



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ  
ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W PRZASNYSZU**  
UL. SADOWA 9, 06-300 PRZASNYSZ



*Załącznik do Uchwały Nr XX.VI.1.82/05  
Rady Powiatu Przasnyskiego  
z dnia 5 lipca 2005 r.*

**PROGRAM RESTRUKTURYZACYJNY  
SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZESPOŁU  
ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ W PRZASNYSZU**

**27 CZERWIEC 2005**

## SPIS TREŚCI

1. Szczegółowy opis sytuacji ekonomiczno – finansowej zakładu .....	2
Analiza wskaźnikowa .....	2
Opis sytuacji ekonomiczno – finansowej .....	6
Informacje o funkcjonowaniu oddziałów .....	6
2. Analiza przyczyn występowania trudnej sytuacji ekonomiczno – finansowej zakładu.....	10
3. Wskazanie zamierzonych działań zakładu, które mają na celu poprawę sytuacji ekonomicznej.....	11
4. Określenie sytuacji ekonomicznej zakładu, możliwej do osiągnięcia po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego i przedstawienie prognoz finansowych.....	14
Symulacja ekonomiczno – finansowa:.....	14
Analiza wskaźnikowa .....	15
5. Określenie źródeł uzyskania środków finansowych na restrukturyzację finansową.....	19
6. Aneks obliczeniowy.....	20

## 1. Szczegółowy opis sytuacji ekonomiczno – finansowej zakładu

### Analiza wskaźnikowa

#### 1. Wskaźniki rentowności

##### a. zyskowność sprzedaży

Wskaźniki rentowności	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Zyskowność sprzedaży	- 0,1223	- 0,1719	- 0,2794	- 0,5383	- 0,4086	- 0,4069

Wskaźnik sprzedaży pogarsza się z roku na rok. Wprawdzie po roku 2003 widoczna jest pewna poprawa, ale nadal jego wartość jest ujemna i to oscylując raczej wokół wartości  $-0,50\%$ . Przy porównywaniu sytuacji szpitala sprzed roku 2002 należy wziąć pod uwagę fakt, że szpital jest jednostką nową i wprawdzie zachowuje ciągłość funkcjonowania jako jednostka organizacyjna, ale mieści się w zupełnie nowych pomieszczeniach, spełnia zupełnie inną rolę i prowadzi znacznie więcej oddziałów oraz łóżek.

Na wysoką stratę szpitala składa się przede wszystkim amortyzacja, stanowiąca obecnie 25% wszystkich kosztów operacyjnych jednostki.

Zwracamy również uwagę na konsekwencje tzw. ustawy „203” – jej wpływ na wynik z działalności to dodatkowa strata.

##### b. zyskowność działalności gospodarczej

D Wskaźniki rentowności	1999	2000	2001	2002	2003	2004
2 Zyskowność działalności gospodarczej	- 0,1397	- 0,1973	- 0,2186	- 0,5460	- 0,3552	- 0,3963

Wskaźnik ten prezentuje się nieco lepiej, od ale jest to różnica minimalna. Szpital przynosi wysoką stratę działalności gospodarczej, z tych samych powodów, co strata na sprzedaży. Oznacza to, że bez programu restrukturyzacyjnego szpital jest skazany na porażkę. Mimo wszystko należy pamiętać, że szpital w najbliższym czasie nie osiągnie zysku operacyjnego. Możliwym jest natomiast (i to stało się celem projektu restrukturyzacji) osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego po odjęciu amortyzacji.

##### c. zyskowność netto

D Wskaźniki rentowności	1999	2000	2001	2002	2003	2004
3 Zyskowność netto	- 0,1245	- 0,1683	- 0,1709	- 0,3549	- 0,2522	- 0,2816

Trzeci wskaźnik pokazujący trudną sytuację szpitala i jednoznacznie związany z wysoką amortyzacją nowej jednostki. Dwa ostatnie lata to ponad 25%% strata. Jak wspomniano

powyżej strata gotówkowa (po odjęciu amortyzacji) to największy problem szpitala i priorytetowym zadaniem na najbliższe 12 miesięcy jest jej zlikwidowanie

#### d. zyskowność aktywów

Wskaźniki rentowności	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Zyskowność aktywów	-0,0258	-0,0319	-0,0250	-0,1010	-0,0801	-0,0981

Szpital pomimo bardzo dużego majątku własnego (ponad 90 000 000 PLN to wartość środków trwałych) ma bardzo trudną sytuację. Znaczny majątek trwały to oczywiście bardzo pozytywna część wskaźnika, ale strata netto zdecydowanie zmienia ten obraz. Brak jest realnych szans na pozyskanie innych niż zewnętrzne źródeł na finansowanie majątku odtworzeniowego jednostki. W takiej jednakże sytuacji, po wdrożeniu opisanego programu nastąpi systematyczny wzrost jednostki.

## 2. Wskaźniki płynności

#### a. wskaźnik płynności bieżącej

Wskaźniki płynności	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Wskaźnik płynności bieżącej	2,1100	0,6471	0,4590	0,6037	0,7776	0,5550

Kolejny trudny wskaźnik sytuacji finansowej szpitala. Jakkolwiek jednostka stara się regulować jak najwięcej zobowiązań na bieżąco, stały wzrost zadłużenia to część kapitału obrotowego nie służy do finansowania majątku obrotowego, ale do finansowania majątku trwałego. Podręcznikowo wartość poniżej jedności traktowana być powinna jako niebezpieczna. Jednakże wartość tych wskaźników nie odbiega od wartości innych jednostek publicznej służby zdrowia

#### b. wskaźnik szybki

Wskaźniki płynności	1999	2000	2001	2002	2003	2004
płynność szybka	1,9816	0,5828	0,4322	0,5282	0,6976	0,4798

Podobnie jak w przypadku poprzedniego wskaźnika wartość poniżej jeden pokazuje, że sytuacja nie jest bezpieczna. Jednakże ze względu na akceptowane przez kontrahentów wydłużone terminy płatności szpital może w krótkim czasie wyjść z zadłużenia o ile przestanie generować stratę gotówkową. Zależy to jedynie od przygotowanego programu naprawczego oraz od możliwości pozyskania źródeł finansowania z pożyczki Skarbu Państwa

### c. wskaźnik gotówki

Wskaźniki płynności	1999	2000	2001	2002	2003	2004
wskaźnik gotówki	1,5012	0,2962	0,2155	0,0677	0,1196	0,0310

Zdolność pokrycia 3% zobowiązań za pomocą środków pieniężnych to bardzo niedobry wskaźnik. Pokazuje on trudną sytuację płatniczą jednostki i bardzo ograniczone możliwości samodzielnego wyjścia jednostki z tej sytuacji.

### 3. Wskaźniki płynności finansowej

Podobnie jak w pozostałych grupach zasadniczą przyczyną pogorszenia się wskaźników w roku 2004 to niski kontrakt z NFZ, brak płatności za nadwykonania, wydłużenie terminów płatności, wyższe koszty funkcjonowania związane z ustawą „203” i brak realnego wzrostu kontraktów od dłuższego czasu. Pamiętać należy, że jako duża jednostka szpital ma możliwości do opiewania się znacznie większą ilością przypadków, zaś specyfika lokalna (jeden z powiatów o najwyższym wskaźniku ludzi w wieku emerytalnym w rejonie) wskazuje, że jednostka cierpi na szczególny brak zakontraktowania opieki długoterminowej.

#### a. rotacja należności krótkoterminowych

Wskaźniki sprawności działania	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Rotacja należności w dniach	24,2713	24,1866	41,4457	45,6591	44,9407	39,2917

Rotacja należności jest związana z płatnościami regulowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W konsekwencji pogorszenie się terminu spływania płatności z 25 dni do 39 - 45 znacząco utrudniło funkcjonowanie jednostki. Niestety z uwagi na trudności z przewidywaniem jakiegokolwiek poprawy pod tym względem do projektu restrukturyzacji przyjęliśmy wysokość 39 dni.

#### b. rotacja zobowiązań (w dniach)

Wskaźniki sprawności działania	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Rotacja zobowiązań w dniach	45,0070	72,0246	149,4682	64,4551	55,1957	62,2367

Pogorszenie się ogólnej sytuacji szpitala spowodowało znaczące wydłużenie płatności wykonywanych przez jednostkę. Jakkolwiek termin 62 dniowy nie jest bardzo złym rezultatem na tle innych szpitali, to wydłużenie czasu płatności jest sygnałem niekorzystnym.

### c. rotacja zapasów

Wskaźniki sprawności działania	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Rotacja zapasów w dniach	6,4838	5,4044	5,1151	7,4558	6,1748	5,1535

Wskaźnik rotacji zapasów jest w przypadku szpitala bardzo niejednoznaczny. Pamiętać należy, że jest to jednostka usługowa, więc przychody są związane w znikomej części ze sprzedażą. Należałoby chyba raczej przyjrzeć się gospodarce lekowej o rotacji samych leków niż wartością sprzedaży. Niestety poprawa tego problemu wymaga jednej, zasadniczej poprawy – regulowania przez jednostkę zobowiązań w terminie. W takiej sytuacji dostarczenie przez kontrahentów większości leków, czy wyposażenia jest możliwe w bardzo krótkim czasie. Uwzględniamy tu oczywiście specyfikę szpitala i konieczność utrzymywania niektórych zapasów na poziomie znacząco przewyższającym potrzeby (np. leki ratujące życie).

### 4. Wskaźnik zadłużenia

#### a. wskaźnik pokrycia kapitałem własnym

Wskaźniki struktury kapitałowej	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Poziom zadłużenia	0,9658	0,9545	0,9335	0,9315	0,9263	0,9179

Z punktu widzenia tradycyjnej analizy wskaźnikowej wskaźniki zadłużenia są na niskim poziomie. Ryzyko działalności jednostki w 91% ponosi ona. Jak na standardy bankowe do dobry wynik, jak na standardy służby zdrowia to wynik bardzo dobry. Oczywiście zasadnicza część tego zadłużenia to zobowiązania. Niemniej stopniowe pogarszanie się wielkości kapitału własnego (z powodu narastającej straty) będzie wymagało do kapitalizowania szpitala by utrzymała ona tak dobre wskaźniki.

#### b. wskaźnik zadłużenia ogółem

Wskaźniki struktury kapitałowej	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Wskaźnik zadłużenia ogółem	0,0275	0,0388	0,0616	0,0487	0,0480	0,0587

O ile w roku 1999 wskaźnik zadłużenia szpitala był na stosunkowo niskim poziomie, po oddaniu do użytkowania szpitala wzrósł do około 6%. Podobnie jak to ma miejsce w przypadku wskaźnika pokrycia kapitałem własnym jest to rzadka sytuacja w służbie zdrowia. Nadal jednak należy pamiętać o tym, że kapitał własny to wartość przekazanych przez Starostwo Powiatowe środków trwałych.

## 5. Wskaźniki produktywności

### a. wskaźnik produktywności aktywów

Wskaźniki struktury kapitałowej	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Wskaźnik produktywności aktywów	0,1958	0,1654	0,1159	0,1767	0,2220	0,2414

Wzrost wartości księgowej szpitala związany z dotacjami z roku 2002 spowodował obniżenie produktywności aktywów. Związane jest to w oczywisty sposób z brakiem wzrostu przychodów w okresie opisywanym a wzrostem majątku.

### b. wskaźnik produktywności rzeczowych aktywów trwałych

Wskaźniki struktury kapitałowej	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Wskaźnik produktywności rzeczowych aktywów trwałych	0,2078	0,1697	0,1193	0,1820	0,2306	0,2496

Wzrost wartości wskaźnika to przede wszystkim rezultat spadku wartości środków trwałych na skutek dokonywania odpisów amortyzacyjnych.

## Opis sytuacji ekonomiczno – finansowej

Jak wspomniano w pierwszej części sytuacja szpitala jest bardzo trudna. Wynika to przede wszystkim z bardzo wysokich kosztów, jakie ponosi nowoczesny szpital. Nowy sprzęt, wysokiej jakości wymaga drogich odczynników, serwisowania u autoryzowanych dostawców itp. Podobnie otrzymanie normy ISO, którą szpital uzyskał w roku 2004 wiąże się z dodatkowymi kosztami a wbrew oczekiwaniom nie przyniosło zmian po stronie przychodowej (wzrosły wprawdzie jednostkowe przychody – cena usługi, ale spadły ilości zakontraktowanych usług). Poniżej krótka charakterystyka sytuacji poszczególnych działów szpitala.

## Informacje o funkcjonowaniu oddziałów

Najważniejsza informacja dotycząca pracy oddziałów to ta, że obsady pielęgniarskie i lekarskie w szpitalu są na poziomie minimalnym. Trudno sobie wyobrazić dalsze redukcje zatrudnienia i szpital raczej cierpi na brak średniego personelu niż na jego nadmiar. Rozważanie zaś zmian zatrudnienia personelu lekarskiego jest trudne z uwagi na znaczną ilość poradni obsługiwanych przez tych lekarzy, przypisanych etatowo do konkretnych oddziałów.

### Oddział wewnętrzny

Oddział wewnętrzny jest oddziałem przynoszącym zysk jednakże bez uwzględnienia kosztów ogólnozakładowych. Największym jego problemem jest jego rozbitcie na dwa piętra, z których jedno ma minimalną ilość łóżek (14). Ponadto długi okres pobytu

pacjentów (około 10 dni) zwiększa obciążenie oddziału. Jest to jedno z nielicznych miejsc w szpitalu, gdzie można się pokusić o zmiany tj. skrócić czas pobytu likwidując po jakimś czasie te 14 łóżek, a najlepiej przekształcając je w łóżka długoterminowe.

#### Oddział ginekologiczno - położniczy

Zasadniczym problemem oddziału ginekologiczno – położniczego jest bardzo mała liczba porodów w Powiecie. Będzie o tym mowa w dalszej części raportu, więc tu tylko zasygnalizujemy, że niecałe dwa porody dziennie nie jest ilością wystarczającą do zbilansowania części położniczej oddziału. Z drugiej strony niewielka ilość w zestawieniu z minimalną obsadą położniczą nie wskazuje na przerost zatrudnienia na tym oddziale. Oddział ten obciążany jest kosztami boku operacyjnego (patrz blok operacyjny), co dodatkowo pogarsza jego wynik.

#### Oddział chirurgii ogólnej.

Jest to oddział również generujący zysk w wysokości 500 000 PLN, ale bez uwzględnienia bloku operacyjnego. Sytuacja typowa dla szpitali powiatowych.. Niestety koszty bloku operacyjnego obciążają dodatkowo jego wynik i powodują, że jest on odpowiednio gorszy. Podobnie jak to ma miejsce w przypadku oddziału wewnętrznego dalszą poprawę funkcjonowania oddziału można uzyskać redukując czas pobytu pacjenta na oddziale utrzymując pacjenta wyłącznie w celach zabiegowych. Jednakże skrócenie tego okresu nie będzie już tak spektakularne jak w przypadku tego pierwszego. Wiąże się to z koniecznością przekazania tego pacjenta na oddział długoterminowy. Zważywszy na koszt leczenia na oddziale chirurgicznym (wykwalifikowany personel itp.) długoterminowe leczenie pacjenta po wykonaniu zabiegów chirurgicznych jest zdecydowanie lepszym rozwiązaniem.

#### Blok operacyjny

Jest to działalność pomocnicza, wykonująca zadania na rzecz pierwszych dwóch oddziałów. Z racji jego specyfiki uznaliśmy za konieczne specjalne zwrócenie uwagi na jego funkcjonowanie. Jak spojrzeć na liczby oddział ten przyniósł stratę w wysokości 1 156 600 PLN. Niestety jest to strata, którą trzeba wkalkulować w ogólne koszty funkcjonowania szpitala. Jest to sytuacja obserwowana w większości szpitali powiatowych w Polsce.

#### Oddział rehabilitacyjny

Jest to kolejny oddział przynoszący zyski (na poziomie 317 000 PLN). Z racji specyfiki oddziału wydatki na leki stanowią niewielką pozycję, znacznie większą stanowią wydatki na wynagrodzenia, co jest związane z koniecznością zatrudniania wysoko wykwalifikowanego zespołu (rehabilitanci itp.).



### Oddział okulistyczny

Jest to oddział przynoszący stratę (252 000 PLN). Jednakże wysoka jakość świadczonych przez nie go usług skłania nas raczej do utrzymania tego oddziału. Pamiętać należy o wysokich kosztach amortyzacji nowoczesnego sprzętu – strata nie ma charakteru gotówkowego. W celu obniżenia tej straty chcemy zmniejszyć ilość personelu średniego likwidując w miarę możliwości dyżury nocne i wprowadzając je tylko w dni, w których na oddziale znajdują się pacjenci całodobowi. (oddział może mieć charakter oddziału zabiegowego dziennego)

### Oddział dziecięcy

Oddział dziecięcy to jeden z czterech oddziałów podstawowych. Generowany przez niego zysk pozwala na jego funkcjonowanie (284 000 PLN). Nie istnieje możliwość redukcji zatrudnienia na oddziale bez zwiększenia ryzyka pacjentów.

### Oddział intensywnej terapii

Oddział Intensywnej Opieki Medycznej jest oddziałem bardzo specyficznym. Prawie zawsze przynosi straty, zabiegi tam przeprowadzane nie mają i nie mogą mieć charakteru planowego, zaś z racji jego nieprzewidywalności musi utrzymywać wysoki poziom zatrudnienia wysoko wykwalifikowanego personelu. Dlatego trudno tu szukać oszczędności związanych z zatrudnieniem

### Działalności pomocnicze

#### Gospodarka magazynowa

System gospodarki magazynowej będzie się zmieniał w kierunku zasady just on time – pozwalającej uniknąć niekontrolowanych zapasów na oddziałach. Z doświadczeń wynika, że zapasy na oddziale powinny być wyłącznie zapasami leków ratujących życie, lub niezbędnych dla zabezpieczenia sytuacji awaryjnych. Wszystkie pozostałe leki powinny opuszczać aptekę w postaci zestawów na poszczególnych pacjentów. Pozwoli to na zminimalizowanie zapasów do poziomu zapasów bieżących. Z drugiej strony w dzisiejszych czasach realizacja zamówienia przez dostawcę w ciągu jednego – dwóch dni. Dlatego utrzymywanie zapasów jest zbyt kosztowne.

Naszym zdaniem służby techniczne są zbyt liczne jak na wielkość szpitala. Widzimy możliwość redukcji etatów na łącznie około 10 osób..

Zwracamy uwagę na szereg elementów pozytywnych, do których należą:

Duża dyspozycyjność poszczególnych pracowników pozwalająca na elastyczność pracy działu.

Duże doświadczenie zawodowe pracowników oraz ich długi staż pracy w szpitalu.

#### Informatyka

Szpital w Przasnyszu jako nowy należy do nielicznych szpitali posiadających sieć we wszystkich niemalże pomieszczeniach. Patrząc na istniejące systemy komputerowe (kadry i płace, ruch pacjentów) widać, że komputeryzacja jest prowadzona od właściwej strony. Zdecydowanie najważniejszymi modułami w każdym szpitalu są moduły związane z częścią tzw. „białą” (pacjenci) a nie szarą (administracja).

Doświadczenia innych szpitali wskazują, że największe oszczędności w kosztach szpital osiąga po wprowadzeniu elektronicznego systemu rozliczania leków, powiązanego z ruchem pacjentów. Wynika to z wielu przyczyn, z których najważniejsza to zmniejszenie stanu magazynowego leków związanego z rotacją towarów

Najdroższe oprogramowanie (ruch pacjentów) jest już w szpitalu zainstalowane. Po wdrożeniu oprogramowania aptecznego zainstalowanie oprogramowania Finansowo Księgowego będzie najmniej kosztowną inwestycją zwłaszcza, że program taki poza możliwością komunikacji z pozostałymi systemami nie musi wykonywać skomplikowanych algorytmów – odpowiedni Zakładowy Plan Kont pozwoli na dostarczanie wystarczająco dokładnych zestawień

#### Księgowość

Generalną ocenę systemu rozliczania poszczególnych Miejsc Powstawania Kosztów można podzielić na dwie części zagadnienia: system dzielenia kosztów bezpośrednich, który funkcjonuje bardzo dobrze oraz system dzielenia kosztów pośrednich, który wymaga drobnych modyfikacji. Raporty przygotowywane są w zestawieniach miesięcznych pozwalających na bieżące śledzenie trendów oraz porównywanie danych w poszczególnych grupach kosztowych. Wyjątkiem jest: blok operacyjny, którego rozliczanie wymaga korekty Blok operacyjny powinien być rozliczany zgodnie z czasem jego wykorzystania tylko jeśli chodzi o koszty stałe, natomiast koszty zmienne (leki, materiały medyczne itp.) powinny być przypisywane bezpośrednio do MPK, na rzecz których blok wykonuje prace. Wydaje nam się celowe wydzielenie Izby Przyjęć jako osobnego miejsca powstawania kosztów.

System księgowy w szpitalu działa poprawnie. W związku ze szczegółowym rozliczaniem poszczególnych MPK dostarczane są na bieżąco (raz na miesiąc) dane osobom kierującym poszczególnymi komórkami. Potrzebne jest prowadzenie budżetu wszystkich MPK tak, aby ordynatorzy dostawali informacje już przetworzone.

## **2. Analiza przyczyn występowania trudnej sytuacji ekonomiczno – finansowej zakładu.**

### Rachunek wyników

Istnieje kilka zasadniczych przyczyn, dla których sytuacja finansowa szpitala uległa znaczącemu pogorszeniu.

Podobnie jak to ma miejsce we wszystkich szpitalach w Polsce najważniejszym czynnikiem, wpływającym na tak wysoki poziom strat było zablokowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia płatności za usługi ponadlimitowe. Praktyka do roku 2003 (a więc za kontrakty roku 2002) pokazywała, że wykonane ponadlimitowe świadczenia były przynajmniej częściowo refundowane. Dlatego do końca tego roku wykonywanie takich świadczeń było nie tylko powszechną praktyką, ale ewidentnie leżało w interesie szpitala. Brak wiarygodności płatnika (wielokrotnie zapowiadano zablokowanie tych płatności a szpitale, które się zastosowały do takich zapowiedzi traciły dodatkowe dochody) powodował, że informacje o tym uznano za mało prawdopodobne.

W rezultacie niespodziewanie w roku 2004 nie wpłynęły dodatkowe fundusze za usługi roku ubiegłego. Ponieważ jednak dyskusje na ten temat trwały w całej Polsce, szpital nadal wykonywał usługi ponadlimitowe. W rezultacie koszty ich wykonywania można szacować na około 750 – 950 tys. zł. Dwa najbardziej deficytowe oddziały operacyjne to Oddział Intensywnej Terapii oraz oddział ginekologiczno – położniczy. O ile w przypadku OIT jest to typowa sytuacja o tyle w przypadku oddziału ginekologiczno położniczego przyczyny są mniej jednoznaczne. Druga oczywista przyczyna to ustawa „203”, która wymusiła wzrost kosztów płacowych zbilansowanej jednostki i stała się jednym z elementów utrudniających utrzymanie zysku netto na właściwym poziomie.

Analiza kosztów szpitala oraz próba jego zbilansowania w przypadku szpitala w Przasnyszu jest zadaniem trudnym. Szpital przeprowadził już znaczną restrukturyzację i proste metody szukania oszczędności są raczej wyczerpane. Dlatego nasze propozycje będą niestety trudne, ale naszym zdaniem konieczne. Będą one stanowić dalszą część raportu.

Kolejna szereg razy wspomnianą przyczyną to wysoka amortyzacja, 7 770 000 PLN rocznie to przy przychodach na poziomie 23 mln zł wartość nie pozwalająca na uzyskanie pozytywnego wyniku finansowego netto. Dlatego o ile dążenie do wypracowania zysku gotówkowego jest realne o tyle wartość odtworzeniowa nie pozwoli na wypracowanie zysku finansowego netto w najbliższej przyszłości.

## Bilans

W niniejszym raporcie skoncentrujemy się wyłącznie na elementach bilansu mających wpływ na sytuację finansową jednostki, pomijając analizę środków trwałych, rezerw, itp.

Analizując poziom zapasów zdecydowanie uważamy, że nie jest on za wysoki. Zważywszy, że zapasy szpitala to w zasadniczej części leki, (zapasy materiałów stanowią około 4/5 zapasów) widać możliwość oszczędności na poziomie 10%, a i to przy zmianie systemu dystrybucji leków (leki trafiające z apteki bezpośrednio do pacjenta) a to oznacza możliwość wygenerowania 30 000 PLN oszczędności.

Należności jednostki są pod pełną kontrolą, ich poziom wynika z normalnego kontraktu z NFZ i nie widać tu żadnych zagrożeń dla szpitala.

Z punktu widzenia bilansu sytuacja szpitala nie wygląda najgorzej na tle innych jednostek służby zdrowia. Niemniej tegoroczna strata niewątpliwie ma wpływ na poziom kapitału własnego, a co za tym idzie sytuacja ulega stopniowemu pogorszeniu.

Poziom zobowiązań oscyluje na poziomie 100 dni. Oczywiście mamy tu na myśli wyłącznie zobowiązania z tytułu dostaw i usług i nie odnosimy się do zobowiązań z tytułu wynagrodzeń. Zważywszy na 30 dniowy termin płatności zobowiązania wymagalne to około 60 dniowe zobowiązania. To jest nie najgorsza sytuacja i o ile zostanie przeprowadzony program naprawczy istnieje możliwość poprawienia tego wskaźnika.

Niebezpiecznym jest stałe, comiesięczne zmniejszanie się wartości środków trwałych a co za tym idzie zmniejszanie się kapitałów własnych (poprzez stratę na amortyzacji)

### **3. Wskazanie zamierzonych działań zakładu, które mają na celu poprawę sytuacji ekonomicznej**

Po wnikliwej analizie wszystkich miejsc powstawania kosztów zostały przygotowane następujące działania mające na celu poprawę sytuacji ekonomicznej szpitala:

1. Pogotowie ratunkowe – szpital ma stały kontrakt na 3 dobowokaretki (w tym jedna R), który jest realizowany własnymi siłami jeśli chodzi o personel medyczny, lecz same karetki wraz z kierowcą są dostarczane przez dostawcę zewnętrznego (Meditrans). Po przeliczeniu kosztów tej obsługi (800 tys. zł) uznajemy, że własne karetki (możemy tu liczyć na wsparcie sponsora oraz Starostwa Powiatowego) prowadzone przez kierowców zatrudnionych przez szpital pozwoli nam na zaoszczędzenie 200 – 250 tys. PLN rocznie.
2. Kuchnia – obecny koszt posiłków oscyluje na poziomie 20 PLN na dobę. Po oceniu możliwości rynkowych uważamy, że istnieje możliwość przekazania

kuchni na zewnątrz za niższą cenę. Spodziewamy się tu dalszych 150 tys zł oszczędności (co najmniej 2 PLN za posiłek)

3. Pralnia – podobnie jak w poprzednim przypadku szukamy dostawcy, który pozwoli nam zaoszczędzić 2 PLN na kg prania (obecna cena to 10 PLN/kg).
4. Grupa sprzątająca – po uważnej analizie ilości zatrudnionych sprzątaczek i salowych uznaliśmy, że istnieją tu możliwości redukcji zatrudnienia o około 8- 10 osób, pod warunkiem, że zmienimy system pracy. O ile w ciągu dnia należy pozostawić po 2 salowe na poszczególnych oddziałach o tyle pozostałe prace powinny być wykonywane przez zespół obsługujący cały szpital i nie mający bezpośredniego przydziału. (wyjątkiem jest OIT i blok operacyjny z racji dużej ilości pracy w tych MPK). Pozwoli to na zaoszczędzenie około 120 000 PLN rocznie.
5. Jak wspomniano poprzednio redukcja zatrudnienia personelu technicznego, obsługi, sprzątaczek i administracyjnego o 8 – 10 osób pozwoli na oszczędności o dalsze 120 – 150 000 PLN.
6. Zmiana systemu dystrybucji leków na system, w którym poza lekami ratującymi życie i innymi lekami alarmowymi leki na oddział będą trafiały bezpośrednio na konkretnych pacjentów. Pozwoli to naszym zdaniem na obniżkę kosztów leków o około 10% (160 tys. PLN)
7. Jak wspomniano powyżej skrócenie czasu pobytu pacjenta na oddziałach (dotyczy zwłaszcza oddziału wewnętrznego)
8. Przesunięcie przychodni rejonowej w Przasnyszu tak by można było oddać część budynku Starostwu. Ograniczy to koszty ogrzewania i prądu i da efekt w postaci około 40 tys. PLN

W celu przeanalizowania wszystkich możliwych kroków przeanalizowano trzy warianty możliwych scenariuszy:

Wariant podstawowy – pokazujący dalszy rozwój wydarzeń przy obecnym poziomie wydatków,

Wariant pośredni – pokazujący podstawowe działania zmniejszające koszty

Wariant restrykcyjny – pokazujący efekt działań z punktu poprzedniego wraz z redukcją zatrudnienia.

We wszystkich wariantach koncentrowaliśmy się na stronie kosztowej. Jest to spowodowane faktem, że obecny system finansowania służby zdrowia będzie

aktualny do końca roku a nie są znane szczegóły nowego. Zakładamy, że w roku 2005 nie będą płacone nadwykonania usług. Dlatego przy szacunku przychodów posługiwaliśmy się obecnymi kontraktami i wynikającymi z nich limitami.

Przyjęty do realizacji wariant trzeci pozwala nie tylko na zbilansowanie gotówkowe szpitala do końca I połowy 2006 roku (strata 706 tys w czerwcu, w tym amortyzacja 706 tys. PLN), Dwa zasadnicze elementy wpływają na przygotowanie budżetu – propozycje zmian systemowych – dotyczące całego szpitala oraz zmian na poszczególnych oddziałach.

Przy przygotowywaniu tych wariantów kierowaliśmy się następującymi założeniami:

1. Założenia ogólne:

- a. wzrost cen leków o wskaźnik wzrostu 5%
- b. wzrost cen paliwa o 20%
- c. wzrost cen prądu o 10%
- d. wzrost inflacji o 3%
- e. wzrost cen ogrzewania o 5%

2. Informacje na temat metody:

Zakładamy kilka zasadniczych źródeł oszczędności: po pierwsze, że proces budżetowania i rozliczania przez kierowników działów (ordynatorów) pozwala na ściślejszą kontrolę kosztów. Po drugie za źródło oszczędności uznaliśmy wdrożenie ilościowej kontroli leków oraz zapasów na oddziałach. Po trzecie proponujemy zmianę formy rozliczeń z lekarzami z umowy na prace na umowę kontraktową. Taka zmiana pozwala wygenerować około 10% oszczędność w pierwszych dwóch latach funkcjonowania, zaś po tych dwóch latach kolejną stanowi możliwość zmiany stawki opodatkowania dla lekarza (jest to już korzyść, jaką mają lekarze osobiście).

Kolejnym bardzo ważnym elementem zmian są niestety redukcje personelu. Staramy się zawsze przeprowadzać je w minimalnym stopniu, niestety w przypadku szpitali zadłużonych jest to na ogół wyjątkowo trudne. Dlatego skala redukcji, jaką proponujemy dotyczy wybranych stanowisk na pojedynczych oddziałach.

Ostatnia propozycja to propozycja zwiększenia przychodów w oparciu o nowo powstały Zakład Opiekuńczo Lecznicy.

Jego potrzeba wynika z faktu, że Powiat Przasnyski ma jeden z najwyższych odsetek ludzi w wieku poprodukcyjnym w całym województwie. Już sam czas hospitalizacji, zdecydowanie dłuższy od czasów na analogicznych oddziałach w Polsce sugeruje, że czas przebywania pacjenta w szpitalu jest zdecydowanie dłuższy niż czas jego leczenia. Teza ta uzyskała potwierdzenie w trakcie rozmów

z ordynatorami, którzy jednoznacznie określili potrzebę posiadania takiego oddziału, do którego zostaliby przekazani pacjenci niewymagający pobytu na oddziałach zabiegowych.

Pamiętać należy, że dochody ludności w powiecie to zaledwie 60% dochodów uzyskiwanych przez mieszkańców województwa mazowieckiego. Oznacza to, że bardzo często osoby po hospitalizacji są pozbawione opieki pielęgniarskiej.

Oceniamy, że po uruchomieniu Zakładu Opiekuńczo Leczniczego w strukturze szpitala może generować zyski na poziomie 40 000 PLN miesięcznie, odciążając jednocześnie pracę innych oddziałów.

Ponieważ jednak możliwość zakontraktowania tego oddziału jest nie pewna z racji warunków finansowych funduszu symulacja nasza nie zawiera tego oddziału i jest to tylko kierunek uważany przez nas za racjonalny.

Powyższe redukcje wymagają ścisłej współpracy z ordynatorami oddziałów oraz kierownikami poszczególnych ośrodków, powiązania ich wynagrodzenia z efektami wykonania budżetu na oddziałach i ośrodkach oraz usprawnienia gospodarki magazynowej. Uważamy, że każda z osób odpowiedzialnych za ośrodki powinna znać budżet na najbliższy rok i wiedzieć, w jaki sposób są przedstawiane dane. Zwiększenie planowego zysku lub zmniejszenie planowanej straty winno być wynagradzane zarówno w formie premii, jak i pozostawienia części wypracowanych pieniędzy w oddziale.

Podstawą poszukiwania możliwości zmniejszenia kosztów stanowiła analiza działalności poszczególnych miejsc ich powstawania.

Redukcje te muszą się uzgodnić z ordynatorami oddziałów i kierownikami, ponieważ to oni będą odpowiedzialni za przeprowadzenie tych zmian, a także za funkcjonowanie komórek po zmianach personalnych.

Zmiany te mogą czasami wydać się dość radykalne, ale niestety około 65% kosztów operacyjnych Szpitala są to koszty pracownicze.

#### ***4. Określenie sytuacji ekonomicznej zakładu, możliwej do osiągnięcia po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego i przedstawienie prognoz finansowych***

##### **Symulacja ekonomiczno – finansowa:**

Do przeprowadzenia niniejszej symulacji zostały wykonane bardzo szczegółowe budżety każdego miejsca powstawania kosztów w pierwszym roku działalności. Obejmowały one miesięczne dane dotyczące każdej pozycji kosztowej. Symulacja na lata 2005 – 2010 wykonana została w skali rocznej.

Przygotowując naszą analizę założyliśmy, że kontrakt z NFZ może wzrastać na poziomie 2 - 3% rocznie. By zachować zasadę ostrożności założyliśmy, że wzrost kosztów takich jak leki itp. Będzie o 1% wyższy niż wzrost przychodów. Uznaliśmy również, że bezpiecznym będzie założenie wzrostu kosztów związanych z płacami na poziomie nie większym niż 2% rocznie. Przewidzieliśmy analogiczny wzrost składek na ubezpieczenia społeczne.

Przyjęte założenia pokazują szybką i skuteczną poprawę wszystkich wskaźników przewidzianych przez ustawę. W następnym okresie zysk gotówkowy netto będzie się utrzymywał na poziomie roku 2006 pomimo zakładanemu szybszemu wzrostowi kosztów w stosunku do przychodów. Dziać się tak będzie dzięki znacznemu obniżeniu kosztów oprocentowania, związanych z mniejszym kredytowaniem. Oczywiście istnieje wysokie prawdopodobieństwo, że w ciągu 4 lat pojawią się dodatkowe źródła finansowania szpitala (np. prywatne ubezpieczenia zdrowotne). Uznaliśmy jednak, że perspektywa ta jest obecnie bardzo mglista i nie należy na bazie takich przypuszczeń budować budżetu szpitala.

Najważniejszy wniosek z załączonej analizy pokazuje, że dzięki zewnętrznemu finansowaniu szpital jest w stanie szybko i trwale odzyskać płynność finansową. Ponadto ewentualne umorzenie pożyczki pozwoli na przeznaczenie znaczących kwot na remonty – związane jest to z trwałym generowaniem zysku w przyszłości. Ponadto założone działania pozwolą na stopniowe spłacanie kredytu – zakładając spłatę 50 % kredytu jednorazowo w 5 roku kredytowania, odsetki płatne w ratach kwartalnych.

Największym zagrożeniem programu jest ewentualne dalsze obniżanie kontraktu przez NFZ.

## Analiza wskaźnikowa

### 1. Wskaźnik rentowności

#### a. zyskowność sprzedaży

D	Wskaźniki rentowności	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Zyskowność sprzedaży	- 0,4143	- 0,3409	- 0,2840	- 0,1870	- 0,1678	- 0,1459

Oczywiście ze względu na amortyzację zyskowność będzie ujemna, choć następne lata to znacząca poprawa tego wskaźnika. Strata pierwszego roku to efekt rozpoczęcia wdrażania programu dopiero od połowy roku, oraz od grudnia – pierwsze rezultaty pojawią się dopiero w roku 2006. Mimo wszystko podjęte już działania wraz z planowanymi pozwolą na wypracowanie pod koniec roku zysku gotówkowego (po odjęciu niegotówkowej amortyzacji oznacza to zastopowanie dalszego zadłużania się jednostki).



Zakładamy, że kontrakt z NFZ będzie nieznacznie wzrastał, wolniej jednakże od kosztów, dlatego lekkie pogorszenie wskaźników. Wynika to z zachowania zasady ostrożności – nie umiemy przewidzieć wszystkich możliwych zagrożeń.

#### b. zyskowność działalności gospodarczej

D	Wskaźniki rentowności	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2	Zyskowność działalności gospodarczej	- 0,3805	- 0,3074	- 0,2509	- 0,1542	- 0,1353	- 0,1137

Podobnie jak to ma miejsce w przypadku opisu dotychczasowej sytuacji wskaźnik ten prezentuje się nieco lepiej od poprzedniego. Po odjęciu amortyzacji szpital od roku 2006 będzie generował zysk.

#### zyskowność netto

D	Wskaźniki rentowności	2005	2006	2007	2008	2009	2010
3	Zyskowność netto	- 0,2690	- 0,2293	- 0,1954	- 0,1299	- 0,1159	- 0,0993

Najlepiej prezentujący się wskaźnik zyskowności to klasyczny wskaźnik zyskowności netto. Ponieważ pozostałe przychody/koszty operacyjne są również dochodowe to i wskaźnik pokazuje najwyższy możliwy zysk w stosunku do przychodów. Zakładamy, że -26% poziom to po uwzględnieniu amortyzacji poziom zapewniający bezpieczny poziom operacyjny szpitala. Dlatego 10% strata w roku 2010 to strata pozwalająca wygenerować gotówkę na spłatę kredytu.

#### d. zyskowność aktywów

D	Wskaźniki rentowności	2005	2006	2007	2008	2009	2010
4	Zyskowność aktywów	- 0,1016	- 0,0854	- 0,0781	- 0,0534	- 0,0517	- 0,0480

Zyskowność aktywów na poziomie -7 – 10% to nie jest najlepszy wskaźnik, ale jest to jak już wspomniano poprzednio efekt szybkiego zmniejszania się wartości środków trwałych przez amortyzację. Specyfika medycyny to odpowiedzialność organu założycielskiego za dostarczanie wyposażenia do szpitala. Zważywszy na niski wiek wyposażenia nie planowaliśmy znaczących inwestycji poza karetkami.

D	Wskaźniki rentowności	2005	2006	2007	2008	2009	2010
5	rentowność kapitału własnego (ROE)	- 0,1123	- 0,0945	- 0,0869	- 0,0594	- 0,0575	- 0,0526

Rentowność kapitału będzie rosła z - 11% do - 5%. Po uwzględnieniu uwag dotyczących amortyzacji a opisanych powyżej, wskaźnik ten prezentuje rozsądny poziom.

## 2. Wskaźniki płynności

### a. wskaźnik płynności bieżącej

A	Wskaźniki płynności	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Wskaźnik płynności bieżącej	0,6306	0,7155	0,7774	0,8267	0,8918	0,7187

Wskaźnik poniżej 1,0 to niedobra wartość. Jednakże patrząc na tendencję widać wyraźnie zdolność do jego poprawy (wzrost wskaźnika do wartości 0,9. Spadek jego wartości w roku 2010 związany jest z koniecznością spłaty pożyczki w tym roku. A co za tym idzie konieczność wygenerowania części gotówki ze zobowiązań krótkoterminowych. Jednakże trend ten pokazuje, że po zakończeniu restrukturyzacji jednostka nie będzie wprawdzie w stanie pokryć zobowiązań krótkoterminowych aktywami krótkoterminowymi, ale zobowiązania te będą niewiele większe, więc przy obecnych terminach płatności szpital będzie posiadał zdolność do terminowego regulowania zobowiązań. Więc wzrost wartości aktywów trwałych będzie miał źródło w kredycie długoterminowym, a szpital uzyska bezpieczny poziom płynności.

### b. wskaźnik szybki

A	Wskaźniki płynności	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2	płynność szybka	0,5492	0,6285	0,6875	0,7314	0,7589	0,6290

Podobnie jak w przypadku poprzedniego wskaźnika wartość poniżej jedności pokazuje, że sytuacja nie jest bezpieczna. Jednakże uwzględniając poziom zobowiązań obecnie oraz długie terminy płatności do dostawców a stosunkowo krótkie od głównego płatnika (NFZ) poziom ten jest akceptowalny. Stopniowe zbliżanie się wskaźnika do 1 (0,75 w 2010) potwierdza tą tendencję

### c. wskaźnik gotówki

A	Wskaźniki płynności	2005	2006	2007	2008	2009	2010
3	wskaźnik gotówki	0,0109	0,0479	0,0818	0,0835	0,0978	0,0071

10% wskaźnik gotówki to nie jest może wysoki poziom, ale zważywszy na fakt, że z kredytu pokrywane będą przede wszystkim zobowiązania przeterminowane należy uznać go za bezpieczny

## Wskaźniki płynności finansowej

### a. rotacja należności krótkoterminowych

B	Wskaźniki sprawności działania	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2	Rotacja należności w dniach	38,8117	38,5454	38,2972	38,0563	37,8223	37,5952

Z racji monopolistycznej sytuacji w NFZ uznaliśmy, że w najbliższych latach nie nastąpi poprawa terminów płatności. Dlatego uznaliśmy konieczność utrzymania 37 - 38 dni rotacji należności. Możliwości wpływu przez szpital są tu bardzo ograniczone.

#### b. rotacja zobowiązań (w dniach)

B	Wskaźniki sprawności działania	2005	2006	2007	2008	2009	2010
3	Rotacja zobowiązań w dniach	50,9843	49,5100	49,2480	49,4826	48,9905	52,7550

Splata zobowiązań przeterminowanych dzięki pożyczce pozwoli na zredukowanie rotacji do poziomu 50 dni. Po uwzględnieniu części zobowiązań związanych z wynagrodzeniami pozwoli to na utrzymanie wskaźnika płatności do dostawców na poziomie 70 dni (zobowiązania wobec pracowników płacone są w ciągu dwóch – trzech dni od naliczenia). Pokazuje to wyraźną poprawę w stosunku do roku 2004 (62 dni).

#### c. rotacja zapasów

B	Wskaźniki sprawności działania	2005	2006	2007	2008	2009	2010
1	Rotacja zapasów w dniach	5,0829	5,0133	4,9446	4,8769	4,8101	4,7442

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń z lat ubiegłych uznaliśmy, że odzyskanie płynności pozwoli na częstsze zamawianie leków w mniejszych ilościach. Ponadto wprowadzenie systemu komputerowego ewidencji zapasów, a zwłaszcza ewidencji ilościowo – wartościowej pozwolić powinno na powrót wskaźnika rotacji do poziomu 4,8 dni.

#### Wskaźnik zadłużenia

##### a. wskaźnik pokrycia kapitałem własnym

B	Wskaźniki sprawności działania	2005	2006	2007	2008	2009	2010
4	Pokrycie aktywów kapitałem własnym	0,9049	0,9037	0,8987	0,8991	0,8988	0,9113

Restrukturyzacja jednostki to dalszy wzrost bezpieczeństwa tego wskaźnika. 90 - 91% pokrycia aktywów kapitałem własnym to bardzo wysoki poziom.

##### b. wskaźnik zadłużenia ogółem

C	Wskaźniki struktury kapitałowej	2005	2006	2007	2008	2009	2010
2	Wskaźnik zadłużenia ogółem	0,0708	0,0697	0,0742	0,0762	0,0808	0,0669

Udział zobowiązań w wartości bilansowej firmy będzie w wyniku restrukturyzacji znacząco spadał. 7 – 8%% wskaźnik to wręcz wskaźnik nieco za wysoki z punktu widzenia skuteczności wykorzystania kapitału. Z drugiej strony jego wartość wynika z wartości kapitału przeznaczonego na środki trwałe.

#### 5. Wskaźniki produktywności

##### a. wskaźnik produktywności aktywów

C	Wskaźniki struktury kapitałowej	2005	2006	2007	2008	2009	2010
3	Wskaźnik produktywności aktywów	0,2607	0,2738	0,3048	0,3327	0,3622	0,3982

Produktywność aktywów pozostanie będzie rosła, co jest związane z zakładanym przez nas zmniejszaniem się wartości aktywów (stopniowy spadek wartości środków trwałych). W rezultacie przychody będą na w miarę stabilnym poziomie, co spowoduje stopniowe pogarszanie się tego wskaźnika. Zwracamy wszakże uwagę na fakt, że odtwarzanie środków trwałych pozostanie w gestii organu założycielskiego – majątek trwały szpitala a w ogromnej większości należy do Starostwa Powiatowego.

#### b. wskaźnik produktywności rzeczowych aktywów trwałych

C	Wskaźniki struktury kapitałowej	2005	2006	2007	2008	2009	2010
4	Wskaźnik produktywności rzeczowych aktywów trwałych	0,2696	0,2841	0,3180	0,3483	0,3818	0,4183

Sytuacja jest analogiczna do sytuacji powyższej. Spadek wartości środków trwałych powoduje pogarszanie się tego współczynnika

### 5. Określenie źródeł uzyskania środków finansowych na restrukturyzację finansową

W naszej opinii najlepszym i najszybszym sposobem uzyskania środków na restrukturyzację finansową jest zaciągnięcie kredytu pomostowego, a następnie ewentualne wyemitowanie obligacji. Zważywszy jednak na koszty emisji obligacje 10 letnie powinny być traktowane nie tylko jako źródło kapitału zewnętrznego pozwalające nie tylko na restrukturyzację zobowiązań, ale na uzdrowienie struktury finansowania szpitala.

Zaciągnięcie kredytu pozwoli na natychmiastowe odzyskanie płynności finansowej, oraz na bezpieczne wdrożenie przyjętego programu restrukturyzacji.

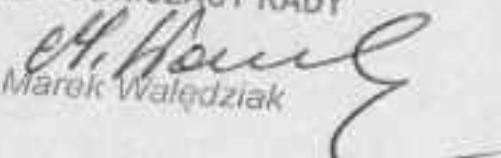
Dlatego w naszej analizie uwzględniliśmy kredyt w kwocie 1 628 907 PLN.

Jest to kwota, która rozłożona na 10 lat pozwoli na wyprowadzenie szpitala z zadłużenia, przy założeniu umorzenia 50 % pożyczki po upływie 5 lat.

Lp.	Opis źródła finansowania	Wysokość	Forma	Termin	Podstawa prawna
1.	Pomoc publiczna w tym:				
	Emitowanie obligacji				Art. 34 ustawy
	Zaciągnięcie pożyczki z budżetu państwa	1 628 907	Kredyt	1 października 2005 – I rata w wysokości 50 %	
	Przejęcie zobowiązań zakładu przez podmiot, który utworzył zakład, a w przypadku szpitali klinicznych także przez Ministra Zdrowia				Art. 13 ust. 1 pkt 4, 5 ustawy
2.	Zaciągnięcie kredytu bankowego				
3.	Inne				Art. 34 ustawy

**6. Aneks obliczeniowy**

PRZEWODNICZĄCY RADY

  
Marek Wałędziak