

UCHWAŁA NR
RADY MIASTA CZĘSTOCHOWY

z dnia 2022 r.

**w sprawie zatwierdzenia programu naprawczego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej
Miejskiego Szpitala Zespołonego z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (jt. Dz. U. z 2022 r., poz. 559 z późn. zm.), oraz art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (jt. Dz. U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.)

Rada Miasta Częstochowy uchwala:

§ 1. Zatwierdzić program naprawczy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej Miejskiego Szpitala Zespołonego z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Prezydentowi Miasta Częstochowy.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Zastępca Prezydenta
Miasta Częstochowy
(-) Ryszard Stefaniak

Załącznik do uchwały Nr

Rady Miasta Częstochowy

z dnia.....2022 r.

PLAN NAPRAWCZY

MIEJSKIEGO SZPITALA ZESPOLONEGO BĘDĄCEGO SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ

Z SIEDZIBĄ W CZĘSTOCHOWIE, UL. MIROWSKA 15 42-200 CZĘSTOCHOWA

Zaktualizowany 2022-2024

Aktualizacja 29.09.2022r

DLA RADY MIASTA CZĘSTOCHOWA

Wytycznymi obligujących do sporządzenia planu naprawczego w Miejskim Szpitalu Zespolonym jest art. 59 ust 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r o działalności leczniczej z uwzględnieniem raportu, o którym mowa w art. 53a ust. 1 powyższej ustawy.

W sprawozdaniu finansowym za 2021 rok została wykazana strata netto w kwocie 5 423 079,95zł, dyrektor Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie jest zobowiązany, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, sporządzić program naprawczy.

Integralną częścią planu jest raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej przedłożony podmiotowi tworzącemu w maju 2022 roku.

WSTĘP

Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą, działającym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Podmiotem tworzącym jest Rada Miasta Częstochowy.

Szpital jest zakładem opieki zdrowotnej realizującym zasadnicze cele: cel społeczny, zapewnienie dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych, mających zapewnić poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego pacjentom oraz uzyskanie silnej pozycji rynkowej.

Szpital jest jednostką ważną społecznie i jego właściwe funkcjonowanie jest przedmiotem działań dyrekcji Miejskiego Szpitala Zespolonego i jego pracowników, ale także obiektem prawdziwej troski samorządów, polityków lokalnych i mieszkańców. Stąd szpital jest istotnym elementem integracji społeczności lokalnej. Wzmocnienie szpitala pod względem jakości usług medycznych działać będzie na rzecz wzmocnienia tej integracji.

Przedmiotem działalności Miejskiego Szpitala Zespolonego jest świadczenie specjalistycznych usług medycznych (stacjonarnych, ambulatoryjnych, oraz profilaktycznych) mieszkańcom Częstochowy oraz

ościennych powiatów.

Miejski Szpital Zespolony z siedzibą przy ul. Mirowskiej 15 w Częstochowie tworzą trzy zakłady lecznicze:

1) Szpital, w którym prowadzona jest działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia szpitalne- zlokalizowany w obiektach: przy ul. Mirowskiej 15, ul. Mickiewicza 12 i ul. Bony 1/3,

2) Przychodnia Specjalistyczna, w której prowadzona jest działalność lecznicza w rodzaju ambulatoryjne świadczenia zdrowotne- zlokalizowana w obiektach: przy ul. Mirowskiej 15, ul. Mickiewicza 12 i ul. Bony 1/3,

3) Zakład Opiekuńczo- Leczniczy, w którym prowadzona jest działalność lecznicza w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne- zlokalizowany w obiekcie przy ul. Bony 1/3.

Miejski Szpital Zespolony jest szpitalem wielospecjalistycznym.

Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą następujące komórki organizacyjne:

-zlokalizowane w obiekcie przy ul. Mirowskiej 15: oddział chorób wewnętrznych, oddział chirurgiczny ogólny, oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej, oddział urologiczny, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, oddział gruźlicy i chorób płuc, szpitalny oddział ratunkowy, oddział neurologiczny, oddział udarowy,

-zlokalizowane w obiekcie przy ul. Mickiewicza 12: oddział chorób wewnętrznych, oddział ginekologiczno-położniczy, oddział neonatologiczny , oddział rehabilitacyjny, oddział rehabilitacji neurologicznej,

-zlokalizowane w obiekcie przy ul. Bony 1/3: oddział dermatologiczny, oddział pediatryczny, oddział psychiatryczny dzienny, oddział geriatryczny, zakład opiekuńczo- leczniczy.

W szpitalu funkcjonują poradnie specjalistyczne m.in takie jak: neurologiczna, leczenia bólu, dermatologiczna, chirurgii ogólnej, chirurgii urazowo- ortopedycznej, kardiologiczna, diabetologiczna, rehabilitacyjna, poradnia zdrowia psychicznego, poradnia ginekologiczna, poradnia gruźlicy i chorób płuc, poradnia urologiczna, poradnia gastroenterologiczna, poradnia preluksacyjna.

Miejski Szpital Zespolony liczy obecnie 539 łóżka, zatrudnia 855 pracowników w tym lekarzy 67 lekarzy stażystów i rezydentów 27, pielęgniarek 385, położnych 45 (dane na dzień 31.08.2022 r.).

Strukturę organizacyjną Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie tworzą komórki organizacyjne tj.: oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, pracownie diagnostyczne i pozostałe komórki (dział finansowo-księgowy, dział kadr i płac, dział administracyjno-organizacyjny, dział lecznictwa i statystyki medycznej) oraz samodzielne stanowiska.

Zasady funkcjonowania komórek organizacyjnych i ich kompetencje określa Regulamin Organizacyjny MSZ.

Miejski Szpital Zespolony jest kierowany, zarządzany oraz reprezentowany na zewnątrz przez Dyrektora. Dyrektor jest przełożonym wszystkich pracowników, ponosi odpowiedzialność za zarządzanie MSZ. Podczas nieobecności dyrektora, MSZ kieruje jego zastępca lub osoba przez niego wyznaczona.

Organem inicjującym i opiniodawczym podmiotu tworzącego, a także doradcym dyrektora jest Rada Społeczna.

Głównym źródłem finansowania Miejskiego Szpitala Zespołonego jest kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Działalność szpitala oceniana jest na podstawie mierników ekonomicznych, umożliwiających ocenę efektywności działalności szpitala oraz jego sytuacji majątkowej i finansowej. Niezbędnego instrumentarium do oceny sytuacji finansowej szpitala dostarcza analiza finansowa.

Zadaniem analizy finansowej jest opisanie za pomocą zestawu mierników sytuacji w jednostce z punktu widzenia jej rentowności, płynności oraz perspektyw dalszego rozwoju. Wykorzystując źródła niezbędne do analizy finansowej (to jest bilans i rachunek zysków i strat), można ocenić kondycję finansową placówki i jej potencjał.

Ocena sytuacji finansowej Miejskiego Szpitala Zespólnego w Częstochowie

Źródłem oceny kondycji finansowej szpitala jest sprawozdanie finansowe, które jest sporządzanym okresowo zestawieniem liczbowym przekazywanym w formie raportów i formularzy, w oznaczonych terminach, uprawnionym do ich otrzymywania jednostkom. Sprawozdawczość jest głównym źródłem informacji o działalności gospodarczej jednostki w danym okresie. Dla pełnego zobrazowania sytuacji finansowej szpitala przedstawiono w opracowaniu dane za lata 2016-2021 oraz plan na 2022 w wybranych zakresach.

Przedstawiona w niniejszym opracowaniu analiza finansowa obejmuje:

analizę sprawozdań finansowych:

- analiza bilansu,
- analiza rachunku zysków i strat.

Analiza bilansu

Bilans to fotograficzne ujęcie na dany moment czasowy wielkości majątku szpitala oraz źródeł finansowania tego majątku. Jest to ujęcie statyczne.

Analiza bilansu obejmuje:

analizę pionową, czyli ocenę struktury i wielkości majątku oraz wielkości i struktury kapitałów finansujących majątek szpitala (wstępna ocena sytuacji majątkowej i kapitałowej),

analizę poziomą, czyli ocenę wzajemnych relacji pomiędzy strukturą majątkową i kapitałową (ocena sytuacji kapitałowo-majątkowej).

Tabela nr 1. Wartość aktywów trwałych i obrotowych w latach 2016-2021

lp.	Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019	2020	2021
A	Aktywa trwałe	52 989 897	56 375 976,68	56 683 410,81	53 782 723,37	54 705 374,68	52 739 629,48
B	Aktywa obrotowe	14 746 371	11 571 421,53	9 123 860,93	11 501 012,39	17 621 385,45	17 811 063,64
	Suma aktywów (A+B)	67 736 268	67 947 398,21	65 807 271,74	65 283 735,76	72 326 760,13	70 550 693,12

Suma aktywów w badanym okresie wynosi 70,5 mln. Aktywa trwałe w 2021 r. w porównaniu do 2020 r. zmniejszyły się z 54,7 mln zł do 52,7 mln zł. Zmniejszenie dotyczy głównie wartości innych środków trwałych. Wykazane w bilansie rzeczowe aktywa trwałe wykazane są w wartości netto. Rzeczowe aktywa trwałe w 2021 roku są mniejsze niż w 2020 r. o 1 965 745,20 zł. Środki trwałe są umarzane stawkami podatkowymi i metodą liniową.

Aktywa trwałe szpitala wykazują znaczącą przewagę nad aktywami obrotowymi. Takie ukształtowanie struktury majątku wynika z prowadzonej działalności podstawowej, którą jest świadczenie usług medycznych. Szpital do realizacji swoich usług potrzebuje dużego i kosztownego zaplecza majątkowego. Zapleczem

majątkowym są przede wszystkim budynki i budowle i lokale z drogimi instalacjami, podnoszącymi ich wartość oraz kosztowne specjalistyczne wyposażenie. Wykazany poziom majątku jednostki w ostatnich latach świadczy o jej rozwoju i systematycznym powiększaniu możliwości usługowych, podnoszeniu jakości świadczonych usług poprzez dostosowywanie aparatury i obiektów do aktualnych wymogów i standardów. Wartość aktywów obrotowych jednostki na dzień 31.12.2021 roku jest wyższa w porównaniu do 2020 o 189 678,19 zł. Zwiększenie wystąpiło w pozycji krótkoterminowe aktywa finansowe.

Wartość zapasów w 2021 roku wynosiła 1 036 344 zł, a pod koniec 2020 r. osiągnęły wartość 1 903 900 zł. Tabela nr 2- przedstawia strukturę aktywów latach 2017-2021.

Struktura majątku trwałego w badanym okresie wykazywała zmiany od 2017 roku, udział aktywów trwałych w aktywach razem wykazuje spadek. W 2020 roku udział aktywów trwałych wynosił 75,64 % a w 2021 r. wyniósł 74,75 %. W 2021 roku udział aktywów trwałych w strukturze aktywów zmniejszył się o 0,89 % w porównaniu do 2020 roku.

Struktura majątku obrotowego, podobnie jak struktura majątku trwałego, w badanym okresie wykazywała znaczne zmiany. Nastąpił wzrost majątku obrotowego w strukturze aktywów z 24,36 % w 2020 r. do 25,25 % w 2021 roku. Udział zapasów zmniejszył się z uwagi na mniejsze darowizny. Udział należności krótkoterminowych w badanym okresie w wartości sumy bilansowej zmniejszył się z 20,06 % w 2020 roku do 19,11 % w 2021 roku. Zwiększył się udział inwestycji krótkoterminowych (składający się w analizowanym przypadku w 100 % ze środków pieniężnych). W roku 2020 r. wynosił on 1,30 % wartości sumy bilansowej, w roku 2021 wynosi 4,32 %.

Tabela nr 2. Struktura aktywów 2017-2021 rok

Bilans	Wartość					Struktura [%]				
	2 017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
Aktywa										
A. Aktywa trwałe	56 375 976	56 683 411	53 782 723	54 705 375	52 739 629	82,97%	86,14%	82,38%	75,64%	74,75%
I. Wartości niematerialne i prawne	386 847	84 024	46 149	47 580	258 480	0,57%	0,13%	0,07%	0,07%	0,37%
II. Rzeczowe aktywa trwałe	54 942 285	55 588 213	52 764 201	53 727 451	51 596 057	80,86%	84,47%	80,82%	74,28%	73,13%
1. Środki trwałe	50 176 784	54 710 018	51 886 006	52 849 257	50 717 862	73,85%	83,14%	79,48%	73,07%	71,89%
2. Środki trwałe w budowie	4 765 501	878 195	878 195	878 195	878 195	7,01%	1,33%	1,35%	1,21%	1,24%
V. Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	1 046 844	1 011 174	972 373	930 343	885 093	1,54%	1,54%	1,49%	1,29%	1,25%
B. Aktywa obrotowe	11 571 422	9 123 861	11 501 012	17 621 385	17 811 064	17,03%	13,86%	17,62%	24,36%	25,25%
I. Zapasy	574 067	598 489	625 288	1 903 900	1 036 344	0,84%	0,91%	0,96%	2,63%	1,47%
II. Należności krótkoterminowe	9 716 620	8 242 047	9 758 592	14 510 757	13 480 950	14,30%	12,52%	14,95%	20,06%	19,11%
2. Należności od pozostałych jednostek	9 716 620	8 242 047	9 758 592	14 510 757	13 480 950	14,30%	12,52%	14,95%	20,06%	19,11%
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	9 210 017	7 753 326	9 339 146	14 152 307	13 196 551	13,55%	11,78%	14,31%	19,57%	18,71%
- do 12 miesięcy	9 210 017	7 753 326	9 339 146	14 152 307	13 196 551	13,55%	11,78%	14,31%	19,57%	18,71%
b) z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń	10 826	8 711	9 591	10 753	9 933	0,02%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%
c) inne	495 777	480 010	409 855	347 696	274 466	0,73%	0,73%	0,63%	0,48%	0,39%
III. Inwestycje krótkoterminowe	1 090 698	48 999	868 953	939 174	3 048 133	1,61%	0,07%	1,33%	1,30%	4,32%
1. Krótkoterminowe aktywa finansowe	1 090 698	48 999	868 953	939 174	3 048 133	1,61%	0,07%	1,33%	1,30%	4,32%
c) środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	1 090 698	48 999	868 953	939 174	3 048 133	1,61%	0,07%	1,33%	1,30%	4,32%
- Środki pieniężne w kasie i na rachunkach bankowych	1 090 698	48 999	868 953	939 174	3 048 133	1,61%	0,07%	1,33%	1,30%	4,32%
IV. Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	190 037	234 326	248 179	267 556	245 637	0,28%	0,36%	0,38%	0,37%	0,35%
Aktywa razem	67 947 398	65 807 272	65 283 736	72 326 760	70 550 693	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Tabela nr 3. Wartość pasywów w latach 2017-2021

Wyszczególnienie	2017	2018	2019	2020	2021
A. Kapitał (fundusz) własny	-56 944 755	-68 295 144	-78 766 465	-74 673 702,71	-73 907 436,85
B. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	124 892 153	134 102 415	144 050 201	147 000 462,84	144 458 129,97
Pasywa razem	67 947 398	65 807 271	65 283 736	72 326 760	70 550 693,12

Suma pasywów w latach 2017- 2021 zmniejszyła się o 2 603 295,00 zł. W analizowanym okresie fundusz własny zwiększył się z minus 56,9 mln zł w 2017 roku do minus 73,9 mln zł w 2021 roku.

Wartość kapitału obcego w latach 2017- 2021 systematycznie się zwiększała. W roku 2017 zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wynosiły 124 mln zł, w roku 2021 była to już kwota 144 mln zł.

Nie pokryte straty szpitala z lat ubiegłych, jak również strata za rok 2021 r. rokrocznie nie znajdują pokrycia w funduszu zakładu. Obciążenie ujemnymi wynikami roku bieżącego, a w szczególności stratami z lat ubiegłych przesądza o strukturze pasywów. Wobec braku możliwości pokrycia strat funduszem zakładu, niekorzystny wpływ straty netto kumuluje się z roku na rok w postaci straty z lat ubiegłych.

Od 2012 r. rokrocznie szpital generuje straty. Również w latach poprzedzających rok 2012 szpital generował straty.

Od 2013 szpital notuje ujemną wartość funduszu własnego. Ujemna wartość funduszu nie jest czynnikiem korzystnym dla szpitala- świadczy o ryzyku finansowym funkcjonowania podmiotu.

Poziom finansowania obcego należy uznać za zbyt wysoki, choć jak do tej pory nie zagroził on bezpieczeństwu finansowemu jednostki ani bieżącemu jej funkcjonowaniu.

Odpowiedzialność za ujemną wartość funduszu własnego ponosi strata netto ponoszona przez szpital.

Również zmiana ustawy o działalności leczniczej z dn.14.06.2012 r. na podstawie art. 8 nałożyła na Szpital obowiązek przeksięgowania niezamortyzowanej części wartości początkowej aktywów trwałych otrzymanych z dotacji i darowizn, co w przypadku Szpitala stanowiło kwotę **31 489 776,99 zł**, która dotychczas zwiększała fundusz założycielski (podstawowy) na rozliczenia międzyokresowe przychodów. Rozliczenia międzyokresowe przychodów prezentuje się w pasywach bilansu w części B- zobowiązania i rezerwy na zobowiązania punkt IV.

Zwiększenie zobowiązań Szpitala miało miejsce w 2012 roku związku z wejściem w życie ustawy z dn.

15.04.2011 r. o działalności leczniczej, która to zmieniła sposób ujęcia dotacji i darowizn z funduszu założycielskiego (podstawowego) na rozliczenia międzyokresowe przychodów.

Poniższa tabela przedstawia zmianę w prezentacji danych w bilansie w latach 2011- 2012 r.

Tabela nr 4. Zmiana prezentacji danych w bilansie w latach 2011-2012

Pasywa	2011	2012
A. Kapitał (fundusz) własny	2 224 295	-34 775 957
I. Kapitał (fundusz) podstawowy	63 374 345	31 884 568
IV. Kapitał (fundusz) zapasowy	15 800	15 800
VII. Zysk (strata) z lat ubiegłych	-53 199 759	-61 165 849
VIII. Zysk (strata) netto	-7 966 090	-5 510 475
IV. Rozliczenia międzyokresowe	846 781	36 319 060

W celu prawidłowej analizy zobowiązań zasadnym jest zbadanie historii powstania zobowiązań.

Na obecną sytuację finansową szpitala mają wpływ skumulowane zobowiązania powstające od 2000 roku. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania w 2021 r. wyniosły 144 mln zł i zmalały w porównaniu do 2020 roku o 2,5 mln zł.

W strukturze kapitału obcego istotną rolę odgrywają rezerwy na zobowiązania. Pozycja ta zmniejszyła się z 15 mln zł w 2017 roku na 14,4 mln zł w 2021 roku. Rezerwy obejmują rezerwę na odprawy emerytalne i nagrody jubileuszowe na pewne, lub o dużym stopniu prawdopodobieństwa przyszłe zobowiązania. W 2021 roku w porównaniu do 2020 roku wystąpił wzrost rezerw o 2 398 170 zł. Na wzrost rezerw miała wpływ m.in. utworzona rezerwa na odprawy i nagrody jubileuszowe.

Zobowiązania długoterminowe w 2017 r. wynosiły 44,7 mln zł, a w 2021 ich wartość wzrosła do 50 551 812,00 zł. W 2021 r. zobowiązania długoterminowe w porównaniu do 2020 roku wzrosły o 298 507,00 zł.

Tabela nr 5. Struktura pasywów w latach 2017-2021

Pasywa	Wartość					Struktura [%]				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
A. Kapitał (fundusz) własny	-56 944 755	-68 295 144	-78 766 465	-74 673 702	-73 907 437	- 83,81%	-103,78%	-120,65%	-103,24%	- 104,76%
I. Kapitał (fundusz) podstawowy	31 884 568	31 884 568	31 884 568	31 884 568	31 884 568	 46,93%	48,45%	48,84%	44,08%	45,19%
IV. Kapitał (fundusz) zapasowy	0	0	0	0		0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
VII. Zysk (strata) z lat ubiegłych	-82 403 108	-86 617 793	-95 476 775	-96 209 192	-100 368 925	- 121,27 %	-131,62%	-146,25%	-133,02%	- 142,26%
VIII. Zysk (strata) netto	-6 426 215	-13 561 919	-15 174 258	-10 349 078	-5 423 080	-9,46%	-20,61%	-23,24%	-14,31%	-7,69%
B. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	124 892 153	134 102 416	144 050 201	147 000 463	144 458 130	 183,81 %	203,78%	220,65%	203,24%	204,76%
I. Rezerwy na zobowiązania	15 653 460	16 519 472	16 560 777	17 332 906	14 455 681	23,04%	25,10%	25,37%	23,96%	20,49%
2. Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	10 821 677	11 437 288	11 245 382	12 017 511	14 415 681	15,93%	17,38%	17,23%	16,62%	20,43%
w tym rezerwy krótkoterminowe	1 623 870	1 873 267	1 549 867	1 910 143	2 192 420	2,39%	2,85%	2,37%	2,64%	3,11%
3. Pozostałe rezerwy	4 831 783	5 082 184	5 315 395	5 315 395	40 000	7,11%	7,72%	8,14%	7,35%	0,06%
- krótkoterminowe	4 831 783	5 082 184	5 315 395	5 315 395	40 000	7,11%	7,72%	8,14%	7,35%	0,06%
II. Zobowiązania długoterminowe	44 739 627	47 173 904	50 206 419	50 253 305	50 551 812	65,84%	71,68%	76,90%	69,48%	71,65%
2. Wobec pozostałych jednostek	44 739 627	47 173 904	50 206 419	50 253 305	50 551 812	65,84%	71,68%	76,90%	69,48%	71,65%
a) kredyty i pożyczki	42 706 110	45 271 598	48 403 310	48 552 622	46 708 134	62,85%	68,79%	74,14%	67,13%	66,21%
d) inne	2 033 517	1 902 306	1 803 109	1 700 683	3 843 678	2,99%	2,89%	2,76%	2,35%	5,45%
III. Zobowiązania krótkoterminowe	21 962 943	27 274 320	36 161 643	36 148 318	38 486 571	32,32%	41,45%	55,39%	49,98%	54,55%
2. Wobec pozostałych jednostek	21 396 595	26 718 052	35 707 871	35 726 157	38 129 100	31,49%	40,60%	54,70%	49,40%	54,04%
a) kredyty i pożyczki	6 228 362	6 434 512	10 732 965	11 315 451	12 946 251	9,17%	9,78%	16,44%	15,64%	18,35%
d) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	8 880 836	12 995 791	17 316 817	13 985 131	13 355 373	13,07%	19,75%	26,53%	19,34%	18,93%
- do 12 miesięcy	8 880 836	12 995 791	17 316 817	13 985 131	13 355 373	13,07%	19,75%	26,53%	19,34%	18,93%

g) z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń	3 585 714	4 015 185	4 086 392	4 843 393	6 972 957	5,28%	6,10%	6,26%	6,70%	9,88%
h) z tytułu wynagrodzeń	2 477 625	3 102 407	3 335 989	5 411 927	4 619 358	3,65%	4,71%	5,11%	7,48%	6,55%
i) inne	224 058	170 156	235 708	170 255	235 160	0,33%	0,26%	0,36%	0,24%	0,33%
3. Fundusze specjalne	566 348	556 268	453 772	422 161	357 471	0,83%	0,85%	0,70%	0,58%	0,51%
IV. Rozliczenia międzyokresowe	42 536 123	43 134 720	41 121 362	43 265 934	40 964 066	62,60%	65,55%	62,99%	59,82%	58,06%
Pasywa razem	67 947 398	65 807 272	65 283 736	72 326 760	70 550 693	100,00 %	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Zobowiązania długoterminowe w 2021 r. utrzymały się na poziomie 2020 roku.

Poziom zobowiązań krótkoterminowych w 2021 r. wzrósł w porównaniu do 2020 roku o 2 338 253,00 zł.

Na zobowiązania krótkoterminowe składają się zwłaszcza: zobowiązania z tytułu kredytów i pożyczek, zobowiązania z tytułu podatków i ubezpieczeń, zobowiązania z tytułu dostaw i usług, zobowiązania z tytułu wynagrodzeń, oraz inne zobowiązania.

Wzrost finansowania obcego w pierwszej kolejności spowodowany jest spłatą zaległych zobowiązań szpitala m.in. z tytułu zobowiązań wobec banków i dostawców, na które szpital nie miał środków w latach poprzednich. Również obecne finansowanie usług medycznych przez NFZ nie pokrywa potrzeb szpitala co powoduje zaciąganie kolejnych kredytów.

Spośród zróżnicowanych przyczyn trudnej sytuacji finansowej szpitala można wymienić następujące:

- niezbilansowanie przychodów z kosztami,
- wzrost kosztów pracy,
- niedofinansowanie procedur medycznych,
- funkcjonowanie szpitala w trzech lokalizacjach.

Podstawowym wyróżnikiem aktualnej sytuacji finansowej szpitala jest zatem wysoki poziom zadłużenia. W 2021 roku fundusz własny stanowił (-)104,76 % sumy bilansowej. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania stanowią 204,76 % sumy bilansowej.

Największy udział % w sumie bilansowej mają kredyty i pożyczki oraz rozliczenia międzyokresowe.

Tabela nr 6. Wartość i dynamika zobowiązań ogółem w latach 2000–2021

Lata	Wartość zobowiązań ogółem	Dynamika zobowiązań (%) (Rok poprzedni =100)
2000	6 779 041,86 zł	
2001	16 305 236,42 zł	240,52%
2002	19 761 851,78 zł	121,20%
2003	30 025 951,53 zł	151,94%
2004	33 852 878,50 zł	112,75%
2005	41 224 318,47 zł	121,77%
2006	49 501 079,58 zł	120,08%
2007	53 659 111,98 zł	108,40%
2008	54 239 070,56 zł	101,08%
2009	50 158 075,93 zł	92,48%
2010	52 274 814,44 zł	104,22%
2011	57 635 911,65 zł	110,26%
2012	99 414 941,35 zł	172,49%
2013	101 252 307,90 zł	101,85%
2014	104 663 735,95 zł	103,37%
2015	113 621 045,84 zł	108,56%
2016	115 659 378,40 zł	101,79%
2017	124 892 153,19 zł	107,98%
2018	134 102 415,86 zł	107,37%
2019	144 050 201,15 zł	107,42%
2020	147 000 462,84 zł	102,05%
2021	144 458 129,97 zł	98,27%

Wykres nr 1 Kształtowanie się zobowiązań w latach 2000-2021

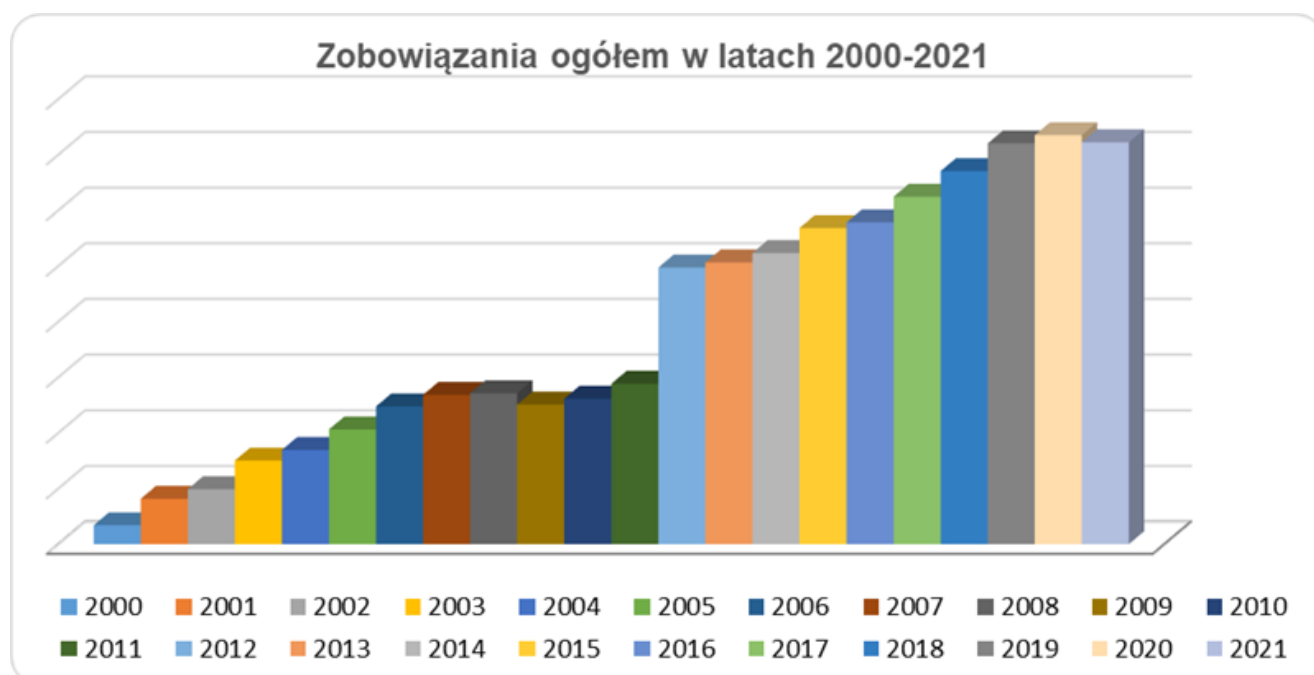


Tabela nr 7. Rezerwy, zobowiązania długo i krótkoterminowe, rozliczenia międzyokresowe w latach 2016-2021

	2 016	2 017	2 018	2019	2020	2021
I. Rezerwy na zobowiązania	11 859 476	15 653 460	16 519 472	16 560 777	17 332 904	14 455 681
II. Zobowiązania długoterminowe	42 322 841	44 739 627	47 173 904	50 206 419	50 253 305	50 551 812
III. Zobowiązania krótkoterminowe	22 914 648	21 962 943	27 274 320	36 161 643	36 148 318	38 486 571
IV. Rozliczenia międzyokresowe	38 562 414	42 536 123	43 134 720	41 121 362	43 265 934	40 964 066

Zobowiązania ogółem	115 659 378	124 892 153	134 102 416	144 050 201	147 000 462	144 458 130
---------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Udział rezerw w 2021 roku w zobowiązaniach ogółem wynosi 10,00 %. Udział zobowiązań długoterminowych w zobowiązaniach ogółem wynosi 34,99 %. Udział zobowiązań krótkoterminowych w zobowiązaniach ogółem wynosi 26,64 %. Udział rozliczeń międzyokresowych w zobowiązaniach ogółem wynosi 28,35 %.

Tabela nr 8. Wartość i dynamika zobowiązań wymagalnych w latach 2012- 2021

Lata	Wartość zobowiązań ogółem	Dynamika zobowiązań (%) (Rok poprzedni =100)
2012	9 751 270,01 zł	
2013	8 876 753,25 zł	91,03%
2014	9 316 420,57 zł	104,95%
2015	5 311 087,70 zł	57,01%
2016	3 184 470,33 zł	59,96%
2017	3 850 292,75 zł	120,91%
2018	6 408 877,22 zł	166,45%
2019	10 262 814,47 zł	160,13%
2020	6 316 977,53 zł	61,55%
2021	5 810 460,52 zł	91,98%

Wykres nr 3. Kształtowanie się zobowiązań wymagalnych w latach 2012-2021



Z zaprezentowanych w tabeli 8 danych wynika, że zadłużenie wymagalne szpitala od 2012 roku sukcesywnie malało do 2017 r. Wzrost zobowiązań wymagalnych występuje od 2018 roku aż do 2019 roku.

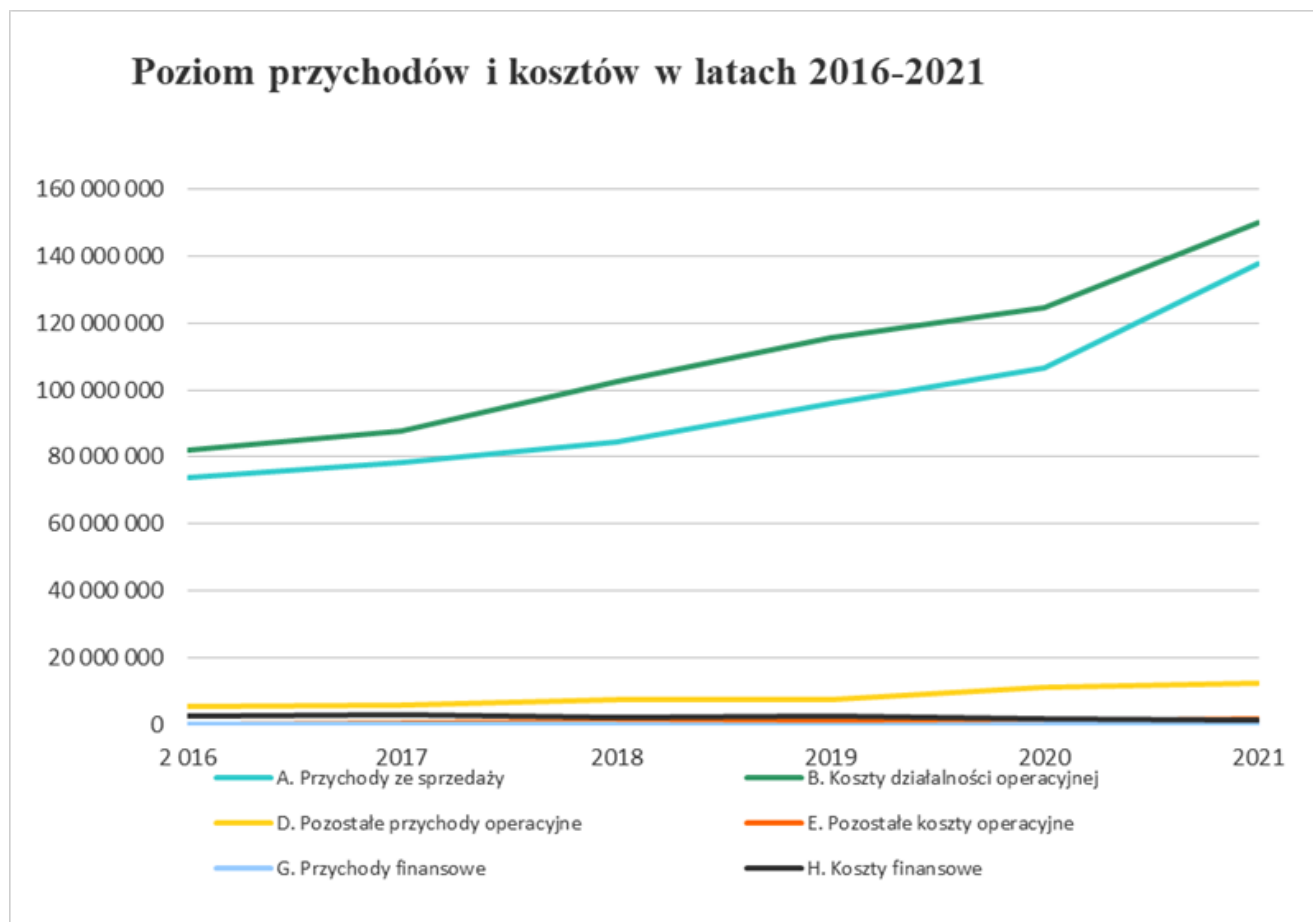
Analiza Rachunku Zysków i Strat

W badanym okresie szpital notował straty netto, jak również straty na sprzedaży, działalności operacyjnej i gospodarczej. W latach 2017-2021 wielkość straty netto mieściła się w zakresie 5,4- 15,1 mln zł.

Tabela nr 9. Struktura rachunku zysków i strat za lata 2017-2021

Rachunek zysków i strat	Wartość					Struktura [%]				
	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
A. Przychody ze sprzedaży	78 497 909	84 328 087	96 091 840	106 714 373	137 560 818	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
B. Koszty działalności operacyjnej	87 598 000	102 641 844	115 777 446	124 731 854	150 178 019	111,59%	121,72%	120,49%	116,88%	109,17%
C. Zysk/Strata ze sprzedaży	-9 100 091	-18 313 756	-19 493 700	-8 789 611	-15 015 372	-11,59%	-21,72%	-20,49%	-16,88%	-9,17%
D. Pozostałe przychody operacyjne	5 843 904	7 368 193	7 565 449	10 930 078	12 357 986	7,44%	8,74%	7,87%	10,24%	8,98%
E. Pozostałe koszty operacyjne	538 490	751 485	893 399	765 945	1 540 260	0,69%	0,89%	0,93%	0,72%	1,12%
F. Zysk/Strata na działalności operacyjnej	-3 794 677	-11 697 048	-12 821 649	-8 625 478	-4 197 645	-4,83%	-13,87%	-13,34%	-8,08%	-3,05%
G. Przychody finansowe	80 490	100 886	21 773	51 263	144 977	0,10%	0,12%	0,02%	0,05%	0,11%
H. Koszty finansowe	2 712 027	1 933 586	2 334 979	1 646 431	1 311 319	3,10%	1,88%	2,02%	1,32%	0,87%
I. Zysk/Strata brutto na działalności gospodarczej	-6 426 215	-13 529 748	-15 174 258	-10 220 646	-5 363 987	-8,19%	-16,04%	-15,79%	-9,58%	-3,90%
N. ZYSK (STRATA) NETTO (K-L-M)	-6 426 215	-13 561 919	-15 174 258	-10 349 078	-5 423 080	-8,19%	-16,08%	-15,79%	-9,70%	-3,94%

Wykres nr 4. Prezentacja przychodów i kosztów w latach 2016-2021



Podstawowe źródło przychodów uzyskiwanych przez MSZ stanowi kontrakt zawarty z Śląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach na świadczenie usług medycznych.

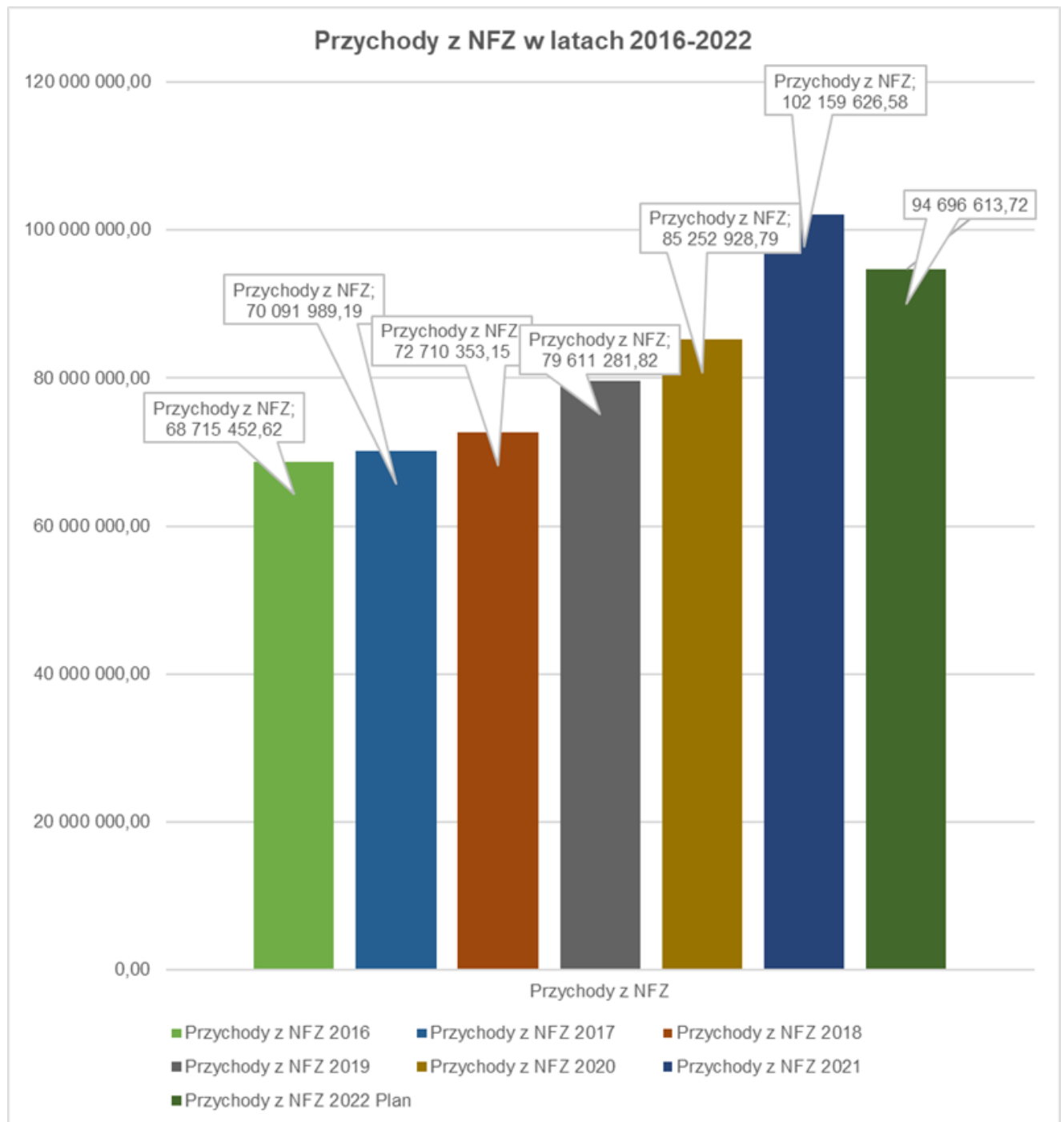
Poniższa tabela nr 10 przedstawia przychody z NFZ według poszczególnych zakresów.

Tabela nr 10. Przychody z NFZ wg zakresów w latach 2015-2021 (nie uwzględniono przychodów na wynagrodzenia)

	NFZ 2016	NFZ 2017	NFZ 2018	NFZ 2019	NFZ 2020	NFZ 2021	NFZ 2022 Plan
Leczenie szpitalne, Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna ,Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane Tlenoterapia	64 761 387,32	65 652 455,28	67 034 953,08	73 460 106,04	72 570 989,14	70 068 354,75	77 227 734,00
Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	366 462,50	309 271,84	261 125,10	244 493,70	48 668,40	42 564,50	266 493,60
Rehabilitacja lecznicza	828 133,80	965 171,20	1 125 284,80	1 218 949,35	766 573,05	821 582,85	1 312 864,12
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej (SPO)	1 716 936,00	1 725 750,00	1 738 772,01	1 951 312,45	2 030 634,63	2 257 930,55	2 850 000,00
Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	1 042 533,00	1 090 136,89	1 156 672,20	1 262 419,28	791 291,22	967 689,88	1 356 030,00
Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna	0,00	349 203,98	1 393 545,96	1 474 001,00	1 482 134,00	1 482 292,00	1 683 492,00
Zwalczanie, przeciwdziałanie i zapobieganie COVID-19	0,00	0,00	0,00	0,00	7 562 638,35	26 519 212,05	10 000 000,00
Ogółem przychody z NFZ	68 715 452,62	70 091 989,19	72 710 353,15	79 611 281,82	85 252 928,79	102 159 626,58	94 696 613,72

W 2017 roku wzrost przychodów w porównaniu do 2016 roku wynosi 2 %. W 2018 roku wzrost przychodów w porównaniu do 2017 roku wynosił 3,74 %. W 2019 roku wzrost przychodów w porównaniu do 2018 roku wynosił 9,49 %. W 2020 roku wzrost przychodów w porównaniu do 2019 roku wynosił 7,09 %. W 2021 roku wzrost przychodów w porównaniu do 2020 roku wynosił 19,83 %. Planowane w 2022 roku przychody w porównaniu do 2021 roku szacuje się że zostaną obniżone o 7,31 % z uwagi na mniejsze środki z tytułu zwalczania, przeciwdziałania i zapobiegania Covid-19.

Wykres nr 5. Przychody z NFZ w latach 2016-2022- nie uwzględniające przychodów na wynagrodzenia dla pielęgniarek, lekarzy, ratowników medycznych



Wykres nr 6. Prezentacja przychodów z NFZ wg zakresów w latach 2016-2022

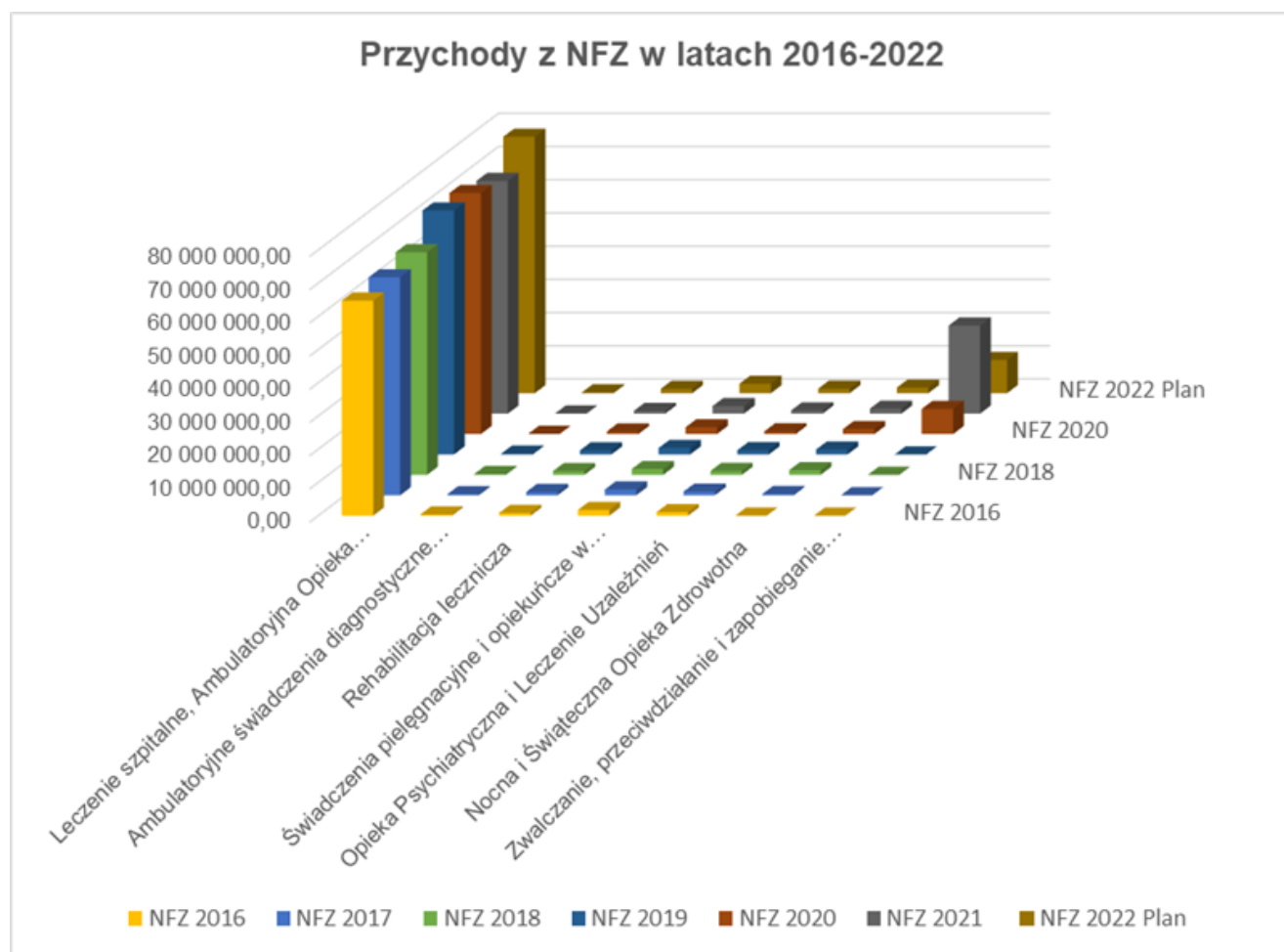


Tabela nr 11. Przychody z NFZ za lata 2015-2021 (nie uwzględniające NiŚOZ oraz środków na wynagrodzenia)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022 Plan
Przychody z NFZ	68 715 452,62	69 742 785,21	71 401 228,56	78 137 281,02	76 208 156,44	100 677 334,58	93 013 121,72
% wzrost	105,92%	101,50%	102,38%	109,43%	97,53%	132,11%	92,39%

Wykres nr 7. Przychody z NFZ za lata 2016-2022 (nie uwzględniające NiŚOZ oraz środków na wynagrodzenia)

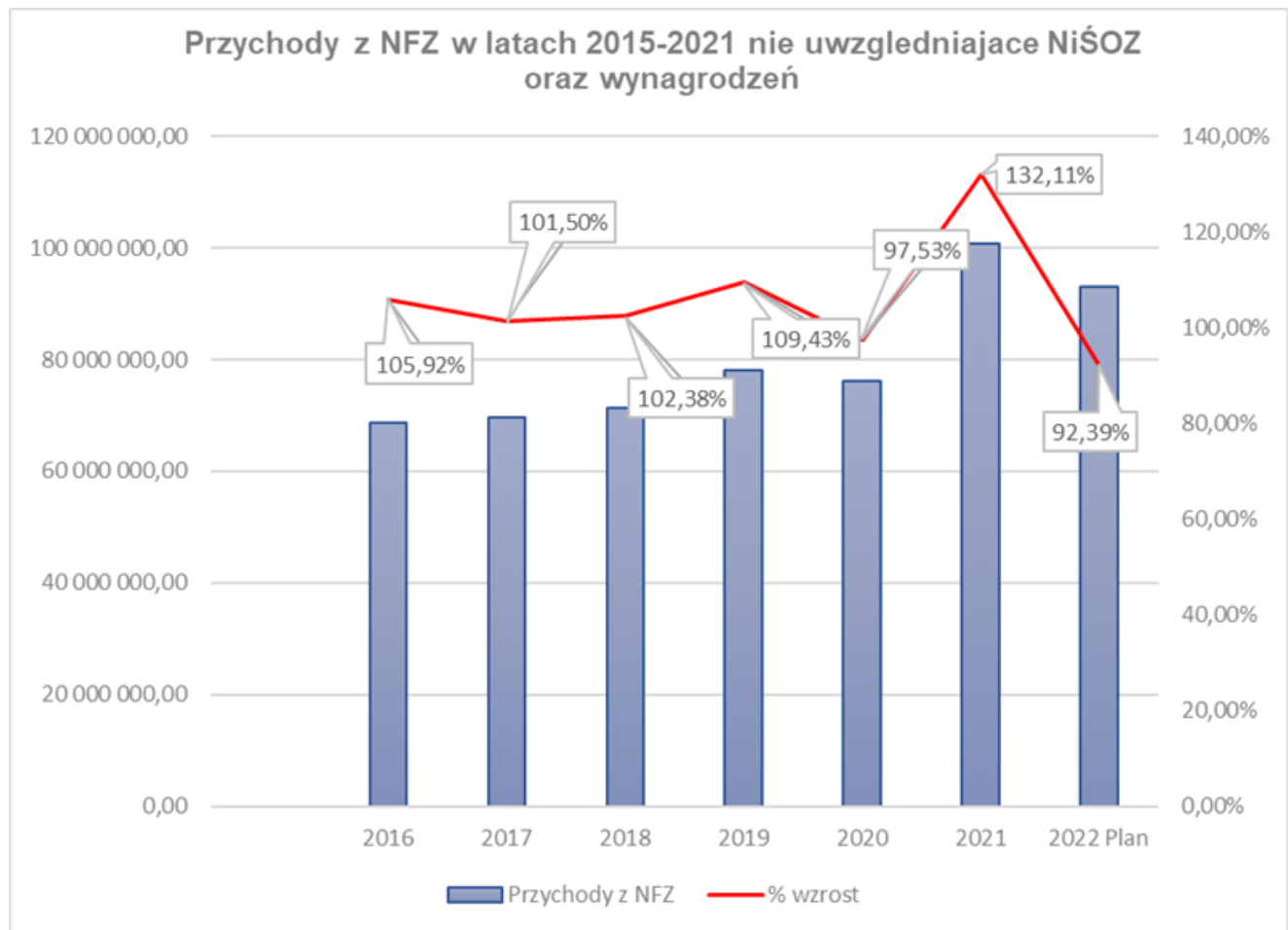


Tabela nr 12. Wykonanie przychodów w latach 2017-2021 oraz plan na 2022 rok

	2017	2018	2019	2020	2021	Plan na 2022
Narodowy Fundusz Zdrowia (łącznie z wynagrodzeniami)	75 186 721,19 zł	81 488 657,50 zł	92 335 821,47 zł	103 047 136,66 zł	133 909 889,49 zł	124 042 905,44 zł
Przychody z tytułu osób nieubezpieczonych	138 822,72 zł	183 679,20 zł	249 559,14 zł	198 479,47 zł	119 218,96 zł	120 000,00 zł
Przychody z Zakładu Opiekuńczo Leczniczego	676 685,80 zł	631 476,66 zł	730 132,63 zł	682 714,19 zł	748 059,42 zł	730 000,00 zł
Przychody z tytułu świadczeń medycznych z innymi podmiotami	473 472,91 zł	323 220,92 zł	353 316,44 zł	299 000,08 zł	304 596,06 zł	340 000,00 zł
Przychody pozostałe (w tym media, czynsze)	2 311 087,26 zł	2 316 663,75 zł	2 423 010,51 zł	2 487 042,19 zł	2 479 053,61 zł	2 550 000,00 zł
	78 786 789,88 zł	84 943 698,03 zł	96 091 840,19 zł	106 714 372,59 zł	137 560 817,54 zł	127 782 905,44 zł

Oprócz głównego finansowania z NFZ, odrębne źródło przychodów stanowią badania diagnostyczne wykonywane na rzecz Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, innych podmiotów gospodarczych i osób fizycznych. Przychody obejmują również odpłatne usługi, takie jak między innymi dzierżawy pomieszczeń. Prezentowane w tabeli przychody z NFZ- zawierają przychody na wynagrodzenia dla pielęgniarek, lekarzy, ratowników medycznych. W 2017 roku przychody z NFZ stanowiły 95,43 % przychodów ze sprzedaży. W 2018 roku przychody z NFZ stanowiły 95,93 % przychodów ze sprzedaży. W 2019 roku przychody z NFZ stanowiły 96,09 % przychodów ze sprzedaży. W 2020 roku przychody z NFZ stanowiły 96,56 % przychodów ze sprzedaży. W 2021 roku przychody z NFZ stanowiły 97,35 % przychodów ze sprzedaży. Według planu na 2022 roku przychody z NFZ będą stanowiły 97,07% przychodów ze sprzedaży.

W tabeli nie uwzględniono zmiany stany produktów (które dotyczą odpraw emerytalnych, nagród jubileuszowych).

Wykres nr 8. Przedstawia udział poszczególnych przychodów ze sprzedaży w latach 2017-2022 (plan)

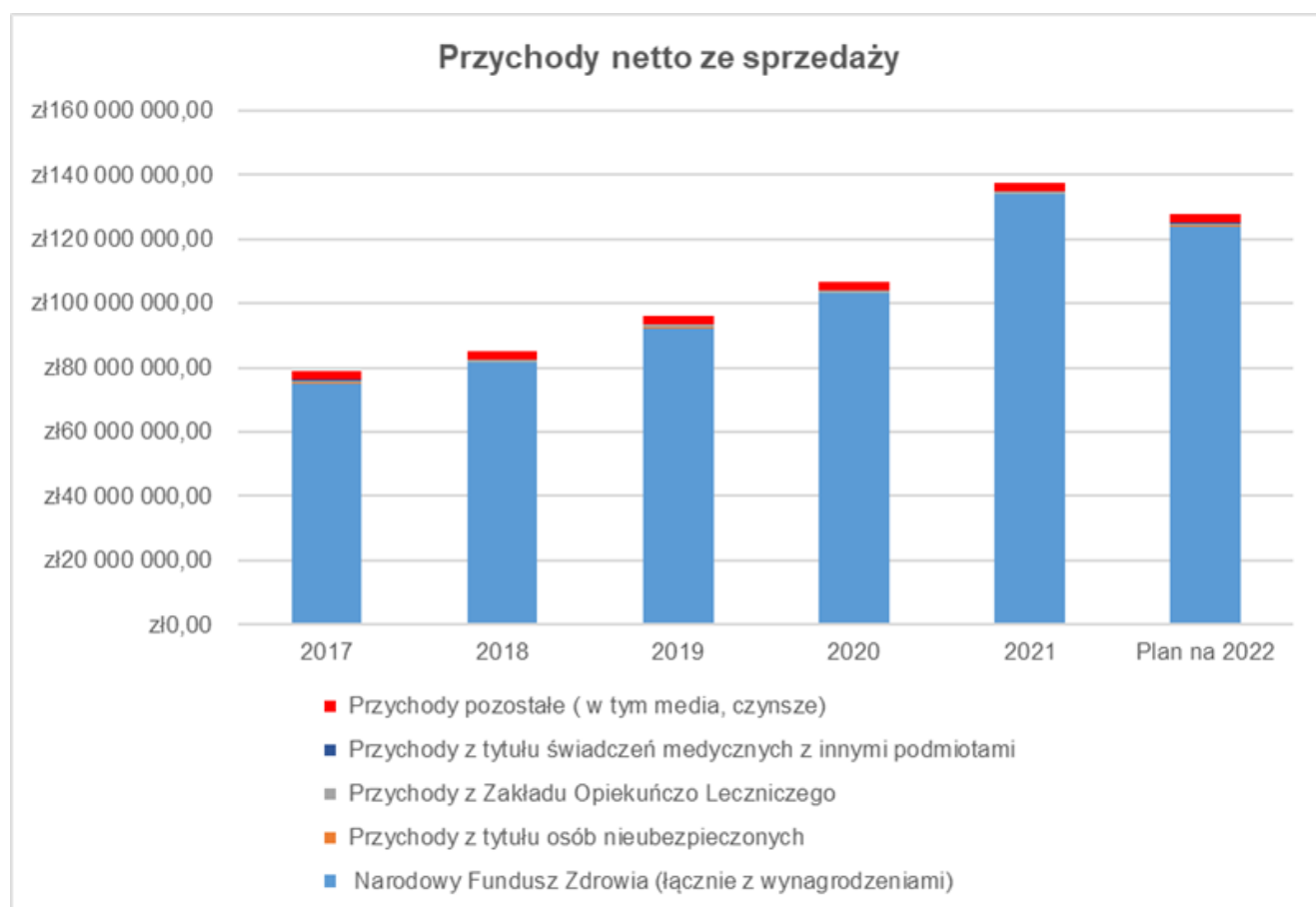


Tabela nr 13. Koszty działalności operacyjnej w latach 2018-2022

Wyszczegółowienie	Wartość					% Udział kosztów				
	2018	2019	2020	2021	2022 Plan	2018	2019	2020	2021	2022
B. Koszty działalności operacyjnej	102 641 843	115 777 446	124 731 854	150 178 019	156 842 468	100%	100%	100%	100%	100%
I. Amortyzacja	4 639 658	4 951 741	4 971 723	5 992 667	5 500 000	4,52%	4,28%	3,99%	3,99%	3,51%
II. Zużycie materiałów i energii	11 196 674	12 182 314	13 825 231	14 534 602	18 311 210	10,91%	10,52%	11,08%	9,68%	11,67%
III. Usługi obce	30 006 712	32 461 889	33 278 651	35 694 992	36 613 338	29,23%	28,04%	26,68%	23,77%	23,34%
IV. Podatki i opłaty	756 201	918 980	999 825	871 360	955 920	0,74%	0,79%	0,80%	0,58%	0,61%
V. Wynagrodzenia	46 115 096	53 918 835	58 928 983	77 525 998	79 700 000	44,93%	46,57%	47,24%	51,62%	50,82%
VI. Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	9 395 460	10 730 742	12 060 305	14 887 520	15 000 000	9,15%	9,27%	9,67%	9,91%	9,56%
VII. Pozostałe koszty rodzajowe	532 043	612 944	667 135	670 881	762 000	0,52%	0,53%	0,53%	0,45%	0,49%

W kosztach rodzajowych największy udział mają:

koszty wynagrodzeń- których udział w latach 2018-2021 kształtował się na poziomie 44,93 % do 51,62 %.

Tabela nr 14. Udział kosztów osobowych w kosztach rodzajowych

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Koszty osobowe (wynagrodzenia, składki na ub. społeczne i inne świadczenia, kontrakty)	54 117 436,60	58 940 855,41	72 146 885,02	83 349 304,48	91 329 534,75	113 379 778,45
70% kosztów usług obcych (pralnia, laboratorium, żywienie)	4 736 702,11	5 076 645,00	5 409 843,04	5 442 852,47	5 096 844,64	7 191 742,95
Koszty osobowe -ogółem	58 854 138,71	64 017 500,41	77 556 728,06	88 792 156,95	96 426 379,39	120 571 521,40
Koszty rodzajowe ogółem	81 879 406,21	87 597 999,91	102 641 843,41	115 777 445,91	124 731 854,45	150 178 019,00
% udział k. osobowych w kosztach rodzajowych	66,09%	67,29%	70,29%	71,99%	73,22%	75,50%
% udział k. osobowych w kosztach rodzajowych + 70% k. usług obcych	71,88%	73,08%	75,56%	76,69%	77,31%	80,29%

W powyższej tabeli % udział kosztów osobowych wyliczono w dwóch wariantach. Pierwszy pokazuje udział kosztów osobowych czyli (wynagrodzenia brutto, świadczenia na ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia

w tym ZFŚS, oraz kontrakty lekarskie, pielęgniarские, techników RTG). Udział % kosztów osobowych kształtuje się na poziomie 66,09% do 75,50%).

W drugim wyliczeniu skalkulowano dodatkowo koszty usług obcych na poziomie 70 %

(laboratoria, pranie, żywienie), które stanowiłyby element wynagrodzeń w przypadku prowadzenia tej działalności przez szpital. Udział % kosztów wynagrodzeń kształtuje się poziomem 71,88 % do 80,29 %.

Wykres nr 9. Udział kosztów osobowych w kosztach rodzajowych w latach 2016-2021

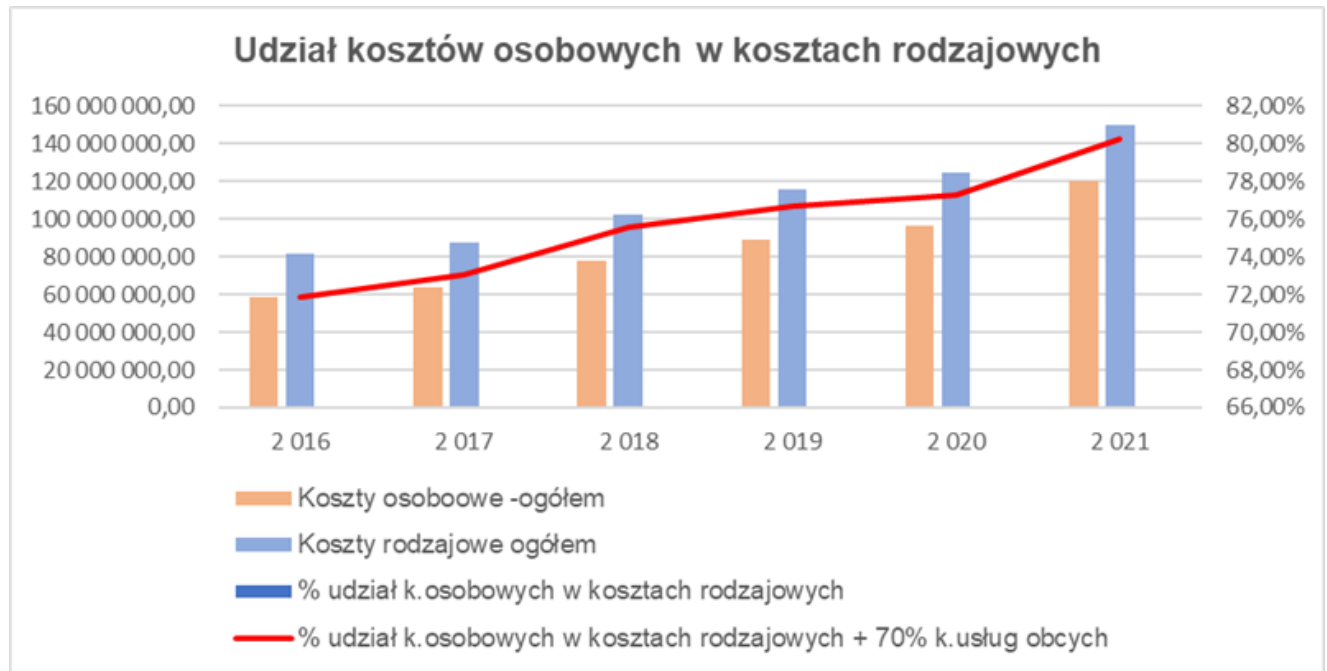


Tabela nr 15. Udział kosztów osobowych w przychodach z NFZ

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Koszty osobowe (wynagrodzenia, składki na ub. społeczne i inne świadczenia, kontrakty)	54 117 437	58 940 855	72 146 885	83 349 304	91 329 535	113 379 778
70% kosztów usług obcych (pralnia, laboratoria, żywienie)	4 736 702	5 076 645	5 409 843	5 442 852	5 096 845	7 191 743
Koszty osobowe -ogółem	58 854 139	64 017 500	77 556 728	88 792 157	96 426 379	120 571 521
Przychody z NFZ-ogółem	71 543 573	75 186 721	81 488 658	92 335 821	103 047 137	133 909 889
% udział k. osobowych w przychodach NFZ	75,64%	78,39%	88,54%	90,27%	88,63%	84,67%
% udział k. osobowych w przychodach z NFZ (z 70% udziału usl. obcych)	82,26%	85,14%	95,17%	96,16%	93,58%	90,04%

W powyższej tabeli wyliczono % kosztów osobowych w porównaniu do przychodów z NFZ (łącznie ze środkami na wynagrodzenia dla pielęgniarek, lekarzy, ratowników medycznych). Udział % kosztów osobowych kształtuje się na poziomie 75,64 % do 88,63 %).

W drugim wyliczeniu skalkulowano dodatkowo koszty usług obcych na poziomie 70 % (laboratoria, pranie, żywienie), które stanowiły by element wynagrodzeń w przypadku prowadzenia tej działalności przez szpital. Udział % kosztów wynagrodzeń kształtuje się na poziomie 82,26 % do 96,16 %.

Wykres nr 10. Udział kosztów osobowych w przychodach z NFZ

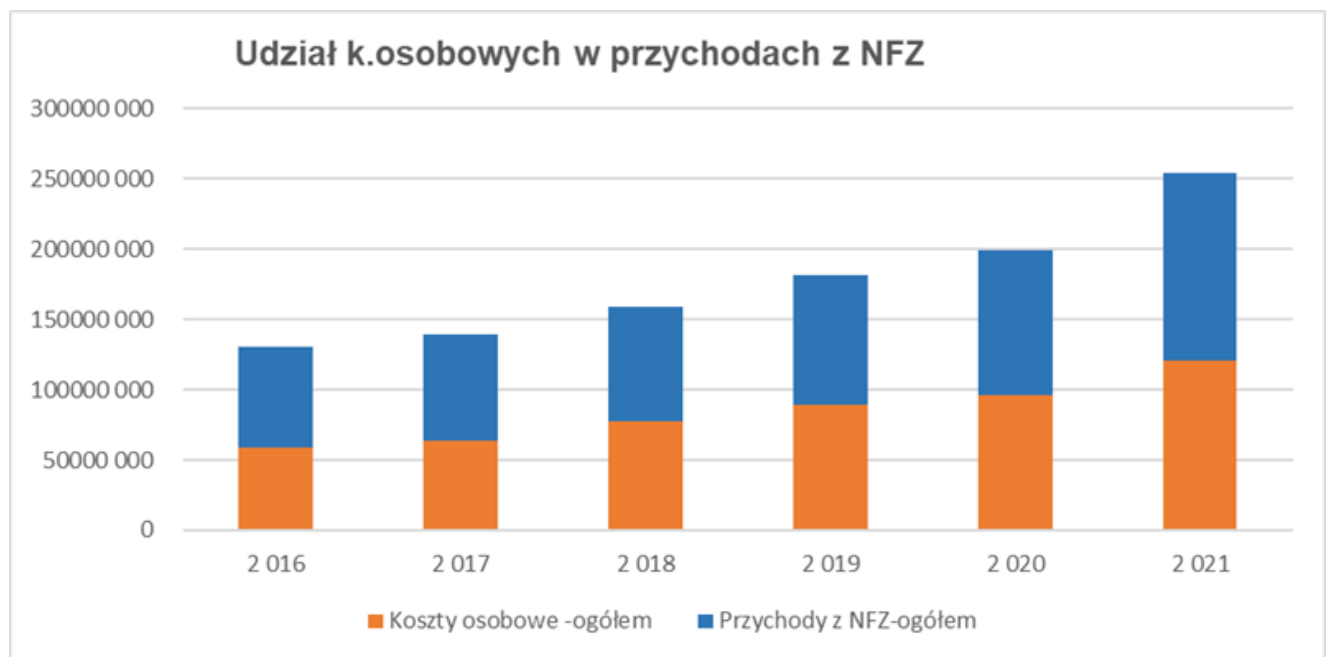


Tabela nr 16. Udział kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży i zrównanych z nimi

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Koszty osobowe - ogółem	58 854 139	64 017 500	77 556 728	88 792 157	96 426 379	120 571 521
Przychody ze sprzedaży i zrównane z nimi	73 845 935	78 497 909	84 328 087	96 283 746	105 942 244	135 162 648
% udział k. osobowych w przychodach ze sprzedaży	73,28%	75,09%	85,55%	86,57%	86,21%	83,88%
% udział k. osobowych (z 70% udziału usł. obcych) w przychodach ze sprzedaży i zrównane z nimi	79,70%	81,55%	91,97%	92,22%	91,02%	89,20%

W powyższej tabeli przedstawiono % udział kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży netto.

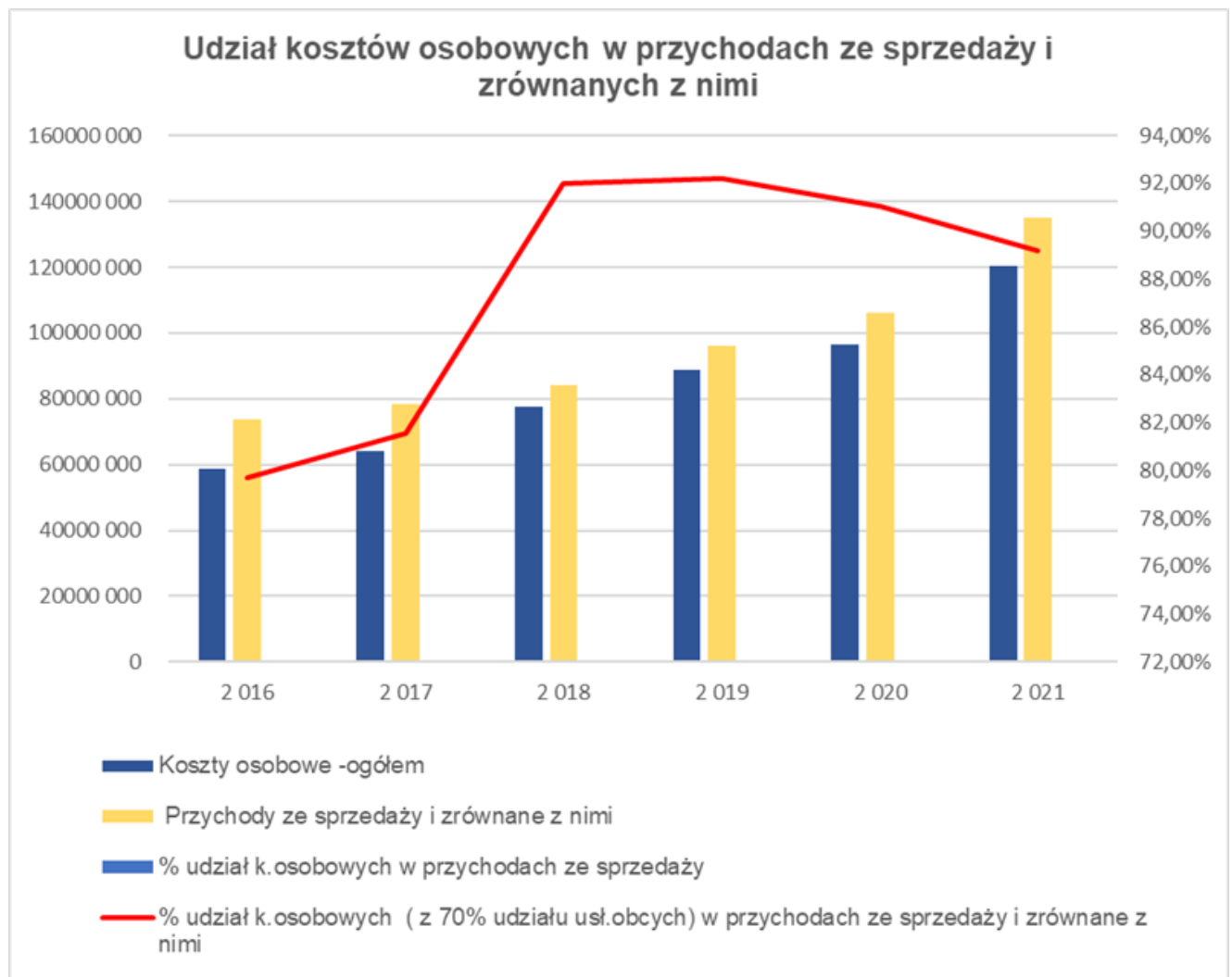
Przychody netto ze sprzedaży obejmują: przychody z NFZ, przychody z tyt. osób nieubezpieczonych, przychody

z ZOL, przychody z innych świadczeń medycznych oraz przychody pozostałe (media, czynsze).

W powyższej tabeli wyliczono % kosztów osobowych w porównaniu do przychodów ze sprzedaży i zrównanych z nimi. Udział % kosztów osobowych kształtuje się na poziomie 73,28 % do 86,57 %).

W drugim wyliczeniu skalkulowano dodatkowo koszty usług obcych na poziomie 70 % (laboratoria, pranie, żywienie), które stanowiły by element wynagrodzeń w przypadku prowadzenia tej działalności przez szpital. Udział % kosztów wynagrodzeń kształtuje się poziomie 79,70% do 91,97%.

Wykres nr 11. Udział kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży i zrównanych z nimi w latach 2016-2021



·pochodne od wynagrodzeń (m.in. składki ZUS, ZFŚS)- których udział w latach 2017- 2022 kształtował się na poziomie 9,12 % do 9,91 %,

·usługi obce- których udział w latach 2017-2022 kształtował się na poziomie 26,68 %- do 29,23 %. Należy zaznaczyć, że w kosztach usług obcych znajdują się koszty badań laboratoryjnych (analityka, mikrobiologia, patomorfologia), oraz koszty usług (pranie, żywienie)- które gdyby były w strukturach szpitala- stanowiły by około 70 % kosztów wynagrodzeń,

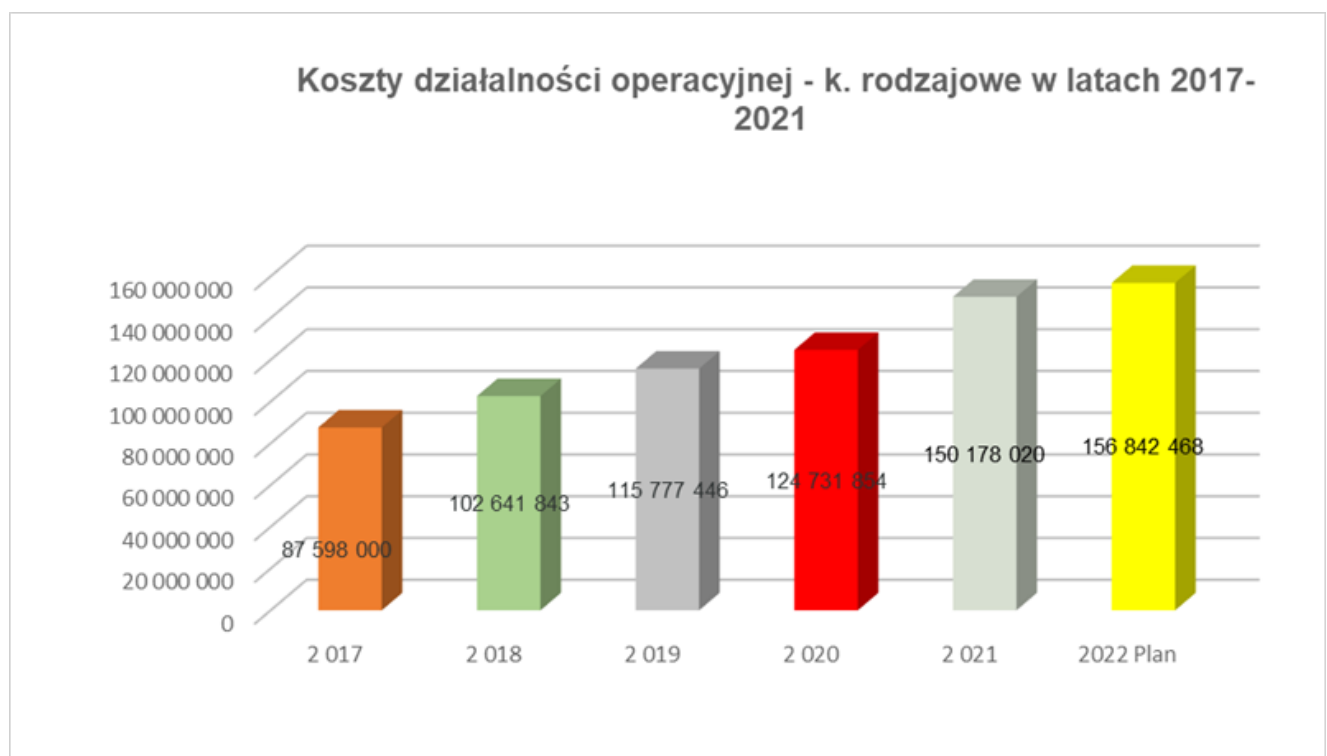
·zużycie materiałów i energii w latach 2017-2022 kształtowało się na poziomie 10,52 % do 12,21 %,

·amortyzacja (która w ponad 90 % nie stanowi kosztów uzyskania przychodów- zakupy sprzętu z dotacji)- kształtowała się w latach 2017-2022 na poziomie 3,99 % do 4,81 %,

·podatki i opłaty- udział w latach 2017-2022 kształtowały się na poziomie 0,74 % do 0,87 %,

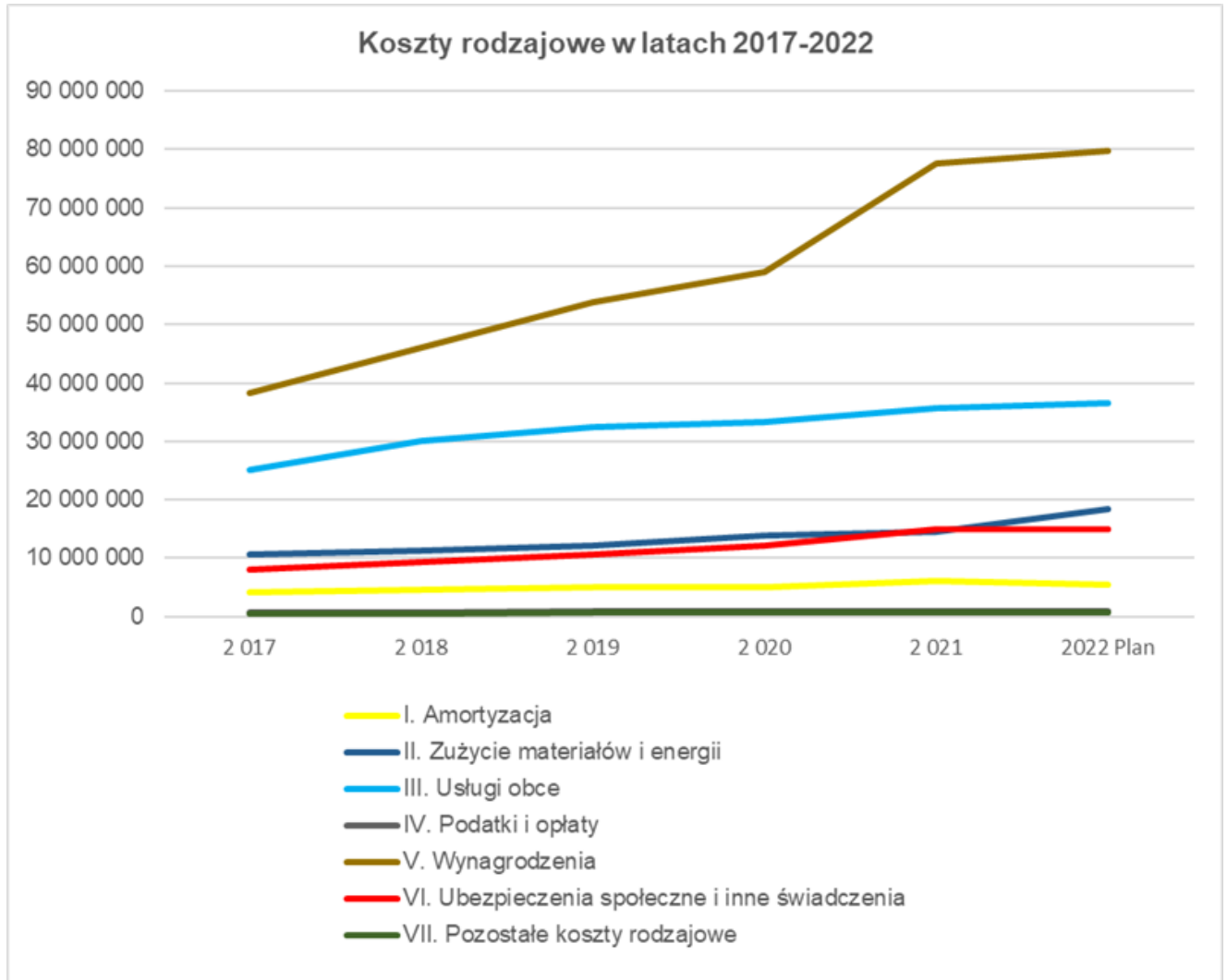
·pozostałe koszty rodzajowe – udział w latach 2017-2022 kształtował się na poziomie 0,52% do 0,61%.

Wykres nr 12. Koszty rodzajowe w latach 2017 -2022



Koszty w układzie rodzajowym wykazują stałą tendencję wzrostową ogółem. Na wykresie zaprezentowano według planu koszty rodzajowe na 2022 rok. Plan na 2022 rok wskazuje na wzrost kosztów na poziomie 4 %. Znaczny wzrost kosztów wystąpił również w usługach obcych. Znaczny udział w usługach obcych mają kontrakty medyczne.

Wykres nr 13. Kształtowanie się kosztów rodzajowych szpitala w latach 2017-2022



Z powyższego wykresu wynika, że największą pozycję zajmują koszty osobowe, których również tempo wzrostu jest najwyższe. Koszty osobowe znajdują się w pozycji kosztów rodzajowych: wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne oraz usługi obce.

Wykres nr 14. Udział poszczególnych kosztów rodzajowych w latach 2017-2022

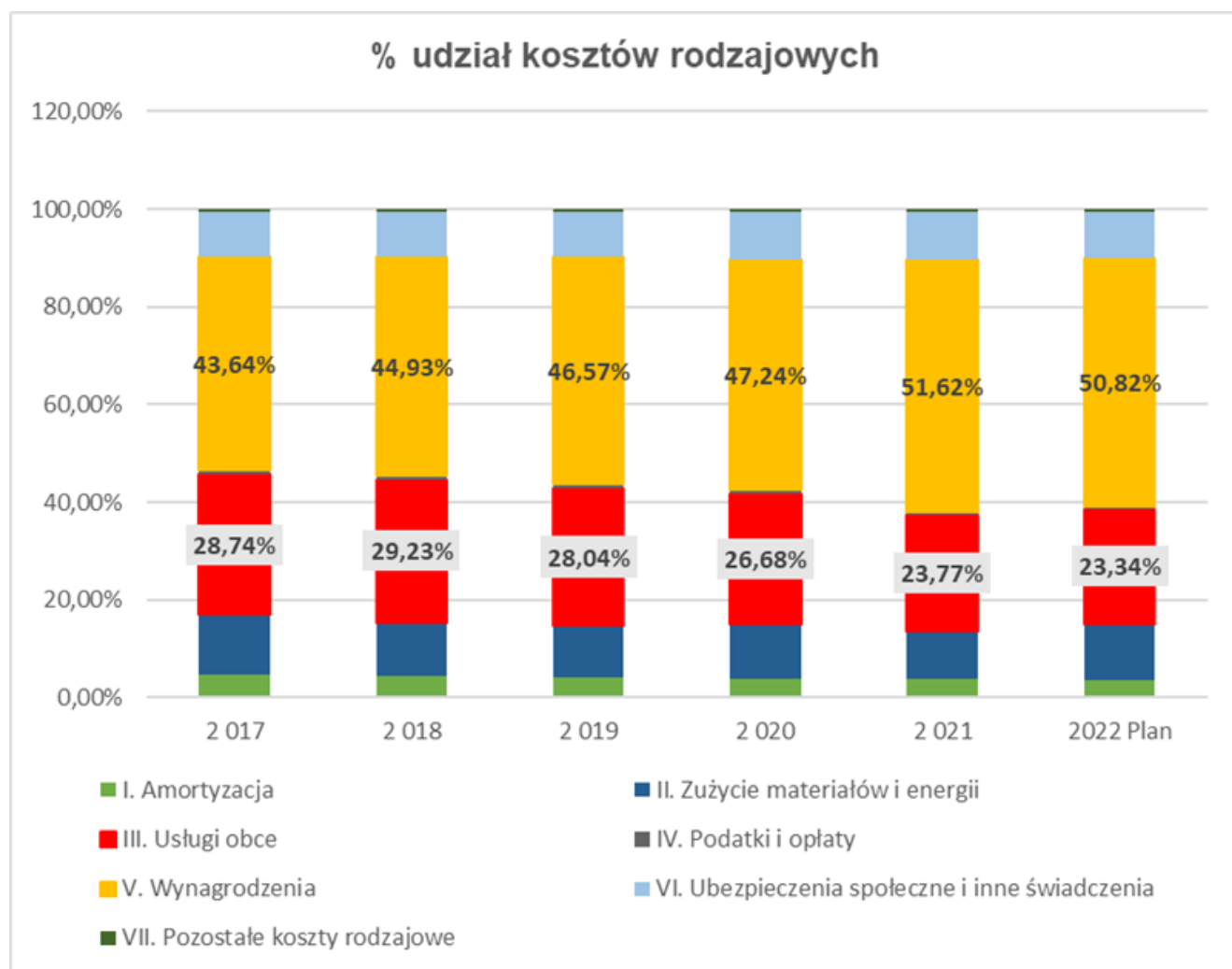


Tabela nr 16 . Koszty rodzajowe oraz przychody z NFZ w latach 2017-2022

	2017	2018	2019	2020	2021	2022 Plan
Koszty działalności operacyjnej	87 598 000	102 641 843	115 777 446	124 731 854,00	150 178 019,00	138 195 564,00
Przychody z NFZ	75 186 721	81 488 658	92 335 821	103 047 136,66	133 909 889,49	124 042 905,44
Rentowność	- 12 411 279	- 21 153 185	- 23 441 625	- 21 684 717,34	- 16 268 129,51	- 14 152 658,56

Wykres nr 16. Prezentacja kosztów rodzajowych w porównaniu do przychodów z NFZ

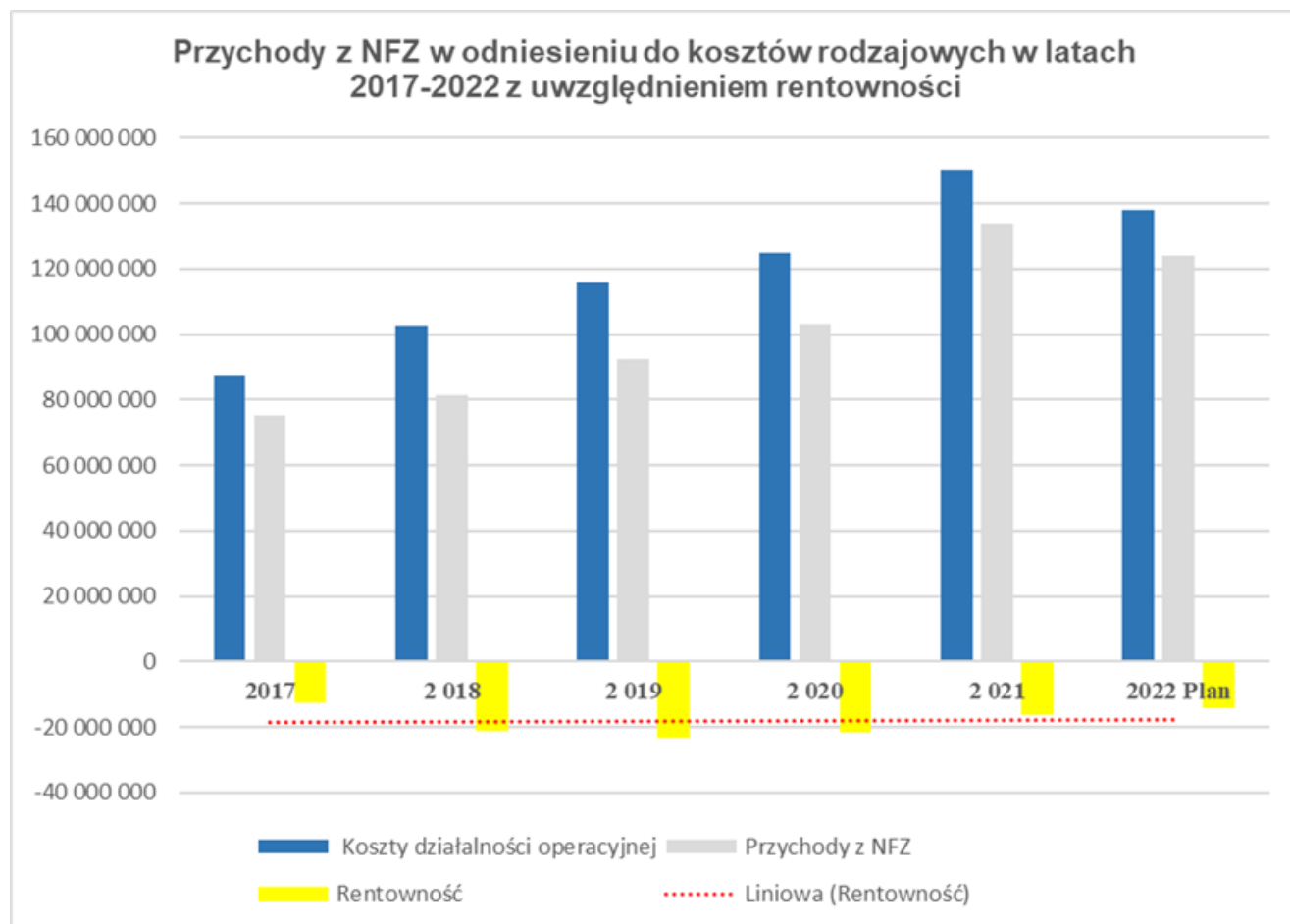
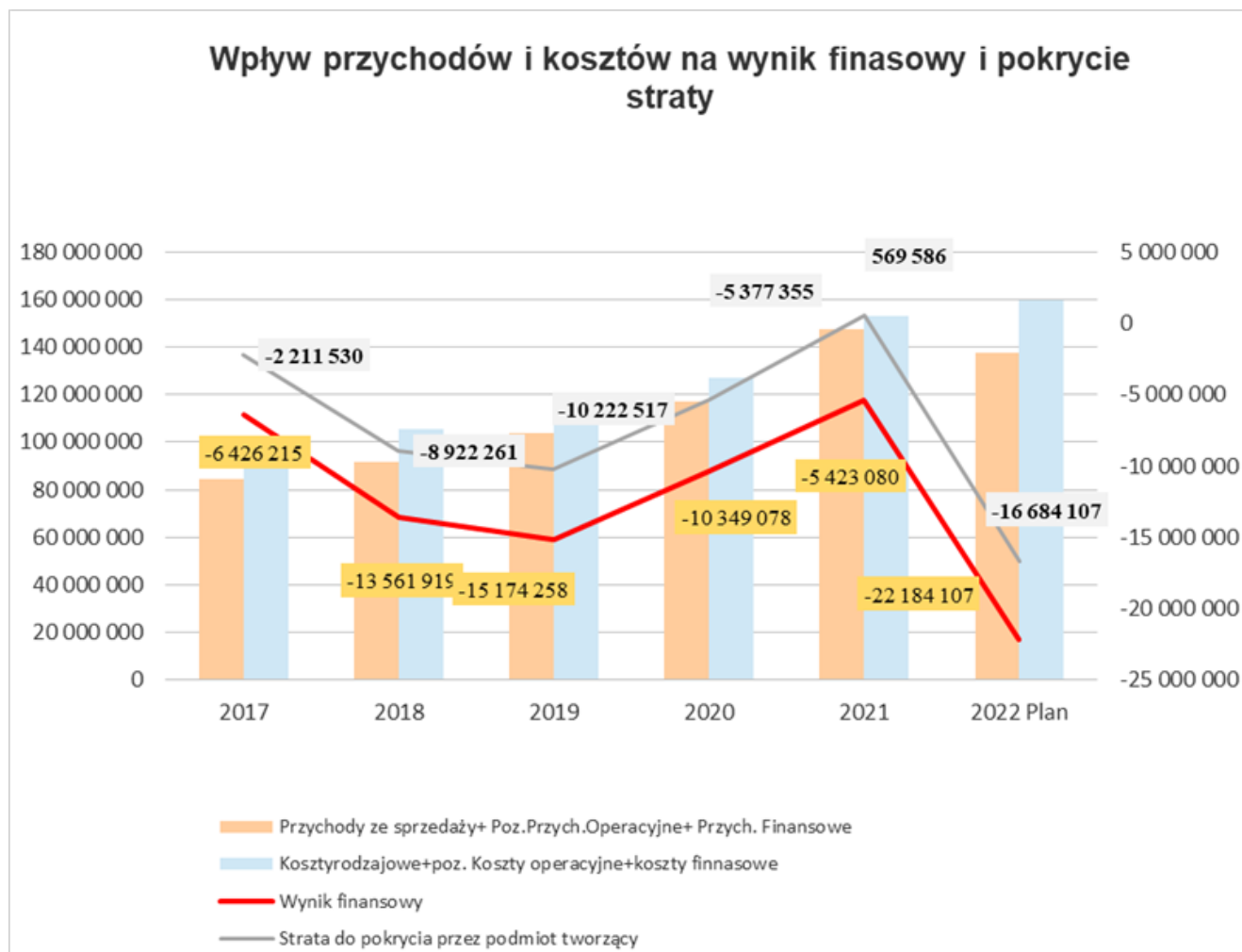


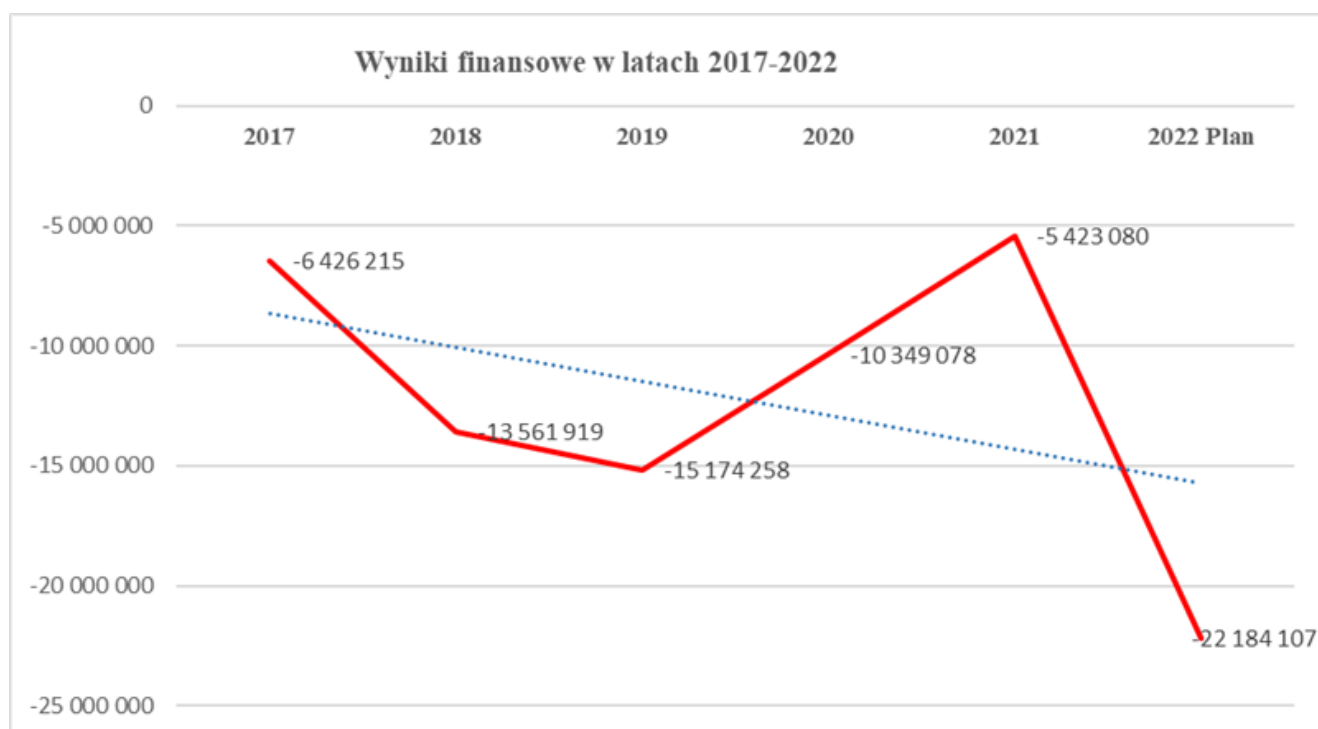
Tabela nr 17. Porównanie przychodów i kosztów oraz wpływ na wynik finansowy

	2017	2018	2019	2020	2021	2022 Plan
Przychody ze sprzedaży+ Poz. Przych. Operacyjne+ Przych. Finansowe	84 422 302	91 797 166	103 870 968	116 923 585	147 665 611	137 628 861
Koszty rodzajowe +poz. Koszty operacyjne + koszty finansowe	90 848 516	105 359 086	119 045 227	127 272 663	153 088 691	159 812 968
Wynik finansowy	-6 426 215	-13 561 919	-15 174 258	-10 349 078	-5 423 080	-22 184 107
Strata do pokrycia przez podmiot tworzący	-2 211 530	-8 922 261	-10 222 517	-5 377 355	569 586	-16 684 107

Wykres nr 17. Prezentacja wyników finansowych oraz pokrycie straty w latach 2017-2022



Wykres nr 18 .Prezentacja wyników finansowych (stratę netto) w latach 2017-2022



Podstawową przyczyną straty netto generowanej przez szpital jest wynik na sprzedaży oraz koszty finansowe szpitala ponoszone w związku z obsługą zadłużenia (odsetki, opłaty prolongacyjne). Przy praktycznie pełnym uzależnieniu przychodów od kontraktów z NFZ-em, szybkie i skuteczne działania szpitala w kierunku poprawy wyników finansowych jest niemożliwe i powinno skupiać się na optymalizacji kosztów, w których jak z wcześniejszych analiz wynika decydujące znaczenie odgrywają koszty pracy.

Podstawowe problemy szpitala mają charakter organizacyjny, pieniężny i ekonomiczny. W kategoriach gotówkowych jest to wysoki poziom zobowiązań, których szpital nie jest już w stanie samodzielnie obsługiwać. W zakresie ekonomicznym to niska rentowność, w związku z czym szpital w perspektywie kolejnych lat narażony jest na stratę na poziomie sprzedaży. Podejmowane są działania w kierunku dofinansowania szpitala kapitałem obcym o charakterze długoterminowym. Rozwiązanie problemu ekonomicznego wymaga konsekwentnych i systematycznych działań restrukturyzacyjnych rozłożonych w czasie, skierowanych głównie w kierunku redukcji kosztów stałych, w których największą wagę stanowią koszty osobowe oraz równoległych działań w obszarze przychodowym, organizacyjnym i majątkowym. Warunkiem jednak udanego procesu zmiany jest uporanie się z brakiem płynności.

Z analizy sytuacji finansowej szpitala wynika jednoznacznie, konieczność dofinansowania długoterminowym kapitałem.

Analiza SWOT (słabe i mocne strony organizacji, szanse i zagrożenia).

Analiza SWOT jest stosowana do planowania strategicznego i służy do porządkowania informacji. Analiza SWOT obejmuje badanie otoczenia i wnętrza szpitala przez identyfikację wewnętrznych i zewnętrznych czynników oraz zależności między nimi. Segreguje posiadane informacje na cztery grupy: mocne strony, słabe strony, szanse i zagrożenia.

<p>Mocne strony</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wykwalifikowany i doświadczony personel. - Szeroki zakres diagnostyczno-leczniczy działalności Szpitala. - Utrwalona od lat pozycja na rynku świadczeniodawców oparta na stosowaniu medycyny. - Kompleksowość świadczeń- szeroki zakres usług medycznych. - Dobrze rozbudowana struktura usług ambulatoryjnych. - Możliwość poszerzenia zakresu usług- poprzez utworzenie oddziału paliatywnego (opieka długoterminowa). - Stałe, potwierdzone wieloletnimi statystykami zapotrzebowanie na oferowany wachlarz usług, medycznych w mieście i regionie. 	<p>Słabe strony</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nieustabilizowana sytuacja finansowa MSZ. - Bardzo trudna sytuacja finansowa MSZ od wielu lat skutkująca kosztami finansowymi i w konsekwencji pogarszającą się płynnością finansową jednostki. Brak właściwej rentowności ze sprzedaży świadczeń medycznych, trwający permanentnie od kilku lat doprowadził do narastania strat i wzrostu zobowiązań. Presje płacowe powodują przeznaczenie wzrostu przychodów na zaspokojenie roszczeń pracowniczych. - Pogarszające się wskaźniki efektywności finansowej. - Nieterminowe regulowanie zobowiązań za wykonane usługi oraz realizowane dostawy, co
---	---

<ul style="list-style-type: none"> - Wdrożony i monitorowany system ISO- realizacja standardów potwierdzona Certyfikatem jakości ISO 9001:2015 i OHSAS 18001. - Akredytacja oddziałów do prowadzenia specjalizacji, staży podyplomowych, praktyk studenckich. - Możliwości rozbudowy obiektu przy ul. Mirowskiej 15. - Realizowane remonty z poprawą funkcji, wg przyjętego planu remontów, pozwalają na podwyższenie poziomu pobytu pacjentów. Sukcesywna wymiana wyposażenia, zakup sprzętu poprawiają komfort pobytu i bezpieczeństwa pacjentów. - Położenie Szpitala. - Dobre efekty leczenia. - Determinacja w prowadzeniu zmian. 	<p>skutkuje realizacją dostaw po dokonaniu przedpłat, bądź ponoszeniem dodatkowych kosztów finansowych odsetki.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niski poziom wynagrodzenia personelu medycznego niższego szczebla. - Zaniżony poziom wysokości umów z NFZ w szeregu rodzajach usług w stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, jak i możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych. - Relatywnie niskie wykorzystanie posiadanego potencjału (np. Oddział geriatry). - Konkurencyjny szpital w najbliższym otoczeniu MSZ, będący w III poziomie finansowania w sieci szpitali, dofinansowany na preferencyjnych warunkach przez NFZ (wzrost kontraktu 2017 - 2018 o ponad 20 mln) w związku z tym zagrożenie wynikające z wysokich wynagrodzeń i stawek kontraktów, co powoduje niebezpieczeństwo odpływu personelu do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie. - Część infrastruktury niedostosowana do wymogów ogólnobudowlanych i przestrzennych. Niefunkcjonalny rozkład budynków przy ul. Mirowskiej 15, utrudniający właściwe zagospodarowanie powierzchni. - Rozproszone obiekty MSZ ul. Bony, Mickiewicza, Mirowska, powodują ponoszenie większych kosztów. - Starzenie się kadry, szczególnie lekarzy i pielęgniarek- średnia wieku to około 50 lat. - Emigracja specjalistycznych kadr medycznych. - Ograniczone możliwości finansowego motywowania personelu szpitala.
<p>Szanse</p> <ul style="list-style-type: none"> - Możliwość sfinansowania modernizacji i zakupów sprzętu medycznego poprzez dotację z podmiotu tworzącego oraz ze środków UE. - Akceptacja przez podmiot tworzący planów rozbudowy szpitala. - Wzrost oczekiwań społecznych związanych ze standardem usług medycznych. - Przychylność i poparcie w działaniu podmiotu tworzącego. 	<p>Zagrożenia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rosnąca konkurencja podmiotów leczniczych starających się o środki zewnętrzne. - Pogarszanie się sytuacji finansowej podmiotów leczniczych. - Niestabilność rozwiązań systemowych i bardzo częste i nieoczekiwane zmiany otoczenia prawnego. - Pogłębiające się niedobory wykwalifikowanej kadry medycznej w skali całego kraju. - Starzenie się społeczeństwa, skutkujące wzrostem zapotrzebowania na opiekę internistyczną, geriatryczną, które są niedoszacowane w wycenach NFZ. Zbyt niskie kontrakty na oddział geriatryczny, pomimo posiadanych tzw. mocy przerobowych szpitala. - Spadek poziomu rentowności na oddziale chirurgii urazowej w zakresie wykonywania endoprotez-

	<p>poprzez obniżenie wycen procedur medycznych przez NFZ.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Brak zapisów prawnych umożliwiających finansowania procedur medycznych z innych źródeł niż środki z NFZ. - Rokroczna podwyżka wynagrodzenia minimalnego i stawki wynagrodzeń umów zleceń bez wskazania źródeł finansowania. Przerzucanie ciężaru finansowania skutków wzrostu najniższego wynagrodzenia w przypadku umów na usługi outsourcingowe dla szpitala (np. pranie, żywienie). - Niepewność porządku prawnego zasadniczo zwiększa ryzyko inwestycyjne i wręcz uniemożliwia racjonalne, długookresowe planowanie o charakterze strategicznym,. - Obowiązek wykonywania usług medycznych ratujących życie pacjenta, bez możliwości zapłaty- z uwagi na zmiany systemowe- ryczałt dla szpitali. - Duże zadłużenie i ograniczenie możliwości spłaty wiarytelności. - Rezygnacja dostawców ze współpracy ze szpitalem lub podnoszenie cen w związku z nieterminową spłatą zobowiązań finansowych.
--	---

Przedstawione w raporcie ekonomiczno-finansowym rozwiązania prawne i ekonomiczne obowiązujące na dzień sporządzenia raportu, nieznacznie uległy zmianie w zakresie wyniku finansowego. Ponadto w październiku 2022 roku nastąpi zmiana planu finansowego związana między innymi ze wzrostem wynagrodzeń narzuconych przez ustawodawcę oraz korekta przychodów związanych z pokryciem kosztów wynagrodzeń.

Szpital od IV kwartału 2017 roku funkcjonuje w nowym systemie, tj. w sieci szpitali, która jest finansowana w formie ryczałtowej. Zakładaliśmy, że zgodnie z algorytmami określonymi w rozporządzeniach środki finansowe przekazywane na świadczenia w sieci będą rosły, pokrywając koszty wzrostu wynagrodzeń narzucanych przez szpital.

Koszty funkcjonowania szpitala rosną szybciej niż nakłady. Z uwagi na panującą sytuację związaną z wysoką inflacją koszty szpitala rosną szybciej niż zakładano. Duży wzrost kosztów wystąpił również w zakresie obsługi kredytów bankowych- związanych ze wzrostem stóp procentowych. MSZ podobnie jak inne szpitale jest zaskakiwany regulacjami prawnymi związanymi ze wzrostem płac zupełnie niezależnych od nas. Koszty funkcjonowania szpitala wzrosły przede wszystkim wskutek podniesienia kosztów pracy personelu oraz wzrostu cen spowodowane wysoką inflacją. Przedstawione w analizie dane jednoznacznie dowodzą, że dynamika wzrostu wynagrodzeń wyraźnie przewyższa dynamikę podnoszenia przychodów i poziomu finansowania szpitala. Roszczenia płacowe wszystkich grup zawodowych powodują pogorszenie sytuacji finansowej szpitala.

Dochodziło i dochodzi do dodatkowych negocjacji pracowników ochrony zdrowia z przedstawicielami ministerstwa zdrowia, dotyczących wzrostu wynagrodzeń różnych grup zawodowych w ochronie zdrowia.

Negocjacje płacowe odbywają się zupełnie niezależnie od woli dyrektorów szpitali, a przed wszystkim w oderwaniu od realnych możliwości finansowych szpitala.

Wzrost płacy minimalnej w 2022 r. przełożył się na wzrost usług (żywienie, pranie itp.) kosztów usług obcych. Planowany wynik finansowy na 2022 r. może ulec zmianie w przypadku zwiększenia kontraktu dla szpitala oraz ewentualnego niewykonania kosztów w wydatkach rzeczowych lub kosztach finansowych i operacyjnych. Analizując przyczyny straty za 2021 r. oraz planowanej straty netto na 2022 rok można wskazać kilka poszczególnych czynników m.in:

- Brak obiektywnej i rzeczywistej wyceny procedur medycznych uwzględniającej pełny, długofalowy zasięg ich wykonywania.
- Zła i niestabilna polityka finansowania świadczeń medycznych.
- Niekorzystne zmiany w zakresie finansowania świadczeń ze środków publicznych, zasad ustalania wysokości ryczałtów i wysokości wyceny poszczególnych procedur.
- Nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych finansowanie ze środków publicznych świadczeń gwarantowanych.
- Umowa z NFZ jako podstawowe źródło przychodów szpitala, od którego uzależniona jest gospodarka finansowa zakładu.
- Niższe od wzrastających kosztów działalności przychody z tytułu realizacji umów zawartych z NFZ.
- Rekomendowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji wycena świadczeń medycznych na poziomie znacznie niższym niż rzeczywiste koszty wykazane przez szpitale.
- Ciągły wzrost wynagrodzeń nieadekwatny do wyniku finansowego świadczeniodawcy i bez zabezpieczenia dodatkowych środków finansowych.
- Konkurencja świadczeniodawców w zakresie pozyskiwania kadry medycznej skutkująca wygórowanymi żądaniami płacowymi lekarzy w stosunku do środków zabezpieczonych na ten cel.
- Wysokie koszty utrzymania zasobów szpitalnych.
- Konieczność wykonywania świadczeń medycznych dla osób nieubezpieczonych niefinansowanych z NFZ. Problemy z egzekwowaniem należności od pacjentów nieubezpieczonych i cudzoziemców.
- Wysokie koszty leków, materiałów medycznych i innych związanych z wykonywaniem świadczeń medycznych.
- Nieuwzględnienie w przyznawanych środkach z NFZ, cen podwyżek cen towarów.
- Nie finansowanie usług medycznych wykonywanych ponad przyznane ryczałty.

·Zbyt niskie przychody ze środków publicznych, nie pozwalające na wykorzystanie pełnego potencjału przychodowego MSZ.

·Wysokie koszty obsługi zadłużenia, w szczególności koszty odsetek, koszty sądowe (wynikające z braku płynności finansowej).

Sporządzając raport o sytuacji ekonomiczno- finansowej w maju 2022 r. nie zakładano w rachunku zysków i strat kosztów wynagrodzeń, których nie pokryje ustawodawca.

W związku z powyższym planowane w prognozie finansowej wyniki finansowe na lata 2022-2024 prawdopodobnie ulegną znacznej zmianie m.in. z powodu wzrostu minimalnego wynagrodzenia od 2023 r. Jeżeli powróci sytuacja z roku ubiegłego dotycząca covid to może wystąpić niewykonanie kontraktu, co przełoży się na wysokość przychodów szpitala. Na dzień sporządzania programu naprawczego nie mamy możliwości oszacowania prawdopodobnych strat finansowych w kolejnych latach z uwagi na planowane kolejne wzrosty wynagrodzenia minimalnego co może się przełożyć na wzrost wynagrodzenia dla pozostałej grupy pracowników, którzy zażądadają proporcjonalnego wzrostu wynagrodzeń. Po podniesieniu pensji minimalnej, zgodnie z ustawą o zamówieniach publicznych, wszyscy dostawcy współpracujący ze szpitalem tacy jak: pralnia, catering- wystawią szpitalowi wyższe rachunki za swoje usługi.

W prognozie bilansu na lata 2022-2024 założono zaciągnięcie kredytów lub pożyczek. Należy również wskazać, że obecne regulacje płacowe wprowadzane przez ustawodawcę dla pielęgniarek, lekarzy i ratowników medycznych są wypłacane ze środków szpitala (z otrzymywanego ryczałtu).

W prognozie finansowej założono, że nie nastąpi gwałtowny wzrost zobowiązań wymagalnych (przy założeniu, że MSZ będzie się wspomagał środkami zewnętrznymi np. pożyczki). W obecnej sytuacji finansowej utrzymanie zobowiązań wymagalnych na poziomie 2017r nie jest możliwe i istnieje duże ryzyko, że nastąpi dalszy wzrost zobowiązań wymagalnych.

W maju 2021 roku Ministerstwo Zdrowia przedstawiło założenia reformy podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne.

W trakcie prac koncepcyjnych zespołu, w związku z istotnymi ryzykami zidentyfikowanymi w wariantach I i II, a także mając na uwadze kluczowe cele reformy sektora szpitalnictwa, wypracowano **wariant III** nie zakładający pełnego objęcia nadzoru i przejęcia majątku niezbędnego do funkcjonowania szpitali. **Wariant III zakłada powołanie Agencji Rozwoju Szpitali, która będzie odpowiedzialna m.in. za pozyskiwanie danych dotyczących funkcjonowania szpitali oraz ich sytuacji ekonomiczno-finansowej.** Na podstawie analizy zebranych danych ARS będzie dokonywała oceny szpitali obejmującej sytuację ekonomiczno-finansową, ale również działalność operacyjną (np.: strukturę i stopień realizacji świadczeń opieki zdrowotnej), zgodność realizowanych świadczeń z Mapami Potrzeb Zdrowotnych oraz jakość udzielanych świadczeń (we współpracy z NFZ). W wyniku dokonanej oceny ARS będzie przyznawała szpitalowi odpowiednią kategorię, odnoszącą się do sytuacji ekonomiczno-finansowej i pozostałych elementów oceny wymienionych powyżej. Szczegółowe

i obiektywne kryteria ewaluacji będą wypracowane w toku przyszłych prac legislacyjnych. Na ich podstawie ARS będzie przyznawała szpitalom jedną z czterech kategorii:

A- szpital w dobrej sytuacji finansowej dopasowany profilem do potrzeb regionalnych- szpital nie kwalifikuje się do restrukturyzacji. Ponadto, może być priorytetowo traktowany w przyznawaniu funduszy na działania rozwojowe, a także planowane jest wdrożenie rozwiązań mających na celu dodatkowe premiowanie np. w postaci zwiększenia wartości kontraktu, co będzie stanowiło dodatkową motywację do aspirowania do tej kategorii.

B- szpital wymagający wdrożenia działań naprawczych i optymalizacyjnych- szpital przygotowuje program optymalizacyjny podlegający zatwierdzeniu przez ARS, uwzględniający m.in.:

- przeprowadzenie optymalizacji procesów zarządczych pozwalające na wyeliminowanie występowania niekorzystnych zjawisk ekonomicznych, np. wzrostu kosztów, wzrostu zobowiązań, pogorszenia płynności finansowej;

- ustalenie/zaktualizowanie strategii działalności szpitala;

- usprawnienie wewnętrznej komunikacji i przepływu informacji.

C- szpital wymagający wdrożenia programu restrukturyzacyjnego- szpital przygotowuje program restrukturyzacyjny podlegający zaopiniowaniu przez NFZ i zatwierdzeniu przez ARS oraz zatrudnia doradcę restrukturyzacyjnego delegowanego przez ARS, który nadzoruje proces restrukturyzacji. Program restrukturyzacyjny powinien uwzględniać elementy wymienione w kategorii B oraz dodatkowo:

- optymalizację/zmniejszenie kosztów operacyjnych (w szczególności zużycia materiałów i energii, usług obcych, kosztów wynagrodzeń);

- reorganizację zasobów i infrastruktury;

- optymalizację nakładów inwestycyjnych- ograniczenie inwestycji finansowanych ze środków własnych tylko do rzeczywistych potrzeb, pozyskanie jak największego finansowania inwestycji ze źródeł zewnętrznych;

- restrukturyzację zobowiązań finansowych szpitala, np. konwersję zobowiązań krótkoterminowych na długoterminowe, a co się z tym wiąże ograniczenie kosztów finansowych.

D- szpital wymagający wdrożenia programu restrukturyzacyjnego i przejęcia zarządzania przez ARS- następuje czasowe przejęcie nadzoru i zarządzania przez ARS, przygotowujący i wdrażany jest program restrukturyzacyjny podlegający zaopiniowaniu przez NFZ. Program restrukturyzacyjny powinien uwzględniać elementy wymienione w kategorii C oraz dodatkowo:

- zmianę struktury organizacyjnej szpitala (np. konsolidację komórek organizacyjnych, redukcję liczby niewykorzystywanych łóżek, outsourcing nierentownych usług medycznych i niemedycechnych);

·przeprofilowanie szpitala dostosowujące jego strukturę do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na danym terenie;

·**konsolidację szpitali na danym terenie w celu dostosowania do potrzeb zdrowotnych.**

Realizacja i efektywność programów restrukturyzacyjnych szpitali będzie monitorowana przez ARS.

W przypadku braku realizacji działań zaplanowanych w programie restrukturyzacyjnym lub nieosiągnięcia zakładanych efektów restrukturyzacji i wygenerowania wskaźników finansowych poza zakresem oczekiwanych wartości, w przypadku szpitali w kategorii C, ARS będzie dokonywała **czasowego przejęcia zarządzania szpitalami** analogicznie jak w kategorii D.

Zgodnie z założeniami przedstawionego wariantu III reformy, ARS będzie oddelegowywała doradcę restrukturyzacyjnego, który zatrudniany będzie w realizującym program restrukturyzacyjny szpitalu celem nadzorowania całości procesu restrukturyzacji. **ARS będzie miała także możliwość przejęcia nadzoru i zarządzania nad szpitalami w najgorszej sytuacji. Do przejęcia takiego dochodziło będzie również w sytuacji nieosiągnięcia zakładanych celów prowadzonego postępowania restrukturyzacyjnego.**

W naszej ocenie Miejski Szpital Zespolony zostanie zakwalifikowany do kategorii **D- szpital wymagający wdrożenia programu restrukturyzacyjnego i przejęcia zarządzania przez ARS** gdzie nastąpi czasowe **przejęcie nadzoru i zarządzania** przez ARS, co może spowodować że dotychczasowy podmiot tworzący nie będzie miał wpływu na funkcjonowanie szpitala i zapewnienie opieki zdrowotnej w dotychczasowym zakresie.

Powyższe zapisy nie zostały zmienione na dzień składania aktualizacji planu naprawczego.

Minister zdrowia Adam Niedzielski 20 września 2022 roku poinformował media o planowanej reformie szpitali i modyfikacji ustawy, której istotą jest powołanie specjalnego funduszu restrukturyzacyjnego. Istotą zmodyfikowanego projektu jest powołanie specjalnego funduszu restrukturyzacyjnego, do którego na zasadzie konkursu będą mogły aplikować szpitale w trudnej sytuacji finansowej. Minister zdrowia poinformował, że **do specjalnego funduszu restrukturyzacyjnego**, do którego na zasadzie konkursu będą mogły aplikować te szpitale właśnie w trudnej sytuacji finansowej i otrzymać środki: z jednej strony na przygotowanie profesjonalnego planu restrukturyzacyjnego, z drugiej na wsparcie całego procesu restrukturyzacji, czyli również pewnego rodzaju oddłużenie szczególnie na poziomie tych najtrudniejszych zobowiązań wymagalnych.

Plan naprawczy MSZ zakłada rozbudowę szpitala przy ul. Mirowskiej.

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

Alokacja przestrzenna – przeprowadzenie inwestycji obejmującej budowę nowego pawilonu przy ul.

Mirowskiej 15. Celem koncentracji działalności medycznej w 2 lokalizacjach ul. Bony i ul. Mirowskiej. Nowe poukładanie komórek w obrębie budynków już istniejących oraz w nowo powstałym pawilonie.

W planie naprawczym w 2021 roku koszty realizacji szacowano na 90 mln. Środki na realizację inwestycji miały pochodzić w 85 % z UE, a 15 % z UM.

Planowany koszt inwestycji może ulec zmianie w związku z galopującymi cenami materiałów budowlanych oraz corocznym wzrostem wynagrodzeń minimalnych. Koszt inwestycji oszacowano na wyższym poziomie z uwagi na rosnące ceny usług i materiałów na rynku, oraz wzrostem minimalnego wynagrodzenia, co przełoży się na cały koszt planowanego zadania. Dyrekcja MSZ podejmie wszelkie możliwe działania w celu uzyskania dofinansowania zadania ze środków UE, ale zakładamy również, że środki na realizację inwestycji w 100 % będą musiały być pokryte przez podmiot tworzący w przypadku braku możliwości pozyskania środków zewnętrznych.

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

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

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

Stan obecny	Stan po zmianach
Oddział Chorób Wewnętrznych	Propozycja dzierżawy pomieszczeń lub przekazanie budynku podmiotowi tworzącemu lub utworzenie Oddziału Opieki Paliatywnej (Długoterminowej)
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 budynek 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.

Optymalizacja strony kosztowej- od strony organizacyjnej 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. Obecny sposób finansowania świadczeń przez NFZ (plany rzeczowo- finansowe) uniemożliwiają planowanie kosztów w dłuższym okresie czasu. 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. Ponadto wyrok TK oznacza utratę jednego ze źródeł otrzymywanych środków finansowych, jakim w przypadku pokrywania ujemnego wyniku finansowego był zobowiązany podmiot tworzący. Podmiot tworzący może pokryć stratę netto za rok obrotowy samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w kwocie nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji.

Od lipca 2022 roku MSZ ma trudności z realizacją ustawy o minimalnych wynagrodzeniach z uwagi na częściowe pokrycie kosztów wynagrodzeń przez NFZ. Obecnie miesięcznie na pokrycie kosztów wynagrodzeń narzuconych przez ustawodawcę brakuje 1,5 mln zł.

W związku ze zgłaszanymi problemami w realizacji ustawy przez szpitale, głównie powiatowe Prezes NFZ wprowadził 23 września 2022 r. zarządzenie w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

W zarządzeniu założono przekazanie dodatkowych funduszy dla szpitali w ciągu trzech miesięcy od zmiany warunków finansowania, określony zostanie przez podmioty zakwalifikowane do PSZ w **porozumieniu z ich organami założycielskimi oraz wojewódzkimi Oddziałami NFZ**, kierunek działań mających na celu zrównoważenie kosztów i przychodów, w celu zapobieżenia pogarszania się sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu, w szczególności zagrożenia utratą płynności finansowej i zwiększeniem wartości zobowiązań wymagalnych. W tym zakresie rekomenduje się przeprowadzenie analizy sytuacji ekonomicznej, organizacyjnej i kadrowej podmiotu leczniczego, celem określenia obszarów problematycznych i obarczonych ryzykiem. Uzyskane wnioski powinny pozwolić na wskazanie działań i strategii dalszego funkcjonowania w celu optymalizacji działalności podmiotu leczniczego i osiągnięcia oczekiwanych wyników finansowych. Zasadne jest, aby powyżej wskazane analizy sporządziły w szczególności te podmioty, dla których wartość dodatkowych środków wynikających z minimalnego wzrostu wartości umów wynosi poniżej 10 % wzrostu wartości netto (po włączeniu w wycenę współczynników korygujących dotyczących wynagrodzeń) umów na II półrocze 2022 w stosunku do wartości tych umów według stanu na 30 czerwca 2022 r.

Miejski Szpital Zespolony otrzymał wzrost umów od 30.06.2022 r. na poziomie 4,79% co oznacza, że zostanie objęty powyższym zarządzeniem, ponieważ wzrost wartości kontraktów netto, po ostatnim dodatkowym zasileniu podwyżkowym, nie przekroczył 16 proc.

Dyrektor
Wojciech Konieczny

Uzasadnienie

Zgodnie z art. 59 ust. 4 ustawy o działalności leczniczej, jeżeli w sprawozdaniu finansowym samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wystąpiła strata netto, wówczas kierownik zakładu, 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 o działalności leczniczej, na okres nie dłuższy niż 3 lata i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.

W sprawozdaniu finansowym spzoz Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie za 2021 rok, zatwierdzonym Uchwałą Nr 825.LX.2022 Rady Miasta Częstochowy z dnia 26 maja 2022 r., została wykazana strata netto w wysokości (-) 5 423 079,95 zł. W związku z powyższym Dyrektor jednostki realizując obowiązek nałożony przez powyższy przepis art. 59 ust. 4, sporządził i przedstawił podmiotowi tworzącemu do zatwierdzenia program naprawczy.

Dyrektor Miejskiego Szpitala Zespolonego w Częstochowie pismem nr MSZ.GK.3028/25/2022 z dnia 07.11.2022 r. przedstawił dodatkowe informacje do programu naprawczego złożonego w Urzędzie Miasta w dniu 29.09.2022 r. w zakresie punktu dotyczącego alokacji przestrzennej, o następującej treści:

Alokacja przestrzenna- przeprowadzenie inwestycji obejmującej budowę nowego pawilonu przy ul. Mirowskiej 15. Celem koncentracji 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 oszacowano na 100 mln zł. Środki na realizację inwestycji miałyby pochodzić w 85 % z UE, a 15 % z UM.

Rozbudowa pawilonu A przy ul. Mirowskiej 15- poprzez zwiększenie funkcjonalności Apteki Szpitalnej, zmiana organizacji w funkcjonowaniu poradni przyszpitalnych. Koszt inwestycji oszacowano na poziomie 5 mln zł. Środki na realizację inwestycji miałyby pochodzić w 85 % z UE, a 15 % z UM.

Modernizacja/remont pomieszczeń przy ul. Mickiewicza 12. Pomieszczenia po oddziale ginekologiczno-położniczym oraz oddziale neonatologii planujemy przeznaczyć na utworzenie oddziału opieki długoterminowej. Koszt inwestycji to około 10 mln zł. Środki planujemy pozyskać ze źródeł zewnętrznych. Planowany koszt inwestycji może ulec zmianie w związku z galopującymi cenami materiałów budowlanych oraz corocznym wzrostem wynagrodzeń minimalnych.

W związku z powyższym podjęcie niniejszej uchwały jest zasadne.