sfinansowanie w 2019 roku świadczeń opieki zdrowotnej. W projekcie planu finansowego NFZ na 2019 zakładany jest wzrost nakładów na leczenie szpitalne w stosunku do 2018 r. o 6%.

Założeniem programu naprawczego jest dążenie do jak najszybszego zrównoważenia kosztów z przychodami poprzez wprowadzenie możliwych działań oraz wskazanie jakie działania w krótkim czasie są w stanie obniżyć koszty Zakładu.

Realizacja inicjatyw ma na celu uzyskanie samofinansowania na poziomie działalności operacyjnej zakładu. W związku z tym na bieżąco muszą być podejmowane działania dostosowujące poziom kosztów do zmian przyjętych prognoz przychodów poprzez eliminowanie lub ograniczanie kosztów, które nie mają wpływu na skuteczność leczenia pacjenta.

Zagrożenie w realizacji zakładanych efektów jest uzależnione od czynników zewnętrznych, głównie decyzji NFZ w zakresie poziomu środków przekazywanych na finansowanie świadczeń, poziomu cen na leki, odczynniki i inne materiały medyczne używane przez szpital oraz nakładanie na publiczne podmioty lecznicze ustawowych obowiązków bez zabezpieczenia dodatkowych środków na ten cel.

Następna grupa wskaźników to wskaźniki płynności określające zdolność podmiotu do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych. Poziom tych wskaźników jest niski. Wskaźniki płynności kształtują się na poziomie niższym od dolnej granicy wysokości punktowanej. Wskaźnik szybkiej płynności, który określa zdolność podmiotu do spłacania zobowiązań krótkoterminowych najbardziej płynnymi aktywami, tj. krótkoterminowymi należnościami i aktywami finansowymi wzrasta z 0,31 w 2017 roku do 0,40 w roku 2019. Wskaźnik płynności również wykazuje tendencję wzrostową (z 0,36 w 2017 roku do 0,46 w roku 2019). Niski poziom wskaźników płynności jest uzależniony od struktury aktywów i poziomu zadłużenia podmiotu. Mimo niskich wskaźników płynności Szpital Specjalistyczny w Pile uzyskuje dobre wskaźniki efektywności. Zakładamy, że podobnie jak w latach poprzednich zadania inwestycyjne będą współfinansowane dotacjami i środkami UE co bez wątpienia będzie miało wpływ na poprawę płynności bieżącej i szybkiej. W grupie wskaźników płynności przez cały prognozowany okres podobnie jak w 2017 roku wycena punktowa wynosi 0.

W grupie wskaźników efektywności w 2017 roku maksymalną punktację uzyskano za krótki cykl rotacji należności (22 dni). Wysokość tego wskaźnika jest ściśle związana z terminami regulowania należności przez głównego kontrahenta – NFZ. Maksymalną liczbę punktów osiągnięto również za krótki cykl rotacji zobowiązań poniżej 60 dni. Rotacja zobowiązań jest dłuższa niż rotacja należności,

ale mieści się w przedziale najwyższej punktacji. Szpital posiłkuje się kredytami bankowymi i mimo niskiej wyceny wskaźników płynności uzyskuje dobre wyniki w grupie wskaźników efektywności. Prognozowane jest uzyskanie w całym okresie maksymalnej oceny w wysokości 10 punktów.

Grupa wskaźników zadłużenia. Wskaźnik zadłużenia aktywów osiągnął w 2017 roku wartość 51,73%. Prognozowane wskaźniki zadłużenia aktywów na lata 2018-2019 kształtują się na poziomie nie przekraczającym 57%. Jest to wartość prawidłowa. To wynik sukcesywnego utrzymywania aktywów trwałych na jednakowym poziomie poprzez realizację nowych inwestycji i inwestycji odtworzeniowych.

Wartość wskaźnika wypłacalności jest uzależniona od wartości kapitałów własnych. W całym prognozowanym okresie wartość Funduszu Założycielskiego wynosi 43,5 mln zł, ale mogą pogłębić się nierozliczone straty z lat ubiegłych o straty za 2016 i 2017 rok. Uzyskana w grupie wskaźników zadłużenia wycena w całym prognozowanym okresie, podobnie jak w 2017 roku, wynosi 8 punktów.

W podsumowaniu analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej przeprowadzonej na podstawie wykonania za 2017 rok oraz zaktualizowanej prognozy na lata 2018-2019 należy stwierdzić, że wdrażając zaktualizowany program naprawczy przedstawiony do zatwierdzenia i podejmując inne działania proefektywnościowe nie ujęte w programie naprawczym Szpital Specjalistyczny w Pile sukcesywnie będzie dążył do poprawy wyniku finansowego i sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu.

DYREKTOR

Rafał Szuca