



**Strategia rozwoju
Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu SPZOZ**

**Streszczenie
Strategii rozwoju
Brzeskiego Centrum Medycznego
w Brzegu SPZOZ**

**Consulting-Med
Wrocław 2015**

I.1. Analiza otoczenia i konkurencji

1. Brzeskie Centrum Medyczne jest jedyną jednostką szpitalną oraz największym ośrodkiem medycznym w powiecie. Posiada największą w mieście i powiecie ofertę usług medycznych zarówno w lecznictwie ambulatoryjnym jak i pracowniach diagnostycznych. Jest główną jednostką w powiecie zabezpieczającą potrzeby zdrowotne mieszkańców powiatu.

2. Brzeskie Centrum Medyczne nie jest jednostką wiodącą w analizowanym obszarze i zarówno pod względem lecznictwa szpitalnego gdzie większe są jednostki w Opolu i w Nysie jak i w lecznictwie specjalistycznym. Wyjątkiem tu są działy rehabilitacyjny i psychiatryczny jak i zakład opiekuńczo-leczniczy gdzie BCM jest ważnym ośrodkiem nie tylko w powiecie ale i w analizowanym obszarze a w przypadku rehabilitacji neurologicznej także w całym województwie.

	Brzeskie Centrum Medyczne	Szpital Wojewódzki w Opolu	Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu SPZOZ	Szpital Wojskowy Opole	NZOZ Ortopedia Opole	SPZOZ MSW w Opolu	Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Neuropsychiatryczny Opole	Centrum ginekologii, położnictwa i neonatologii w Opolu
SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY/IZBA PRZYJĘĆ	1 651 806,00 zł	2 298 924,00 zł	2 771 245,00 zł	279 701,00 zł		288 876,00 zł	617 753,00 zł	346 222,00 zł
CHOROBY WEWNĘTRZNE	5 146 024,00 zł	4 654 104,00 zł	44 151 614,00 zł	2 889 382,00 zł		3 085 732,00 zł		
ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA	2 017 600,00 zł	8 061 976,00 zł	6 622 720,00 zł			3 270 436,00 zł		
PEDIATRIA	1 883 648,00 zł		5 922 228,00 zł					
NEONATOLOGIA	936 416,00 zł							11 595 272,00 zł
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA	2 073 084,00 zł					2 480 920,00 zł		25 055 013,00 zł
CHIRURGIA OGÓLNA	3 446 924,00 zł	6 897 082,00 zł	5 095 252,00 zł	810 831,00 zł		2 317 692,00 zł		
ORTOPEDIA	3 014 648,00 zł	8 558 524,00 zł	7 831 668,00 zł		2 231 400,00 zł	3 426 852,00 zł		
OTORYNOLARYNGOLOGIA	661 128,00 zł		3 280 358,00 zł	395 928,00 zł	992 784,00 zł			
UROLOGIA			5 269 940,00 zł					
OKULISTYKA			4 870 112,00 zł					
NEUROLOGIA							25 714 208,00 zł	
CHOROBY ZAKAŻNE		2 603 276,00 zł						
PROGRAMY LEKOWE			356 400,00 zł				7 680 880,00 zł	715 600,00 zł
CHIRURGIA NACZYNIOWA		17 794 848,00 zł	8 906 976,00 zł					
KARDIOLOGIA			27 291 784,00 zł					
CHEMIOTERAPIA		8 219 714,00 zł						

CHIRURGIA SZCZĘKOWO-TWARZOWA			2 927 236,00 zł					
CHIRURGIA DZIECIĘCA			4 960 800,00 zł					
NEFROLOGIA			2 597 244,00 zł					
NEUROCHIRURGIA			16 784 584,00 zł					
ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA DLA DZIECI			6 396 000,00 zł					
KARDIOCHIRURGIA			7 004 452,00 zł					
OPERACJE WAD SERCA I WSZCZEPIENIA ZASTAWEK			4 920 136,00 zł					
HEMATOLOGIA		5 186 324,00 zł						
DERMATOLOGIA I WENEROLOGIA		1 273 324,00 zł						
GASTROENTEROLOGIA		2 790 840,00 zł						
CHOROBY PŁUC		4 107 688,00 zł						
ENDOKRYNOLOGIA		1 126 372,00 zł						

3. Wartość zakontraktowanych świadczeń w podstawowych oddziałach szpitalnych w przeliczeniu na mieszkańca stawia Brzeskie Centrum Medyczne w środku stawki szpitali powiatowych na analizowanym obszarze. Jedynie w chirurgii ogólnej BCM posiada najwyższą kwotę na mieszkańca.

	Brzeskie Centrum Medyczne	Namysłowskie Centrum Zdrowia	ZOZ w Nysie	SPZOZ w Głuchołazach
CHOROBY WEWNĘTRZNE	56,55 zł	60,11 zł	53,45 zł	17,92 zł
ANESTEZJOLOGIA I INTENSYWNA TERAPIA	22,17 zł		31,17 zł	
PEDIATRIA	20,70 zł	19,71 zł	21,52 zł	
NEONATOLOGIA	10,29 zł	13,13 zł	10,55 zł	
POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA	22,78 zł	16,93 zł	33,11 zł	
CHIRURGIA OGÓLNA	37,88 zł	49,71 zł	48,79 zł	
ORTOPEDIA	33,13 zł		42,44 zł	
OTORYNOLARYNGOLOGIA	7,27 zł		15,93 zł	

I.2. Analiza produktowo-usługowa

Strategia rozwoju Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu SPZOO

1. Placówka dysponuje szerokim wachlarzem rodzajów i zakresów zakontraktowanych z NFZ. Oznacza to, iż sprzedaż ma charakter zdywersyfikowany, przy czym istnieje zdecydowana dominacja leczenia szpitalnego. Pozostałe rodzaje: świadczenia psychiatryczne, rehabilitacja lecznicza, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz świadczenia opiekuńczo-lecznicze mają dużo mniejszy udział, ale są obszarami mocno rozwojowymi. Mając do dyspozycji realizowanie usług w wielu obszarach podmiot jest bardziej stabilny i może lepiej wykorzystywać swój potencjał.

2. Sytuacja w roku 2014 w różnych rodzajach kształtowała się następująco: nadwykonania w rodzaju leczenia szpitalnego i rehabilitacji leczniczej zostały częściowo sfinansowane ugodą po obniżonej wartości za punkt kontraktowy. W związku z powyższym jednostka poniosła straty w zakresie leczenia szpitalnego na prawie 64 tys. Ogólnie Brzeskie Centrum Medyczne w pełni wykorzystuje posiadane kontrakty z NFZ. Jedynie w zakresie ginekologii i położnictwa oraz w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, jednostka generuje duże niedowyoconania co należy ocenić negatywnie.

Rodzaje umów	Wartość kontraktu stan na 31.12.2014	Wykonanie 2014	Nadwykonania niesfinansowane	Przychód 2014
Leczenie szpitalne,	24 452 498,32	24 452 644,75	146,43	24 430 228,49
Świadczenia psychiatryczne,	2 129 355,40	2 129 355,40	0,00	2 119 743,78
Rehabilitacja lecznicza,	2 264 534,72	2 319 818,47	55 283,75	2 256 950,14
Świadczenia opiekuńczo- lecznicze,	1 238 648,00	1 250 002,78	11 354,78	1 236 367,78
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna,	905 403,50	905 403,50	0,00	895 274,75
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna- procedury wysokospecjalistyczne	246 240,00	246 240,00	0,00	246 240,00
Profilaktyczne programy zdrowotne	420,00	420,00	0,00	0,00
Łącznie	31 237 099,94	31 303 884,90	66 784,96	31 184 804,94

3. W ramach kontraktu, struktura produktowa w roku 2015 jest taka sama jak w 2014, wyjątek stanowi rodzaj leczenie szpitalne w którym jednostka zrezygnowała z zakresu „ortopedia i traumatologia narządu ruchu H11. Część środków została przesunięta na sfinansowanie nowego produktu - pakietu onkologicznego. W zakresie dotychczasowych produktów kontrakt jest niższy o 148 tys. zł, co jest sytuacją negatywną, oznaczającą, iż firma traci swój potencjał przychodowy, szczególnie w aspekcie przesunięcia środków na zwiększenie wartości świadczeń nielimitowanych o 680 tys. zł.

4. Brzeskie Centrum Medyczne nie wykorzystuje w pełni swoich zasobów, przede wszystkim bazy łózkowej w zakresie leczenia szpitalnego co przełożyło się w 2014 roku na 52% obłożenia, przy nadwykonanym kontrakcie z NFZ. Jedynie w przypadku Oddziału Wewnętrzny procent obłożenia w 2014 roku wyniósł ponad 80%. W przypadku oddziałów: Rehabilitacyjnych i Psychiatrycznych jednostka

wykorzystuje ponad 70% swojego potencjału. Pełne wykorzystanie zarejestrowano w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicy. Oznacza to, iż Brzeskie Centrum Medyczne wykorzystuje tylko część swojego potencjału i ma znaczące możliwości zwiększania produktywności.

5. Parametry statystyczne utrzymują się na średnim rynkowym poziomie, nieodbiegającym od sytuacji w innych szpitalach. Obłożenie łóżek jest nieznacznie mniejsze, w większości innych podmiotów, kształtuje się na poziomie około 52%, przy czym wpływ na ten parametr ma średni czas pobytu, który w Brzeskie Centrum Medyczne kształtuje się na średnim poziomie.

ODDZIAŁ	Liczba łóżek	Przyjęto	Z innego	Na inny	Leczonych	Wypisy	w tym zgony	Osobodni	Średni czas pobytu	Obłożenie	Wskaźnik śmiertelności	Przelotowość	Liczba przyjęć planowych	Liczba przyjęć ostrych
Łącznie	218	5 105	3 316	107	8 502	8 300	275	42 032	4,94	52,82%	0,0331	39,00	2 047	6 374

I.3. Analiza strony przychodowej

1. Zwiększenie poziomu przychodów ogólnie w szczególności między rokiem 2013 a 2014 jest mocno pozytywną tendencją, szczególnie, że wzrost wyniósł ponad 2,3 mln zł w skali rocznej i przyszedł po stagnacji dwuletniej w latach 2012-2013.

2. Zwiększenie przychodów jest efektem wzrastających przychodów we wszystkich grupach:

- NFZ – w roku 2014,
- inne medyczne w latach 2012-2014,
- inne niemedyczne w latach 2012-2014.

Oznacza to, iż pozyskiwane z realizacji świadczeń medycznych, zarówno dla NFZ jak i komercyjnych, a także niemedycznych mają pozytywną tendencję i umacniały stronę przychodową.

3. Dominującym źródłem przychodu jest sprzedaż dla NFZ, a poziom udziału w ogóle kosztów jest znaczący i sięga prawie 95%, co powoduje praktycznie uzależnienie BCM od polityki w kolejnych latach NFZ. Jest to już widoczne w roku 2015, w którym parametry startowe kontraktu są mniejsze, uwzględniając wartości bezwzględne, jak i przede wszystkim strukturę podziału kwoty – zwiększenia dotyczą głównie zakresów nielimitowanych, a w pozostałych jest kontrakt taki sam lub mniejszy.

4. Najbardziej pozytywnym rozwojem charakteryzuje się źródło - inne przychody medyczne, które zwiększa się co roku na poziomie 5%. Zarówno dynamika jak i stałość wzrostu jest tendencją bardzo pozytywną, choć kwota oscylująca w okolicy 1,5 mln zł, przy uwzględnieniu dominującej pozycji i rozbudowanej diagnostyce, jest średnia.

Źródło / Rok	2012		2013		2014		Dynamika %	Dynamika %
		Udział %		Udział %		Udział %	2013/2012	2014/2013

NFZ	28 982 224,61	94,46%	28 876 815,91	94,04%	31 184 804,94	94,29%	99,64%	107,99%
Inne medyczne	1 395 968,67	4,55%	1 468 628,12	4,78%	1 544 200,53	4,67%	105,20%	105,15%
Inne niemedyczne	292 278,87	0,95%	326 456,39	1,06%	333 240,87	1,01%	111,69%	102,08%
Wpływy z umów na kształcenie lekarzy stażystów	10 662,26	0,03%	36 198,83	0,12%	10 037,08	0,03%	339,50%	27,73%
Łącznie	30 681 134,41	100,00%	30 708 099,25	100,00%	33 072 283,42	100,00%	100,09%	107,70%

5. Bardzo złą sytuacją jest brak dodatkowych przychodów z budżetów powiatowych lub gminnych oraz brak innych dotacji na działania medyczne z innych źródeł niż NFZ i świadczenia komercyjne.

I.4. Analiza zasobów kadrowych

1. Szpital charakteryzuje się nadetatyzacją w wielu komórkach zarówno medycznych jak i niemedycznych i we wszystkich grupach zawodowych personelu. Ma to wielorakie przyczyny wynikające z niedostosowania etatyzacji do kontraktu z NFZ, historycznych przyzwyczajęń czy też takiej a nie innej organizacji pracy.

PERSONEL	ZATRUDNIENIE UMOWY O PRACĘ (W ETATACH)	UMÓWY ZLECENIA (W OSOBACH)	UMOWY CYWILNO- PRAWNE (KONTRAKTY, LICZBA UMÓW)
DYREKCJA	3,000		-
ADMINISTRACJA	31,600	2	-
LEKARZE	24,750	-	67 UMÓW
WYŻSZY INNY	7,784	3	3 UMOWY
PIELĘGN./POŁOŻNE	172,500	15	8 UMÓW
TECHNICY I ŚREDNI	56,350	6	-
RATOWNICY MED.	7,000	7	6 UMÓW
NIŻSZY	60,000	-	-
GOSPODARCZY	14,857	3	-
RAZEM	377,841	37 OSÓB	84 UMOWY

2. Przerost zatrudnienia występuje w BCM w następujących grupach zawodowych: administracja, personel gospodarczy i obsługi, personel niższy, średni i technicy, pielęgniarski i nieznaczny wśród personelu lekarskiego. Nie dotyczy to wszystkich komórek organizacyjnych, ale tylko części.

3. Przerost zatrudnienia lekarskiego dotyczy przede wszystkim oddziałów, w których wykorzystanie posiadanej bazy jest niskie i dlatego, mimo znacznej liczby łóżek, nie ma zasadności utrzymywania takiego poziomu personelu.

4. BCM ponosi wysokie koszty wynagrodzenia personelu we wszystkich formach zatrudnienia i jest to jedna z kluczowych przyczyn problemów finansowych placówki.

5. Poziom wynagrodzenia w zakresie umów o pracę jest mocno zróżnicowany i w poszczególnych grupach zawodowych są zarówno poziomy bardzo wysokie (głównie personel lekarski i pielęgniarski) jak na szpitale powiatowe i BCM, jak i bardzo niskie (administracja, inny wyższy).

PERSONEL	ZATRUDNIENIE UMOWY O PRACĘ (W ETATACH)	ŚREDNIE WYNAGRODZENIE W GRUPIE ZAWODOWEJ
DYREKCJA	3,000	8465,01
ADMINISTRACJA	31,600	2565,75
LEKARZE	24,750	6260,07
WYŻSZY INNY	7,784	3028,48
PIELĘGN./POŁOŻNE	172,500	2987,63
TECHNICY	56,350	2442,18
ŚREDNI		1842,61
RATOWNICY MED.	7,000	2239,70
NIŻSZY	60,000	1679,46
GOSPODARCZY	14,857	1647,69

6. Wynagrodzenia z tytułu umów cywilno-prawnych jest na dość wysokim poziomie i sięga nawet 70-80 zł za godzinę w zakresie personelu lekarskiego, co powoduje iż personel w ten sposób zatrudniony jest znaczącym obciążeniem kosztowym. Nie są to stawki, których nie stosują też inne szpitale, ale przy możliwościach przychodowych określonych na podstawie kontraktów, brak jest w przyszłości utrzymania tych stawek. Staje się to problematyczne, szczególnie w sytuacji, której zmniejsza się kontrakt w roku 2015 a nie wpływa to na poziom kosztów wynagrodzenia.

KOMÓRKA	STAWKI LEKARZY		
O. CH. WEWN.:	55,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ POWSZEDNI
	65,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ ŚWIĄTECZNY
O. CH. OGÓLNEJ:	55,00 - 70,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ POWSZEDNI
	60,00 - 70,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ ŚWIĄTECZNY DO GODZINY 15.00
O. CH. URAZOWO – ORT.:	70,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ POWSZEDNI, W DZIEŃ ŚWIĄTECZNY, DO GODZINY 15.00
O. DZIEC. I NOWORODKOWY:	30,00 - 50,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ POWSZEDNI
	33,00 - 60,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ ŚWIĄTECZNY
	60,00 - 70,00	ZA 1 GODZ.	DO GODZINY 15.00
O. GINEK – POŁ.:	70,00 - 80,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ POWSZEDNI, W DZIEŃ ŚWIĄTECZNY, DO GODZINY 15.00
O. OTOLARYNG.	6,50	PKT	DO GODZINY 15.00
	2000,00	MC.	ZARZĄDZANIE ODDZIAŁEM

O. PSYCH. I PSYCH. DZ:	dla lekarza spec.: 8000,00 ryczałt mc. za pracę na oddziale, w tym wliczone dyżury		
	Lekarz ze specjalizacją I st.:2000,00 za pracę w oddziale do 15:00		
O. REHAB. NEUR.	42,00 – 44,00	ZA 1 GODZ.	DO GODZINY 15.00
O. ANESTE. I BLOK OP.:	55,00 – 80,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ POWSZEDNI
	65,00 – 80,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ ŚWIĄTECZNY
	65,00 – 160,00	ZA 1 GODZ.	DO GODZINY 15.00
SZPITALNY ODDZ RATUNKOWY:	55,00 – 80,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ POWSZEDNI
	65,00 – 80,00	ZA 1 GODZ.	W DZIEŃ ŚWIĄTECZNY
	70,00 – 80,00	ZA 1 GODZ.	DO GODZINY 15.00
Z.OPIEKUNCZO LECZNICZY:	- Wynagrodzenie jest oparte na stawce godzinowej lub ryczałtowej za miesiąc. W przypadku stawki godzinowej wynosi ono 55,00 złotych za 1 godzinę, natomiast w przypadku stawki miesięcznej ryczałtowej wynosi około 2500,00 złotych za miesiąc realizacji zadań.		
PORADNIE SPEC.	4,50- 5,00	PKT	

I.5. Analiza finansowa

1. Z roku na rok zmniejsza się płynność finansowa Szpitala. Jednostka nie posiada wolnych środków pieniężnych. Na koniec roku 2011 jednostka posiadała 805,9 tys. zł środków pieniężnych, w roku 2012 – 634,2 tys. zł, w roku 2013 - 648,1 tys. zł a na koniec roku 2014 zaledwie 111,5 tys. zł.

	AKTYWA (w tys. zł)	2011	2012	2013	2014
A. Aktywa trwałe		13418,4	12664,6	12109,7	13216,8
I. Wartości niematerialne i prawne		1,9	1,0	,6	12,3
II. Rzeczowe aktywa trwałe		13416,5	12663,6	12109,1	13169,2
1. Środki trwałe		13366,6	12613,6	12065,1	13141,7
a) grunty					1147,9
b) budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej		12129,1	11695,8	11398,6	10961,9
c) urządzenia techniczne i maszyny		330,2	281,7	272,8	326,1
d) środki transportu		393,9	268,9	143,8	24,8
e) inne środki trwałe		513,4	367,3	249,8	680,9
2. Środki trwałe w budowie		49,9	49,9	44,1	27,5
3. Zaliczki na środki trwałe w budowie					
III. Należności długoterminowe		,0	,0	,0	,0
IV. Inwestycje długoterminowe		,0	,0	,0	,0
V. Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe		,0	,0	,0	35,4
B. Aktywa obrotowe		4403,5	4689,7	4385,3	4998,8
I. Zapasy		566,2	427,3	470,8	537,3
1. Materiały		566,2	427,3	470,8	537,3
II. Należności krótkoterminowe		3017,3	3599,7	3237,8	4266,0
1. Należności od jednostek powiązanych		,0	,0	,0	,0
2. Należności od pozostałych jednostek		3017,3	3599,7	3237,8	4266,0
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:		2771,8	3375,0	2984,9	4075,9
- do 12 miesięcy		2771,8	3375,0	2984,9	4075,9
- powyżej 12 miesięcy		,0	,0	,0	,0
b) z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń		,5	1,9	,4	,4
c) inne		245,0	222,8	252,5	189,7
d) dochodzone na drodze sądowej		,0	,0	,0	,0
III. Inwestycje krótkoterminowe		805,9	634,2	648,1	111,5
1. Krótkoterminowe aktywa finansowe		805,9	634,2	648,1	111,5
a) w jednostkach powiązanych					
b) w pozostałych jednostkach					

c)	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	805,9	634,2	648,1	111,5
-	środki pieniężne w kasie i na rachunkach	30,9	34,2	98,1	111,5
-	inne środki pieniężne	775,0	600,0	550,0	,0
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	14,1	28,4	28,5	84,1
	Aktywa razem	17821,9	17354,3	16495,0	18215,6

2. Wskaźnik płynności I stopnia wskazujący na stosunek aktywów obrotowych do zobowiązań bieżących we wszystkich latach analizy jest poniżej 1. Tym samym jednostka nie posiadała aktywów obrotowych pozwalających na pokrycie posiadanych zobowiązań krótkoterminowych. W celu regulowania narastających zobowiązań jednostka powinna podjąć działania zmierzające do restrukturyzacji struktury posiadanego zadłużenia. Jeśli działania zmierzające do zmniejszania poziomu zobowiązań nie będą podejmowane, w roku 2015 pojawią się istotne już trudności w regulowaniu zobowiązań wobec dostawców, co może doprowadzić do braku bieżących dostaw materiałów oraz świadczenia usług.

Wskaźniki płynności						
Wyszczególnienie	treść	jedn.	2011	2012	2013	2014
Wskaźnik płynności I	(aktywa obrotowe / bieżące zobowiązania)	liczba	0,71	0,74	0,61	0,67
Wskaźnik płynności II	(aktywa obrotowe - zapasy) / bieżące zobowiązania	liczba	0,62	0,67	0,54	0,60
Wskaźnik płynności III	(inwestycje krótkoterminowe / bieżące zobowiązania)	liczba	0,13	0,10	0,09	0,02

3. Pogarszająca się sytuacja płynnościowa doprowadziła Szpital do konieczności zaciągnięcia zobowiązania w postaci wysokooprocentowanej pożyczki udzielonej w roku 2014 przez firmę Magellan S.A. – w kwocie 1 mln zł. Środki te zostały przeznaczone na spłatę zaległych zobowiązań, a tym samym dokonano jedynie rolowania istniejących zobowiązań. W wyniku tego zabiegu w jednostce pojawił się dodatkowy tytuł w postaci pożyczki o ustalonym harmonogramie spłaty. Jeśli harmonogram nie będzie przestrzegany BCM będzie zobowiązane do zapłaty odsetek karnych, co dodatkowo zwiększy koszty obsługi długu. BCM powinno poszukać na rynku źródła finansowania o niższych kosztach obsługi i tym produktem zastąpić pożyczkę udzieloną przez firmę Magellan S.A.

4. Z roku na rok wzrasta poziom zobowiązań bieżących wobec kontrahentów (z poziomu 4.068 tys. zł w roku 2011 do 5.032 tys. zł w roku 2014). Rośnie także udział zobowiązań wymagalnych w ogólnej sumie zobowiązań. Pogarsza się także wiekowanie zobowiązań (rośnie wartość zobowiązań przeterminowanych). W wyniku tego rosną koszty obsługi zaciąganych zobowiązań.

5. W jednostce utrzymuje się co roku wysoka strata ze sprzedaży – na poziomie ponad 1 mln zł, a więc znacząco przekraczająca wartość amortyzacji. Tak więc nawet odliczając wartość amortyzacji, która jest kosztem a nie jest wydatkiem,

rentowność działalności prowadzonej przez BCM jest ujemna. W związku z tym, że jest to sytuacja powtarzająca się w kolejnych latach, w perspektywie najbliższych lat doprowadzi ona do upadłości jednostki. W perspektywie wieloletniej utrzymująca się strata na działalności operacyjnej doprowadzi do ujemnych kapitałów własnych, zagrożenia kontynuacji działalności Szpitala i bez zewnętrznego finansowania nie będzie możliwe dalsze prowadzenie działalności.

6. Uwzględniając pozostałą działalność operacyjną oraz działalność finansową Szpital zamknął rok 2014 ze stratą na poziomie 1.557 tys. zł. Był to kolejny rok z rzędu, z ujemnym wynikiem finansowym. Dalsza działalność w takiej sytuacji bez finansowania zewnętrznego doprowadzi do braku możliwości prowadzenia działalności i świadczenia usług na rzecz pacjentów.

Podstawowe wielkości i wskaźniki struktury						
Wyszczególnienie	treść	jedn.	2011	2012	2013	2014
Suma bilansowa		tys. zł	17 821,9	17 354,3	16 495,0	18 215,6
Wynik netto (+/-)		tys. zł	- 2 790,5	- 897,0	- 1 203,4	- 1 557,4
Sprzedaż netto		tys. zł	30 477,5	30 639,4	30 627,8	32 340,8
Kapitał własny		tys. zł	5 250,9	1 350,6	147,2	7 312,7
Aktywa czynne	suma aktywów – zobowiązania krótkoterminowe	tys. zł	11 607,4	10 985,4	9 267,7	10 798,5
Kapitał pracujący	aktywa obrotowe -zobowiązania krótkoterminowe	tys. zł	- 1 811,0	- 1 679,2	- 2 842,0	- 2 418,4
Wskaźnik struktury aktywów	(aktywa trwale / aktywa obrotowe)*100	%	305%	270%	276%	264%
Wskaźnik struktury pasywów (źródeł finansowania)	(kapitał własny / kapitał obcy)*100	%	42%	8%	1%	67%
Wskaźnik pokrycia aktywów trwałych kapitałem własnym	(kapitał własny / aktywa trwale)*100	%	39%	11%	1%	55%

7. Ponad połowę kosztów działalności Szpitala stanowią koszty zatrudnienia (ujęte jako koszty wynagrodzeń oraz narzutów na wynagrodzenia wynikające z wynagrodzeń wypłacanych na podstawie umów o pracę, oraz jako kontrakty lekarskie i pielęgniarskie ujmowane w usługach obcych rachunku zysków i strat). Łącznie stanowią one kwotę około 20 mln zł w roku 2014.

Tak wysokie koszty osobowe charakterystyczne są dla jednostek służby zdrowia, jednak bez ich restrukturyzacji BCM nie będzie w stanie uporać się z ujemnym wynikiem finansowym. Konieczna jest głęboka reforma struktury i poziomu zatrudnienia. Szczegółowo zagadnienie zatrudnienia zostało opisane w ramach rozdziału dotyczącego kadry i zatrudnienia BCM. Z finansowego punktu widzenia wskazujemy na bardzo wysoki koszt tej kategorii kosztu, który jest stosunkowo trudny w restrukturyzacji (ze względu na napięcia społeczne temu towarzyszące oraz regulacje prawne chroniące zatrudnienie pracowników).

Rachunki zysków i strat w wariacie porównawczym (w tys. zł)		2011	2012	2013	2014
A.	Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi	30477,5	30639,4	30627,8	32340,8
I.	Przychody netto ze sprzedaży produktów	30467,9	30978,7	30708,1	33072,3

II.	Zmiana stanu produktów	9,0	- 339,4	- 80,3	- 731,5
III.	Koszty wytworzenia produktu na własne potrzeby jednostki				
IV.	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	,6	,1	,0	,0
B.	Koszty działalności operacyjnej	33345,3	31990,8	32673,3	33896,7
I.	Amortyzacja	804,4	974,5	970,5	852,1
II.	Zużycie materiałów i energii	7221,0	6792,0	6654,7	7133,1
III.	Usługi obce	6324,6	7271,4	8446,3	9346,1
IV.	Podatki i opłaty	316,1	225,2	149,1	154,1
V.	Wynagrodzenia	15394,5	13425,0	13162,6	13202,1
VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	3092,0	3010,0	2969,7	2892,7
VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	191,8	292,7	320,4	316,6
VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	,9	,1	,0	,0
C.	Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	- 2867,8	- 1351,4	- 2045,5	- 1555,9
D.	Pozostałe przychody operacyjne	337,0	929,5	1132,5	783,0
I.	Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	,0	,0	,0	,0
II.	Dotacje	,0	399,2	627,6	281,2
III.	Inne przychody operacyjne	337,0	530,3	504,9	501,8
E.	Pozostałe koszty operacyjne	169,1	319,2	109,4	482,8
I.	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	,0	,0	,0	,0
II.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych				
III.	Inne koszty operacyjne	169,1	319,2	109,4	482,8
F.	Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	- 2699,8	- 741,2	- 1022,4	- 1255,7
G.	Przychody finansowe	24,8	17,9	18,8	5,2
I.	Dywidendy i udziały w zyskach				
II.	Odsetki	24,8	17,9	18,8	5,2
H.	Koszty finansowe	115,5	173,6	199,8	307,0
I.	Odsetki	115,5	173,6	199,8	307,0
I.	Zysk (strata) z działalności gospodarczej (F+G-H)	- 2790,5	- 897,0	- 1203,4	- 1557,4
J.	Wynik zdarzeń nadzwyczajnych (J.I.-J.II.)	,0	,0	,0	,0
K.	Zysk (strata) brutto (I±J)	- 2790,5	- 897,0	- 1203,4	- 1557,4
L.	Podatek dochodowy	,0	,0	,0	,0
M.	Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)	,0	,0	,0	,0
N.	Zysk (strata) netto (K-L-M)	- 2790,5	- 897,0	- 1203,4	- 1557,4

Źródło: sprawozdania finansowe BCM w Brzegu SPZOZ za lata 2012-2014

8. W związku z zaciągniętą pożyczką w roku 2014 znacząco wzrosły koszty z tytułu odsetek (o ponad 100 tys. zł w roku 2014 w stosunku do lat wcześniejszych). Ponieważ zaciągnięta pożyczka sfinansowała zaległe płatności wobec dostawców, zmniejszone zostały odsetki z tytułu zaległych zobowiązań wobec dostawców.

9. Szpital wydatkuje nieznaczne środki na działalność inwestycyjną. Brak jest istotnego zaangażowania w działania zmierzające w odnawianie amortyzowanego wyposażenia jednostki. Przy amortyzacji na poziomie prawie 1 mln zł wydatki inwestycyjne są na poziomie około 150 tys. zł rocznie.

9. Struktura zobowiązań na dzień 31.12.2014 roku przedstawiała się następująco:

Tabela nr 103 – Struktura zobowiązań

Wyszczególnienie	31.12.2014 r.	%
------------------	---------------	---

Zobowiązania ogółem	7 787 299,73	100,0%
w tym:		
* z tytułu dostaw towarów i usług	5 032 058,68	64,6%
w tym wymagalne	2 777 252,08	35,7%
* pozostałe	2 755 241,05	35,4%
z tego:		
zobowiązania z tyt. podatków	242 420,00	3,1%
- podatek VAT	4 952,00	0,1%
- dochodowy	189 040,00	2,4%
- od nieruchomości	48 428,00	0,6%
pozostałe publicznoprawne	780 065,27	10,0%
- ZUS	780 065,27	10,0%
- PFRON	0,00	0,0%
zobowiązania z tyt. wynagrodzeń	725 252,97	9,3%
pożyczka Magellan S.A.	933 144,24	12,0%
pozostałe zobowiązania (depozyty, potrącenia płacowe)	74 358,57	1,0%

Na uwagę zasługuje bardzo wysoki udział wymagalnych zobowiązań z tytułu dostaw i usług (aż 35,7% wartości całości zobowiązań, tj. 2.777 tys. zł). BCM powinno jak najszybciej pozyskać dodatkowe źródło finansowanie w pierwszej kolejności przeznaczone na restrukturyzację tego zadłużenia, tj. spłatę z jednoczesnym negocjowaniem umorzenia odsetek od tych zobowiązań, aby nie była konieczna ich spłata. Przykładem finansowania zewnętrznego mogą być: środki bezzwrotne z organu założycielskiego, nisko oprocentowana pożyczka BGK lub inne mechanizmy finansowania.

Wskaźniki zadłużenia						
Wyszczególnienie	treść	jedn.	2011	2012	2013	2014
Wskaźnik ogólnego zadłużenia	(zobowiązania ogółem / aktywa ogółem) *100	%	70,54%	92,22%	99,11%	59,85%
Stopa zadłużenia (wskaźnik zadłużenia kapitału własnego)	(zobowiązania ogółem / kapitały własne) *100	%	239,40%	1184,92%	11102,86%	149,10%
Wskaźnik zadłużenia długoterminowego	(zobowiązania długoterminowe / kapitały własne) *100	%	0,00%	0,00%	0,00%	8,01%

10. W związku z przekazaniem z końcem roku 2014 gruntu o wartości 1,1 mln zł należącego do powiatu brzeskiego na rzecz BCM w roku 2014 poprawie uległy wskaźniki związane z pokryciem zobowiązań aktywami (spadek wskaźnika ogólnego zadłużenia oraz spadek stopy zadłużenia). Zabieg ten należy jednak uznać w dużej części jako zabieg księgowy, gdyż dotychczas i tak użytkownikiem wskazanych gruntów było BCM.

11. W latach 2011-2013 poziom kapitałów własnych dramatycznie spadł do poziomu 147,2 tys. zł na koniec roku 2013. W związku z czym władze jednostki musiałyby

podjąć decyzję co do dalszego jej funkcjonowania. W roku 2014 dokonano więc zwiększenia wartości kapitału podstawowego poprzez przeniesienie z pozycji rozliczeń międzyokresowych przyznanych wcześniej dotacji przez organ założycielski do pozycji kapitału podstawowego (zabieg księgowy) oraz przeniesienie na własność BCM gruntu o wartości 1,1 mln zł należącego do powiatu brzeskiego. Działania te zwiększyły kapitały własne jednostki, jednak nie miały żadnego wpływu na sytuację płynnościową jednostki (organ założycielski nie zasilił jednostki w dodatkowe środki).

PASywa (w tys. zł)		2011	2012	2013	2014
A.	Kapitał (fundusz) własny	5250,9	1350,6	147,2	7312,7
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	13626,7	10623,4	10623,4	19568,9
II.	Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)				
III.	Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)				
IV.	Kapitał (fundusz) zapasowy	,0	,0	,0	,0
V.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny				
VI.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe				
VII.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	- 5585,3	- 8375,8	- 9272,7	- 10698,8
VIII.	Zysk (strata) netto	- 2790,5	- 897,0	- 1203,4	- 1557,4
IX.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)				
B.	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	12571,0	16003,7	16347,8	10902,9
I.	Rezerwy na zobowiązania	1047,6	1671,1	1467,2	2598,7
1.	Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego				
2.	Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	1047,6	1387,0	1467,2	2198,7
-	długoterminowa	849,6	1204,1	1175,7	1911,2
-	krótkoterminowa	198,1	182,9	291,6	287,5
3.	Pozostałe rezerwy	,0	284,1	,0	400,0
-	długoterminowe				
-	krótkoterminowe		284,1	,0	400,0
II.	Zobowiązania długoterminowe	,0	,0	,0	585,4
1.	Wobec jednostek powiązanych				
2.	Wobec pozostałych jednostek	,0	,0	,0	585,4
a)	kredyty i pożyczki	,0	,0	,0	585,4
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	6214,5	6368,9	7227,3	7417,1
1.	Wobec jednostek powiązanych				
2.	Wobec pozostałych jednostek	5969,2	6148,8	6980,2	7201,9
a)	kredyty i pożyczki	,0	,0	,0	347,8
b)	z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych				
c)	inne zobowiązania finansowe				
d)	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	4068,2	4291,4	4998,6	5032,1
-	do 12 miesięcy	4068,2	4291,4	4998,6	5032,1
e)	zaliczki otrzymane na dostawy				
f)	zobowiązania wekslowe				
g)	z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń	998,8	971,5	953,9	1022,5
h)	z tytułu wynagrodzeń	792,9	724,8	727,3	725,3
i)	inne	109,3	161,2	300,5	74,4
3.	Fundusze specjalne	245,3	220,0	247,1	215,2
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	5308,9	7963,7	7653,2	301,7
1.	Ujemna wartość firmy				
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	5308,9	7963,7	7653,2	301,7
-	długoterminowe	5176,2	7590,1	7226,2	163,9
-	krótkoterminowe	132,7	373,6	427,0	137,8
	Pasywa razem	17821,9	17354,3	16495,0	18215,6

12. Podsumowując sytuację finansową BCM wskazujemy, iż głównym powodem złej sytuacji finansowej jednostki są zbyt wysokie koszty prowadzonej działalności

w stosunku do osiągniętych przychodów. W szczególności zbyt wysokie koszty dotyczą wydatków na wynagrodzenia i pochodne z nimi związane. Tym samym Szpital od kilku już lat co roku osiąga stratę, która przekłada się na brak środków do regulowania istniejących zobowiązań. Rosnące zobowiązania generują dodatkowe koszty obsługi tego długu.

Rok 2016 będzie decydującym rokiem, w którym uwydatnią się problemy związane z regulowaniem bieżących płatności. Tym samym jednostka powinna jak najszybciej podjąć działania mające na celu:

- ograniczenie ponoszonych kosztów działalności, w szczególności w zakresie wynagrodzeń i z nimi związanych,
- pozyskanie alternatywnych źródeł finansowania w celu spłaty przeterminowanych zobowiązań,
- poszukiwanie dodatkowych źródeł finansowania dla działań inwestycyjnych (np. ze środków UE).

I.6. Analiza zasobów i ich wykorzystania

1. Brzeskie Centrum Medyczne posiada rozproszoną infrastrukturę co jest cechą negatywną całego kompleksu. Planowanie prac remontowych i budowlanych powinno dążyć do połączenia wszystkich obiektów wykorzystywanych przez BCM na działalność medyczną w kompleksie przy ul. Mossora.

2. Główny kompleks budynków (bud. B-1, B-2, B-3, C) połączony łącznikami w stanie ogólnym dobrym po przeprowadzonym remoncie. Aktualnie dostosowywane są pomieszczenia budynków na podstawie planu dostosowawczego oraz planowana jest rozbudowa budynków na potrzeby bloku operacyjnego.

- 1) Budynek D – zakład opiekuńczo-leczniczy - budynek w złym stanie technicznym, konieczny do przeprowadzenia remontu kapitalnego budynku z rozbudową i budową łącznika z pozostałymi budynkami na terenie kompleksu BCM.
- 2) Stacja dializ i Archiwum – budynek w stanie dobrym po remoncie, wyłączony z budżetu szpitala jest on wydzierżawiony na okres ok. 30 lat. Budynek nie ujęty w planie dostosowawczym szpitala.
- 3) Pomieszczenia magazynowe i prosektorium – budynki wyeksploatowane w stanie technicznym dostatecznym. Znajdujący się w pomieszczeniach magazynowych rezerwowo agregat prądotwórczy planowany do przeniesienia w część kompleksu w pobliżu trafostacji.
- 4) Budynek przy ul. Nysańskiej – odrębny obiekt znajdujący się w innej części miasta w dobrym stanie technicznym wyposażony w podjazd dla karetek i

osobne wejście do izby przyjęć. Aktualnie nie wymaga dużych nakładów inwestycyjnych.

3. Jednostka posiada dużą liczbę sprzętów dostosowaną do jej funkcjonalności i wymogów NFZ.

4. Od roku 2011 do chwili obecnej Starostwo Powiatowe przekazało nowy sprzęt medyczny na łączną kwotę ponad 5,1 mln. zł. W związku z tym następuje odnawianie zasobów sprzętowych placówki, jednak zasadniczo jest to sprzęt, który stanowi wyposażenie modernizowanych komórek organizacyjnych.

Forma pozyskania (drowizna / zakup/ inne)	Wartość początkowa sprzętu	Wartość na koniec 2014	Udział % wartości początkowej
Darowizna	655 141,48	83 789,15	5,81%
nieodpłatne otrzymanie od organu założycielskiego	393 316,28	10 136,88	3,49%
Zakup	5 069 779,00	305 296,19	44,96%
przekazano na własność dla BCM 30.04.2015r.	1 743 131,83	0,00	15,46%
umowa użyczenia z dnia 28.02.2011r.	3 414 787,62	796 783,78	30,28%
Łącznie	11 276 156,21	1 196 006,00	100,00%

5. Sprzęt jest w bardzo różnym wieku od prawie 30- letniej aparatury do najnowszego wyposażenia. Jednostka dysponuje w 89% procentach sprzętem całkowicie bądź znacznie użytym. Duży stopień zużycia sprzętu w całej jednostce niesie za sobą ogromne koszty utrzymania tj. częste awarie, przeglądy. BCM w najbliższym okresie powinien zaplanować, stałą wymianę/zakup niezbędnego sprzętu do prawidłowego funkcjonowania placówki.

6. W grupie 2001-2006 znalazła się największa ilość zamortyzowanego sprzętu, są to urządzenia między innymi aparaty RTG i USG. Wymiana tego typu sprzętu wiązałaby się z wydatkiem rzędu 1mln zł, co w aktualnej kondycji finansowej firmy jest niemożliwe.

Przedział czasowy -rok pozyskania	Liczba sprzętu	Stopień zużycia %
1987-1992	4	100%
1995- 2000	17	100%
2001- 2006	31	100%
2007-2011	25	100-73%
2013-2014	4	36,67-0%

7. W zakresie zasobów informatycznych:

1) W jednostce jest brak wydzielonego pomieszczenia serwerownii, która zabezpieczona byłaby kontrolą dostępu, dwuzakresowym układem chłodzenia, własnym dedykowanym zabezpieczeniem prądowym.

- 2) Brak systemu wykonywania kopii zapasowych.
- 3) Serwery wyeksploatowane lub też komputery stacjonarne adoptowane do roli serwera.
- 4) Aplikacje w które wyposażone są serwery to aplikacje wycofane z użytku bez wsparcia technicznego producenta co skutkuje brakiem możliwości wykonania aktualizacji, brak wsparcia technicznego dla systemów NetWare 4.
- 5) Brak wdrożonych systemów autoryzacyjnych ,np. Microsoft Active Directory. Nie jest prowadzona polityka bezpieczeństwa dostępu do danych oraz nie stwierdzono polityki bezpieczeństwa w zakresie przetwarzania danych. Dane gromadzone przez jednostkę są zagrożone utratą ze względu na :
 - zużyty i wyeksploatowany sprzęt serwerowy , klasyfikujący się do natychmiastowej kasacji.
 - nieaktualne oprogramowanie – bez wsparcia producenta.
 - brak procedur bezpieczeństwa , kopia o ile jest wykonywane nie jest ewidencjonowana a tym bardziej weryfikowana pod względem prawidłowości i spójności danych.

I.7. Analiza zagadnień organizacyjno-prawnych

1. Struktura organizacyjna charakteryzuje się niską rozpiętością zarządzania i wieloma szczeblami między dyrektorem a pracownikami. Taki sposób ułożenia struktury opierający się na trzech kluczowych stanowiskach, może uniemożliwić sprawne zarządzanie i nadzór. Dodatkowo dość niejasno są nazywane poszczególne działy administracyjne w stosunku do zadań którymi się zajmują.

2. Dokumentacja organizacyjna BCM wymaga rzetelnego dopracowania. Jakkolwiek ujawnione nieprawidłowości nie rzutują bezpośrednio na jakość świadczonych przez placówkę usług medycznych, niemniej obecne zapisy, przede wszystkim Statutu i Regulaminu organizacyjnego, mogą powodować niepotrzebny chaos informacyjny, zarówno po stronie personelu jak i pacjentów BCM. Mając powyższe na uwadze, postuluje się następujące wnioski:

- a) Przeanalizowanie treści zapisów statutowych, w szczególności uszczegółowienie regulacji dotyczących gospodarki finansowej BCM; korekta Statutu przez organ tworzący – Radę Powiatu Brzeskiego.
- b) Dopisanie w Regulaminie organizacyjnym: [1] zagadnień wymaganych art. 24 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, [2] zakresu stanowisk wymaganych na podstawie: ustawy o ochronie informacji niejawnych, ustawy o ochronie danych osobowych, ustawy o finansach publicznych; weryfikacje tych postanowień Regulaminu

organizacyjnego, które uznane zostały za nieprecyzyjne i wewnętrznie niespójne- nieściłości w opisie struktury organizacyjnej.

c) Wyeliminowanie z Regulaminu ZFŚS zapisów w praktyce uniemożliwiających legalne korzystanie ze środków socjalnych przez byłych pracowników BCM (emerytów i rencistów) w sytuacji, gdy wolą tworzących Fundusz jest przyznanie im prawa do korzystania z tych środków.

d) Zweryfikowanie zapisów zarządzeń ustanawiających w BCM organy doradczo-kontrolno-opiniujące (zespoły, komitety, komisje) w taki sposób, aby jednoznacznie przypisane im zadania i zakres odpowiedzialności mógł być następnie weryfikowany na podstawie analizy zrealizowanych przez nie zadań.

e) Wprowadzenia Instrukcji Kancelaryjnej jako dokumentu regulującego obieg dokumentów zewnętrznych.

I.8. Analiza obszaru współpracy z podmiotami zewnętrznym

1. Umowy z podmiotami zewnętrznymi w zakresie działalności pomocniczej medycznej jak i niemedycznej, są umowami standardowymi, a ich ceny nie odbiegają od cen średniorynkowych. Wyjątek stanowi umowa na wykonywanie świadczeń w zakresie TK. Jest to bardzo niekorzystna pod względem finansowym umowa dla jednostki, mająca charakter monopolistyczny. Biorąc pod uwagę, że BCM posiada zawarty kontrakt na świadczenia w zakresie SOR, trudnym będzie na dzień dzisiejszy całkowite zrezygnowanie z wykonywania świadczeń w ramach tej umowy zewnętrznej. Jednak placówka powinna ograniczyć ilości wykonywanych badań diagnostycznych do niezbędnego minimum i rozważyć zawarcie innej umowy na realizację świadczeń w tym zakresie, np. poprzez podpisanie umowy na realizację planowych badań diagnostycznych TK dla pacjentów hospitalizowanych.

2. Polityka stosowana przez BCM w zakresie wykonywania umów podwykonawczych dla innych podmiotów charakteryzuje się, kształtowanie cen sprzedażowych jedynie według cennika szpitalnego, co wskazuje na brak podejścia marketingowego do rynku zewnętrznego.

3. Stosowaniem ryczałtów za gotowość jedynie w części umów podwykonawczych, co jest niezrozumiałe, szczególnie iż znacząca część ich jest podpisana na czas niekreślony. Pomniejsza to przychody BCM i tworzy sytuację różnego traktowania podmiotów zewnętrznych, co może być zarzutem pod kątem dyscypliny finansów publicznych.

4. Brak zapisów o finansowanie umów na gotowość oddziału intensywnej terapii, powoduje iż BCM bierze na siebie odpowiedzialność za podjęcia działań, ale nie posiada żadnych korzyści z tego tytułu. Z punktu widzenia BCM umowy te są zatem niekorzystne i nie mające uzasadnienia dla szpitala. Umowy te byłyby zasadne jeżeli

byłby finansowane przez te jednostki w wysokości 3-5 tys. zł miesięcznie od każdej umowy.

I.9. Analiza projekcji roku 2015

Odnosząc uzyskane wyniki BCM po I kwartale 2015 roku do zatwierdzonego planu finansowego na rok 2015, jednoznacznie można stwierdzić, iż zrealizowanie planu nie będzie możliwe. Władze Szpitala założyły zamknięcie roku 2015 ze stratą na poziomie 850 tys. zł. Analizując dynamikę kwartalną poprzednich lat działalności oraz uzyskiwane wyniki roczne, w sytuacji osiągnięcia straty na poziomie 1,5 mln zł po I kwartale jej zmniejszenie w kolejnych kwartałach jest nierealne. Strata ta jedynie może się pogłębić, ze względu na niezbilansowane przychody i koszty prowadzonej działalności. Dodatkowo biorąc pod uwagę stosunkowo wysokie koszty obsługi powiększającego się zadłużenia, poprawa wyniku w kolejnych kwartałach jest nie możliwa do zrealizowania. W efekcie można wyciągnąć następujące wnioski:

- 1) Plan finansowy na rok 2015, który został sporządzony i zatwierdzony jest, uwzględniając wyniki I kwartału roku 2015, niemożliwy do zrealizowania, bez realizacji innych działań niż bieżące funkcjonowanie.
- 2) Wyniki I kwartału 2015 roku są nieadekwatne do planowanych i to w stopniu, iż nawet w założeniu, że I kwartał jest najgorszy ze wszystkich w roku i odbiega on negatywnie od średniej, realizacja bardzo istotnie rozchodzi się z wykonaniem.
- 3) Przekładając wynik z I kwartału roku 2015 na cały rok, uwzględniając, iż inne kwartały będą się poprawiać jak w roku 2014, wynik całoroczny przekroczy kwotę 1,5 mln zł i to może być znacząca różnica. Wiele jest uzależnione od wykonania kontraktu z NFZ.
- 4) Wynik 2015 roku będzie gorszy od wyniku 2014 roku.

I.10. Podsumowanie, wnioski oraz analiza strategiczna SWOT

Analiza SWOT

Szanse	Zagrożenia
1. Istotne wsparcie Starostwa Powiatowego w procesie przeprowadzania zmian.	1. Konieczność pokrywania ujemnego wyniku finansowego zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
2. Istotne wsparcie finansowe ze strony Starostwa Powiatowego w	2. Wprowadzenie zapisów i zmian w produktach związanych z pakietem

Strategia rozwoju Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu SPZOZ

<p>inwestycjach sprzętowych oraz w infrastrukturalnych.</p> <p>3. Nowa perspektywa środków unijnych.</p>	<p>onkologicznym.</p> <p>3. Silniejsza pozycja, lepsza sytuacja finansowa i większe szanse na rozwój szpitali w powiatach ościennych.</p> <p>4. Szacowany, przynajmniej przez kolejne dwa lata, brak istotnego zwiększenia kontraktów ze strony NFZ.</p> <p>5. Przyszłościowe kontraktowanie z NFZ w oparciu o rankingi, w których istotne znaczenie ma aktualna sytuacja szpitala (sprzęt, personel, Certyfikaty).</p> <p>6. Ryzyko w kontraktacji z NFZ oddziałów specjalistycznych związane z mapami zabezpieczenia medycznego.</p> <p>7. Czynniki demograficzne związane z wyludnianiem się województwa opolskiego i powiatu brzeskiego.</p>
Mocne strony	Słabe Strony
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dominująca pozycja w powiecie. 2. Duża dywersyfikacja produktowa. 3. Szeroki wachlarz realizowanych produktów leczniczych i diagnostycznych. 4. Szpitalna struktura oddziałów szersza od standardu powiatowego. 5. Zwiększające się z roku na rok przychody komercyjne. 6. Posiadanie personelu adekwatnego do wymogów NFZ w ilości i o określonych kwalifikacjach. 7. Znaczny stopień dostosowania się do rozporządzenia MZ w sprawie wymogów fachowych i sanitarnych jakim powinny odpowiadać 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uzależnienie od polityki NFZ jako dominującego płatnika. 2. Niższy kontrakt w roku 2015 w stosunku do roku poprzedniego. 3. Znacząco gorsza struktura rozdziału kwot w produktach lecznictwa szpitalnego, spowodowanego alokacją środków ze świadczeń limitowanych na nielimitowane. 4. Istotne niedow wykonania w części oddziałów kontraktu z NFZ w 2014 roku. 5. Przerost zatrudnienia. 6. Wysoki poziom wynagrodzeń w personelu lekarskim i pielęgniarskim. 7. Utrzymująca się strata finansowa

<p>podmioty lecznicze.</p> <p>8. Posiadanie sprzętu i wyposażenia adekwatnego do wymogów NFZ.</p> <p>9. Realizacja inwestycji remontów z pozyskanych już środków, unowocześniające bazę BCM.</p>	<p>za ostatnie trzy lata.</p> <p>8. Narastające problemy z pogarszającą się płynnością finansową.</p> <p>9. Wzrastający poziom zobowiązań i negatywnych konsekwencji, które są z nimi związane (m. in. odsetki).</p> <p>10. Bardzo zły wynik finansowy osiągnięty w I kwartale 2015r.</p> <p>11. Brak zwartej bazy lokalowej i rozproszenie lokalizacji.</p> <p>12. Infrastruktura techniczna budynków niedostosowana do wymogów rozporządzenia MZ w sprawie wymogów fachowych i sanitarnych jakim powinny odpowiadać podmioty lecznicze.</p> <p>13. Konieczność dalszych wysoko kosztowych inwestycji dotyczących infrastruktury technicznej.</p> <p>14. Konieczność inwestycji dotyczących wieku i zużycia sprzętu.</p>
--	---

Podsumowując, w otoczeniu zewnętrznym zdecydowanie dominują zagrożenia, szanse wynikają głównie ze wsparcia starostwa powiatowego. Podobna zresztą sytuacja jest w wewnętrznych silnych i słabych stronach, gdzie dominują ilościowo te drugie i także dotyczą one praktycznie wszystkich obszarów funkcjonowania: finansowego, sprzedażowego, kadrowego czy infrastrukturalnego.

I.11. Wnioski strategiczne

Podsumowując poniżej przedstawione zostają generalne wnioski, które były podstawą do stworzenia poszczególnych elementów proponowanych działań restrukturyzacyjnych i rozwojowych, a mających na celu zarówno poprawę sytuacji ekonomicznej teraz i w przyszłości, a także dostosowanie się Brzeskiego Centrum Medycznego do wymogów wynikających z przepisów prawa oraz zmieniających się realiów rynku.

1. BCM posiada kluczową pozycję w powiecie brzeskim i zdecydowanie dominuje swoim zakresem świadczeń nad innymi podmiotami zarówno w Brzegu, jak i w innych miejscowościach powiatu. Wynika to nie tylko z faktu posiadania usług z zakresu leczenia szpitalnego, jako jedyny podmiot na tym terenie, ale także na różnorodności typów leczenia zarówno ambulatoryjnego jak i stacjonarnego w praktycznie wszystkich podstawowych rodzajach świadczeń: leczenie szpitalne, rehabilitacja, psychiatria, opieka długoterminowa, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, medycyna ratunkowa. Jedynym podstawowym rodzajem, który posiadają inne podmioty medyczne w Brzegu, a nie realizuje ich BCM to podstawowa opieka zdrowotna. Jednak ta sytuacja odnosi się jedynie do powiatu, ponieważ w porównaniu do innych, ościennych powiatów, pozycja konkurencyjna BCM jest gorsza zarówno pod względem produktowym, jak i obecnych możliwości rozwoju i walki konkurencyjnej.

2. Szpital charakteryzuje się znaczącą dywersyfikacją realizowanych produktów medycznych, zarówno w zakresie leczenia stacjonarnego, dziennego, ambulatoryjnego jak i diagnostyki. BCM posiada wszystkie funkcje szpitala powiatowego z rozbudowaną o dodatkowe zakresy (oddziały: otolaryngologia, chirurgia urazowo-ortopedyczna) ofertą oraz bazę stacjonarną rehabilitacji, psychiatrii i ZOL-u. Realizuje również produkty oddziałów dziennych, rehabilitacji stacjonarnej, poradni specjalistycznych oraz diagnostyki, kontraktowanej z NFZ i niekontraktowanej. Jest to rozbudowana i kompleksowa oferta produktowa, która zabezpiecza BCM przed ewentualnymi skutkami w zmianach finansowania pojedynczych zakresów w poszczególnych rodzajach czy zakresach. Szeroki zakres realizowanych usług jest największym zasobem podmiotu i dużą szansą na rozwój.

3. Sytuacja ekonomiczna BCM pogarsza się z roku na rok uwzględniając perspektywę ostatnich trzech lat, co jednoznacznie oznacza konieczność podjęcia działań restrukturyzacyjnych i strategicznych mających na celu poprawienie zarówno strony przychodowej jak i obniżenia kosztów prowadzonej działalności. W przeciwnym wypadku jednostka będzie pogłębiała ujemne wyniki finansowe, co bezpośrednio przełoży się na płynność finansową, zwiększenie poziomu zadłużenia, generowanie dodatkowych kosztów wynikających z obsługi zadłużenia, a poprzez to zakłócenia w normalnym funkcjonowaniu, bark inwestycji oraz brak możliwości regulacji płacowych. Dodatkowo nie bez znaczenia jest fakt, iż generowanie ujemnego wyniku finansowego będzie zobowiązywało podmiot tworzący do corocznego finansowania straty zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Uwzględniając także osiągnięte wyniki po pierwszym kwartale 2015 roku, jednoznacznym jest, iż strata przekroczy planowane 850 tys. zł i będzie większa niż ta wygenerowana w roku 2014.

4. Wartość kontraktów podpisanych przez BCM nie odbiega w żadną stronę od innych podmiotów tego typu w przeliczeniu na liczbę mieszkańców powiatu, przy

czym taki poziom finansowania nie pozwala na pełne wykorzystanie posiadanej bazy lokalowej i zasobów. Mimo realizacji w pełni kontaktów lub nieznacznych niedowyońań, obłożenia łóżek w części szpitala jest niższe niż 50%, a w innych, w których przekracza 50%, tworzy sytuacje powstawania nadwyońań, w części finansowanych, a w części nie przez NFZ. Oznacza to, że obecnie wykorzystywana baza łóźkowa BCM jest zdecydowanie za duża jak na możliwości realizacji świadczeń, wynikające z limitów nałożonych kontraktem z NFZ.

5. W zakresie strony przychodowej BCM jest uzależnione od NFZ i uwzględniając zmienną politykę tego płatnika, każde kolejne negocjacje będą kluczowe dla dalszej działalności placówki. Pozytywna tendencja z 2014 r. która pozwoliła zwiększyć przychody o ponad 2 mln zł. powinna zostać utrzymana, gdyż jest jedyną formą możliwości rozwoju komórek, które mają jeszcze potencjał zwiększania kwoty NFZ lub też jest szansą tworzenie nowych produktów. Niestety podpisany kontrakt na rok 2015 jest niższy od roku poprzedniego, choć nieznacznie kwotowo (270 tys. zł) to w zakresie produktowym, a co za tym idzie w rzeczywistych możliwościach przychodowych, znacząco mniejszy. Jest to wynikiem alokowania kwot w kontraktach z produktów limitowanych na nielimitowane lub zmniejszaniu limitowanych w jednych zakresach na korzyść nielimitowanych w innych zakresach.

6. Kluczową kwestią dla zwiększania strony przychodowej jest wykorzystanie obecnych możliwości komercyjnych BCM, który jako jednostka dominująca w powiecie, posiada możliwości świadczenia usług zarówno dla klientów indywidualnych jak i instytucji, co widać w stale zwiększających się przychodach, co jest tendencją pozytywną, ale poziom wzrostu nie jest istotnie dynamiczny. Dodatkowo funkcjonowanie w formie SPZOZ nie pozwoli na pełne rozwinięcie tych możliwości, co wynika z przepisów prawa, a jedyną ścieżką istotnego rozwoju w tym zakresie jest przekształcenie się w spółkę prawa handlowego.

7. W zakresie strony kosztowej sytuacja w chwili obecnej jest zła, gdyż wysoki poziom kosztów wpływa nie tylko na generowanie ogólnej straty wysokości ponad 1,5 mln zł, ale także i straty ze sprzedaży wartości 1,5 mln zł. Oznacza to, iż szpital mimo uzyskania w roku 2014 wyższych przychodów, wygenerował także istotny wzrost kosztów. Najpowaźniejszym problemem są koszty wynagrodzeń, wynikające zarówno z umów o pracę jak i umów cywilno-prawnych, które przekraczają poziom ponad 60% w stosunku do przychodu. Przekraczanie tego parametru powyżej 55% przez standardowy szpital, wskazuje na niemożność osiągnięcia zbilansowania się jednostki (poza szpitalami psychiatrycznymi). Na wysoki poziom kosztów wynagrodzeń wpływają zarówno, wysokość stawek płacowych na umowę o pracę lub umów cywilno-prawnych, a także obecna i zbyt wysoka etatyzacja.

8. W zakresie infrastruktury technicznej bazy lokalowej BCM nie spełnia wszystkich wymogów wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie

szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą, co oznacza, iż w okresie dwóch najbliższych lat czy też wydłużonym, będzie istniała konieczność istotnego inwestowania w tym zakresie. Uwzględniając obecną sytuację finansową BCM w ramach środków własnych nie posiada takich zdolności inwestycyjnych, natomiast wprowadzone i zaplanowane inwestycje finansowane przez Starostwo Powiatowe nie rozwiążą wszystkich potrzeb w tym zakresie. Dodatkowo obecnie wykorzystywana baza lokalowa, charakteryzuje się rozproszeniem i brakiem integracji zarówno miejsc, w którym jest zlokalizowany szpital jak i wszystkich budynków medycznych w głównej lokalizacji. Wpływa to bezpośrednio na koszty prowadzonej działalności, a także na możliwość elastycznego zarządzania personelem i zasobami. Konieczne w tym przypadku jest w oparciu o przyszłe inwestycje, zintegrowanie bazy w jednej lokalizacji oraz stworzenie połączonego ze sobą kompleksu budynków.

9. Funkcjonalność przeznaczenia poszczególnych budynków i pomieszczeń w nich zlokalizowanych jest wytworzona przez historyczne działania i charakteryzuje się mocnym rozproszeniem różnych typów lecznictwa i nieodpowiedniego wykorzystania części pomieszczeń. Wykorzystanie pomieszczeń jest mozaikowe, poszczególne rodzaje się mieszają, a część komórek działalności pomocniczej wykorzystuje bardzo duży metraż pomieszczeń, nieadekwatny do potrzeb, który można by było przeznaczyć na realizację usług medycznych. Dotyczy to głównie budynku C. Infrastruktura posiadanych budynków i bazy lokalowej charakteryzuje się pewnym stopniem rozproszenia, dwie odrębne lokalizacje oraz nieskomunikowane budynki w głównej lokalizacji przy ul. Mossora. Sytuacja taka generuje określone koszty funkcjonowania i nie jest optymalna z punktu widzenia organizacji pracy i właściwego wykorzystania zasobów.

10. W zakresie rozwiązań informatycznych BCM jest jednostką wyposażoną jedynie w wyspowe i niezintegrowane oprogramowanie wspierające czynności administracyjne i ruch chorych, bez oprogramowania części białej szpitala. Oznacza to, że uwzględniając zarówno standardy funkcjonowania warunki normalnego szpitala, jak i obowiązek prawny wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej w roku 2017, koniecznością jest na przestrzeni najbliższych dwóch lat zakup oprogramowania, sprzętu komputerowego oraz elementów sieciowych.



Strategia rozwoju Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu SPZOO

II. Strategia restrukturyzacji i rozwoju

II. 1 Proponowane działania w zakresie infrastrukturalnym

II.1.1 Zmiana funkcji budynków i pomieszczeń

Całość działania opiera się na następujących założeniach:

- a) Jedna lokalizacja - całość obiektów szpitala jest położona w jednej lokalizacji przy ul. Mossora 1 i jest to jedyna baza świadczenia usług przez BCM. Oznacza to w praktyce konieczność likwidacji lokalizacji zewnętrznej, z całkowitym przeniesieniem funkcjonujących tam komórek medycznych do lokalizacji głównej.
- b) Integracja – wszystkie obiekty przy ul. Mossora 1 muszą zostać połączone w jeden obiekt poprzez stworzenie łącznika między budynkiem głównym a budynkiem ZOL. Konieczne jest wykorzystanie na to planowanej rozbudowy budynku ZOL i stworzenie w oparciu o nią skrzydła łączącego oba budynki.
- c) Alokacja poszczególnych obszarów leczenia – nowy rozkład komórek leczniczych wg podobnych typów komórek organizacyjnych w poszczególnych skrzydłach budynku głównego.
- d) Planowanie inwestycji – wykorzystanie już zaplanowanych lub kolejnych inwestycji do realizacji założeń dla nowego rozkładu komórek i funkcji pomieszczeń.

II.1.1.1. Stworzenie punktu obsługi pacjenta

Przestrzeń holu, który znajduje się zaraz po wejściu do budynku B1 powinien być zaaranżowany jako wizytówka całego szpitala i jego główną funkcjonalnością musi być całościowy system obsługi pacjenta (Punkt Obsługi Pacjenta).

II.1.1.2. Zmiana rozkładu funkcji poszczególnych budynków kompleksu głównego (B1, B2, B3, C)

Nowy rozkład funkcji głównego kompleksu budynków:

- 1) Budynek B1 (Przychodnia Specjalistyczna) – zmiana funkcjonalności pierwszego holu (opisanego w pkt. II.1.1.1.) oraz pierwszego poziomu poprzez likwidację pomieszczeń laboratorium analitycznego i bakteriologicznego i przeznaczenie tych pomieszczeń pod poradnie specjalistyczne. Całość tego piętra powinna być przeznaczona na usługi leczenia otwartego w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co wynika z faktu iż umiejscowienie tego kompleksu pomieszczeń przy samym wejściu do szpitala, w bezpośredniej bliskości rejestracji, jest rozwiązaniem optymalnym dla pacjentów.
- 2) Budynek B2 (Centrum Diagnostyki Medycznej) – budynek ten będąc łącznikiem między budynkami B1 i B3 powinien być przeznaczony na komórki diagnostyczne, co umożliwi bezpośredni dostęp do nich zarówno pacjentów z części szpitalnej (B3 i C) jak i pacjentów z części ambulatoryjnej (B1).
- 3) Budynek B3 (Szpital) – obecny rozkład oddziałów powinien zostać utrzymany i w tym zakresie nie proponuje się istotnych zmian, poza koniecznością zagospodarowania przestrzeni, które zostały uwolnione lub zostaną po zrealizowanych inwestycjach.
- 4) Budynek C (Szpital) – w ramach zmiany przeznaczenia 1 i 2 piętro powinno zostać przeznaczone na usługi medyczne, tzn. przeniesienie reszty komórek medycznych z lokalizacji przy ul. Nysańskiej.

II.1.1.3. Planowane inwestycje

Powiększenie budynku ZOL – proponowanym rozwiązaniem i alternatywnym w stosunku do pierwotnej koncepcji BCM jest wykorzystanie rozszerzenia budynku do wielorakich celów: powiększenie ZOL, przeniesienie komórek, stworzenie integracji budynków. Kluczowym elementem w tym zakresie jest rozszerzenie budynku ZOL, który łączyłby się bezpośrednio z narożnikiem budynków B3 i C.

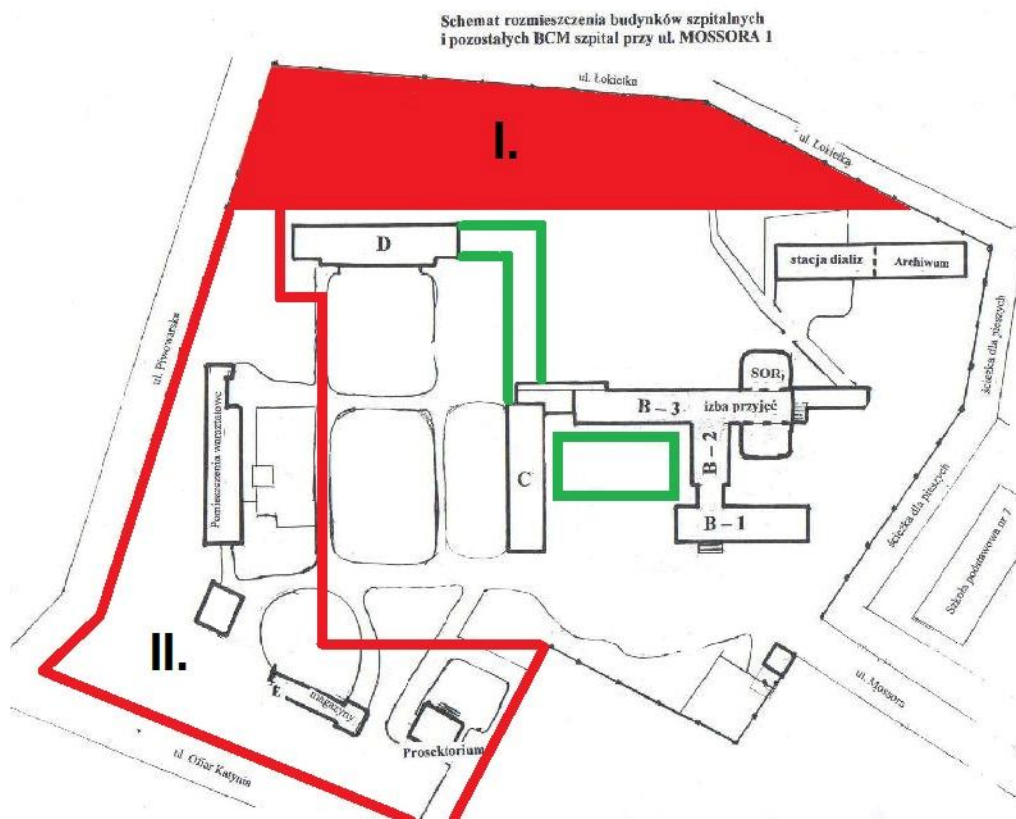
II.1.1.4. Likwidacja całkowita obiektu przy ul. Nysańskiej 4-6

Całkowite opuszczenie budynku poprzez przeniesienie działalności do budynku C i nowego skrzydła budynku D. Teren i budynek może zostać sprzedany przez starostwo, a pozyskane środki zostałyby przeznaczone na inwestycje w BCM.

II.1.2. Sprzedaż części działki przy ul. Mossora 1

Analizując całość wykorzystywanej nieruchomości, lokalizację budynków oraz planowane inwestycje (kolor zielony): bloku operacyjnego i łącznika budynków C i D, można wydzielić dwie działki:

- działka I. (kolor czerwony) – teren możliwy do wydzielenia w chwili obecnej bez konieczności zmiany w organizacji czy funkcjonowaniu BCM,
- działka II. (czerwony obrys) – teren możliwy do wydzielenia po przeniesieniu działalności wykorzystywanych budynków: prosektorium, magazynów, pomieszczeń warsztatowych do innych lokalizacji na pozostałej części działki. Zapewne wiązałyby się to z koniecznością budowy bądź rozwiązania w oparciu o pozostałe budynki lub inne rozwiązania.



II.1.3. Informatyzacja podmiotu

Konieczność wdrożenia i rozłożenia na 4 etapy:

- etap I – modernizacja pełnego oprogramowania ruchu chorych. Termin działania: III kwartał 2015 r.
- etap II – realizacja etapu I w pełnym zakresie. Termin działania: I połowa 2016 r.
- etap III – zakup pełnego oprogramowania części „szarej”. Termin działania: do końca 2016 r.
- etap IV – zakup pełnego oprogramowania części „białej”. Termin działania: do końca 2017 r. (w zakresie elektronicznej dokumentacji wymóg prawny).

II. 2. Proponowane działania w zakresie produktowo-usługowym

II.2.1. Maksymalizacja działalności komercyjnej

Maksymalizacja świadczeń komercyjnych, które może wykonywać BCM w zakresach diagnostycznych:

- 1) RTG/USG/Endoskopia/inna diagnostyka
- 2) laboratorium

II.2.2. Poszerzenie produktów realizowanych na oddziale chirurgii ogólnej – zakontraktowanie na oddziale dodatkowego produktu w zakresie chirurgii onkologicznej

II.2.3. Poszerzenie produktów realizowanych na oddziale chorób wewnętrznych – zakontraktowanie na oddziale dodatkowego produktu w zakresie kardiologii lub geriatry

II.2.4. Rozszerzenie produktów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Utworzenie poradni specjalistycznych:

- a) poradnia otolaryngologiczna – utworzenie tego typu poradni ma swoje uzasadnienie głównie pod kątem funkcjonującego w BCM oddziału otolaryngologicznego, jak również zapotrzebowania mieszkańców miasta i powiatu jak i epidemiologii.
- b) poradnia alergologiczna – brak tego typu poradni w powiecie brzeskim. Alergia we współczesnym świecie uznawana jest za najczęściej występujące schorzenia i w chwili obecnej choruje na nie ok. 1/3 społeczeństwa.
- c) poradnia onkologiczna – brak takiej poradni w powiecie, a uwzględniając epidemiologię tego schorzenia, koniecznością byłoby zabezpieczenie tego zakresu przez BCM. Choroby onkologiczne są drugą z głównych przyczyn zgonów w Polsce, a dynamika ich zachorowalności stale rośnie.

II.2.5. Poszerzenie produktów rehabilitacji leczniczej – zakontraktowanie rehabilitacji kardiologicznej

II.2.6. Zakontraktowanie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej

II.2.7. Wprowadzenie polityki sprzedaży

Wprowadzenie zasad polityki sprzedaży:

- planowanie sprzedaży,
- polityka sprzedażowa,
- uelastycznienie kontraktu,
- ustalenie struktury sprzedaży,
- aktywna współpraca Działu Rozliczeń Usług Medycznych z oddziałami.

II.2.8. Zwiększenie przychodów niemedyycznych

Wprowadzenie działań dodatkowych w sferze pozamedycznej, mających zwiększyć przychody BCM:

- płatny parking wewnątrz dla pacjentów,
- najem wewnętrznych powierzchni na cele marketingowo-reklamowe.

II.2.9. Uruchomienie pracowni tomografii komputerowej

W ramach planów BCM jest utworzenie pracowni tomografii komputerowej będącej komórką organizacyjną własną, jako drugiej funkcjonującej obok takiej pracowni, którą w BCM prowadzi firma zewnętrzna.

II. 3. Proponowane działania w zakresie zasobów kadrowych

II.3.1. Wprowadzenie systemu planowania organizacji pracy i weryfikacji jego rozliczania

Wprowadzenie dokumentów prawa wewnętrznego na poziomie zarządzeń dyrektora szpitala określające całościową politykę w zakresie etatyzacji lekarzy, organizacji pracy w podstawowej ordynacji oraz w zakresie organizacji i zadań dotyczących dyżurów lekarskich:

- Zarządzenie dotyczące minimalnej etatyzacji na poszczególnych oddziałach i innych komórkach medycznych,
- Zarządzenie dotyczące obsady dyżurowej,
- Zarządzenie dotyczące obowiązkowych grafików lekarskich w komórkach medycznych.

II.3.2. Redukcja wynagrodzenia lekarskiego w umowach kontraktowych

Uwzględniając wysoki poziom stawki godzinowej w części umów cywilnoprawnych podpisanych z personelem lekarskim, konieczna jest re negocjacja tych umów i zmniejszenie ich do poziomu, jaki może ponieść BCM lub pozyskanie lekarzy na niższe stawki wynagrodzenia. Stawki godzinowe powinny zostać zmniejszone o minimum 15% ogólnie w stosunku do obecnego poziomu, ale zmniejszenie powinno dotyczyć szczególnie i w największym stopniu stawek przekraczających 50-55 zł za godzinę.

II.3.3. Optymalizacja zatrudnienia

Poniżej została zaproponowana optymalizacja poziomu zatrudnienia personelu we wszystkich obszarach BCM wynikające z redukcji etatów lub też zmiany organizacji pracy.

Tabela nr 126 - Zbiorcza tabela redukcji zatrudnienia

PERSONEL	UM. O PRAC.	UM.ZLEC. (OSOBY)	UMOWY – KONTRAKTY	PROPON. LICZBA	PROPON. LICZBA	PROPON. LICZBA
----------	----------------	---------------------	----------------------	-------------------	-------------------	-------------------

	(ETATY)		(LICZBA UMÓW)	ETATÓW W KOM.	ZLECEŃ W KOM.	UMÓW W KOM.
ADMINISTRACJA	31,600	2	-	23,700	1	-
GOSPODARCZY	14,857	4	-	9,500	4	-
NIŻSZY	60,000	-	-	48,000	-	-
ŚREDNI	56,350	6	-	47,350	4	-
WYŻSZY INNY	7,778	3	3	7,159	3	3
PIELĘGNIARKI	172,500	14	8	154,250	13	8
LEKARZE	24,750	-	67	23,000	-	65
ŁĄCZNIE	367,835	29	78	266,595	25	76
REDUKCJA O	54,88 etatów	4 os. w zakresie um. zleceń	2 um. w zakresie um. kontraktowych			

Tabela nr 127 - redukcja zatrudnienia umowy zlecenia

PERSONEL	REDUKCJA UM. O PRACĘ O (ILOŚĆ ETATÓW):	REDUKCJA UM.ZLEC. O (ILOŚĆ OSÓB):	REDUKCJA UMÓW – KONTRAKÓW O (ILOŚĆ UMÓW):
ADMINISTRACJA	7,90	1	0
GOSPODARCZY	5,36	0	0
NIŻSZY	12,00	0	0
ŚREDNI	9,00	2	0
WYŻSZY INNY	0,62	0	0
PIELĘGNIARKI	18,25	1	0
LEKARZE	1,75	0	2
ŁĄCZNIE REDUKCJA O:	54,88 etatów	4 osób	2 umów

II.3.4. Zmiana rozwiązań zabezpieczenia Pracowni Endoskopowej

W ramach działań restrukturyzacyjnych można podjąć dwa alternatywne rozwiązania:

- likwidacja pracowni,
- przeprowadzenie powtórnego konkursu na personel wykonujący badania.

II.3.5 Zmiana rozwiązań w zakresie dyżurów lekarskich

Wprowadzenie rozwiązania łączonych dyżurów na oddziałach chirurgicznych, chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo-ortopedycznej.

II.4 Proponowane działania w zakresie zarządczym

II.4.1 Wprowadzenie systemu wewnętrznej informacji zarządczej

Kluczową kwestią w zarządzaniu podmiotem medycznym, jest zaprojektowany sprawny system informacyjny :

- dane sprzedażowe - dane o kontrakcie z NFZ, jego wykonaniu w czasie oraz efektywności, przygotowywane i przedstawiane odnośnie danego okresu oraz narastająco od początku roku.
- dane statystyczne - dane obrazujące parametry wynikające z ruchu pacjentów w poszczególnych komórkach medycznych i medyczno-diagnostycznych szpitala.

a)

- dane finansowe - dane przygotowywane w układzie miesięcznym za miesiąc poprzedni i narastająco od początku roku, zawierające w sobie informacje o osiągniętych przychodach w podziale na typy, kosztach w podziale na grupy rodzajowe, zawierające zarówno koszty bezpośrednie jak i pośrednie oraz wygenerowany wynik finansowy.
- dane mieszane - dane wynikowe powstałe z połączenia w różnym układzie z powyższych grup i przygotowane w formie miesięcznej, a odnoszące się do:
 - średniej sprzedaży na pacjenta,
 - średniego kosztu leków na pacjenta,
 - średniego kosztu diagnostyki na pacjenta,
 - średniego kosztu sprzętu na pacjenta itp.

II.4.2 Zmiana polityki zamówień publicznych

Wprowadzenie do realizowanych zakupów w drodze zamówień publicznych następujących zasad:

- rozpakietowywanie,
- monitorowanie realizacji umów przetargowych.

II.5 Proponowane działania w zakresie finansowym

II.5.1 Wprowadzenie planowania finansowego oraz zmian w zasadach księgowych

Wprowadzenie nowych form realizacji działań w zakresie planowania finansowego oraz ewidencji zarządczej w księgowości:

- planowanie finansowe,
- zasada księgowania kosztów.

II.5.2 Wprowadzenie systemu budżetowania i controllingu (BiC)

Wdrożenie systemu budżetowania i controllingu ma na celu wprowadzenie narzędzia zarządczego, które pozwoli na racjonalizację oraz optymalizację zarządzania: wykorzystaniem zasobów, generowaniem kosztów i realizacją przychodów w BCM. Opiera się na:

- planowaniu,
- monitorowaniu,
- raportowaniu.

Lp.	Rodzaj kosztu	% redukcja kosztu w roku w I roku
1	Leki i środki opatrunkowe	2-3%
2	Sprzęt medyczny jednorazowego użytku	2-3%
3	Pozostałe materiały medyczne	2-4%
4	Środki czystości	Do 5%
5	Materiały biurowe	Do 8%
6	Pozostałe materiały	3-4%
7	Energia elektryczna	2-3%
8	Energia ciepła	Do 5%
9	Woda i kanalizacja	Do 5%
10	Przewozy obce - transport	15-20%
11	Usługi medyczne obce - laboratoria	Do 6%
12	Usługi medyczne obce - pozostałe	Do 6%
13	Badania diagnostyczna wewnętrzne	6-8%
14	Usługi telekomunikacyjne	Do 10%

II.6 Proponowane działania w zakresie organizacyjnym

II.6.1 Zmiana organizacji bloku operacyjnego i zabezpieczenia anestezyjologicznego

Organizacja pracy bloku operacyjnego nie posiada funkcji centralnego planowania i nadzoru nad wykonywanymi operacjami co powoduje, nieefektywne wykorzystanie bloku operacyjnego i zabezpieczenia anestezyjologicznego. W zakresie zmiany organizacji na bloku operacyjnym, konieczne jest wprowadzenie następujących funkcji:

- koordynatora bloku operacyjnego- osobę która bezpośrednio będzie zarządzała organizacją i działaniami na bloku operacyjnym, adekwatnie do ustalonego wcześniej planu operacyjnego.
- funkcja zarządzającego blokiem operacyjnym- realizowana poprzez otrzymywanie zatwierdzanie, planów operacyjnych z poszczególnych oddziałów zabiegowych oraz elastyczne wykorzystywanie sal operacyjnych w adekwatności do potrzeb i możliwości kontraktowych poszczególnych oddziałów.

Dodatkowo konieczne jest zunifikowanie systemu wynagradzania lekarzy anestezyjologów pracujących na bloku operacyjnym poprzez jeden z dwóch wariantów: wprowadzenie stawki godzinowej lub płatności od zrealizowanego znieczulenia.

II.6.2 Elastyczne zarządzanie personelem medycznym

Ogłoszenie konkursu i zawarcie umowy z firmą oferującą zabezpieczenie w usługi pielęgniarskie. Umożliwi to uelastycznienie w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi a także brak konieczności utrzymywania nadwyżek etatowych na potrzeby okresów zwiększonej absencji.

II.6.3 Rozgęszczenie łóżek na oddziałach szpitalnych

II.6.4 Reorganizacja bazy łóżkowej oddziału internistycznego

Baza oddziału musi się zmienić pod względem ilości, a także umiejscowienia bazy łóżkowej. W tym działaniu konieczne jest zrealizowanie następujących czynności:

- likwidacja łóżek oddziału internistycznego na 2 piętrze budynku C, które dzisiaj są wykorzystywane jako dodatkowe na rzecz 2 sal chorych, ale z racji iż całość oddziału jest zlokalizowana piętro wyżej, ich umiejscowienie powoduje złą ergonomię pracy i konieczność funkcjonowania oddziału na 2 piętrach.
- zwiększenie łóżek internistycznych na oddziale, ale w układzie jednego poziomu w oparciu o inwestycję łącznika między budynkami C i D.

II.7 Zmiany w strukturze organizacyjnej

II.7.1 Stworzenie Centralnego Sekretariatu Medycznego i połączenie z Działem Statystyki

Kluczowym kwestią dla prawidłowego funkcjonowania obszaru sprzedażowo-statystycznego i jego wszystkich procesów jest stworzenie jednolitej struktury odpowiedzialnej za wszystkie zadania w tym zakresie od wejście pacjenta do szpitala aż do uzyskania środków finansowych za zrealizowaną usługę od określonego płatnika.

II.7.2 Likwidacja laboratorium analitycznego i bakteriologicznego

Likwidacja laboratoriów: analitycznego oraz bakteriologicznego, jako komórki szpitalnej i wydzielenie tej części działalności do podmiotu zewnętrznego, który zostanie wybrany na drodze postępowania konkursowego. Podmiot, który przejmie świadczenia będzie miał obowiązek utrzymania w dalszym ciągu usług świadczonych na terenie BCM i świadczenie tych usług dla szpitala.

II.7.3 Utworzenie Działu Higieny Szpitalnej

Zintegrowanie wszystkich pracowników wykonujących działalność w zakresie higieny szpitalnej w jedną strukturę pod nazwą Dział Higieny Szpitalnej, w bezpośrednim zarządzaniu i nadzorze Naczelnej Pielęgniarki. Połączenie wszystkich pracowników bez ścisłego przypisania ich do konkretnych komórek organizacyjnych, pozwoli na lepsze i elastyczniejsze wykorzystanie zasobów ludzkich adekwatnie do potrzeb i działanie w sytuacji absencji zdrowotnych lub urlopowych.

II.7.4 Zmiany w zarządczej strukturze organizacyjnej

Zmiany w strukturze zarządzania:

- a) wprowadzenie stanowiska Dyrektora ekonomiczno-administracyjnego lub innego stanowiska w tym znaczeniu,
- b) zmiana nazwy stanowiska Naczelniej Pielęgniarki na zastępcę dyrektora ds. pielęgniarstwa,
- c) zmienić nazwę Działu Rozliczeń Usług Medycznych na Dział Sprzedaży i Statystyki oraz rozszerzyć go o podkomórkę na poziomie sekcji o nazwie Centralny Sekretariat Medyczny,
- d) konieczność włączenia stanowiska głównego specjalisty ds. sprzętu i aparatury medycznej do Działu Technicznego.

II.7.4. Ograniczenie lub likwidacja działalności

Uwzględniając, iż w chwili obecnej poszczególne komórki charakteryzują się zróżnicowanym wynikiem finansowym, konieczne jest też rozważenie ograniczenie działalności lub likwidacja komórek działalności podstawowej, czyli komórek medycznych. Proponowane:

- ograniczenie działalności poprzez zmianę produktu na świadczenia planowe w oddziale ginekologiczno-położniczym,
- całkowita likwidacja oddziału ginekologiczno-położniczego,
- całkowita likwidacja oddziału psychiatrycznego,

Powyższe działania mają uzasadnienie ekonomiczne, ale mają też istotne znaczenie dla przyszłej działalności BCM w zakresie prowadzonej działalności medycznej. Zastosowanie ich jest możliwe w dłuższej perspektywie, w sytuacji kiedy inne działania restrukturyzacyjne nie przyniosłyby zamierzonych efektów.

II.8 Warianty strategiczne

II.8.1 Wariant I - Utrzymanie SPZOZ-u w formie i głęboka restrukturyzacja wewnętrzna oraz działania rozwojowe

Wariant ten oparty jest na dwóch podstawowych założeniach odnoszących się do dalszego funkcjonowania BCM:

- utrzymanie dotychczasowej formy prawnej jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej – założenie to powoduje, iż SPZOZ w perspektywie najbliższych 3 lat, tj. 2015-2017 nie będzie przekształcał się w spółkę prawa handlowego, a poprzez to nie będą konieczne żadne działania w zakresie formalno-prawnym na poziomie całej jednostki,
- wdrożenie działań o charakterze restrukturyzacyjno-rozwojowych – konieczna jest głęboka restrukturyzacja funkcjonowania BCM, w niezmienny prawie kształcie, gdyż dalsze osiąganie parametrów finansowych, podobnych jak w roku 2014, uniemożliwi normalną działalność i wykonywanie usług medycznych, a co za ty idzie będzie zagrożeniem zarówno dla starostwa powiatowego, jak i BCM w dalszej działalności.

Uwzględniając te aspekty należy zrealizować w najkrótszym możliwym czasie następujące czynności:

- wdrożenie działań restrukturyzacyjnych,
- wdrożenie działań strategicznych – prowadzenie działań o charakterze rozwojowym wraz z koniecznymi w tym zakresie inwestycjami oraz zmianami organizacyjnymi,
- sprawne i skuteczne zarządzanie – działanie mające na celu utrzymanie w bieżącym funkcjonowaniu BCM efektów osiągniętych z realizacji powyższych podpunktów, tak aby obszar finansowy jednostki nie uległ pogorszeniu i nie wygenerował w którymś z kolejnych lat ujemnego wyniku finansowego.

II.8.2 Wariant II - Przekształcenie SPZOZ w spółkę prawa handlowego ze 100% udziałem starostwa powiatowego wraz z wprowadzeniem działań strategicznych

Rozwiązanie to polega przede wszystkim na zmianie formuły prawnej w ramach której ma funkcjonować jednostka i opiera się na następujących kluczowych założeniach:

- przekształceniu w spółkę prawa handlowego, jako podmiot prowadzący działalność leczniczą, w oparciu o ustawę o działalności leczniczej. Ścieżka ta zakłada przekształcenie jednoaktowe z SPZOZ w spółkę prawa handlowego, przy czym brak aktów wykonawczych do tej ustawy (rozporządzeń), powoduje, że nie jest dokładnie znana całościowa procedura i tryb związany z tym przekształceniem.

II.8.3 Wariant III - Przekształcenie SPZOZ w spółkę prawa handlowego z większościowym udziałem starostwa powiatowego oraz współudziałem innych jednostek samorządu terytorialnego wraz z wprowadzeniem działań strategicznych

Wariant III zakłada dokonanie przekształcenia opisanego w wariantcie II, co oznacza, że wszystkie opisane tam kwestie związane z tym procesem są adekwatne także dla tego rozwiązania. Odrębną kwestią, która powoduje, że jest to alternatywny wariant jest fakt, iż starostwo powiatowe nie obejmuje docelowo 100% udziałów, ale następuje podział w tym zakresie z innymi jednostkami samorządu terytorialnego, które staną się współwłaścicielami spółki. Rozwiązanie to uwzględnia w tym zakresie pozyskanie do spółki wszystkich gmin powiatu brzeskiego.

II.8.4 Wariant IV - Przekształcenie SPZOZ w spółkę prawa handlowego z większościowym udziałem starostwa powiatowego, a następnie sprzedaż części / całości udziałów inwestorowi zewnętrznemu

Wariant ten opiera się na podstawowym działaniu opisanym w wariantcie II oraz rozszerzeniu go, po procesie przekształcenia, poprzez sprzedaż części lub całości udziałów inwestorowi strategicznemu.

II.8.5 Wariant V - Przekształcenie SPZOZ w spółkę prawa handlowego z większościowym udziałem starostwa powiatowego, a następnie dzierżawa przez podmiot zewnętrzny

Wariant ten jest również oparty na przekształceniu podmiotu w spółkę, jak w wariantcie II, a następnie przekazanie w dzierżawę szpitala innemu podmiotowi.

II.9 Wskazanie wariantu rekomendowanego z uzasadnieniem

Podsumowując, cztery warianty rozwoju tworzą trzy odmienne perspektywy strategiczne, uwzględniające pozostanie w niezmienionej formie prawnej, przekształcenie z właścicielstwem starostwa powiatowego oraz całkowite przekazanie jednostki innemu podmiotowi, w układzie z majątkiem lub bez majątku.

Obszar	Wariant I SPZOZ	Wariant II spółka we własności JST	Wariant III spółka we własności innego podmiotu	Wariant II dzierżawa majątku innemu podmiotowi
Właścicielski – starostwo powiatowe	Pełna jako podmiot tworzący	Pełny jak właściciel spółki	Brak aspektu właścicielskiego	Właścicielski w stosunku do składników majątkowych
Bezpieczeństwo finansowe JST	Niskie – ryzyko pokrycia ujemnego wyniku finansowego każdego roku, stała konieczność pomocy finansowej, ryzyko konieczności pokrycia zadłużenia w przypadku przekształcenia w spółkę w przyszłości	Średnie – w przypadku złej kondycji spółki konieczność stałego dofinansowywania spółki	Pełne – brak odpowiedzialności za kondycję finansową oraz wszelkie inne zobowiązania	Średnie – odpowiedzialność za odtworzenie składników majątkowych
Bezpieczeństwo realizacji kompetencji	Pełne – pełna decyzyjność – organ tworzący	Pełne – pełna decyzyjność – właściciel	Pełna – przy odpowiednich zapisach w umowie sprzedaży	Pełna – wpływ poprzez posiadanie majątku i warunki dzierżawy
Negatywny odbiór społeczny	Niski – brak zmian, Wysoki – w przypadku złej kondycji SPZOZ i problemów z realizacją świadczeń	Średni – niechęć do zmian i niepewność powodzenia przedsięwzięcia	Średni – negatywny odbiór prywatyzacji SPZOZ	Średni – negatywny odbiór prywatyzacji SPZOZ
Aspekt majątkowy	Pełny – majątek w posiadaniu powiatu	Średni – majątek w posiadaniu spółki (możliwość utraty z tytułu zobowiązań)	Niski – sprzedaż majątku	Pełny – majątek w posiadaniu powiatu
Możliwości kolejnych działań po stronie powiatu	Niska – przekształcenie w spółkę	Wysoka – możliwość wprowadzania inwestorów, sprzedaży lub łączenia z innymi spółkami	Niska – brak decyzyjności w tym zakresie	Średnia – możliwość zmiany podmiotu dzierżawiącego, sprzedaży majątku podmiotowi
Funkcjonowania jednostki (przy obecnej sytuacji)	Wysoce zagrożone – zła i pogarszająca się kondycja finansowa	Średnio zagrożone – możliwość upadłości zgodnie z KSH	Nisko zagrożone – prywatny interes spółki kupującej	Nisko zagrożone – prywatny interes spółki dzierżawiącej
Ryzyko finansowe	Wysokie – brak alternatywnych źródeł przychodu i finansowania działań poza starostwem	Niskie – możliwość alternatywnych źródeł przychodu i finansowania działań	Niskie – możliwość alternatywnych źródeł przychodu i finansowania działań	Niskie – możliwość alternatywnych źródeł przychodu i finansowania działań
Ryzyko zarządcze	Wysokie – niska odpowiedzialność, niski poziom nadzoru	Niskie – wysoka odpowiedzialność, wysoki poziom	Niskie – wysoka odpowiedzialność, wysoki poziom	Niskie – wysoka odpowiedzialność, wysoki poziom

Strategia rozwoju Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu SPZOZ

		nadzoru	nadzoru	nadzoru
Usługi medyczne	W pełni gwarantowane – misja społeczna SPZOZ	Średnio gwarantowane – uzależnienie od wyniku finansowego	Nisko gwarantowane – zapisy umowy sprzedaży	Średnio gwarantowane – zapisy umowy dzierżawy i posiadanie majątku
Wiarygodność rynkowa	Niska – zadłużenie i ujemne wyniki finansowe	Średnia – brak lub niższe zadłużenie, wiarygodność formy jaką jest spółka	Wysoka / Średnia – wiarygodność formy jaką jest spółka, wiarygodność kupującego	Średnia – wiarygodność formy jaką jest spółka, wiarygodność dzierżawiącego, ale bez posiadania majątku

Uwzględniając wszystkie aspekty poszczególnych wariantów należy jednoznacznie stwierdzić, iż dla dalszego funkcjonowania Brzeskiego Centrum Medycznego, istnieje konieczność przekształcenia się w spółkę prawa handlowego, ale po wdrożeniu działań restrukturyzacyjnych oraz strategicznego rozwoju, jedynie w przypadku nie osiągnięcia odpowiednich efektów. Jest to alternatywa, którą można zastosować w późniejszym okresie. Ocena ta wynika, przede wszystkim, z obserwowanej w chwili obecnej, ekonomicznej sytuacji BCM, która pogarsza się od 2012 roku, a w roku 2015 osiągnie bardzo niepokojące rozmiary. Strata planowana na koniec roku wyniesie ponad 1,5 mln zł (zależnie od wprowadzonych działań, ich skutków w 2015 roku). Bardziej zasadnym zatem rozwiązaniem jest przygotowanie i przeprowadzenie tego procesu wcześniej w sposób zaplanowany niż doprowadzić do sytuacji, w której wystąpiłaby obligatoryjność wymuszona przepisami prawa. Pozostawienie struktury SPZOZ, nawet mimo przeprowadzenia głębokiej restrukturyzacji, nie pozwoli na osiągnięcie takich możliwości jakie daje przekształcenie w spółkę. Dlatego rekomendowanym wariantem mogą być tylko warianty II-IV, gdyż opierają się one na tym samym procesie przekształcenia i różnią się jedynie odmiennymi założeniami pod względem struktury właścicielskiej i docelowego posiadania majątku. Uwzględniając to, po przeprowadzonej analizie, firma Consulting-Med rekomenduje w pierwszym kroku realizację wariantu I, która zakłada pozostawienie BCM w formie SPZOZ i przeprowadzenia restrukturyzacji, a dopiero w przypadku dalszego generowania istotnego problemu finansowego, przekształcenie w spółkę prawa handlowego ze 100% udziałem starosty powiatowego – wariant II.

W przypadku przekształcenia wybór wariantu II umożliwi następowo zrealizowanie jednego z wariantów III lub IV. Rekomendacja ze strony firmy, którą należy wskazać, jako wariant najbardziej optymalny docelowo i w dłuższej perspektywie, stanowi rozwiązanie w wariantcie III.



Strategia rozwoju Brzeskiego Centrum Medycznego w Brzegu SPZOZ