***Projekt***

**UCHWAŁA NR**

**RADY MIEJSKIEJ W STALOWEJ WOLI**

**z dnia 2019 roku**

w sprawie zatwierdzenia Programu naprawczego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli na lata 2018 – 2020

Na podstawie art. 18 ust. 1 – ustawy z dnia 8 marca 1990 r. samorządzie gminnym (Dz. U. z 2018 r. poz. 994 ze zm.) oraz art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.) w związku z § 26 ust. 3 Statutu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli (Dz. Urz. Woj. Podkarpackiego z 2018 r. poz. 109) – uchwala się co następuje:

 § 1

Zatwierdza się Program naprawczy Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli na lata 2018 – 2020 o treści określonej w załączniku do niniejszej uchwały.

§ 2

Traci moc Uchwała Nr LXIX/860/18 z dnia 26 stycznia 2018 r w sprawie zatwierdzenia Programu naprawczego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli na lata 2017 – 2019.

 § 3

Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli.

 § 4

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**UZASADNIENIE**

Zgodnie z art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 ze zm.) jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53 a ust. 1, ustawy na okres nie dłuższy niż 3 lata i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia. Strata finansowa netto za rok 2017 została pokryta z kapitału zakładowego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli przy ul. Kwiatkowskiego 2.

 W związku z powyższym podjęcie przedmiotowej uchwały jest zasadne.

*Załącznik do Uchwały Nr Rady Miejskiej*

 *w Stalowej Woli z dnia 25 stycznia 2019 roku*

Program naprawczy SPZOZ w Stalowej Woli ul. Kwiatkowskiego 2

Wrzesień 2018 rok

1. WSTĘP

Program naprawczy SPZOZ w Stalowej Woli ul. Kwiatkowskiego 2 wynika z dyspozycji zawartej w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, która stanowi jednocześnie podstawę prawną jego sporządzenia.

1. Opis sytuacji

SPZOZ za ubiegły rok obrotowy tj. 01.01.2017 – 31.12.2017 uzyskał wynik finansowy w wysokości: – 202,6 tys. zł czyli wystąpiła strata netto. Wprawdzie zakład posiadał we wskazanym wyżej okresie płynność finansową oraz stratę pokrył kapitałem zakładowym (funduszem zakładu) ale odnotowana strata netto za dany rok obrotowy jest wskazaniem zgodnie z przytoczonymi wyżej przepisami prawnymi do przedstawienia Podmiotowi tworzącemu programu naprawczego, a w tym uwzględnienia danych z raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej, o którym mowa w art. 53a ust 1, który to „raport” był prezentowany Podmiotowi tworzącemu w maju 2018 roku.

Program naprawczy wynika z faktu niebilansowania się działalności zakładu w zakresie rachunku zysków i strat. W ujęciu rachunkowym przychody są niższe niż koszty. Trzeba tu nadmienić i podkreślić, że bilansowanie się działalności podmiotów leczniczych jakimi są SPZOZ-y, które zgodnie z przepisami ustawy o działalności leczniczej nie są przedsiębiorcami, ale prowadzą działalność regulowaną w rozumieniu przepisów ustawy o swobodzie działalności gospodarczej, jest niezmiernie trudne a w dzisiejszych realiach społeczno-ekonomicznych czasem niemożliwe. Wynika to z faktu, że podmioty publiczne jakimi są SPZOZ-y prowadzą formalnie działalność „non profit” i muszą wypełniać potrzeby lokalnej społeczności realizując świadczenia, które często są niedochodowe (ze względu na zaniżony przez publicznego płatnika poziom ich finansowania) – chociaż faktycznie muszą konkurować na rynku o dostęp do środków NFZ z podmiotami niepublicznymi. Do tego dochodzi limitowanie przez NFZ środków finansowych na realizację świadczeń (co stwarza niewykorzystane możliwości przy istniejących i wymuszonych kosztach utrzymania bazy do udzielania świadczeń zdrowotnych) oraz popyt na świadczenia znacznie przewyższający możliwości realizacji wynikające z poziomu finansowania, co sprzyja a często wymusza, wykonywanie świadczeń ponad kontraktowych, często nie podlegających zapłacie przez NFZ, które to świadczenia często obciążają zakłady publiczne poprzez generowane koszty.

W ujęciu ogólnym świadczenia opieki zdrowotnej są finansowane przez publicznego płatnika często poniżej faktycznych kosztów w dużej mierze wymuszonych sytuacją prawno- ekonomiczną w sektorze ochrony zdrowia, co wpływa na fakt powszechnego niebilansowania się przychodów i kosztów w publicznych podmiotach leczniczych.

Wobec występowania zjawiska niebilansowania się podmiotów leczniczych w naszym kraju w zakresie prowadzonej działalności oraz wobec trudności a nawet braku możliwości zdecydowanego ograniczenia kosztów działalności bez wpływu na funkcjonowanie tych podmiotów, podstawowym czynnikiem umożliwiającym rozwiązanie tego problemu jest zwiększenie możliwości pozyskiwania przychodów głównie poprzez zwiększenie kontraktów z NFZ dla podmiotów leczniczych, jednak nie tyle ilościowych ale połączone ze zwiększeniem wyceny świadczeń jednostkowych.

To jednak wykracza poza możliwości dziania podmiotów leczniczych ale wymaga zdecydowanych działań ze strony decydentów.

2. Możliwe działania zakładu celem zbilansowania się działalności:

1. W zakresie możliwości zwiększenia przychodów: szukanie nowych ich źródeł w aspekcie dochodowym:

- zabieganie oraz oczekiwanie na zwiększenie liczby zakontraktowanych świadczeń z NFZ a poprzez to zwiększenie ogólnej wartości kontraktów (lub innego rodzaju finansowania ze strony publicznego płatnika),

- zwiększenie dochodów z innych możliwych źródeł (medycyna pracy, świadczenia płatne, sprzedaż usług innym podmiotom leczniczym.

1. W zakresie minimalizowania kosztów - ograniczenie kosztów funkcjonowania zakładu z zastrzeżeniem, że możliwości takiego działania w SPZOZ są paradoksalnie ograniczone, gdyż:

1/podstawowy koszt rodzajowy stanowią wynagrodzenia (około 80%). Te można podzielić na:

- wynagrodzenia z umów o pracę, których nie można zmniejszyć, gdyż przepisy nowo wprowadzonej ustawy o 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, nakazują ich kroczący wzrost w ciągu kolejnych 3 lat pod sankcjami karnymi oraz

- wynagrodzenia z umów cywilnoprawnych (umowy zawierane są z działalnością gospodarczą, głównie lekarską i koszty te stanowią koszty usług obcych), które też rosną wobec wyłaniania podmiotów do współpracy w drodze konkursów i wobec konkurencji jednostek niepublicznych, często podbijających stawkę wynagrodzenia.

Ponadto dodatkowo trzeba wskazać także, nowo wprowadzone przepisy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wskazujące obowiązek aby wynegocjowany przez związek zawodowy pielęgniarek i położnych z Ministrem Zdrowia dodatek ministerialny dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych (który do tej pory był wypłacany w formie dodatku z NFZ i nie stanowił większego obciążenia dla zakładu), został włączony do pensji zasadniczej tej grupy zawodowej w kwocie 1100 zł z dniem 1. 09. 2018 r., (a od 01.07.2019 w kwocie 1200 zł) - co rodzi dodatkowe koszty przy wypłacie odpraw emerytalnych i jubileuszy (a średnia wiekowa tej grupy zawodowej w dużej mierze oscyluje w zakresie wieku emerytalnego). Dodatkowym czynnikiem wpływającym na potencjalny wzrost kosztów wynagrodzeń są nowe przepisy ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wskazujące na możliwy wzrost płacy zasadniczej lekarzy sektora szpitalnego do kwoty 6750 zł w przypadku podpisania przez nich zobowiązania, że nie będą pracować w innych podmiotach wskazanych przepisami ustawy (pieniądze mają pochodzić jako środki z Ministerstwa Zdrowia poprzez NFZ). Wspomniane przepisy nie są do końca jasne i budzą szereg wątpliwości co do ostatecznej ich interpretacji, ale już dziś niektórzy lekarze zatrudnieni w szpitalu i zatrudnieni także w naszym zakładzie, rozważają rezygnację z pracy w naszym SPZOZ (co skutkować będzie zapewne brakiem możliwości udzielania dla określonej grupy pacjentów określonych świadczeń) lub w alternatywie rozważają oni pozostanie w naszym zakładzie i rezygnację z dodatkowych profitów w Szpitalu, ale wnioskują o podniesie im w naszym zakładzie wynagrodzenia rekompensującego. Powyższe jest też czynnikiem, który aktywizuje lekarzy SPZOZ zatrudnionych na umowę o pracę, a którym nie przysługuje dodatek ministerialny w wysokości do 6750 zł - do upominania się o wzrost wynagrodzenia.

Kolejnym czynnikiem stwarzającym zagrożenie wzrostu kosztów wynagrodzeń są roszczenia o wzrost płac w grupach zawodowych innych niż pielęgniarki i lekarze, nie objętych ministerialnymi dodatkami.

Skutków finansowych powyżej wskazanych potencjalnych wzrostów kosztów wynagrodzeń nie można w chwili obecnej przewidzieć ale jest to czynnik w sposób zdecydowany uniemożliwiający obniżenie kosztów zakładu. Jedynym czynnikiem umożliwiającym obniżenie kosztów pracy jest redukcja personelu, ale to wiązać się będzie z rezygnacją z wykonywania niektórych świadczeń dla pacjentów i /lub z zaburzeniem sprawności funkcjonowania zakładu zależnie od grup zawodowych, których dotyczyłaby redukcja zatrudnienia.

2/ inne koszty wynikające z konieczności zapewnienia funkcjonowania zakładu poprzez zaopatrzenia w energię, leki, materiały medyczne i inne dostawy i usługi - również rosną wobec ogólnokrajowego wzrostu cen i pomimo wyłaniania dostawców tych usług w drodze zamówień publicznych.

3/ zasadniczą możliwością redukcji kosztów, możliwą do osiągnięcia na chwilę tworzenia niniejszego dokumentu, mogłaby być rezygnacja z działalności niedochodowej i redukcja kosztów zatrudnienia poprzez zwalnianie personelu do tej działalności zatrudnionego. To jednak kłóciłoby się z misją publicznego zakładu i pozbawiałoby możliwości uzyskania świadczeń przez sporą część spośród lokalnej społeczności. Ponadto likwidacja określonych form działalności w chwili obecnej, praktycznie może zamykać na przyszłość drogę do ich ponownego uruchomienia w razie zwiększenia wysokości ich finansowania przez NFZ. Dodatkowo wskazać trzeba, że nie jest wiadomy poziom finansowania określonych świadczeń w przyszłości, wobec trwających zmian w zakresie finansowania ochrony zdrowia i możliwe, że nastąpi poprawa finansowania w zakresie świadczeń na dzień dzisiejszy niedochodowych.

Drugą możliwością jest zmniejszenie kosztów ogólnozakładowych poprzez redukcję zatrudnienia personelu administracyjnego i pomocniczego, a nie zmniejszanie zakresu wykonywanych świadczeń. Ale i tutaj istnieje duża obawa o zaburzenie płynności funkcjonowania zakładu w tej sferze jego działalności, jak również szacowane oszczędności na chwilę obecną nie mogą być znaczące. W obecnym okresie często zmienia się prawo, często są problemy z jego interpretacją, co wymaga działań dostosowawczych i praktycznych. Przytoczyć tu należy wspomniane już przepisy prawne regulujące poziom minimalnego wynagrodzenia w podmiotach leczniczych (w tym szczególnie dla niektórych grup zawodowych), przepisy dotyczące informatyzacji podmiotów leczniczych (dokumentacja medyczne, dane kadrowe), przepisy dotyczące realizacji świadczeń finansowanych przez NFZ i ich rozliczeń, przepisy Parlamentu Europejskiego dotyczące ochrony danych osobowych, itp. – to na chwilę obecną stwarza sytuacje, że kierownicy poszczególnych działów lub osoby zajmujące się określoną problematyką zgłaszają potrzebę wzmocnienia kadrowego do wykonywania określonych działań.

Zakład w chwili obecnej jest w sytuacji zatrudniania znaczącej ilości personelu w wieku emerytalnym lub już w trakcie pobierania świadczeń emerytalnych. Część z tych pracowników może odejść z pracy w roku przyszłym. Umowy na czas określony kończą się 31.12.2018. Na miejsce tych osób planowane są inne osoby spośród personelu zatrudnionego w zakładzie. Da to określone oszczędności, ale w chwili obecnej wobec trudności wynikających z sytuacji osobistej niektórych pracowników oraz wobec konieczności sprawdzenia czy osoby planowane do zastąpienia osób odchodzących sprawdzą się na nowym stanowisku - jest to trudne do oszacowania. Nie jest też wiadome czy nie pojawią się nowe przepisy prawne wymuszające nowe obowiązki dla zakładu, do wypełniania których będą niezbędni nowi pracownicy. Oszczędności z tego tytułu mogą być więc jedynie zgubnie szacowane i nie są brane pod uwagę w niniejszym opracowaniu.

W perspektywie kilku kolejnych lat wobec stopniowego wprowadzania przepisów o informatyzacji podmiotów leczniczych w życie - w sytuacji kiedy podmioty lecznicze będą w pełni zinformatyzowane – pojawi się możliwość uzyskania zmniejszenia kosztów zatrudnienia poprzez częściową redukcję zatrudnia pracowników, którzy okażą się zbędni a którzy byli niezbędni do obsługi dokumentacji papierowej. Na przykład w sytuacji, kiedy dokumentacja medyczna będzie prowadzone wyłącznie w formie elektronicznej – nie będzie potrzebna rozbudowana kartoteka przechowująca dokumentację papierową pacjentów wraz z jej obsługą personalną. Ale te rozważania w kwestii oszczędności na kosztach pracy z tego tytułu również nie są w chwili obecnej brane pod uwagę, zwłaszcza, że jak już wspomniano przepisy regulujące minimalny poziom wynagrodzenia pracowników podmiotów leczniczych nakazują wzrost poziomu wynagrodzeń w kolejnych latach.

4/ wniosek: w zakresie możliwości redukcji kosztów: z powyższego wynika, że możliwości radykalnej redukcji kosztów zakładu przy obecnej strukturze jego działalności są w chwili obecnej nieosiągalne lub niewielkie, co jednak odbije się negatywnie na funkcjonowaniu zakładu, gdyż zakład nie notuje przerostów zatrudnienia w chwili obecnej.

Dlatego, wobec wyżej wskazanej niepewności, ten rodzaj możliwości zmniejszania kosztów nie powinien być w chwili obecnej brany pod uwagę, ze względu na fakt posiadania przez zakład płynności finansowej.

W przypadku jednak zagrożenia utratą płynności finansowej lub występowania wysoko ujemnego wyniku finansowego, który po pokryciu kapitałem zakładowym, będzie przewyższał wartość amortyzacji – takie działania będą rozważane i w razie konieczności wprowadzone w życie, za zgodą podmiotu tworzącego.

1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA ZAKŁADU

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Stalowej Woli posiada osobowość prawną uzyskaną poprzez wpis do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym w Rzeszowie pod numerem 0000043123.

Podmiotem tworzącym jest Gmina Stalowa Wola.

Zakład w ramach działalności statutowej i na zasadach określonych przepisami prawa świadczy usługi głównie dla mieszkańców Gminy Stalowa Wola, ale także dla mieszkańców Powiatu Stalowowolskiego, jak również dla mieszkańców okolicznych powiatów, sporadycznie dla innych pacjentów – zależnie od potrzeby. Szerokie otwarcie na pacjenta wynika z profilu prowadzonej działalności oraz przepisów regulujących realizację świadczeń zdrowotnych w ramach kontraktu z NFZ.

Ze względu na bliskość usytuowania zakładu względem strefy przemysłowej, jak również ze względów historycznych (zakład jest następcą prawnym przemysłowej służby zdrowia), znaczna część pacjentów zakładu to aktualni lub byli pracownicy okolicznych zakładów pracy, w tym emeryci i renciści – są to osoby, których stan zdrowia wymaga większej troski

i większych nakładów finansowych niż przeciętne. Rzutuje to w dużej mierze na zwiększone obciążenia kosztowe wynikające z realizacji świadczeń zdrowotnych w niektórych ich zakresach.

W zakładzie realizowane są świadczenia z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej; ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego; rehabilitacji ambulatoryjnej, stacjonarnej i dziennej; programów profilaktycznych; medycyny pracy - w oparciu o własną bazę diagnostyczną jak: medyczne laboratorium diagnostyczne, pracownia rentgenowska, pracownia mammograficzna, pracownia USG, pracownia EKG i spirometrii.

Świadczenia zdrowotne z zasady udzielane są kompleksowo, w jednym budynku, za wyjątkiem niektórych badań specjalistycznych, które zlecane są podwykonawcom.

Zakład jest w pełni przystosowany do obsługi osób niepełnosprawnych. W zamierzeniach długoterminowych jest stworzenie na bazie zakładu, poprzez jego rozbudowę, ośrodka opieki długoterminowej.

1. ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ I ZASADY ICH FINASOWANIA.

1. Podstawowa opieka zdrowotna (świadczenia lekarzy poz, pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych, pielęgniarek w środowisku nauczania i wychowania – higiena szkolna).

Opis: w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, w ramach opieki lekarskiej (porady ambulatoryjne i wizyty domowe) i pielęgniarskiej w środowisku domowym pacjenta - świadczenia udzielane są co do zasady osobom, które wypełniły deklarację objęcia opieką w tym zakresie.

Zakres świadczeń udzielanych (zakres kompetencji lekarza poz oraz pielęgniarki poz i pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania) regulowany jest stosownymi przepisami Ministra Zdrowia.

Pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania opiekują się uczniami szkół średnich tj. CEZ i Zespołu Szkół Ponadgimnazjalnych Nr 1 przy ulicy Hutniczej. Zakres ich kompetencji również wynika ze stosownych przepisów prawa.

Finansowanie działalności w poz w zakresie opieki lekarskiej i pielęgniarskiej w środowisku domowym pacjenta jest zależne od ilości osób zadeklarowanych do objęcia opieką (stawka kapitacyjną – „na głowę” - pomnożona przez współczynnik wiekowy). W przypadkach nagłych, świadczenia udzielane są każdemu pacjentowi, także nie zadeklarowanemu do tutejszego poz i rozliczane z NFZ na odrębnych zasadach.

Świadczenia pielęgniarskie w środowisku nauczania i wychowania są finansowane zależnie od ilości uczniów objętych opieką (kapitacyjnie) według wykazu przedstawionego przez daną szkołę.

Stosunek przychody/koszty w podstawowej opiece zdrowotnej zależy od różnych czynników jak: - ilość pacjentów objętych opieką i ich wiek (wiek nie dotyczy higieny szkolnej tu pod uwagę brane jest ewentualne narażenie na czynniki szkodliwe w procesie nauki), - koszty rodzajowe (w tym koszt wynagrodzeń personelu) oraz co istotne - stan zdrowia pacjentów. Im stan zdrowia pacjentów jest gorszy i wymagają oni większych nakładów na ich obsługę, tym gorszy bilans przychody/koszty przy zryczałtowanym finansowaniu. W SPZOZ notujemy coraz większą i stale rosnącą ilość pacjentów z poważnymi zaburzeniami zdrowotnymi w stosunku do osób zdrowych bądź względnie zdrowych.

Ponadto obserwujmy malejącą ilość pacjentów zadeklarowanych do poz. Wiąże się to ze zgonami pacjentów, migracją ludności do innych miast, przepisywaniem się pacjentów zamieszkujących okoliczne gminy a pracujących w pobliskich zakładach przemysłowych, do lekarzy praktykujących w miejscu zamieszkania wspomnianych pacjentów (w związku z przejściem ich na emeryturę lub utratą pracy w Stalowej Woli). Wypisują się także młode zdrowe osoby (co związane jest z okresowymi problemami z dostępem do poz z powodu obciążenia systemu przez osoby starsze i chore) a zapisują się do zakładu osoby starsze z różnymi przewlekłymi schorzeniami. Ubytek pacjentów wiąże się też z historycznym odejściem z pracy do innych zakładów lub na emeryturę niektórych lekarzy poz. Natomiast nowo rodzące się dzieci w naszym mieście zasilają listy aktywne podstawowej opieki zdrowotnej NZOZ MEDYK, gdyż tam praktykują lekarze pediatrzy.

Pomimo wskazanych wyżej okoliczności bilans w zakresie poz wypada korzystnie. Zmniejszenie liczby pacjentów w kolejnych latach było kompensowane wzrostem stawki kapitacyjnej oraz wiązało się z odejściem niektórych lekarzy, co zmniejszyło koszty osobowe.

2. Ambulatoryjne lecznictwo specjalistyczne (poradnie: kardiologiczna, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo ortopedycznej, laryngologiczna, okulistyczna, reumatologiczna, diabetologiczna, ginekologiczno-położnicza, neurologiczna, dermatologiczna, zdrowia psychicznego, rehabilitacyjna, medycyny sportowej.

Opis: porady udzielane są w poszczególnych poradniach, w zakresie przypisanych im kompetencji, pacjentom, którzy uzyskali skierowanie od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Wyjątkiem od wymogu posiadania skierowań są poradnie zdrowia psychicznego oraz ginekologiczno-położnicza oraz przypadki kiedy pacjentem jest osoba posiadająca stosowne uprawnienia np. kombatanckie. Finansowanie za wykonaną usługę następuje zależnie od wykonanych procedur, stosownie wycenionych przez NFZ w ramach limitu kwotowego określonego umową. W przypadku wykonania przez zakład świadczeń ponad ilość zakontraktowaną (co jest wymuszone przez potrzeby pacjentów jak również ze względów strategicznych – na wypadek negatywnej kontroli i ew. nieuznania części wykonanych świadczeń przez NFZ, jak również w związku z szansą na zwiększenie kontraktu w przyszłości) - NFZ nie musi zapłacić za te świadczenia, ale może zapłacić w części lub całości. W ostatnich latach NFZ częściowo płacił za wykonania ponad kontraktowe. W przypadku braku zapłaty - działalność w tym zakresie generuje koszty nie pokryte przychodem.

Stosunek przychody/koszty w ambulatoryjnym lecznictwie specjalistycznym zależy od różnych czynników jak ilość pacjentów zgłaszających się do lekarza, koszty rodzajowe (w tym koszt wynagrodzeń personelu) oraz co istotne - stan zdrowia pacjentów, konkretnie rodzaj schorzenia z którym pacjent zgłasza się. W związku z aktualnym rozliczaniem przez NFZ wykonanych świadczeń w systemie JGP (za wykonaną procedurę) oraz finansowaniem procedur na różnym poziomie – różne procedury są różnie opłacalne z ekonomicznego punktu widzenia. Niektóre procedury są mało opłacalne a inne bardziej a mogą zaistnieć sytuacje, że finansowane przez NFZ nie pokrywa faktycznych kosztów.

Bilans przychody / koszty przy finansowaniu za wykonaną procedurę kształtuje się różnie w różnych poradniach i w różnych okresach. Opłacalność tego typu działalności wobec, faktu rosnących kosztów realizacji tej usługi(wymuszony wzrost kosztu kontraktów lekarskich) jest poniżej poziomu bilansowania się lub na granicy.

Wysokość kontraktu ogółem jest dość wysoka i na granicy możliwości realizacji. Poprawę w tym zakresie można uzyskać nie tyle poprzez wzrost ilości wykonywanych świadczeń ale poprzez zwiększenie ich jednostkowego finansowania ze strony NFZ, ale to jest niezależne od SPZOZ.

Posiadanie przez SPZOZ w swoich strukturach ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego pomimo jego niebilansowania się jest korzystne z praktycznego i strategicznego punktu widzenia, gdyż uzupełnia świadczenia poz, co czyni je dla pacjentów atrakcyjniejszymi i pozwala łatwiej poruszać się pacjentowi w systemie ochrony zdrowia, stanowiąc źródło skierowań do rehabilitacji ambulatoryjnej oraz na oddział rehabilitacji jak również do innych poradni specjalistycznych a także w razie potrzeby do leczenia szpitalnego.

3. Rehabilitacja w warunkach oddziału stacjonarnego.

Opis: świadczenia rehabilitacyjne udzielane są pacjentom przebywającym całodobowo na oddziale w ramach 2 - 3 - 4 tygodniowych turnusów, zależnie od potrzeb. Obowiązuje skierowanie od lekarza specjalisty w dziedzinach: rehabilitacja, ortopedia i traumatologia, neurologia, reumatologia. Świadczenia udzielane są po części w obrębie pomieszczeń oddziału rehabilitacji a częściowo w dziale fizjoterapii, w sposób niekolidujący z udzielaniem świadczeń innym pacjentom.

NFZ do III-go kwartału 2016 płacił za wykonywane świadczenia w ramach finasowania osobodni (niezależnie od ilości wykonanych świadczeń i ich rodzaju), później zasady zostały zmienione i finansowanie następuje zależnie od wykonanych procedur i ten stan utrzymuje się aktualnie. W związku ze zmianą zasad finansowania na „za wykonane procedury”, i w związku z faktem obsługi przez nasz oddział relatywnie cięższych przypadków niż w niektórych innych oddziałach rehabilitacyjnych tego rodzaju (przypadki po udarach mózgu oraz po urazach układu kostno-stawowego, przypadki wymiany stawów na endoprotezy, itp.) aktualnie zapłata za hospitalizację jednego pacjenta jest w uśrednieniu większa niż w poprzednim okresie. Jednak w związku z faktem, że finansowanie przez NFZ następuje w ramach określonej wysokości kontraktu, kontakt zostanie wykonany wcześniej niż przy poprzednim sposobie finansowania i oddział zaczyna realizować wykonania ponad kontraktowe – inaczej musiałby zredukować liczbę przyjmowanych pacjentów, co wydłużyłoby kolejkę oczekujących, lub też dyrekcja musiałby podjąć decyzję o czasowym wyłączeniu oddziału z działalności. To jednak bez redukcji zatrudnienia nie miałoby ekonomicznego sensu, bo głównym kosztem oddziału jest koszt wynagrodzeń personelu. Natomiast redukcja zatrudnienia spowodowałoby rozwiązanie umowy kontraktowej z NFZ gdyż odział przestałby spełniać wymogi co do zatrudnienia określonej ilości personelu. Dlatego zakład wykonuje świadczenia ponad kontraktowe i oczekuje na zapłatę za nie, która może nastąpić lub nie.

Finasowanie tego rodzaju działalności, które w latach minionych występowało poniżej faktycznych kosztów rehabilitacji pacjentów oddziału, obecnie ma szansę stać się opłacalne (finasowanie konkretnych procedur w naszym przypadku daje jednostkowo większą kwotę średnio za rehabilitację pacjenta) jeżeli zwiększy się ogólna wartość kontraktu, tak aby w pełni pokryć koszt funkcjonowania oddziału.

Wspomniany wyżej kontrakt z NFZ został w minionych latach zaniżony o około 130 tys. zł (kontraktowanie w roku 2015 ) i ten stan utrzymuje się do tej pory.

NFZ w ostatnich latach płacił częściowo za wykonania ponad kontraktowe świadczeń, co poprawiło bilans oddziału.

4. Rehabilitacja zabiegowa ambulatoryjna i środowiskowa.

Opis: Świadczenia rehabilitacyjne są udzielane pacjentom w warunkach ambulatoryjnych i w uzasadnionych przypadkach w domu pacjenta(aktualnie ten ostatni rodzaj świadczeń nie jest wobec ambulatoryjnej fizjoterapii wymagany).Są one realizowane na podstawie skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. NFZ finansuje ten rodzaj świadczeń do wysokości limitu określonego kontraktem. Na ostatni kwartał 2017 roku NFZ zmniejszył dla tutejszego zakładu kontrakt o 30%. Generalnie według naszej oceny NFZ finansuje ten rodzaj świadczeń poniżej kosztów wynikających z określonej organizacji pracy, opartej na umowach o pracę i przy spełnieniu narzuconych przez NFZ wymagań co do kwalifikacji personelu, lokalowych i sprzętowych oraz dostępności w określonych godzinach. Wysokość kontraktu jest generalnie zaniżona.

Zakład corocznie notuje w zakresie realizacji kontraktu wykonanie powyżej założonego kontraktu, za które NFZ płaci częściowo lub nie płaci w ogóle.

5. Rehabilitacja w warunkach oddziału dziennego.

Opis: świadczenia rehabilitacyjne udzielane są pacjentom zgłaszającym się na 2 - 3 tygodniowe turnusy po 4 godz. dziennie. Pacjent nocuje w domu a na zabiegi zgłasza się do przychodni. Finansowane następuje w sposób ryczałtowy za dany dzień pobytu w ramach limitu kwotowego określonego umową. Ten rodzaj świadczeń jest finansowany na poziomie możliwości bilansowania się przychodów z kosztami. Zakład realizuje większy kontrakt niż aktualnie obowiązuje, chociaż występują tu ograniczenia lokalowe i wynikające z wymogów co do kwalifikacji personelu (trudności z pozyskaniem odpowiednio wykwalifikowanego personelu). Zapłata za nadwykonania w tym zakresie jest możliwa chociaż nie jest to pewne. Jednak ponosząc koszt utrzymania infrastruktury niezależnie od ilości pacjentów rehabilitowanych, zakład realizuje świadczenia ze względu na potrzeby pacjentów oraz ze względów strategicznych (szansa na zwiększenia kontraktowania w przyszłości)

Uwaga: dział fizjoterapii ambulatoryjnej jest odrębny organizacyjnie od oddziału stacjonarnego i oddziału pobytu dziennego, ale stanowi z nimi po części funkcjonalną całość w zakresie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych. Także część personelu wykorzystywana jest w do wykonywania świadczeń z różnych zakresów rehabilitacji, poprzez godzinowy rozdział przyporządkowania w ramach pracy etatowej lub umów cywilnoprawnych.

6. Programy profilaktyczne we współpracy z NFZ - profilaktyka raka piersi etap podstawowy w pracowni stacjonarnej (badania mammograficzne) i profilaktyka raka szyjki macicy.

Opis: Na badania mammograficzne zgłaszają się pacjentki bez skierowania, w określonym przedziale wiekowym, co 2 lata. W tym zakresie zakład realizuje kontrakt z NFZ, który nie jest limitowany. Świadczenia realizuje personel obsługujący pracownię RTG. Kontrakt na te świadczenia nie jest limitowany.

Wykonywanie badań mammograficznych w ramach programu NFZ bilansuje się.

Badania cytologiczne w ramach programu NFZ wykonywane są marginalnie, gdyż bardziej opłacalne jest wykonywania badań cytologicznych w ramach porad w poradni ginekologiczno-położniczej, do której nie ma kolejek oczekujących i pacjentki mogą być przyjmowane na bieżąco.

7. Programy profilaktyczne – głównie we współpracy z Gminą Stalowa Wola.

Opis: Zakład od kilku lat realizuje we współpracy z podmiotem tworzącym jakim jest Gmina Stalowa „programy profilaktyczne i promocji zdrowia”, które z jednej strony zapewniają możliwość realizacji potrzebnych świadczeń dla lokalnej społeczności a z drugiej strony pozwalają pozyskać dodatkowe środki na działalność. Są to „Program usprawniania przez rehabilitację dla kobiet po mastektomii”, Program rehabilitacji wad postawy u dzieci ze szkół podstawowych z terenu miasta Stalowa Wola”, „Program intensyfikacji świadczeń rehabilitacyjnych celem kompleksowego usprawniania pacjentów w ramach stacjonarnej opieki rehabilitacyjnej”.

Programy profilaktyczne są korzystnym elementem przychodowym dla zakładu gdyż realizowane są w dużej mierze poprzez personel, który wykonuje także inne świadczenia w zakładzie. Odbywa się to bez kolizji z wykonywaniem świadczeń w ramach kontraktu z NFZ.

~~:~~

8. Akcje odpłatnych szczepień ochronnych, głownie przeciw grypie.

Opis: Zakład we współpracy z lokalnymi przedsiębiorcami organizuje i realizuje akcje szczepień ochronnych głównie przeciw grypie (także przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu i WZW typ A). Istotne z punktu widzenia dochodowego są szczepienie przeciw grypie, chociaż poziom dochodów jest niewielki. Popularność szczepień przeciw grypie i liczba wykonanych świadczeń spada. Ten rodzaj działalności stanowi marginalną część przychodów.

9. Medycyna pracy - wykonywanie badań profilaktycznych pracowników (badania wstępne, okresowe, kontrolne i inne), badania sanitarno-epidemiologiczne, badania na pozwolenie na broń, inne.

Opis: zakład wykonuje świadczenia z zakresu medycyny pracy dla okolicznych pracodawców lub dla osób fizycznych, finansowane przez tychże pracodawców lub osoby fizyczne. Liczba i wartość tych badań jednak spada w związku ze zmniejszającą się liczbą pracowników zatrudnionych na umowach o pracę, przejmowaniem w części przypadków opieki w ramach służb medycyny pracy przez centra medyczne cedujące z kolei tę opiekę na podwykonawców, którzy będą to realizować najtaniej (choć nie zawsze merytorycznie), oraz rosnącej konkurencji na lokalnym rynku, oferującej często tańszą, choć niekoniecznie lepszą opiekę profilaktyczną. Świadczenia te są świadczeniami dochodowymi.

10.Wykonywanie badań kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, uczniów tych szkół, oraz studentów i uczestników studiów doktoranckich, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych i uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia.

Opis: Badania te finansowane są przez Urząd Marszałkowski w Rzeszowie poprzez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Rzeszowie i są świadczeniami związanymi z medycyną pracy. Ich liczba zmienia się w ciągu ostatnich lat w związku ze zmieniającą się liczbą uczniów i studentów, których wspomniane badania obowiązują, ale utrzymuje się na względnie zbliżonym poziomie.

Świadczenia te są świadczeniami dochodowymi.

11. Sprzedaż świadczeń w zakresie swojej działalności dla innych zakładów opieki zdrowotnej i dla indywidualnych odbiorców.

Opis: Zakład realizuje świadczenia diagnostyczne i niektóre konsultacje specjalistyczne dla różnych okolicznych podmiotów medycznych oraz dla pacjentów. Jest to marginalna część przychodów z prowadzonej działalności.

12. Diagnostyka (medyczne laboratorium diagnostyczne, pracownia rtg i mammograficzna, pracownia usg, pracownia ekg, pracownia spirometrii).

Opis: ten rodzaj działalności służy realizacji świadczeń we wszystkich wymienionych wyżej rodzajach prowadzonej działalności. W przypadku nieposiadania własnej bazy diagnostycznej, realizacja niektórych świadczeń byłaby niemożliwa a w przypadku innych usługa ta musiałby być zakupiona na zewnątrz, co według naszych szacunków podrożyłoby koszt działalności i zmuszałoby do ograniczana pacjentom dostępności do badań diagnostycznych. Częściowo świadczenia wykonywane są odpłatnie dla osób, które chcą je wykonać poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego – jest to jednak marginalna część przychodów.

1. ŹRÓDŁA POZYSKIWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH w roku 2017

1. Kontrakt z POW NFZ w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – obejmuje :

 - podstawową opiekę zdrowotną,

 - ambulatoryjne lecznictwo specjalistyczne,

 - ambulatoryjne świadczenia z zakresu zdrowia psychicznego,

- rehabilitację w ramach oddziału stacjonarnego, oddziału dziennego, fizjoterapię

ambulatoryjną, poradnię rehabilitacyjną

 - programy profilaktyczne : mammografię, cytologię.

2. Umowy z zakresu realizacji świadczeń medycyny pracy zawarte są :

- z przedsiębiorcami,

- z centrami medycznymi,

- z instytucjami,

- z WOMP Rzeszów

3. Umowa z Podmiotem tworzącym / Gminą Stalowa Wola - w zakresie dotacji na programy profilaktyczne i promocji zdrowia (rehabilitacja kobiet po mastektomii , rehabilitacja dzieci z wadami postawy, program intensyfikacji świadczeń rehabilitacyjnych celem kompleksowego usprawniania pacjentów w ramach stacjonarnej opieki rehabilitacyjnej) oraz zakup sprzętu i aparatury medycznej).

4. PFRON w zakresie dofinansowania wynagrodzeń pracowników niepełnosprawnych.

5. Sprzedaż świadczeń dla innych zakładów opieki zdrowotnej i dla indywidualnych odbiorców.

6. Wynajem pomieszczeń / indywidualne praktyki stomatologiczne/ .

1. ZATRUDNIENIE
2. Średnie zatrudnienie w zakładzie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba osób (etatów) |  120(117,58) | 120,58(117,98) | 123,29120,40 | 122,42119,49 | 122,33119,52 |

1. Zatrudnienie w grupach zawodowych:

Osoby zarządzające w imieniu pracodawcy - 3

Kadra lekarska - 48 w tym umowy o pracę - 23 ; umowy cywilnoprawne - 20

Pielęgniarki i położne - 34

Personel inny medyczny–28, w tym:

Magister fizjoterapii – 4

Diagnosta laboratoryjny - 4

Technik RTG i EKG – 4

Technik fizjoterapii – 10

Technik analityki -2

Masażyści – 2

Terapeuta zajęciowy – 2

Personel administracyjny i gospodarczy -33, w tym etatów:

- sekcja kadr – 2

- zespół finansowo księgowy – 3

- zespół organizacji i nadzoru -- 4

- zamówienia publiczne i promocja zdrowia – 1

- archiwista – 0,5+ 0,5

- zespół rejestracji i informacji – 11,5 ( obejmuje: rejestracja poz,

rejestracja specjalistyki ambulatoryjnej, rejestracja medycyny

pracy, rejestracja rtg, rejestracja laboratorium)

- sekretarka medyczna – 1

- sekretarka ogólna – 1

- inspektor bhp – 0,75

- inspektor OC – 0,42

- informatyk - 2

- dział gospodarczy – 3

- dozorca portier – 3

- pracownik gospodarczy - 1

Komentarz: Kadra zakładu jest w wieku średnio 55-65 lat. Zwłaszcza wśród lekarzy i pielęgniarek notuje się wysoką średnią wiekową. Dyrekcja stara się pozyskać kadrę młodszą, ale w niektórych grupach zawodowych, zwłaszcza w grupie zawodowej lekarzy jest to bardzo trudne. W pozostałych grupach dokonują się powolne zmiany poprzez zastępowanie odchodzących na emeryturę pracowników pracownikami młodszymi.

Duża część załogi 40,2 % posiada stopień niepełnosprawności, co nadaje jej wskazane ustawą o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (…) przywileje jak: krótszy czas pracy dłuższe przerwy w pracy, dłuższe urlopy, dodatkowe urlopy na rehabilitację - co stanowi spore obciążenie dla zakładu także z powodu częstszej absencji. To jednak jest też korzystne, bo pozwala na pozyskiwanie dodatkowych przychodów z tytułu dopłat przez PFRON do zatrudnienia osób niepełnoprawnych jak również do zwolnienia z płacenia składek na PFRON.

Zakład generalnie nie notuje przerostów zatrudnienia. Poziom zatrudnienia jest regulowany wymogami NFZ w zakresie kontraktowania świadczeń w odniesieniu do pracowników bezpośrednio realizujących kontrakt z NFZ oraz potrzebami zakładu w zakresie niezbędnym do płynnej obsługi pacjentów w pozostałych przypadkach. W przypadku urlopów lub okresów zwiększonej zachorowalności zakład notuje problemy z obsługą pacjentów wskutek niedoboru personelu. Także w zakresie personelu administracyjnego w związku ze zmieniającymi się przepisami, koniecznością śledzenia zmian w przepisach prawa, przygotowywania korekt w uregulowaniach wewnątrzzakładowych, licznymi obowiązkami sprawozdawczymi - niejednokrotnie brakuje pracowników do wykonywania zadań we wspomnianym wyżej okresie.

1. USŁUGOWOŚĆ
2. Podstawowa opieka zdrowotna

 - lekarze poz

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba pacjentów poz | 16 527 | 16 030 | 13 437 | 12997 | 12476 |
| Liczba udzielonych porad  | 56 177 | 55 732 | 59 732 | 60496 | 57494 |

Komentarz:

Jak widać z zaprezentowanej wyżej tabelki liczba pacjentów zadeklarowanych do objęcia opieką w ramach poz ma tendencję malejącą a liczba porad rosnącą z wahaniami. Przyczyny spadku liczby pacjentów zostały opisane powyżej.

Przyczyną wzrostu liczby świadczeń jest fakt pogarszania się stanu zdrowia już zapisanych pacjentów i zapisywanie się nowych, głownie starszych pacjentów wymagających stałej obsługi, lub osób chorych przewlekle, którzy z różnych powodów zwłaszcza z powodu braku możliwości uzyskania kompleksowej obsługi w innym zakładzie, w tym diagnostyki, wybierają tutejszy SPZOZ ze względu na możliwości kompleksowej obsługi. Stwarza to określone obciążenie.

Sporym obciążeniem jest też fakt, że obsługa pacjentów w ich środowisku domowym musi być realizowana nie na określonym obszarze np. w obrębie danej dzielnicy jak w przychodniach zlokalizowanych w centrum miasta, ale w dużym promieniu np. Malce - Charzewice, Brandwica-Przyszów, itp., gdyż determinantem zapisu pacjentów do naszych lekarzy poz jest często fakt pracy w miejscowym przemyśle, w zakładach usytuowanych w pobliżu SPZOZ a nie lokalizacja miejsca zamieszkania.

 - pielęgniarki środowiskowo-rodzinne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba pacjentów poz/pielęgniarki rodzinne | 9 162 | 8 904 | 7 179 | 6952 | 6591 |
| Liczba porad  | 7 704 | 5 065 | 4 965 | 5183 | 3846 |

Komentarz : analogicznej jak wyżej. Dodatkowo wskazać należy aktualne braki kadrowe w tym zakresie działalności wskutek odejścia pracowników na emerytury i brak na rynku pracy nowych pracowników z odpowiednimi kwalifikacjami.

 - pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok |  2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba pacjentów poz /pielęgniarki szkoła | 1 692 | 1 560 | 1 405 | 1405 | 1183 |
| Liczba porad/świadczeń | 2 998  | 2 408  | 2 377 | 2377 | 2250 |

Komentarz: Przyczyna spadku liczby osób objętych opieka – zmniejszenie liczby uczniów w szkołach. Ze zmniejszeniem liczby uczniów wiąże się relatywne zmniejszenie finansowania (przy rosnących kosztach zatrudnienia personelu) a zwiększanie się liczby porad w kolejnych latach obrazuje dysproporcje pomiędzy wykonaniem świadczeń a malejącymi nakładami.

1. Ambulatoryjne lecznictwo specjalistyczne

porady udzielone w zakresie wszystkich poradni specjalistycznych łącznie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok |  2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba porad | 61 545 | 65 768 | 62 030 | 60 624 | 60 461 |

Komentarz: liczba porad na przestrzeni ostatnich lat utrzymuje się na względnie stałym poziomie z tendencją malejącą wskutek likwidacji niektórych poradni jak leczenia bólu i pulmonologicznej. Likwidacja związana była z rezygnacją z pracy lekarzy i brakiem możliwości pozyskania innych w zastępstwie.

3.Rehabilitacja w ramach oddziału stacjonarnego.

Wykonane hospitalizacje

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Rok  |  2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba hospitalizacji | 532 | 541 | 557 | 563 | 551 |

Komentarz: Liczba zrealizowanych hospitalizacji rośnie w kolejnych latach z wahaniami, co nie zawsze związane było z proporcjonalnym wzrostem finansowania ze strony NFZ. Dalsze zwiększenie ilości wykonanych hospitalizacji pomimo zapotrzebowania na takie działanie jest jednak ograniczone ze względu na ograniczoną liczbę łóżek na oddziale (33 łóżka). Zmiana sposobu finansowania przez NFZ świadczeń rehabilitacyjnych na oddziale z płatności zryczałtowanej na za wykonaną usługę - sprzyja możliwości wykonania większej ilości punktów rozliczeniowych przy mniejszej ilości pacjentów – co niestety nie przekłada się niestety na wzrost finansowania wobec limitowania przez NFZ wartości kontraktu na poszczególne miesiące.

4. Rehabilitacja w ramach oddziału dziennego

Wykonane turnusy rehabilitacxyjne

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Rok  |  2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017  |
| Liczba turnusów | …… | 63 | 130 | 138 |  |

Komentarz: świadczenia w tym zakresie zakład zaczął realizować od połowy 2014 roku.

Obserwacja wykonania w kolejnych latach wskazuje, że wykonanie ma tendencję wzrostową.

5.Rehabilitacja zabiegowa ambulatoryjna i środowiskowa

wykonane zabiegi rehabilitacyjne łącznie

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok |  2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba zabiegów | 69 068 | 75 096 | 74 388 | 73697 | 72390 |

Komentarz: Liczba wykonanych zabiegów na przestrzeni ostatnich lat rosła a potem nieznacznie zmalała wskutek zmniejszenia przez zakład wykonania realizacji świadczeń rehabilitacyjnych w związku z zaniżoną przez NFZ w stosunku do możliwości zakładu wartością kontraktu. NFZ nie wypłacał nadwykonań lub wypłacał je w niewielkiej wysokości.

6.Programy profilaktyczne finansowane przez NFZ i szczepienia ochronne:

- szczepienia łącznie

- badania w ramach programów profilaktycznych finansowych przez NFZ (głównie mammografia)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok |  2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba szczepień | 945 | 836 | 906 | 816 | 513 |
| Liczba rozliczonych punktów kontraktowych w ramach programów profilaktycznych | 5 676 | 11 217 | 11 997 | 8667 | 5544 |

Komentarz: Liczba szczepień ma tendencję spadkową.

Wykonanie programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ spada ze względu na zdecydowanie mniejszą zgłaszalność pacjentek powodowaną oporem przed ich wykonywaniem i pojawieniem się konkurencji na lokalnym rynku, usytuowanej bliżej osiedli mieszkaniowych, która przejęła część pacjentów.

7.Programy profilaktyczne realizowane w ramach dotacji Gminy Stalowa Wola.

- usprawnianie kobiet po mastektomii przez rehabilitację

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba osobodni | 1 360 | 1440 | 1470 | 1740 | 1780 |
| Liczba zabiegów | 10 740 | 11085 | 11225 | 13799 | 12847 |

- profilaktyka wad postawy u dzieci i ich rehabilitacja

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba godzin | 507 | 495 | 474 | 504 | 521 |

- intensyfikacja świadczeń rehabilitacyjnych celem kompleksowego usprawniania pacjentów w ramach stacjonarnej opieki długoterminowej (dotacja 150 tys.)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba pacjentów | 132 | 275 | - | 560 | 551 |
| Liczba procedur | 15 627 | 24 855 | - | 53982 | 59462 |

Komentarz: istnieje tendencja wzrostowa w zakresie ilości wykonywanych w ramach realizacji programów. Program „intensyfikacja świadczeń rehabilitacyjnych…” w roku 2015 nie był realizowany z powodu braku dotacji.

8. Medycyna pracy

 - liczba wydanych orzeczeń (nie zostały uwzględnione konsultacje specjalistyczne oraz badania dodatkowe wykonane celem wydania orzeczenia)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok |  2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba wydanych orzeczeń pracownikom | 10 908 | 11 861 | 9 922 | 8937 | 8579 |
| Liczba wydanych orzeczeń uczniom | 1 112 | 1 084 | 1 093 | 1064 | 1124 |

Komentarz: Na przestrzeni ostatnich lat występował spadek z powodu pojawienia się konkurencji z zakresu medycyny pracy. W ostatnim roku liczba świadczeń ponownie wzrosła.

8. Diagnostyka

- liczba wykonanych badań diagnostycznych: analityka laboratoryjna, rtg, ekg, audiometria, spirometria, usg, usk, holter ekg i ciśnieniowy.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Rok |  2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Liczba badań | 151 288 | 183 570 | 158 883 | 163 083 | 166 933 |

Komentarz: względna stabilizacja poziomu wykonywanych w kolejnych latach świadczeń z tendencją wzrostową.

VII. ANALIZA SWOT

na rok 2017 zawierająca prognozę na lata kolejne

Mocne strony:

1) koncentracja działalności w jednym budynku, co stanowi wygodę dla pacjentów i jest przez nich dobrze oceniane. Począwszy od wizyty u lekarza poz, poprzez badania diagnostyczne, rehabilitację leczniczą, po usługi lekarzy specjalistów – wszystkie świadczenia uzyskuje w jednym obiekcie. W pobliżu obiektu jest również apteka gdzie można zrealizować zaordynowane recepty. Także wskutek działalności na terenie zakładu, na zasadzie wynajmu pomieszczeń, indywidualnych praktyk stomatologicznych posiadających kontrakt z NFZ, dla pacjentów są dostępne usługi stomatologiczne,

2) wieloletnie doświadczenie w świadczeniu usług medycznych z ubezpieczenia zdrowotnego oraz usług z zakresu medycyny pracy,

3) ugruntowana pozycja na regionalnym rynku usług medycznych,

4) zatrudnianie wykwalifikowanej kadry medycznej,

5) względna stabilność kadry medycznej,

6) możliwość podnoszenia kwalifikacji personelu medycznego i zarządzającego,

7) posiadanie własnej diagnostyki laboratoryjnej, rentgenowskiej, mammograficznej, ultrasonograficznej, elektrokardiograficznej, spirometrycznej - realizowanej przy pomocy nowoczesnego sprzętu i aparatury,

8) relatywnie krótki czas oczekiwania na usługę medyczną / w większości przypadków,

9) posiadanie własnego systemu informatycznego, z możliwością jego rozbudowy,

10) prowadzenie lecznictwa stacjonarnego w rozbudowanym, wyremontowanym i dostosowanym do potrzeb osób niepełnosprawnych oddziale rehabilitacji,

11) posiadanie nowoczesnego działu fizjoterapii, świadczącego usługi na potrzeby lecznictwa stacjonarnego oraz ambulatoryjnego,

12) prowadzenie działalności medycznej w pomieszczeniach dostosowanych do obowiązujących wymogów w tym zakresie,

13) posiadanie odpowiedniej infrastruktury (w tym teren pod budowę zakładu opieki długoterminowej z łóżkami hospicyjnymi) pozwalającej na rozwój działalności medycznej alternatywnej lub uzupełniającej lub dodatkowej zależnie od potrzeb pacjentów i analizy sytuacji ekonomicznej,

14) budynek zakładu dostosowany jest do potrzeb osób niepełnosprawnych,

15) budynek jest po termomodernizacji, posiada również własne źródło energii cieplnej,

16) poprawna współpraca ze związkami zawodowymi,

17) dobra współpraca z lokalnym samorządem.

Słabe strony zakładu:

1) znaczna odległość budynku placówki od większości osiedli mieszkaniowych,

2) brak dogodnych połączeń autobusowych komunikacji miejskiej umożliwiających dojazd pacjentom do placówki,

3) brak środków własnych i niewystarczająca ilość środków zewnętrznych na niezbędne inwestycje,

4) wysoki przedział wiekowy kadry medycznej, szczególnie lekarskiej nie sprzyjający wprowadzaniu innowacji – mała mobilność części pracowników,

5) relatywnie wysokie koszty osobowe, pomimo względnie niskich uposażeń większości załogi i względnie optymalnego zatrudnienia,

6) relatywnie niskie płace, szczególnie średniego personelu medycznego i personelu pomocniczego,

7) niewielkie możliwości dalszego obniżania kosztów funkcjonowania zakładu, przy obecnym stanie organizacyjnym,

8) trudności we wprowadzeniu nowoczesnego systemu wynagradzania kadry lekarskiej, ściśle uzależniającego wysokość wynagrodzenia od jakości i dyscypliny pracy oraz od generowanych  dla zakładu dochodów, wynikające z braku dostatecznych środków finansowych oraz  z oporu części załogi jak również z obowiązującego systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, niesprzyjającego tworzeniu w publicznych zakładach wspomnianego wyżej  systemu,

9) niezadowolenie większości pracowników, przede wszystkim kadry lekarskiej z obecnego poziomu uposażeń w relacji z zarobkami oferowanymi przez niektóre podmioty niepubliczne, co w części przypadków skutkuje niedostatecznym zaangażowaniem w pracę zespołu i / lub poszukiwaniem pracy w zakładach konkurencyjnych,

10) brak wolnej powierzchni w istniejącym budynku na uruchamianie dodatkowej działalności medycznej.

Szanse:

1) dobra współpraca i wspieranie działań SP ZOZ -u  przez Podmiot tworzący czyli Gminę Stalowa Wola.

2) możliwość pozyskania środków finansowych na realizację programów profilaktycznych,

3) możliwość  kontynuacji umowy z Wojewódzkim Ośrodkiem Medycyny Pracy,  w zakresie badań profilaktycznych uczniów,

4) dobra współpraca z innymi placówkami ochrony zdrowia,

5) względnie stabilna lista tzw. „wiernych klientów” (osoby fizyczne i prawne),

6) możliwość współpracy ze szkołami oraz organizacjami pozarządowymi w zakresie realizacji programów profilaktycznych,

7) przybliżanie zabudowy osiedli mieszkaniowych oraz ciągów usługowo-handlowych w otoczeniu ul. Kwiatkowskiego do budynku zakładu. Spowoduje to, że nasza placówka będzie łatwiej dostępna dla potencjalnych klientów, co skutkować powinno wzrostem jej popularności.

Zagrożenia:

1) nadal zbyt niskie finansowanie przez NFZ całego pakietu usług zdrowotnych w stosunku do faktycznych, stale rosnących, kosztów świadczenia usług w ramach ubezpieczenia zdrowotnego oraz w praktyce brak możliwości skutecznej negocjacji i renegocjacji z NFZ finansowych warunków zawierania kontraktów w istotnych wartościach.

2) zagrożenie upadłością części spółek, z którymi łączą zakład umowy z zakresu medycyny pracy,

3) stopniowe zmniejszanie się liczby mieszkańców miasta, co przekłada się na zmniejszanie się liczby pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej oraz mniejsze przychody z tego zakresu wskutek obowiązującej formy finansowania kapitacyjnego (za pacjenta zadeklarowanego),

4) względny wzrost wśród pacjentów zakładu osób starszych i niepełnosprawnych co przekłada się na zwiększenie kosztów udzielanych świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej bez wpływu na wzrost finansowania przy obecnej formie finansowania,

5) niestabilność i brak przejrzystości przepisów prawnych regulujących sektor ochrony zdrowia;

 6) konkurencja małych, niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej o ograniczonym zakresie działania nie zapewniających kompleksowości świadczeń, na finansowanie których NFZ musi  zapewnić środki poprzez zmniejszenie wysokości kontraktów istniejącym publicznym zakładom,

7) konkurencja ze strony dużych niepublicznych zakładów, będących w dobrej sytuacji finansowej wskutek realizacji świadczeń głównie dochodowych,

8) „podkupywanie” przez NZOZ -y wykwalifikowanej kadry lekarskiej poprzez składanie propozycji wyższych zarobków,

9) wzmożona lokalna konkurencja na rynku usług medycyny pracy.

10) niepewna sytuacja w zakresie zasad funkcjonowania ochrony zdrowia w najbliższych latach, także w zakresie wysokości kontraktów z NFZ w związku z trwająca reformą ochrony zdrowia i zapowiedziami przesuwania znacznej części środków finansowych do „szpitali sieciowych”.

VIII. ANALIZA SYTUACJI EKONOMICZNO-FINANSOWEJ ZA ROK 2017.

1. RACHUNEK ZYSKÓW I STRAT (wariant porównawczy 2016/2017)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wiersz | Wyszczególnienie  | 2016  |  2017 |
| A. | Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym | 10.150.308,91 | 10.919.826,36 |
|   | - od jednostek powiązanych | - | - |
| I. | Przychody netto ze sprzedaży produktów | 10.150.308,91 | 10.919.826,36 |
| II. | Zmiana stanu produktów(zwiększenie - wart. dodatnia, Zmniejszenie – wartość ujemna) | - | - |
| III. | Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki | - | - |
| IV. | Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów | - | - |
| B. | Koszty działalności operacyjnej | 10.914.725,66 | 11.732.860,07 |
| I. | Amortyzacja | 287.300,55 | 401.525,54 |
| II. | Zużycie materiałów i energii | 618.149,17 | 620.653,08 |
| III. | Usługi obce | 1.825.397,93 | 2.093.877,08 |
| IV. | Podatki i opłaty, w tym; | 55.561,00 | 48.531,00 |
|   | -podatek akcyzowy | - | - |
| V. | Wynagrodzenia | 6.715.739,11 | 7.129.871,87 |
| VI | Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia | 1.305.865,84 | 1.338.202,56 |
| VII | Pozostałe koszty rodzajowe | 106.712,06 | 100.198,94 |
| VIII | Wartość sprzedanych towarów i materiałów | - | - |
| C. | Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B) | (764.416,75) | (813.033,71) |
| D. | Pozostałe przychody operacyjne | 535.257,18 | 599.473,88 |
| I. | Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych | - | - |
| II. | Dotacje | - | - |
| III | Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych | - | - |
| IV. | Inne przychody operacyjne | 535.257,18 | 599.473,88 |
| E. | Pozostałe koszty operacyjne | 12.162,01 | 6.247,60 |
| I. | Strata z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych | - | - |
| II. | Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych | 4.881,35 | - |
| III. | Inne koszty operacyjne | 7.280,66 | 6.247,60 |
| F. | Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E) | (241.321,58) | (219.807,43) |
| G. | Przychody finansowe | 24.426,16 | 18.514,86 |
| I. | Dywidendy i udziały w zyskach, w tym: | - | - |
|   | a)od jednostek powiązanych, w tym:  | - | - |
|   | - w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale | - | - |
|   | b) od jednostek pozostałych, w tym: | - | - |
|   | - w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale | - | - |
| II. | Odsetki, w tym: | 24.426,16 | 18.514,86 |
|   | - od jednostek powiązanych | - | - |
| III | Zysk z tytułu rozchodu aktyw ów finansowych, w tym | - | - |
|   | - w jednostkach powiązanych | - | - |
| IV | Aktualizacja wartości aktywów finansowych | - | - |
| V. | Inne | - | - |
| H. | Koszty finansowe | 114,43 | 1.303,53 |
| I. | Odsetki, w tym : | 114,43 | 1.303,53 |
|   | -dla jednostek powiązanych | - |  |
| II | Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych, w tym | - |  |
|   | - w jednostkach powiązanych | - |  |
| III | Aktualizacja wartości aktywów finansowych | - |  |
| IV | Inne | - |  |
| I. | Zysk (strata)z działalności gospodarczej (F+G-H) | (217.009,85) | (202.596,10) |
| J. | Podatek dochodowy | - |  |
| K. | Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku ( zwiększenie straty) |  - |  |
| L. | Zysk ( strata) netto (I-J-K)) | (217.009,85) | (202.596,10) |

2. PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY (wysokość udział procentowy) I-XII/2017

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oddział | Rehabilitacja zabiegowa | POZ | Specjalistykaw tym mammografia | Psychiatria | Higiena szkolna | Pielęgniarki Środowiskowo rodzinne | Medycyna pracy | Razem |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |  10 |
| NFZ | 1.657.508,40 | 458.881,14 | 2.889.725,24 | 2.812.954,13 | 350.467,90 | 105.529,47 | 324.325,15 | - | 8.609.700,90 |
| Program | 534.600,00 | 403.170,00 | - | - | - | - | - | - | 937,770,00 |
| Pozostała sprzedaż | - | -. | - | - | - | - | - | 1.372.355,45 | 1.372.355,45 |
| RAZEM | 2.192.108,40 | 862.051,14 | 2.889.725,24 | 2.812.954,13 | 350.467,90 | 105.529,47 | 324.325,15 | 1.372.355,45 | 10.919.826,36 |
| %udział | 19,2 | 7,9 | 26,5 | 25,8 | 3,2 | 1,0 | 2,9 | 12,3 | 100,0 |

KOSZTY W UKŁADZIE RODZAJOWYM I-XII /2017.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Wyszczególnienie | VII | VIII | IX | X | XI | XII |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Mat. i energiaEnergiagazodczynnikiwyżywienielekisprzęt 1x użytkumat. biurowewyposażenie, sprzętpozostałe | 50.409,817.000,161.227,054.163,7510.226,652.999,397.064,765.899,842.268,149.560,07 | 36.729,987.417,811.119,193.258,9010.400,541.751,363.200,762.883,41737,455.960,56 | 63.505,126.763,222,042,854.182,5810.155,683.697,836.840,776.157,0714.750,418.914,71 | 59.699,117.162,615.113,656.610,8912.198,703.254,415.075,424.179,812.884,6013.219,02 | 61.364,417.496,677.673,135.760,2811.798,011.943,134.405,095.264,133.709,0613.314,91 | 53.133,847.359,838.721,406.577,1810.209,051.849,136.716,446.900,5931,354.768,87 |
| Usługi obcetransportoweremontowełączności, pocztowemedyczne-lekarzemedyczne-diagnost.- informatyczne.- sprzątanie- pralnicze- pozostałe | 153.909,641.324,606.482,874.238,6296.913,7020.651,803.505,5015.621,001.087,324.084,12 | 155.773,42929,456.675,322.849,32105.727,6617.242,103.321,0015.621,001.161,122.246,45 | 181.852,64556,2011.440,945.397,5796.647,5338.395,578.333,2518.081,001.028,281.972,30 | 196.176,31945,7714.653,593.818,24118.660,1932.726,103.597,7518.081,001.274,282.419,39 | 211.108,701.114,9717.579,114.299,11126.340,5532.011,714.689,8118.081,001.170,965.821,48 | 193.173,891.290,756.298,013.192,67105.355,5141.401,264.674,5018.081,00954,4811.925,71 |
| 3. Podatki i opłaty | 4.044,25 | 4.044,25 | 4.044,25 | 4.044,25 | 4.044,25 | 4.044,25 |
| 4.Wynagrodzeniawyn. podstawoweprace zlecone, dzieło | 574.210,54540.921,1433.289,40 | 575.071,08546.447,7428.623,34 | 600.837,22571.759,6129.077,61 | 760.169,84698.486,6031.683,24 | 665.777,21633.895,4331.881,78 | 590.908,72564.801,6626.107,06 |
| 5. Świadcz. na rzecz pracownikówskładki ZUSodpis ZFŚSszkol. pracownikówBHP i inne | 112.758,2299.023,4411.562,170,002.172,61 | 108.062,1996.358,3211.562,170,00141,70 | 106.735,9993.772,0011.562,17400,001.001,82 | 105.523,3691.861,1911.562,172.000,00100,00 | 118.732,89105.539,9211.562,171.000,00630,80 | 110.554,5496.178,6313.352,41700,00323,50 |
| 6. Amortyzacja | 42.023,30 | 43.641,94 | 41.991,94 | 42.623,73 | 49.599,14 | 51.256,53 |
| 7. Podróże służb. | 24,30 | 0,00 | 231,00 | 939,00 | 633,00 | 670,00 |
| Pozostałe kosztyUbezpieczenie OCinne | 533,03-533,03 | 20.562,0919.735,00827,09 | 415,020,00415,02 | 20.114,5819.735,00379,58 | 644,770,00644,77 | 8.683,250,008.683,25 |

4. WYNIK FINANSOWY AKTYWNYCH ZAROBKOWO ELEMENTÓW STRUKTURY ORGANIZACYJNEJ

( I-XII/2017 )

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oddział | Rehabili--tacja zabiegowa | POZ | Specjalistyka amb.Mammografia | Psychiatria | Higiena szkolna | Pielęgniarki środ.-rodz. | Medycyna Pracy |
| Przychody ze sprzedaży | 2.192.108,40 | 862.051,14 | 2.889.725,24 | 2.812.954,13 | 350.467,90 | 105.529,47 | 324.325,15 | 1.372,355,45 |
| Koszt własny | 1.834.536,67 | 742.088,29 | 2.002.193,68 | 2.958.198,73 | 366.912,30 | 118.948,03 | 320.858,78 | 956.469,75 |
| Zysk na sprzedaży | +357.571,73 | +119.962,85 | +887.531,56 | -145.244,60 | -16.444,40 | -13.418,55 | +3.466,37 | +426.195,38 |
| Koszty ogólnozakł. | 600.614,68 | 283.138,81 | 523.822,70 | 606.063,12 | 58.548,93 | 51.274,13 | 142.423,75 | 166.767,73 |
| Przych. oper. | 115.098,95 | 47.358,44 | 158.860,57 | 154.664,26 | 19.183,16 | 5.994,74 | 17.384,74 | 80.928,99 |
| Koszty oper. | 1.199,54 | 493,56 | 1.655,61 | 1.611,88 | 199,92 | 62,47 | 181,18 | 843,44 |
| Zysk/Strata dział.operac. | -129.143,71 | -116.311,08 | +520.913,82 | -598.255,34 | -56.010,09 | -58.760,41 | -121.753,82 | +339.513,20 |
| Przych.fin. | 3.554,83 | 1.462,67 | 4.906,43 | 4.776,83 | 592,47 | 185,14 | 536,93 | 2.499,56 |
| Koszty finan. | 250,27 | 102,97 | 345,43 | 336,31 | 41,71 | 13,03 | 37,80 | 176,01 |
| Zysk brutto | -128.839,15 | -114.951,38 | +525.474,82 | -593.814,82 | -55.459,33 | -58.588,30 | -121.254,69 | +341.836,75 |

IX. ANALIZA WYSOKOŚCI PRZYCHODÓW ZE SPRZEDAŻY I KOSZTÓW OGÓŁEM NA PRZESTRZENI LAT 2012-2018.

1. PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY wariant porównawczy 2012/2018( tyś zł )

W tyś zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sprzedaż |  2012 |  2013 |  2014 |  2015 | 2016 |  2017 | Plan 2018 |
| 1 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| SprzedażW tym :1. NFZ
* hospitalizacja
* specjalistyka amb.
* psychiatria
* POZ
* Higiena szkolna
* Reh. zabiegowa
* Piel. środ.-rodzinne
* Mammografia
* Dodatkowe umowy
* UWW
1. Pozostała sprzedaż
* medycyna pracy
* program zdrowotny
* wynajem
* pozostała
 | 8.965,87.470,81.429,02.227,5280,12.539,790,4472,9309,794,90,000,001.495,01.187,9170,09,3127,8 | 9.137,57.589,01.425,62.393,2279,72.526,684,4474,3320,256,50,000,001.548,51.192,9225,09,4121,2 | 9.480,77.693,91.334,52.598,9312,52.486,4110,3468,2284.898,3--1.786,81.273,1375,010,2128,5 | 9.346,37.907,21.427,32.590,9337,82.584,689,4464,9277,6134,7--1.439,11.079,1225,010,7124,3 | 10.150,38.162,61.495,12.642,3350,62.705,496,1479,0302,691,5--1.987,71.198,4650,010,3129,0 | 10.919,88.599,41.657,52.758,7350,52.889,7105,5458,9324,354,3--2.320,41.246.9937,810,3125,4 | 11.591,59.015,91.700,32.927,7366,53.030,6116,9460,0350,563,4--2.575,61.300,0995,610,0270,0 |

1.1 Pozostałe przychody operacyjne i przychody finansowe w tys. zł

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lata | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Plan 2018 |
| Pozostałe przychody operacyjne | 222,7 | 641,7 | 716,1 | 1.058,4 | 535,3  | 599,5 | 551,4 |
| Przychody finansowe | 40,1 | 36,8 | 60,9 | 31,9 | 24,4  | 18,5 | 15,0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. KOSZTY W UKŁADZIE RODZAJOWYM wariant porównawczy 2012/2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Koszty |  2012 | 2013 |  2014 | 2015 | 2016 |  2017 . | Plan 2018 w tyś zł. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1. | Zużycie materiałów i energii | 675.085,67 | 656.879,73 | 683.932,31 | 631.314,33 | 618.149,17 | 620.653,08 | 650,0 |
| 2. | Usługi obce | 1.228.245,50 | 1.435.375,29 | 1.674.678,56 | 1.714.001,88 | 1.825.397,93 | 2.093.877,08 | 2.472,0 |
| 3. | Podatki o opłaty | 20.917,00 | 35.777,24 | 45.825,73 | 45.597,00 | 55.561,00 | 48.531,00 | 70,0 |
| 4. | Wynagrodzenia | 5.460.849,93 | 5.774.821,24 | 5.873.545,78 | 6.119.740,81 | 6.715.739,11 | 7.129.871,87 | 7.521,5 |
| 5. | Świadczenia na rzecz pracowników | 1.089.242,52 | 1.140.004,54 | 1.147.300,92 | 1.188.486,88 | 1.305.865,84 | 1.338.202,56 | 1.400,0 |
| 6. | Amortyzacja | 309.378,59 | 308.966,13 | 375.921,76 | 301.734,55 | 287.300,55 | 401.525,54 | 570,0 |
| 7. | Podróże służbowe | 9.073,56 | 8.172,15 | 7.903,90 | 7.903,90 | 10.056,19 | 5.383,80 | 15,0 |
| 8. | Pozostałe koszty | 182.030,83 | 188.492,73 | 174.823,13 | 187.175,62 | 96.655,87 | 94.815,14 | 150,0 |
| XX | RAZEM | 8.974.823,60 | 9.548.489,05 | 9.983.932,09 | 10.197.261,32 | 10.914.725,66 | 11.732.860,07 | 12.848,5 |

3.1 POZOSTAŁE KOSZTY OPERACYJNE, KOSZTY FINANSOWE w latach 2012 – 2018

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lata | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Plan 2018 |
| Pozostałe koszty operacyjne | 38.258,85 | 22.786,88 | 7.721,88 | 12,142,05 | 12.162,01  | 6.247,60 | 10,0 |
| koszty finansowe | 0,00 | 183,77 | 1,13 |  160,89 | 114,43  | 1.303,53 | 1,0 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. Porównanie wyników finansowych lat 2011-2017

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lata | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Wynik finansowy | -666.058,19 | +215.607,71 | +244.600,07 | +266.068,21 | +226.714,84 | -217.009,85 | -202.596,10 |
| Kapitał zakładowy | 145.803,41 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 106.021,21 | 332.736,05 | 115.726,20 |

Komentarz:

Zyski z poszczególnych lat zostały przeznaczane na odbudowanie kapitału zakładowego SPZOZ.

X. ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW ZAKŁADU POD KĄTEM PRZYCZYN WYSTĄPIENIA UJEMNEGO WYNIKU FINANSOWEGO.

Ujemny wynik finansowy jest pochodną dysproporcji pomiędzy kosztami koniecznymi do poniesienia przy profilu prowadzonej działalności a wysokością uzyskiwanych przychodów. W takim ujęciu przychody z prowadzonej działalności są zbyt małe w stosunku generowanych kosztów działalności.

Aby uzyskać dodatni wynik finansowy z prowadzonej działalności konieczne jest zwiększenie przychodów lub zmniejszenie kosztów lub łączne zwiększenie przychodów i zmniejszenie kosztów.

1. PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY.

W zakresie przychodów ze sprzedaży obserwujemy ich wzrost na przestrzeni ostatnich lat. Jak wskazuje zestawienie zawarte w rozdz. IX pkt 1 , na przestrzeni lat 2012 – 2018(plan) wynosiły one kolejno: 8965,8 tys. zł, 9137,5 tys. zł, 9480,7 tys. zł, 9346,3 tys. zł, 10.150,3 tys. zł., 10918,8 tys. , 11.591,5 tys.

Na wysokość przychodów ze sprzedaży rzutują różne czynniki wskazane niżej:

Przychody z NFZ.

Najistotniejszym źródłem przychodów zakładu są przychody wynikające z kontraktu z NFZ w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych (przychody te zawierają także zryczałtowane środki finansowe na podwyżki dla pielęgniarek (od 09/2015 roku do 08/2019 roku)a od 01.09.2018 roku zawierają też środki na ustawowo regulowaną podwyżkę dla lekarzy, którzy zobowiążą się do nie wykonywania pracy zarobkowej w innym podmiocie w zakresie określonym przepisami.

Wysokość tych przychodów (poza środkami ustawowymi przeznaczonymi na podwyżkę wynagrodzeń określonych grup zawodowych) zależy między innymi:

- w zakresie poz: od liczby osób zapisanych do objęcia opieką (wzrost wprost proporcjonalny) na zasadzie finansowania kapitacyjnego,

- w zakresie ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego i rehabilitacji: liczby punktów w ramach kontraktu z NFZ i poziomu jego realizacji zależnego od liczby osób zgłaszających się do leczenia osób i ich stanu zdrowia (teoretycznie wzrost wprost proporcjonalny) oraz wykonanych procedur ze stanu zdrowi wynikających a także od miesięcznego limitu punktów obowiązującego w każdej poradni specjalistycznej .

Przychody te jak wskazuje wspomniane wyżej zestawienie rosły w ostatnich latach na przestrzeni 2012 – 2018(plan) przedstawiają się następująco: 7470,8 tys. zł, 7589,0 tys. zł, 7693,9 tys. zł, 7907,2 tys. zł, 8162,6 tys. zł. , 8.599,4 tys., 9.015,9 tys.

Wniosek: przychody w zakresie realizacji świadczeń finansowanych z NFZ rosną na przestrzeni ostatnich lat.

Przychody z medycyny pracy.

Przychody te zależą od liczby osób objętych opieką oraz wysokości finansowania ryczałtowego lub za wykonaną usługę (zależnie od ustaleń zawartych w umowie).

W zakresie medycyny pracy przychody ostatnich lat 2012 -2018(plan) kształtowały się następująco: 1187,9 tys. zł, 1192,9 tys. zł, 1273,1 tys. zł, 1079,1 tys. zł, 1198,4 tys. zł, 1.246,9 tys., 1.300,0 tys.

Wniosek: przychody medycyny pracy kształtują się różnie w różnych latach na względnie stałym poziomie z tendencją wzrostową w ostatnich latach.

Programy zdrowotne i promocji zdrowia.

W tym zakresie zgodnie ze wskazaniami zestawienia rozdz. IX pkt 1 w latach 2012 – 2018(plan) przychody te wynosiły kolejno: 170 tys. zł, 225 tys. zł, 375 tys. zł, 225 tys. zł, 650 tys. zł, 937,8 tys., 995,6 tys.

Wniosek: przychody w zakresie programów zdrowotnych wykazywały więc tendencję wzrostową.

Wynajem

W latach 2012 – 2018 (plan) uzyskano kolejno : 9,3 tys. zł, 9,4 tys. zł 10,2 tys. zł, 10,7 tys. zł, 10,3 tys. zł , 10,3 tys., 10,0 tys. (zestawienie rozdz. IX pkt 1)

Wniosek: przychody z tego zakresu utrzymują się na względnie stałym poziomie. Ich spadek w latach 2015 -2016 związany był ze zmniejszeniem wynajmowanej powierzchni.

Sprzedaż innym podmiotom medycznym i indywidualnym odbiorcom oraz firmom ubezpieczeniowym.

W tym zakresie na przestrzeni 2012 - 2018(plan) roku przychód wynosił: 127,8 tys. zł, 121,2 tys. zł, 128,5 tys. zł, 124,3 tys. zł, 129,0 tys. zł, 125,4 tys., 270,0 tys. (zestawienie rozdz. IX pkt 1)

Wniosek: ten rodzaj przychodów utrzymuje się na względnie stałym poziomie z wahaniami.

1. POZOSTAŁE PRZYCHODY OPERACYJNE I PRZYCHODY FINANSOWE

Pozostałe przychody operacyjne.

Znaczącą składową tego rodzaju przychodów są dopłaty do wynagrodzenia zatrudnionych w zakładzie osób niepełnosprawnych (w wysokości 278.925,98 (rok 2017) co stanowi 46,5 % przychodów operacyjnych) oraz odpisy amortyzacyjne środków trwałych sfinansowanych przez jednostki samorządu terytorialnego (w wysokości 269.799,51 co stanowi 45,0% przychodów operacyjnych). Wysokość tych przychodów jest istotna dla finansów zakładu i wynosi za rok 2017, zgodnie ze wskazaniami zestawienia rozdz. VIII pkt 1 : 599.473,88 zł.

Przychody te w roku 2016 porównaniu do roku 2015 znacznie zmalały (około dwukrotnie). Było to wynikiem faktu, że w roku 2015 zakład po kilkuletnim procesie sądowym w NSA otrzymał od PFRON częściowy zwrot wstrzymanego wcześniej dofinansowania w kwocie 493.041,04 , która to kwota zwiększyła znacząco wysokość przychodów operacyjnych roku 2015.

Łączna wysokość pozostałych przychodów operacyjnych na przestrzeni lat 2012 – 2017 kształtowała się: 222,7 tys. zł, 641,7 tys. zł, 716,1 tys. zł, 1.058.386,62 zł, 535.257,18 zł; 599.473,88 tys. zł.

Wniosek: dofinansowanie do zatrudnienia osób niepełnosprawnych ma tendencję malejącą co rzutuje na możliwość zmniejszania się przychodów z tego zakresu w kolejnych latach w związku ze zmianą przepisów prawych regulujących zasady tego dofinansowania.

Przychody finansowe.

Przychody te związane z lokatami bankowymi rezerw finansowych oraz z odsetkami od niezapłaconych należności przedstawiają się na przestrzeni lat 2012 – 2017 jak wykazano w zestawieniu zawartym w rozdz. IX pkt 1.1 : 2012= 40.133,56 zł; 2013= 36.846,31 zł; 2014=60.877,43 zł; 2015= 31.930,93zł, 2016= 24.426,16 zł, 2017= 18.514,86

Wnioski: Przychody finansowe zgodnie ze wskazaniem w zestawieniu aktywów zakładu maleją, co związane jest z wymuszonym wzrostem wynagrodzeń i koniecznością uzupełnienia niedoboru środków uzyskanych ze sprzedaży świadczeń rezerwami finansowymi. Wskutek tego odsetki od lokat bankowych będą stopniowo malały.

1. KOSZTY RODZAJOWE.

W zakresie kosztów rodzajowych zgodnie z zestawieniem zawartym w rozdz. IX pkt 2 obserwujemy tendencję wzrostową. W latach 2012 – 2017 jest to odpowiednio: 8.974.823,60; 9.548.489,05; 9.983.932,09; 10.197.261,32; 10.914.725,66; 11.732.860,07.

Zużycie materiałów i energii (energia elektryczna, gaz, odczynniki laboratoryjne, wyżywienie dla pacjentów oddziału rehabilitacji, leki, sprzęt medyczny jednorazowego użytku, mat. biurowe, wyposażenie, sprzęt, pozostałe).

Na przestrzeni lat 2012 – 2017 zużycie materiałów i energii przedstawiało się następująco 675.085,67 ; 656.879,73 ; 683.932,31 ; 631.314,33 ; 618.149,17 ; 620.653,08. Występowały więc wahania zależnie od potrzeb zakładu w zakresie inwestycji, cen za usługę dostawy, temperatury otoczenia, itp. Zakład wdrożył w minionych latach działania prowadzące do zminimalizowania kosztów energii głównie związanej z ogrzewaniem poprzez program termomodernizacyjny, co pozwoliło obserwować oszczędności w tym zakresie. Tym niemniej ze względu na ogólnokrajowy wzrost cen materiałów i energii koszty te będą miały tendencję wzrostową, pomimo iż dostawcy materiałów i energii, wyłaniani są w drodze przepisów dotyczących zamówień publicznych tj. przetargów lub w drodze konkursów lub na innych zasadach gwarantujących uzyskanie jak najlepszej jakości przy jak najniższych cenach, zależnie od sytuacji. Zakład w roku 2017 dokonał ucyfrowienia aparatu RTG co pozwoliło zrezygnować kosztochłonnej wywoływarki klisz RTG oraz z zakupu klisz.

Wnioski: Zużycie materiałów i energii kształtuje się z wahaniami na względnie stałym poziomie .

Usługi obce.

Na usługi obce składają się usługi transportowe, remontowe, łączności, pocztowe, medyczne-lekarze (działalność gospodarcza lekarska jako wykonawca usług zdrowotnych w imieniu SPZOZ), medyczne-diagnostyczne (podmioty medyczne będące podwykonawcą w zakresie usług diagnostycznych), informatyczne, sprzątanie, pralnicze, pozostałe.

Na przestrzeni lat 2012 – 2017 koszt usług obcych przedstawiał się następująco: 1.228.245,50 ; 1.435.375,29 ; 1.674.678,56 ; 1.714.001,88 ; 1.825.397,93 ; 2.093.877,08 – wykazuje więc tendencję rosnącą. Wpływ na to ma m. innymi przechodzenie lekarzy na kontrakty indywidualne, ogólnokrajowy wzrost cen energii, towarów i usług, wzrost płacy minimalnej i pozostałych kosztów pracy oraz pochodne wymuszonego prawem wzrostu wynagrodzeń pracowników podmiotów leczniczych, spadek rentowności szeregu firm, itp. Dostawcy usług są wyłaniani drogą przepisów dotyczących zamówień publicznych tj. przetargów lub w drodze konkursów lub na innych zasadach gwarantujących uzyskanie jak najlepszej jakości przy jak najniższych cenach, zależnie od sytuacji.

Wnioski: ceny usług obcych mają charakter wzrostowy, co jest tendencją ogólnopolską, niezależną od działań zakładu.

Podatki i opłaty.

W zakresie kosztów podatków i opłat w latach 2012 -2017 odnotowuje się kwoty: 20.917,00 zł ; 35.777,24 zł ; 45.825,73 zł ; 45.597,00 zł ; 55.561,00 zł ; 48.531,00 – co wiąże się z wprowadzeniem od roku 2013 obligatoryjnej opłaty za gospodarowanie odpadami komunalnymi.

Wnioski: koszty podatków i opłat mają charakter wzrostowy co jest ogólnopolską tendencją niezależną od zakładu.

Wynagrodzenia z umów o pracę.

W latach 2012 - 2017 koszt wynagrodzeń wyniósł odpowiednio: 5.460.849,93, 5.774.821,24 , 5.873.545,78 , 6.119.740,81 , 6.715.739,11 , 7.129.871,87. Wyraźnie widać więc tendencję wzrostową. Przyczyny tego stanu są rożne. Na przestrzeni lat wynagrodzenia rosły wskutek: konkurencji innych zwłaszcza niepublicznych podmiotów medycznych, które chcąc pozyskać medyczny personel (przede wszystkim lekarzy) do pracy oferowały wyższe niż w zakładzie wynagrodzenie. W ten sposób zakład utracił kilku lekarzy, którzy przeszli do podmiotów niepublicznych i odpowiednie regulacje były konieczne celem zapobieżenia dalszej utraty personelu. Istotnym czynnikiem była również presja związków zawodowych co do podwyższania płacy w zakładzie (w ostatnim czasie znalazło to poparcie szeregu członków Rady Społecznej zakładu).

Wzrost kosztów płacowych jest obecnie także efektem narzucenia obowiązkowych podwyżek wynikających z pojawiających się nowych przepisów odnośnie ochrony zdrowia, zapewniających minimalny poziom wynagrodzenia dla pracowników podmiotów medycznych w szczególności grup zawodowych lekarzy i pielęgniarek.

Wnioski: W sytuacji niedoborów personelu lekarskiego oraz wysokiej średniej wiekowej w tej grupie zawodowej, względnych niedoborów kadry pielęgniarskiej, odpowiednim do poziomu realizacji świadczeń stanie zatrudnienia w pozostałych grupach zawodowych medycznych, relatywnie odpowiednim do poziomu nałożonych zadań stanie zatrudnienia pracowników niemedycznych oraz w związku z wejściem w życie ustawy regulującej minimalne wynagradzanie pracowników medycznych (wskazującej na konieczność dokonania uzgodnień w zakresie minimalnego poziomu wynagrodzeń także dla pracowników niemedycznych)jak również prawne regulacje zapewniające określony warunkowo poziom wynagrodzenia dla lekarzy i pielęgniarek – tendencja do wzrostu poziomu wynagrodzeń będzie utrzymywać się a działania celem redukcji kosztów w tym zakresie wydają się nierealne.

Możliwe są redukcje kosztów zatrudnienia wskutek redukcji zatrudnienia z powodu wymuszonego przez NFZ braku kontraktowania określonych świadczeń w przyszłości lub w wyniku zaniechania ich kontraktowania z powodów racjonalizacji działalności zakładu.

Na czas tworzenia niniejszego dokumentu zakład rozważa redukcję z końcem 2018 roku (jak już wspomniano) 2- 3 etatów personelu pielęgniarskiego, administracyjnego i pomocniczego łącznie, ale wskutek ustawowo założonego wzrostu wynagrodzeń w ciągu kolejnych lat działanie to wydaje się być nieistotne. Ponadto nowo projektowane przez Ministerstwo Zdrowia w porozumieniu z Naczelną Rada Pielęgniarską normy zatrudnienia pielęgniarek zakładają wstępnie obowiązkowe zatrudnienia 0,6 etatu pielęgniarki na 1 łóżko/pacjenta. Obecnie na oddziale pracuje 8 pielęgniarek według dotychczas obowiązujących norm łącznie ze wspomaganiem opiekunkami medycznymi było to wystarczające. Jeżeli wspomniane przepisy zostaną wprowadzone w życie, wymagane będzie zatrudnienie około 20 pielęgniarek, co poza faktem, że trudno będzie takich pracowników pozyskać do pracy, spowoduje dramatyczny wzrost kosztów zatrudnienia i postawi pod znakiem zapytania dalsze funkcjonowania oddziału rehabilitacji w naszym zakładzie.

Uwaga w zakresie kosztów wynagrodzeń: Analiza proporcji poszczególnych składowych kosztowych wskazuje że roku 2017 koszty płacowe z umów o pracę wraz ze świadczeniami na rzecz pracowników, stanowiły 72,2%kosztów ogółem .

Świadczenia na rzecz pracowników.

Są one pochodną wynagrodzeń z umów o pracę i wzrastają relatywnie wraz ze wzrostem poziomu wynagrodzeń (analizę w tym zakresie pominięto).

Amortyzacja.

Wysokość amortyzacji jest efektem inwestycji dokonywanych w zakładzie i wynika z przepisów regulujących te kwestie. Dodatkowo w związku ze zmianą przepisów od roku 2012 niezamortyzowana część aktywów trwałych otrzymanych przed 1 lipca 2011 nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji została przeksięgowana z kapitału założycielskiego na rozliczenia międzyokresowe przychodów.

Amortyzacja stanowi w większości koszt bilansowy nie stanowiący wydatków. Wobec powyższego, oraz faktu, że działania restrukturyzacyjne nie wpływają wprost na wysokość amortyzacji - analizę w tym zakresie pominięto.

Podróże służbowe.

Wysokość kosztów podróży służbowych jest na przestrzeni lat 2012 – 2017względnie stała z wahaniami. Ten koszt wynika z konieczności załatwiania spraw służbowych przez pracowników zakładu np. w NFZ w Rzeszowie, w Urzędzie Wojewódzkim w Rzeszowie, w Urzędzie Marszałkowskim w Rzeszowie i w innych instytucjach a także z potrzeby uczestniczenia pracowników w kursach szkoleniach (w tym na potrzeby podnoszenia kwalifikacji).

Koszt podróży służbowych w analizowanym okresie wynosił odpowiednio: 9.073,56 zł 8.172,15 zł, 7.903,90 zł, 10.056,19 zł, 5.383,80 zł.

Wnioski: koszt podróży służbowych był relatywnie niski w porównaniu do innych kosztów działalności i utrzymuje się na względnie zbliżonym poziomie w kolejnych latach. Działania restrukturyzacyjne w tym zakresie aczkolwiek możliwe, to jednak nie będą istotne dla obniżenia ogólnych kosztów funkcjonowania zakładu a mogą odbić się niekorzystnie na kontaktach z instytucjami strategicznymi dla zakładu, jak również na szkoleniu personelu.

Pozostałe koszty. (Ubezpieczenie OC, inne)

Te koszty na przestrzeni lat 2012 –2017 wynosiły odpowiednio: 182.030,83 zł, 188.492,73 zł, 174.823,13 zł 187.175,62 zł, 96.655,87 zł., 94.815,14 zł. Utrzymał się więc względnie stały poziom tych kosztów ze znaczącym spadkiem w roku 2016, co spowodowane było wynegocjowanie przez Brokera w imieniu zakładu, dużo niższych kosztów umowy ubezpieczeniowej z innym niż poprzednio ubezpieczycielem. Było to możliwe wskutek pojawienia się nowych podmiotów na rynku ubezpieczeń i konkurencja w tym zakresie.

Wnioski: w tym zakresie kosztów możliwe jest utrzymanie się obniżonego poziomu kosztów.

1. POZOSTAŁE KOSZTY OPERACYJNE, KOSZTY FINANSPOWE.

Ten rodzaj kosztów jest pochodną działalności zakładu.

W zakresie pozostałych kosztów operacyjnych i kosztów finansowych wykazanych w zestawieniu w rozdz. IX pkt 3.1 zauważamy względnie stały ich poziom z wahaniami na przestrzeni lat 2012 - 2017:

- pozostałe koszty operacyjne : 2012= 38.258,85 zł; 2013= 22.786,88 zł; 2014=7.721,88 zł; 2015=12.142,05 zł; 2016= 12.162,01 zł., 2017 = 6.247,60 zł.

- koszty finansowe: 2012= 0,0 zł; 2013= 183,77 zł; 2014= 1,13 zł; 2015= 160,89 zł; 2016= 114,43 zł, 2017 = 1.303,53 zł.

Wnioski: Wysokość tych kosztów jest niewielka i mało znacząca w procentowym udziale kosztów ogółem. Działania restrukturyzacyjne w tym zakresie są nieistotne.

XI. PRAWDOPODOBNE ZDARZENIA I MOŻLIWE DO REALIZACJI

 DZIAŁANIA NAPRAWCZE

POZYTYWNIE WPŁYWAJĄCE NA WYNIK FINANSOWY.

Zawierają prognozę zdarzeń ekonomicznych, planowane działania, szacunkowe założenia możliwe do przyjęcia, ocenione jako bardzo prawdopodobne co do zaistnienia) .

1. PO STRONIE MOŻLIWOŚCI ZWIĘKSZENIA PRZYCHODÓW.

1.1 PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY.

Przychody z NFZ.

W ramach planu naprawczego zakładamy wzrost wartości kontaktu NFZ w kolejnych latach:

~~-~~ rok 2018 – o 6,1%wartości kontraktu w stosunku do roku 2017 co daje kwotę 11.591,5 tys. zł

- rok 2019 – o 8,4%wartości kontraktu w stosunku do roku 2017 co daje kwotę 11.841,5tys. zł

- rok 2020 – o 11,1%wartości kontraktu w stosunku do roku 2017 co daje kwotę 12.101,5tys. zł

Uzasadnienie – w ramach reformy ochrony zdrowia Ministerstwo Zdrowia zapowiada poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych i.in. poprzez wzrost finansowania świadczeń. Pozwala to przyjąć szacowane, prezentowane wyżej założenia. Są one oparte na planowane wzroście finansowania w zakresie NFZ oraz usług szpitalnych (oddział rehabilitacji).

Przychody z medycyny pracy.

W ramach planu naprawczego planujemy zwiększenie przychodów z medycyny pracy poprzez pozyskanie zakładów, które były kontrahentem SPZOZ w przeszłości a zmieniły realizatora świadczeń, oraz pozyskanie do współpracy nowych podmiotów.

Wskutek powyższego planujemy wzrost:

- rok 2018 - wzrost /2017 o 4,2 %, co daje kwotę po wzroście 1.300,0 tys. zł

- rok 2019 -wzrost /2017 o 12,3 %,co daje kwotę po wzroście 1.400,0 tys. zł

- rok 2020 -wzrost /2017 o 8,31 % co daje kwotę po wzroście 1.500,0 tys. zł

Finansowanie świadczeń medycznych przez podmiot tworzący.

1/ Programy zdrowotne i promocji zdrowia – założenie utrzymania finansowania tych przychodów na poziomie planu roku 2017, tj. kwoty 937,8 tyś zł , w kolejnych trzech latach, z możliwością niewielkiego wzrostu:

- rok 2018 - wzrost /2017 o 6,1 %, co daje kwotę po wzroście 995,6 tyś zł

- rok 2019 - wzrost /2017 o 6,6 %, co daje kwotę po wzroście 1.000,0 tyś zł

- rok 2020 - 1.000,0 tys. zł (poziom roku 2019)

2/ Założenie uzyskania przez zakład finansowania przez podmiot tworzący tj. Gminę Stalowa Wola świadczeń zdrowotnych dla lokalnej społeczności z zakresu świadczeń gwarantowanych zgodnie z przepisem ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 9 a),w wysokości:

- rok 2018 - kwota 120.000,00 zł

- rok 2019 - kwota 120.000,00 zł

- rok 2020 - kwota 120.000,00 zł

Wynajem

Założenie utrzymania przychodów z wynajmu na poziomie lat 2016/2017 tj. kwoty 10,3 tys. zł, a w konsekwencji przychody z tego zakresu będą przedstawiać się:

- rok 2018 - kwota 10,0 tyś zł

- rok 2019 - kwota 10,0 tyś zł

- rok 2020 -kwota 10,0 tyś zł

Sprzedaż innym podmiotom medycznym i indywidualnym odbiorcom oraz firmom ubezpieczeniowym.

Wzrost przychodów w tym zakresie w porównaniu do roku 2017 tj. kwoty 129,0 tys. , a w konsekwencji przychody z tego zakresu będą przedstawiać się:

- rok 2018 - kwota 150,0 tys. zł

- rok 2019 - kwota 150,0 tys. zł

- rok 2020 - kwota 150,0 tys. zł

* 1. POZOSTAŁE PRZYCHODY OPERACYJNE I PRZYCHODY FINANSOWE

Pozostałe przychody operacyjne.

Ten rodzaj przychodów według założeń będzie wykazywał stały poziom pomimo obaw o niewielki spadku dopłat z PFRON:

Szacunkowo w kolejnych 3 latach będzie to przedstawiało się następująco:

- rok 2018 - 551,4 tys. zł

- rok 2019 - 551,4 tys. zł

- rok 2020 - 551,4 tys. zł

Przychody finansowe.

Przychody finansowe w kolejnych 3 latach mogą ulec zmniejszeniu wskutek niskiego oprocentowania lokat bankowych i będą odpowiednio wynosiły:

- rok 2018 – 15,0 tys. zł

- rok 2019 – 15,0 tys. zł

- rok 2020 – 15,0 tys. zł

1. PO STRONIE MOŻLIWOŚCI ZMNIEJSZENIA KOSZTÓW.
2. KOSZTY RODZAJOWE

Zużycie materiałów i energii (energia elektryczna, gaz, odczynniki laboratoryjne, wyżywienie dla pacjentów oddziału rehabilitacji, leki, sprzęt medyczny jednorazowego użytku, mat. biurowe, wyposażenie, sprzęt, pozostałe).

Założenie niewielkiego wzrostu kosztów w tym zakresie, co daje kwoty:

- rok 2018 - kwota 650,0 tyś zł

- rok 2019 - kwota 650,0 tyś zł

- rok 2020 - kwota 650,0 tyś zł

Usługi obce (usługi transportowe, remontowe, łączności, pocztowe, medyczne-lekarze (działalność gospodarcza lekarska jako wykonawca usług zdrowotnych w imieniu SPZOZ), medyczne-diagnostyczne (podmioty medyczne będące podwykonawcą w zakresie usług diagnostycznych), informatyczne, sprzątanie, pralnicze, pozostałe). Część lekarzy w kolejnych latach zapowiada przejście z umowy o pracę na system indywidualnych kontraktów.

Zakładamy wzrostu kosztów usług obcych, niezależny od SPZOZ a wynikający z sytuacji ogólnokrajowej, w kolejnych 3 latach co daje:

- rok 2018 - wzrost /2017 o 18,1 %, co daje kwotę po wzroście 2.472,0 tyś zł

- rok 2019 - wzrost /2017 o 19,1 %, co daje kwotę po wzroście 2.472,0 tyś zł

- rok 2020 - wzrost /2017 o 19,1 %, co daje kwotę po wzroście 2.472,0 tyś zł

Podatki i opłaty.

Zakładamy wzrost kosztów podatków i opłat w kolejnych 3 latach z uwagi na zmianę stawek podatkowych co daje:

- rok 2018 - 70,0 tyś zł

- rok 2019 - 70,0 tyś zł.

- rok2020 – 70,0 tyś zł

Wynagrodzenia z umów o pracę wraz ze świadczeniami na rzecz pracowników.

Koszty wynagrodzeń po ich wzroście wymuszonym przepisami prawa oraz w związku z sytuacją w zakresie roszczeń pracowników, w kolejnych 3 latach (z uwzględnieniem przejścia części lekarzy z umów o pracę na umowy kontraktowe):

- rok 2018 - 7.521,5 tys. zł

- rok 2019 - 7.521,5 tys. zł

- rok 2020 - 7.521,5 tys. zł

Alternatywa: w przypadku dokonania pod koniec roku 2018 redukcji zatrudnienia o 2 osoby, koszty zatrudnienia zmniejszą się rocznie szacunkowo o około 100 tys. zł, co wpłynie korzystnie na wynik finansowy kolejnych lat. Takie zmniejszenie kosztów do celów niniejszego programu nie było jednak uwzględnione.

Amortyzacja.

Szacunkowo amortyzacja w kolejnych 3 latach wyniesie:

- rok 2018 - wartość 570,0 tyś zł

- rok 2019 - wartość 570,0 tyś zł

- rok 2020 - wartość 570,0 tys. zł

Podróże służbowe.

Szacunkowo koszt podróży służbowych w kolejnych 3 latach wyniesie:

- rok 2018 - wartość 15,0 tys. zł

- rok 2019 - wartość 15,0 tys. zł

- rok 2020 - wartość 15,0 tys. zł

Pozostałe koszty. (Ubezpieczenie OC, inne)

Zakładamy, że koszt z tego zakresu w kolejnych trzech latach będzie utrzymywał się na poziomie roku 2017 z możliwym, ale niepewnym, niewielkim spadkiem (który pominięto) i wyniesie:

- rok 2018 - wartość150,0 tys. zł

- rok 2019 - wartość 150,0 tys. zł

- rok 2020 – wartość 150,00 tys. zł

1. POZOSTAŁE KOSZTY OPERACYJNE, KOSZTY FINANSOWE.

 Ten rodzaj kosztów według przyjętych założeń będzie utrzymywał się na względnie stałym poziomie i wyniesie:

- rok 2018 – wartość 10,0 tys. zł

- rok 2019 – wartość 10,0 tys. zł

- rok 2020 – wartość 10,0 tys. zł

XII. ZAŁOŻENIA PRZYJĘTE DO PROGRAMU NAPRAWCZEGO I SZACOWANE EFEKTY.

W przypadku uwzględnienia założeń wskazanych w rozdz. XI pkt 1 i pkt 2 wskazujących na konieczność zwiększenia przychodów przy relatywnie niewielkich możliwościach zmniejszenia kosztów, szacunkowy rachunek zysków i strat za kolejne 3 lata obrotowe będzie przedstawiał się następująco:

1. RACHUNEK ZYSKÓW I STRAT (wariant porównawczy 2018/2020)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Wiersz | Wyszczególnienie  | 2018 | 2019 | 2020 |
| A. | Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym | 11.591,5 | 11.941,5 | 12.301,5 |
|   | - od jednostek powiązanych | - | - | - |
| I. | Przychody netto ze sprzedaży produktów | 11.591,5 | 11.941,5 | 12.301,5 |
| II. | Zmiana stanu produktów(zwiększenie – wart. Dodatnia, Zmniejszenie – wartość ujemna) | - | - | - |
| III. | Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki | - | - | - |
| IV. | Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów | - | - | - |
| B. | Koszty działalności operacyjnej | 12.848,5 | 12.848,5 | 12.848,5 |
| I. | Amortyzacja | 570,00 | 570,00 | 570,00 |
| II. | Zużycie materiałów i energii | 650,00 | 650,00 | 650,00 |
| III. | Usługi obce | 2.472,0 | 2.472,0 | 2.472,0 |
| IV. | Podatki i opłaty, w tym; | 70,0 | 70,0 | 70,0 |
|   | -podatek akcyzowy | - | - | - |
| V. | Wynagrodzenia | 7.521,5 | 7.521,5 | 7.521,5 |
| VI | Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia | 1.400,0 | 1.400,0 | 1.400,0 |
| VII | Pozostałe koszty rodzajowe | 165,0 | 165,0 | 165,0 |
| VIII | Wartość sprzedanych towarów i materiałów | - | - | - |
| C. | Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B) | -1257,0 | -907,0 | -547,0 |
| D. | Pozostałe przychody operacyjne | 551,4 | 551,4 | 551,4 |
| I. | Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych | - | - | - |
| II. | Dotacje | - | - | - |
| III | Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych | - | - | - |
| IV. | Inne przychody operacyjne | 551,4 | 551,4 | 551,4 |
| E. | Pozostałe koszty operacyjne | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| I. | Strata z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych | - | - | - |
| II. | Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych | - | - | - |
| III. | Inne koszty operacyjne | 10,0 | 10,0 | 10,0 |
| F. | Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E) | -715,6 | -365,6 | -5,6 |
| G. | Przychody finansowe | 15,0 | 15,0 | 15,0 |
| I. | Dywidendy i udziały w zyskach, w tym: | - | - | - |
|   | a)od jednostek powiązanych, w tym:  | - | - | - |
|   | - w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale | - | - | - |
|   | b) od jednostek pozostałych, w tym: | - | - | - |
|   | - w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale |  - |  |  |
| II. | Odsetki, w tym: | 15,0 | 15,00 | 15,00 |
|   | - od jednostek powiązanych | - | - | - |
| III | Zysk z tytułu rozchodu aktyw ów finansowych, w tym | - | - | - |
|   | - w jednostkach powiązanych | - | - | - |
| IV | Aktualizacja wartości aktywów finansowych | - | - | - |
| V. | Inne | - | - | - |
| H. | Koszty finansowe | 1,0 | 1,0 | 1,0 |
| I. | Odsetki, w tym : | - |  |  |
|   | -dla jednostek powiązanych | - | - | - |
| II | Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych, w tym | - | - | - |
|   | - w jednostkach powiązanych | - | - | - |
| III | Aktualizacja wartości aktywów finansowych | - | - | - |
| IV | Inne | - | - | - |
| I. | Zysk (strata)z działalności gospodarczej (F+G-H) | -701,6 | -351,6 | 8,4 |
| J. | Podatek dochodowy | - | - | - |
| K. | Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku ( zwiększenie straty) | - | - | - |
| L. | Zysk ( strata) netto (I-J-K)) | -701,6 (zgodnie z planem finansowym) | - 351,6 | 8,4 |

2.1 ALTERNATYWNE DZIAŁANIA REDUKUJĄCE KOSZTY FUNKCJONOWANIA ZAKŁADU.

Zgodnie ze wskazaniami zawartymi w rozdziale VIII pkt 4 różne elementy struktury organizacyjnej zakładu aktywne przychodowo mają różne wyniki finansowe roku 2017. Wskazana tam tendencja utrzymuje się na przestrzeni ostatnich lat z wahaniami.

Gdyby przyjąć założenie braku możliwości dalszego zwiększania przychodów należałoby rozważyć działania restrukturyzacyjne, które mogłyby objąć likwidację niektórych niedochodowych form działalności i redukcję zatrudnienia i lub znaczne zmniejszenie poziomu realizacji niektórych rodzajów świadczeń, tylko do wysokości kontraktu(bez względu na zapotrzebowanie społeczne). Wówczas wynik finansowy uległby poprawie.

Jednakże wiązałoby się to ze zmniejszeniem zakresu realizowanych świadczeń lub zmniejszeniem ich ilości. Mogłoby to być przyczyną negatywnego odbioru społecznego i uniemożliwić szerokie stosowanie kompleksowej opieki nad pacjentem jak również opieki koordynowanej, których wprowadzenie zawarte jest w zapowiedziach Ministerstwa Zdrowia i może stanowić nadzieję na wyższy poziom finansowania działalności zakładu w przyszłości.

Dlatego rozważanie takiego sposobu restrukturyzacji w sytuacji kiedy nie jest to konieczne, bo zakład zachowuje płynność finansową - jest na chwilę obecną naszym zdaniem niewłaściwe, nie prowadziliśmy więc rozważań w tym zakresie.

XIII. ISTOTNE ZDARZENIA MAJĄCE WPŁYW LUB MOGACE MIEĆ WPŁYW NA PROGNOZOWANĄ SYTUACJĘ EKONOMICZNO-FINANSOWĄ ZAKŁADU (zdarzenia i domniemane, mogące zaistnieć i zdarzenia faktyczne).

Wskazując na poszczególne elementy programu naprawczego i uprawdopodobniając ich skutek w postaci poprawy wyniku finansowego, należy również wskazać na możliwe do zaistnienia lub istniejące okoliczności mogące mieć negatywny wpływ na funkcjonowanie zakładu w przyszłości.

1. Zagrożenie kontaktowania usług przez NFZ a poprzez to zagrożenie finansowania na przyjętym poziomie.

W związku ze zmianą przepisów dotyczących wymogów co do kontraktowania świadczeń oraz niepewnością co do wyniku nowych konkursów w zakresie ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego, wynikającej w części z dużej konkurencji podmiotów leczniczych na naszym terenie a w części ze zmian polityki NFZ w tym zakresie, jak również w związku z corocznym ustalaniem przez NFZ poziomu finansowania podmiotów leczniczych pomimo istniejących kontraktów kilkuletnich - możliwa jest zmiana wysokości finansowania na wyższe, ale też możliwa na niższe. Efektu finansowego wyżej wskazanego możliwego do zaistnienia zdarzenia, nie da się w chwili obecnej przewidzieć.

1. Wysoka średnia wiekowa personelu w połączeniu ze znacznym ograniczeniem

możliwości pozyskania zwłaszcza młodych lekarzy, skutkować może w niedalekiej przyszłości brakiem kadry medycznej pozwalającej na utrzymanie wszystkich zakresów świadczeń w obecnym zakresie - co również skutkować może zmniejszeniem finansowania, ale też i zmniejszeniem kosztów. Efektu finansowego powyższego również nie da się przewidzieć w chwili obecnej.

 3. Zagrożenie utrzymania przychodów z zakresu medycyny pracy. Związane jest to z konkurencją na lokalnym rynku oraz tendencją do obniżania cen na te usługi. Pomimo iż w ostatnim roku przychody z tego tytułu wzrosły, to jednak istnieje zagrożenie zmniejszenia przychodów z tego tytułu w kolejnych latach o 10 -15 % w stosunku do aktualnego poziomu.

 4. Wyższy niż założono wzrost kosztów bieżącego utrzymania i funkcjonowania SPZOZ od materiałów po usługi obce, wynikający z sytuacji rynkowej oraz sytuacji gospodarczej kraju, co jest niezależne od SPZOZ. Koszt ten w sytuacji pesymistycznej może wzrosnąć o 10-15 % aktualnych kosztów.

 5. Ciągłe roszczenia pracowników o wzrost wynagrodzeń mogące, w określonej sytuacji rynkowej deficytu personelu i zabiegów o przejęcie personelu SPZOZ przez inne podmioty, zwłaszcza niepubliczne, skutkować wyższym niż założono wzrostem kosztów wynagrodzeń. Powyższe jest godne podkreślenia także ze względu na fakt, że ustawowo zagwarantowany wzrost wynagrodzeń dla lekarzy i pielęgniarek (pomimo iż funkcjonują przepisy o minimalnym wynagrodzeniu pracowników podmiotów leczniczych) spowodowały duże zróżnicowanie poziomu płac i co już skutkuje wnioskami o wzrost wynagrodzeń w grupach zawodowych, których poziom wynagrodzenia stal się względnie niższy. Wzrostów kosztów z tego tytułu może wynieść w pesymistycznej sytuacji o 20 - 25 % aktualnego poziomu płac.

 6. Starzenie się aparatury medycznej, stąd częste naprawy i remonty powodujące wzrost kosztów. Ewentualnego wzrostu nie szacowano.

 7. Zmniejszająca się aktywna lista pacjentów POZ, wynikająca z demografii lokalnej oraz uwarunkowań obowiązującego systemu realizacji świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Spadek przychodów z tego tytułu wiąże się też także ze zmniejszeniem kosztów co z kolie zależy od stanu zdrowia danej osoby, która byłaby skreślone z listy pacjentów poz więc trudno to oszacować.

XIV. UWAGI KOŃCOWE.

Wskazana w niniejszym opracowaniu analiza przychodów i kosztów zakładu obrazuje, że w chwili obecnej zakład nie ma zasadniczych możliwości istotnej redukcji kosztów bez ujemnego wpływu na zakres i jakość prowadzonej działalności. Możliwe działania naprawcze powinny więc intensyfikować się na szukaniu nowych źródeł przychodów lub zwiększaniu przychodów w zakresie źródeł już funkcjonujących. Tego typu działanie na chwilę obecną wydaje się być właściwe choćby ze względu na fakt, że wynik finansowy zakładu za pierwsze półrocze 2018 jest dodatni ( +186 tyś zł) Alternatywą jest zmniejszenie kosztów zatrudnienia poprzez redukcję personelu i zmniejszenie zakresu prowadzonej działalności poprzez rezygnację z działalności nierentownej – to jednak nie jest jednak według nas właściwe działanie na chwilę obecną.

Wobec faktycznej sytuacji niedoboru środków finansowych w systemie ochrony zdrowia oraz wobec faktycznego zaniżenia finansowania świadczeń zdrowotnych ogółem, połączonego z zaniżoną wyceną szeregu świadczeń - sytuacja, w której SPZOZ-y mają ujemny wynik finansowy jest powszechna. Zależy to w dużej mierze od dochodowości profilu realizowanych przez dany zakład świadczeń. Wiele zakładów ma ujemny wynik finansowy połączony z wysokim poziomem zadłużenia – SPZOZ w Stalowej Woli ul. Kwiatkowskiego 2 posiada płynność finansową i na bieżąco reguluje zobowiązania.

Bez zasilenia systemu dodatkowymi środkami finansowymi, w obecnej sytuacji ustrojowej systemu ochrony zdrowia, działania restrukturyzacyjne w programach naprawczych, wydaje się, że będą nieskuteczne.

W sytuacji trwających aktualnie zmian w organizacji i finansowaniu ochrony zdrowia, będących swoistą kontynuacją rozpoczętej przed niespełna 20-tu laty reformy, a polegających głównie na zmianie zasad i wysokości finansowania świadczeń szpitalnych szpitali znajdujących się w „sieci publicznej” oraz na zmianie zasad finansowania poz i ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego - brak aktualnie możliwości precyzyjnego przewidzenia wysokości finasowania w latach kolejnych przez NFZ, który jest głównym donatorem przychodu w tutejszym zakładzie, świadczeń zdrowotnych w zakładach takich jak SPZOZ w Stalowej Woli przy ulicy Kwiatkowskiego 2.

 Dyrektor SPZOZ lek. med.

Wojciech Korkowski