

**MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO BĘDĄCEGO SAMODZIELNYM  
PUBLICZNYM ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ  
Z SIEDZIBĄ W CZĘSTOCHOWIE, UL. MIROWSKA 15 42- CZĘSTOCHOWA**

**DLA RADY MIASTA CZĘSTOCHOWA**

Wytycznymi obligującymi do sporządzenia planu naprawczego w Miejskim Szpitalu Zespólnym jest art. 59 ust 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej (Dz.U. Z 2016r poz. 1638, 1948 i 2260) z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53a ust. 1 powyższej ustawy. Integralną częścią planu jest raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej przedłożony podmiotowi tworzącemu w maju 2017 roku.

Przedstawione w raporcie ekonomiczno-finansowym rozwiązania prawne obowiązujące na dzień sporządzenia raportu, obecnie uległy zmianie.

**Prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej na kolejne trzy lata obrotowe 2017-2019 wskazywała na istotne zdarzenia, które mogą wpłynąć na nieosiągnięcie zamierzonych wyników:**

- *brak informacji na temat finansowania szpitala od 1 października 2017r po wejściu tzw. ustawy o „sieci szpitali”*

Wejście do tzw „sieci szpitali” miało zagwarantować szpitalowi stabilność finansowania ułatwiającą planowanie i zarządzania kosztami. Tymczasem najbardziej kosztowne przypadki leczenia pacjentów (udary, OIOM) otrzymały „sztywny” budżet , a dokładne zasady okresowego weryfikowania ryczałtów nie są jeszcze znane. Ryczałt w budżetowym finansowaniu jest sztywno określony i może nie obejmować rzeczywistych kosztów terapii w najtrudniejszych, skomplikowanych przypadkach.

Bardzo trudno w tej chwili jednoznacznie ocenić wpływ przyznanego szpitalowi ryczałtu na finansową przyszłość naszego szpitala. Bezwzględne liczby nie mówią wszystkiego. Od wielu lat kontrakt szpitala był zbyt niski i nie pozwalał pokrywać straty, którą nadal generujemy. Samo wprowadzenie ryczałtu oraz systemu sieci szpitali nie daje narzędzi do oddłużenia szpitala.

Istotne znaczenie będzie miało od 1 października procentowe wykonanie przyznanego planu. Jeśli szpital zrealizuje plan - czyli liczbę punktów określoną w ryczałcie - powyżej 98%, otrzyma 100% ryczałtowego planu na kolejny okres rozliczeniowy, przy pewnej korekcie zawartej we wzorze uwzględniającej zmianę taryf (taryfa- obecnie nieznana szpitalowi). Jeżeli natomiast szpital wykona

mniej niż 98% planu, ryczałt na kolejny okres będzie równy procentowemu udziałowi wykonania tego planu. Jeśli szpital zrealizuje 50% planu, otrzyma w kolejnym okresie rozliczeniowym 50% liczby punktów.

Według wstępnych informacji ryczałtowy sposób rozliczania świadczeń będzie prowadził do przesunięcia kontraktu między oddziałami. Jeżeli informacje te zostaną potwierdzone, będzie to oznaczać, że będzie można stawiać na te procedury i oddziały, które będą osiągały zysk/stratę. Skuteczność tego narzędzia będzie uzależniona od NFZ.

Na obecną chwilę nie są również znane okresy rozliczeniowe, które będą obowiązywały w kolejnych latach. Przepisy prawne nie precyzują okresów rozliczeniowych w rozporządzeniu. Najprawdopodobniej będą one określane przez prezesa NFZ. Pierwszy okres rozliczeniowy ustalony został na kwartał ( IV kwartał 2017). Z informacji prasowych można wywnioskować, że kolejny okres rozliczeniowy będzie półroczny. Szpital nie otrzymał kontraktu na 4 lata – co pozwoliłoby przygotować plan przychodów i dostosować do niego koszty funkcjonowania placówki.

- *w prognozie oszacowano przychody dla trzech zespołów w nocnej i świątecznej opiece medycznej. Istnieje ryzyko nie otrzymania założonych przychodów dla trzech zespołów, lecz dla dwóch.*

*Założono uzyskanie kontraktu na nocną i świąteczną opiekę zdrowotną od października 2017 (miesięcznie wzrost o około 150 tys. zł)*

Od 1 października nocną i świąteczną opiekę zdrowotną obligatoryjnie będą prowadzić sieciowe szpitale. MSZ nie otrzymał kontraktu za poziomie 150 tys. miesięcznie, lecz na poziomie 116 tys. miesięcznie. Otrzymane kwoty przeznaczane przez NFZ na nocną i świąteczną opiekę w szpitalu, są zdecydowanie za niskie i narażają placówkę na finansowe straty.

- *istnieje potencjalne ryzyko utraty przychodu z tytułu niezapłacenia przez NFZ planowanych na poziomie 100 % wykonania ponadlimitów.*

Przyjęte zasady systemowe przez MZ i NFZ mają zapobiegać powstawaniu tzw. nadwykonaniom. Nadwykonania mogą być w kolejnym okresie rozliczeniowym finansowane tylko z tzw. niedowyońań. Zgodnie z rozporządzeniem, nadwykonania będą finansowane jedynie w części, według przyjętej degresywnej skali. Skala ta ogranicza finansowanie nadwykonania. Nowy system miał poprawić funkcjonowanie szpitali. Zasady wyliczania ryczałtu są jednak tak skomplikowane, mają tyle zmiennych i niewiadomych, że planowanie budżetu szpitala jest bardzo trudne. Przyjęty przez NFZ mechanizm wyliczania ryczałtu jest taki, aby podmioty lecznicze nie generowały zbędnej liczby świadczeń.

- *wchodzące z roku na rok nowe ustawy, wymagające nakładów finansowych ze strony zakładów opieki bez wskazania źródeł finansowania np. ustawowe podnoszenie pensji minimalnych i stawki wynagrodzeń do umów zleceń,*

Ustalony przez NFZ ryczałt nie uwzględnia wzrostu kosztów funkcjonowania szpitala, w tym gwarantowanych przepisami podwyżek płac dla pracowników. Brakuje przepisów, na podstawie których podwyżki mają otrzymać ratownicy medyczni. Ustawa o minimalnych wynagrodzeniach w ochronie zdrowia obejmuje wszystkie grupy zawodów medycznych i - biorąc pod uwagę art. 5. tej ustawy - osoby wykonujących również zawody niemedyczne. Na te podwyżki nie ma zabezpieczenia w środkach finansowych ze strony NFZ, nie są one również ujęte w przedstawionym szpitalowi ryczałcie obowiązującym od 1 października br.

Wzrost od 1 stycznia 2018r minimalnego wynagrodzenia o 100zł oraz wzrost stawki godzinowej (umowy zlecenia) o 0,70zł za godz spowoduje wzrost kosztów wynagrodzeń i pogorszy wyniki finansowe szpitala.

Wnioski z wprowadzenia ryczałtu od 1 października 2017r :

- Szpital nie jest w stanie przewidzieć, w jakim stopniu i czy w ogóle dzięki nadwykonaniom zwiększy swój ryczałt,
- Brak realizacji świadczeń o minimalnej wartości 98% przyznanego ryczałtu wpłynie na jego obniżenie w następnym okresie.
- Obniżenie wartości ryczałtu spowodowane jego niewykonaniem w poprzednim okresie nie da się odwrócić nadwykonaniami.
- Beneficjentami niewykonania ryczałtu przez jeden szpital są inne szpitale.
- Szpital ma dwuprocentowy próg bezpieczeństwa związany z realizacją ryczałtu.
- Konieczny jest stały bieżący monitoring liczby i poziomu sprawozdawanych jednostek.
- Optymalizacja wartości sprawozdawanych jednostek jest korzystna dla szpitala.
- Korzystne jest posiadanie akredytacji
- Niezbędnym minimum jest utrzymanie wskaźników rehospitalizacji i wartości świadczeń ambulatoryjnych na obecnym poziomie.
- Szpital musi wywiązać się z ogólnych warunków umowy – musi utrzymać gotowość zgodnie z tym co zadeklarował. Reasumując szpital nie może zamknąć oddziału, który był podstawą do naliczania ryczałtu. Musi utrzymać oddziały (wymagane) aby spełnić wymogi do zakwalifikowywania się do II poziomu finansowania.

## **Przyczyny złego wyniku finansowego z bieżącej działalności szpitala i proponowane działania naprawcze.**

Na trudną sytuację Miejskiego Szpitala Zespołonego ma wpływ:

- zła sytuacja finansowa spowodowana brakiem środków finansowych, narastające zadłużenie oraz brak środków na działalność bieżącą, co przekłada się na wysokie koszty finansowe oraz rzutuje na relacje z wierzycielami,
- niska wycena części procedur medycznych. Oznacza to, że szpital realizując procedurę zakontraktowaną z NFZ otrzymuje za nią mniej środków niż wynosił rzeczywisty koszt jej wykonania. Dodatkowym problemem jest także nierównomierność wycen procedur. Przykładem może być niedoszacowana pediatria. Sektor prywatny obsługuje najbardziej dochodowych pacjentów, a ci generujący są obsługiwani w sektorze publicznym. Szpitale publiczne tracą w ten sposób szansę na „podreperowanie” swoich budżetów i powiększają zadłużenie.
- zbyt niski kontrakt z NFZ. Ograniczona możliwość zwiększenia przychodów przy obecnym sposobie finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ. Największy udział w strukturze przychodów mają wpływy z realizacji kontraktu dla NFZ, jednak w związku z możliwościami płatnika, są to środki bardzo ograniczone – stąd też zbyt niskie kwoty w stosunku do zgłaszanych potrzeb i możliwości (wyrażonych m.in. poprzez nadwykonania w oddziale Geriatrii, Neurologii), które nie dają gwarancji zbilansowania się oraz spokojnego funkcjonowania i patrzenia z nadzieją w przyszłość ku rozwojowi. Brak możliwości odzyskania środków z tytułu nadwykonań, dla realizacji, których szpital musiał ponieść koszty, nie poprawia tej sytuacji,
- trwający od kilku lat brak waloryzacji przez NFZ ceny za świadczone usługi medyczne. Warto też zauważyć, że rentowności procedur od 3 lat pozostaje praktycznie niezmienna, a ich nieznaczne czasowe wahania tłumaczyć można m.in. zmianami przepisów.
- tendencja wzrostowa kosztów i to w stopniu wyższym niż mogłoby to wynikać ze zmian w zakresie przychodów,
- zbyt wysokie koszty funkcjonowania w stosunku do uzyskiwanych przychodów, w ramach których największą pozycję stanowią wynagrodzenia z pochodnymi (wzrost płacy minimalnej, umów zleceń, wzrost minimalnych wynagrodzeń dla personelu medycznego, presja załogi na podwyżki). Problemem powodującym wzrost zadłużenia jest także odgórne narzucanie szpitalowi wymogów bez wskazywania, skąd mają wziąć środki na ich realizację.

- problemy z niedoborem kadry. Konsekwencją niedoboru personelu medycznego jest presja płacowa wywierana na szpital. Rosnące wynagrodzenia z kolei przekładają się na wzrost kosztów działalności placówki.
- niedostosowana struktura organizacyjna, infrastruktura oraz struktura świadczeń zdrowotnych do możliwości finansowych placówki i płatnika, poziomu wpływów, które utrudniają, a nawet uniemożliwiają efektywne funkcjonowanie. M.in. chodzi tu o historycznie ugruntowane: zakres działania, strukturę oraz rozlokowanie poszczególnych komórek działalności leczniczej w trzech lokalizacjach. Część ich zasobów, zadań, funkcji i realizowanych świadczeń jest dublowana. Biorąc pod uwagę powyższe oraz niewielką odległość pomiędzy szpitalami przy ul. Mickiewicza oraz Mirowskiej należy stwierdzić brak logicznej zasadności utrzymywania w dwóch lokalizacjach oddziałów zabiegowych (utrzymywanie bloku operacyjnego, anesteziologów) Zasadnym jest zlokalizowanie wszystkich oddziałów zabiegowych w jednej lokalizacji przy ul. Mirowskiej. Należy podkreślić, że przy ul. Mirowskiej zlokalizowana jest pracownia TK co spowoduje lepszy dostęp hospitalizowanych pacjentów do tak ważnej diagnostyki. Inwestowanie w profil zabiegowy (kosztochłonny) w dwóch lokalizacjach oznaczałoby marnotrawienie środków finansowych oraz dalsze pogłębianie i tak już trudnej sytuacji szpitala.
- niosące za sobą wysokie wydatki: przestarzała infrastruktura, zły stan techniczny budynków przy ul. Bony i Mickiewicza

Plan naprawczy obejmuje cztery zasadnicze obszary: infrastruktura, przychody, koszty, dług.

**Alokacja przestrzenna** – przeprowadzenie inwestycji obejmującej budowę nowego pawilonu przy ul. Mirowskiej 15. Koncentracja działalności medycznej w 2 lokalizacjach ul. Bony i ul. Mirowskiej. Nowe poukładanie komórek w obrębie budynków już istniejących oraz w nowo powstałym pawilonie.

Koszt realizacji wynosi szacunkowo 70 mln. Środki na realizację inwestycji pochodząby w 85% z UE, a 15% z UM.

**Wykaz oddziałów w Szpitalu przy ulicy Bony 1/3 należących do Miejskiego Szpitala Zespołonego**

Stan obecny	Stan po zmianach
Oddział Pediatriczny	Zakład Opiekuńczo-Leczniczy lub Oddział Opieki Paliatywnej lub Oddział Psychiatryczny całodobowy
Oddział Dermatologiczny	Oddział Dermatologiczny
Oddział Geriatryczny	Oddział Geriatryczny
Zakład Opiekuńczo – Leczniczy	Zakład Opiekuńczo – Leczniczy

**Wykaz oddziałów w Szpitalu przy ulicy Mickiewicza 12 należących do Miejskiego Szpitala Zespolonego**

Stan obecny	Stan po zmianach
Oddział Chorób Wewnętrznych	Propozycja dzierżawy pomieszczeń lub przekazanie budynku podmiotowi tworzącemu
Oddział Ginekologiczno – Położniczy	
Oddział Neonatologiczny	
Oddział Rehabilitacyjny	

**Wykaz oddziałów w „nowym pawilonie”**

Oddział Ginekologiczno-położniczy oraz Oddział Neonatologiczny	Lokalizacja na jednym poziomie. Ograniczenie kosztów personelu. Pacjenci rejestrowani na SOR.
Oddział Pediatrii	Ewentualne zabezpieczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Pacjenci rejestrowani na SOR.
Oddział Wewnętrzny, Neurologia/Udary	Lokalizacji neurologii i udarów na jednym piętrze co prowadzi do redukcji kosztów wynagrodzeń. Uwolniona powierzchnia po oddziale udarowym może zostać przeznaczona na laboratorium mikrobiologii lub wydzierżawienie podmiotowi zewnętrznemu i otrzymywanie przychodów z dzierżawy. Dzierżawa pomieszczeń na laboratorium zależy od koncepcji Ministerstwa Zdrowia Ministerstwo Zdrowia zaproponowało usunięcie ze szpitali tych prywatnych podmiotów, które są podwykonawcami części świadczeń medycznych. Zmiana ta będzie rodziła koszty po stronie szpitala, które zgodnie z projektem ustawy szpitale będą musiały być poniesione dostosowane maksymalnie w ciągu trzech lat.

Utrzymywanie dotychczasowego stanu przez najbliższe lata nie rokuje poprawy w osiągnięciu lepszych wyników finansowych szpitala. Budowa pawilonu projektowana jest poprzez skomunikowanie pawilonu F z głównym budynkiem szpitala co obniży koszty transportu pacjentów. Do nowo powstałego pawilonu została by przeniesiona kaplica, które obecnie znajduje się przy oddziale Ch. Ogólnej. Kolejnym krokiem jest scalenie wszystkich poradni na ul.

Mirowskiej i utworzenie centralnej rejestracji.

W wyniku prowadzonej inwestycji oddział rehabilitacji zlokalizowany przy ul. Mickiewicza zostałby przeniesiony na ul. Mirowską – lokalizacja po wewnętrznym budynku D, co prowadzi do wykorzystania personelu z zakładu rehabilitacji dla potrzeb oddziału. Lokalizacja oddziału przy ul. Mirowskiej będzie miała również pozytywny wpływ na korzystanie z tego oddziału pacjentów z oddziału chirurgii urazowej (kompleksowość usług).

Pododdział wewnętrzny z budynku D zostanie przeniesiony na część oddziału chirurgii ogólnej.

Część Oddziału Chirurgii Ogólnej zostanie przeniesiony w miejsce oddziału neurologii.

**Wzmocnienie strony przychodowej** – wykorzystanie przyznanego ryczałtu w 100%-nie mniej i nie więcej. Wzmocnienie realizacji świadczeń nielimitowanych. Przebudowa kontraktów w ramach posiadanych produktów.

Zwolnione przez oddział pediatryczny przy ul. Bony powierzchnie można przeznaczyć na powiększenie ZOL, co pozwoli tym komórkom na zwiększenie przychodów przy niższym wzroście kosztów lub utworzenie oddziału opieki paliatywnej lub oddziału psychiatrycznego całodobowego.

Przeniesienie Pediatrii i oddz. Ginekologiczno-położniczego na ul. Mirowską skutkuje wzrostem ilości procedur wykonywanych w SOR – co może przełożyć się na wzrost ryczałtu. Obecnie przyjmowani przy ul. Bony (tryb ambulatoryjny) powoduje, że pacjenci nie są wykazywani do NFZ (brak kontaktu na izbę przyjęć).

Rozważana jest również koncepcja dzierżawy pomieszczeń przy ul. Mickiewicza lub przekazanie budynku podmiotowi tworzącemu.

Przeprowadzenie wdrożenia procedur Akredytacyjnych CMJ i uzyskanie certyfikatu służącego podniesieniu jakości świadczonych usług a w konsekwencji zwiększenia przychodów.

**Optymalizacja strony kosztowej** – stopniowa likwidacja rozdrobnienia, łączenie komórek medycznych w większe struktury, likwidacja każdego zbędnego kosztu. Dopasowanie kosztów, w tym przede wszystkim wynagrodzeń, do poziomu adekwatnego do wysokości uzyskiwanych przychodów( ryczałtu z NFZ). Poziom kosztów powinien uwzględniać możliwości placówki oraz płatnika.

Zlokalizowanie w jednym miejscu (ul. Mirowska- nowy pawilon) wspólnej rejestracji do poradni specjalistycznych oraz tam gdzie jest to możliwe zorganizowanie wspólnej kadry pielęgniarskiej dla różnych poradni. Opracowanie harmonogramu pracy, aby możliwe było optymalne wykorzystanie pomieszczeń i kadry.

Wprowadzenie dyżurów łączonych (lekarskie,pielęgniarskie) pomiędzy poszczególnymi oddziałami (obecnie dyżury bloku operacyjnego, anestezjologii w dwóch lokalizacjach). Obniżenie kosztów funkcjonowania bloków operacyjnych ograniczy nie tylko koszty wynagrodzeń lecz również

spowoduje lepsze wykorzystanie sprzętu i ograniczy wydatki na kosztowne przeglądy techniczne sprzętu.

Zmiana lokalizacji oddziałów wewnętrznych spowoduje również ograniczenie kosztów dyżurów.

Przy przeniesieniu działalności medycznej z ul. Mickiewicza na Mirowska powstały by również oszczędności w zakresie utrzymywanych dotychczas ( pionu technicznego, gospodarczego, izby przyjęć, rejestracji, pełnomocnika i sekretariatu, utrzymywania kolektorów słonecznych, agregatów prądotwórczych).

**Zarządzanie długiem** – zasada podziału wierzycieli, pod względem strategicznego znaczenia dla szpitala, zasada wspólności interesów, transparentność polityki zarządzania długiem: zawarcie ugód z wierzycielami, umorzenie odsetek od zobowiązań, redukcja liczby spraw sądowych, eliminowanie zajęć komorniczych. Należy nie dopuszczać do procesu z dostawcami i egzekucji komorniczej, które kosztuje szpital dodatkowo aż 20-30 proc. kwoty zadłużenia. Z analizy sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitala wynika, że aktualnie nie jest możliwa bieżąca obsługa zobowiązań z wykorzystaniem jedynie środków własnych Szpitala. Niezbędna do tego celu jest pomoc podmiotu tworzącego w zakresie udzielenia rok rocznie pożyczki szpitalowi. Szpital powinien zrezygnować z zaciągania oprocentowanych kredytów w banku, które powodują powstawanie rok rocznie obciążeń finansowych w postaci odsetek finansowych. Zamiana kredytów na pożyczki nieoprocentowane miało by pozytywny wpływ na wynik finansowy szpitala. Obniżenie zadłużenia może nastąpić poprzez umorzenie dotychczasowych pożyczek udzielonych szpitalowi przez UM. Rozważa się również ewentualną spłatę kredytów przez podmiot tworzący. Przejęcie spłaty obecnych kredytów przez podmiot tworzący poprawiłoby płynność finansową szpitala oraz poziom zadłużenia.

Obecny plan jest oparty na obecnie obowiązującym stanie prawnym. Założenia planu naprawczego mogą zostać zrealizowane tylko i wyłącznie przy akceptacji realizacji inwestycji przy ul. Mirowskiej 15. Wartości poszczególnych założeń zarówno po stronie przychodowej i kosztowej mogą być określone przy otrzymaniu kontraktu z NFZ co najmniej na okres 4 lat co pozwoli na dostosowanie strony kosztowej do przychodów. Na etapie opracowania niniejszego programu jest bardzo trudno oszacować wielkości ekonomiczne w postaci kwot obniżenia kosztów czy uzyskania przychodów w poszczególnych obszarach działań naprawczych. W związku z planowaną inwestycją i zmianą organizacji udzielania świadczeń efekty ekonomiczne będą wyliczane na bieżąco na podstawie analiz, które potwierdzą wybór właściwej decyzji.

Wszystkie działania naprawcze zarówno po stronie przychodowej i kosztowej w momencie zbilansowania szpitala nie rozwiążą problemu zadłużenia. Pozostanie problem zadłużenia szpitala, które narastało od 1999 roku, niezbędna w tym zakresie będzie pomoc podmiotu tworzącego.

p.o. Zastępcy Dyrektora  
ds. Ekonomiczno-Finansowych

*Małgorzata Guzik*

DYREKTOR 8  
*Wojciech Konieczny*