

UCHWAŁA Nr ³⁰⁹.....2012
ZARZĄDU POWIATU INOWROCŁAWSKIEGO
z dnia18 lipca..... 2012 r.

w sprawie przyjęcia informacji dotyczącej działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu oraz zmian w planie finansowym tego Zakładu na 2012 rok

Na podstawie art. 121 ust. 1, ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.¹) oraz art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.²) uchwala się, co następuje:

§ 1. 1. Przyjąć informację dyrektora Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu dotyczącą działań zmierzających do racjonalizacji kosztów tego Zakładu.

2. Informacja, o której mowa w ust. 1, stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2. 1. W związku z informacją, o której mowa w § 1, przyjąć do wiadomości projekt zmiany planu finansowego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu na 2012 rok.

2. Projekt, o którym mowa w ust.1, stanowi załącznik nr 2 do niniejszej uchwały.

§ 3. Wykonanie uchwały powierzyć Staroście Inowrocławskiemu.

§ 4. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

STAROSTA
Tadeusz Majecki

WICESTAROSTA
Włodzisław Figas

Członek Zarządu
Marcel Szubargus

CZŁONEK ZARZĄDU
Mirosława Kucol

Członek Zarządu
Franciszek Żak

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2011 r. Nr 149, poz. 887, Nr 174, poz. 1039 i Nr 185, poz. 1092 oraz z 2012 r. poz. 742.

² Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 23, poz. 220, Nr 62, poz. 558, Nr 113, poz. 984, Nr 153, poz. 1271, Nr 200, poz. 1688 i Nr 214, poz. 1806, z 2003 r. Nr 162, poz. 1568, z 2004 r. Nr 102, poz. 1055 i Nr 167, poz. 1759, z 2007 r. Nr 173, poz. 1218, z 2008 r. Nr 180, poz. 1111 i Nr 223, poz. 1458, z 2009 r. Nr 92, poz. 753 i Nr 157, poz. 1241, z 2010 r. Nr 28, poz. 142 i 146, Nr 40, poz. 230 i Nr 106, poz. 675 oraz z 2011 r. Nr 21, poz. 113, Nr 149, poz. 887 i Nr 217, poz. 1281.

2012.07.16.

UZASADNIENIE DO UCHWAŁY Nr 309/2012
ZARZĄDU POWIATU INOWROCŁAWSKIEGO
z dnia 18 lipca 2012 r.

w sprawie przyjęcia informacji dotyczącej działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu oraz zmian w planie finansowym tego Zakładu na 2012 rok

Podjęcie przedmiotowej uchwały uzasadniają następujące okoliczności faktyczne.

Dyrektor PS ZOZ w Inowrocławiu 13 lipca 2012 r. przedłożył „Program działań zmierzających do racjonalizacji kosztów Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu”.

Jednocześnie planowane przez PS ZOZ w Inowrocławiu działania w zakresie racjonalizacji kosztów wiążą się z koniecznością zmiany planu finansowego tego Zakładu na 2012 rok.

Podstawę prawną podjęcia przedmiotowej uchwały stanowi art. 121 ust. 1, ust. 2 i ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) oraz art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2001 r. Nr 142, poz. 1592, z późn. zm.).

Z przywołanych przepisów wynika w szczególności, że nadzór nad podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą sprawuje podmiot tworzący. Ponadto w ramach nadzoru podmiot tworzący może żądać informacji, wyjaśnień oraz dokumentów od organów podmiotu leczniczego, o którym mowa wyżej.


STAROSTA
Tadeusz Majewski

Program działań zmierzających do racjonalizacji kosztów

Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu

Główny cel Programu

Zatrzymanie wzrastającego zadłużenia w bieżącej działalności 2012 roku wraz z perspektywą na okres następnego roku oraz zrównoważony budżet Zakładu w 2013 roku i latach następnych. Wprowadzenie odpowiednich procedur i narzędzi prawnych koniecznych do osiągnięcia celu.

I. Okoliczności wprowadzenia programu

1. Przychody PSZOZ w 2012 roku, podobnie jak w ubiegłych latach 2011-2010, nie pokrywają wszystkich kosztów działalności. Od 2009 r. zwiększenie przychodów z największego źródła finansowania usług medycznych - Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy (NFZ wynika przede wszystkim z kontraktowania większego zakresu (większej liczby) usług. Ceny w zasadzie są niezmiennie, z wyjątkiem 2012 roku, gdzie nastąpił wzrost o 1 zł z za punkt rozliczeniowy w zakresie leczenia szpitalnego. A więc, rok do roku przychody są efektywnie niższe, gdyż nie rekompensują inflacji. W sytuacji rosnących kosztów taki sposób finansowania usług doprowadza do pogłębiania się straty finansowej na działalności podstawowej.
2. W 2011 roku Zakład zamknął działalność ujemnym wynikiem finansowym wynoszącym (-) 4.597,7 tys. zł; strata wynika głównie z nierozliczenia usług medycznych zakontraktowanych z NFZ
 - a. NFZ odmówił zapłaty za usługi nielimitowane o wartości 1.676,1 tys. zł, za które gwarantował zapłatę w umowie, z tym że bez określenia terminu płatności.
 - b. NFZ nie zapłacił również za nadwykonania usług limitowanych, które osiągnęły poziom 4.880,0 tys. zł (dotychczas nie zakończyły się negocjacje z NFZ w sprawie zapłaty). Istotne jest, że nierozliczone usługi obejmują usługi wykonane w stanach nagłych o wartości 2.344,1 tys. zł, w tym w stanach zagrożenia życia o wartości 880,1 tys. zł.
3. Odmowę gwarantowanej w umowie zapłaty za usługi nielimitowane NFZ uzasadnia brakiem środków na ten cel.
4. Również brakiem wystarczających środków NFZ uzasadnia niewyrażanie zgody na przesuwanie środków między poszczególnymi zakresami zakontraktowanych usług w 2012 roku, w przypadku gdy w niektórych zakresach usługi zostały wykonane ponad limit umowny, a w niektórych nie osiągnęły wyznaczonego limitu.
5. Finansowanie podstawowej działalności PSZOZ oparte jest przede wszystkim o środki z NFZ; brak zapłaty zaległych pieniędzy za tzw. nadwykonania za 2011 rok oraz nadwykonania za 5 miesięcy 2012 roku w wysokości 2.803, 7 tys. zł, w tym w szpitalu w wysokości 2.198, 2 tys. zł, a także niewykonanie w niektórych jednostkach przychodów z bieżącej działalności w 2012 r., spowodowało dalsze pogorszenie płynności finansowej

PSZOZ w 2012 roku. Pomimo dyscyplinowania kosztów, PSZOZ zamknął działalność za 5 miesięcy 2012 roku ujemnym wynikiem finansowym wynoszącym brutto (-) 1.886,8 tys. zł (na koniec 2012 roku planowany był zysk brutto na poziomie 82,6 tys. zł).

6. Jak wynika z powyższego, strata na działalności Zakładu za 5 miesięcy 2012 roku spowodowana jest głównie uzyskaniem niższych przychodów z NFZ.
7. Jest wysoce prawdopodobne, tak wskazuje doświadczenie, że NFZ nie będzie zarówno na bieżąco, jak i na koniec 2012 roku zdolny do zapłaty za wykonane usługi ponadlimitowe.
8. Od 1 lipca 2012 roku wzrosły koszty pracy o ok. 1 328,1 tys. zł; PSZOZ na podstawie porozumienia z dnia 8 czerwca 2012 roku zawartego z organizacjami związkowymi realizuje obowiązek podwyższenia płac za lata 2009-2010 wynikający z art. 59a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.). Istotne jest, że ostatnie podwyżki płac były realizowane w 2008 roku.
9. Do końca 2012 roku PSZOZ zobowiązany jest dostosować strukturę organizacyjną do przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.). Przepisy ustawy i rozporządzenia do niej wykonawczego z dnia 17 maja 2012 roku w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania, nie przewidują funkcjonowania oddziału medycyny paliatywnej w szpitalu; oddział taki, podobnie jak hospicjum stacjonarne przewidziany jest tylko w podmiocie leczniczym (lub w jego jednostce lokalnej), który prowadzi działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne (Zakład opiekuńczo-leczniczy, Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy).
10. Wraz z rozwojem infrastruktury i rosnącymi kosztami mediów, wzrastają corocznie koszty utrzymania obiektów PSZOZ.
11. Realizacja projektów unijnych, jak wskazuje doświadczenie, będzie wymagała ich dofinansowania.
12. Dwoma najbardziej istotnymi elementami rachunku kosztów są wynagrodzenia i koszty utrzymania infrastruktury, dlatego racjonalizacja wydatków musi dotyczyć przede wszystkim tych dwóch obszarów.
13. Działalność polegająca na udzielaniu świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia oraz działalność dydaktyczna w zasadzie mają rozłączne źródła finansowania ale w ramach podmiotu leczniczego wzajemnie na siebie oddziałują, dlatego potrzebne jest równoczesne i spójne i elastyczne planowanie aktywności jednostek w tych dwóch dziedzinach, szczególnie w zakresie zatrudnienia, staży podyplomowych i specjalizacji.

O tych zjawiskach mówiliśmy wielokrotnie przy różnych okazjach od kilku lat, podkreślając potrzebę dostosowania działania naszego Zakładu do zmieniającej się z roku na rok sytuacji.

Aby bieżąca działalność nie przynosiła strat, aby zatrzymać wzrastające zadłużenie, zrównoważyć przychody z kosztami, szukamy rozwiązań, które spowodują, że w 2013 roku i latach następnych PSZOZ będzie się bilansował i odzyska płynność finansową.

Aby osiągnąć cel należało podjąć działania, które ze względu na termin realizacji podzielić można na:

- **krótkoterminowe** – do szybkiej realizacji w ciągu najbliższych 1-2 miesięcy 2012 roku (lipiec, sierpień) i uzyskania skutku finansowego na koniec 2012 roku
- **średnioterminowe** – do wdrożenia w 2012 roku i uzyskania skutku finansowego na koniec 2012 roku
- **długookresowe** – do wdrożenia w 2013 roku i latach następnych.

II. Decentralizacja finansów zakładu i jej konsekwencje

Decentralizacja finansów Zakładu, wprowadzona po 2000 roku, oparta jest na następujących zasadach:

1. W Zakładzie obowiązuje budżetowanie jednostek organizacyjnych według zasad określonych zarządzeniem Dyrektora.
2. Budżety opracowywane są na podstawie planu finansowego ustalanego zgodnie ze Statutem PSZOZ przez Dyrektora i wiążącego wszystkie jednostki organizacyjne Zakładu.
3. Kierownicy jednostek ponoszą odpowiedzialność za realizację przydzielonego budżetu.

Działania

1. Zwiększenie pomocy merytorycznej przy analizie danych pochodzących z prowadzonego ciągle monitoringu stanu finansów jednostek. Powinno to prowadzić do wcześniejszego reagowania przez jednostki na sygnały o zagrożeniach.
2. Należy wprowadzić zasadę, że problemy finansowe żadnej jednostki nie mogą obciążać budżetów innych jednostek, z wyjątkiem przypadku powstania zagrożeń niemożliwych do przewidzenia wcześniej lub wprowadzania programu naprawczego.
3. Przy bieżącym lub prognozowanym na następny rok deficycie jednostki powyżej ustalonego poziomu, jednostka przedstawia program naprawczy i przeprowadza konieczne działania, prowadzące do zbilansowania budżetu jednostki w krótkiej oraz co najmniej rocznej perspektywie czasowej.

III. Sprawy zatrudnienia

Proces dopasowania liczby zatrudnionych do potrzeb Zakładu prowadzony jest w PSZOZ od wielu lat. Aktualnie proces obejmuje Zakład w mniejszym stopniu niż w latach ubiegłych.

Działania

1. Działania dla wszystkich jednostek. Działania ciągłe.

- a. Jeżeli ponowne obsadzenie jakiegoś wolnego stanowiska jest konieczne, to należy przeprowadzić przesunięcia pracowników pomiędzy stanowiskami, z zastrzeżeniem pkt b.
 - b. Dodatkowe zatrudnienie jest możliwe tylko w przypadku, gdy wynika z dostosowania liczby i struktury zatrudnienia, w tym w zakresie kwalifikacji wymaganych na stanowisku, do obowiązujących w zakładzie minimalnych norm zatrudnienia.
2. Pozostałe działania zgodnie z pkt V-VII.

IV. Racjonalne wykorzystanie infrastruktury

Należy dopasować już przydzieloną i planowaną do przejęcia powierzchnię pomieszczeń do potrzeb i możliwości finansowych jednostek.

Działania

1. Zracjonalizować proces zakupów/dostaw materiałów, usług – ograniczyć zamówienia do niezbędnych. Działania ciągłe. Zgodnie z pkt V.
2. Wstrzymać rozpoczęcie kosztochłonnych programów inwestycyjnych i ograniczyć prace remontowe do niezbędnych. Zgodnie z pkt V.
3. Pozostałe działania zgodnie z pkt VI-VII.

V. Działania krótkoterminowe - do szybkiej realizacji

1. Zmniejszyć koszty inwestycji - ograniczyć realizację zakupów środków trwałych do tych środków, które są niezbędne do nieprzerwanego funkcjonowania Zakładu - w konsekwencji wstrzymać realizację zaplanowanych inwestycji, dotyczących reorganizacji oddziału chirurgii urazowej i ortopedii, oddziału kardiologicznego, oddziału intensywnego nadzoru kardiologicznego, pracowni hemodynamiki, oddziału rehabilitacyjnego.
2. Zmniejszyć koszty usług remontowych – ograniczyć przeprowadzanie remontów (oraz zakupów materiałów i wyposażenia z remontem związanych) tylko do tych, które są niezbędne ze względu na wymogi sanitarne - w konsekwencji wstrzymać realizację zaplanowanej modernizacji pomieszczeń związanej ze zmianą lokalizacji oddziału rehabilitacyjnego.
3. Zmniejszyć koszty usług medycznych świadczonych przez świadczeniodawców na podstawie umów cywilnoprawnych (kontrakty medyczne) – zmienić warunki finansowania, ze skutkiem obniżenia poziomu finansowania.
4. Zmniejszyć koszty dyżurów – ograniczyć liczbę dyżurów medycznych w szpitalu - w konsekwencji zlikwidować dwa dyżury: jeden pediatryczny świąteczny w części dziecięcej SOR i jeden w części internistycznej SOR.
5. Zmniejszyć koszty usług żywienia pacjentów hospitalizowanych (zmiana dostawcy).

6. Zmniejszyć koszty ubezpieczenia Zakładu od odpowiedzialności cywilnej (nowelizacja ustawy o działalności leczniczej przesunęła obowiązek dodatkowego ubezpieczenia podmiotu leczniczego od zdarzeń medycznych do 1 stycznia 2014 roku) – w konsekwencji zmienić umowę z ubezpieczycielem.
7. Zmniejszyć koszty zakupu materiałów w bieżącej działalności – leków, krwi i jej preparatów, sprzętu medycznego, opatrunków itd.
8. Zmniejszyć koszty zatrudnienia lekarzy rezydentów - zmienić warunki zatrudnienia w zakresie dotyczącym pełnienia dyżurów i wynagrodzenia za dyżury.
9. Zmniejszyć koszty zatrudnienia - ograniczyć liczbę osób zatrudnionych na czas określony.
10. Do 30 września 2012 roku jednostki budżetowe zobowiązane są do przedstawienia planu racjonalizacji wydatków i zatrudnienia do końca 2012 roku i na najbliższy rok oraz planu działania (rozwoju) uwzględniających zakres usług, zapotrzebowanie na liczbę godzin pracy, dyżury, zapotrzebowanie na liczbę pracowników, zapotrzebowanie na pomieszczenia, sprzęt i aparaturę medyczną (oraz prognozę na rok 2013). Dla ułatwienia przygotowania i ujednolicenia dla wszystkich jednostek tych planów, należy wykorzystać w tym celu analizę działalności jednostki. Do przygotowania takiej analizy (półrocznej - do 20 września i rocznej - do 20 lutego) zobowiązuje zarządzenie Dyrektora PSZOZ.
11. Do 30 września, te jednostki, które mają problemy z zamknięciem budżetu w 2012 roku lub mogą mieć problemy w 2013 roku (prognozy na rok 2013), zobowiązane są do przygotowania planu działań restrukturyzacyjnych w latach 2012-2013, z uwzględnieniem:
 - a. racjonalizacji oferty usług,
 - b. dostosowania zatrudnienia i polityki kadrowej do potrzeb i możliwości finansowych jednostki,
 - c. analizy rzeczywistych potrzeb zajmowanej powierzchni, w tym wykorzystania pomieszczeń, sprzętu i aparatury medycznej,
 - d. konieczności zrównoważenia wydatków i przychodów, zgodnie z budżetem.
12. Jeżeli do końca września nie zostaną przedstawione realistyczne plany działania, to:
 - a. „samodzielność finansowa” jednostki zostanie zawieszona,
 - b. zostanie opracowany i wprowadzony program prowadzący do zrównoważenia budżetu tej jednostki.

VI. Działania Średniookresowe

1. Dostosować strukturę zatrudnienia do potrzeb – redukcja 13 etatów.

2. Ujednolicić zasady wynagradzania pracowników zatrudnionych we wszystkich jednostkach świadczących usługi pomocy doraźnej – w konsekwencji znieść dodatek w pogotowiu ratunkowym.
3. Wprowadzić zasadę, iż w przypadku nadwyżki finansowej wypracowanej na różnego rodzaju działalności, ustalony procent nadwyżki może być „skonsumowany” przez wypracowujących nadwyżkę.

VII. Działania długookresowe

1. Zreorganizować lub (lub zlikwidować) oddział rehabilitacyjny zarówno w zakresie infrastruktury, jak i zatrudnienia. Wynik finansowy za 5 msc. 2012 roku to strata ok. 200 tys. zł. Procedury rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach oddziału szpitalnego są nieopłacalne (plan zakłada stratę).
2. Zreorganizować (lub zlikwidować) oddział opieki paliatywnej zarówno w zakresie infrastruktury, jak i zatrudnienia. Wynik finansowy za 5 msc. 2012 r. to strata ok. 250 tys. zł. Przepisy ustawy o działalności leczniczej nie przewidują możliwości prowadzenia oddziału medycyny paliatywnej w warunkach szpitalnych, a jedynie w warunkach stacjonarnych innych niż szpitalne (ZOL, ZOP).
3. Zreorganizować I oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej, II oddział chirurgii ogólnej zarówno w zakresie infrastruktury, jak i zatrudnienia – skonsolidować I oddział chirurgii ogólnej i onkologicznej, II oddział chirurgii ogólnej w zakresie profilu: chirurgia ogólna, chirurgia dziecięca, a w zakresie profilu chirurgia onkologiczna i chemioterapia wyodrębnić oddział o tym profilu i zwiększyć zakres usług w chemioterapii.
4. Zreorganizować zarówno w zakresie infrastruktury, jak i zatrudnienia oddział chirurgii urazowej i ortopedii, oddział kardiologiczny, oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego, pracownię hemodynamiki (działania wstrzymane w 2012 roku).

VIII. Uwagi końcowe

1. Doświadczenie wskazuje, że dotychczasowy udział jednostek w planowaniu, w tym kosztów zatrudnienia i kontroli wydatków jest niewystarczający. Dlatego, zgodnie z zasadami kontroli zarządczej, konieczne jest przygotowanie planów i prognoz określonych w niniejszym Programie.
2. Wprowadzenie koniecznych zmian będzie trudne, szczególnie w dziedzinie racjonalizacji oferty i związanych z tym spraw kadrowych. Część problemów kadrowych możemy rozwiązać przez wygaszanie stanowisk pracy po pracownikach odchodzących na emerytury lub którzy byli zatrudnieni na czas określony.

IX. Dodatkowe działania

Oprócz działań opisanych powyżej kontynuowane będą starania o uzyskanie od NFZ zaległej zapłaty na tzw. nadwykonania usług w roku 2011 i bieżącym.

1. Podjęcie starań o wyegzekwowanie zapłaty na usługi nielimitowane za 2011 rok na drodze sądowej - pozew o wartości 1.676,1 tys. zł, w tym za usługi w rodzaju umowy: leczenie szpitalne ,w zakresie: kardiologia, neonatologia, położnictwo i ginekologia na kwotę 636,5 tys. zł, oraz w zakresie: kardiologia, położnictwo i ginekologia na kwotę 1.039,6 tys. zł.
2. Doprowadzenie do porozumienia w negocjacjach z NFZ w sprawie zapłaty za usługi wykonane w stanach nagłych o wartości 2.344,1 tys. zł, w tym w stanach zagrożenia życia o wartości 880, 1 tys. zł.

Załącznik:

1. Projekt zmiany planu finansowego PSZOZ w Inowrocławiu na 2012 rok z dnia 30 czerwca 2012 r.

DYREKTOR
Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Inowrocławiu
dr n. med. Eligiusz Petelaś

Projekt zmiany z dnia 30.06.2012 r.

PLAN FINANSOWY PS ZOZ W INOWROCŁAWIU NA 2012 ROK

Inowrocław, czerwiec 2012 r.

SPIS TREŚCI:

1. WPROWADZENIE	2
2. PRZYCHODY	3
3. KOSZTY	5
4. WYNIK FINANSOWY	6
5. ZAKUPY ŚRODKÓW TRWAŁYCH	7
6. BILANS	7
7. ZATRUDNIENIE	8
8. PODSUMOWANIE.....	9
9. ZAŁĄCZNIK 1 –Zakupy środków trwałych.....	10

1. WPROWADZENIE

Niniejsze opracowanie Planu Finansowego stanowi zmianę Planu Finansowego Publicznego Specjalistycznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Inowrocławiu (PSZOZ w Inowrocławiu), opracowanego dnia 20 marca 2012 roku i przyjętego przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego dnia 30 marca 2012 roku uchwałą Nr 234/2012 (z późn. zm. z dnia 25 kwietnia 2012 roku, przyjętymi przez Zarząd Powiatu Inowrocławskiego dnia 6 czerwca 2012 r. uchwałą Nr 270/2012). Zmiana planu finansowego wynika z możliwości określenia na dzień 31 maja 2012 roku realnych przychodów na 2012 rok z Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) oraz konieczności dostosowania kosztów realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach zawartych umów do poziomu umożliwiającego ich zbilansowanie z przychodami na koniec 2012 roku.

PSZOZ w Inowrocławiu prowadzi działalność gospodarczą i finansową na zasadach określonych w obowiązujących przepisach prawa, w szczególności:

- ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), zastępującej od 1 lipca 2011 roku ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.);
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.);
- ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2009 r. Nr 157, poz. 1240, z późn. zm.)

oraz Statucie PSZOZ w Inowrocławiu.

PSZOZ w Inowrocławiu jest podmiotem leczniczym w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, prowadzonym w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, dla którego podmiotem tworzącym jest Powiat Inowrocławski.

Obszar działania PSZOZ w Inowrocławiu obejmuje terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w szczególności - ze względu na podmiot tworzący - powiat inowrocławski.

Celem Zakładu jest:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów regulujących zasady ich wykonywania;
- promocja zdrowia;
- realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

PSZOZ w Inowrocławiu udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie obowiązujących w tym zakresie przepisów prawa nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. PSZOZ jest uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych również innym niż wyżej wymienionym osobom za odpłatnością (wysokość opłat ustala Dyrektor PSZOZ w Inowrocławiu).

Zasadą naczelną jest, że żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do odmowy udzielania świadczeń zdrowotnych, jeżeli osoba zgłaszająca się do podmiotu leczniczego potrzebuje natychmiastowego udzielenia świadczenia ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

Do zadań PSZOZ w Inowrocławiu należy:

- udzielanie stacjonarnych i całodobowych (w tym całodziennych) świadczeń szpitalnych, w zakresie posiadanych specjalności;
- udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych obejmujących:
 - świadczenia specjalistycznej opieki zdrowotnej, w tym badania diagnostyczne wykonywane w celu rozpoznania stanu zdrowia i ustalenia dalszego postępowania leczniczego, w zakresie posiadanych specjalności,
 - świadczenia rehabilitacji leczniczej,
 - pomoc doraźną i ratownictwo medyczne – świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej w ambulatorium i w zakresie wyjazdowej pomocy lekarskiej i pielęgniarskiej oraz świadczenia w zespołach ratownictwa medycznego - podstawowych i specjalistycznych;
- wykonywanie badań diagnostycznych i zabiegów w warunkach stacjonarnych lub ambulatoryjnych, w zakresie posiadanych specjalności;

- wykonywanie usług transportu sanitarnego;
- wykonywanie programów zdrowotnych terapeutycznych, profilaktycznych i promocji zdrowia;
- uczestniczenie w przygotowaniu osób do wykonywania zawodów medycznych i kształceniu osób wykonujących zawody medyczne na zasadach określonych w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa;
- uczestniczenie w prowadzeniu badań klinicznych produktów leczniczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia na zasadach określonych w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.

PSZOZ w Inowrocławiu prowadzi działalność w jednostkach lokalnych stanowiących:

- szpital wielospecjalistyczny;
- przychodnię z poradniami specjalistycznymi;
- zakłady/pracownie diagnostyczne i lecznicze, w tym medyczne laboratoria diagnostyczne;
- zakład/ pracownię rehabilitacji leczniczej;
- pomoc doraźną i jednostki ratownictwa medycznego.

PSZOZ w Inowrocławiu prowadzi również działalność inną niż leczniczą w zakresie:

- wynajmu, dzierżawy nieruchomości, sprzętu i aparatury medycznej;
- usług pralniczych;
- usług w zakresie sterylizacji sprzętu medycznego i kosmetycznego;
- usług transportowych;
- usług naprawy i serwisu sprzętu medycznego;
- usług w zakresie gospodarowania odpadami;
- przechowywania zwłok;
- usług szkoleniowych (organizowanie konferencji naukowych, warsztatów szkoleniowych);
- działalności wydawniczej (wydawanie książek).

Podstawą gospodarki finansowej PSZOZ w Inowrocławiu jest roczny plan finansowy ustalany przez Dyrektora PSZOZ w Inowrocławiu. Plan finansowy określa przewidywane przychody i koszty, wynik finansowy Zakładu oraz planowane zakupy środków trwałych. Budżet Zakładu wyraża przewidywane skutki finansowe planowanych działań i przedsięwzięć.

Planowane przychody i koszty na 2012 r. zostały ustalone na bazie dostępnych danych na dzień 31 maja 2012 roku.

2. PRZYCHODY

Finansowanie podstawowej działalności statutowej PSZOZ w Inowrocławiu oparte jest przede wszystkim o środki finansowe z Kujawsko – Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Bydgoszczy. Zgodnie ze stanem na dzień sporządzenia skorygowanego Planu Finansowego PSZOZ w Inowrocławiu na 2012 rok, wartość finansowania poszczególnych rodzajów świadczeń medycznych wynikająca z zawartych umów została przedstawiona w tabeli.

Wartościowe zestawienie umów z K-P O/W NFZ w 2011 i 2012 roku

Kod	Rodzaj usługi	2011			2012			Różnica 2012 do 2011
		ilość	wartość	wartość	ilość	cena	wartość	
	Ogółem			95 820,8			104 313,6	8 492,8
AOS	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	781 278	8,66	6 765,3	844 282	8,74	7 383,1	617,8
ASDK	Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne współfinansowane	101 268	8,80	891,2	96 204	8,80	846,6	-44,6
REH	Rehabilitacja Lecznicza, w tym:			2 457,3	2 521 860		2 579,5	122,2
	Oddział szpitalny,	1 101 257	1,05	1 156,3	1 153 062	1,05	1 210,7	54,4
	Rehabilitacja wczesna neurologiczna							
	Rehabilitacja poradnie	162 757	1,0	162,8	172 005	1,0	172,0	9,2
	Rehabilitacja ambulatoryjna	1 138 222	1,0	1 138,2	1 196 793	1,0	1 196,8	58,6
OPD	Opieka długoterminowa, w tym:	16 350		1 727,9			1 929,0	201,1
	Oddział szpitalny, osobodzień	5 781	225,0	1 300,6	6 570	225,0	1 478,3	177,7
	Hospicjum domowe, porada	428	25,00	10,7	428	25,00	10,7	
	Hospicjum domowe, osobodzień	10 416	40,00	416,6	11 000	40,00	440,0	23,4

Ciąg dalszy tabeli: Wartościowe zestawienie umów z K-P O/W NFZ w 2011 i 2012 roku

Kod	Rodzaj usługi	2011			2012			Różnica 2012 do 2011
		ilość	wartość	wartość	ilość	cena	wartość	
PSY	Psychoterapia i psychologia,	88 560	8,65	766,0	106 206	8,68	921,5	155,5
STM	Leczenie stomatologiczne w zakresie chirurgii stomatologicznej	180 000	1,10	198,0	180 000	1,20	216,0	18,0
SOK	Stacja Dializ, hemodializa	8 968	414	3 712,7	9 963	414	4 124,7	412,0
SZP	Lecznictwo szpitalne w tym:	1 314 994	50	69 011,6	1 373 976		75 894,3	6 882,7
	Oddziały szpitalne razem			65 388,6	1 373 976		71 332,5	5 943,9
	za styczeń 2012 r.				114 266	51	5 827,6	
	od lutego do grudnia 2012 r.	365	9 926	3 623,0	1 259 710	52	65 504,9	
	Szpitalny Oddział Ratunkowy, w tym:				366		4 561,8	938,8
	od I do VI				182	9 900	1 801,8	
	od VII do XII				184	15 000	2 760,0	
SZPL	Terapeutyczne programy zdrowotne			86,1			105,3	19,2
PRO	Program profilaktyczny	12 273	9,0	110,4	18 400	9,0	165,6	55,2
RTM	Ratownictwo medyczne i transport, w tym			7 216,8			7 286,3	69,5
	Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	730	3 956	2 887,9	732	3 982	2 914,8	26,9
	Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 460	2 965	4 328,9	1 464	2 986	4 371,5	42,6
POZA	Podstawowa opieka zdrowotna w ramach nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej			2 877,5			2 861,7	-15,8

Wartość podpisanych kontraktów z NFZ na 2012 rok stanowi kwotę 104.313,6 tys. zł. Podpisane umowy z NFZ na finansowanie świadczeń medycznych nie gwarantują ich rozliczenia w 100%. Z danych za 5 m-cy 2012 roku wynika, że Zakład w niektórych zakresach usług medycznych nie jest w stanie wykonać poziomu określonego w umowie, np. SOK – Stacja Dializ. Dlatego też oszacowane przychody na 2012 r. z NFZ na kwotę 103.260 tys. zł stanowią 99,0% wartości zawartych umów. Uwzględniając przychody z pozostałej działalności gospodarczej (refundacje kosztów staży podyplomowych i rezydentów, pozostałe usługi medyczne i niemedyce, wynajem pomieszczeń) w wysokości 6.395,4 tys. zł, oraz z pozostałej działalności operacyjnej i finansowej w wysokości 365,0 tys. zł, PSZOZ przewiduje uzyskać przychody ogółem na poziomie 110.020,4 tys. zł.

Przychody PSZOZ za 2011 rok, potwierdzone umowami z NFZ, ukształtowały się na poziomie 95.820,8 tys. zł i nie obejmują wykonania usług nielimitowanych z zakresu kardiologii, neonatologii i położnictwa na kwotę 1.676,1 tys. zł, za które NFZ nie zapłacił. Nadto należy wskazać, że na dzień 30 czerwca 2012 roku nie zostały zakończone negocjacje z NFZ, dotyczące sfinansowania nadwykonanych usług limitowanych za 2011 rok, które osiągnęły poziom 4.880,0 tys. zł.

Przychody wg źródeł finansowania

Wyszczególnienie	Wykonanie 2011 r.	Plan 2012 r.		Różnica planu na dzień 30.06 do 20.03
		Na dzień 20.03.	Na dzień 30.06.	
Ogółem PSZOZ	103 288,7	112 546,2	110 020,4	-2 525,8
<i>Działalność operacyjna</i>	<i>102 852,5</i>	<i>112 206,2</i>	<i>109 655,4</i>	<i>-2 550,8</i>
Narodowy Fundusz Zdrowia	97 032,4	106 083,5	103 260,0	-2 823,5
Przychody własne, w tym:	5 820,1	6 122,7	6 395,4	272,7
Ministerstwo Zdrowia (rezydentury)	936,3	1 461,4	1 480,9	19,5
Urząd Marszałkowski (refundacja staży podyplomowych)	52,2	144,9	143,8	-1,1
Pozostałe usługi medyczne, niemedyce i dzierżawy	4 831,6	4 516,4	4 770,7	254,3
<i>Pozostała działalność operacyjna</i>	<i>370,6</i>	<i>300,0</i>	<i>324,6</i>	<i>24,6</i>
<i>Działalność finansowa</i>	<i>65,6</i>	<i>40,0</i>	<i>40,4</i>	<i>0,4</i>

Przychody wg działalności

(w tys. zł)

Lp	Wyszczególnienie	Wykonanie 2011 r.		Plan 2012				Różnica planu na dzień 30.06 do 20.03	
				Na dzień 20.03.		Na dzień 30.06.			
		Ogółem	w tym: NFZ	Ogółem	w tym: NFZ	Ogółem	w tym: NFZ	Ogółem	w tym: NFZ
	Ogółem PSZOZ	103 288,7	97 032,4	112 546,2	106 083,5	110 020,4	103 260,0	-2 525,8	-2 823,5
I	<i>Działalność operacyjna</i>	<i>102 852,5</i>	<i>97 032,4</i>	<i>112 206,2</i>	<i>106 083,5</i>	<i>109 655,4</i>	<i>103 260,0</i>	<i>-2 550,8</i>	<i>-2 823,5</i>
1	Szpitalnictwo	79 397,5	77 366,4	87 492,1	85 409,6	84 928,7	82 588,3	-2 563,4	-2 821,3
	Oddziały szpitalne	77 265,7	76 479,8	84 709,1	84 563,0	82 026,5	81 741,7	-2 682,6	-2 821,3
	Usługi pomocnicze medyczne	2 131,8	886,6	2 783,0	846,6	2 902,2	846,6	119,2	
2	Lecznictwo ambulatoryjne	10 099,9	9 430,9	11 040,6	10 360,2	11 030,9	10 360,3	-9,7	0,1
	Poradnie specjalistyczne	8 340,2	8 292,7	9 200,1	9 163,4	9 190,4	9 163,5	-9,7	0,1
	Poradnia Medycyny Pracy	621,5		643,7		643,7			
	Pracownia Rehabilitacji	1 138,2	1 138,2	1 196,8	1 196,8	1 196,8	1 196,8		
3	Ratownictwo medyczne	10 145,8	10 093,7	10 199,6	10 148,1	10 185,8	10 145,8	-13,8	-2,3
	Zespoły Ratownictwa Medycznego	7 267,2	7 216,2	7 337,8	7 286,3	7 326,3	7 286,3	-11,5	
	Nocna i świąteczna ambulatoryjna i wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska	2 878,6	2 877,5	2 861,8	2 861,8	2 859,5	2 859,5	-2,3	-2,3
5	Programy profilaktyczne	141,4	141,4	165,6	165,6	165,6	165,6		
6	Staze i specjalizacje medyczne	1 320,4		1 606,3		1 624,6		18,3	
7	Pozostała działalność	1 747,5		1 702,0		1 719,8		17,8	
	Wynajem	1 044,6		1 104,6		1 111,5		6,9	
	Pozostałe usługi niemedyceczne	702,9		597,4		608,3		10,9	
II	<i>Pozostała działalność operacyjna</i>	<i>370,6</i>		<i>300,0</i>		<i>324,6</i>		<i>24,6</i>	
III	<i>Działalność finansowa</i>	<i>65,6</i>		<i>40,0</i>		<i>40,4</i>		<i>0,4</i>	

3. KOSZTY**Koszty rodzajowe**

(w tys. zł)

Lp.	Wyszczególnienie	Wykonanie 2011 r.	Plan 2012 r.		Różnica planu na dzień 30.06 do 20.03
			Na dzień 20.03.	Na dzień 30.06.	
	KOSZTY	107 886,4	112 463,7	111 882,8	-580,9
<i>I</i>	<i>Działalność operacyjna</i>	<i>107 113,7</i>	<i>112 068,7</i>	<i>111 404,1</i>	<i>-664,6</i>
1	Zużycie materiałów	16 097,8	17 335,4	16 859,4	-476,0
2	Zużycie energii	4 066,2	4 493,9	4 673,2	179,3
3	Usługi obce	35 315,6	36 941,0	35 565,0	-1 376,0
4	Podatki i opłaty	590,6	699,8	754,2	54,4
5	Wynagrodzenia	36 763,2	37 087,9	38 219,2	1 131,3
6	Świadczenia na rzecz pracownika	7 862,8	8 625,1	8 821,9	196,8
7	Amortyzacja	5 872,2	5 795,4	5 618,8	-176,6
8	Pozostałe koszty	545,3	1 090,2	892,4	-197,8
<i>II</i>	<i>Pozostała działalność operacyjna</i>	<i>264,0</i>	<i>35,0</i>	<i>104,6</i>	<i>69,6</i>
<i>III</i>	<i>Działalność finansowa</i>	<i>212,7</i>	<i>360,0</i>	<i>374,1</i>	<i>14,1</i>
<i>IV</i>	<i>Bierne rozliczenia międzyokresowe</i>	<i>296,0</i>			

Plan w zakresie kosztów związanych ze świadczeniem usług medycznych na dzień 30 czerwca 2012 roku został ustalony w oparciu o:

- a) wykonane koszty za 5 m-cy 2012 roku,

- b) zaplanowane koszty na dalsze miesiące 2012 roku, z uwzględnieniem finansowania świadczeń zdrowotnych przez NFZ od czerwca do końca 2012 roku.

PSZOZ w zakresie planowanych kosztów założył, że na koniec 2012 roku będzie możliwe ich zbilansowanie z uzyskanymi przychodami.

Koszty za 2012 rok, ustalone na dzień 30 czerwca 2012 roku, na realizację zadań statutowych powinny ukształtować się na poziomie 111.882,8 tys. zł, tj. w porównaniu do planu z dnia 20 marca 2012 roku powinny być mniejsze o 580,9 tys. zł.

Zmiany w niniejszym planie w zakresie kosztów w porównaniu do planu na dzień 20 marca 2012 roku wynikają z dostosowania kosztów do poziomu umożliwiającego zaspokojenie tylko niezbędnych potrzeb, uwzględniając obecną sytuację PSZOZ oraz skutki wprowadzenia działań oszczędnościowych i dyscyplinujących.

Zmiany dotyczą przede wszystkim:

Zmniejszenia:

- kosztów zmiennych (leków, krwi i preparatów krwio pochodnych, sprzętu medycznego, opatrunków itp.), o ok. 400,0 tys. zł,
- kosztów usług remontowych o ok. 390,0 tys. zł, poprzez zrezygnowanie z modernizacji pomieszczeń dotyczących zmiany lokalizacji Oddziału Rehabilitacyjnego oraz ograniczenie zakupu innych materiałów do remontu i wyposażenia,
- kosztów zakupu badań /usług diagnostycznych, o ok. 770,0 tys. zł, przez dostosowanie ich wartości do zakontraktowanych z NFZ ilości usług w zakresie kardiologii inwazyjnej,
- kosztów innych usług medycznych świadczonych w ramach umów cywilno – prawnych, o ok. 300,0 tys. zł,
- kosztów usług gastronomicznych, o ok. 180,0 tys. zł (rozstrzygnięcie przetargu, zmiana dostawcy),
- kosztów ubezpieczeń od odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego, o ok. 200,0 tys. zł, wskutek zmiany ustawy o działalności leczniczej obowiązującej od 1 lipca 2012 r., która przesunęła w czasie obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych do dnia 1 stycznia 2014 r.

Zwiększenia:

- kosztów zużycia energii, gazu, paliwa oraz innych usług obcych, o ok. 490,0 tys. zł, na podstawie wykonania kosztów za 5 m-cy 2012 roku i prognozy wg obowiązujących cen do końca 2012 roku,
- kosztów wynagrodzeń i składek ZUS, o ok. 1.328,1 tys. zł, w tym: 820,0 tys. zł – zwiększenie przeciętnie na 1 etat o 114 zł (wynagrodzenia i pochodne ZUS) od 1 lipca 2012 roku (na podstawie porozumienia zawartego z organizacjami związkowymi w dniu 8 czerwca 2012 roku w sprawie wykonania obowiązku podwyższenia płac za lata 2009-2010 wynikającego z art. 59a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej), pozostała kwota dotyczy m.in. wynagrodzeń związanych z większą niż w 2011 roku liczbą rezydentów.

4. WYNIK FINANSOWY

Wynik finansowy brutto wg działalności

(w tys. zł)

Wyszczególnienie	Wykonanie za 2011 r.	Plan 2012 r.								
		Wykonanie za 5 m-cy	30 cze	31-lip	31 sie	30 wrz	31 paź	30 lis	31 gru	Rok
Ogółem	-4 597,7	-1 886,8	-67,5	310,3	-85,0	-39,3	-66,8	-12,7	-14,6	-1 862,4
Działalność operacyjna	-4 557,2	-1 807,5	-60,2	316,8	-79,2	-34,2	-62,4	-9,3	-12,7	-1 748,7
Pozostała działalność operacyjna	106,6	63,6	21,9	21,9	21,9	21,9	21,9	21,9	25,2	220,2
Działalność finansowa	-147,1	-142,9	-29,2	-28,4	-27,7	-27	-26,3	-25,3	-27,1	-333,9

W Planie Finansowym PSZOZ w Inowrocławiu na 2012 rok, opracowanym na dzień 30 czerwca 2012 roku, została wykazana strata brutto na działalności w wysokości (-) 1.862,4 tys. zł. Zapłata podatku dochodowego planowana jest w wysokości 46,0 tys. zł. Na poprawę wyniku finansowego na koniec 2012 roku może wpłynąć wdrożenie działań naprawczych – oszczędnościowych oraz bieżące regulowanie przychodów za świadczenia medyczne, zwłaszcza z NFZ.

Wynik finansowy wg art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej

Wyszczególnienie	Wykonanie za 2011 r.	Plan 2012 r.	
		Na dzień 20.03	Na dzień 30.06.
Wynik finansowy	-4 597,7	82,6	-1 862,4
Amortyzacja	5 872,2	5 795,4	5 618,9
Wynik wg art. 59 pkt 2	1 274,5	-	3 756,5

Zgodnie z art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej, podmiot tworzący samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej może, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego zakładu opieki zdrowotnej, pokryć ujemny wynik finansowy za rok obrotowy tego zakładu, jeżeli wynik ten, po dodaniu kosztów amortyzacji, ma wartość ujemną – do wysokości tej wartości.

Według oszacowanej straty na koniec 2012 roku na poziomie 1.862,4 tys. zł, zwiększonej o planowaną amortyzację, nie ma zagrożenia, iż podmiot tworzący PSZOZ w Inowrocławiu zobowiązany będzie do pokrycia straty PSZOZ za 2012 rok.

5. ZAKUPY ŚRODKÓW TRWAŁYCH

PSZOZ w Inowrocławiu w 2012 roku planuje zrealizować tylko te zakupy środków trwałych, które są niezbędne do nieprzerwanego funkcjonowania Zakładu. Realizacja planowanych zakupów środków trwałych w budowie oraz innych środków trwałych (sprzętu i aparatury medycznej) uzależniona będzie od możliwości zaangażowania środków finansowych własnych, jak również od pozyskania środków na dofinansowanie z obcych źródeł, przede wszystkim dotacji z Powiatu Inowrocławskiego i Funduszy Unii Europejskiej. Szczegółowy wykaz planowanych zakupów środków trwałych zawiera Załącznik 1.

6. BILANS**Bilans (wersja uproszczona)**

(w tys. zł)

AKTYWA	Stan na 31.12.			PASywa	Stan na 31.12.		
	2011r.	Plan 2012 r.			2011 r.	Plan 2012 r.	
		Na dzień 20.03.	Na dzień 30.06.			Na dzień 20.03.	Na dzień 30.06.
A. Aktywa trwałe	41 883	45 854	42 618	A. Kapitał (fundusz) własny	33 964	34 001	32 007
I. Wartości niematerialne i prawne	15	97	15	I. Kapitał (fundusz) podstawowy	47 774	47 774	47 774
II. Rzeczowe aktywa trwałe	41 868	45 757	42 603	II. Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)			
III. Należności długoterminowe				III. Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)			
IV Inwestycje długoterminowe				IV. Kapitał (fundusz) zapasowy			
V. Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe				V. Kapitał (fundusz) z aktualiza- cji wyceny			
B. Aktywa obrotowe	15 857	15 000	16 100	VI. Pozostałe kapitały (fundu- sze) rezerwowe			
I. Zapasy	1 804	1 700	1 800	VII. Zysk (strata) z lat ubiegłych	-9 261	-13 810	-13 859
II. Należności krótkoterminowe	10 212	9 500	10 500	VIII. Zysk (strata) netto	-4 549	37	-1 908
III. Inwestycje krótkoterminowe	3 617	3 600	3 600	IX. Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wiel- kość ujemna)			
IV. Krótkoterminowe rozlicze- nia międzyokresowe	224	200	200	B. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	23 776	26 853	26 711
				I. Rezerwy na zobowiązania	4 339	4 300	4 500
				II. Zobowiązania długotermino- we	999	1 100	1 050
				III. Zobowiązania krótkotermi- nowe	14 804	17 603	17 721
				IV Rozliczenia międzyokresowe	3 634	3 850	3 440
Aktywa razem	57 740	60 854	58 718	Pasywa razem	57 740	60 854	58 718

Prognoza zweryfikowanego na dzień 30 czerwca 2012 roku bilansu na 2012 rok zamyka się sumą 57,6 mln zł. Przy ograniczonej realizacji planowanych zakupów środków trwałych, ze względu na ogra-

niczone środki finansowe, aktywa trwałe mogą ukształtować się w wysokości 41,4 mln zł. Kapitał podstawowy został zaplanowany na poziomie 2011 roku (47,7 mln zł). Zobowiązania krótkoterminowe ukształtują się na poziomie 16,7 mln zł.

Wybrane wskaźniki ekonomiczne

Wyszczególnienie		2011 r.	Plan 2012 r.	
			Na dzień 20.03.	Na dzień 30.06.
Wskaźnik ogólnego zadłużenia(%)	zobowiązania ogółem/pasywa ogółem	41,2	44,1	45,5
Wskaźnik bieżącej płynności	majątek obrotowy/zobowiązania krótkoterminowe	1,07	0,85	0,91
Wskaźnik udział kapitałów własnych (%)	kapitał własny /pasywa ogółem	58,8	55,9	54,5

Wskaźnik zadłużenia wg art. 71 ustawy o działalności leczniczej

Wyszczególnienie		2011 r.	Plan 2012 r.	
			Na dzień 20.03.	Na dzień 30.06.
Suma zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych pomniejszona o inwestycje krótkoterminowe do sumy przychodów		0,12	0,13	0,14

Zgodnie z art. 72 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, jeżeli wartość wskaźnika zadłużenia ustalona zgodnie z art. 70 i 71 wynosi:

1) powyżej 0,5 – podmiot tworzący, przed dniem przekształcenia, przejmuje zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej o takiej wartości, aby wskaźnik zadłużenia wyniósł nie więcej niż 0,5;

2) 0,5 lub mniej – podmiot tworzący może, przed dniem przekształcenia, przejąć zobowiązania samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

7. ZATRUDNIENIE

Umowy o pracę

(etaty przeliczeniowe)

Lp.	Wyszczególnienie	Zatrudnienie na 31.12.2011r.	Plan na 31.12.2012 r.	
			Na dzień 20.03.	Na dzień 30.06
	Ogółem	1 045	1 043	1 012
1	Personel wyższy medyczny, w tym	56	57	54
	Lekarze medycyny	29	29	28
	Personel medyczny inny wyższy	27	28	26
2	Personel średni	710	708	682
3	Personel niższy	38	38	35
4	Personel gospodarczy	116	116	116
5	Administracja	93	92	91
6	Lekarze rezydenci	28	29	30
7	Lekarze stażyści	4	3	4

Umowy cywilno-prawnych

p.	Wyszczególnienie	Zatrudnienie na 31.12.2011r.	Plan na 31.12.2012 r.	
			Na dzień 20.03.	Na dzień 30.06
	Ogółem	282	285	297
1.	Personel wyższy medyczny, w tym	187	186	187
	Lekarze medycyny	171	170	170
	Personel medyczny inny wyższy	16	16	17
2.	Personel średni medyczny	95	99	110
	Pielęgniarki i położne	45	49	54
	Technicy fizjoterapii	7	7	7
	Technicy radiologii	7	7	7
	Ratownik medyczny	36	36	42

W PSZOZ personel zatrudniony jest w ramach umów o pracę i umów cywilno – prawnych. W ramach umów cywilno – prawnych personel wykonuje kontrakty zadaniowe w poradniach specjalistycznych i w niektórych oddziałach szpitalnych, zabezpiecza ciągłość świadczeń w godzinach od 7. do 15. oraz na dyżurach całodobowych w dni robocze i świąteczne w oddziałach szpitalnych, w tym w szpitalnym oddziale ratunkowym, pomocy doraźnej i diagnostyce laboratoryjnej. Na dzień 31 grudnia 2012 roku PSZOZ planuje zmniejszyć zatrudnienie w zakresie umów o pracę do poziomu 1.012 etatów, a w zakresie umów cywilno- prawnych zwiększyć do 297 etatów.

Zmiany kadrowe w 2012 roku mogą mieć miejsce tylko między komórkami organizacyjnymi PSZOZ (przeniesienia), a dodatkowe zatrudnienie możliwe jest tylko w przypadku dostosowania zatrudnienia w komórce do minimalnych norm zatrudnienia, określonych w opisie struktury organizacyjnej Zakładu.

8. PODSUMOWANIE

Przedstawiona wersja planu finansowego pokazuje prognozę sytuacji finansowej PSZOZ w Inowrocławiu na 2012 rok.

Pomimo uzyskania przez PSZOZ wyższych przychodów z NFZ na 2012 rok, m.in. z tytułu zawarcia umów na poziomie wykonanych usług w 2011 roku i zwiększenia stawki jednostki rozliczeniowej w zakresie umowy w rodzaju: leczenie szpitalne (oddziały szpitalne) do 52 zł od 1 lutego 2012 r. i w szpitalnym oddziale ratunkowym do 15 tys. za dobową gotowość od 1 lipca 2012 r., przychody PSZOZ nie bilansują kosztów jego działalności. W porównaniu do danych finansowych za 2011 rok szacuje się, że przychody w 2012 roku mogą wzrosnąć o 6,5%, a koszty o 3,7%. Od 2010 roku PSZOZ nie może pokryć kosztów uzyskanymi przychodami i wykazuje stratę na działalności podstawowej. Przewidywany wynik brutto na działalności w 2012 roku wykazuje stratę (-) 1.862,4 tys. zł. W 2010 roku strata na działalności wynosiła (-) 1.567,0 tys. zł, a w 2011 r. (-) 4.597,7 tys. zł. Podstawową przyczyną braku zbilansowania kosztów przychodami, jest niedofinansowanie usług przez NFZ. Ceny stosowane przez NFZ są w większości niezmiennie od 2009 roku, zwłaszcza w zakresie usług świadczonych przez oddziały szpitalne i poradnie specjalistyczne. Zwiększanie wartości kontraktu rok do roku jest spowodowane przede wszystkim większym zakresem świadczonych usług. W 2012 roku z tytułu wzrostu ceny przychody mogą być wyższe o około 2.380,0 tys. zł. Roczne wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych (rok poprzedni = 100) wynoszą: w 2010 – 102,6, w 2011 r. - 104,3, w 2012 r. - 102,8 (wg prognozy w projekcie ustawy budżetowej).

PSZOZ opracował program działań oszczędnościowych, w którym zawarł działania mające na celu przede wszystkim zmniejszenie kosztów działalności od 1 lipca 2012 roku. PSZOZ dołoży wszelkich starań, aby obniżyć koszty działalności do takiego poziomu, aby na koniec 2012 roku zostały zbilansowane oczekiwana wielkością przychodów. Jednocześnie działania oszczędnościowe będzie wdrażał w taki sposób, aby nie ograniczyć dotychczasowego zakresu usług, ich dostępności i jakości.

W przypadku istotnych zmian zarówno po stronie przychodów, kosztów i zakresu usług, jak i innych zmian, np. organizacyjnych, plan finansowy będzie podlegał weryfikacji.

Plan finansowy PSZOZ jest podstawą do opracowania budżetów poszczególnych jednostek i komórek organizacyjnych PSZOZ, a te są narzędziem umożliwiającym przekształcenie celów PSZOZ na konkretne zadania finansowe jego jednostek i komórek organizacyjnych w danym okresie obrachunkowym.

Inowrocław, 30 czerwca 2012 r.

DYREKTOR
Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Inowrocławiu
dr n. med. Eligiusz Patalski

Zakupy środków trwałych

L.p.	Wyszczególnienie	Termin realizacji	PLAN						
			Ogółem	Środki własne	Źródła finansowania			Darowizny	Leasing
					Ogółem	Powiat Inowrocławski	Środki UE		
	Ogółem		4 956,2	3 289,8	1 566,4	500,0	1 066,4	100,0	1 200,0
I	Środki trwale w budowie		3 183,2	1 616,8	1 566,4	500,0	1 066,4		
1	Projekt "e-Usługi pakiet rozwiązań informatycznych" dot. Komponentu "e-Zdrowie"	I-XII	1 599,5	33,1	1 566,4	500,0	1 066,4		
2	Dokumentacja techniczno-funkcjonalna Bloku Operacyjnego z Oddziałem Intensywnej Terapii i Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym	I-XII	90,0	90,0					
3	Pracownia cytostatyki i stanowiska w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej	I-XII	861,3	861,3					
4	Adaptacja pomieszczeń poradni dermatologicznej w celu uruchomienia Pracowni Endoskopii Gastroenterologicznej diagnostyczno-zabiegowej i pomieszczeń Przychodni Przyszpitalnej	I-V	632,4	632,4					
II	Środki trwale zakupy		1 773,0	1 673,0				100,0	1 200,0
1	Sprzęt i aparatura medyczna dla Oddziałów Szpitalnych, w tym: <i>Zestaw do kolonoskopii</i> <i>Aparaty do znieczulenia 2 szt</i> <i>Aparat do automatycznego barwienia immunohistochemicznego</i>	I-XII	580,0 150,0 300,0 130,0	480,0 50,0 300,0 130,0				100,0 100,0	
2	Sprzęt i aparatura medyczna w ramach zakupów w trybie interwencyjnym (narzędzia chirurgiczne, drobny sprzęt i aparatura medyczna, np. aparaty ekg, aparaty do mierzenia ciśnienia, pompy infuzyjne, itp.) i wyposażenie Przychodni Przyszpitalnej	I-XII	820,0	820,0					
3	Modernizacja systemu informatycznego i sprzętu komputerowego, w tym: <i>oprogramowanie integracyjne PACS i RISE dla systemu Infomedica</i>	I-XII	373,0 123,0	373,0 123,0					
4	Środki transportu sanitarnego	I-IV							1 200,0

DYREKTOR
Publicznego Specjalistycznego
Zakładu Opieki Zdrowotnej
w Inowrocławiu
dr n. med. Eligiusz Petrus

