

PROGRAM NAPRAWCZY

ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W LIDZBARKU WARMIŃSKIM

Spis treści

I.	Wprowadzenie	3
I.1.	Cel i zakres opracowania	3
I.2.	Założenia kierunkowe	3
I.3.	Czas realizacji	5
II.	OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA JEDNOSTKI I OTOCZENIA	6
II.1.	Infrastruktura ZOZ	7
II.2.	Analiza SWOT	7
II.3.	Domena działania	9
II.4.	Misja ZOZ	9
II.5.	Wizja ZOZ (główne cele strategiczne)	10
II.6.	Pośrednie cele strategiczne	10
II.7.	Strategiczna przewaga	12
III.	Analiza produktowa	12
IV.	Organizacja i zatrudnienie	16
V.	OPIS SYTUACJI EKONOMICZNO-FINANSOWEJ JEDNOSTKI	17
V.1.	Struktura kapitałów	18
V.2.	Zadłużenie	19
V.3.	Analiza płynności finansowej	21
V.4.	Analiza efektywności gospodarowania	22
V.5.	Analiza rentowności	23
V. 6.	Podsumowanie aktualnej sytuacji finansowej	23
VI.	DIAGNOZA PRZYCZYŃ TRUDNEJ SYTUACJI EKONOMICZNEJ JEDNOSTKI	23
VI.1.	Czynniki zewnętrzne	23
VI.2.	Czynniki wewnętrzne	24
VII.	PLANOWANE DZIAŁANIA PROWADZĄCE DO NAPRAWY SYTUACJI FINANSOWEJ	24
VII. 1.	Podstawowe założenia	24
VII.2.	Zestawienie nakładów inwestycyjnych i finansowych w celu realizacji działań	26
VII.3.	Efekty zrealizowanych działań w okresie od stycznia do kwietnia 2015 r.	27
VII.4.	Plany na rok 2016	30

I. Wprowadzenie

I.1. Cel i zakres opracowania

Celem programu naprawczego jest określenie obszarów oraz działań tworzących systemowy proces kontynuacji zmian organizacyjnych, ekonomicznych, majątkowych i technicznych przeprowadzonych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim w latach 2009-2014. Efektem planowanych zmian będzie poprawa jego sytuacji finansowej.

Główne cele planu:

Cel I

Zapewnienie zdolności do osiągnięcia dodatniego wyniku finansowego (skorygowanego o amortyzację)

Cel II

Restrukturyzacja zadłużenia.

Opracowanie obejmuje analizę stanu obecnego Zespołu w poszczególnych obszarach działalności oraz definiuje działania prowadzące w określonym czasie do stworzenia warunków umożliwiających osiągnięcie wyżej określonych celów.

I.2. Założenia kierunkowe

W dobie szybkiego rozwoju technologicznego i społecznego, a także rozbudowy prywatnego sektora opieki zdrowotnej, wymagania w stosunku do publicznej opieki medycznej zwiększają się nieustannie. Oczekiwania te wiążą się nie tylko z nowymi i doskonalszymi procedurami, ale także z jakością świadczonych usług. Pacjenci oczekują, że pracownik medyczny nie tylko będzie niósł pomoc w najcięższych chwilach, ale będzie też prowadził działania zapobiegające chorobom i epidemiom, uczestniczył w prewencji skażeń środowiska oraz dbał o komfort psychiczny pacjentów. Znacznie więcej oczekuje się także od dyrektora placówki medycznej – ma on być menadżerem, specjalistą w dziedzinie zdrowia społecznego, pozyskiwać fundusze oraz posiadać realny wpływ na ośrodki decyzyjne państwa, oraz władzy samorządowej.

Aby sprostać nowym wymaganiom, niezbędne jest wprowadzenie szeregu mechanizmów, mających na celu podniesienie jakości świadczeń medycznych. Należy także pamiętać, że dobro pacjenta i jego rodziny jest nadrzędnym celem funkcjonowania podmiotu prowadzącego działalność leczniczą.

Pomimo tego, że efektywność funkcjonowania publicznej opieki medycznej powinno rozpatrywać się na kilku płaszczyznach, w każdym przypadku podstawową rolę odgrywa pacjent. System opieki zdrowotnej powinien zatem dążyć do maksymalnego wykorzystania dostępnych środków, aby jak najlepiej zaspokoić potrzeby pacjenta.

Działania, które należy podjąć w tym celu, to:

- dostosowanie zakresu świadczeń do oczekiwań rynku
- poprawa jakości świadczonych usług
- zwiększenie dostępności do opieki medycznej
- popularyzacja działań profilaktycznych
- wspieranie edukacji personelu

W ostatnich latach przeprowadzono szereg działań prowadzących do poprawy sytuacji ekonomiczno – finansowej Zespołu:

- przeprowadzono redukcję zatrudnienia
- wyremontowano oddziały szpitalne
- utworzono oddział chirurgii urazowo – ortopedyczny – jednego dnia
- utworzono dzienny oddział rehabilitacji leczniczej
- zwiększono zakres świadczeń w rodzaju AOS
- zakupiono nowoczesny sprzęt diagnostyczny
- zmieniono tryb udzielania świadczeń w oddziale ginekologicznym i pediatrycznym

Uzyskane certyfikaty Zintegrowanego Systemu Zarządzania – EN ISO 9001:2008, EN ISO 14001:2014 oraz PN-N 18001: 2004 potwierdzają wysoką jakość świadczonych usług medycznych, właściwe funkcjonowanie oraz administrowanie ZOZ, troskę o środowisko naturalne, a także dbałość o bezpieczeństwo pacjentów i personelu. Aby utrzymać wysoki poziom świadczonych usług medycznych dyrekcja ZOZ podjęła

decyzję o wdrożeniu Systemu Zarządzania Jakością zgodnego z wymogami normy PN-EN 15224:2013-04 oraz wdrożeniu planu naprawczego.

Dzięki zrealizowanym działaniom Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim jest nowoczesnym podmiotem leczniczym, elastycznie dopasowującym swoją ofertę do potrzeb pacjenta, przy pełnym poszanowaniu jego praw, realizującym zadania powierzone przez podmiot tworzący. Docelowo ZOZ będzie dążyć do oferowania usług wysokospecjalistycznych, stale wprowadzając nowe technologie diagnostyczne, terapeutyczne, wysoko oceniane przez pacjentów. Elementem niezbędnym do urzeczywistnienia tak zdefiniowanej przyszłości jest konsekwentne realizowanie planu naprawczego oraz ciągła jego modyfikacja w szczegółach uzależnionych od ustawodawstwa. Działania prowadzące do zwiększenia efektywności i w konsekwencji zbilansowania na poziomie operacyjnym należy przeprowadzić w następujących głównych obszarach:

- zwiększeniu zakresu usług medycznych
 1. w leczeniu szpitalnym – w zakresie urologii
 2. w leczeniu pozaszpitalnym – w zakresie psychiatrii
 3. w leczeniu ambulatoryjnym – w zakresie ratownictwa
 - poprawy dostępności do świadczeń z zakresu endoskopii przewodu pokarmowego
- Działania powinny być skierowane głównie w stronę zwiększenia skali i zakresu świadczeń medycznych z wykorzystaniem zasobów i potencjału Szpitala. Rozszerzenie oferty stanie się podstawą do ubiegania się w przyszłości zarówno o nowe jak i wyższe kontrakty z NFZ, generując wyższe przychody.

I.3. Czas realizacji

Plan naprawczy w horyzoncie czasowym został podzielony na dwa etapy. W pierwszym przypadającym na lata 2015-2016 okresie zaplanowano przeprowadzenie i wdrożenie poszczególnych działań. Kolejne lata 2017-2018 to okres utrwalania dokonanych zmian w połączeniu z ciągłym doskonaleniem procesów w obszarze podstawowej działalności operacyjnej Szpitala.

II. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA JEDNOSTKI I OTOCZENIA

ZOZ jest jedyną tego typu placówką w powiecie lidzbarskim. Szpital powstał w 1904 roku a w 1995 roku po raz pierwszy został wpisany do rejestru wojewody jako SPZOZ.

ZOZ jako podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą posiada w swojej strukturze trzy przedsiębiorstwa: Szpital Powiatowy, Powiatową Przychodnię Specjalistyczną i Powiatowy Ośrodek Lecznictwa Pozaszpitalnego.

Świadczenia medyczne udzielane w jednostkach organizacyjnych ZOZ w skali roku:

Szpital Powiatowy prowadzący 5 oddziałów, hospitalizuje około 4600 chorych mając do dyspozycji 100 łóżek

Szpitalna Izba Przyjęć udziela około 3360 porad

Powiatowa przychodnia specjalistyczna udziela około 28520 porad specjalistycznych

Powiatowy Ośrodek Leczenia Pozaszpitalnego przyjmuje około 560 pacjentów

Z roku na rok zwiększa się liczba pacjentów z sąsiednich powiatów – olsztyńskiego, bartoszyckiego, kętrzyńskiego, ostródzkiego, nidzickiego oraz spoza województwa. Oddział Terapii Uzależnienia od Alkoholu, ze względu na swoją specyfikę, hospitalizuje w ponad 60% osoby spoza powiatu – jest zatem oddziałem działającym ponadlokalnie. Wiąże się to z faktem napiętnowania społecznego – osoby uzależnione pragną pozostać anonimowe. Liczbę łóżek oraz hospitalizowanych pacjentów w Szpitalu Powiatowym przedstawiono w dalszej części opracowania.

ZOZ dysponuje nowocześnie wyposażonym blokiem operacyjnym, pracownikami diagnostycznymi (RTG, USG, Laboratorium diagnostycznym, Pracownią Endoskopową, Pracownią Diagnostyki Kardiologicznej). W swojej strukturze posiada 52 komórki organizacyjne o profilu medycznym, w tym dwa zespoły ratownictwa medycznego: jeden stacjonujący w Lidzbarku Warmińskim drugi w Ornece.

Ze względu na to, że dobro pacjentów oraz dostęp do świadczeń medycznych jest priorytetem dla działalności ZOZ, uruchomiono system *e-pacjent*. Informatyzacja ZOZ wraz z systemem *e-pacjent* pozwala pacjentowi bez wychodzenia z domu zobaczyć swoją historię choroby oraz zapisane leki, sprawdzić stan kolejek i dostępność do lekarzy, zarejestrować się do poradni.

II.1. Infrastruktura ZOZ

W skład ZOZ wchodzi budynki powiatowej przychodni specjalistycznej w Lidzbarku Warmińskim i w Ornecie oraz budynki szpitala powiatowego w Lidzbarku Warmińskim. Ponadto ZOZ korzysta z wydzierżawionych pomieszczeń w Lidzbarku Warmińskim i w Ornecie:

- Ratownictwo medyczne – ul. Olsztyńska, Lidzbark Warmiński
- Poradnia terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu – ul. Góreckiego, Lidzbark Warmiński,
- Administracja – ul. Wszyńskiego, Lidzbark Warmiński
- Ratownictwo medyczne – ul. Mickiewicz, Orneta
- Poradnia położniczo – ginekologiczna oraz poradnia chirurgiczna – ul. Wodna, Orneta

Budynek Szpitala stwarza możliwości rozbudowy dla potrzeb medycznych. Stan techniczny budynku ocenić można jako dobry. W ostatnich latach przeprowadzono remonty wszystkich oddziałów szpitalnych. Modernizację prowadzono w oparciu o przepisy wydane przez Ministra Zdrowia. Szpital posiada dwa węzły komunikacji pionowej. Niektóre systemy infrastruktury technicznej takie jak system wentylacji mimo sprawności należy jednak ocenić jako przestarzałe i zaplanować ich modernizację w kolejnych latach działalności. Należy również pamiętać o tym, że w dobie szybkiego rozwoju technologicznego Zespół będzie musiał ponosić nakłady na odtworzenie majątku trwałego. Nowoczesne na dzień dzisiejszy wyposażenie specjalistyczne za kilka lat będzie wymagało wymiany.

II.2. Analiza SWOT

Analiza SWOT

Mocne strony (S) (czynniki wewnętrzne)		Słabe strony (W) (czynniki wewnętrzne)	
S1 (0,4)	Jedyna tego typu organizacja w powiecie	W1(0,4)	Wysokie koszty utrzymania bloku operacyjnego
S3(0,3)	Dobra struktura organizacyjna	W2(0,3)	Zadłużenie wynikające ze strat z lat

S4(0,3)	Mocne zaplecze diagnostyczne	W3(0,3)	ubiegłych Konieczność ciągłego doposażania (dostosowanie, do 2016 r., palcówki do wymogów MZ)
Szanse (O) (czynniki zewnętrzne)		Zagrożenia (T) (czynniki zewnętrzne)	
O1(0,4)	Korzystna zmiana przepisów prawa	T1(0,4)	Braki kadrowe (średni personel biały) wynikające z odchodzenia na emerytury przy braku napływu nowej kadry
O2(0,2)	Pozyskanie dodatkowych funduszy na dalszy rozwój	T2(0,5)	Niekorzystne zmiany w kontraktach z NFZ
O3(0,4)	Rozwój powiatu	T3(0,1)	Niekorzystne zmiany przepisów prawa

Zestawienie zbiorcze analizy SWOT/TOWS.

Kombinacja	Wyniki analizy SWOT		Wyniki analizy TOWS		Zestawienie zbiorcze SWOT/TOWS	
	Suma interakcji	Suma iloczynów	Suma interakcji	Suma iloczynów	Suma interakcji	Suma iloczynów
Mocne strony/Szanse	15/2	4,8	25/2	4,3	40/2	9,1
Mocne strony/Zagrożenia	23/2	5,9	22/2	4,8	45/2	10,7
Słabe strony/Szanse	13/2	3,9	14/2	3,0	27/2	6,9
Słabe strony/Zagrożenia	24/2	6,6	14/2	3,2	38/2	9,8

Tabela strategii

	Szanse	Zagrożenia
--	--------	------------

Mocne strony	Strategia agresywna Liczba interakcji – 40/2 Ważona liczba interakcji – 9,1	Strategia konserwatywna Liczba interakcji – 45/2 Ważona liczba interakcji – 10,7
Słabe strony	Strategia konkurencyjna Liczba interakcji – 27/2 Ważona liczba interakcji – 6,9	Strategia defensywna Liczba interakcji – 38/2 Ważona liczba interakcji – 9,8

Jak wynika z tabeli strategii (najwyższa liczba interakcji) dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim najkorzystniejszy jest wybór strategii konserwatywnej: posiada duży potencjał wewnętrzny, jest jednak poddany niekorzystnemu układowi warunków zewnętrznych. Przy użyciu mocnych stron ZOZ powinien przewycięzać zagrożenia poprzez: rozszerzenie rodzaju udzielanych świadczeń, zwiększenie dostępności do świadczeń udzielanych w pracowni endoskopii przewodu pokarmowego, wspólne z samorządem działania na rzecz poprawy infrastruktury. Takie działania przełożą się na: zwiększenie kontraktów z NFZ, powstanie możliwości podpisania umów z innymi płatnikami.

II.3. Domena działania

Domeną działania ZOZ jest sektor ochrony zdrowia. Podstawowe świadczenia medyczne dotyczą profilaktyki, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz pielęgnacji; z zakresu medycyny ogólnej i specjalistycznej oraz ratownictwa medycznego. Obszar działalności obejmuje przede wszystkim powiat lidzbarski. W ramach niektórych specjalności, ZOZ ma znaczenie ponadlokalne.

II.4. Misja ZOZ

Misja ZOZ zawiera się w haśle: **Pacjent przede wszystkim, szacunek dla człowieka – jakość.** Priorytetowym celem ZOZ jest kompleksowe i na wysokim poziomie udzielanie świadczeń zdrowotnych, z poszanowaniem godności osobistej pacjenta, intymności i zasad moralnych, poprzez ochronę danych dotyczących stanu zdrowia

i sposobu leczenia, stosując w tym celu specjalistyczne technologie diagnostyczne i lecznicze.

II.5. Wizja ZOZ (główne cele strategiczne)

Głównym celem strategicznym ZOZ jest umocnienie swojej pozycji na rynku świadczeń medycznych w regionie, zwiększenie rodzaju świadczeń oraz poprawa dostępności. Realizacja założonego celu znacznie poprawi nie tylko zakres i poziom świadczonych usług medycznych, ale także przyczyni się do zwiększenia satysfakcji pacjentów i ich rodzin.

Główny cel strategiczny, jak i cele pośrednie, ZOZ planuje osiągnąć poprzez zastosowanie konkretnych działań:

- Poszerzenie oferty medycznej związanej z uruchomieniem nowego oddziału szpitalnego oraz poprawę dostępności do świadczeń w pracowni endoskopowej
- Modernizacja kolejnych pomieszczeń i kondygnacji budynku szpitala (modernizacja niskiego parteru)
- Zakup specjalistycznego sprzętu medycznego
- Kontynuowanie Zintegrowanego Systemu Zarządzania oraz rozszerzanie o kolejne normy.
- Dostosowanie ZOZ do wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej zgodnie z programem dostosowawczym
- Dostosowanie ZOZ do przepisów przeciwpożarowych
- Dodatkowe zabezpieczenie ZOZ od zdarzeń niepożądanych

II.6. Pośrednie cele strategiczne

PERSPEKTYWA INTERESARIUSZY	
Cel strategiczny	Działania strategiczne
1. Ochrona godności pacjenta	Przestrzeganie etyki zawodowej, ochrona danych pacjenta

2 Traktowanie pacjenta jako decydującego podmiotu w procesie leczenia oraz świadczenia usług medycznych	Zapewnienie pełnej realizacji praw pacjenta, eliminacja sytuacji konfliktowych między pacjentem a personelem, dotrzymanie terminów realizacji usług zdrowotnych
3 Poprawienie dostępności pacjentów do usług medycznych	Skracanie listy oczekujących na usługę, zwiększanie dostępności do badań diagnostycznych
4 Zwracanie ciągłej uwagi na dobro i jakość leczenia pacjentów	Badanie jakości usług, wprowadzanie udogodnień oraz zwiększanie poziomu świadczenia usług
5 Stworzenie warunków, w których pacjenci i ich rodziny będą podejmować odpowiedzialne decyzje	Udostępnienie pacjentom i ich rodzinom pełnych informacji na temat stanu zdrowia, zażywanych leków oraz procesu leczenia i związanych z nim zagrożeniami

PERSPEKTYWA WEWNĘTRZNA	
Cel strategiczny	Działania strategiczne
1 Upraszczenie procedur organizacyjnych	Rozbudowa sieci informatycznej na terenie ZOZ, w celu ulepszania komunikacji wewnątrz placówki
2 Uruchomienie systemu organizacyjnego, który doceni realne kompetencje personelu i będzie faworyzował proces ciągłego doskonalenia kadry medycznej	Przeprowadzanie różnego rodzaju szkoleń oraz programów podnoszenia kwalifikacji pracowników
3 Monitorowanie wielkości emisji, odpadów oraz zużycie mediów energetycznych	Spełnianie wymagań wynikających z przepisów prawnych
4 Zapobieganie nadzwyczajnym zagrożeniom środowiska naturalnego	Spełnianie wymagań wynikających z przepisów prawnych

5 Zapobieganie wypadkom przy pracy i chorobom, identyfikacji i eliminacji zdarzeń potencjalnie wypadkowych	Przestrzeganie zasad BHP i Zintegrowanego Systemu Zarządzania
6 Wdrażanie programów podnoszenia jakości świadczonych usług	Recertyfikacja certyfikatów ISO w ZOZ oraz wdrażanie nowych norm zarządzania

II.7. Strategiczna przewaga

Przewaga strategiczna nad innymi placówkami medycznymi w regionie upatrywana jest w efektach uzyskanych dzięki działaniom podjętym w latach 2009-2014:

- Dostosowywanie ZOZ do wysokich standardów świadczenia usług medycznych
- Dostosowanie budynków ZOZ do potrzeb pacjentów niepełnosprawnych i przepisów prawa
- Modernizacja oddziałów i innych pomieszczeń ZOZ
- Wprowadzanie nowoczesnych procedur obsługi pacjenta np. e-pacjent
- Monitorowanie satysfakcji pacjenta

III. Analiza produktowa

Ze względu na wysoką kapitałochłonność współczesnej medycyny, a także strukturę zapotrzebowania na świadczenia medyczne (z jednej strony powszechnie występujące schorzenia proste w leczeniu w trybie krótkoterminowym, a z drugiej rzadsze, ale wymagające często kosztownych i złożonych procedur schorzenia onkologiczne, urazy wielonarządowe itd. w krajach rozwiniętych kształtuje się model lecznictwa szpitalnego, oparty na dwóch filarach:

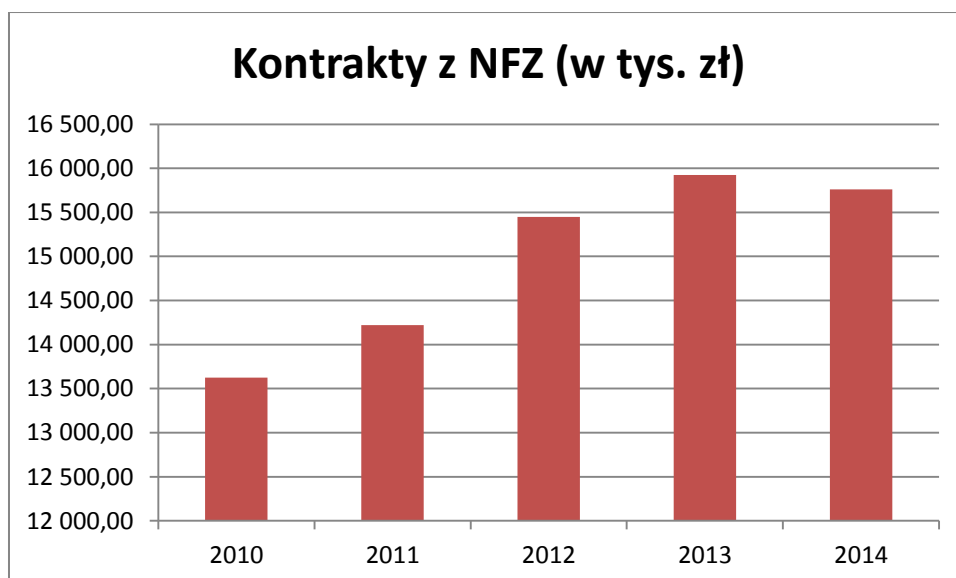
- A. Niewielkie placówki, zapewniające opiekę medyczną w zakresie mniej skomplikowanych procedur – głównie krótkoterminowych (chirurgia, ortopedia, ginekologia i szereg innych);
- B. Duże szpitale, realizujące na dużą skalę procedury medyczne wymagające nowoczesnego wysokospecjalistycznego wyposażenia medycznego (w tym

diagnostycznego) oraz zapewnienia opieki i konsultacji doświadczonych specjalistów z różnych dziedzin. Szpitale takie zajmują się zwłaszcza leczeniem w zakresie schorzeń kardiologicznych, onkologicznych, medycyny ratunkowej (leczenie poważnych urazów w tym wielonarządowych)

Przy każdym z tych poziomów zgodnie ze współczesnymi trendami zapewnia się adekwatne możliwości leczenia psychiatrycznego. W Polsce również kształtuje się tego rodzaju model funkcjonowania lecznictwa stacjonarnego, w którym rolę pierwszych placówek przejmą niewielkie szpitale lokalne i małe kliniki prywatne, a w drugim przypadku szpitale wojewódzkie.

Z powyższych powodów należy oceniać profil świadczeń medycznych oferowanych przez jednostkę pod kątem jego dostosowania do naturalnej roli szpitala lokalnego wraz ze specjalistycznym centrum w zakresie wybranych specjalizacji.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim świadczy usługi w zakresie specjalistycznego lecznictwa zamkniętego, ambulatoryjnego lecznictwa specjalistycznego oraz ratownictwa medycznego. Realizacja świadczeń zdrowotnych stanowi 98% przychodów ze sprzedaży ogółem. Działania dokonane na przestrzeni ostatnich lat przyniosły dodatni efekt w postaci wzrostu wartości kontraktów z NFZ co obrazuje poniższy wykres.



Wzrost kontraktów nie przełożył się na zwiększenie ilości hospitalizacji co oznacza, że koszty doby szpitalnej (żywienie, higiena) pozostały na tym samym poziomie. Wyższy

kontrakt z NFZ jest wynikiem między innymi wyższej wyceny procedur oraz zwiększenia zakresu świadczeń (dzięki posiadanemu specjalistycznemu wyposażeniu).
Poniżej zamieszczono tabelę z danymi opisującymi ruch chorych w szpitalu w latach 2012 - 2015

Nazwa oddziału		Liczba łóżek	Liczba leczonych	Średnia liczba leczonych	Osobodni	Średni czas pobytu	Średnie wykorzystanie łóżka (dni)	Procent wykorzystania łóżka
Oddział Chirurgiczny Ogólny	2012	30	1090	17.91	6555	6.01	218.5	59.7
	2013	30	1120	16.15	5894	5.26	196.47	53.83
	2014	30	1145	15.35	5604	4.89	186.8	51.18
	maj-15	30	520	17.63	2662	5.12	88.73	58.76
Oddział Pediatriczny	2012	14	573	5.15	1885	3.29	134.64	36.79
	2013	14	582	5.05	1845	3.17	131.79	36.11
	2014	14	546	4.58	1672	3.06	119.43	32.72
	maj-15	14	217	4.66	704	3.24	50.29	33.3
Oddział Ginekologiczny	2012	16	958	6.51	2381	2.49	149.7	40.9
	2013	10	717	4.14	1510	2.11	151	41.37
	2014	10	705	4.18	1524	2.16	152.4	41.75
	maj-15	10	299	4.46	674	2.25	67.4	44.64
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	2012	5	165	0.45	165	1	36.62	10
	2013	10	346	0.95	346	1	34.6	9.48
	2014	10	374	1.02	374	1	37.4	10.25
	maj-15	10	173	1.15	173	1	17.3	11.46
Oddział Terapii Uzależnienia Od Alkoholu	2012	23	324	21.9	8015	24.74	348.48	95.21
	2013	23	289	22.26	8126	28.12	353.3	96.8
	2014	23	263	19.54	7132	27.12	310.09	84.96
	maj-15	21	110	19.17	2895	26.32	132.92	88.03
Oddział Chorób Wewnętrznych	2012	33	1704	24.8	9075	5.33	275	75.14
	2013	33	1622	24.28	8861	5.46	268.52	73.57
	2014	33	1573	24.5	8944	5.69	271.03	74.25
	maj-15	33	704	25.38	3833	5.44	116.15	76.92
RAZEM		Liczba łóżek	Liczba leczonych	Średnia liczba leczonych	Osobodni	Średni czas pobytu	Średnie wykorzystanie łóżka	Procent wykorzystania łóżka
Szpital Powiatowy w Lidzbarku Warmińskim	2012	120	4814	76.7200	28076	5.83	233.17	63.71
	2013	120	4676	72.8300	26582	5.68	221.52	60.69
	2014	120	4606	69.1700	25250	5.48	210.42	57.65
	maj-15	118	2023	72.4500	10941	5.41	92.11	61.00

Analizując zaprezentowane powyżej wskaźniki dotyczące wykorzystania łóżek szpitalnych należy brać pod uwagę rodzaju hospitalizacji na oddziale ginekologicznym i pediatrycznym – hospitalizacja planowa oraz na oddziale chirurgii urazowo – ortopedycznej – hospitalizacja jednego dnia. Wskaźniki dla pozostałych oddziałów wskazują, że potencjał wykorzystanych łóżek jest zadowalający.

Przeprowadzając analizę produktową należy wspomnieć, że Szpital dysponuje szerokoprofilową bazą diagnostyczną. Zakład Rentgenodiagnostyki świadczy usługi w ramach pracowni RTG oraz USG, w którym wykonywane są również badania dopplerowskie. W szpitalu funkcjonuje ponadto gabinet diagnostyki kardiologicznej oraz pracownia endoskopowa (najlepiej wyposażona w całym województwie), wykonująca między innymi procedury EPCW. Planowane utworzenie centrum endoskopii pozwoli w szerszym zakresie wykorzystać potencjał diagnostyczny pracowni.

Poziom wszystkich przychodów z działalności (kontrakty z NFZ, świadczenia medyczne płatne na rzecz osób fizycznych, innych zakładów oraz innych zoz-ów, przychody z najmu gabinetów) uzyskiwanych z działalności Zespołu w kolejnych latach przedstawiono poniżej.



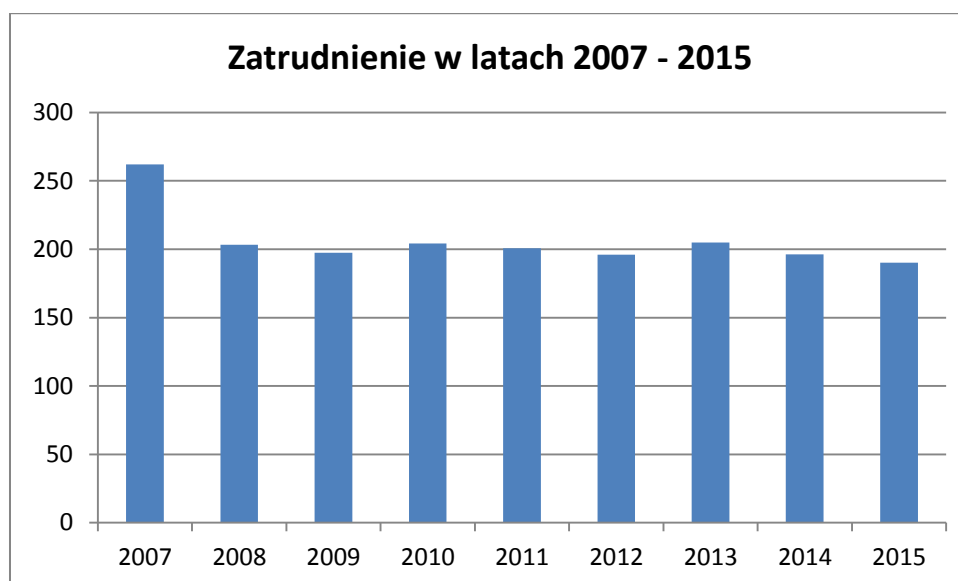
IV. Organizacja i zatrudnienie

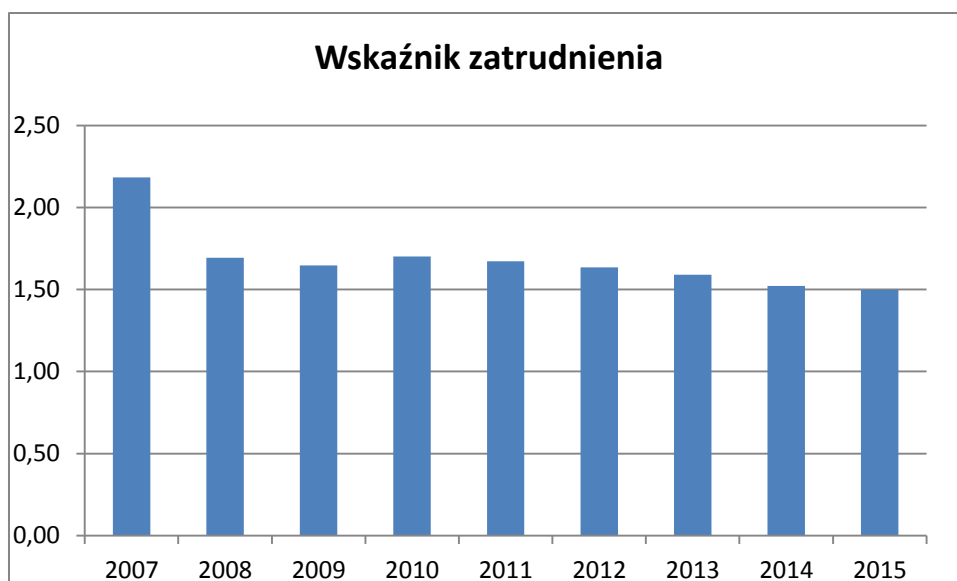
Struktura organizacyjna Szpitala należy do typowych dla tego rodzaju jednostek. Strukturę organizacyjną ZOZ przedstawiono w załączniku do opracowania.

Jak wspomniano wcześniej w Zespole w roku 2008 przeprowadzono restrukturyzację zatrudnienia. Od roku 2008 poziom zatrudnienia ulega tylko niewielkim zmianom wynikającym z wprowadzanych zmian organizacyjnych i ekonomicznych. Niewielki wzrost wywoływany jest przez rozszerzanie zakresu świadczeń i tym samym tworzeniem nowych jednostek organizacyjnych. Spadki spowodowane są restrukturyzacją niektórych komórek organizacyjnych. Ogółem na koniec maja 2015 roku w ZOZ było zatrudnionych 165 osób na 156 etatach. Umowy cywilno-prawne podpisano z 68 osobami (w przeliczeniu na etat: 34)

Wskaźnik zatrudnienia liczony w stosunku do ilości łóżek (127 łącznie z Oddziałem Rehabilitacji Diennej) na koniec maja 2015 roku wynosił 1,50 i mieści się w górnym zakresie przedziału określanego jako optymalny (od 1,2 do 1,5). Zaplanowana restrukturyzacja zatrudnienia w laboratorium poprawi wskaźnik do wartości: 1,43.

Zmiany wielkości zatrudnienia oraz wskaźnika zatrudnienia do ilości łóżek w kolejnych latach zaprezentowano poniżej.





Jak widać z zamieszczonych powyżej wykresów restrukturyzacja zatrudnienia została przeprowadzona w roku 2008. W tym okresie zatrudnienie spadło o 25%. Na przestrzeni lat (od 2007 do 2015) zatrudnienie zostało zredukowane ogółem o 33% przy jednoczesnym wzroście kontraktów z NFZ oraz zwiększeniu zakresów udzielanych świadczeń (świadczenia w zakresie okulistyki, medycyny sportowej, ortopedii i traumatologii ruchu, kardiologii, endoskopii). Koszty osobowe w roku 2007, będące najistotniejszymi kosztami stałymi, stanowiły 80,41% kosztów rodzajowych i pochłaniały 81,93% przychodów. W roku bieżącym odsetek ten spadł do 58,55% kosztów i 69,95% przychodów. Przy praktycznie pełnym uzależnieniu przychodów od kontraktów z NFZ, skuteczne działania ZOZ w kierunku poprawy sytuacji finansowej powinny skupić się obecnie na zwiększeniu świadczeń oraz dostępności do nich.

V. OPIS SYTUACJI EKONOMICZNO-FINANSOWEJ JEDNOSTKI

Obowiązująca do 2011 roku ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, nakazująca odpisywanie dotacji bezpośrednio na kapitał założycielski, podczas gdy amortyzacja obciążała koszty działalności bieżącej spowodowała niewłaściwy obraz kapitałów jednostki: kapitał założycielski prezentowany w bilansie jest zawyżony o dotacje uzyskane na sfinansowanie zakupu środków trwałych. Natomiast wynik z lat

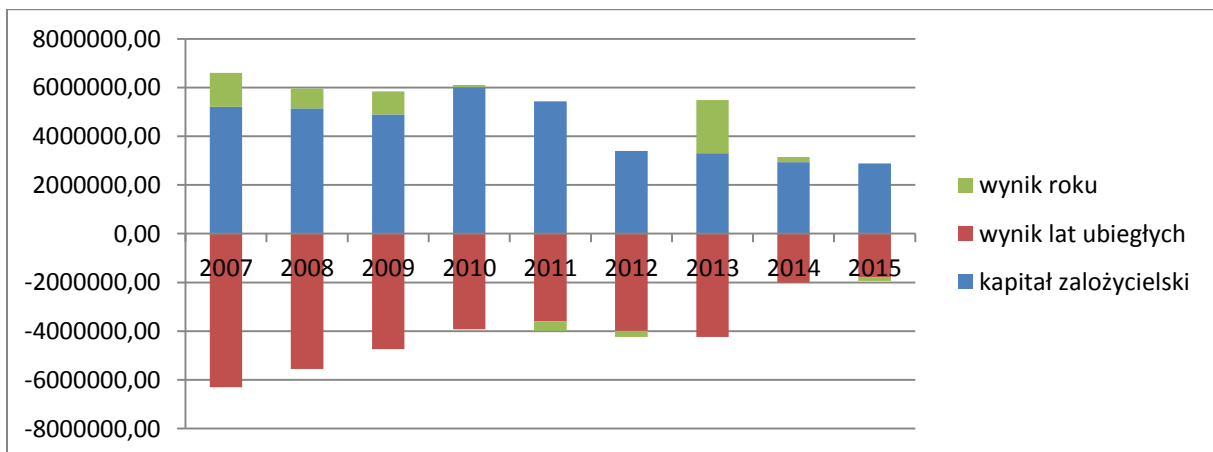
ubiegłych jest zaniżony o wartość odpisów amortyzacyjnych od dotowanych środków trwałych.

V.1. Struktura kapitałów

Struktura kapitałów bez uznawania w przychodach równowartości amortyzacji dotowanych środków trwałych:



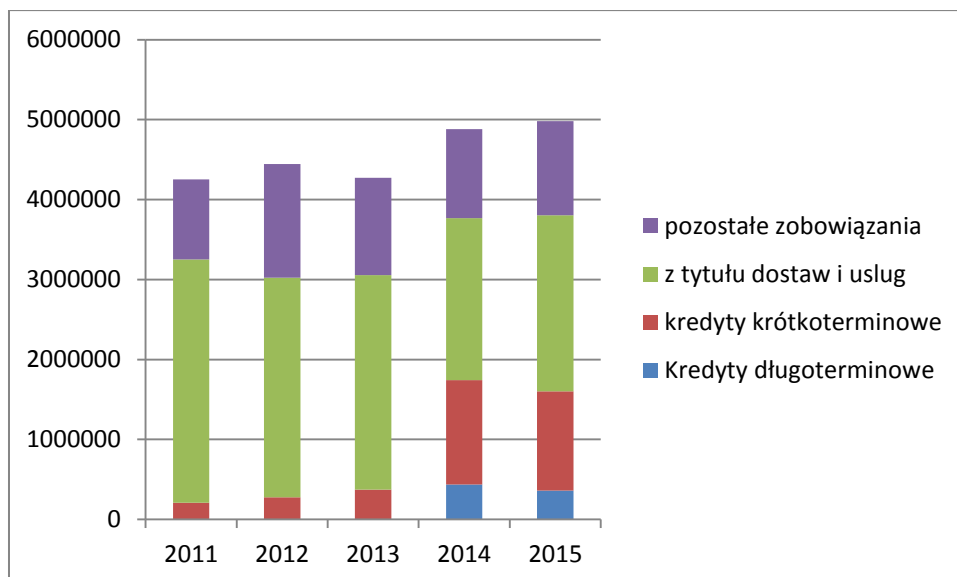
Struktura kapitałów w sytuacji gdyby równoległe do amortyzacji w przychodach księgowano by równowartości amortyzacji dotowanych środków trwałych:



Uznanie w przychodach wartości odpowiadającej wartości amortyzacji dotowanych środków trwałych w sposób zasadniczy zmienia strukturę kapitałów (maleje kapitał założycielski i zmniejsza się starta z działalności z lat ubiegłych).

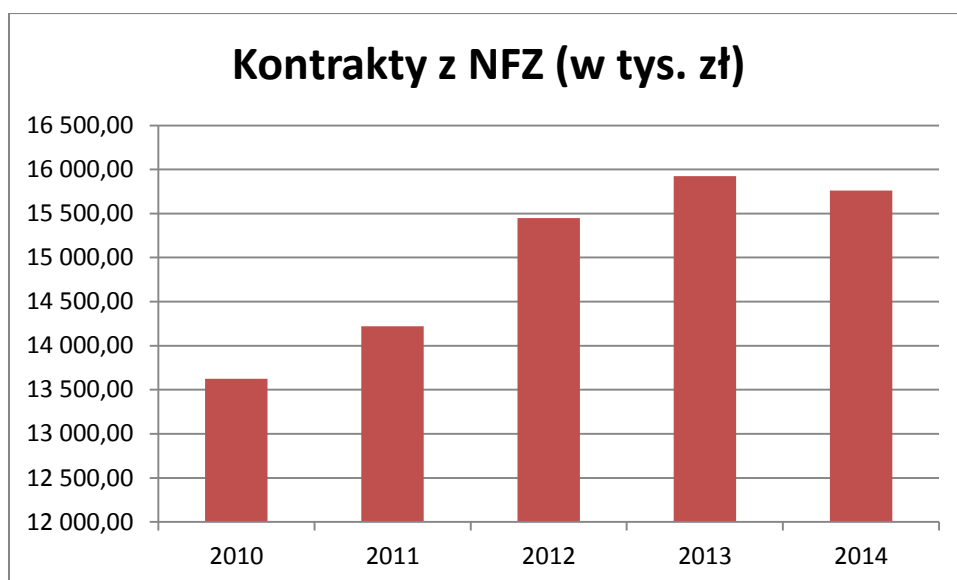
V.2. Zadłużenie

Zobowiązania ogółem (skorygowane dla zachowania porównywalności o rezerwy, rozliczenia międzyokresowe oraz środki w kasie i na rachunkach bankowych) na przestrzeni lat wzrastają. Wzrost zobowiązań oraz strukturę zobowiązań przedstawiono na wykresie poniżej.

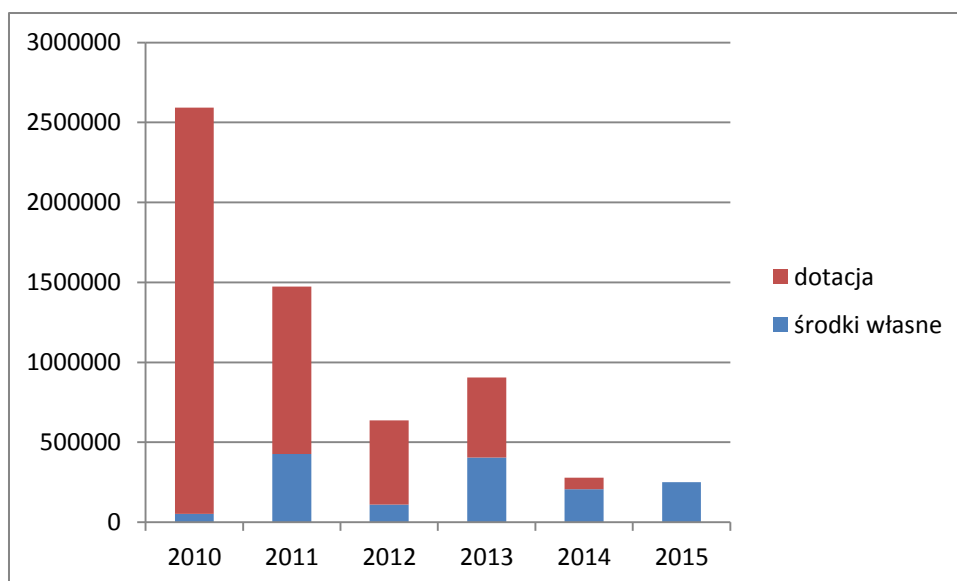


Na wzrost zobowiązań wpływ mają przede wszystkim:

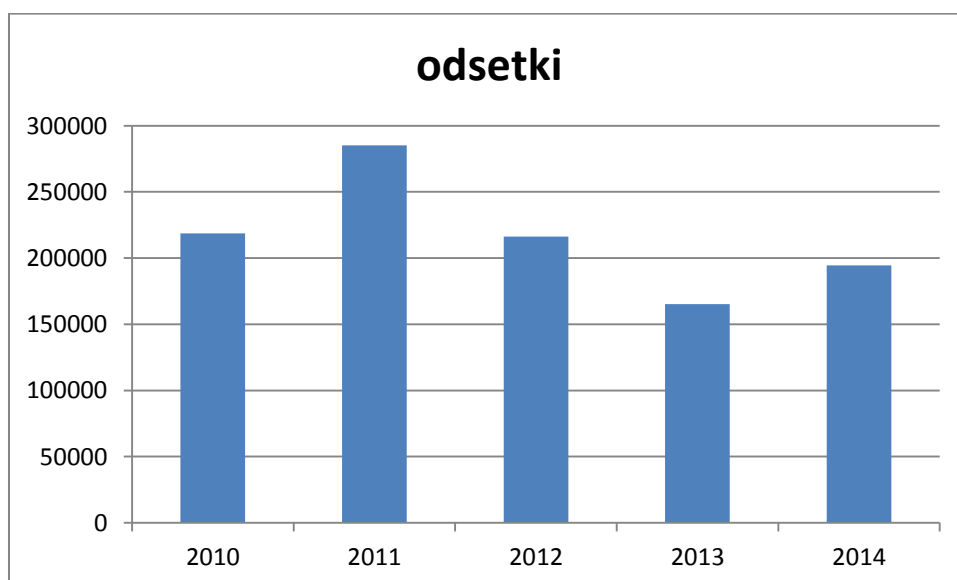
- wzrost kontraktów z NFZ – od roku 2010 kontrakty wzrosły o ponad 2 mln. zł



- nakłady na środki trwałe – od 2010 roku na zakup środków trwałych wydatkowano ponad 6,5 mln. zł, z czego środki własne to kwota 1,4 mln zł. Strukturę finansowania nakładów na środki trwałe przedstawiono poniżej



- obsługa zadłużenia:



Głównym problemem finansowym, z którym obecnie zmagają się jednostka, to brak zdolności do obsługi zadłużenia wymagalnego. Niezbędne są pilne działania prowadzące do restrukturyzacji tego zadłużenia. Głównym celem powinno być pozyskanie dodatkowych środków finansowych o charakterze długoterminowym. Zgodnie z zamieszczoną projekcją finansową sporządzoną w oparciu o przyjęte założenia, dodatnie przepływy finansowe ZOZ uzyska już w 2016 roku. Wcześniej jednak poprzez pozyskanie dodatkowego finansowania musi mieć możliwość

kontynuowania dotychczasowej działalności z jednoczesną realizacją działań naprawczych.

W tabeli poniżej przedstawiono wskaźniki zdolności obsługi zadłużenia.

Wskaźniki zdolności obsługi zadłużenia						
Wskaźnik	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014	IV 2015
ogólnego zadłużenia	0,75	0,65	0,73	0,43	0,48	0,52
pokrycia majątku kapitałem własnym	23,36%	12,10%	7,24%	11,43%	10,91%	8,77%
zadłużenia kapitału własnego	3,20	5,39	-10,06	3,74	4,44	5,95

Tradycyjne wskaźniki zdolności obsługi zadłużenia w przypadku SPZOZ, praktycznie nie dostarczają przydatnych informacji analitycznych i zaprezentowane zostały głównie z uwagi na przypisywane im znaczenie w klasycznej analizie finansowej. Przeprowadzając analizę sytuacji SPZOZ należy pamiętać, że nie jest on spółką prawa handlowego, a jego głównym celem nie jest maksymalizacja zysku.

Na podstawie wartości przedstawionych powyżej wskaźników można jedynie stwierdzić, że od 2010 roku zdolność obsługi zadłużenia utrzymuje się na podobnym poziomie. Spada wskaźnik pokrycia majątku trwałego kapitałem własnym.

V.3. Analiza płynności finansowej

Trudną sytuację płynnościową ZOZ potwierdza analiza wskaźników płynności finansowej. Poniższa tabela prezentuje przedmiotowe wskaźniki.

Wskaźniki płynności						
Wskaźnik	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013	Rok 2014	IV 015
bieżącej płynności	0,44	0,41	0,39	0,35	0,36	0,42
szybkiej płynności	0,40	0,37	0,37	0,33	0,34	0,40
natychmiastowej wymagalności	0,06	0,07	0,07	0,12	0,07	0,16

Planowana zmiana zobowiązań krótkoterminowych na długoterminowe w sposób wyraźny poprawiłaby wartości wskaźników płynności. Od roku 2009 wprowadzono kontrolę nad poziomem majątku obrotowego. Udział zapasów w majątku ogółem na

dzień dzisiejszy wynosi 0,8% co minimalizuje poziom jego finansowania. Struktura SPZoz jest specyficzna ze względu na rodzaj prowadzonej działalności. Świadczenia zdrowotne realizowane są głównie w oparciu o majątek trwały oraz kapitał intelektualny wniesiony przez personel. Zapasy funkcjonują tylko na poziomie materiałów, (bez produkcji w toku i produktów gotowych jak w przypadku firm produkcyjnych). Należności praktycznie w całości występują wobec NFZ, są regularne (poza nadwykonaniami) i zależą bezpośrednio od wielkości kontraktu. Dla tego typu jednostek wskaźniki płynności będą więc zawsze notowały niższe wartości od zalecanych dla klasycznych przedsiębiorstw produkcyjnych lub handlowych. Dlatego tak istotna dla bezpieczeństwa obsługi zadłużenia jest struktura finansowania kapitałem obcym, w którym udział długoterminowych zobowiązań powinien być maksymalnie wysoki.

V.4. Analiza efektywności gospodarowania

Poniższe wskaźniki obrazują jak ZOZ gospodaruje majątkiem obrotowym oraz jak szybko wywiązuje się ze zobowiązań krótkoterminowych. Najistotniejszym w chwili obecnej jest wskaźnik rotacji zobowiązań.

Wskaźniki efektywności						
Wskaźnik	2010	2011	2012	2013	2014	2015
rotacji zobowiązań krótkoterminowych	81,64	97,26	103,02	100,08	100,87	98,26
rotacji zapasów	2,78	3,02	2,26	2,01	1,84	1,81
rotacji należności	32,05	30,01	29,22	42,61	32,86	37,45

ZOZ średnio reguluje swoje zobowiązania wobec dostawców dopiero po około trzech miesiącach. Na podstawie tego wskaźnika widać, że jednostka, w związku z brakiem środków pieniężnych, obsługuje swoje zadłużenie z opóźnieniem (maksymalny termin płatności u dostawców nie przekracza 60 dni). Na uwagę zasługuje fakt, że obsługa zobowiązań krótkoterminowych nie pogarsza się, co świadczy o tym, że przeprowadzone do tej pory działania mające na celu poprawę sytuacji ZOZ odniosły pożądany skutek. Uzyskanie kredytu długoterminowego i spłata zobowiązań wymagalnych, przy jednoczesnym kontynuowaniu założeń planu naprawczego daje

ZOZ szansę na kontynuowanie działalności. Ponadto uzyskanie kredytu poprawi pozycję negocjacyjną i pozwoli na realizację polityki optymalizacji cenowej.

Rotacja zapasów ze względu na ich mały udział w majątku obrotowym (0,8 % w 2014 roku) jest bardzo szybka, ale nie ma istotnego znaczenia dla efektywności gospodarowania. Rotacja należności oscyluje około 30 dni.

V.5. Analiza rentowności

Z uwagi na rodzaj prowadzonej działalności pod uwagę wzięto wynik na działalności podwyższony o amortyzację. Większość nakładów na środki trwałe w SPZOZ pochodzi z dotacji więc tym samym amortyzacja przestaje być kosztem odtworzeniowym.

Wskaźniki rentowności					
Wskaźnik	2010	2011	2012	2013	2014
rentowności sprzedaży	0,63%	-1,51%	2,20%	17,93%	4,51%
rentowności kapitału własnego	4,22%	-15,85%	-43,33%	241,05%	65,33%
stopa zwrotu z aktywów	0,99%	-1,92%	3,14%	27,55%	7,13%

Rentowność działania w oparciu o umowy z NFZ jest niska. Wynika to między innymi z faktu, że nie ma możliwości otrzymania zapłaty za więcej niż jedno świadczenie, w przypadku gdy stan zdrowia pacjenta wymaga udzielenia mu kilku świadczeń.

V. 6. Podsumowanie aktualnej sytuacji finansowej

Przeprowadzone w latach 2009 – 2014 działania naprawcze pozwoliły na uzyskanie w miarę stabilnej sytuacji ekonomicznej ZOZ. Jak wynika z przeprowadzonej analizy ZOZ musi uzyskać zewnętrzne finansowanie dla poprawy płynności finansowej i kontynuowanie procesu naprawczego.

VI. DIAGNOZA PRZYCZYŃ TRUDNEJ SYTUACJI EKONOMICZNEJ JEDNOSTKI

VI.1. Czynniki zewnętrzne

Działalność jednostek służby zdrowia podporządkowana jest ściśle określonym regułom legislacyjnym. Ze względu na trudną sytuację w służbie zdrowia w ujęciu makroekonomicznym, podejmowane są próby zmian w polityce zdrowotnej państwa.

Do tej pory niestety nie przyniosły one oczekiwanych rezultatów w ocenie społecznej jak również organów państwowych. ZOZ realizuje swoją działalność w oparciu o wysoki poziom zaangażowania inwestycyjnego finansowanego przez dotacje unijne, organ założycielski, lokalne jednostki samorządu terytorialnego oraz z własnych funduszy. Niepewność porządku prawnego zasadniczo zwiększa ryzyko inwestycyjne dużych jednostek. W ZOZ w oczekiwaniu na planowane do wprowadzenia nowe rozwiązania systemowe, a następnie ich wdrażaniu towarzyszyło jednocześnie dostosowywanie zasobów oraz jednostek organizacyjnych ZOZ do nowych sytuacji. W efekcie przeprowadzono restrukturyzację oddziałów, rozszerzono działalność o nowe zakresy, dokonano wielu nakładów inwestycyjnych (do najistotniejszych można zaliczyć: zakup nowoczesnej aparatury, remont całego szpitala, utworzenie dwu nowych oddziałów). Wszystkie te działania przełożyły się na zwiększony kontrakt z NFZ oraz zmniejszenie generowanych strat.

VI.2. Czynniki wewnętrzne

Na obecną sytuację w finansach ZOZ wpłynęło wiele przyczyn, jednak podstawowa wynika głównie z braku rentowności ze sprzedaży świadczeń opieki zdrowotnej. Wewnętrznej przyczyny kłopotów finansowych można doszukiwać się w poczynionych inwestycjach, ale tylko dzięki nim ZOZ ma mocną pozycję na rynku i posiada mocną pozycję negocjacyjną przy ustalaniu kontraktów z NFZ. Dyrekcja ZOZ oparła się presji na utrzymanie miejsc pracy i w roku 2008 przeprowadziła restrukturyzację zatrudnienia. Zreorganizowano również oddziały szpitalne dostosowując je do rzeczywistych potrzeb rynku. Brak dostatecznych środków finansowych na sfinansowanie inwestycji pozwalających dostosować infrastrukturę do wymogów i oczekiwań rynku spowodował spadek płynności finansowej.

VII. PLANOWANE DZIAŁANIA PROWADZĄCE DO NAPRAWY SYTUACJI FINANSOWEJ

VII. 1. Podstawowe założenia

W Zespole Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim od 2009 roku prowadzone są wielotorowe działania mające na celu poprawę sytuacji ekonomicznej jednostki oraz

umocnienie jej pozycji na rynku. Zasadniczym celem realizowanych przedsięwzięć jest efektywniejsze wykorzystanie potencjału ZOZ. Działania jakie dzielą ZOZ od zakończenia wieloletniego procesu restrukturyzacji zestawione zostały w tabeli poniżej.

Zestawienie planowanych działań na lata 2015 - 2018			
Redukcja kosztów			
Zadanie/komórka organizacyjna	Działania	Uzyskany roczny efekt ekonomiczny	Rok realizacji
Zmiana (od marca 2015) Wykonawcy świadczącego usługę żywienia pacjentów	Wprowadzenie systemu aktualizacji zamawianych posiłków online	18.000,00	2015
Restrukturyzacja zatrudnienia w laboratorium	Odejście na emerytury Częściowa zmiana formy zatrudnienia – umowy cywilno-prawne	48.000,00	2015
Restrukturyzacja zatrudnienia na Oddziale Terapii	Zmniejszenie o 1 ilości terapeutów	26.000,00	2015
Zmniejszenie wartości umów kontraktowych na oddziale ginekologicznym	Przeprowadzona w roku 2014 zmiana trybu udzielania świadczeń medycznych na oddziale ginekologicznym (ginekologia planowa) pozwoliła na wynegocjowanie niższych stawek dla lekarzy pracujących w oddziale	21.000,00	2015

Zużycie materiałów biurowych	Wprowadzenie obowiązku archiwizacji dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej (drukowanie jedynie informacji dla pacjenta)	6.000,00	2016
Likwidacja pracowni RTG w Ornece	Zabezpieczenie dowozu pacjentów z Ornety do Lidzbarka na badania RTG	4.000,00	2015
Zwiększenie przychodów			
Utworzenie oddziału urologicznego	Podpisanie umów z J.S.T. na dofinansowanie Zakup specjalistycznego sprzętu	180.000,00	2016
Utworzenie w szpitalu centrum endoskopowego	Zwiększenie czasu pracy pracowni endoskopowej do 10 godzin	72.000,00	2016

VII.2. Zestawienie nakładów inwestycyjnych i finansowych w celu realizacji działań

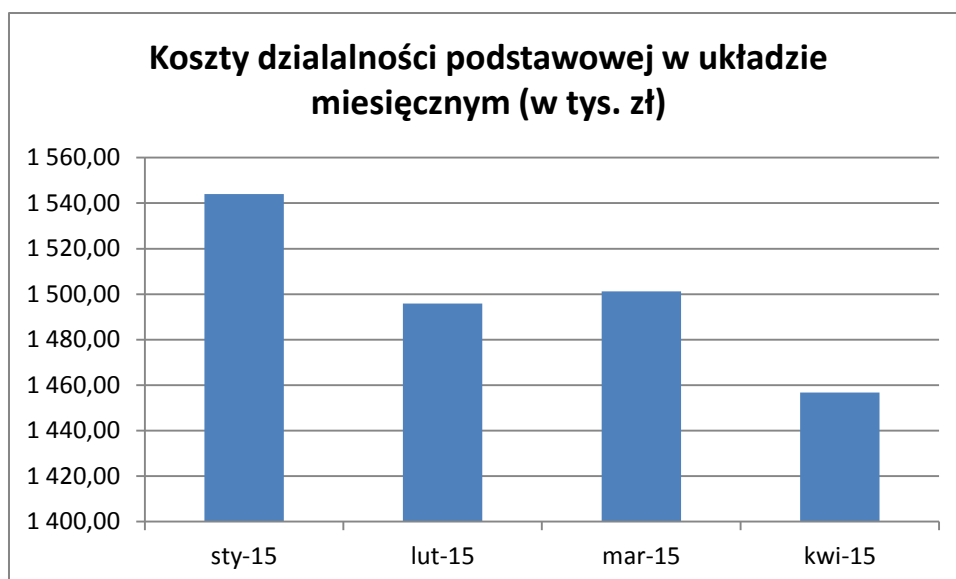
Zestawienie nakładów inwestycyjnych i finansowych w celu realizacji działań		
Działania	Wartość	Źródło finansowania
Finansowanie inwestycji w ramach dotacji celowych	510.000,00	Podmiot tworzący przy wsparciu j.s.t.
Finansowanie szkolenia średniego personelu medycznego	90.000,00	Podmiot tworzący

VII.3.Efekty zrealizowanych działań w okresie od stycznia do kwietnia 2015 r.

Przychody z realizacji umów z NFZ nie są jednakowe w każdym miesiącu. Jak co roku realizacja kontraktów na koniec roku zamyka się niewielkimi nadlimitami. Niewyrobienie kontraktu w początkowych miesiącach roku ma miejsce każdego roku, co obrazuje poniższa tabela.

wyszczególnienie	lata	styczeń	luty	marzec	kwiecień	narastająco
Leczenie szpitalne	2013	785 390,89	793 433,36	818 275,84	804 528,78	3 201 628,87
	2014	764 723,24	799 679,44	817 609,46	772 149,00	3 154 161,14
	2015	734 415,16	785 301,36	866 626,16	876 859,24	3 263 201,92
PSY	2013	90 047,30	89 765,10	89 133,20	90 133,00	359 078,60
	2014	82 549,80	85 298,20	100 817,80	91 552,60	360 218,40
	2015	53 850,40	80 055,80	86 507,40	82 239,00	302 652,60
POZ (NŚOZ Transport)	2013	71 025,58	71 034,83	71 022,25	70 997,46	284 080,12
	2014	71 378,98	71 051,17	70 995,98	70 987,84	284 413,97
	2015	67 101,39	67 261,39	67 499,79	67 203,79	269 066,36
AOS	2013	114 988,80	121 924,69	127 529,23	120 570,30	485 013,02
	2014	113 920,52	143 849,19	125 420,60	123 996,77	507 187,08
	2015	106 594,07	127 918,31	129 457,93	122 505,61	486 475,92
Kosztochłonne	2013	13 698,00	12 312,00	12 996,00	11 286,00	50 292,00
	2014	11 862,00	13 635,00	12 897,00	11 934,00	50 328,00
	2015	12 708,00	12 879,00	16 344,00	29 871,00	71 802,00
Ratownictwo	2013	207 576,00	187 488,00	207 576,00	200 880,00	803 520,00
	2014	207 576,00	187 488,00	207 576,00	200 880,00	803 520,00
	2015	207 576,00	187 488,00	207 576,00	200 880,00	803 520,00
Rehabilitacja	2013	0,00	0,00	294,00	26 313,00	26 607,00
	2014	24 843,00	24 990,00	29 620,50	26 460,00	105 913,50
	2015	26 460,00	26 460,00	28 191,10	26 460,00	107 571,10
	2014	23 638,50	21 767,55	23 051,80	22 827,28	91 285,13
	2015	22 505,55	20 259,84	20 525,81	20 647,61	83 938,81
Realizacja kontraktów razem	2013	1 282 726,57	1 275 957,98	1 326 826,52	1 324 708,54	5 210 219,61
	2014	1 276 853,54	1 325 991,00	1 364 937,34	1 297 960,21	5 265 742,09
	2015	1 208 705,02	1 287 363,86	1 402 202,38	1 406 018,64	5 304 289,90

Koszty działalności podstawowej w roku 2015 zmniejszono o koszty usług pralniczych i koszty żywienia pacjenta.



Spadek kosztów miesiąc do miesiąca, osiągnięto dzięki realizacji założonej strategii:

1. Zmiana Wykonawcy świadczącego usługę żywienia pacjentów - miesięczny koszt żywienia zmniejszył się w miesiącu marcu o 1.700,00, w miesiącu kwietniu o 1.400,00 w porównaniu z rokiem 2014. Efekt osiągnięto dzięki możliwości aktualizacji online zamawianych posiłków (po wypisie pacjenta).

wyszczególnienie	lata	styczeń	luty	marzec	kwiecień	narastająco
Żywnienie	2013	31 498,40	28 742,55	29 678,73	28 102,41	118 022,09
	2014	26 456,78	25 147,15	29 151,69	25 820,90	106 576,52
	2015	22 267,49	25 511,75	27 465,71	24 428,29	99 673,24

2. Wprowadzenie hospitalizacji planowej oraz hospitalizacji jednego dnia, przyniosło efekt w postaci zmniejszonych kosztów usług pralniczych

wyszczególnienie	lata	styczeń	luty	marzec	kwiecień	narastająco
Pralnia	2013	6 741,51	7 375,20	8 582,21	8 666,21	31 365,13
	2014	7 013,09	7 013,09	7 304,48	6 619,86	27 950,52
	2015	5 611,74	5 911,91	6 729,59	5 895,22	24 148,46

3. Restrukturyzacja zatrudnienia w laboratorium – część pracowników przeszła na emerytury. W miejsce pracowników, którzy odeszli przyjęto diagnostów na umowy zlecenie. Dało to miesięczny spadek kosztów pracowniczych o ponad w 4.000,00 zł. Efekt na zaplanowanym poziomie 48.000,00 zostanie osiągnięty dopiero w roku

2016. W roku 2015 odejście części pracowników na emeryturę wiązało się z wypłatą ekwiwalentów. W tabelach poniżej przedstawiono koszty pracownicze laboratorium w miesiącach styczeń – kwiecień dla roku 2014 i 2015.

Koszty pracownicze laboratorium rok 2015					
Wyszczególnienie	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Narastająco
Wynagrodzenia z tytułu umów o pracę	55 961,85	23 338,20	22 018,94	21 758,47	123 077,46
Wynagrodzenia z tyt. umów zleceń	4 522,00	4 445,00	5 656,00	4 431,00	19 054,00
ZUS koszt zakładu pracy	4 986,39	4 844,52	4 674,66	4 578,72	19 084,29
Razem koszty pracownicze (laboratorium)	65 470,24	32 627,72	32 349,60	30 768,19	161 215,75

Koszty pracownicze laboratorium rok 2014					
Wyszczególnienie	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Narastająco
Wynagrodzenia z tytułu umów o pracę	31 124,09	31 092,52	31 052,54	31 401,35	124 670,50
Wynagrodzenia z tyt. umów zleceń	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ZUS koszt zakładu pracy	5 946,45	5 938,57	5 934,99	6 001,96	23 821,97
Razem koszty pracownicze (laboratorium)	37 070,54	37 031,09	36 987,53	37 403,31	148 492,47

W roku 2015 odejście części pracowników na emeryturę wiązało się z wypłatą ekwiwalentów w łącznej wysokości ponad 30.000 zł.

4. Zmniejszenie kosztów pracowniczych w oddziale terapii osiągnięto dzięki zmniejszeniu zatrudnienia terapeutów. Ponieważ rozwiązaniu uległa umowa cywilno – prawna, nie naliczono odpraw i zamierzony efekt redukcji kosztów zostanie w pełni osiągnięty w roku 2015. Efekt oszczędności został zredukowany częściowo przez podwyżkę wynagrodzeń pracowniczych.

Koszty pracownicze oddział terapii rok 2015					
Wyszczególnienie	styczeń	luty	marzec	kwiecień	narastająco
Kontrakty - oddział terapii	17 173,00	16 564,00	16 564,00	17 404,00	67 705,00
Wynagrodzenia z tytułu umów o pracę	23 932,59	23 848,02	23 936,00	23 692,68	95 409,29
Wynagrodzenia z tyt. umów zleceń	2 581,00	2 438,00	2 498,00	2 339,39	9 856,39
ZUS - koszt zakładu pracy	4 792,27	4 793,57	4 801,86	4 673,62	19 061,32
Świadczenia medyczne na rzecz pracowników	195,00	0,00	0,00	994,56	1 189,56
ZFŚS	571,79	571,79	571,79	571,79	2 287,16
Koszty pracownicze razem	49 245,65	48 215,38	48 371,65	49 676,04	195 508,72

Koszty pracownicze oddział terapii rok 2014
--

Wyszczególnienie	styczeń	luty	marzec	kwiecień	narastająco
Kontrakty - oddział terapii	20 163,37	20 162,25	20 953,74	20 678,32	81 957,68
Wynagrodzenia z tytułu umów o pracę	24 146,58	22 326,18	22 922,34	22 959,89	92 354,99
Wynagrodzenia z tyt. umów zleceń	2 581,00	2 338,00	2 448,00	2 449,50	9 816,50
ZUS - koszt zakładu pracy	4 399,66	4 478,29	4 589,15	4 615,07	18 082,17
Świadczenia medyczne na rzecz pracowników	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
ZFŚS	456,23	456,23	456,23	456,23	1 824,92
Koszty pracownicze razem	51 746,84	49 760,95	51 369,46	51 159,01	204 036,26

5. Dzięki zmianie zakresu świadczeń w oddziale ginekologicznym wynegocjowano z lekarzami niższe stawki za świadczenia medyczne. Koszty usług medycznych (umowy kontraktowe) w oddziale ginekologicznym spadły zgodnie z założeniami średnio o 1.000,00 w miesiącu w porównaniu do roku 2014.

Koszty umów cywilnoprawnych oddział ginekologiczny rok 2015					
Wyszczególnienie	styczeń	luty	marzec	kwiecień	narastająco
Kontrakty - oddział ginekologiczny	21 110,29	21 788,71	22 259,56	23 200,48	88 359,04

Koszty umów cywilnoprawnych oddział ginekologiczny rok 2014					
Wyszczególnienie	styczeń	luty	marzec	kwiecień	narastająco
Kontrakty - oddział ginekologiczny	23 221,25	24 986,22	25 050,30	24 986,52	98 244,29

6. Zużycie materiałów biurowych do miesiąca kwietnia 2015 spadło w stosunku do roku 2014 o kwotę 1.400,00.

7. Likwidacja pracowni RTG w Orniecie – uzyskane oszczędności (redukcja zatrudnienia, oddanie do zasobów Starostwa budynku byłego pogotowia w Orniecie) muszą w części pokryć koszty dowozu pacjentów z Ornety do pracowni RTG w Lidzbarku.

VII.4. Plany na rok 2016 - 2017

1. Utworzenie oddziału urologicznego

W projekcji przychodów ze sprzedaży usług na rok 2016 przyjęto zwiększenie kontraktu o 420.000,00 zł (35.000,00/miesiąc) i zwiększenie kosztów pracowniczych o 240.000,00 (20.000,00/miesiąc). Przy tak przyjętych założeniach powstaje nadwyżka

finansowa z działalności, wykazana w planie Bilansu w pozycji: środki trwałe w budowie.

Uzyskana nadwyżka finansowa pozwoli na dalszy rozwój Zespołu, tzn. otworzenie centrum endoskopii oraz dziennego oddziału psychiatrycznego. Aby oszacować koszty utworzenia centrum endoskopii i oddziału dziennego niezbędne jest wykonanie projektów funkcjonalno – użytkowych.