

**UCHWAŁA NR XII/118/2019**  
**RADY POWIATU WYSOKOMAZOWIECKIEGO**

z dnia 15 listopada 2019 roku

**w sprawie zatwierdzenia Programu Naprawczego Szpitala Ogólnego  
w Wysokiem Mazowieckiem**

Na podstawie art. 12 pkt. 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (Dz. U. z 2019 r. poz. 511, poz. 1815), w związku z art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, poz. 1629, poz. 2219, z 2019 r. poz. 492, poz. 730, poz. 959) uchwała się, co następuje:

§ 1. Zatwierdza się Program Naprawczy Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem, stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu oraz Dyrektorowi Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**PRZEWODNICZĄCY RADY**  
*Dorota Łapiak*



Załącznik do  
Uchwały Nr XII/118/2019  
Rady Powiatu Wysokomazowieckiego  
z dnia 15 listopada 2019 r.

---

# Program naprawczy Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem

---



październik 2019 r.

## SPIS OBJAŚNIENI I SKRÓTÓW

<b>Formedis / Audytor</b>	Formedis Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Poznaniu (61-441) przy ulicy ul. 28 Czerwca 1956 roku 406, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000426734 prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP: 783-169-01-52
<b>Szpital</b>	Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem (18-200), przy ul. Szpitalnej 5, REGON 0000023566, NIP 7221334542
<b>Podmiot Tworzący</b>	Powiat Wysokomazowiecki
<b>Zleceniodawca</b>	Szpital
<b>Umowa</b>	Umowa o współpracy zawarta 7 sierpnia 2019 r. pomiędzy Szpitalem a FORMEDIS
<b>Raport</b>	Niniejsze opracowanie pt. „Program Naprawczy Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem”
<b>Województwo</b>	województwo podlaskie
<b>Powiat</b>	Powiat Wysokomazowiecki
<b>Program Medyczny</b>	wykaz obszarów planowanej działalności Szpitala z uwzględnieniem listy oraz wielkości niezbędnych komórek organizacyjnych, jakie powinny funkcjonować w Szpitalu w celu optymalnej realizacji planowanego zakresu świadczeń leczniczych
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>OW NFZ</b>	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

<b>Płatnik</b>	NFZ lub jego następcą prawny
<b>RPWDL</b>	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
<b>działalność lecznicza</b>	polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych
<b>świadczenia zdrowotne/usługi medyczne</b>	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
<b>podmiot leczniczy</b>	podmiot wykonujący działalność leczniczą
<b>szpital</b>	zakład leczniczy, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju leczenia szpitalne
<b>ambulatorium</b>	zakład leczniczy, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i/lub podstawowej opieki zdrowotnej
<b>świadczenia szpitalne/leczenie szpitalne</b>	wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin
<b>świadczenia rehabilitacji leczniczej</b>	świadczenia lecznicze mające na celu przywrócić pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy oraz poprawę jakości życia
<b>świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej</b>	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane w ramach opieki długoterminowej

<b>świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej</b>	Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi oraz leczenie objawowe pacjentów z chorobami nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych
<b>świadczenia z zakresu psychiatrii leczenia uzależnień</b>	Świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.
<b>podstawowa opieka zdrowotna (POZ)</b>	świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym z zakresu Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej
<b>ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)</b>	świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
<b>stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne</b>	stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne, w tym: świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach
<b>Pacjent</b>	pacjent w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
<b>GUS</b>	Główny Urząd Statystyczny

## **Mapy Potrzeb Zdrowotnych**

narzędzie analityczne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, mające za zadanie wspieranie decyzji zarządczych w ochronie zdrowia. Przedstawiają one trendy demograficzne i epidemiologiczne, istniejącą infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz przyszłe potrzeby w tym zakresie. W mapach analizowano dane za 2016 rok.

## **PSZ / sieć szpitali**

system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali) utworzony na bazie Ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1163)

## WSTĘP

Niniejszy dokument został przygotowany przez FORMEDIS Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Poznaniu (61-441) przy ulicy ul. 28 Czerwca 1956 roku 406 wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000426734 prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP: 783-169-01-52 („Formedis”) lub („Audytor”) zlecenie Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem (18-200), przy ul. Szpitalnej 5, REGON 0000023566, NIP 7221334542 („Zleceniodawca”) na podstawie Umowy o współpracy z 7 sierpnia 2019 r. („Umowa”).

Przedmiotem Umowy jest wykonanie Programu naprawczego Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem na okres trzech lat 2019-2021 wraz z analizą działalności.

Wyniki z przeprowadzonych przez FORMEDIS prac - Program naprawczy Szpitala są przedstawione w formie pisemnego raportu („Raport”):

- 1) Program Naprawczy Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem.

W ramach realizacji przedmiotu Umowy FORMEDIS przeprowadził:

- + analizę dokumentów i danych statystycznych otrzymanych od Szpitala;
- + rozmowy oraz korespondencję mailową z kluczowymi pracownikami Szpitala;
- + analizę – w kontekście sprecyzowania rekomendacji w zakresie programu medycznego Szpitala - prognozowanych trendów (w tym w szczególności trendów demograficznych i epidemiologicznych) wynikających z opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia – Map Potrzeb Zdrowotnych;
- + analizę – celem wypracowania rekomendacji w zakresie programu medycznego Szpitala - wdrożonych oraz planowanych do wdrożenia zmian w zakresie funkcjonowania rynku usług medycznych w Polsce, w tym w szczególności zmian wdrożonych: Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844) – tworzącą system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1163);
- + analizę - w kontekście potrzeb inwestycyjnych Szpitala - zasad przeprowadzania inwestycji w ochronie zdrowia, w tym w szczególności zasad wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.



Jednocześnie FORMEDIS Sp. z o.o. Sp. k. oświadcza, że:

- + przy sporządzeniu niniejszego Raportu dołożył należytej staranności zawodowej wymaganej przy opracowywaniu tego typu dokumentów;
- + przy sporządzeniu niniejszego Raportu współpracował z osobami, które dołożyły należytej staranności zawodowej wymaganej przy opracowywaniu tego typu dokumentów;
- + Raport został opracowany w takim stopniu, na jaki pozwoliły dane i informacje przekazane przez Szpital, bez weryfikacji ich poprawności;
- + przedmiot Umowy został wykonany zgodnie z ustaleniami, przepisami prawa oraz jest kompletny z punktu widzenia celu, któremu ma służyć.

Raport zawiera 285 stron.

## SPIS TREŚCI

<b>WSTĘP</b> .....	<b>6</b>
<b>1. Analiza obszaru operacyjnego</b> .....	<b>11</b>
1.1. Analiza zakresu prowadzonej przez Szpital działalności .....	11
1.2. Wykaz i podział komórek organizacyjnych funkcjonujących w strukturze organizacyjnej Szpitala.....	16
Komórki medyczne podstawowe .....	17
1.3. Ocena struktur organizacyjnych i stopnia ich efektywności .....	19
1.4. Analiza współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia.....	23
1.4.1. Analiza wartości posiadanych przez Szpital umów z NFZ w analizowanym okresie, w tym analiza wartości umów z NFZ realizowanych w ramach PSZ.....	24
1.4.2. Analiza polityki realizacji przez Szpital nadwykonań (świadczeń ponad ryczałt PSZ oraz ponad limity określone pozostałymi umowami z NFZ) .....	40
1.4.3. Analiza realizacji świadczeń gwarantowanych w obszarach nielimitowanych.....	43
<b>2. Analiza finansowo-ekonomiczna</b> .....	<b>48</b>
2.1. Analiza wybranych pozycji rachunku wyników .....	49
2.1.1. Przychody ze sprzedaży .....	54
2.1.2. Koszty działalności operacyjnej .....	62
2.1.3. Pozostałe przychody i koszty operacyjne.....	79
2.1.4. Przychody i koszty finansowe .....	82
2.1.5. Wynik netto .....	85
2.2. Analiza wybranych pozycji bilansu w analizowanym okresie .....	87
2.2.1. Aktywa i pasywa ogółem .....	87
2.2.2. Należności .....	90
2.2.3. Zobowiązania .....	92
2.3. Analiza wybranych pozycji rachunków przepływów pieniężnych w analizowanym okresie.....	94
2.4. Analiza wskaźników ekonomiczno - finansowych wyliczonych dla 2018 r. zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. ....	97
2.5. Analiza działalności Szpitala w obszarze podstawowych komórek medycznych [rankingi]	102

2.6.	Analiza finansowa pomocniczej działalności medycznej (pomocnicze komórki medyczne oraz ocena funkcji medycznych realizowanych w outsourcingu) .....	105
2.7.	Analiza finansowa pomocniczej działalności niemedyceyjnej (pomocnicze komórki niemedyceyjne oraz ocena funkcji niemedyceyjnych realizowanych w outsourcingu) .....	110
2.8.	Analiza kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w obszarze eksploatacyjnym [E]	112
2.9.	Analiza kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w obszarze hotelowym [H]..	115
2.10.	Analiza kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w obszarze administracyjnym [A]	117
<b>3.</b>	<b>Analiza obszaru kadrowego.....</b>	<b>120</b>
3.1.	Ocena polityki kadrowej pod względem stopnia zabezpieczenia udzielenia świadczeń zdrowotnych .....	120
3.2.	Analiza poziomu zatrudnienia w Szpitalu .....	125
3.3.	Analiza poziomu stosowanej w Szpitalu średniej stawki wynagrodzenia pracowników ....	131
3.4.	Analiza poziomu stosowanych w Szpitalu stawek wynagrodzenia personelu administracyjnego oraz pozostałego personelu niemedyceyjnego .....	137
3.5.	Analiza struktury wiekowej pracowników Szpitala .....	139
<b>4.</b>	<b>Wnioski wynikające z przeprowadzonych analiz obszarowych.....</b>	<b>142</b>
4.1.	Wnioski .....	142
4.2.	Identyfikacja i analiza ewentualnych nieefektywności występujących w Szpitalu.....	150
4.3.	Określenie czynników ryzyka bieżącej działalności Szpitala i przedstawienie sposobów ich redukcji, eliminacji lub dywersyfikacji .....	171
<b>5.</b>	<b>Program naprawczy .....</b>	<b>175</b>
5.1.	Analiza wdrożonych i planowanych do wdrożenia zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia i ich potencjalny wpływ na działalność Szpitala .....	175
5.2.	Rekomendowane do wdrożenia działania restrukturyzujące działalność Szpitala.....	198
5.3.	Rekomendowany program medyczny Szpitala .....	223
5.4.	Harmonogram wdrożenia proponowanych działań naprawczych .....	242
5.5.	Prognozy finansowe na kolejne 3 lata działalności operacyjnej Szpitala.....	247
5.5.1.	Założenia przychodowe prognoz finansowych Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej .....	248

5.5.2.	Założenia kosztowe prognoz finansowych Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej .....	251
5.5.3.	Założone nakłady inwestycyjne prognoz finansowych Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej wraz ze wskazaniem potencjalnych źródeł ich finansowania .....	253
5.5.4.	Założone źródła finansowania działań restrukturyzacyjnych Szpitala w okresie kolejnych 3 lat działalności operacyjnej .....	257
5.5.5.	Prognozowany rachunek wyników Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej .....	260
5.5.6.	Prognozowany bilans Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej .....	264
5.5.7.	Prognozowany rachunek przepływów pieniężnych Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej .....	268
5.5.8.	Analiza wskaźników ekonomiczno - finansowych wyliczonych na okres prognoz finansowych zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. I ich porównaniem do wartości uzyskanych w 2018 r. ....	270
<b>SPIS WYKRESÓW.....</b>		<b>277</b>
<b>SPIS TABEL.....</b>		<b>281</b>
<b>SPIS RYSUNKÓW.....</b>		<b>285</b>

## 1. Analiza obszaru operacyjnego

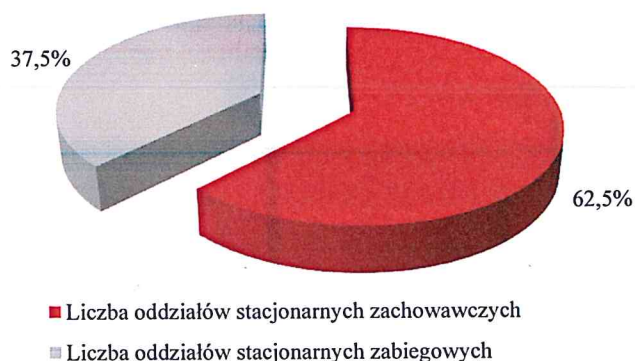
### 1.1. Analiza zakresu prowadzonej przez Szpital działalności

Szpital realizował w 2018 r. świadczenia w ramach 10 oddziałów, wliczając w to Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz Ośrodek Diennej Rehabilitacji. W okresie 6M2019 nie nastąpiły żadne zmiany zarówno w liczbie oddziałów, jak i w ich poniższej strukturze.

Wśród 8 oddziałów stacjonarnych funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. wyróżniamy [podział wg rodzaju oddziałów]:

- + 5 oddziałów o profilach zachowawczych (62,5% ogółu oddziałów),
- + 3 oddziały o profilach zabiegowych (37,5% ogółu oddziałów).

**Wykres 1. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów szpitalnych [wg rodzaju oddziałów]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższych danych, struktura funkcjonujących w Szpitalu oddziałów – wg rodzaju oddziałów – odbiega od struktury optymalnej – Szpital w swojej strukturze posiada zbyt wiele oddziałów zachowawczych w porównaniu do oddziałów zabiegowych.

#### Wniosek nr 1

Struktura funkcjonujących w Szpitalu oddziałów – wg rodzaju oddziałów – odbiega od struktury optymalnej – Szpital w swojej strukturze posiada zbyt wiele oddziałów zachowawczych w porównaniu do oddziałów zabiegowych.

Wśród 8 oddziałów stacjonarnych funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. [podział wg rodzaju realizowanej opieki medycznej]

- + 7 oddziałów funkcjonowało w ramach Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej (SZOK), tj. 87,5% ogółu oddziałów,
- + 1 oddział funkcjonował w ramach Szpitalnej Opieki Długoterminowej (SZOD), tj. 12,5% ogółu oddziałów.

**Wykres 2. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów [wg realizowanego rodzaju opieki medycznej]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

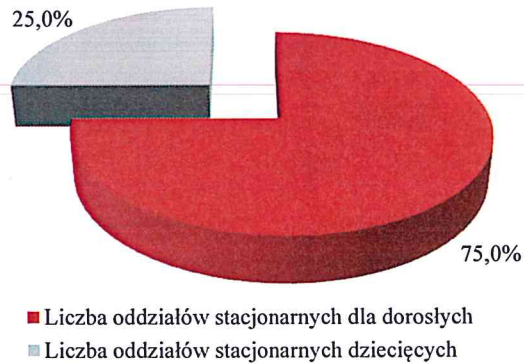
#### Wniosek nr 2

Strukturę funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów – wg realizowanego rodzaju opieki medycznej – ze znaczną przewagą oddziałów funkcjonujących w ramach Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej (87,5%), należy uznać za optymalną.

Wśród 8 oddziałów stacjonarnych funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. [podział wg rodzaju leczonych pacjentów]:

- + 6 oddziałów było oddziałami realizującymi świadczenia dla dorosłych (75% ogółu oddziałów),
- + 2 oddziały były oddziałami realizującym świadczenia dla dzieci (25% ogółu oddziałów).

**Wykres 3. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów szpitalnych [wg rodzaju leczonych pacjentów]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

### Wniosek nr 3

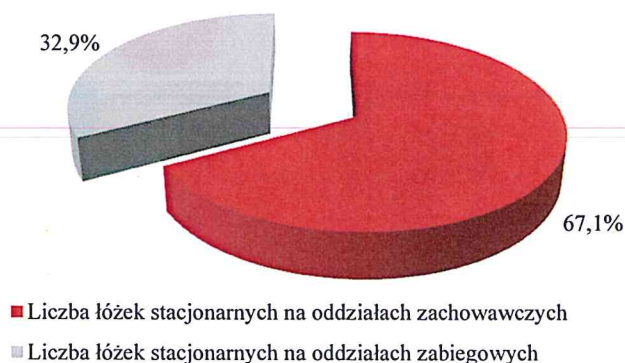
Strukturę funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów – wg rodzaju leczonych pacjentów – z przewagą oddziałów realizujących świadczenia dla dorosłych (75%), należy uznać za optymalną.

Szpital w ramach 8 oddziałów stacjonarnych (z tej kategorii zostały wyłączone oddziały specjalne) – na dzień 31 grudnia 2018 r. - posiadał 213 łóżek. W analizowanym roku 2018 nie nastąpiły żadne zmiany w strukturze ani w liczbie łóżek na oddziałach stacjonarnych. W okresie 6M2019 nastąpiła zmiana liczby łóżek na Oddziale Chorób Wewnętrznych (redukcja liczby łóżek z 50 łóżek do 35 łóżek) oraz na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym (redukcja liczby łóżek z 30 łóżek do 23 łóżek).

Z ogólnej liczby 213 łóżek funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r., Szpital realizował świadczenia w ramach [podział wg rodzaju oddziałów]:

- + 143 łóżek o profilach zachowawczych (67,1% ogółu łóżek),
- + 70 łóżek o profilach zabiegowych (32,9% ogółu łóżek).

**Wykres 4. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek [wg rodzaju oddziałów]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Optymalna struktura łóżek szpitalnych – wg rodzaju oddziałów – przedstawia się następująco:

- + łóżka na oddziałach o profilu zachowawczym – max. ok. 60,0% ± 10,0% ogółu łóżek,
- + łóżka na oddziałach o profilu zabiegowym – min. ok. 40,0% ± 10,0% ogółu łóżek.

Jak wynika z powyższych danych, struktura funkcjonujących w Szpitalu łóżek – wg rodzaju oddziałów – nie odbiega od struktury optymalnej – Szpital w swojej strukturze posiada dobrze zbilansowaną liczbę łóżek zachowawczych i zabiegowych.

#### **Wniosek nr 4**

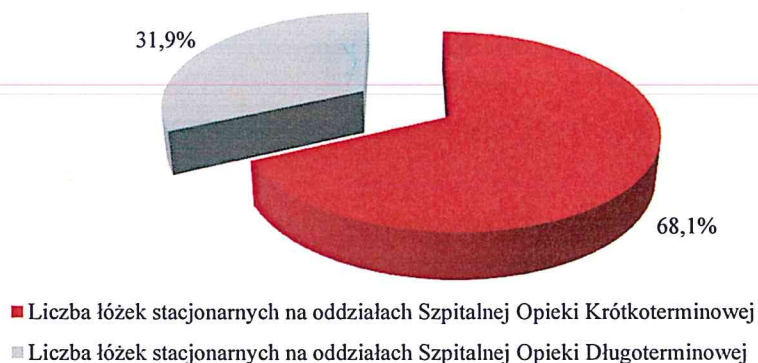
Struktura funkcjonujących w Szpitalu łóżek – wg rodzaju oddziałów – nie odbiega od struktury optymalnej – Szpital w swojej strukturze posiada dobrze zbilansowaną liczbę łóżek zachowawczych i zabiegowych.

Z ogólnej średniorocznej liczby 213 łóżek funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. [podział wg rodzaju opieki medycznej]:

- + 145 łóżek funkcjonowało w ramach Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej (SZOK) – ok. 68,1% ogółu łóżek,
- + 68 łóżek funkcjonowało w ramach Szpitalnej Opieki Długoterminowej (SZOD) – ok. 31,9% ogółu łóżek.



**Wykres 5. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów szpitalnych [wg rodzaju opieki medycznej]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Optymalna struktura łóżek funkcjonujących w szpitalach w podziale wg rodzaju realizowanej opieki medycznej przedstawia się następująco:

- + łóżka Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej – min. ok. 75,0% ± 10,0%,
- + łóżka Szpitalnej Opieki Długoterminowej – max. ok. 25,0% ± 10,0%.

#### **Wniosek nr 5**

Strukturę funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek – wg rodzaju realizowanej opieki medycznej – należy uznać za dobrze zbilansowaną.

Z ogólnej liczby 213 łóżek funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. [podział wg rodzaju leczonych pacjentów]:

- + 192 łóżka funkcjonowały w ramach oddziałów realizujących świadczenia na rzecz pacjentów dorosłych – ok. 90,1% ogółu łóżek,
- + 21 łóżek funkcjonowało w ramach oddziałów realizujących świadczenia na rzecz dzieci – ok. 9,9% ogółu łóżek.

**Wykres 6. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek [wg rodzaju leczonych pacjentów]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Optymalna struktura łóżek funkcjonujących w szpitalach w podziale wg rodzaju leczonych pacjentów przedstawia się następująco:

- + łóżka realizujące świadczenia na rzecz pacjentów dorosłych – min. ok. 80,0% ± 10,0%,
- + łóżka realizujące świadczenia na rzecz pacjentów dzieci – max. ok. 20,0% ± 10,0%.

Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek – wg rodzaju leczonych pacjentów była optymalna.

#### Wniosek nr 6

Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek – wg rodzaju leczonych pacjentów była optymalna.

### 1.2. Wykaz i podział komórek organizacyjnych funkcjonujących w strukturze organizacyjnej Szpitala

Analiza działalności Szpitala w obszarze operacyjnym została przeprowadzona na podstawie analizy danych operacyjnych całego Szpitala, jak również poszczególnych komórek organizacyjnych funkcjonujących w jego strukturze. Komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturze organizacyjnej Szpitalu zostały podzielone na:

- + komórki podstawowe medyczne,
- + komórki pomocnicze medyczne,
- + komórki pomocnicze niemedyczne:
  - o komórki związane z eksploatacją infrastruktury budowlanej Szpitala (komórki eksploatacyjne),

- komórki związane z usługami związanymi z pobytem pacjentów w Szpitalu (komórki hotelowe),
- komórki administracyjne.

**Rysunek 1. Zasady podziału komórek operacyjnych funkcjonujących w ramach struktury organizacyjnej Szpitala**



źródło: opracowanie własne

### Komórki medyczne podstawowe

Jako komórki podstawowe definiowane są te komórki organizacyjne szpitali, które generują przychody wyłącznie w wyniku realizacji świadczeń zdrowotnych bezpośrednio na rzecz leczonych pacjentów – zarówno finansowanych ze środków publicznych, jak i z opłat pacjentów (świadczenia komercyjne).

Wśród podstawowych komórek funkcjonujących w strukturze organizacyjnej Szpitala wyróżniamy:

- + Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- + Oddział Chorób Wewnętrznych,
- + Oddział Pediatriczny,
- + Oddział Położniczo-Ginekologiczny,
- + Oddział Neonatologiczny,
- + Oddział Chirurgiczny Ogólny,
- + Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- + Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR),
- + Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Ciechanowcu,
- + Zespół Poradni POZ (funkcjonuje od 1.04.2019 r.):
  - Gabinet Lekarza POZ,
  - Gabinet Pielęgniarki POZ,
  - Gabinet Położnej POZ,
- + Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna,

- + Ośrodek Diennej Rehabilitacji (funkcjonuje od 1.04.2018 r.)
- + Zespół Poradni Specjalistycznych:
  - Poradnia Chirurgii Ogólnej,
  - Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
  - Poradnia Położniczo-Ginekologiczna,
  - Poradnia Rehabilitacyjna,
  - Poradnia Leczenia Bólu,
  - Poradnia Endokrynologiczna,
  - Poradnia Położniczo-Ginekologiczna w Ciechanowcu,
  - Poradnia Rehabilitacji Leczniczej w Ciechanowcu,
  - Poradnia Diabetologiczna,
  - Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc,
  - Poradnia Alergologiczna.

#### Komórki medyczne pomocnicze

Jako medyczne komórki pomocnicze zostały zdefiniowane te komórki organizacyjne Szpitala, które realizują świadczenia zdrowotne przede wszystkim na rzecz medycznych komórek podstawowych (część medycznych komórek pomocniczych może realizować również świadczenia bezpośrednio na rzecz leczonych pacjentów – zarówno finansowanych ze środków publicznych, jak i z opłat pacjentów - świadczenia komercyjne).

Wśród pomocniczych komórek medycznych wyróżniamy:

- + Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej:
  - Medyczne Laboratorium Analityczne,
  - Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne,
  - Pracownia Serologii Transfuzjologicznej,
- + Zespół Pracowni Diagnostyki Obrazowej:
  - Pracownia Diagnostyki Obrazowej:
    - Pracownia USG,
    - Pracownia RTG,
  - Pracownia TK,
- + Pracownia Rehabilitacji Leczniczej,
- + Blok Operacyjny,
- + Centralna Sterylizatornia,
- + Apteka Szpitalna,
- + Pracownia Fizjoterapii w Czyżewie,
- + Pracownia Endoskopii,

- + Zespół Transportu Sanitarnego,
- + Zespół Pracowni Diagnostyki Kardiologicznej:
  - o Pracownia Badań Wysiłkowych.

#### Komórki i samodzielne stanowiska związane z eksploatacją infrastruktury budowlanej Szpitala (komórki eksploatacyjne)

Jako komórki eksploatacyjne zostały zdefiniowane te komórki organizacyjne Szpitala, które związane są z eksploatacją infrastruktury budowlanej Szpitala.

W ramach komórek eksploatacyjnych w Szpitalu funkcjonują następujące komórki:

- + Dział Techniczny i Obsługi Gospodarczej,
- + Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych.

#### Komórki i samodzielne stanowiska administracyjne

Jako komórki administracyjne zostały zdefiniowane te komórki organizacyjne Szpitala, które związane są z obsługą administracyjną Szpitala.

W ramach komórek administracyjnych w Szpitalu funkcjonują następujące komórki:

- + Centralna Rejestracja,
- + Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych,
- + Zarząd i Administracja,
- + Dział Statystyki, Analiz i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych.

### **1.3. Ocena struktur organizacyjnych i stopnia ich efektywności**

Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej (dalej „UDL”) w art. 42. stanowi, iż ustrój podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, a także inne sprawy dotyczące jego funkcjonowania nieuregulowane w Ustawie określa statut. W statucie określa się nazwę podmiotu, odpowiadającą rodzajowi i zakresowi udzielanych świadczeń zdrowotnych; siedzibę podmiotu, cele i zadania podmiotu, organy i strukturę organizacyjną podmiotu, w tym zadania, czas trwania kadencji i okoliczności odwołania członków rady społecznej, o której mowa w art. 48, przed upływem kadencji; formę gospodarki finansowej. Statut może przewidywać prowadzenie określonej, wyodrębnionej organizacyjnie działalności innej niż działalność lecznicza. Statut nadaje podmiot tworzący.

Statutu Szpitala został przyjęty uchwałą nr XXXVI/254/14 Rady Powiatu Wysokomazowieckiego z dnia 29 sierpnia 2014 r. w sprawie nadania Statutu Szpital Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem. Treść Statutu Szpitala została zmieniona w 2015 r. a zmiany zostały przyjęte uchwałą nr VI/48/2015 Rady Powiatu Wysokomazowieckiego z dnia 29 maja 2015 r. w sprawie wprowadzenia zmian do Statutu Szpital Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem, która została opublikowana w Dzienniku Urzędowym Województwa Podlaskiego z dnia 8 czerwca 2015 r. pod pozycją nr 1932. Szpital – co

pozytywne – posiada tekst jednolity Statutu Szpitala, który został przedstawiony Audytorowi w trakcie audytu.

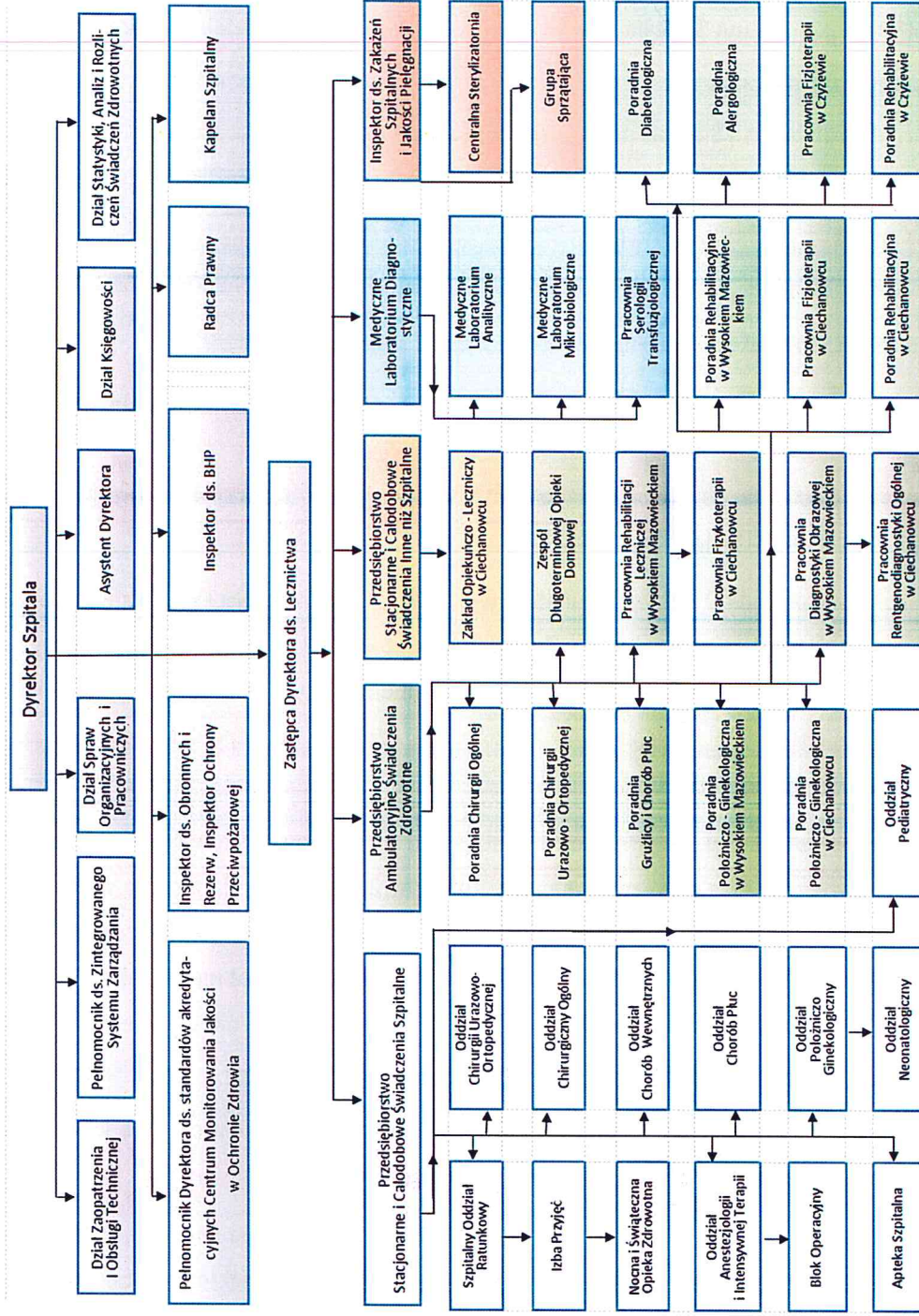
Obowiązkiem każdego podmiotu leczniczego – obok posiadania statutu - jest ustanowienie regulaminu organizacyjnego. Regulamin organizacyjny, jest obok statutu najważniejszym wewnętrznym aktem regulującym funkcjonowanie podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Zakres przedmiotowy regulaminu jest wyraźnie ograniczony do spraw dotyczących sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Odnosi się on zatem głównie do sfery medycznej (podstawowej) działalności tego podmiotu oraz sfery organizacyjnej podmiotu leczniczego.

Zgodnie z UDL w regulaminie organizacyjnym podmiotu wykonującego działalność leczniczą określa się między innymi organizację i zadania poszczególnych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego oraz warunki współdziałania tych jednostek lub komórek dla zapewnienia sprawnego i efektywnego funkcjonowania podmiotu pod względem diagnostyczno-leczniczym, pielęgnacyjnym, rehabilitacyjnym i administracyjno-gospodarczym.

Szczegółowa analiza Regulaminu Organizacyjnego Szpitala wykazuje, iż co do zasady pozostaje on zgodny z wymogami ustawowymi, a jego treść ma charakter standardowy.

Załącznikiem nr 1 do Regulaminu Organizacyjnego jest „Schemat organizacyjny Szpitala”, który przedstawia podległość służbową poszczególnych oddziałów, sekcji i samodzielnych stanowisk.

Rysunek 2. Schemat organizacyjny Szpitala



źródło: regulamin organizacyjny Szpitala

Struktura organizacyjna Szpitala jest standardowa i optymalna w zakresie realizowanych zadań statutowych Szpitala. Pozwala na skuteczne i racjonalne zarządzanie Szpitalem. Jej ewentualne modyfikacje można dostosować do bieżących potrzeb powstających po stronie Szpitala, pracowników, jak i finansowych możliwości pracodawcy.

Zgodnie ze § 10 ust. 1 Statutu Szpitala Dyrektor Szpitala ponosi odpowiedzialność za:

- + zarządzanie Szpitalem,
- + kieruje działalnością Szpitala podejmując samodzielne decyzje dotyczące jego funkcjonowania,
- + reprezentuje Szpital na zewnątrz.

Zgodnie z § 10 ust. 3 pkt. 5) do obowiązków Dyrektora Szpitala należy między innymi kształtowanie polityki finansowej Szpitala, w sposób umożliwiający zbilansowanie przychodów i kosztów.

Zgodnie z § 10 ust. 4 Dyrektor wykonuje swoje obowiązki przy pomocy:

- + zastępcy dyrektora ds. leczenia – w przypadku, gdy Dyrektorem Szpitala jest osoba nie będąca lekarzem,
- + zastępcy dyrektora ds. ekonomiczno-administracyjnych – w przypadku, gdy Dyrektorem Szpitala jest osoba będąca lekarzem.

Aktualnie Szpital nie posiada Dyrektora Szpitala a jego funkcję pełni Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa – będący lekarzem. W zakresie obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – wynikającego z § 11 Statutu Szpitala - nie ma obszaru związanego z kształtowaniem polityki finansowej Szpitala, w sposób umożliwiający zbilansowanie przychodów i kosztów, co oznacza, że Szpital nie posiada aktualnie fachowego nadzoru nad jego finansami.

Jak wykazała niniejsza analiza, przyczynami trudnej sytuacji finansowej Szpitala jest między innymi, brak zapłaty ze strony NFZ za zrealizowane przez Szpital w 2018 r. nadwykonania o wartości ok. 1,6 mln zł. W okresie 6M2019 Szpital ponownie przekroczył poziom przyznanego mu przez NFZ ryczałtu PSZ (zrealizował świadczenia w ok. 110,3%) i w ww. okresie wygenerował nadryczałty o wartości ok. 1,3 mln zł, co (jeśli polityka realizacji nadryczałtów w II połowie 2019 r. nie ulegnie zmianie) będzie miało ponownie negatywny wpływ na wynik finansowy Szpitala.

Konieczne jest pilne powołanie Dyrektora Szpitala (Szpital rozpoczął już procedurę konkursową) w celu zapewnienia Szpitalowi fachowego nadzoru nad jego finansami.

W tym miejscu należy przypomnieć, że zgodnie ze Statutem Szpitala bezpośredni nadzór nad organizacją i monitorowaniem udzielania świadczeń zdrowotnych ponosi Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, który między innymi powinien nadzorować poziom wykonania umów z NFZ przez wszystkie komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturach Szpitala i realizujące świadczenia finansowane ze środków NFZ.



#### 1.4. Analiza współpracy z Narodowym Funduszem Zdrowia

##### Wykaz i analiza umów z NFZ

W ramach analizy współpracy Szpitala z NFZ wykonano zestawienie realizowanych przez Szpital umów z Narodowym Funduszem Zdrowia w latach 2017-2018 i okres 6M2019.

W tym miejscu należy wspomnieć, że z dniem 1 października 2017 r. na okres czterech (4) lat Szpital - na bazie Ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1163) – został zakwalifikowany do I-go poziomu szpitali systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - PSZ (tzw. „sieć szpitali”).

Fakt ten miał istotny wpływ na funkcjonowanie oraz sposób finansowania Szpitala.

Wraz z wprowadzeniem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zmianie uległy zasady finansowania szpitali. Zgodnie z zapisami art. 136c. ust 1-3 przedmiotowej Ustawy świadczenia opieki zdrowotnej udzielane na podstawie umowy z NFZ finansowane są w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia. Wysokość ryczałtu systemu zabezpieczenia ustala się za okres rozliczeniowy określony w umowie zawartej z NFZ, ale nie dłuższy niż rok kalendarzowy. Przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy NFZ uwzględnia:

- 1) wysokość środków finansowych zaplanowanych w budżecie NFZ na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia,
- 2) dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za poprzedni okres rozliczeniowy - finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia w zakresie:
  - + liczby i rodzaju udzielonych świadczeń,
  - + cen udzielonych świadczeń,
  - + parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń;
- 3) parametry dotyczące relacji liczby świadczeń wykonanych i sprawozdanych przez podmiot leczniczy w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Ryczałt PSZ obejmuje nie tylko zakres leczenia szpitalnego, ale również wszystkie inne profile, w ramach których dany szpital realizuje świadczenia w ramach PSZ, czyli zakres ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (tzw. poradnie przyszpitalne) oraz podstawowej opieki zdrowotnej w obszarze nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

W pozostałych zakresach (profilach), w ramach których dany szpital nie został zakwalifikowany do PSZ, szpital może się ubiegać o finansowanie ze środków publicznych na aktualnie obowiązujących zasadach – w trybie konkursów i rokowań - pod warunkiem, że NFZ, na co mu pozwalają przepisy ustawy o PSZ, ogłosi i przeprowadzi konkurs ofert na świadczenia, w zakresie których potrzeby zdrowotne na terenie danego województwa czy regionu nie będą właściwie zaspokojone.

Wprowadzenie ryczałtowego systemu wynagradzania szpitali będących w sieci szpitali, jak wynika z powyżej przeprowadzonej analizy ust. 6 art. 136c Ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844), nie oznacza całkowitego odejścia od konieczności prowadzenia i sprawozdawania przez szpitale danych w zakresie liczby i rodzaju zrealizowanych świadczeń. Dane statystyczne w tym zakresie są podstawą do ewentualnego zmniejszenia lub zwiększenia wielkości ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe.

Podstawowym ryzykiem związanym z ryczałtowym finansowaniem szpitali jest niewiadoma związana z rozliczeniem ewentualnych świadczeń zrealizowanych przez Szpital ponad limit. Istnieje ryzyko, że kosztem zakwalifikowania się do sieci, szpitale będą zmuszone do realizowania świadczeń ponad limit określony ryczałtem, w ramach otrzymywanego ryczałtu.

Kolejne ryzyko wiąże się z niewykonaniem ryczałtu, co w przypadku jego wykonania w przedziale 90-98% skutkuje obniżeniem wartości ryczałtu, ale w przypadku wykonania poniżej 90 proc. może skutkować nawet odebraniem ryczałtu.

#### **1.4.1. Analiza wartości posiadanych przez Szpital umów z NFZ w analizowanym okresie, w tym analiza wartości umów z NFZ realizowanych w ramach PSZ**

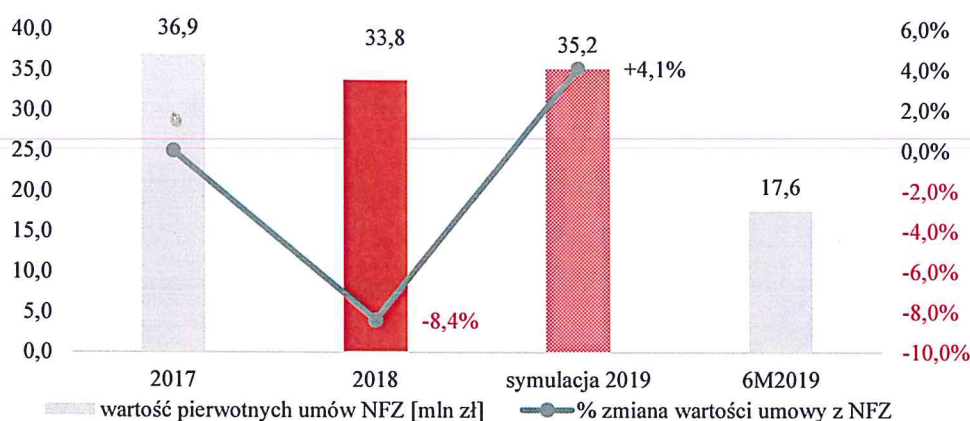
Poniższy wykres i tabela przedstawiają wartość umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń.

**Tabela 1. Wartość umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł]**

Pozycja	2017	2018	symulacja 2019	6M2019
Wartość pierwotnych umów NFZ [mln zł]	36,9	33,8	35,2	17,6
Wzrost r/r	-	-8,4%	+4,1%	-

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 7. Wartość umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższego wykresu i tabeli, wartość umów pierwotnych Szpitala z NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 33,8 mln zł i spadła w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 3,1 mln zł (ok. -8,4%). Przyczyną spadku wartości umów pierwotnych z NFZ w 2018 r. w stosunku do 2017 r. było niewykonanie przez Szpital ryczałtu PSZ w okresie IV kwartału 2017 r. (wykonanie na poziomie zaledwie 90,2%), co skutkowało obniżeniem przez NFZ wartości ryczałtu PSZ na rok 2018 r.

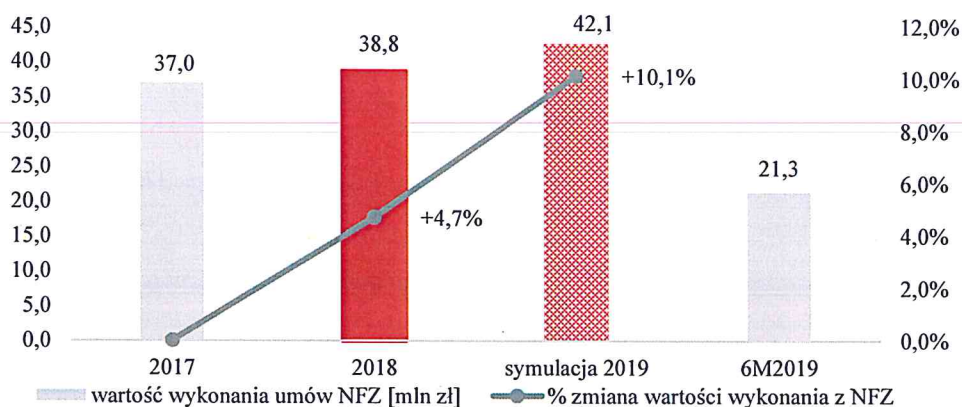
Poniższy wykres i tabela przedstawiają wartość wykonania umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń.

**Tabela 2. Wartość wykonania umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł]**

Pozycja	2017	2018	symulacja 2019	6M2019
Wartość wykonania pierwotnych umów NFZ [mln zł]	37,0	38,8	42,1	21,3
Wzrost r/r	-	+4,7%	+10,1%	-

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 8. Wartość wykonania umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższego wykresu i tabeli, wartość wykonania umów pierwotnych Szpitala z NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 38,8 mln zł i wzrosła w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 1,8 mln zł (ok. +4,7%).

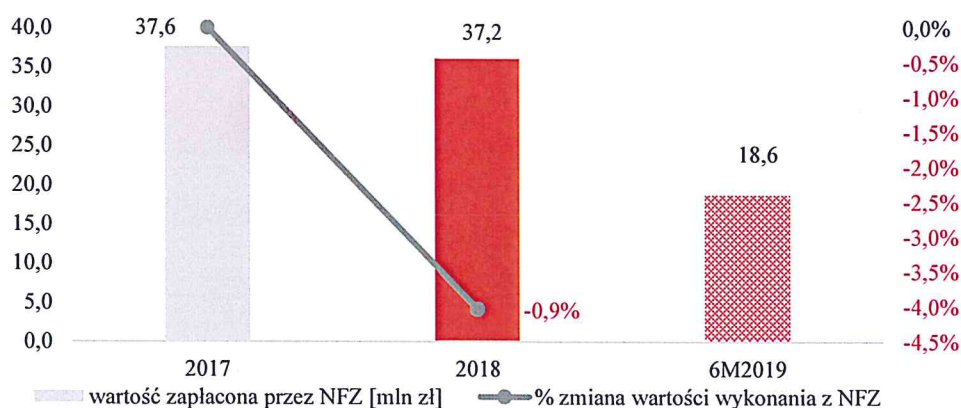
Poniższy wykres i tabela przedstawiają wartość zapłaconą przez NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń.

**Tabela 3. Wartość zapłaconą przez NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł]**

Pozycja	2017	2018	6M2019
Wartość zapłacona przez NFZ [mln zł]	37,6	37,2	18,6
Wzrost r/r	-	-0,9%	-

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 9. Wartość zapłaconą przez NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższego wykresu i tabeli, wartość zapłacona przez NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 37,2 mln zł i zmalała w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 0,4 mln zł (ok. -0,9%), przy czym należy zauważyć, że w 2017 r. NFZ zapłacił Szpitalowi ryczałt PSZ o wartości ok. 635 tys. zł wyższej od wartości faktycznie zrealizowanych przez Szpital w ramach ryczałtu świadczeń.

Wskaźnik wartości końcowej (zafakturowanej) umowy z NFZ brutto na 1 łóżko/stanowisko/miejsce wyniósł ok. 226,5 tys. zł i jego wartość przekroczyła wartość benchmarku rynkowego, co należy uznać za pozytywne.

#### Wniosek nr 7

Wartość umów pierwotnych Szpitala z NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 33,8 mln zł i zmalała w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 3,1 mln zł (ok. -8,4%).

Przyczyną spadku wartości umów pierwotnych z NFZ w 2018 r. w stosunku do 2017 r. było niewykonanie przez Szpital ryczałtu PSZ w okresie IV kwartału 2017 r. (wykonanie na poziomie zaledwie 90,2%), co skutkowało obniżeniem przez NFZ wartości ryczałtu PSZ na rok 2018 r.

Wartość wykonania umów pierwotnych Szpitala z NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 38,8 mln zł i wzrosła w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 1,8 mln zł (ok. +4,7%).

Wartość zapłacona przez NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 37,2 mln zł i zmalała w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 0,4 mln zł (ok. -0,9%), przy czym należy zauważyć, że w 2017 r. NFZ zapłacił Szpitalowi ryczałt PSZ o wartości ok. 635 tys. zł wyższej od wartości faktycznie zrealizowanych przez Szpital w ramach ryczałtu świadczeń.

Wskaźnik wartości końcowej (zafakturowanej) umowy z NFZ brutto na 1 łóżko/stanowisko/miejsce wyniósł ok. 226,5 tys. zł i jego wartość przekroczyła wartość benchmarku rynkowego, co należy uznać za pozytywne.

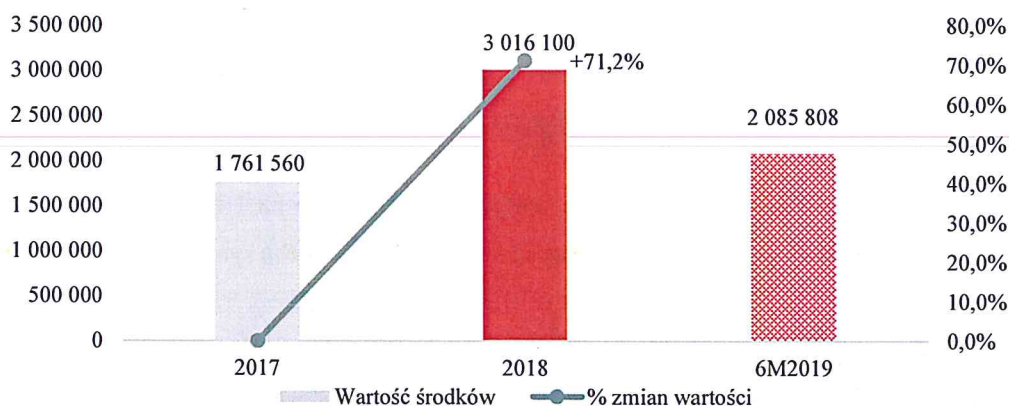
Poniższa tabela i wykres przedstawiają środki pochodzące z NFZ przeznaczone na wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych (pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni) w Szpitalu w latach 2017-2018.

**Tabela 4. Wartość środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych w Szpitalu w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [zł]**

Pozycja	2017	2018	6M2019
Wartość środków [zł]	1 761 560	3 016 100	2 085 808
% zmiana wartości środków	-	+71,2%	-

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 10. Wartość środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych w Szpitalu w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

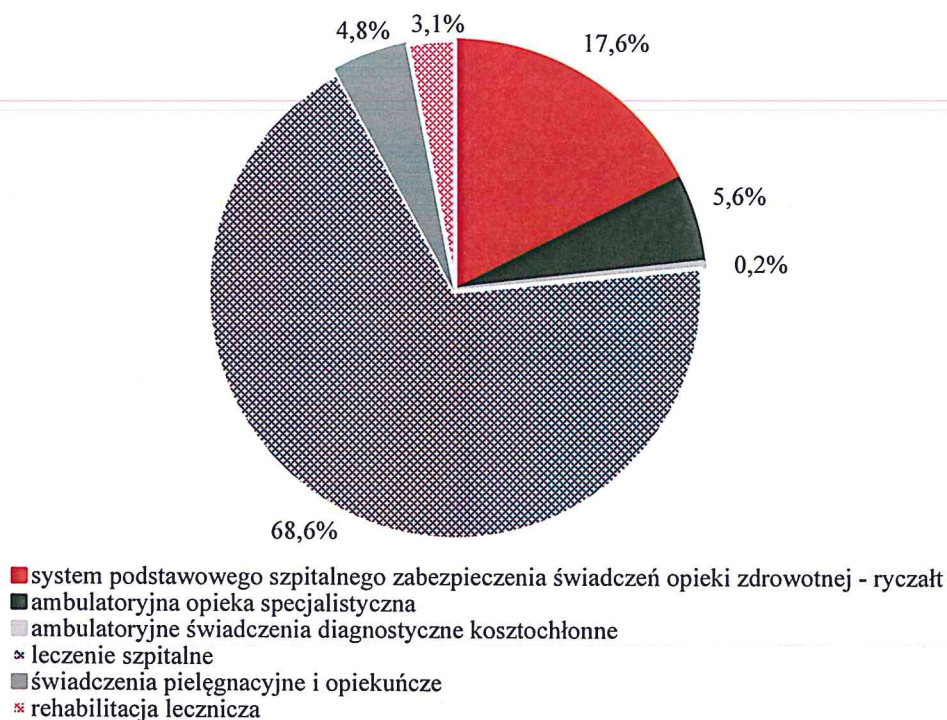
Z powyższej tabeli i wykresu można wywnioskować, że wartość środków przeznaczona na podniesienie wynagrodzeń pracowników medycznych uległa znacznemu wzrostowi. W 2018 roku wartość środków wzrosła o ok. 71,2% w stosunku do analogicznej wartości z 2017 roku.

#### Wniosek nr 8

Wartość środków przeznaczona na podniesienie wynagrodzeń pracowników medycznych uległa znacznemu wzrostowi. W 2018 roku wartość środków wzrosła o ok. 71,2% w stosunku do analogicznej wartości z 2017 roku.

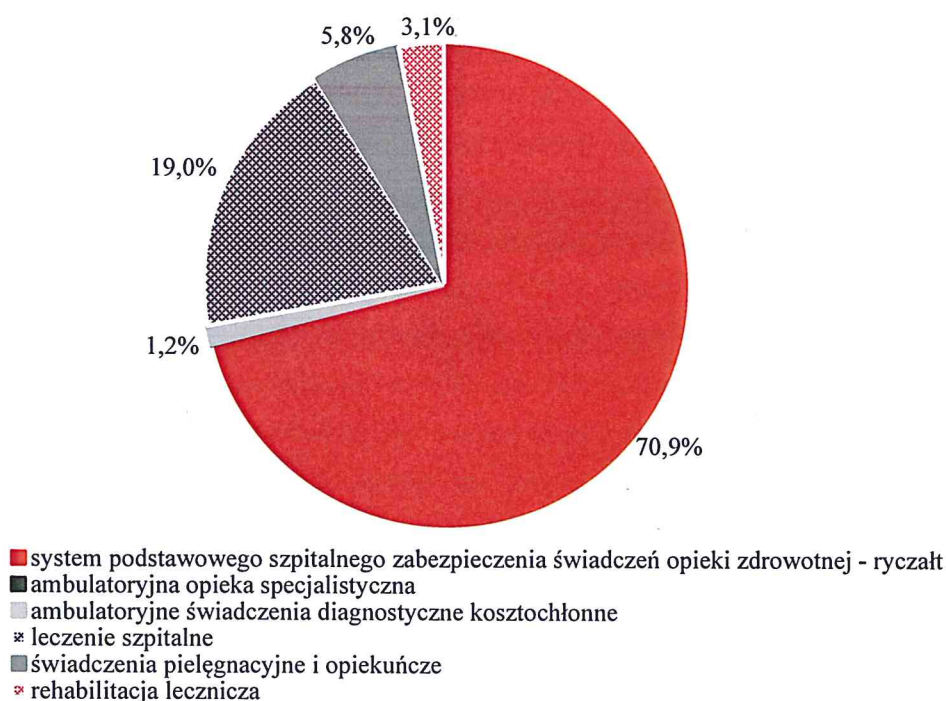
Poniższe wykresy przedstawiają strukturę umów z NFZ w poszczególnych okresach.

**Wykres 11. Struktura umów posiadanych przez Szpital z NFZ w 2017 roku**



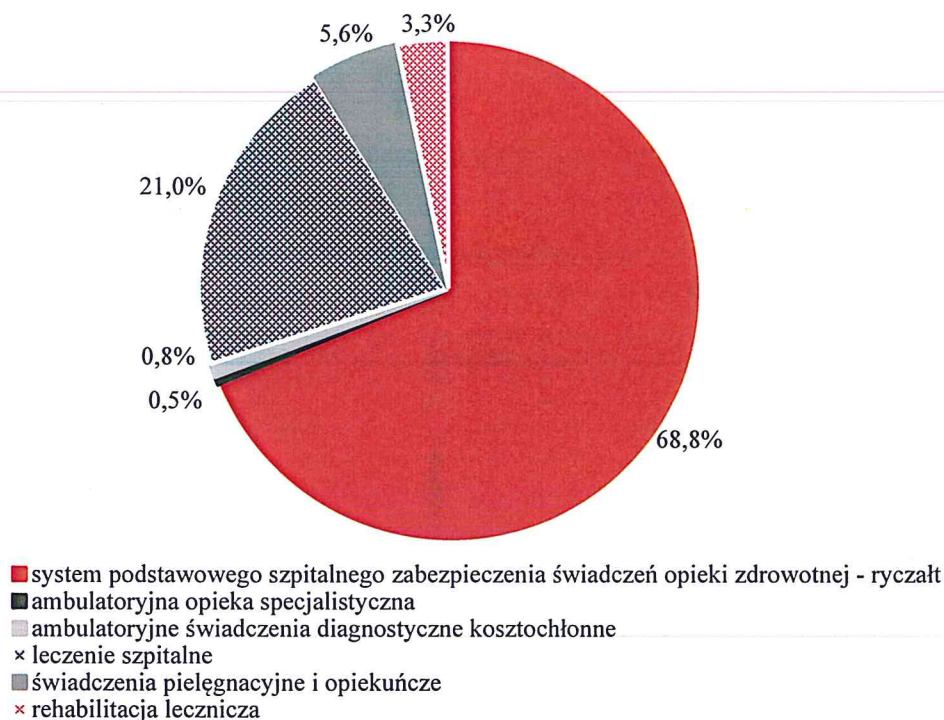
źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

**Wykres 12. Struktura umów posiadanych przez Szpital z NFZ w 2018 roku**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

**Wykres 13. Struktura umów posiadanych przez Szpital z NFZ w okresie 6M2019**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższych wykresów, w 2017 roku największy udział w ogóle umów pierwotnych z NFZ posiadanych przez Szpital stanowiło leczenie szpitalne (ok. 68,6%) oraz ryczałt PSZ (ok. 17,6%), natomiast w 2018 roku był to ryczałt PSZ (ok. 70,9%) i leczenie szpitalne (ok. 19,0%). W okresie 6M2019 również największy udział w ogóle umów z NFZ posiadanych przez Szpital stanowił ryczałt PSZ (ok. 68,8%), w dalszej kolejności leczenie szpitalne (ok. 21,0%).

#### Wniosek nr 9

Jak wynika z powyższych wykresów, w 2017 roku największy udział w ogóle umów pierwotnych z NFZ posiadanych przez Szpital stanowiło leczenie szpitalne (ok. 68,6%) oraz ryczałt PSZ (ok. 17,6%), natomiast w 2018 roku był to ryczałt PSZ (ok. 70,9%) i leczenie szpitalne (ok. 19,0%). W okresie 6M2019 również największy udział w ogóle umów z NFZ posiadanych przez Szpital stanowił ryczałt PSZ (ok. 68,8%), w dalszej kolejności leczenie szpitalne (ok. 21,0%).



W poniższych tabelach znajdują się szczegółowe dane umów zawartych przez Szpital z NFZ w 2018 r. i w okresie 6M2019.

**Tabela 5. Szczegółowe dane umów zawartych przez Szpital z NFZ w 2018 r. wg zakresów świadczeń medycznych**

Zakres świadczeń medycznych	Wartość limitu z umowy pierwotnej [zł]	Wartość rzeczywistego wykonania z nadwykonaniami [zł]	Wartość zapłacona przez NFZ (również w ramach ugód) [zł]	Procent wykonania [%]
System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - ryczałt	23 971 295	25 281 379	23 971 295	105,5%
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	6 042	11 856	8 845	196,2%
Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	409 176	395 560	370 065	96,7%
Leczenie szpitalne	6 421 581	9 965 516	9 733 924	155,2%
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1 969 280	1 975 321	1 973 350	100,3%
Rehabilitacja lecznicza	1 033 220	1 172 412	1 171 952	113,5%
<b>Ogółem</b>	<b>33 810 594</b>	<b>38 802 044</b>	<b>37 229 431</b>	<b>114,8%</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Tabela 6. Szczegółowe dane umów zawartych przez Szpital z NFZ w okresie 6M2019 wg zakresów świadczeń medycznych**

Zakres świadczeń medycznych	Wartość limitu z umowy pierwotnej	Wartość rzeczywistego wykonania z nadwykonaniami	Wartość zapłacona przez NFZ (również w ramach ugód) [zł]	Procent wykonania [%]
System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej - ryczałt	12 101 760	13 347 431	12 469 530	110,3%
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	91 796	63 757	34 332	69,5%

Zakres świadczeń medycznych	Wartość limitu z umowy pierwotnej	Wartość rzeczywistego wykonania z nadwykonaniami	Wartość zapłacona przez NFZ (również w ramach ugód) [zł]	Procent wykonania [%]
Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	134 956	376 174	134 359	278,7%
Leczenie szpitalne	3 703 352	5 685 849	4 417 404	153,9%
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	992 640	1 102 517	992 475	111,1%
Rehabilitacja lecznicza	572 291	749 105	591 622	130,9%
<b>Ogółem</b>	<b>17 596 795</b>	<b>21 324 833</b>	<b>18 639 721</b>	<b>121,3%</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak wynika z analizy powyższych tabel – poziom wykonania umowy pierwotnej w 2018 roku wyniósł 114,8%. Przekroczono wartość umowy pierwotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – ryczałtu (105,5%). Nie zrealizowano w pełni umowy w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (96,7%). W okresie 6M2019 zrealizowano 121,2% umów pierwotnych w Szpitalu, natomiast w ryczałcie PSZ zrealizowano 110,3% umowy pierwotnej. W ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych wykonano 278,7% umowy pierwotnej - nie zrealizowano umowy pierwotnej wyłącznie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (69,5%).

#### Wniosek nr 10

Poziom wykonania umowy pierwotnej w 2018 roku wyniósł 114,8%. Przekroczono wartość umowy pierwotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – ryczałtu (105,5%). Nie zrealizowano w pełni umowy w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (96,7%). W okresie 6M2019 zrealizowano 121,2% umów pierwotnych w Szpitalu, natomiast w ryczałcie PSZ zrealizowano 110,3% umowy pierwotnej. W ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych wykonano 278,7% umowy pierwotnej - nie zrealizowano umowy pierwotnej wyłącznie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (69,5%).

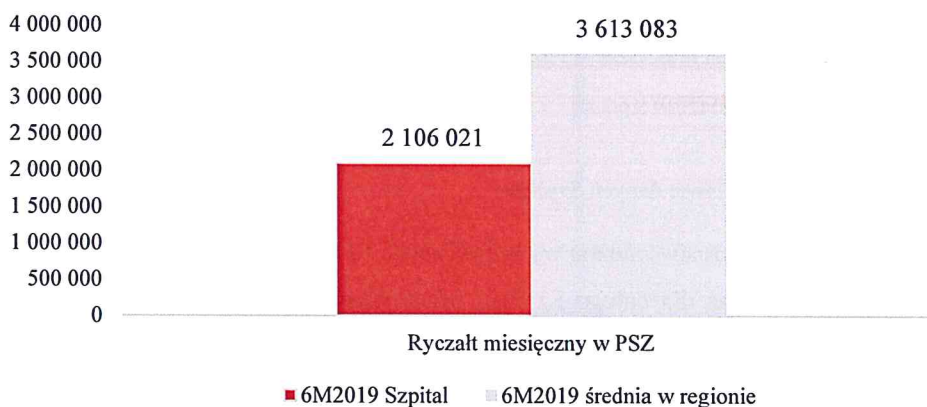
Poniższa tabela i wykresy przedstawiają porównanie posiadanej przez Szpital według stanu na rok 2018 oraz okres 6M2019 wartości miesięcznego ryczałtu PSZ ze średnimi wartościami przedmiotowego ryczałtu posiadanego przez szpitale zlokalizowane w regionie oraz porównanie obliczonego dla Szpitala wskaźnika wartości ryczałtu z PSZ przypadającego na 1 oddział oraz na 1 łóżko, ze średnimi wartościami przedmiotowych wskaźników obliczonych dla szpitali zlokalizowanych w regionie.

**Tabela 7. Analiza wartości miesięcznego ryczałtu PSZ posiadanego według stanu na rok 2018 oraz okres 6M2019 przez Szpital i szpitale zlokalizowane w regionie**

Zakres świadczeń	2017 [zł]	2018 [zł]	2018 średnia w regionie [zł]	Procent średniej w regionie [%]	6M2019 [zł]	6M2019 średnia w regionie [zł]	Procent średniej w regionie [%]
Wartość miesięczna ryczałtu z PSZ	2 164 507	1 997 608	3 357 083	59,5%	2 106 021	3 613 083	58,3%
Wskaźnik wartości miesięcznego ryczałtu PSZ przypadający na 1 oddział	-	249 701	250 880	99,5%	263 253	271 924	96,8%
Wskaźnik wartości miesięcznego ryczałtu PSZ przypadający na 1 łóżko	-	10 459	11 980	87,5%	11 026	13 001	84,8%

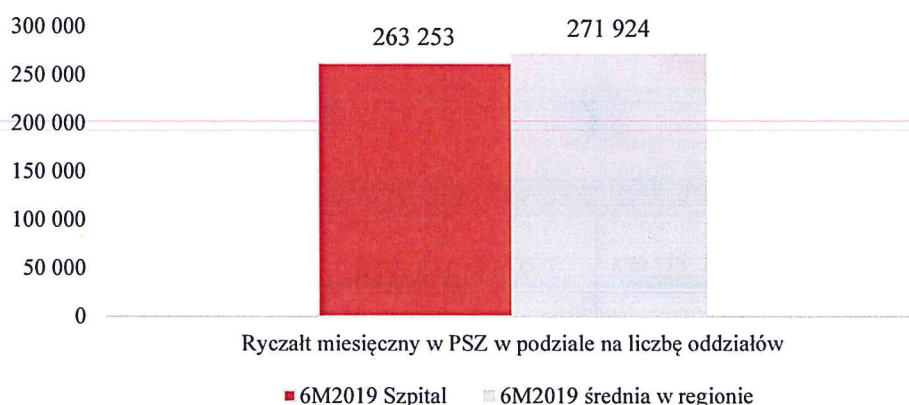
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 14. Wartości miesięcznego ryczałtu PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość dla szpitali w regionie [zł]**



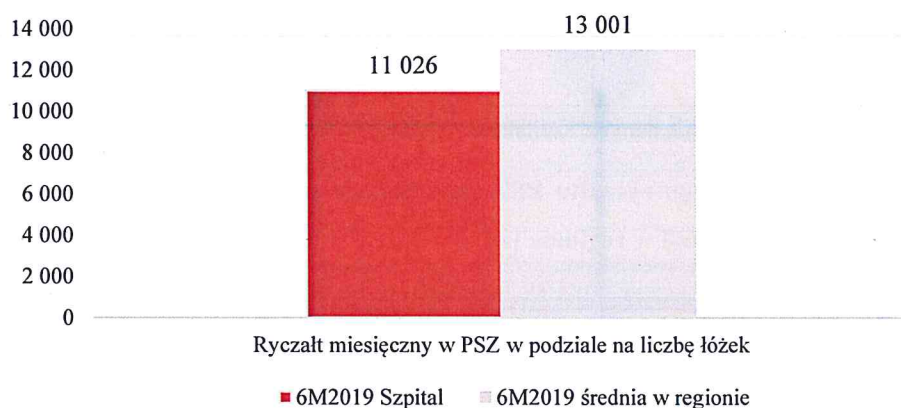
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 15. Wskaźnik wartości miesięcznego ryczałtu PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość w regionie przypadająca na 1 oddział [zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 16. Wskaźnik wartości miesięcznego ryczałtu PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość w regionie przypadająca na 1 łóżko [zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

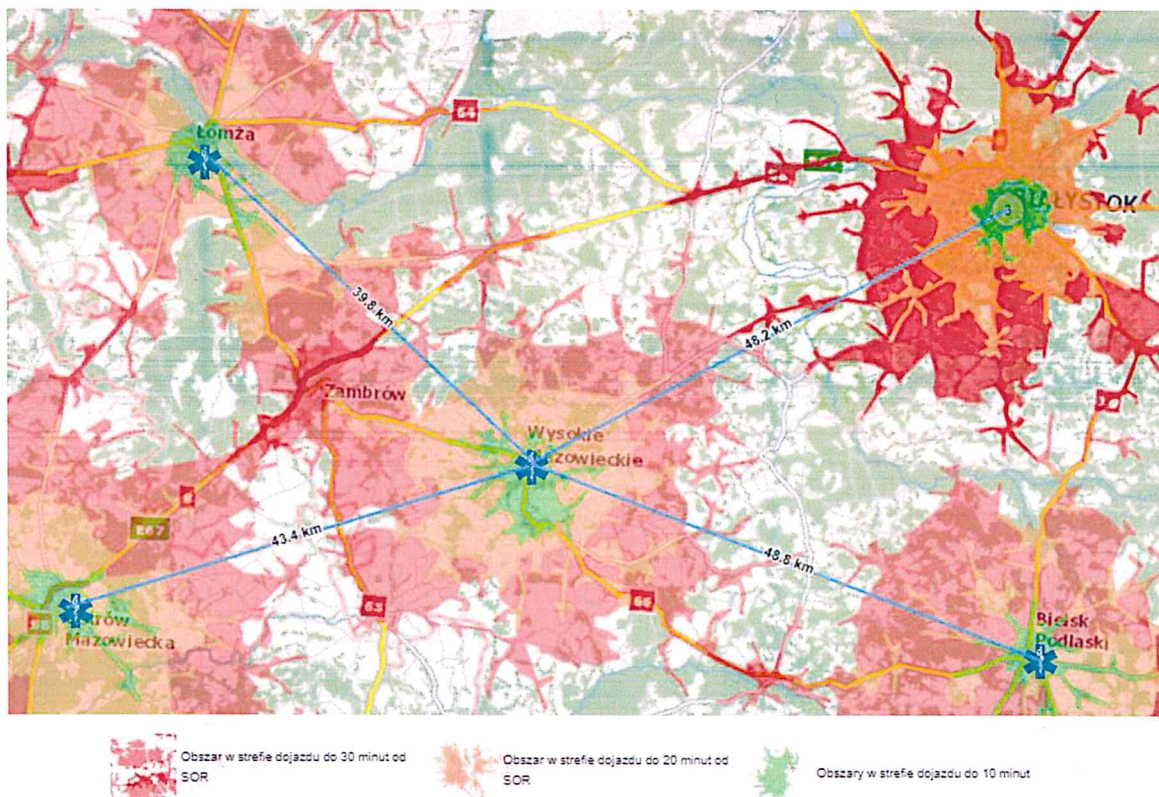
Z analizy powyższej tabeli i wykresów można wywnioskować, że wartość miesięcznego ryczałtu PSZ według stanu na 6M2019 liczona dla całego Szpitala jest niższa od średniej wartości ryczałtu PSZ liczonej dla szpitali zlokalizowanych w regionie i stanowi ok. 58,3%. Porównując wskaźnik wartości miesięcznego ryczałtu PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital przypadający na 1 oddział szpitalny, w porównaniu do analogicznego średniego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali zlokalizowanych w regionie, zauważa się niższy wskaźnik od średniej wartości w regionie (ok. 96,8%), jednak ta różnica w mniejszym stopniu odbiega od ogólnej różnicy w wartościach dla Szpitala i średniej w regionie. Liczony dla Szpitala wskaźnik wartości miesięcznego ryczałtu PSZ przypadający na 1 łóżko szpitalne, okazuje się być niższy od średniej wartości przedmiotowego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali w regionie - o ok. 15,2%.

### Wniosek nr 11

Wartość miesięcznego ryczału PSZ według stanu na 6M2019 liczona dla całego Szpitala jest niższa od średniej wartości ryczału PSZ liczonej dla szpitali zlokalizowanych w regionie i stanowi ok. 58,3%. Porównując wskaźnik wartości miesięcznego ryczału PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital przypadający na 1 oddział szpitalny, w porównaniu do analogicznego średniego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali zlokalizowanych w regionie, zauważa się niższy wskaźnik od średniej wartości w regionie (ok. 96,8%). Liczony dla Szpitala wskaźnik wartości miesięcznego ryczału PSZ przypadający na 1 łóżko szpitalne, okazuje się być niższy od średniej wartości przedmiotowego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali w regionie - o ok. 15,2%.

Poniższy rysunek prezentuje zlokalizowanie najbliższych szpitalnych oddziałów ratunkowych w okolicy Szpitala.

**Rysunek 3. Szpitalne Oddziały Ratunkowe funkcjonujące w otoczeniu Szpitala w prezentacji przestrzennej w 2019 roku**



źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych

Jak wynika z powyższego rysunku przeciętna odległość od Szpitala do najbliższego SOR-u wynosiła ok. 45 km, co oznacza odpowiednie zagęszczenie SOR w regionie. Od dnia 1 lipca 2019 r. w odległości ok. 20 km od Szpitala funkcjonuje Szpitalny Oddział Ratunkowy w Zambrowie. Tym samym przeciętna odległość od Szpitala do najbliższego SOR-u wynosi ok. 39 km.

**Wniosek nr 12**

Jak wynika z powyższego rysunku przeciętna odległość od Szpitala do najbliższego SOR-u wynosiła ok. 45 km, co oznacza odpowiednie zagęszczenie SOR w regionie. Od dnia 1 lipca 2019 r., wraz z uruchomieniem SOR-u w Zambrowie, przeciętna odległość od Szpitala do najbliższego SOR-u wynosi ok. 39 km.

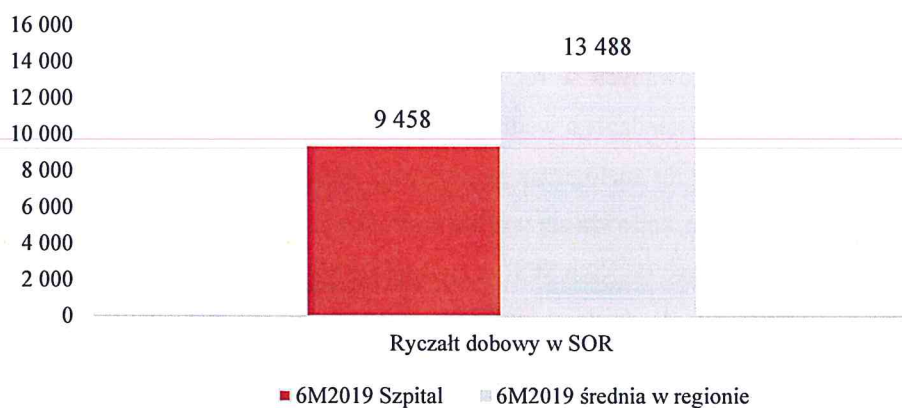
Poniższa tabela i wykresy przedstawiają porównanie posiadanej przez Szpital według stanu na 6M2019 wartości dobowego ryczału SOR, ze średnimi wartościami przedmiotowego ryczału posiadanego przez szpitale zlokalizowane w regionie oraz porównanie obliczonego dla Szpitala wskaźnika wartości ryczału z SOR przypadającego na 1 oddział oraz na 1 łóżko, ze średnimi wartościami przedmiotowych wskaźników obliczonych dla szpitali zlokalizowanych w regionie.

**Tabela 8. Analiza wartości dobowego ryczału SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i szpitale zlokalizowane w regionie [zł]**

Zakres świadczeń	2017 [zł]	2018 [zł]	2018 średnia w regionie [zł]	Procent średniej w regionie [%]	6M2019 [zł]	6M2019 średnia w regionie [zł]	Procent średniej w regionie [%]
Ryczałt dobowy w SOR	6 084	8 054	12 719	63,3%	9 458	13 488	70,1%
Ryczałt dobowy w SOR w podziale na liczbę oddziałów	-	1 007	990	101,7%	1 182	1 054	112,2%
Ryczałt dobowy w SOR w podziale na liczbę łóżek	-	38	48	79,4%	50	51	97,6%

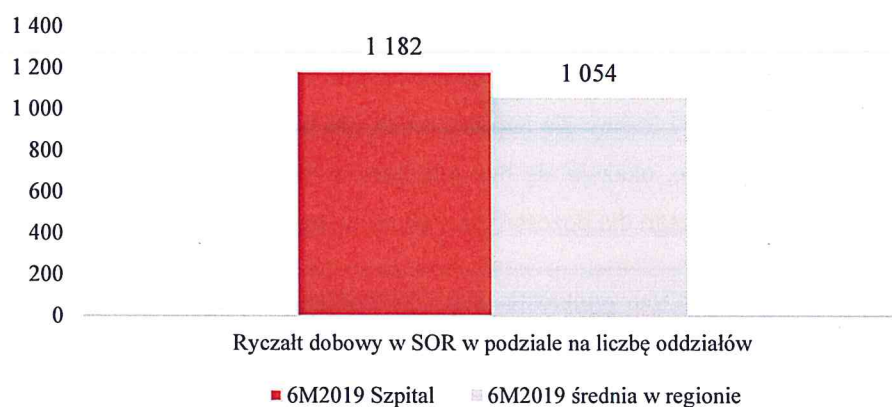
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 17. Wartości dobowego ryczałtu SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość dla szpitali w regionie [zł]**



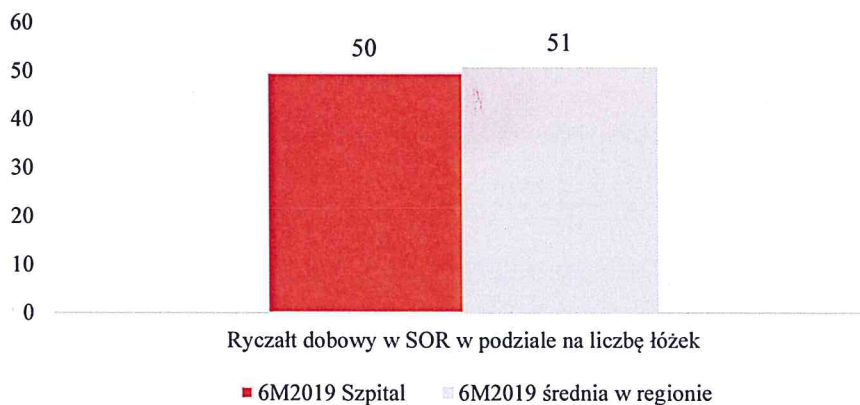
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 18. Wskaźnik wartości dobowego ryczałtu SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość w regionie przypadająca na 1 oddział [zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 19. Wskaźnik wartości dobowego ryczałtu SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość w regionie przypadająca na 1 łóżko [zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Z analizy powyższej tabeli i wykresów można wywnioskować, że wartość dobowego ryczału SOR według stanu na 6M2019 liczona dla całego Szpitala jest znacznie niższa od średniej wartości ryczału SOR liczonej dla szpitali zlokalizowanych w regionie i stanowi ok. 70,1%. Porównując wskaźnik wartości dobowego ryczału SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital przypadający na 1 oddział szpitalny, w porównaniu do analogicznego średniego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali zlokalizowanych w regionie, zauważa się wyższą wartość wskaźnika (ok. 112,2%). Liczony dla Szpitala wskaźnik wartości dobowego ryczału SOR przypadający na 1 łóżko szpitalne, okazuje się być nieznacznie niższy w porównaniu do średniej wartości przedmiotowego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali w regionie - o ok. 2,4%.

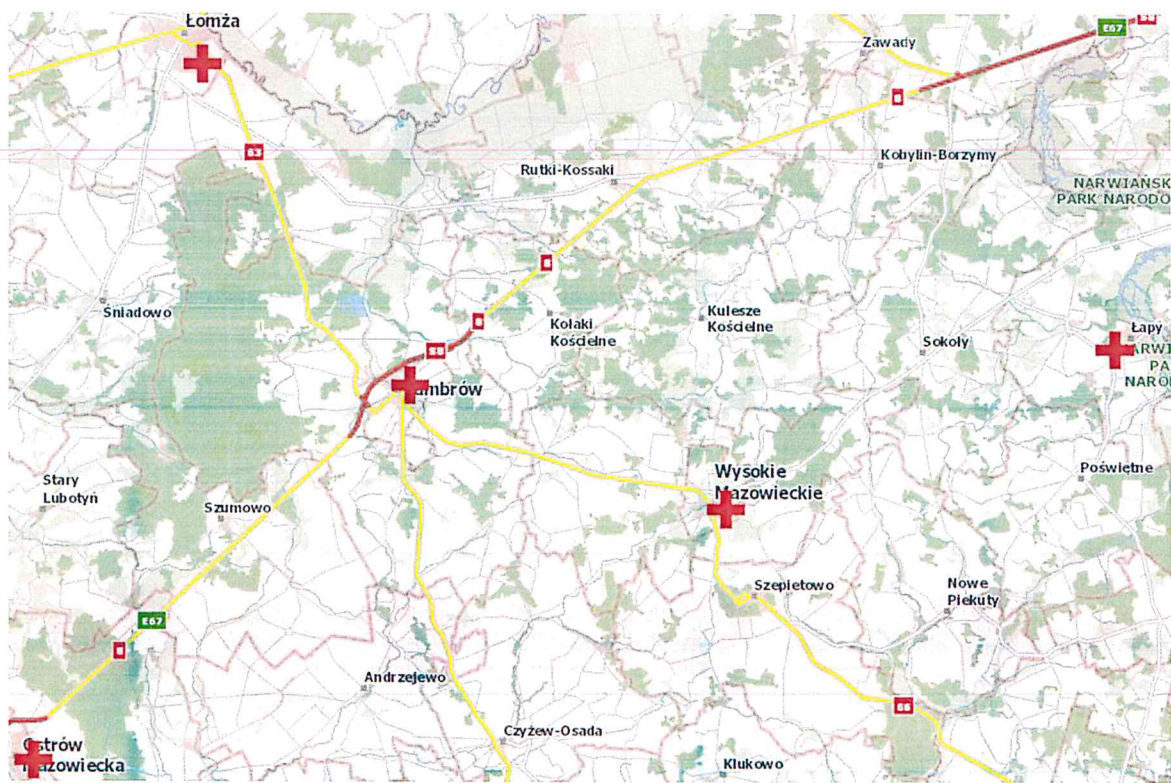
#### **Wniosek nr 13**

Wartość dobowego ryczału SOR według stanu na 6M2019 liczona dla całego Szpitala jest znacznie niższa od średniej wartości ryczału SOR liczonej dla szpitali zlokalizowanych w regionie i stanowi ok. 70,1%. Porównując wskaźnik wartości dobowego ryczału SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital przypadający na 1 oddział szpitalny, w porównaniu do analogicznego średniego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali zlokalizowanych w regionie, zauważa się wyższą wartość wskaźnika (ok. 112,2%). Liczony dla Szpitala wskaźnik wartości dobowego ryczału SOR przypadający na 1 łóżko szpitalne, okazuje się być mniejszy, w porównaniu do średniej wartości przedmiotowego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali w regionie - o ok. 2,4%.

Poniższy rysunek prezentuje najbliższe punkty Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w okolicy Szpitala.



**Rysunek 4. Punkty NiŚOZ funkcjonujące w otoczeniu Szpitala w prezentacji przestrzennej w 2019 roku**



źródło: Mapy Potrzeb Zdrowotnych, Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych

Jak wynika z powyższego rysunku, w najbliższym otoczeniu Szpitala funkcjonuje odpowiednia liczba podmiotów leczniczych świadczących usługi w ramach NiŚOZ – dostępność do tych świadczeń powinna być zapewniona w niewielkich odległościach od miejsc zamieszkania ludności.

#### Wniosek nr 14

W najbliższym otoczeniu Szpitala funkcjonuje odpowiednia liczba punktów NiŚOZ – dostępność do tych świadczeń powinna być zapewniona w niewielkich odległościach od miejsc zamieszkania ludności.

Poniższa tabela i wykresy przedstawiają porównanie posiadanej przez Szpital według stanu na 6M2019 wartości miesięcznego ryczałtu NiŚOZ ze średnimi wartościami przedmiotowego ryczałtu posiadanego przez szpitale zlokalizowane w regionie oraz porównanie obliczonego dla Szpitala wskaźnika wartości ryczałtu z NiŚOZ przypadającego na 1 oddział oraz na 1 łóżko, ze średnimi wartościami przedmiotowych wskaźników obliczonych dla szpitali zlokalizowanych w regionie.

**Tabela 9. Analiza wartości miesięcznego ryczałtu NiŚOZ posiadanego w 6M2019 przez Szpital i szpitale zlokalizowane w regionie [zł]**

Zakres świadczeń	2017 [zł]	2018 [zł]	2018 średnia w regionie [zł]	Procent średniej w regionie [%]	6M2019 [zł]	6M2019 średnia w regionie [zł]	Procent średniej w regionie [%]
Ryczałt miesięczny w NiŚOZ	73 362	73 362	105 869	69,3%	73 362	105 869	69,3%
Ryczałt miesięczny w NiŚOZ w podziale na liczbę oddziałów	-	9 170	8 255	111,1%	9 170	8 255	111,1%
Ryczałt miesięczny w NiŚOZ w podziale na liczbę łóżek	-	344	397	86,7%	384	397	96,7%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

#### 1.4.2. Analiza polityki realizacji przez Szpital nadwykonań (świadczeń ponad ryczałt PSZ oraz ponad limity określone pozostałymi umowami z NFZ)

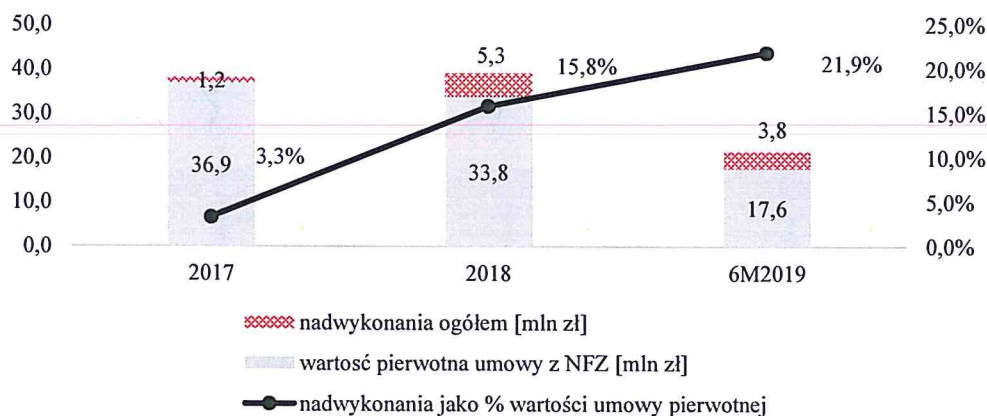
Poniższy wykres i tabela przedstawiają wartości zrealizowanych przez Szpital w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 nadwykonań (nadwykonania stanowią sumę zrealizowanych przez Szpital nadryczałtów – stanowiących wartość świadczeń wykonanych ponad ryczałt PSZ – oraz nadlimitów – stanowiących wartość świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z umów pierwotnych, świadczonych przez Szpital poza ryczałtem PSZ) oraz porównanie ich do umów pierwotnych.

#### Wykres 20. Wartość nadwykonań zrealizowanych przez Szpital w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł]

Pozycja	2017 [mln zł]	2018 [mln zł]	6M2019 [mln zł]
wartość pierwotna umowy z NFZ [mln zł]	36,9	33,8	17,6
nadwykonania ogółem [mln zł]	1,2	5,3	3,8
nadwykonania jako % wartości umowy pierwotnej	3,3%	15,8%	21,9%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 21. Wartość nadwykonań zrealizowanych przez Szpital w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Szpital w roku 2018 zrealizował nadwykonania stanowiące ok. 15,8% wartości umowy pierwotnej (ok. 5,3 mln zł). Natomiast w okresie 6M2019 Szpital zrealizował nadwykonania stanowiące ok. 21,9% wartości umowy pierwotnej (ok. 3,8 mln zł).

#### Wniosek nr 15

Szpital w roku 2018 zrealizował nadwykonania stanowiące ok. 15,8% wartości umowy pierwotnej (ok. 5,3 mln zł). Natomiast w okresie 6M2019 Szpital zrealizował nadwykonania stanowiące ok. 21,9% wartości umowy pierwotnej (ok. 3,8 mln zł).

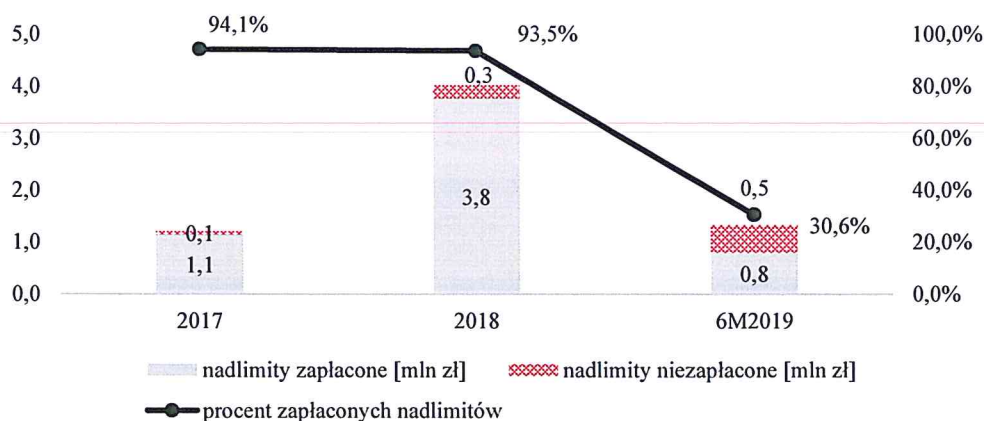
Poniższy wykres i tabela przedstawiają wartości zapłaconych i niezapłaconych przez Szpital w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 nadlimitów (wartość świadczeń wykonanych ponad limit wynikający z umów pierwotnych, świadczonych przez Szpital poza ryczałtem PSZ).

**Tabela 10. Wartość nadlimitów zapłaconych i niezapłaconych w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł]**

Pozycja	2017 [mln zł]	2018 [mln zł]	6M2019 [mln zł]
nadlimity zapłacone [mln zł]	1,1	3,8	0,8
nadlimity niezapłacone [mln zł]	0,1	0,3	0,5
procent zapłaconych nadlimitów	94,1%	93,5%	30,6%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 22. Wartość nadlimitów zapłaconych i niezapłaconych w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Szpital w roku 2017 posiadał niezapłacone nadlimity (w 2017 roku zapłacono ok. 94,1% nadlimitów). W roku 2018 zapłacone zostało ok. 93,5%, natomiast w okresie 6M2019 jedynie ok. 30,6% nadlimitów zostało zapłaconych.

#### Wniosek nr 16

Szpital w roku 2017 posiadał niezapłacone nadlimity (w 2017 roku zapłacono ok. 94,1% nadlimitów). W roku 2018 zapłacone zostało ok. 93,5%, natomiast w okresie 6M2019 jedynie ok. 30,6% nadlimitów zostało zapłaconych.

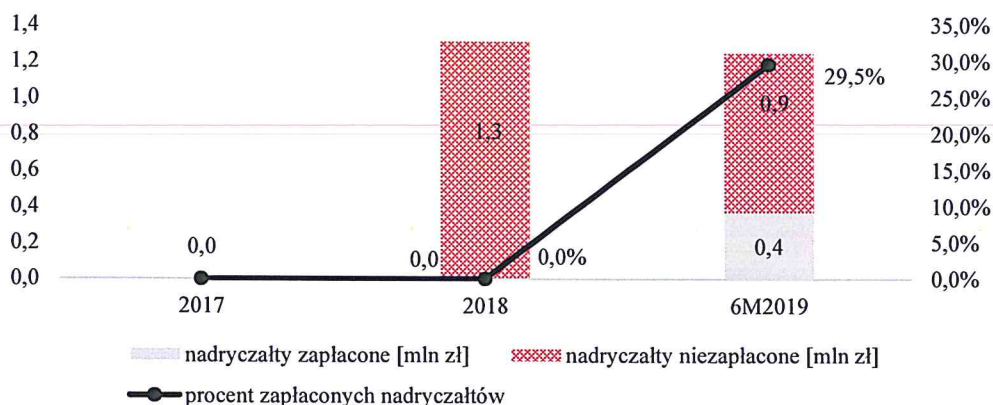
Poniższy wykres i tabela przedstawiają wartości zapłaconych i niezapłaconych przez Szpital w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 nadryczałtów (wartość świadczeń wykonanych ponad ryczałt PSZ).

**Tabela 11. Wartość nadryczałtów zapłaconych i niezapłaconych w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [zł]**

Pozycja	2017 [mln zł]	2018 [mln zł]	6M2019 [mln zł]
nadryczałty zapłacone [zł]	0,00	0,00	0,4
nadryczałty niezapłacone [zł]	0,00	1,3	0,9
procent zapłaconych nadryczałtów	-	0,0%	29,5%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 23. Wartość nadryczałtów zapłaconych i niezapłaconych w latach 2016-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

W 2018 roku Szpital posiadał nadryczałty w wysokości ok. 1,3 mln zł. Nie uzyskano zapłaty za wykonane nadryczałty. Szpital w okresie 6M2019 posiadał zapłaconą część nadryczałtów - wykonał świadczenia ponad ryczałt w wysokości ok. 1,3 mln zł i uzyskał zapłatę w wysokości 0,4 mln zł. Wykonanie na poziomie powyżej 102,0% ryczałtu PSZ należy uznać za odbiegające od optymalnej (w Szpitalu w okresie 6M2019 wykonanie wyniosło aż 110,3% generując 0,9 mln nieopłaconych, a wykonanych świadczeń).

#### Wniosek nr 17

W 2018 roku Szpital posiadał nadryczałty w wysokości ok. 1,3 mln zł. Nie uzyskano zapłaty za wykonane nadryczałty. Szpital w okresie 6M2019 posiadał zapłaconą część nadryczałtów - wykonał świadczenia ponad ryczałt w wysokości ok. 1,3 mln zł i uzyskał zapłatę w wysokości 0,4 mln zł.

#### 1.4.3. Analiza realizacji świadczeń gwarantowanych w obszarach Nielimitowanych

Świadczenia Nielimitowane realizowane w 2018 r. przez Szpital w ramach umów z NFZ stanowią:

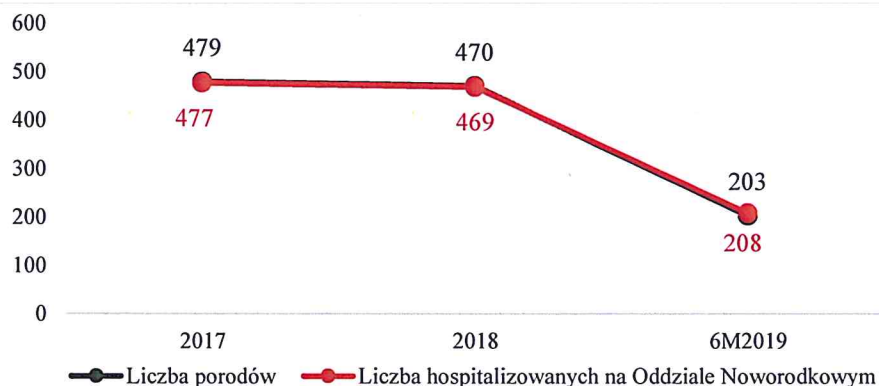
- + położnictwo,
- + neonatologia,
- + świadczenia rehabilitacyjne dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- + diagnostyka i leczenie onkologiczne,

a od 1 kwietnia 2019 r. dodatkowo:

- + badania diagnostyczne z zakresu tomografii komputerowej.

Poniższy wykres przedstawia liczbę porodów i liczbę hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym w Szpitalu w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019.

**Wykres 24. Liczba porodów i liczba hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym w Szpitalu w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie liczba porodów i liczba hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym na przestrzeni lat 2017-2018 nieznacznie spadła. Liczba porodów spadła z poziomu 479 porodów w 2017 r. do 470 porodów w 2018 r. (ok. -1,9%). Natomiast liczba hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym spadła z poziomu 477 w 2017 r. do 469 pacjentów w 2018 r. (ok. -1,7%).

#### Wniosek nr 18

Jak widać na powyższym wykresie liczba porodów i liczba hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym na przestrzeni lat 2017-2018 nieznacznie spadła. Liczba porodów spadła z poziomu 479 porodów w 2017 r. do 470 porodów w 2018 r. (ok. -1,9%). Natomiast liczba hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym spadła z poziomu 477 w 2017 r. do 469 pacjentów w 2018 r. (ok. -1,7%).

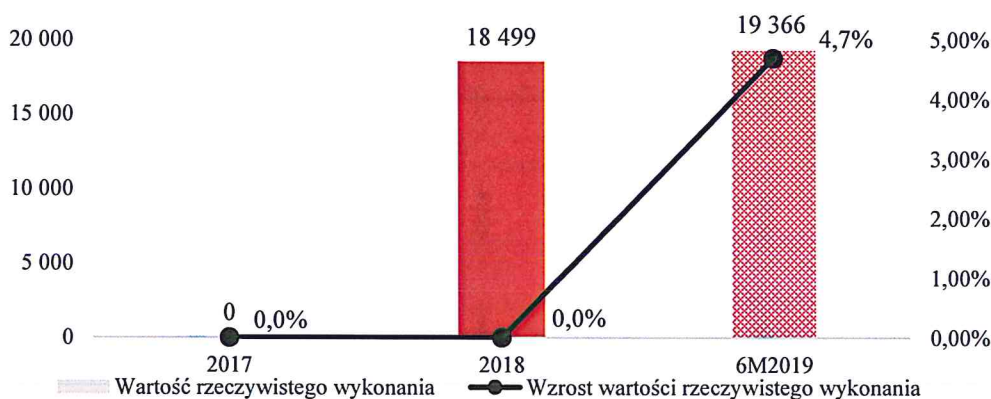
Wskaźnik udziału cięć cesarskich w ogólnej liczbie porodów wyniósł w 2018 r. ok. 20,3% i był niższy od benchmarku rynkowego oraz od poziomu optymalnego rekomendowanego przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne- PTG (30,0%), co należy ocenić pozytywnie.

#### Wniosek nr 19

Wskaźnik udziału cięć cesarskich w ogólnej liczbie porodów wyniósł w 2018 r. ok. 20,3% i był niższy od benchmarku rynkowego oraz od poziomu optymalnego rekomendowanego przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne- PTG (30,0%), co należy ocenić pozytywnie.

Na poniższym wykresie została zaprezentowana wartość umowy pierwotnej, poziom wykonania umowy pierwotnej oraz wartość nadwykonań z rodzaju „rehabilitacja lecznicza dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności” w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019.

**Wykres 25. Wartość rzeczywistego wykonania oraz wzrost wartości rzeczywistego wykonania świadczeń z zakresu „rehabilitacji lecznicza dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności” w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

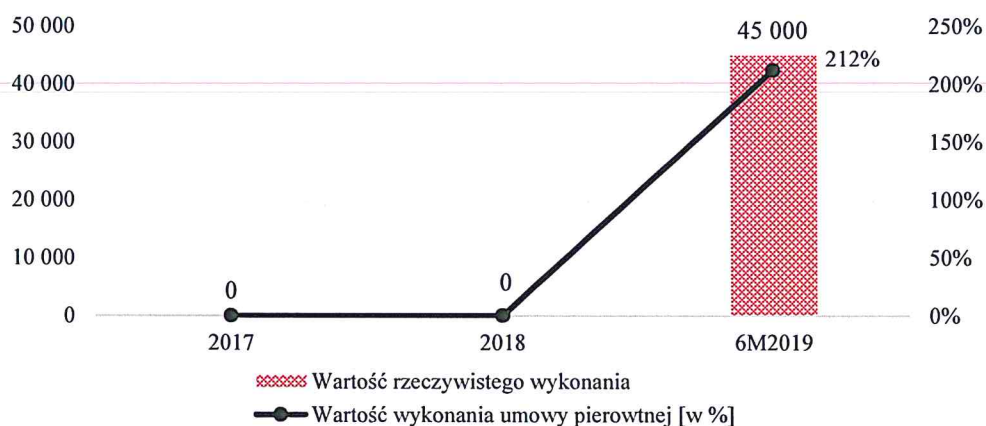
Szpital realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie rehabilitacji leczniczej osób o znacznym stopniu niepełnosprawności od 2018 roku. W 2018 roku wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 18,5 tys. zł, a w okresie 6M wzrosła o ok. 4,69% i wyniosła ok. 19,4 tys. zł.

#### Wniosek nr 20

Szpital realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie rehabilitacji leczniczej osób o znacznym stopniu niepełnosprawności od 2018 roku. W 2018 roku wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 18,5 tys. zł, a w roku 2019 wzrosła o ok. 4,7% i wyniosła ok. 19,4 tys. zł.

Poniższy wykres przedstawia wartość umowy pierwotnej oraz poziom wykonania umowy pierwotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019.

**Wykres 26. Wartość umowy pierwotnej oraz poziom wykonania umowy pierwotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Szpital nie realizował świadczeń nielimitowanych w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego w 2017 roku, mimo że posiadał umowę pierwotną na ww. świadczenia o wartości ok. 59,4 tys. zł. W 2018 roku Szpital nie posiadał umowy na świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego. W okresie 6M2019 wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 45,0 tys. zł i przewyższyła wartość umowy pierwotnej o ok. 112%.

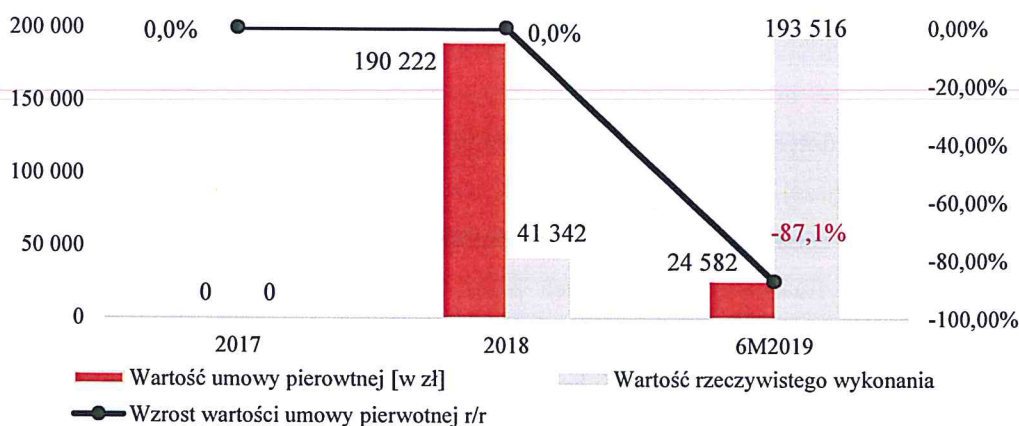
#### Wniosek nr 21

Szpital nie realizował świadczeń nielimitowanych w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego w 2017 roku, mimo że posiadał umowę pierwotną na ww. świadczenia o wartości ok. 59,4 tys. zł. W 2018 roku Szpital nie posiadał umowy na świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego. W okresie 6M2019 wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 45,0 tys. zł i przewyższyła wartość umowy pierwotnej o ok. 112%.

Na poniższym wykresie została zaprezentowana wartość umowy pierwotnej, poziom wykonania umowy pierwotnej oraz wartość nadwykonań badania diagnostycznego z zakresu tomografii komputerowej w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019.



**Wykres 27. Wartość umowy pierwotnej, poziom wykonania umowy pierwotnej oraz wartość nadwykonań badania diagnostycznego z zakresu tomografii komputerowej w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Szpital realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie tomografii komputerowej od 1 kwietnia 2019 roku. W 2018 roku wartość umowy pierwotnej wyniosła ok. 190,2 tys. zł, a w okresie 6M2019 zmalała o ok. 87,0% i wyniosła 24,6 tys. zł. W 2018 roku wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 41,3 tys. zł, a w okresie 6M2019 wzrosła niemal pięciokrotnie i wyniosła ok. 193,5 tys. zł. Wykonanie umowy pierwotnej w zakresie badania diagnostycznego z zakresu tomografii komputerowej w 2018 roku jedynie w 21,7% należy uznać za negatywne. W okresie 6M2019 wykonano ok. 78,7% umowy pierwotnej w ww. nielimitowanym zakresie, co należy uznać za pozytywne zjawisko.

#### Wniosek nr 22

Szpital realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie tomografii komputerowej od 1 kwietnia 2019 roku. W 2018 roku wartość umowy pierwotnej wyniosła ok. 190,2 tys. zł, a w okresie 6M2019 zmalała o ok. 87,0% i wyniosła 24,6 tys. zł. W 2018 roku wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 41,3 tys. zł, a w okresie 6M2019 wzrosła niemal pięciokrotnie i wyniosła ok. 193,5 tys. zł. Wykonanie umowy pierwotnej w zakresie badania diagnostycznego z zakresu tomografii komputerowej w 2018 roku jedynie w 21,7% należy uznać za negatywne. W okresie 6M2019 wykonano ok. 78,7% umowy pierwotnej w ww. nielimitowanym zakresie, co należy uznać za pozytywne zjawisko.

## 2. Analiza finansowo-ekonomiczna

Analiza zawarta w niniejszym punkcie Raportu ma na celu przeprowadzenie oceny sytuacji finansowo-ekonomicznej Szpitala za 2018 r. stanowiący okres przeglądu w porównaniu do lat poprzednich 2016 - 2017. W tym celu pogłębionej analizie poddano kluczowe elementy sprawozdań finansowych tj. rachunek zysków i strat, bilans oraz rachunek przepływów pieniężnych. W rezultacie opracowano szereg analiz, które dotyczą przychodów i kosztów Szpitala oraz jego sytuacji finansowo-ekonomicznej. W niniejszej analizie w pierwszej kolejności przedstawiono sytuację finansową Szpitala w ujęciu całościowym z odniesieniem do analizy wskaźnikowej i benchmarkowej, której celem jest porównanie wyników finansowych osiągniętych przez Szpital do wartości rynkowych. Następnie zagłębiono się do poziomu wyników finansowych komórek organizacyjnych Szpitala, dzięki czemu przedstawiono rentowność poszczególnych obszarów działalności operacyjnej badanego podmiotu.

Podział komórek organizacyjnych funkcjonujące w Szpitalu przyjęty do analizy finansowo-ekonomicznej:

- + podstawowe komórki medyczne,
- + pomocnicze komórki medyczne,
- + pomocnicze komórki niemedyczne,
- + komórki hotelowe - świadczące usługi związane z pobytem pacjentów w Szpitalu,
- + komórki eksploatacyjne - związane z eksploatacją infrastruktury budowlanej Szpitala,
- + komórki administracyjne.

**Rysunek 5. Podział obszarów przeprowadzanej analizy finansowo-ekonomicznej Szpitala**



źródło: opracowanie własne

Istotnym elementem niniejszej części opracowania jest analiza benchmarkowa Szpitala, która przedstawia:

- + kształtowanie się udziałów poszczególnych grup kosztów w relacji do przychodów ze sprzedaży oraz

- + kalkulację wybranych wskaźników o charakterze operacyjno – finansowym

na tle podobnych podmiotów leczniczych. Analiza benchmarkowa dokonana została przy pomocy standaryzacji i normalizacji wybranych pozycji przychodów oraz kosztów, co posłużyło do zbudowania optymalnego wariantu określające pożądane i zindywidualizowane dla Szpitala poziomy udziałów kosztów operacyjnych w przychodach ze sprzedaży. Uzyskane wyniki finansowe stanowiły punkt wyjścia do opracowania projekcji finansowych dla Planu Naprawczego Szpitala na lata 2019-2023 stanowiącego część przedmiotowego opracowania.

## 2.1. Analiza wybranych pozycji rachunku wyników

W poniższej tabeli przedstawione zostały wybrane pozycje rachunków zysków i strat Szpitala za lata 2017 – 2018 oraz w okresach 6 miesięcy 2018 i 2019 roku. Dane te są punktem wyjścia dla analiz opracowanych w niniejszym rozdziale raportu.

**Tabela 12. Rachunek zysków i strat za lata 2017 - 2018 oraz za okresy 6 miesięcy 2018 r. i 6 miesięcy 2019 roku**

Dane w zł	2017	2018	6M2018	6M2019
Przychody ze sprzedaży	41 067 515	41 873 862	20 017 202	22 743 094
Koszty operacyjne	41 143 550	45 260 053	21 938 889	25 111 051
<b>Wynik ze sprzedaży</b>	<b>-76 035</b>	<b>-3 386 191</b>	<b>-1 921 687</b>	<b>-2 367 957</b>
<i>Marża ze sprzedaży [%]</i>	<i>-0,2%</i>	<i>-8,1%</i>	<i>-9,6%</i>	<i>-10,4%</i>
Pozostała działalność operacyjna	745 362	1 532 663	689 201	887 718
<b>Wynik na działalności operacyjnej</b>	<b>669 327</b>	<b>-1 853 528</b>	<b>-1 232 486</b>	<b>-1 480 239</b>
<i>Marża na działalności operacyjnej [%]</i>	<i>1,6%</i>	<i>-4,4%</i>	<i>-6,2%</i>	<i>-6,5%</i>
Przychody - koszty finansowe	47 789	33 876	23 554	-12 875
<b>Wynik brutto</b>	<b>717 116</b>	<b>-1 819 652</b>	<b>-1 208 932</b>	<b>-1 493 114</b>
<i>Marża brutto [%]</i>	<i>1,7%</i>	<i>-4,3%</i>	<i>-6,0%</i>	<i>-6,6%</i>
Podatek dochodowy i pozostałe zmniejszenia	72 061	58 535	27 445	31 589
<b>Wynik netto</b>	<b>645 055</b>	<b>-1 878 187</b>	<b>-1 236 377</b>	<b>-1 524 703</b>
<i>Marża netto [%]</i>	<i>1,6%</i>	<i>-4,5%</i>	<i>-6,2%</i>	<i>-6,7%</i>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać w powyższej tabeli sytuacja finansowa Szpitala uległa znacznemu pogorszeniu w okresie 2017 – 2018. W 2018 roku Szpital wygenerował stratę netto w wysokości ok. 1,9 mln złotych, co w porównaniu do zysku netto wygenerowanego w 2017 roku w wysokości ok. 645 tys. złotych oznacza pogorszenie wyniku finansowego o ok. -2,5 mln złotych. Za pogorszenie sytuacji finansowej Szpitala odpowiadają zmiany w zakresie działalności podstawowej prowadzonej przez audytowany Szpital. W

roku latach 2017 – 2018 doszło do wzrostu kosztów operacyjnych o ok. +4,1 mln złotych, w tym samym czasie przychody ze sprzedaży wzrosły o ok. +0,8 mln złotych. Zdecydowanie większy wzrost kosztów działalności operacyjnej (10,0% rok do roku w porównaniu do ok. 2,0% wzrostu przychodów ze sprzedaży) spowodował powstanie straty w wysokości ok. 3,4 mln złotych już na wyniku ze sprzedaży. Wzrost kosztów działalności operacyjnej związany był głównie z wzrostem kosztów osobowych o ok. +3,1 mln złotych (ok. +11,1% rok do roku) oraz amortyzacji o ok. +780 tys. złotych. Poszczególne koszty działalności operacyjnej oraz ich zmiana zostały przeanalizowane w dalszej części raportu.

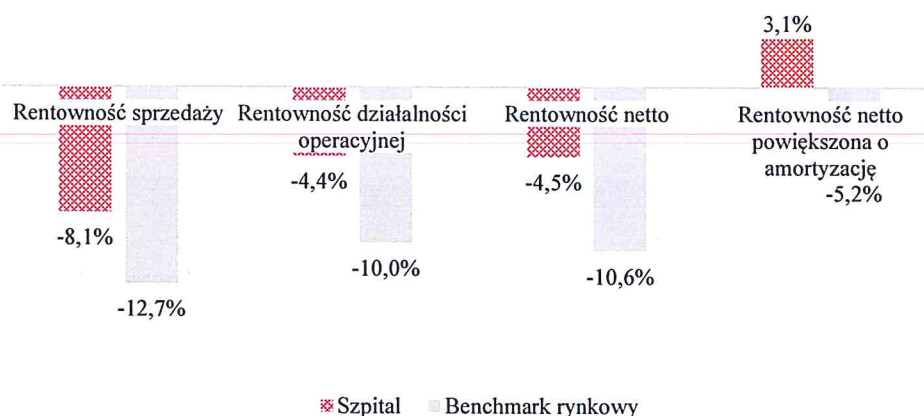
Pozytywną zmianę odnotowano na pozostałej działalności operacyjnej. W 2018 roku przychody z tego obszaru działalności Szpitala wyniosły ok. 1,6 mln złotych i przewyższyły pozostałe koszty operacyjne w wysokości ok. 39 tys. złotych. Zysk wygenerowany z pozostałej działalności operacyjnej w 2018 roku był większy od roku 2017 o ok. +787 tys. złotych (ok. +105,6%). Głównym elementem pozostałych przychodów operacyjnych były dotacje w wysokości ok. 1,4 mln złotych w 2018 roku. Pozostała działalność operacyjna zdecydowanie polepszyła sytuację Szpitala w analizowanym okresie. Osiągnięcie dodatniego zysku netto w roku 2016 i 2017 było możliwe dzięki wysokiemu wynikowi z tego obszaru działalności (w mniejszym stopniu również dzięki dodatniemu wynikowi z działalności finansowej). Szpital w 2018 roku nie ponosił kosztów finansowych związanych z odsetkami (koszty te w wysokości ok. 10 tys. złotych pojawiły się w 2017 roku). W związku z niskim poziomem kosztów finansowych Szpital wygenerował niewielki zysk na tym obszarze w wysokości ok. 48 tys. złotych w roku 2017 oraz ok. 39 tys. złotych w roku 2018. Marża netto generowana w 2018 roku przez Szpital wyniosła ok. -4,5% i była o ok. 6,1 punktów procentowych mniejsza od marży wygenerowanej w 2017 roku. W 2018 roku najgorsza marża wygenerowana została na działalności podstawowej i wynosiła ok. -8%.

Sytuacja finansowa w pierwszej połowie 2019 roku jest zbliżona do sytuacji z pierwszej połowy roku poprzedniego. Strata po działalności podstawowej wyniosła ok. -2,4 mln złotych, co było wynikiem gorszym o ok. 446 tys. złotych od roku poprzedniego. Marża generowana przez Szpital na tym obszarze pogorszyła się o ok. 0,8 punktów procentowych. W pierwszej połowie 2019 roku Szpital wygenerował lepszy wynik z pozostałej działalności operacyjnej o ok. +200 tys. złotych. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż w pierwszej połowie 2019 roku Szpital z uwagi na niskie przychody finansowe wygenerował stratę na działalności finansowej w wysokości ok. -13 tys. złotych. Marża netto wygenerowana przez Szpital wyniosła ok. -6,7% i była o ok. 0,5 punktów procentowych gorsza od marży z analogicznego okresu roku poprzedniego.

Dokładna struktura wygenerowanych przez Szpital przychodów ze sprzedaży oraz kosztów operacyjnych w analizowanych okresach została przedstawiona w dalszej części niniejszego Raportu.

Kształtowanie się rentowności Szpitala w 2018 roku w porównaniu do wskaźników benchmarku rynkowego przedstawia poniższy wykres

**Wykres 28. Wskaźniki rentowności wyniku finansowego Szpitala w roku 2018 w porównaniu do benchmarków rynkowych**

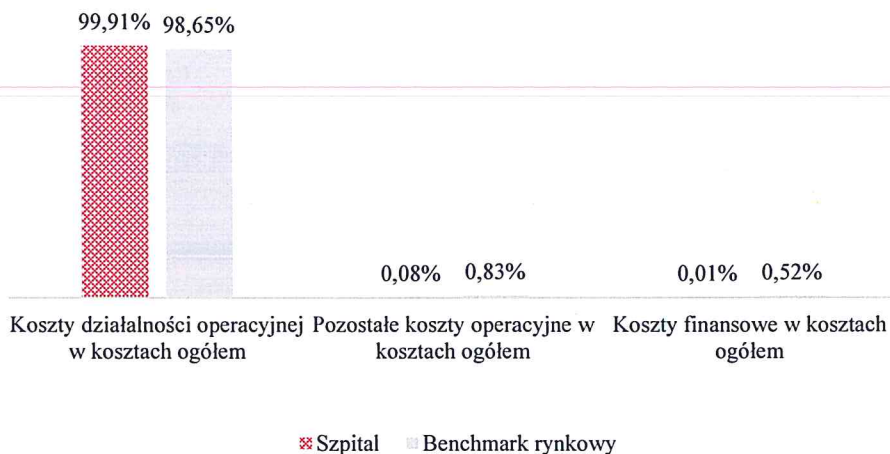


źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie w przypadku każdego przedstawionego wskaźnika rentowności wynik Szpitala jest zdecydowanie lepszy od wyniku osiągniętego przez rynek. Największa różnica została odnotowana na rentowności netto powiększonej o amortyzację i wyniosła ok. 8,3 punktów procentowych. Najmniejsza różnica została odnotowana na rentowności ze sprzedaży i wyniosła ok. 4,6 punktów procentowych. Na każdym kolejnym poziomie rentowność audytowanego Szpitala wzrasta (wraz z różnicą do benchmarku rynkowego), co świadczy o tym, iż największe problemy Szpital spotyka w zakresie działalności podstawowej zaś każdy kolejny etap działalności polepsza jego sytuację.

Poniższy wykres przedstawia strukturę kosztów ogółem w podziale na koszty operacyjne, pozostałe koszty operacyjne oraz koszty finansowe. Porównanie tej struktury do struktury benchmarkowej wskazuje, iż koszty finansowe oraz pozostałe koszty operacyjne nie mają dużego wpływu na kształtowanie się kosztów ogółem w analizowanym Szpitalu.

**Wykres 29. Wskaźniki struktury kosztów ponoszonych przez Szpital w 2018 roku w porównaniu do benchmarków rynkowych**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie niemal całość kosztów ogółem ponoszonych przez Szpital w analizowanym okresie składa się z kosztów działalności operacyjnej (ok. 99,9%). Pozostałe koszty operacyjne oraz koszty finansowe stanowią bardzo niewielką część kosztów ogółem ponoszonych przez Szpital (ok. 0,08% w przypadku pozostałych kosztów operacyjnych oraz ok. 0,01% w przypadku kosztów finansowych).

**Tabela 13. Porównanie planu finansowego na 2018 rok i 2019 rok do jego faktycznego wykonania z roku 2018**

Pozycja	2018			2019	
	Plan	Wykonanie	% wykonania planu	Plan [w zł]	Plan 2019/ Wykonanie 2018 [%]
Przychody ze sprzedaży	42 021 804	41 873 862	99,6%	43 745 043	4%
Koszty operacyjne	45 761 419	45 260 053	98,9%	49 303 662	9%
<b>Wynik ze sprzedaży</b>	<b>-3 739 615</b>	<b>-3 386 191</b>	<b>90,5%</b>	<b>-5 558 619</b>	<b>64%</b>
<i>Marża ze sprzedaży [%]</i>	-8,9%	-8,1%		-12,7%	-4,8 p.p.
Pozostała działalność operacyjna	1 161 330	1 532 663	132,0%	1 649 969	8%
<b>Wynik na działalności operacyjnej</b>	<b>-2 578 285</b>	<b>-1 853 528</b>	<b>71,9%</b>	<b>-3 908 650</b>	<b>111%</b>
<i>Marża na działalności operacyjnej [%]</i>	-6,1%	-4,4%		-8,9%	-4,5 p.p.

Pozycja	2018			2019	
	Plan	Wykonanie	% wykonania planu	Plan [w zł]	Plan 2019/ Wykonanie 2018 [%]
Przychody - koszty finansowe	-121 000	33 876	-28,0%	-31 500	-193%
<b>Wynik brutto</b>	<b>-2 699 285</b>	<b>-1 819 652</b>	<b>67,4%</b>	<b>-3 940 150</b>	<b>117%</b>
<i>Marża brutto [%]</i>	-6,4%	-4,3%		-9,0%	-5 p.p.
Podatek dochodowy i pozostałe zmniejszenia	63 000	58 535	92,9%	0	-100%
<b>Wynik netto</b>	<b>-2 762 285</b>	<b>-1 878 187</b>	<b>68,0%</b>	<b>-3 940 150</b>	<b>110%</b>
<i>Marża netto [%]</i>	-6,6%	-4,5%		-9,0%	-5,5 p.p.

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

W 2018 roku odnotowano mniejsze o ok. 0,4% przychody ze sprzedaży niż w planie na 2018 rok. Wykonany wynik ze sprzedaży był o ok. 9,5% lepszy niż wynik zakładany w planie finansowym na 2018 rok. Osiągnięcie takiego wyniku było możliwe dzięki wygenerowaniu mniejszych kosztów z działalności operacyjnych niż zakładanych w planie finansowym o ok. 1,1%. Pozytywna zmiana w stosunku do planu na 2018 rok nastąpiła również w zakresie pozostałej działalności operacyjnej oraz działalności finansowej. W przypadku pozostałej działalności operacyjnej Szpital wygenerował zysk w wysokości ok. 1,5 mln złotych, co było wynikiem o ok. 32% lepszym od zakładanego w planie finansowym. Warto zwrócić uwagę na fakt wygenerowania niewielkiego zysku z działalności finansowej w wysokości ok. 34 tys. złotych w stosunku do zakładanej straty z tego tytułu w wysokości ok. 121 tys. złotych. Lepsze wykonanie planu w zakresie pozostałej działalności operacyjnej oraz finansowej pozwoliło na osiągnięcie lepszego wyniku netto. Strata wygenerowana w 2018 roku wynosiła ok. 1,9 mln złotych co stanowiło ok. 68% planowanej straty na 2018 rok.

Plan finansowy na 2019 rok zakłada pogorszenie sytuacji finansowej Szpitala. W sporządzonym planie finansowym zakłada się wzrost kosztów działalności operacyjnej o ok. 9%, co przekracza planowany wzrost przychodów ze sprzedaży o ok. 5 punktów procentowych. Zmiana taka w założeniu spowoduje wygenerowanie straty po działalności operacyjnej w wysokości ok. 5,6 mln złotych co oznacza pogorszenie o ok. 64% w stosunku do roku 2018. W zakresie pozostałej działalności operacyjnej zakłada się wzrost generowanego zysku o ok. 8%, na działalności finansowej zakłada się jednak stratę w wysokości ok. 32 tys. złotych. Zmiany te spowodują wygenerowanie w 2019 roku straty netto w wysokości ok. 3,9 mln złotych. Strata ta byłaby ponad dwukrotnie większa od straty wygenerowanej w 2018 roku.

Analizując pierwszą połowę 2019 roku można dojść do wniosku, iż zaplanowane przychody ze sprzedaży zostały osiągnięte w 52% zaś koszty operacyjne w 51%. Szpital osiągnął również zysk z

działalności operacyjnej w wysokości ok. 54% zakładanej wartości w planie finansowym zaś strata z działalności finansowej wynosi ok. 41% straty założonej w planie finansowym na 2019 rok. Odchylenia od planu finansowego spowodowały, iż w pierwszym półroczu 2019 roku Szpital wygenerował stratę netto na poziomie ok. 39% zaplanowanej straty finansowej na 2019 rok. Utrzymanie takiej tendencji spowoduje wygenerowanie istotnie mniejszej straty w całym 2019 roku.

### **2.1.1. Przychody ze sprzedaży**

Poniższa tabela przedstawia kształtowanie się przychodów ze sprzedaży w latach 2017 – 2018 oraz w okresie 6 miesięcy 2018 i 2019 rok.



**Tabela 14. Struktura przychodów ze sprzedaży Szpitala w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6 miesięcy 2018 r. i 6 miesięcy 2019 r.**

Przychody ze sprzedaży	Wartość [w zł]			Struktura [%]			Dynamika [%]	
	2017	2018	6M2018	2017	2018	6M2018	2018/ 2017	6M2019/ 6M2018
Usługi medyczne	40 390 805	40 767 751	19 685 547	22 302 705	98,61%	98,34%	98,06%	13,29%
NFZ ogółem	39 326 196	39 571 436	19 080 381	21 679 812	96,01%	95,32%	95,32%	13,62%
świadczenia lecznicze	33 216 164	36 067 394	17 947 324	18 765 194	81,09%	89,66%	82,51%	4,56%
środki na wzrost wynagrodzeń	1 761 560	3 016 100	1 132 734	2 085 808	4,30%	5,66%	9,17%	84,14%
leki w programach lekowych		0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	-
zapłacone nadwykonania okresu bieżącego	4 348 472	487 942	0	828 809	10,62%	0,00%	3,64%	-88,78%
niezapłacone nadwykonania	0	0	0	0	0,00%	0,00%	0,00%	-
Dopłaty do pobytu pacjentów przebywających na oddziałach opieki długoterminowej	538 543	615 371	309 134	307 990	1,31%	1,48%	1,35%	14,27%
Świadczenia komercyjne - podstawowe komórki medyczne	61 382	99 590	47 127	52 939	0,15%	0,24%	0,23%	12,33%
Świadczenia komercyjne - pomocnicze komórki medyczne	464 684	481 356	248 905	261 964	1,13%	1,16%	1,15%	5,25%
<b>Usługi niemedyczne</b>	<b>336 511</b>	<b>367 385</b>	<b>182 881</b>	<b>193 772</b>	<b>0,82%</b>	<b>0,89%</b>	<b>0,85%</b>	<b>9,17%</b>
Najem powierzchni	273 992	279 077	141 123	156 688	0,67%	0,71%	0,69%	1,86%

	Wartość [w zł]				Struktura [%]				Dynamika [%]	
	2017	2018	6M2018	6M2019	2017	2018	6M2018	6M2019	2018/ 2017	6M2019/ 6M2018
	<b>Przychody ze sprzedaży</b>									
Usługi pobytowe i hotelowe	0	0		0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	-	-
Pozostałe	62 519	88 308	41 759	37 084	0,21%	0,21%	0,21%	0,16%	41,25%	-11,19%
Środki z MZ na wynagrodzenia rezydentów i stażystów	234 345	374 855	148 773	246 837	0,57%	0,90%	0,74%	1,09%	59,96%	65,91%
<b>Przychody ze sprzedaży ogółem</b>	<b>40 961 661</b>	<b>41 509 992</b>	<b>20 017 201</b>	<b>22 743 314</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>1,34%</b>	<b>13,62%</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Kształtowanie się przychodów ze sprzedaży zostało już pokrótce omówione w wstępnej analizie rachunku wyników Szpitala. Warto jednak zwrócić uwagę na strukturę oraz dynamikę poszczególnych pozycji przychodowych osiąganych przez Szpital w latach 2017 – 2018 oraz w pierwszej połowie 2018 i 2019 roku.

Co oczywiste najistotniejszą pozycją w strukturze przychodów ze sprzedaży są usługi medyczne, które w analizowanym okresie odpowiadały za ok. od 98,1 – 98,6%. W okresie 2018/2017 przychody te wzrosły jedynie o ok. +0,9%, zaś w pierwszej połowie 2019 roku były o ok. +13,3% wyższe od analogicznego okresu roku poprzedniego. Wśród usług medycznych najistotniejszym źródłem przychodów są przychody z NFZ, stanowiące w analizowanym okresie od 95,3 – 96% przychodów ze sprzedaży ogółem. Dynamika zmiany tej pozycji była bardzo zbliżona do prezentowanej wcześniej i wynosiła ok. 0,6% w okresie 2018/2017 i ok. 13,6% w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego.

W strukturze przychodów z NFZ najistotniejszymi są przychody z tytułu świadczeń leczniczych, które stanowiły w analizowanym okresie od 81%-89% przychodów ze sprzedaży ogółem a ich wzrost wyniósł ok. 8,6% w okresie 2018/2017 oraz ok. 4,6% w pierwszej połowie 2019 roku w stosunku do pierwszej połowy 2018 roku. Istotnym elementem przychodów ze sprzedaży były środki na wzrost wynagrodzeń. Środki te stanowiły od 4,3% przychodów ze sprzedaży ogółem w roku 2017 do ok 9,2% w pierwszym półroczu 2019 roku. Pozycja ta charakteryzuje się bardzo intensywnym wzrostem, który w okresie 2018/2017 wyniósł ok. +71,2% zaś w pierwszej połowie 2019 roku środki te były większe od analogicznego okresu roku poprzedniego o ok. +84,2%. W zakresie przychodów z NFZ warto zwrócić uwagę na pozycję zapłacone nadwykonania okresu bieżącego. W 2017 roku środki te wynosiło ok. 4,3 mln złotych oraz stanowiły ok. 10,6% przychodów ze sprzedaży ogółem. W roku 2018 pozycja ta wynosiła jedynie ok. 1,2% przychodów ze sprzedaży ogółem i wynosiła ok. 488 tys. złotych. Spadek wartości uzyskanych z tego tytułu w okresie 2018/2017 wyniósł ok. -88,8%. Zmiana ta koresponduje ze wzrostem wartości nadwykonań niezapłaconych z NFZ. W 2017 roku Szpital nie otrzymał ok. 72 tys. złotych z NFZ zaś w roku 2018 kwota ta osiągnęła wartość ok. 1,5 mln złotych. Zmiana ta w dużej mierze odpowiadała za niski wzrost przychodów ze sprzedaży w okresie 2018/2017 oraz co za tym idzie za pogorszeniem wyniku finansowego w roku 2018.

Pozostałe przychody z tytułu usług medycznych, to znaczy świadczenia komercyjne oraz dopłaty do pobytu pacjentów przebywających na oddziałach opieki długoterminowej stanowiły w analizowanym okresie po ok. 1,5% przychodów ze sprzedaży ogółem.

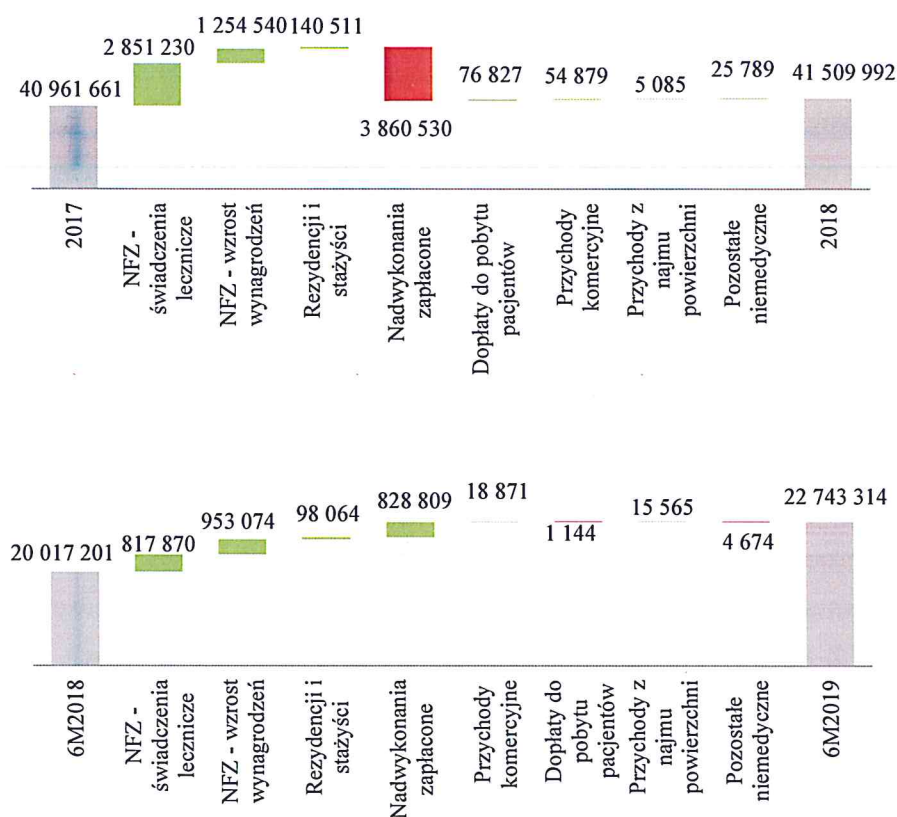
Przychody z tytułu usług niemedyceńskich w analizowanym Szpitalu składały się z przychodów z tytułu najmu powierzchni oraz pozostałych przychodów niemedyceńskich. Przychody z tytułu najmu powierzchni stanowiły w analizowanym okresie ok. 0,7% przychodów ze sprzedaży ogółem zaś

dynamika zmiany wartości tej pozycji wynosiła ok. 1,9% w okresie 2018/2017 oraz ok. 11% w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku.

Szpital księguje w przychodach ze sprzedaży środki z MZ na wynagrodzenia rezydentów i stażystów. Wartość przychodów z tego tytułu wynosiła od 0,6% do ok. 1,1% przychodów ze sprzedaży ogółem. Wzrost przychodów z tego tytułu wynosił w okresie 2018/2017 ok. 60% zaś w pierwszej połowie 2019 roku o ok. 65,9% w porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku.

Poniższy wykres przedstawia źródła zmiany przychodów ze sprzedaży Szpitala ze względu na rodzaj przychodów ze sprzedaży w latach 2018/2017 oraz w okresie 6M2019/6M2018.

**Wykres 30. Źródła zmiany przychodów ze sprzedaży Szpitala w okresach 2018/2017 oraz 6M2019/6M2018 ze względu na ich rodzaj**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

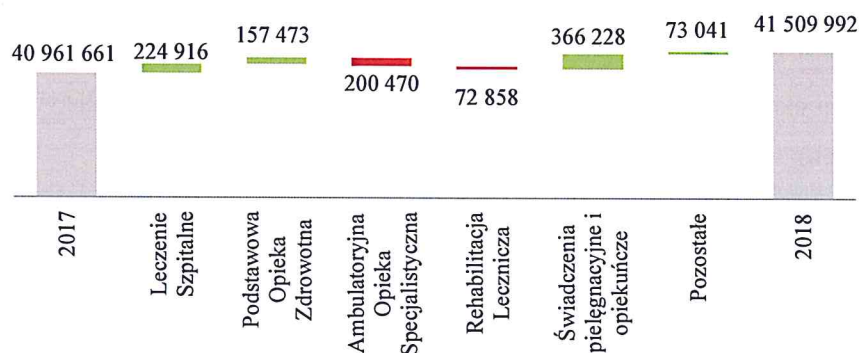
Jak widać na powyższym wykresie w okresie 2018/2017 najistotniejszą pozycją z punktu widzenia wzrostu przychodów ze sprzedaży był wzrost wartości środków z NFZ na świadczenia lecznicze. W analizowanym okresie pozycja ta zwiększyła się o ok. 2,9 mln złotych. Na wzrost przychodów ze sprzedaży wpłynęły również środki na wzrost wynagrodzeń w obszarze usług podstawowych z NFZ w wysokości ok. 1,2 mln złotych. Na wzrost przychodów ze sprzedaży w mniejszym stopniu wpłynęły

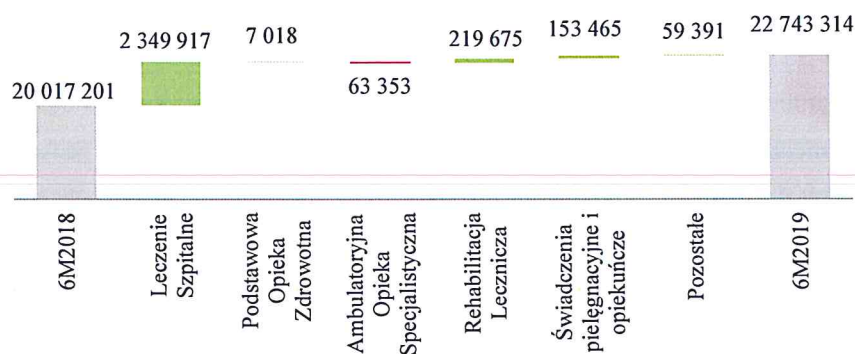
również przychody z tytułu najmu powierzchni, dopłaty do pobytu pacjentów, przychody komercyjne, pozostałe przychody niemedyczne oraz środki otrzymane na wynagrodzenia rezydentów i stażystów (w sumie wzrost o ok. 303 tys. złotych). Największy wpływ na zmianę przychodów ze sprzedaży o charakterze zmniejszającym miał spadek wartości nadwykonań zapłaconych o ok. 3,8 mln złotych, co było najistotniejszą pozycją wpływającą na kształtowanie się przychodów ze sprzedaży w okresie 2018/2017. Mimo wzrostu przychodów na wszystkich pozostałych pozycjach spadek nadwykonań zapłaconych spowodował niewielki sumaryczny wzrost przychodów ze sprzedaży w analizowanym okresie.

W pierwszym półroczu 2019 roku doszło do wzrostu przychodów ze sprzedaży ogółem w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego o ok. 2,7 mln złotych. Głównym składnikiem tej zmiany okazał się wzrost przychodów ze sprzedaży z tytułu świadczeń leczniczych o ok. 818 tys. złotych, środków na wzrost wynagrodzeń z NFZ w wysokości ok. 953 tys. złotych oraz wzrost wartości nadwykonań zapłaconych o ok. 829 tys. złotych. Jedynymi pozycjami, których wartość była mniejsza w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku były dopłaty do pobytu pacjentów na oddziałach opieki długoterminowej oraz pozostałe przychody niemedyczne (różnica wynosiła ok. -1,4 i -4,7 tys. złotych).

Kolejny wykres przedstawia zmianę przychodów ze sprzedaży ogółem w okresie 2018/2017 oraz 6M2019/6M2018 według obszarów działalności medycznej.

**Wykres 31. Źródła zmiany przychodów ze sprzedaży Szpitala w latach 2018/2017 oraz 6M2019/6M2018 według obszarów działalności medycznej**



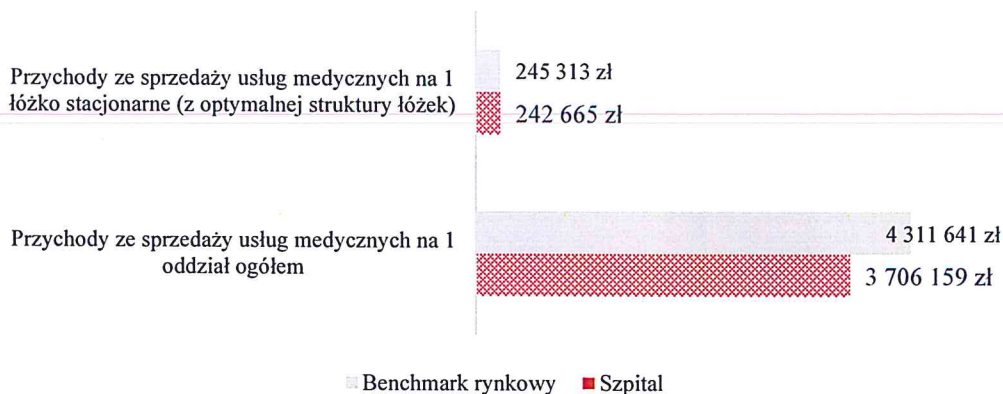


źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie, najistotniejsza zmiana przychodów w okresie 2018/2017 zaszła w obszarze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, które zwiększyło w analizowanym okresie generowane przychody ze sprzedaży o ok. 366 tys. złotych. Na kształtowanie się przychodów ogółem ze sprzedaży pozytywny wpływ miało również zwiększenie przychodów ze sprzedaży wygenerowanych przez leczenie szpitalne o ok. +225 tys. złotych oraz podstawową opiekę zdrowotną o ok. 157 tys. złotych. W obszarze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej doszło do spadku przychodów o ok. -200 tys. złotych zaś w obszarze rehabilitacji leczniczej o ok. -73 tys. złotych.

W pierwszej połowie 2019 roku w stosunku do pierwszej połowy 2018 roku największym wzrostem przychodów ze sprzedaży charakteryzowało się leczenie szpitalne ze wzrostem o ok. 2,3 mln złotych. Kolejnymi obszarami, które wygenerowały w tym okresie większe przychody ze sprzedaży były rehabilitacja lecznicza (wzrost o ok. 220 tys. złotych), świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (wzrost o ok. 153 tys. złotych) oraz podstawowa opieka zdrowotna (wzrost o ok. 7 tys. złotych). Jedynym obszarem, który w pierwszej połowie 2019 roku wygenerował mniejsze przychody ze sprzedaży niż w analogicznym okresie roku wcześniejszego była ambulatoryjna opieka specjalistyczna (spadek o ok. -63 tys. złotych).

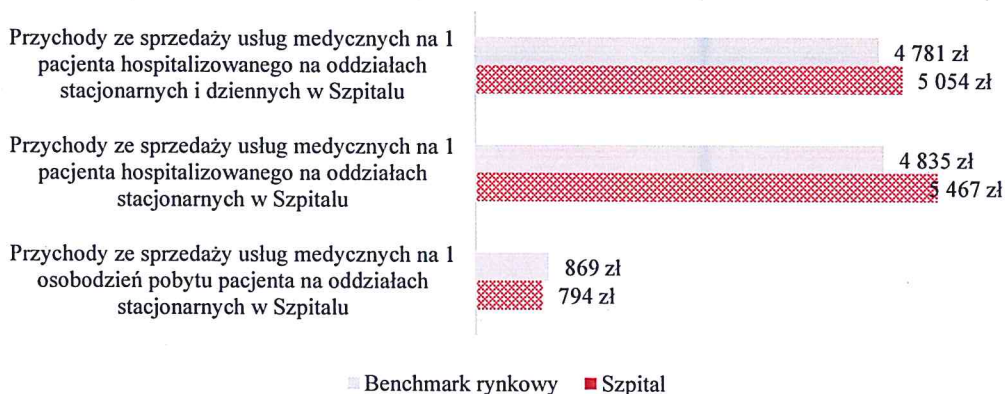
### Wykres 32. Wskaźniki porównawcze przychodów ze sprzedaży usług medycznych w roku 2018 w przeliczeniu na liczbę optymalnych łóżek oraz liczbę oddziałów



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższych wykresach przychody ze sprzedaży usług medycznych osiągnięte przez Szpital w przeliczeniu na 1 łóżko (według optymalnej struktury łóżek) oraz 1 oddział ogółem w 2018 roku były mniejsze od wartości rynkowych o ok. 2,6 tys. złotych w przypadku pierwszego wskaźnika oraz o ok. 605 tys. złotych w przypadku przeliczeniu na liczbę oddziałów.

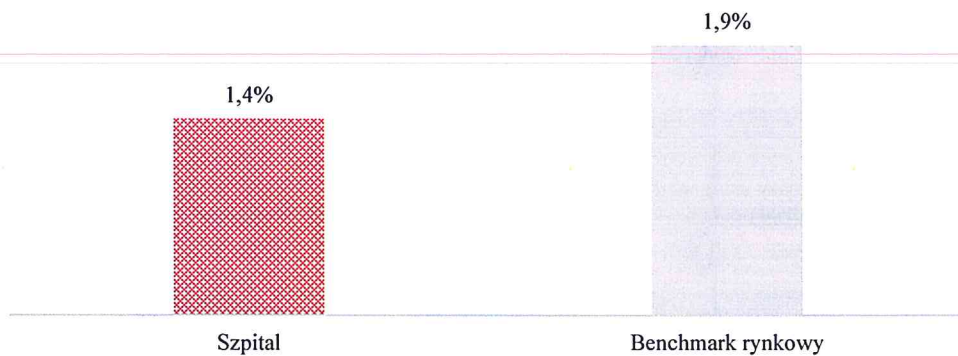
### Wykres 33. Wskaźniki porównawcze przychodów ze sprzedaży usług medycznych w roku 2018 w przeliczeniu na liczbę hospitalizowanych pacjentów



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższych wykresach przychody ze sprzedaży usług medycznych osiągnięte przez Szpital w przeliczeniu na 1 pacjenta hospitalizowanego na oddziałach stacjonarnych i dziennych w Szpitalu są większe od benchmarku rynkowego o ok. 632 zł. Przychody ze sprzedaży usług medycznych w przeliczeniu na 1 pacjenta hospitalizowanego na oddziałach stacjonarnych w Szpitalu były większe od benchmarku rynkowego o ok. 273 zł zaś w przeliczeniu na 1 osobodzień pobytu pacjenta na oddziałach stacjonarnych w Szpitalu mniejsze od benchmarku rynkowego o ok. 75 zł.

**Wykres 34. Udział przychodów ze sprzedaży usług medycznych świadczonych komercyjnie w przychodach ogółem ze sprzedaży w 2018 roku**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Szpital charakteryzuje się mniejszym od rynkowych wskaźnikiem udziału przychodów ze sprzedaży usług medycznych świadczonych komercyjnie w przychodach ze sprzedaży produktów w 2018 roku. Wskaźnik ten dla Szpitala wynosił ok. 1,4% i był o ok. 0,5 punktów procentowych mniejszy od benchmarku rynkowego.

### **2.1.2. Koszty działalności operacyjnej**

Poniższa tabela przedstawia strukturę oraz dynamikę kosztów operacyjnych ponoszonych przez Szpital w latach 2017 – 2018 oraz okresie 6 miesięcy 2018 i 2019 roku.



**Tabela 15. Struktura i dynamika kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w latach 2017 – 2018 oraz w okresach 6 miesięcy 2018 roku i 6 miesięcy 2019 roku**

Koszty operacyjne	Wartość [w zł]			Dynamika [%]		Udział w przychodach po standaryzacji [%]				
	2017	2018	6M2018	6M2019	2018/2017	6M2019/6M2018	2017	2018	6M2018	6M2019
Amortyzacja	2 410 169	3 190 185	1 505 045	1 827 891	32,4%	21,5%	6,17%	8,04%	7,56%	7,91%
Zużycie materiałów i energii	7 667 053	7 196 303	3 687 483	4 259 395	-6,1%	15,5%	19,64%	18,14%	18,51%	18,44%
Leki	1 334 306	1 119 056	632 776	620 525	-16,1%	-1,9%	3,42%	2,82%	3,18%	2,69%
Materiały medyczne i sprzęt jednorazowy	1 667 463	1 533 054	784 030	775 479	-8,1%	-1,1%	4,27%	3,87%	3,94%	3,36%
Materiały wszeplalne	1 767 417	1 589 031	795 512	1 031 304	-10,1%	29,6%	4,53%	4,01%	3,99%	4,47%
Energia elektryczna	461 652	499 915	222 348	240 702	8,3%	8,3%	1,18%	1,26%	1,12%	1,04%
Energia ciepła i pochodne	555 087	552 412	316 628	360 971	-0,5%	14,0%	1,42%	1,39%	1,59%	1,56%
Pozostałe	1 881 128	1 902 835	936 190	1 230 413	1,2%	31,4%	4,82%	4,80%	4,70%	5,33%
<b>Usługi obce nieosobowe</b>	<b>2 640 767</b>	<b>3 138 972</b>	<b>1 539 592</b>	<b>1 686 830</b>	<b>18,9%</b>	<b>9,6%</b>	<b>6,76%</b>	<b>7,91%</b>	<b>7,73%</b>	<b>7,30%</b>
Zakup procedur medycznych	589 961	768 319	390 614	311 336	30,2%	-20,3%	1,51%	1,94%	1,96%	1,35%
Usługi żywienia pacjentów	632 396	606 336	314 300	340 690	-4,1%	8,4%	1,62%	1,53%	1,58%	1,48%
Pozostałe usługi	311 670	545 665	278 737	266 817	75,1%	-4,3%	0,80%	1,38%	1,40%	1,16%
Konserwacja, przeglądy i naprawy sprzętu i środków	547 995	476 225	242 823	364 335	-13,1%	50,0%	1,40%	1,20%	1,22%	1,58%

Koszty operacyjne	Wartość [w zł]				Dynamika [%]		Udział w przychodach po standaryzacji [%]			
	2017	2018	6M2018	6M2019	2018/2017	6M2019/ 6M2018	2017	2018	6M2018	6M2019
	transportu (medycznego i niemedycznego)									
Usługi transportowe zewnętrzne (niemedyczne)	43 123	182 943	35 364	140 262	324,2%	296,6%	0,11%	0,46%	0,18%	0,61%
Pozostałe	515 623	559 484	277 753	263 390	8,5%	-5,2%	1,32%	1,41%	1,39%	1,14%
Podatki i opłaty	419 512	422 403	221 773	236 916	0,7%	6,8%	1,07%	1,06%	1,11%	1,03%
Koszty osobowe	27 654 538	30 716 728	14 875 048	16 991 943	11,1%	14,2%	70,84%	77,44%	74,68%	73,57%
Lekarze	9 969 616	11 612 652	5 803 635	6 465 971	16,5%	11,4%	25,54%	29,28%	29,14%	28,00%
Pielęgniarki i położne	8 425 134	8 920 711	4 321 527	5 042 962	5,9%	16,7%	21,58%	22,49%	21,70%	21,84%
Administracja	1 331 800	1 625 803	801 766	837 615	22,1%	4,5%	3,41%	4,10%	4,03%	3,63%
Pozostały personel medyczny i niemedyczny	4 490 850	5 092 091	2 433 619	2 130 473	13,4%	-12,5%	11,50%	12,84%	12,22%	9,22%
Ubezpieczenia społeczne ogółem	3 539 150	3 787 822	1 826 283	2 109 691	7,0%	15,5%	9,07%	9,55%	9,17%	9,13%
Pozostałe koszty rodzajowe	245 381	231 261	109 618	108 077	-5,8%	-1,4%	0,63%	0,58%	0,55%	0,47%
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0	330	330	0	-	-100,0%	-	-	-	-
Zmiana stanu produktów - korekta	106 130	363 870	0	0						
<b>SUMA</b>	<b>41 143 550</b>	<b>45 260 053</b>	<b>21 938 888</b>	<b>25 111 052</b>	<b>10,0%</b>	<b>-51,5%</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższej tabeli w latach 2017 – 2018 doszło do wzrostu kosztów działalności operacyjnej ogółem o ok. +10%. W okresie tym największą dynamiką wzrostu charakteryzowały się koszty amortyzacji, których wzrost wyniósł ok. 32,4% oraz usługi obce nieosobowe, które wzrosły o ok. +18,9%. Koszty związane z kosztami osobowymi wzrosły o ok. +11,1%. W przypadku kosztów zużycia materiałów i energii doszło do zmniejszenia wydatków o ok. 7%, pozostałych kosztów rodzajowych o ok. 5,8% zaś wartość podatków i opłat pozostała na niemal niezmiennym poziomie. Nominalnie największy wzrost kosztów operacyjnych dotyczył kosztów osobowych i wyniósł ok. 3,1 mln złotych. Wysokim wzrostem kosztów charakteryzowała się również amortyzacja (ok. 780 tys. złotych) oraz usługi obce nieosobowe (ok. 498 tys. złotych).

Zdecydowanie najistotniejszym rodzajem kosztów operacyjnych w analizowanych latach były koszty osobowe, które stanowiły ok. 65,7% przychodów ze sprzedaży w 2017 roku oraz 68,9% przychodów ze sprzedaży w 2018 roku. W pierwszej połowie 2018 i 2019 roku udział ustandaryzowanych kosztów osobowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży zmniejszył się do poziomu 68,3% w 6M2018 roku oraz 63,5% w 6M2019 roku. Wśród kosztów osobowych najistotniejszymi kosztami były koszty związane z wynagrodzeniami lekarzy oraz pielęgniarek i położnych, które w 2018 roku wynosiły odpowiednio ok. 11,6 mln oraz 8,9 mln złotych. Wynagrodzenia lekarzy w okresie 2018/2017 wzrosły o ok. 16,5% zaś pielęgniarek i położnych o ok. +5,9%. Wśród kosztów osobowych największą dynamiką wzrostu charakteryzowały się wynagrodzenia administracji, które wzrosły o ok. 22,1%, nominalnie wzrost ten wyniósł ok. 294 tys. złotych. Wzrost wydatków w zakresie administracji związany był z obsadzeniem stanowiska dyrektora naczelnego, które pozostawało nieobsadzone w okresie od grudnia 2016 roku do końca marca 2017 roku. Dodatkowo doszło do utworzenia działu Obsługi Technicznej, co wiązało się z powstaniem dwóch nowych etatów.

W zakresie usług obcych nieosobowych najistotniejszym kosztem okazał się zakup procedur medycznych których wartość w 2018 roku wynosiła ok. 1,9% przychodów ze sprzedaży ogółem. Pozostałymi istotnymi kosztami w ramach usług obcych nieosobowych były: usługi żywienia pacjentów (udział ok. 1,5%), pozostałe usługi (udział ok. 1,4%), oraz konserwacja, przeglądy i naprawy sprzętu i środków transportu (medycznego i niemiedycznego) (1,2%). W okresie tym największą dynamiką wzrostu charakteryzowały się koszty zakupu procedur medycznych (ok. 30,2%) oraz usługi transportowe zewnętrzne (ok. 324%).

W pierwszym półroczu 2019 roku koszty operacyjne poniesione przez Szpital były o ok. 14,5% większe od kosztów operacyjnych poniesionych w analogicznym okresie poprzedniego roku. Za wzrost poniesionych kosztów operacyjnych odpowiadał głównie wzrost kosztów osobowych o ok. 14,2%. W porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku Szpital poniósł w pierwszej połowie 2019 roku koszty usług obcych nieosobowych większe o ok. +10%, zużycia materiałów i energii o ok. +15,5%, amortyzacji o ok. 21,5%, podatków i opłat o ok. +6,8%.

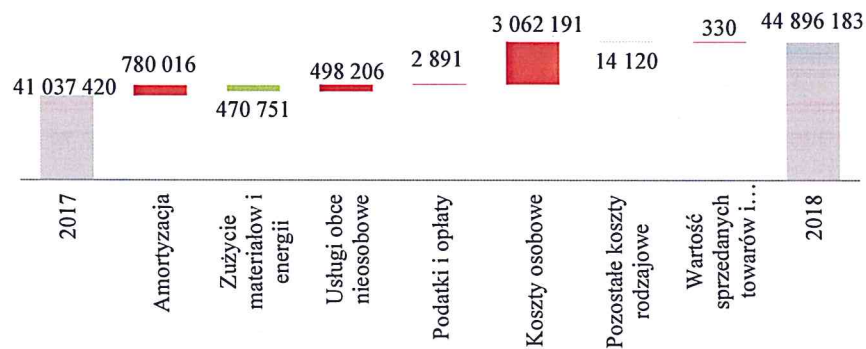
W pierwszej połowie 2019 roku najistotniejszymi kosztami ponoszonymi przez Szpital były również koszty osobowe, których udział w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wynosił ok. 68,3% w pierwszej połowie 2018 roku oraz ok. 63,5% w pierwszej połowie 2019 roku. W pierwszych 6 miesiącach 2019 roku najistotniejszą pozycją w tym zakresie były wynagrodzenia lekarzy w wysokości ok. 6,5 mln złotych oraz pielęgniarek i położnych w wysokości ok. 5 mln złotych.

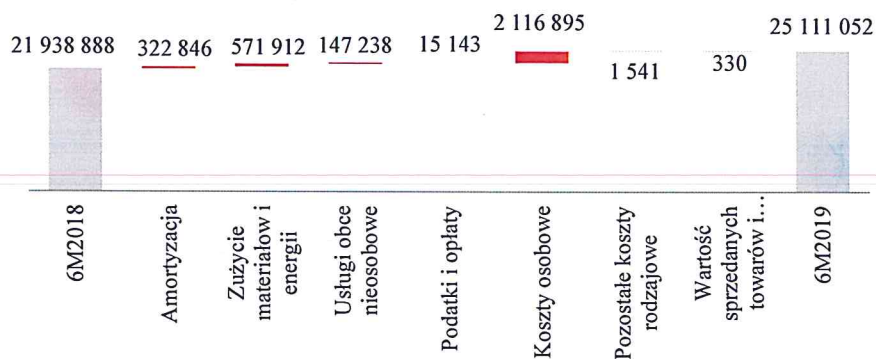
W zakresie nieosobowych usług obcych wzrost wartości w stosunku do pierwszego półrocza 2018 roku zależał głównie od wzrostu wartości kosztów żywienia pacjentów o ok. 8,4% (ok. +26 tys. złotych), konserwacji, przeglądów i napraw sprzętu i środków transportu o ok. 50% (ok. +121 tys. złotych oraz usług transportowych zewnętrznych o ok. 396% (ok. +105 tys. złotych).

W zakresie zużycia materiałów i energii największym wzrostem w okresie 6M2019/6M2018 z wymienionych pozycji charakteryzowały się koszty materiałów wszczepialnych, które wynosiły o ok. +29,6% więcej niż w pierwszym półroczu 2018 roku. Dużym wzrostem charakteryzowały się również koszty energii elektrycznej (8,3%), oraz energii cieplnej (ok. 14%). Nominalnie największy wzrost dotyczył materiałów wszczepialnych i wynosił ok. 236 tys. złotych.

Wykres poniżej przedstawia w graficzny sposób wpływ opisanych wyżej zmian na zmianę wartości kosztów operacyjnych Szpitala w latach 2018/2017 oraz okresie 6M2019/6M2018.

**Wykres 35. Źródła zmiany kosztów operacyjnych Szpitala według rodzaju w latach 2018/2017 oraz w okresie 6M2019/6M2018**



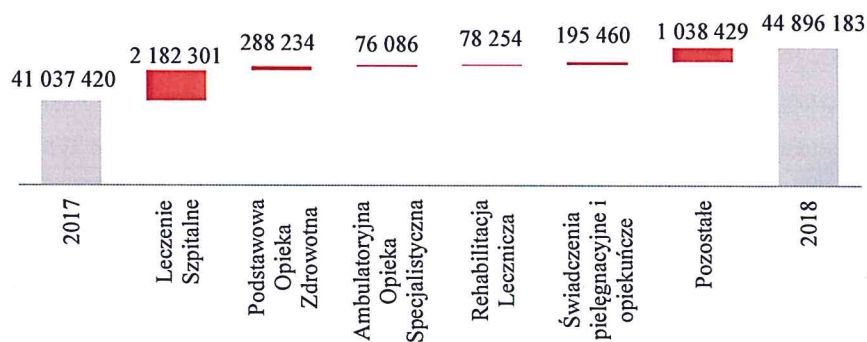


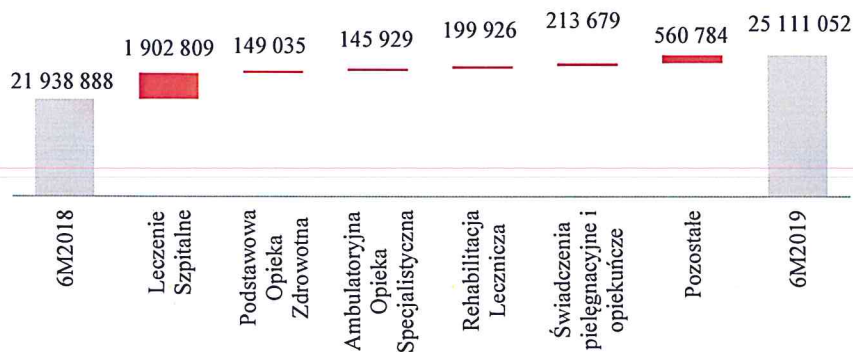
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie w latach 2018/2017 największy wpływ na zmianę kosztów operacyjnych miał wzrost kosztów osobowych o ok. 3,1 mln złotych, amortyzacji o ok. 780 tys. złotych oraz usług obcych nieosobowych o ok. 498 tys. złotych. Pozytywnie na zmianę kosztów operacyjnych wpłynął spadek zużycia materiałów i energii o ok. 471 tys. złotych oraz pozostałych kosztów rodzajowych o ok. 14 tys. złotych.

W okresie 6M2019/6M2018 największy wpływ na wzrost kosztów operacyjnych miał wzrost kosztów osobowych o ok. 2,1 mln złotych, zużycia materiałów i energii o ok. 572 tys. złotych oraz amortyzacji o ok. 323 tys. złotych. Niewielka pozytywna zmiana została odnotowana w przypadku pozostałych kosztów rodzajowych (spadek o ok. 1,5 tys. złotych) oraz wartości sprzedanych towarów i materiałów.

**Wykres 36. Źródła zmiany kosztów operacyjnych Szpitala według obszaru działalności medycznej w latach 2018/2017 oraz okresach 6M2019/6M2018**





źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższych wykresach w okresach 2018/2017 oraz 6M2019/6M2018 do wzrostu kosztów operacyjnych doszło na każdym obszarze działalności medycznej. W latach 2018/2017 największy wzrost kosztów zaobserwowany został na leczeniu szpitalnych (ok. 2,2 mln złotych), podstawowej opiece zdrowotnej (ok. +288 tys. złotych) oraz świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

W przypadku pierwszej połowy 2019 roku koszty operacyjne były większe od analogicznego okresu roku wcześniejszego o ok. +1,9 mln złotych na leczeniu szpitalnym, ok. +200 tys. złotych na rehabilitacji leczniczej oraz ok. +214 tys. złotych na świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Pozycja pozostałe, to koszty operacyjne których nie zakwalifikowano do żadnego z powyższych obszarów działalności leczniczej.

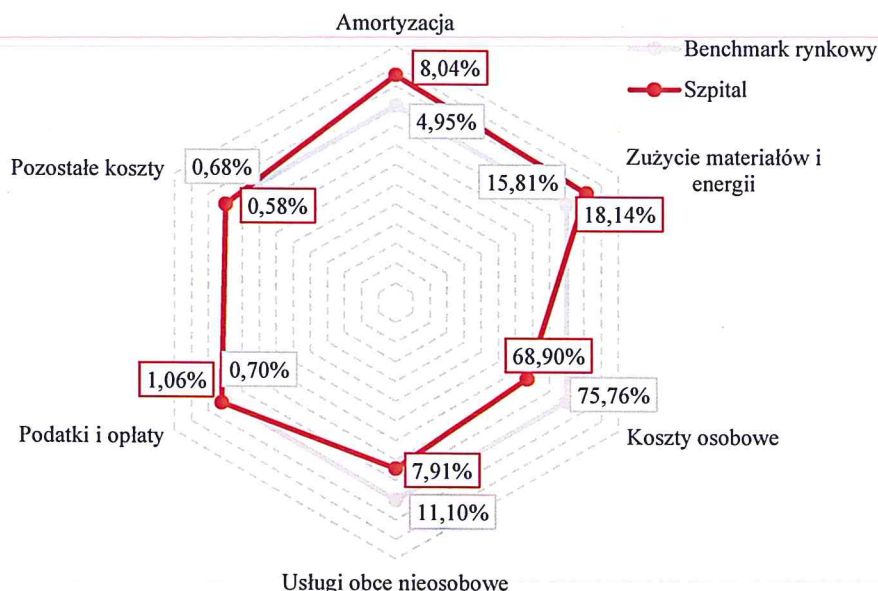
Oceny wysokości generowanych przez Szpital kosztów operacyjnych dokonano na podstawie benchmarków rynkowych – tj. średnich wartości analogicznej danej finansowej o charakterze kosztowym, osiąganey przez podmioty lecznicze udzielające stacjonarnych i całodobowych świadczeń medycznych na krajowym rynku ochrony zdrowia, przede wszystkim w oparciu o kontrakty z NFZ - o podobnej specyfice działalności leczniczej jak Szpital. Zostały one opracowane na podstawie kalkulacji udziałów poszczególnych kosztów działalności operacyjnej, w porównaniu do wartości przychodów ze sprzedaży osiągniętych przez wspomniane podmioty lecznicze. Należy przy tym zaznaczyć, że na potrzeby porównywalności przedmiotowej analizy zarówno przychody ze sprzedaży, jak i koszty operacyjne analizowanych podmiotów leczniczych poddano standaryzacji.

Opracowany benchmark rynkowy został sporządzony na podstawie kształtowania się poszczególnych rodzajów kosztów działalności operacyjnej osiągniętych przez podmioty lecznicze funkcjonujące na krajowym rynku ochrony zdrowia.

Z porównania udziału poszczególnych rodzajów kosztów działalności operacyjnej w przychodach ze sprzedaży wynika, że kształtowanie się kosztów działalności operacyjnej Szpitala według danych za

2018 r. na poziomie 104,64% oznacza, że w ujęciu ogólnym są one mniejsze od wartości rynkowych (benchmarkowych) o ok. 4,35 punktów procentowych.

**Wykres 37. Porównanie udziału ustandaryzowanych rodzajów kosztów operacyjnych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego**

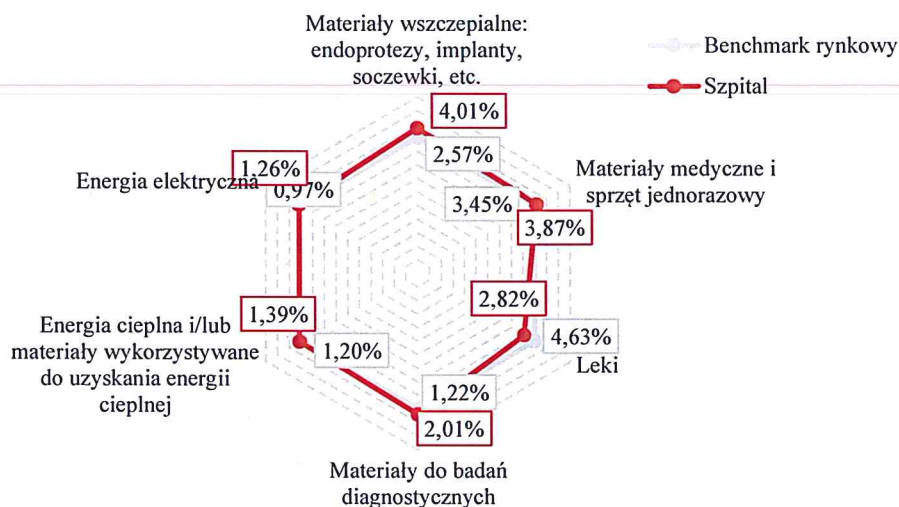


źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie największy ustandaryzowany udział kosztów w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży przypada na koszty osobowe. Wynosi on ok. 68,9% i jest mniejszy od benchmarku rynkowego o ok. 6,9 punktów procentowych. Kosztem, którego udział w przychodach ze sprzedaży był mniejszy od benchmarku rynkowego były również koszty usług obcych nieosobowych z udziałem ok. 15,8% (mniej o ok. 3,2 punkty procentowe od benchmarku) a także pozostałe koszty z udziałem ok. 0,58% (mniej o ok. 0,1 punkt procentowy od benchmarku).

Szpital przekroczył benchmark rynkowy w przypadku amortyzacji o ok. +3,1 punktów procentowych (udział wynosił ok. 8%), zużycia materiałów i energii o ok. +2,3 punktów procentowych (udział ok. 18,1%) a także podatków i opłat o ok. +0,3 punktów procentowych (udział ok. 1,1%).

**Wykres 38. Porównanie udziału wybranych rodzajów ustandaryzowanych szczegółowych kosztów zużycia materiałów i energii w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

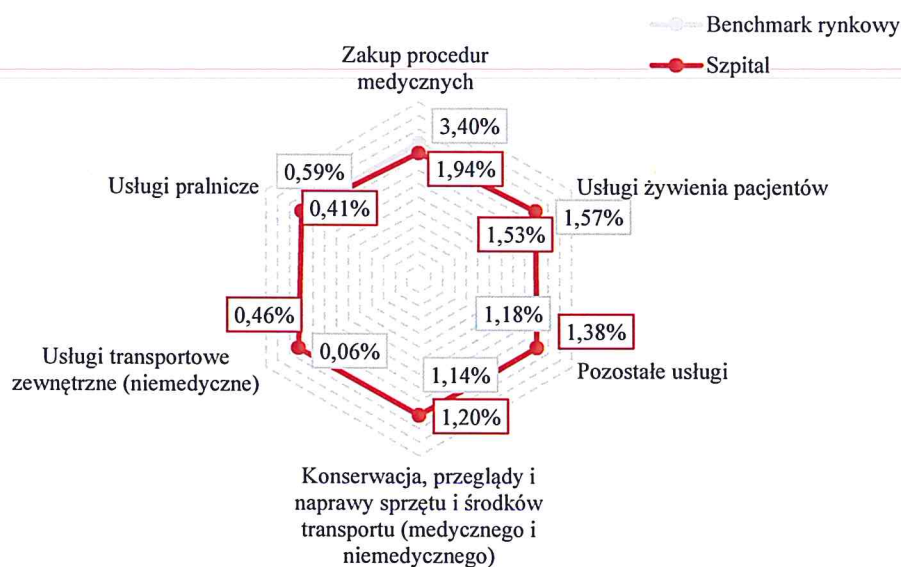
Powyższy wykres przedstawia największe, pod względem udziału w przychodach ze sprzedaży Szpitala szczególne koszty zużycia materiałów i energii.

Jak widać na wykresie najistotniejszym kosztem zużycia materiałów i energii są materiały wszczepialne (endoprotezy, implanty, soczewki etc.). Ich udział w przychodach ze sprzedaży Szpitala wyniósł w 2018 roku ok. 4,01% i jest większy od benchmarku rynkowego o ok. +1,44 punkty procentowe. Kolejnym istotnym kosztem są materiały medyczne i sprzęt jednorazowy, których udział w przychodach ze sprzedaży Szpitala wynosił ok. 3,9% (więcej o ok. +0,4 punktów procentowych w stosunku do benchmarku rynkowego). W zakresie zużycia materiałów i energii Szpital przekroczył benchmark rynkowy również w przypadku materiałów do badań diagnostycznych (przekroczenie o ok. +0,8 punktów procentowych), kosztów energii cieplnej (przekroczenie o ok. +0,2 punktów procentowych) oraz energii elektrycznej (przekroczenie o ok. +0,3 punktów procentowych).

Koszty zużycia leków stanowiły w 2018 roku ok. 2,8% ustandaryzowanych przychodów ze sprzedaży. Udział tego kosztu w przychodach ze sprzedaży produktów Szpitala był mniejszy od benchmarku rynkowego o ok. 1,8 punktów procentowych.



**Wykres 39. Porównanie udziału wybranych rodzajów ustandaryzowanych szczegółowych kosztów nieosobowych usług obcych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego**



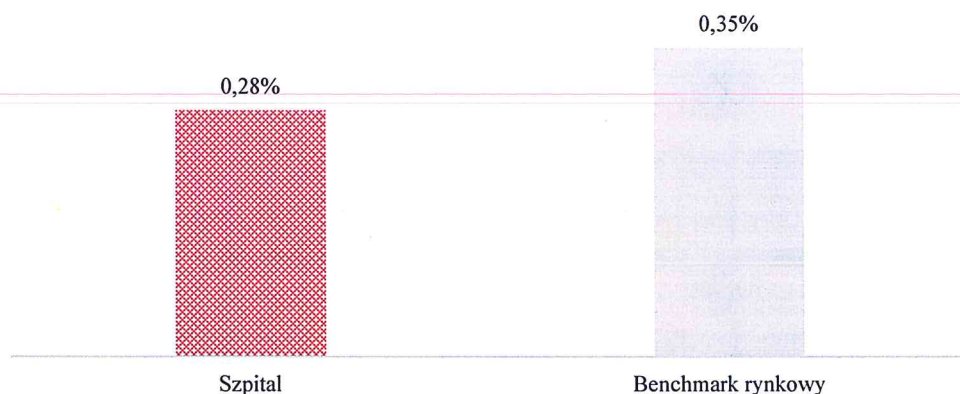
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Powyższy wykres przedstawia największe, pod względem udziału w przychodach ze sprzedaży Szpitala szczególne koszty usług obcych nieosobowych.

Kosztami, których udział w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży przekroczył wartość benchmarku rynkowego były pozostałe usługi, konserwacje, przeglądy i naprawy sprzętu i środków transportu oraz usługi transportowe zewnętrzne (niemedyczne). W przypadku pozostałych usług wartość udziału w przychodach wyniosła ok. 1,4%, co było przekroczeniem benchmarku rynkowego o ok. +0,2 punktów procentowych. W przypadku konserwacji przeglądów i naprawy sprzętu udział ten wyniósł od 1,2% i był wyższy od benchmarku rynkowego o ok. +0,06 punktów procentowych zaś w przypadku usług transportowych zewnętrznych udział ten wyniósł ok. 0,5% i był większy od benchmarku rynkowego o ok. +0,4 punktów procentowych.

W przypadku pozostałych kosztów szczegółowych udział w przychodach był mniejszy od benchmarku rynkowego. Dla kosztów związanych z zakupem procedur medycznych udział ten wyniósł ok. 1,9% i był niższy od benchmarku o ok. 1,5 punktów procentowych, koszty usług żywienia pacjentów wyniosły ok. 1,5% ustandaryzowanych przychodów ze sprzedaży i były o ok. 0,04 punktów procentowych niższe od benchmarku rynkowego, udział usług pralniczych wyniósł zaś ok. 0,41% (mniej o ok. 0,2 punktów procentowych od benchmarku rynkowego).

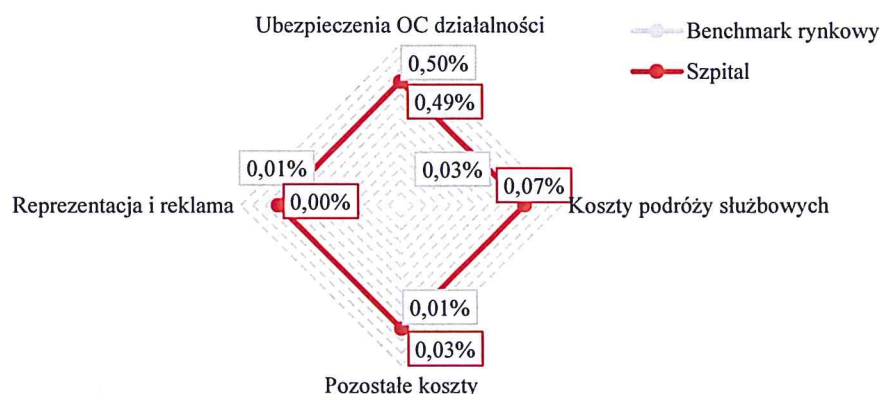
**Wykres 40. Porównanie udziału kosztu podatku od nieruchomości w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Powyższy wykres obrazuje najistotniejszy pod względem udziału w przychodach ze sprzedaży Szpitala koszt operacyjny związany z podatkami i opłatami jakim jest podatek od nieruchomości. W 2018 roku wartość zapłaconego podatku z tego tytułu wyniosła ok 0,28% ustandaryzowanych przychodów ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital. Była to wartość niższa od benchmarku rynkowego o ok. 0,07 punktów procentowych.

**Wykres 41. Porównanie udziału wybranych rodzajów ustandaryzowanych szczegółowych pozostałych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Powyższy wykres przedstawia udział w przychodach ze sprzedaży generowanych przez Szpital wybranych pozostałych kosztów rodzajowych.

Największą istotność w strukturze udziałowej pozostałych kosztów rodzajowych do przychodów ze sprzedaży mają koszty ubezpieczenia OC działalności leczniczej, które dla audytowanego Szpitala

wyniosły w 2018 roku ok. 0,49%. Była to wartość mniejsza od benchmarku rynkowego o ok. 0,01 punkt procentowy. Szpital przekroczył również benchmark rynkowy o ok. +0,04 punktów procentowych w przypadku kosztów podróży służbowych oraz o ok. +0,01 punkt procentowy w przypadku pozycji pozostałe koszty.

**Tabela 16. Podział i dynamika kosztów osobowych ponoszonych przez Szpital w latach 2017 - 2018 oraz okresach 6M2019 i 6M2018**

Pozycja	2017 [zł]	2018 [zł]	6M2018 [zł]	6M2019 [zł]	2018/2017 [%]	2017/2017 [zł]	6M2019/6M2018 [%]	6M2019/6M2018 [zł]
Wynagrodzenia [bez środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń]	15 168 750 zł	15 122 221 zł	8 865 603 zł	9 402 834 zł	0%	-46 529 zł	6%	537 231 zł
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia [bez środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń]	3 232 645 zł	3 227 868 zł	1 614 973 zł	1 725 376 zł	0%	-4 777 zł	7%	110 403 zł
Usługi obce osobowe [bez środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń]	7 273 040 zł	8 995 806 zł	4 494 944 zł	5 074 187 zł	24%	1 722 766 zł	13%	579 243 zł
Kontrakty lekarskie	7 223 945 zł	8 901 265 zł	4 452 279 zł	4 966 787 zł	23%	1 677 320 zł	12%	514 508 zł
Kontrakty pielęgniarskie	49 095 zł	94 541 zł	42 665 zł	107 400 zł	93%	45 446 zł	152%	64 735 zł
Kontrakty pozostałego personelu medycznego	0 zł	0 zł	0 zł	0 zł	-	0 zł	-	0 zł
Kontrakty pozostałego personelu niemedyckiego	0 zł	0 zł	0 zł	0 zł	-	0 zł	-	0 zł
Środki na wzrost wynagrodzeń (NFZ i MZ)	1 988 937 zł	3 390 955 zł	1 281 507 zł	2 332 645 zł	70%	1 402 018 zł	82%	1 051 138 zł
Koszty osobowe [bez środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń]	25 674 435 zł	27 345 895 zł	14 975 520 zł	16 202 397 zł	7%	1 671 460 zł	8%	1 226 877 zł

Pozycja	2017 [zł]	2018 [zł]	6M2018 [zł]	6M2019 [zł]	2018/2017 [%]	2017/2017 [zł]	6M2019/6M2018 [%]	6M2019/6M2018 [zł]
Udział w przychodach ze sprzedaży po standaryzacji	65,7%	68,9%	68,2%	63,5%	5%	0 zł	-7%	0 zł

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Koszty osobowe (osobowe usługi obce, wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia) są kosztem operacyjnym Szpitala generującym w strukturze kosztów rodzajowych, najwyższą wartość, co jest typowym zjawiskiem pośród wszystkich podmiotów leczniczych o podobnej specyfice działania. Koszty osobowe w Szpitalu w 2018 r. osiągnęły wartość ok. 30,7 mln zł i były wyższe od kosztów osobowych wygenerowanych przez Szpital w 2017 r. (ok. 27,6 mln zł) o ok. 3,1 mln zł, co stanowi wzrost o ok. 11,1%.

Należy przy tym jednak zaznaczyć, że w kwocie 3,1 mln zł aż ok. 1,4 mln złotych stanowił wzrost wartości środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek, położnych i pracowników ratownictwa medycznego refundowany ze środków otrzymywanych przez Szpital z NFZ oraz środki z Ministerstwa Zdrowia na wynagrodzenia rezydentów i stażystów - ewidencjonowanych w analogicznej wartości w przychodach ze sprzedaży Szpitala. Tym samym wyłączając wpływ ustawowych wzrostów wynagrodzeń podlegających refundacji, koszty osobowe Szpitala na przestrzeni analizowanych lat 2017 – 2018 wzrosły o ok. 6,5%, co kwotowo odpowiada wartości ok. 1,7 mln zł.

#### Wniosek nr 23

Koszty osobowe w Szpitalu w 2018 r. osiągnęły wartość ok. 30,7 mln zł i były wyższe od kosztów osobowych wygenerowanych przez Szpital w 2017 r. (ok. 27,6 mln zł) o ok. 3,1 mln zł, co stanowi wzrost o ok. 11,1%.

Wyłączając wpływ ustawowych wzrostów wynagrodzeń podlegających refundacji (pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni z NFZ oraz lekarze rezydenci i stażyści z MZ), koszty osobowe Szpitala na przestrzeni lat 2017 - 2018 wzrosły o ok. 6,5%, co kwotowo odpowiada wartości ok. 1,7 mln zł.

Patrząc z perspektywy poszczególnych składowych kosztów osobowych na przestrzeni analizowanych lat najszybciej rosną koszty osobowe w kategorii usługi obce osobowe – o kwotę ok. 1,7 mln zł w okresie 2017 – 2018, co stanowi wzrost o ok. 23,7%.

Koszty wynagrodzeń wygenerowały w 2018 r. koszty w kwocie ok. 17,9 mln zł i były wyższe od przedmiotowych kosztów wygenerowanych w 2017 r. (ok. 16,8 mln zł) o ok. 1,1 mln zł – co stanowiło wzrost o ok. 6,5% w roku 2018 w stosunku do roku wcześniejszego. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż wyłączając refundowany składnik wynagrodzeń doszło do spadku kosztów z tego tytułu o ok. 47 tys. złotych (ok. -0,3%).

Analogiczna sytuacja zaistniała w przypadku kosztów ubezpieczeń społecznych. W okresie 2017 - 2018 wzrost wartości tej pozycji wynosił ok. 249 tys. złotych (ok. 7%). Po skorygowaniu o wartości refundowane odnotowano spadek wartości tych kosztów w wysokości ok. 0,15%.

Można więc stwierdzić, iż cały wzrost kosztów faktycznie ponoszonych przez Szpital (nie podlegających refundacji) w okresie 2017 – 2018 przypadł na koszty usług obcych osobowych.

### Wniosek nr 24

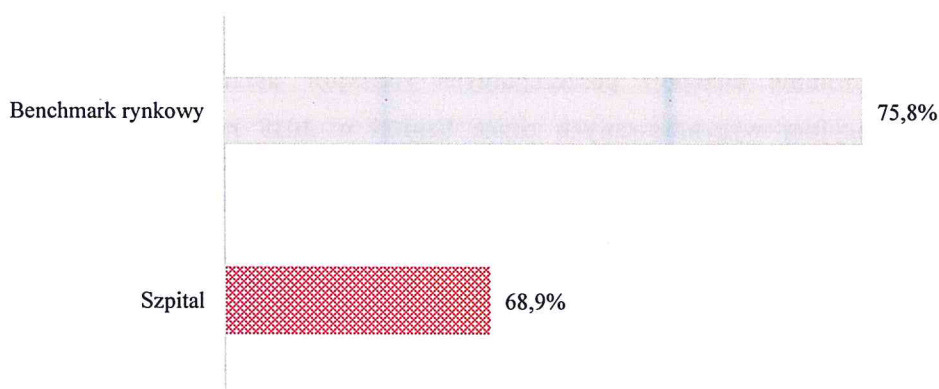
Najwyższy wzrost – w ramach kosztów osobowych - odnotowano w analizowanym okresie w obszarze kosztów obcych usług osobowych – o kwotę ok. 1,7 mln zł, co stanowi wzrost o ok. 23,7%.

Koszty wynagrodzeń wygenerowały w 2018 r. koszty w kwocie ok. 17,9 mln zł i były wyższe od przedmiotowych kosztów wygenerowanych w 2017 r. (ok. 16,8 mln zł) o ok. 1,1 mln zł – co stanowiło wzrost o ok. 6,5%

Koszty ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń osiągnęły w 2018 r. wartość ok. 3,8 mln zł i były wyższe od analogicznych kosztów z 2017 r. o ok. 249 tys. zł (+7%). Udział kosztów ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń w przychodach ze sprzedaży wyniósł w 2018 r. ok. 7,8% i był o ok. 1 punkt procentowy niższy od benchmarku rynkowego.

Ustandaryzowane koszty osobowe Szpitala stanowiły w 2018 r. ok. 68,9% ustandaryzowanych przychodów ze sprzedaży i były niższe od wartości rynkowej na poziomie 75,76%.

**Wykres 42. Koszty osobowe Szpitala według danych za 2018 r. na tle innych podmiotów leczniczych**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

### Wniosek nr 25

Koszty osobowe Szpitala stanowią ok. 68,9% przychodów ze sprzedaży po standaryzacji, co oznacza, że są niższe od benchmarku rynkowego na poziomie 75,76%

W pierwszej połowie 2019 roku koszty osobowe były wyższe od kosztów osobowych w pierwszej połowie 2018 roku o ok. 2,1 mln złotych (ok. 14,2%). W zakresie ubezpieczeń społecznych i innych

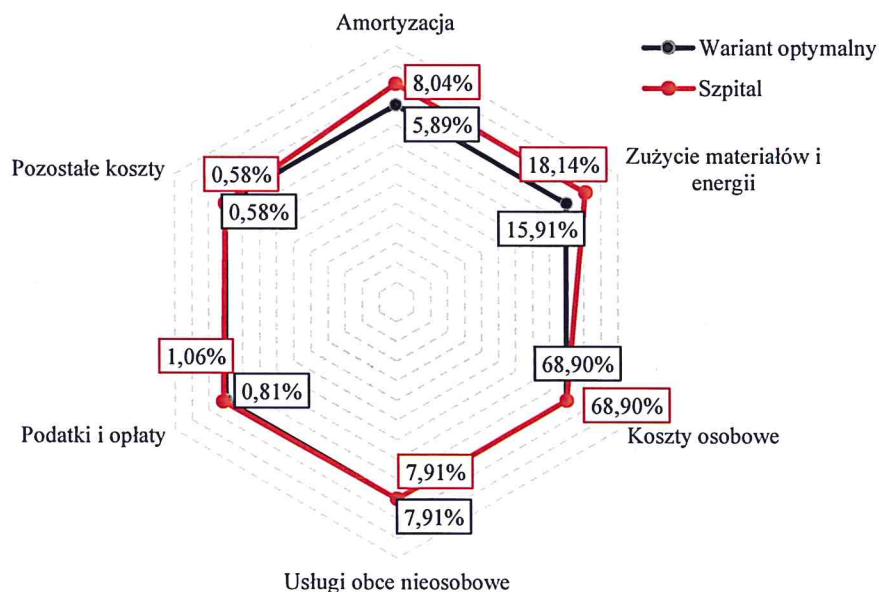
świadczeń wzrost ten wynosił ok. 283 tys. złotych (ok. 15,5%), usług obcych nieosobowych ok. +579 tys. złotych (ok. +12,9%) zaś w przypadku wynagrodzeń ok. +1,2 mln złotych (ok. +14,7%).

Po skorygowaniu wartości kosztów osobowych o refundowane elementy wynagrodzeń wzrost kosztów osobowych w pierwszej połowie 2019 roku (w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego) wyniósł ok. 1,1 mln złotych (ok. 7,8%). W przypadku ubezpieczeń społecznych wzrost ten wyniósł ok. 110 tys. złotych (ok. 6,8%), usług obcych osobowych ok. 570 tys. złotych (ok. 12,7%) zaś wynagrodzeń ok. 385 tys. złotych (ok. 5,1%).

Tak jak wspomniano wcześniej na bazie posiadanego benchmarku rynkowego oraz wypracowanych algorytmów, FORMEDIS opracował również wariant optymalny kształtowania się udziałów poszczególnych ustandaryzowanych kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży. Zakłada on generowanie przez Szpital kosztów działalności operacyjnej (w tym amortyzacji) w wartościach równych przychodom ze sprzedaży. Takie założenie pozwala na generowanie środków pieniężnych z działalności operacyjnej przynajmniej w wartościach amortyzacji, co może przekładać się na przykład na ich reinwestowanie w cele odtworzeniowe.

Poniższy wykres przedstawia porównanie udziałów poszczególnych rodzajów ustandaryzowanych kosztów działalności operacyjnej Szpitala w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży 2018 r. do wariantu optymalnego.

**Wykres 43. Porównanie udziałów poszczególnych rodzajów ustandaryzowanych kosztów działalności operacyjnej wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży do wariantu optymalnego**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala



W porównaniu do wariantu optymalnego w 2018 r. udziały kosztów operacyjnych Szpitala w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wskazują przerosty na:

- + amortyzacji (ok. +2,15 punktów procentowych),
- + zużyciu materiałów i energii (ok. +2,23 punktów procentowych),
- + podatkach i opłatach (ok. +0,26 punktów procentowych),

W przypadku pozostałych kosztów udział ustandaryzowanych kosztów w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala nie przekroczył wariantu optymalnego. Warto zauważyć, iż do grupy tej należy kategoria kosztów osobowych, co jest rzadko spotykane na rynku. Poniższa tabela przedstawia porównanie udziałów ustandaryzowanych kosztów działalności operacyjnej Szpitala w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży usług do benchmarków rynkowych.

**Tabela 17. Porównanie udziałów ustandaryzowanych kosztów działalności operacyjnej Szpitala w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży usług do benchmarków rynkowych**

Pozycja	Oczekiwane udziały poszczególnych rodzajów kosztów działalności operacyjnej w przychodach ze sprzedaży	Szpital 2018 r.	Benchmark rynkowy
Amortyzacja	5,89%	8,04%	4,95%
Zużycie materiałów i energii	15,91%	18,14%	15,81%
Koszty osobowe	68,90%	68,90%	75,76%
Usługi obce nieosobowe	7,91%	7,91%	11,10%
Podatki i opłaty	0,81%	1,06%	0,70%
Pozostałe koszty	0,58%	0,58%	0,68%
<b>Koszty działalności operacyjnej ogółem</b>	<b>100,00%</b>	<b>104,64%</b>	<b>108,99%</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

### 2.1.3. Pozostałe przychody i koszty operacyjne

Poniższa tabela przedstawia strukturę oraz dynamikę kształtowania się pozostałych przychodów i kosztów operacyjnych wygenerowanych przez Szpital w latach 2017 – 2018 oraz w okresie 6 miesięcy 2018 r i 6 miesięcy 2019 r.

Tabela 18. Pozostałe przychody i koszty operacyjne wygenerowane przez Szpital w latach 2017 – 2018 oraz w okresach 6 miesięcy 2018 i 2019 roku

Pozostała działalność operacyjna	Wartość [w zł]			Struktura [%]				Dynamika [%]		
	2017	2018	6M2018	6M2019	2017	2018	6M2018	6M2019	2018/2017	6M2019/ 6M2018
Pozostałe przychody operacyjne	990 949	1 571 066	701 640	907 785	100%	100%	100%	100%	58,5%	29,4%
Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0	12 611	0	0	0%	1%	0%	0%	-	-
Dotacje	966 791	1 471 241	688 763	869 812	98%	94%	98%	96%	52,2%	26,3%
Inne przychody operacyjne	24 157	87 215	12 877	37 973	2%	6%	2%	4%	261,0%	194,9%
<b>Pozostałe koszty operacyjne</b>	<b>245 586</b>	<b>38 404</b>	<b>12 439</b>	<b>20 067</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>-84,4%</b>	<b>61,3%</b>
Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	-	-
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	-	-
Inne koszty operacyjne	245 586	38 404	12 439	20 067	100%	100%	100%	100%	-84,4%	61,3%
<b>Pozostała działalność operacyjna</b>	<b>745 362</b>	<b>1 532 663</b>	<b>689 201</b>	<b>887 718</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>105,6%</b>	<b>28,8%</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Wynik finansowy wygenerowany na pozostałej działalności operacyjnej zwiększył się w okresie 2018/2017 o ok. +787 tys. złotych.

Wpływ na zwiększenie wyniku finansowego z pozostałej działalności operacyjnej miało zwiększenie przychodów z tego obszaru o ok. +580 tys. złotych oraz równoczesny spadek pozostałych kosztów operacyjnych o ok. 207 tys. złotych.

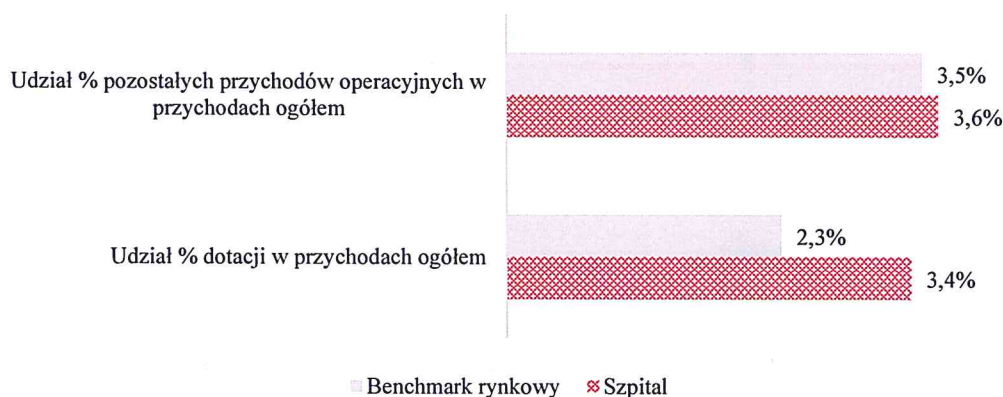
Na pozostałe przychody operacyjne składają się dotację, stanowiące w 2018 roku ok. 94% całości pozostałych przychodów operacyjnych, inne przychody operacyjne stanowiące ok. 6% pozostałych przychodów operacyjnych oraz zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych w wysokości ok. 1%. Wartość otrzymanych dotacji wzrosła w analizowanym okresie o ok. +505 tys. złotych zaś innych przychodów operacyjnych o ok. +63 tys. złotych.

W 2018 roku na pozostałe koszty operacyjne składały się wyłącznie inne koszty operacyjne w wysokości ok. 38 tys. złotych. Zmiana wartości tej pozycji w analizowanym okresie wynosiła ok. -207 tys. złotych.

W pierwszym półroczu 2019 roku doszło do wzrostu wyniku z pozostałej działalności operacyjnej w stosunku do pierwszego półrocza 2018 roku o ok. +199 tys. złotych. Za zmianę tą odpowiadał głównie wzrost poziomu otrzymanych dotacji o ok. +181 tys. złotych.

Poniższy wykres przedstawia wskaźniki dotyczące udziału pozostałych przychodów operacyjnych w działalności Szpitala.

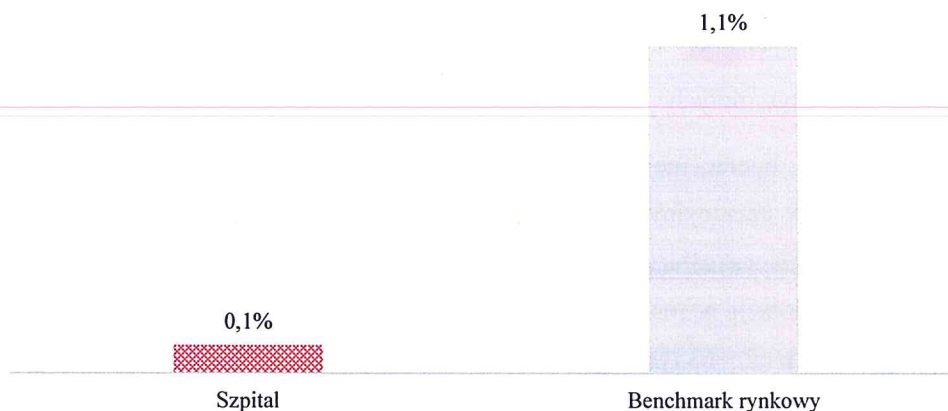
**Wykres 44. Wskaźniki benchmarkowe dla pozostałych przychodów operacyjnych Szpitala w roku 2018.**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie wskaźnik udziału pozostałych przychodów operacyjnych w przychodach ogółem Szpitala jest wyższy od wartości benchmarku rynkowego o ok. 0,1 punkt procentowy. Udział dotacji w przychodach ogółem wyniósł ok. 3,4%, co oznaczało wskaźnik większy od benchmarku o ok. 1,1 punkt procentowy.

**Wykres 45. Udział pozostałych kosztów operacyjnych w przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Powyższy wykres przedstawia udział pozostałych kosztów operacyjnych w przychodach ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital w 2018 roku. Wskaźnik ten jest mniejszy dla Szpitala o ok. 1 punkt procentowych w stosunku do benchmarku rynkowego.

#### **2.1.4. Przychody i koszty finansowe**

Poniższa tabela przedstawia strukturę oraz dynamikę przychodów i kosztów finansowych wygenerowanych przez audytowany Szpital w latach 2017 - 2018 oraz okresach 6 miesięcy 2018 i 2019 roku.

**Tabela 19. Przychody i koszty finansowe wygenerowane przez Szpital w latach 2017 - 2018 oraz w okresach 6 miesięcy 2018 i 6 miesięcy 2019 roku**

Działalność finansowa	Wartość [w zł]			Struktura [%]				Dynamika [%]		
	2017	2018	6M2018	6M2019	2017	2018	6M2018	6M2019	2018/2017	6M2019/ 6M2018
<b>Przychody finansowe</b>	<b>57 812</b>	<b>38 430</b>	<b>23 880</b>	<b>611</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>-33,5%</b>	<b>-97,4%</b>
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	-	-
Odsetki	57 812	0	0	0	100%	0%	0%	0%	-100,0%	-
Zysk ze zbycia inwestycji	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	-	-
Aktualizacja wartości inwestycji	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	-	-
Inne	0	38 430	23 880	611	0%	100%	100%	100%	-	-97,4%
<b>Koszty finansowe</b>	<b>10 024</b>	<b>4 554</b>	<b>326</b>	<b>13 486</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>-54,6%</b>	<b>4036,8%</b>
Odsetki	10 024	0	0	0	100%	0%	0%	0%	-100,0%	-
Strata ze zbycia inwestycji	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	-	-
Aktualizacja wartości inwestycji	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	-	-
Inne	0	4 554	326	13 486	0%	100%	100%	100%	-	4036,8%
<b>Działalność finansowa</b>	<b>47 789</b>	<b>33 876</b>	<b>23 554</b>	<b>-12 875</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-29,1%</b>	<b>-154,7%</b>

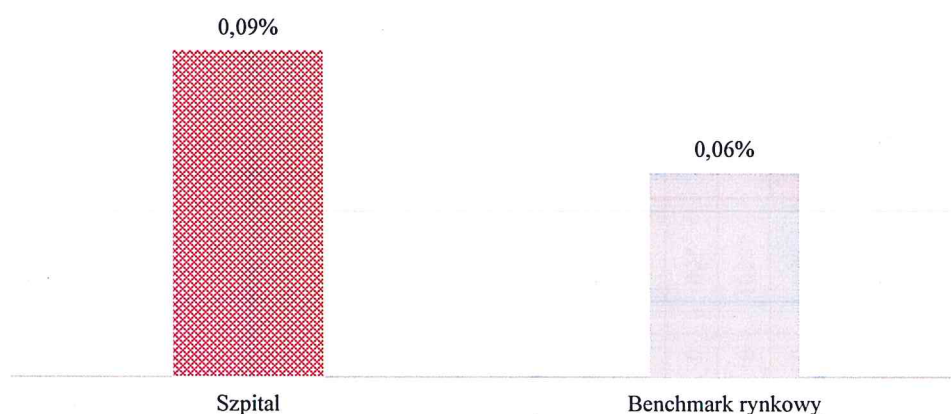
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać w powyższej tabeli zysk generowany z działalności finansowej zmniejszył się w analizowanym okresie o ok. 14 tys. złotych. Warto jednak zauważyć, iż w pierwszym półroczu 2019 roku Szpital wygenerował stratę na tym obszarze w wysokości ok. -13 tys. złotych.

W latach 2018/2017 doszło do spadku przychodów finansowych o ok. 19 tys. złotych oraz kosztów finansowych o ok. 5 tys. złotych. W przypadku przychodów jedyną wartością składającą się na tą pozycję są inne przychody finansowe zaś w przypadku kosztów finansowych również pozycja inne koszty finansowe.

W roku 2017 Szpital wykazał odsetki zarówno po stronie kosztów jak i przychodów finansowych, jednakże, od 2018 roku pozycja ta nie występuje.

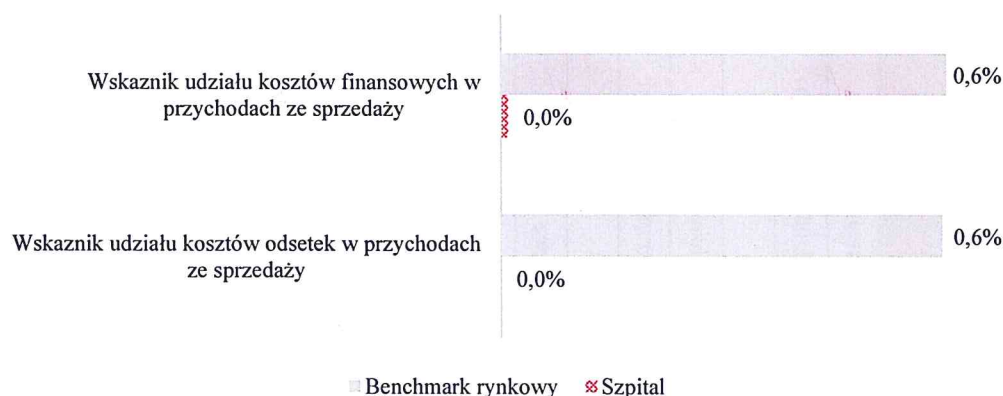
#### Wykres 46. Udział przychodów finansowych w przychodach ogółem Szpitala w roku 2018



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie udział przychodów finansowych w przychodach ogółem generowanych przez Szpital jest niski, zbliżony do benchmarku rynkowego. Wskaźnik dla audytowanego Szpitala wyniósł ok. 0,09% co było wartością większą od benchmarku rynkowego o ok. 0,03%.

#### Wykres 47. Wskaźniki benchmarkowe kosztów finansowych Szpitala w 2018 roku

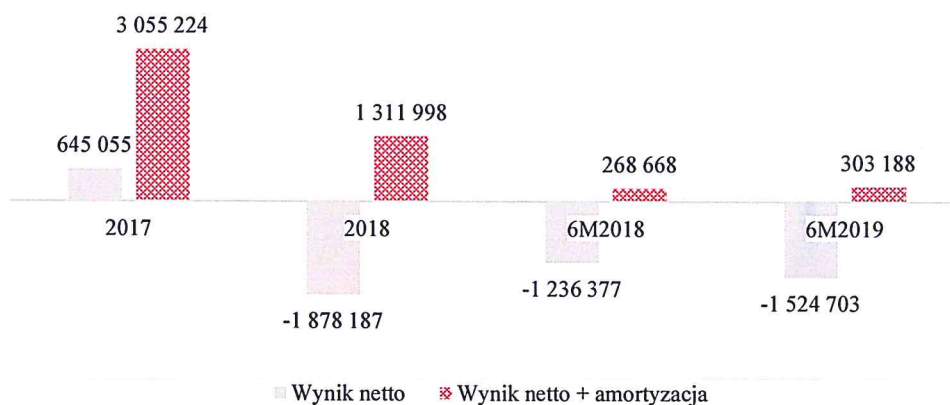


źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie udział kosztów odsetek oraz udział kosztów finansowych w przychodach ze sprzedaży Szpitala w 2018 roku wyniósł ok. 0%. Wartości te są niższe od benchmarku rynkowego o ok. 0,5 punktów procentowych.

### 2.1.5. Wynik netto

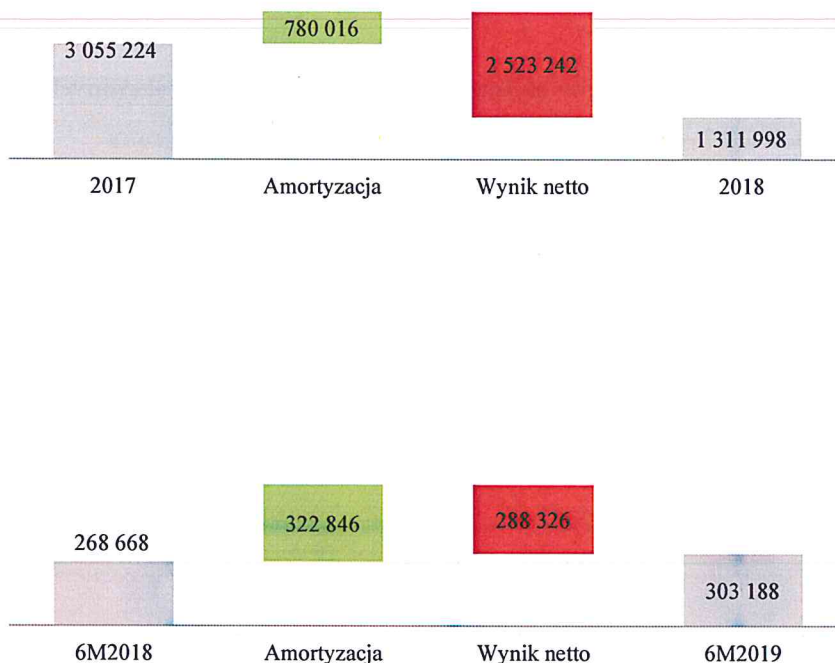
**Wykres 48. Porównanie wyników netto oraz wyników netto powiększonych przez amortyzację Szpitala w latach 2017 – 2018 oraz okresach 6 miesięcy 2018 i 2019 roku**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie w badanym okresie doszło do pogorszenia wyniku finansowego generowanego przez Szpital jak również wyniku finansowego pomniejszonego o amortyzację. Największa różnica widoczna jest w okresie 2018/2017. W okresie tym wynik netto wygenerowany przez Szpital zmniejszył się o ok. 2,5 mln złotych zaś wynik netto powiększony o amortyzację o ok. 1,7 mln złotych. W pierwszej połowie 2019 roku w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego odnotowano większą stratę netto o ok. 288 tys. złotych a także większy wynik netto z uwzględnioną amortyzacją o ok. 35 tys. złotych.

**Wykres 49. Źródła zmiany wyniku netto po amortyzacji Szpitala w latach 2018/2017 oraz 6M2019/6M2018**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Powyższy wykres przedstawia źródła zmiany wyniku netto pomniejszonego o amortyzację. W okresie 2018/2017 za zmianę odpowiadała głównie zmiana wyniku netto, jednakże w okresie 6M2019/6M2018 wzrost amortyzacji odpowiadał za większą część zmiany wyniku netto skorygowanego o amortyzację co spowodowało jego polepszenie w pierwszej połowie 2019 roku.

#### Wniosek nr 26

Z dotychczasowej analizy wynikają następujące wnioski:

- + Szpital generuje istotną stratę netto. Na koniec 2018 roku ok. -1,9 mln złotych, zaś na koniec pierwszego półrocza 2019 roku ok. -1,5 mln złotych. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż strata ta wygenerowana została głównie na podstawowej działalności Szpitala. Dodatni wynik finansowy z pozostałej działalności operacyjnej oraz stosunkowo niewielka strata z działalności finansowej dodatkowo złagodziły w analizowanych latach wygenerowaną stratę netto,



**Wniosek nr 26**

- + Szpital w planie finansowym na 2019 rok założył wygenerowanie straty netto na poziomie ok. 3,9 mln złotych. W pierwszej połowie 2019 roku wygenerowano stratę wynoszącą ok. 39% planowanej straty na cały rok. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na fakt, wygenerowania ok. 52% planowanych przychodów ze sprzedaży oraz 51% kosztów operacyjnych co spowodowało wygenerowanie ok. 43% straty z działalności podstawowej w pierwszej połowie 2019 roku,
- + Najważniejszą przyczyną pogorszenia sytuacji finansowej Szpitala w okresie 2018/2017 oraz w pierwszym półroczu 2019 roku (w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego) jest wzrost kosztów operacyjnych o ok. +4,1 mln złotych w okresie 2018/2017 oraz o ok. +3,2 mln złotych w okresie 6M2019/6M2018. Dodatkowo w latach 2018/2017 doszło do stosunkowo niewielkiego wzrostu przychodów ze sprzedaży (w stosunku do kosztów operacyjnych) o ok. +806 tys. złotych (ok. +2%) co zdecydowanie miało istotny wpływ na znaczne pogorszenie sytuacji finansowej Szpitala w okresie 2018/2017,
- + Warto zwrócić uwagę na wzrost wartości nadwykonań niezapłaconych w okresie 2018/2017. W roku 2018 środki te wynosiły aż ok. 1,5 mln złotych podczas gdy w roku 2017 było to ok. 72 tys. złotych,
- + Wspomniany wyżej wzrost kosztów osobowych wyraźnie widać przy okazji analizy udziału poszczególnych kosztów rodzajowych w przychodach ze sprzedaży Szpitala. W okresie 2018/2017 udział amortyzacji w przychodach ze sprzedaży zwiększył się o ok. +1,9%, usług obcych nieosobowych o ok. 1,1% zaś kosztów osobowych o ok. +3,1%,
- + Mimo pogorszenia sytuacji finansowej Szpitala w analizowanym okresie w 2018 roku audytowany podmiot przekroczył benchmark rynkowy w zakresie amortyzacji o ok. +3,1 punktów procentowych, zużycia materiałów i energii o ok. +2,3 punktów procentowych oraz podatków i opłat o ok. +0,37 punktów procentowych,
- + W porównaniu do wariantu optymalnego (pozwalającego na bilansowanie się Szpitala) przekroczenia wynosiły na wspomnianych wcześniej pozycjach kolejno +2,15 punktów procentowych, +2,23 punktów procentowych oraz ok. +0,26 punktów procentowych. Warto zauważyć, iż nawet w porównaniu do wariantu optymalnego Szpital nie przekroczył udziału kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży co jest rzadkością wśród podobnych Szpitali działających na rynku.

**2.2. Analiza wybranych pozycji bilansu w analizowanym okresie****2.2.1. Aktywa i pasywa ogółem**

**Tabela 20. Aktywa Szpitala w latach 2017 - 2018**

Dane w zł	31.12.2017	31.12.2018
<b>Aktywa trwałe</b>	<b>34 331 185</b>	<b>44 998 514</b>
Wartości niematerialne i prawne	444 494	158 868
Rzeczowe aktywa trwałe	33 886 690	44 839 646
grunty (w tym prawo wieczystego użytkowania)	0	0
budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej	17 509 394	28 120 203
urządzenie techniczne i maszyny	856 361	1 695 654
środki transportu	768 761	655 070
inne środki trwałe	12 555 658	12 993 608
środki trwałe w budowie	2 196 517	1 375 111
Należności długoterminowe	0	0
Inwestycje długoterminowe	0	0
Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	0	0
<b>Aktywa obrotowe</b>	<b>13 773 985</b>	<b>5 646 033</b>
Zapasy	452 274	650 558
Należności krótkoterminowe	5 605 392	4 697 918
handlowe	3 753 779	3 986 925
publicznoprawne	0	0
inne	1 851 613	710 993
dochodzone na drodze sądowej	0	0
Inwestycje krótkoterminowe	7 679 023	259 375
Krótkoterminowe aktywa finansowe	7 679 023	259 375
w tym: środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	7 679 023	259 375
Inne inwestycje krótkoterminowe	0	0
Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	37 296	38 182
<b>Aktywa razem</b>	<b>48 105 170</b>	<b>50 644 546</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Na koniec 2018 roku suma bilansowa ogółem wykazana przez Szpital była wyższa od wartości z końca 2017 o ok. +2,5 mln złotych.

Aktywa trwałe to pozycja, na której wzrost wartości w analizowanym okresie wyniósł ok. +10,7 mln złotych. Zmiana ta dotyczyła głównie pozycji rzeczowe aktywa trwałe, których wartość wzrosła o ok. +10,9 mln złotych. W tym samym czasie doszło jednak do zmniejszenia wartości niematerialnych i prawnych o ok. 286 tys. złotych.

W zakresie rzeczowych aktywów trwałych wzrost wartości dotyczył pozycji budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej (o ok. +10,6 mln złotych), urządzenia techniczne (ok. +839 tys. złotych) oraz inne środki trwałe (ok. +438 tys. złotych). W tym samym czasie doszło jednak do spadku wartości kilku pozycji. Były to środki transportu oraz środki trwałe w budowie w wysokości odpowiednio ok. 114 i 821 tys. złotych. Największą pozycją składającą się na rzeczowe aktywa trwałe w 2018 roku były budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej o wartości ok. 28 mln złotych oraz inne środki trwałe o wartości ok. 12,9 mln złotych.

Wartość aktywów obrotowych spadła w okresie w okresie 2017 – 2018 spadła o ok. 8,1 mln złotych. W analizowanym okresie za zmianę wartości aktywów obrotowych odpowiadał głównie spadek wartości inwestycji krótkoterminowych (a dokładniej środków pieniężnych i innych aktywów pieniężnych), których wartość na koniec 2018 roku wynosiła ok. 259 tys. złotych co stanowiło wartość mniejszą o ok. 7,4 mln złotych od pozycji na koniec 2017 roku. W analizowanym okresie spadek wartości dotyczył także należności krótkoterminowych (o ok. 907 tys. złotych). W zakresie aktywów obrotowych doszło do wzrostu na pozycji zapasy o ok. +198 tys. złotych oraz należności krótkoterminowe handlowe o ok. +233 tys. złotych.

**Tabela 21. Pasywa Szpitala w latach 2017 - 2018**

Dane w zł	31.12.2017	31.12.2018
<b>Kapitał (fundusz) własny</b>	<b>26 561 919</b>	<b>24 683 732</b>
Kapitał (fundusz) podstawowy	9 799 018	9 799 018
Kapitał (fundusz) zapasowy	16 117 846	16 762 901
Zysk (strata) z lat ubiegłych	0	0
Zysk (strata) netto	645 055	-1 878 187
<b>Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania</b>	<b>21 543 251</b>	<b>25 960 815</b>
Rezerwy na zobowiązania	363 870	0
Zobowiązania długoterminowe	0	0
kredyty i pożyczki	0	0
z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0	0
inne zobowiązania finansowe	0	0
inne	0	0
Zobowiązania krótkoterminowe	5 364 304	6 307 472
handlowe	1 955 340	1 969 297
kredyty i pożyczki	0	878 226
z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0	0
inne zobowiązania finansowe	0	0

Dane w zł	31.12.2017	31.12.2018
zobowiązania wekslowe	0	0
zobowiązania publicznoprawne	1 358 399	1 440 138
z tytułu wynagrodzeń (koszty osobowe)	1 079 194	1 047 477
inne	160 588	119 115
fundusze specjalne	810 784	853 219
Rozliczenia międzyokresowe	15 815 077	19 653 343
<b>Pasywa razem</b>	<b>48 105 170</b>	<b>50 644 546</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Kapitał własny zmniejszył się w analizowanym okresie o ok. -1,8 mln złotych zaś zobowiązania i rezerwy na zobowiązania wzrosły o ok. +4,4 mln.

W przypadku kapitału własnego za zmianę tą odpowiada głównie zwiększenie straty netto do poziomu ok. -1,8 mln złotych w 2018 roku (w 2017 roku odnotowano zysk w wysokości ok. 645 tys. złotych). Kapitał zapasowy zwiększył się w analizowanych latach o ok. +645 tys. złotych. Warto zwrócić uwagę na wysoką wartość kapitału zapasowego w wysokości ok. 16,8 mln złotych.

W przypadku zobowiązań oraz rezerw na zobowiązania za wzrost odpowiedzialny był głównie wzrost rozliczeń międzyokresowych o ok. +3,8 mln złotych. W przypadku zobowiązań krótkoterminowych wzrost wynosił ok. +943 tys. złotych oraz przypadł głównie na kredyty i pożyczki (ok. +878 tys. złotych) oraz zobowiązania publicznoprawne (ok. +82 tys. złotych). Do spadku wartości doszło w przypadku zobowiązań z tytułu wynagrodzeń (ok. -32 tys. złotych), rezerw na zobowiązania (ok. -364 tys. złotych) oraz pozycji inne (ok. -41 tys. złotych).

Zmiana wartość pasywów ogółem w analizowanym okresie wynosiła ok. +2,5 mln złotych.

### 2.2.2. Należności

Poniższa tabela przedstawia strukturę należności krótkoterminowych Szpitala na dzień 30 czerwca 2019 roku.

Zdecydowana większość należności handlowych to należności bieżące. Stanowią one ok. 98% wszystkich należności krótkoterminowych. Należności przeterminowane stanowią więc niewielki procent należności ogółem. Należności przeterminowane stanowią ok. 64 tys. złotych, warto zauważyć, iż większość należności przeterminowanych to należności przeterminowane powyżej 365 dni (ok. 46 tys. złotych, co stanowi ok. 71% wszystkich należności przeterminowanych).

Ze względu na charakter płatnika najistotniejsze są należności z NFZ, które stanowią ok. 76,7% należności handlowych ogółem. Na należności od osób fizycznych przypada ok. 21% wartości należności handlowych ogółem zaś na osoby fizyczne ok. 4,8% (należności od osób prawnych to ok. 1,8% zaś pozostałe 0,5%). Większość należności przeterminowanych to należności od osób prawnych.

**Tabela 22. Struktura należności handlowych Szpitala według stanu na 30 czerwca 2019 roku**

Pozycja	30 czerwca 2019 r.								
	Ogółem	Bieżące	Przeterminowane						
			do 30 dni	31 - 90 dni	91 - 180 dni	181-270 dni	271 - 365 dni	powyżej 365 dni	
należności NFZ	2 423 252 zł	2 423 060 zł	193 zł						
należności od osób prawnych	55 951 zł	17 254 zł	177 zł	3 887 zł			160 zł		34 473 zł
należności od osób fizycznych	663 571 zł	638 246 zł	2 067 zł	2 503 zł	523 zł		122 zł		11 118 zł
należności pozostałe	14 864 zł	14 864 zł							
<b>SUMA</b>	<b>3 157 638 zł</b>	<b>3 093 423 zł</b>	<b>8 993 zł</b>	<b>2 437 zł</b>	<b>6 390 zł</b>	<b>523 zł</b>	<b>282 zł</b>		<b>45 591 zł</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

### 2.2.3. Zobowiązania

Tabela 23. Struktura zobowiązań Szpitala według stanu na 30 czerwca 2019 roku

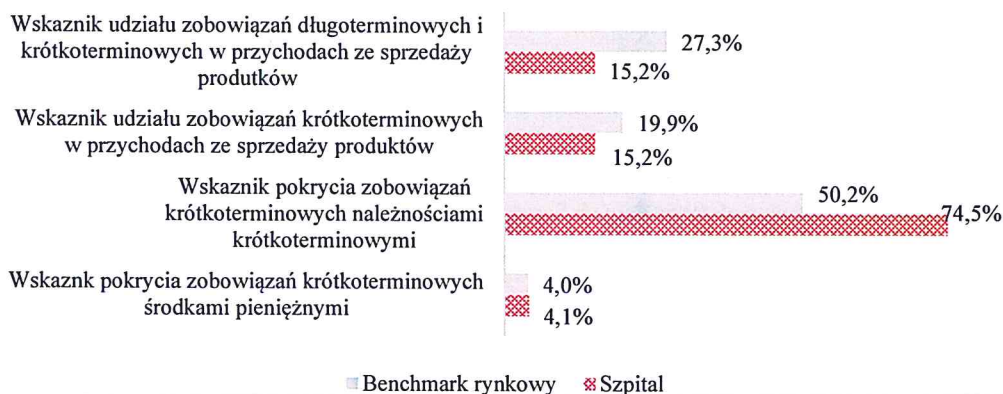
Pozycja	30 czerwca 2019 r.		
	Ogółem	Bieżące	Przeterminowane
			do 30 dni
<b>zobowiązania z tytułu dostaw i usług</b>	<b>2 910 590 zł</b>	<b>2 899 709 zł</b>	<b>10 881 zł</b>
Catermed S.A.	117 634 zł	117 634 zł	
Bialmed Sp.z o.o.	105 386 zł	105 386 zł	
Specjalistyczna Praktyka Lekarska Dr Jarosław Szymczuk	84 230 zł	84 230 zł	
Stryker Polska Sp. z o.o.	63 050 zł	63 050 zł	
Medikol Systems Sp. z o.o	60 516 zł	60 516 zł	
w tym zobowiązania z tytułu umów cywilnoprawnych zawartych z personelem	925 208 zł	925 208 zł	
<b>zobowiązania z tytułu wynagrodzeń</b>	<b>1 195 238 zł</b>	<b>1 195 238 zł</b>	
<b>zobowiązania publicznoprawne</b>	<b>158 209 zł</b>	<b>69 494 zł</b>	<b>88 715 zł</b>
<i>urząd miasta Wysokie Mazowieckie, urząd miasta w Ciechanowcu</i>	158 209 zł	69 494 zł	88 715 zł
<b>zobowiązania finansowe</b>	<b>1 439 136 zł</b>	<b>1 439 136 zł</b>	
<i>Bank PKO BP</i>	1 439 136 zł	1 439 136 zł	
<b>zobowiązania pozostałe</b>	<b>1 604 910 zł</b>	<b>1 604 910 zł</b>	
Zakład Ubezpieczeń Społecznych-	1 270 166 zł	1 270 166 zł	
Urząd skarbowy -podatek dochodowy od osób fizycznych i prawnych	301 843 zł	301 843 zł	
PFRON	26 352 zł	26 352 zł	
Urząd skarbowy -rozliczenie z tyt. VAT	6 549 zł	6 549 zł	
<b>SUMA</b>	<b>7 308 083 zł</b>	<b>7 208 487 zł</b>	<b>99 596 zł</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Wartość zobowiązań Szpitala na dzień 30 czerwca 2019 roku wynosiła ok. 7,3 mln złotych. Na koniec czerwca 2019 roku najważniejszym elementem zobowiązań są zobowiązania z tytułu dostaw i usług, których wartość wynosiła ok. 2,9 mln złotych, co stanowiło ok. 39,8%. Zobowiązania finansowe stanowiły ok. 19,7% zobowiązań ogółem (ok. 1,4 mln złotych), zobowiązania z tytułu wynagrodzeń ok. 16,4% (ok. 1,2 mln złotych) zaś zobowiązania pozostałe ok. 22% (1,6 mln złotych). Warto zwrócić uwagę na niski stan zobowiązań publicznoprawnych w wysokości ok. 2,2% (ok. 158 tys. złotych).

Zdecydowana większość (ok. 98,6%) zobowiązań to zobowiązania bieżące w kwocie ok. 7,2 mln złotych. Zobowiązania przeterminowane w kwocie ok. 100 tys. złotych składały się na zobowiązania publicznoprawne (ok. 89 tys. złotych) oraz zobowiązania z tytułu dostaw i usług (ok. 11 tys. złotych). Należy podkreślić fakt, iż całość zobowiązań przeterminowanych to zobowiązania przeterminowane do 30 dni.

**Wykres 50. Wskaźniki rynkowe zobowiązań Szpitala według stanu na 31 grudnia 2018 roku w porównaniu do benchmarków rynkowych.**



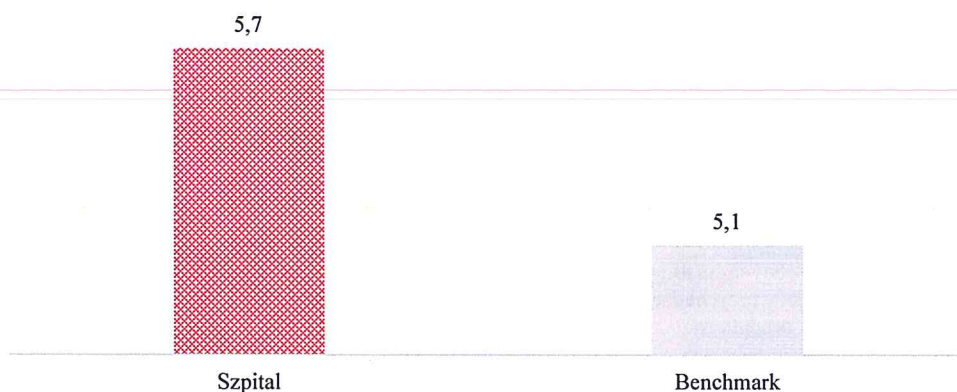
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Powyższy wykres przedstawia najważniejsze wskaźniki dotyczące zobowiązań Szpitala w porównaniu do wartości benchmarkowych.

Udział zobowiązań krótkoterminowych w przychodach ze sprzedaży ogółem wyniósł dla Szpitala w 2018 roku ok. 15,2%, co oznacza, że było to pokrycie mniejsze od benchmarku rynkowego o ok. 4,7 punktów procentowych. Wskaźnik udziału zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych w przychodach ze sprzedaży ogółem wyniósł dla audytowanego Szpitala również ok. 15,2% ze względu na brak zobowiązań długoterminowych. W tym przypadku oznacza to udział niższy od benchmarku o ok. 12,2 punkty procentowe.

Należności krótkoterminowe pokrywają zobowiązania krótkoterminowe Szpitala w ok. 74,5%, jest to wskaźnik większy od benchmarku rynkowego o ok. 24,3 punktów procentowych. Środki pieniężne posiadane przez Szpital pokrywają zobowiązania krótkoterminowe w ok. 4,1%, co jest wskaźnikiem niemal równym benchmarkowi rynkowemu (ok. 0,1% więcej).

**Wykres 51. Wskaźnik rotacji zapasów Szpitala w porównaniu do benchmarku rynkowego w 2018 roku**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie wskaźnik rotacji zapasów w audytowanym Szpitalu był większy od benchmarku rynkowego (różnica o ok. 0,7 dnia). Oznacza to, że obrót zapasami Szpitala jest niemal na takim samym poziomie jak w innych Szpitalach na rynku.

#### Wniosek nr 27

- + Szpital na koniec pierwszej połowy 2019 roku posiada należności krótkoterminowe w wysokości ok. 3,1 mln złotych. Wartość ta stanowi ok. 43,2% zobowiązań Szpitala, których wartość sięga ok. 7,3 mln złotych,
- + Najistotniejszą pozycją zobowiązań Szpitala są zobowiązania handlowe w kwocie ok. 2,9 mln złotych. Szpital posiada zobowiązania przeterminowane do 30 dni w wysokości ok. 100 tys. złotych,
- + W latach 2017 – 2018 należności krótkoterminowe Szpitala zmniejszyły się o ok. 907 tys. złotych (ok. -16,2%), należności zaś w tym samym czasie wzrosły o ok. 943 tys. złotych (ok. +17,6%).

### 2.3. Analiza wybranych pozycji rachunków przepływów pieniężnych w analizowanym okresie

**Tabela 24. Rachunek przepływów pieniężnych Szpitala w latach 2017 – 2018 oraz w pierwszej połowie 2019 roku**

Dane w zł	2017	2018	6M2019
Przepływy środków pieniężnych z działalności operacyjnej	4 517 005	-894 161	68 963
Zysk (strata) netto	645 055	-1 878 187	-1 524 703
Korekty	3 871 950	984 026	1 593 666



Dane w zł	2017	2018	6M2019
Amortyzacja	2 410 169	3 190 185	1 827 891
Zysk (strata) z tytułu różnic kursowych	0	0	0
Odsetki i udziały w zyskach (dywidendy)	-57 812	-33 876	611
Zysk (strata) z działalności inwestycyjnej	0	-12 611	-13 486
Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	-106 130	-363 870	0
Zmiana stanu rezerw	-53 280	198 284	35 390
Zmiana stanu zapasów	728 502	907 474	1 587 151
Zmiana stanu należności	698 477	64 941	1 614 072
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	290 268	-2 891 102	-3 480 352
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-38 244	-75 400	22 390
Inne korekty	4 517 005	-894 161	68 963
<b>Przepływy środków pieniężnych z działalności inwestycyjnej</b>	<b>-816 739</b>	<b>-7 547 889</b>	<b>-2 334 556</b>
Wpływy	5 339 280	6 741 093	4 392 120
Zbycie wartości niematerialnych i prawnych i rzeczowych aktywów trwałych	0	12 611	0
Zbycie inwestycji w nieruchomości oraz wartości niematerialne i prawne	0	0	0
Z aktywów finansowych	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	5 339 280	6 728 482	4 392 120
Wydatki	6 156 019	14 288 982	6 884 584
Nabycie wartości niematerialnych i prawnych i rzeczowych aktywów trwałych	6 156 019	13 140 141	6 568 768
Inwestycje w nieruchomości oraz wartości niematerialne i prawne	0	0	0
Na aktywa finansowe	0	1 148 841	157 908
Inne wydatki inwestycyjne	0	1 148 841	157 908
<b>Przepływy środków pieniężnych z działalności finansowej</b>	<b>57 812</b>	<b>1 022 402</b>	<b>1 672 831</b>
Wpływy	57 812	1 026 956	1 686 317
Wpływy netto z wydania udziałów (emisji akcji) i innych instrumentów kapitałowych oraz dopłat do kapitału	0	0	0
Kredyty i pożyczki	0	878 226	1 439 136
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0
Inne wpływy finansowe	57 812	148 730	247 181
Wydatki	0	4 554	13 486
Nabycie udziałów (akcji) własnych	0	0	0

Dane w zł	2017	2018	6M2019
Dywidendy i inne wypłaty na rzecz właścicieli	0	0	0
Inne, niż wypłaty na rzecz właścicieli, wydatki z tytułu podziału zysku	0	0	0
Splata kredytów i pożyczek	0	0	0
Wykup dłużnych papierów wartościowych	0	0	0
Splata innych zobowiązań finansowych	0	0	0
Płatności z tytułu innych zobowiązań finansowych	0	0	0
Odsetki	0	4 554	13 486
Inne wydatki finansowe	0	0	0
<b>Przepływy pieniężne netto razem</b>	<b>3 758 078</b>	<b>-7 419 649</b>	<b>-592 761</b>
Środki pieniężne na początek okresu	3 920 945	7 679 023	259 375
<b>Środki pieniężne na koniec okresu</b>	<b>7 679 023</b>	<b>259 375</b>	<b>-333 387</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Środki pieniężne na koniec okresu w latach 2017 – 2018 zmniejszyły się o ok. 7,4 mln złotych. W pierwszej połowie 2019 roku doszło do osiągnięcia ujemnych środków pieniężnych na koniec okresu w wysokości ok. -333 tys. złotych. Oznacza to spadek w stosunku do wartości z 2018 roku o ok. 593 tys. złotych. Spadek ten zachodził przez cały analizowany okres i wyniósł ok. 60 tys. złotych w okresie 2017/2016 oraz ok. 3 tys. złotych w okresie 2018/2017.

Na poziomie przepływów pieniężnych z działalności operacyjnej widać duży spadek w analizowanym okresie. Zmiana wynosiła ok. -5,4 mln złotych w latach 2018/2017. W pierwszej połowie 2019 roku pozycja ta była większa o ok. 1 mln złotych w porównaniu do -894 tys. złotych w 2018 roku. Na zmianę przepływów pieniężnych z działalności operacyjnej największy wpływ miała zmiana wyniku netto (spadek o ok. 2,5 mln złotych w okresie 2018/2017) a także zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych o ok. -3,2 mln złotych w okresie 2018/2017 oraz o ok. -589 tys. złotych w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do stanu z 2018 roku.

Na poziomie przepływów środków pieniężnych z działalności inwestycyjnej można zaobserwować spadek wartości pozycji o 6,7 mln złotych w okresie 2018/2017 oraz wzrost w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do 2018 roku o ok. +5,2 mln złotych. W przypadku wpływów z działalności inwestycyjnej doszło do wzrostu o ok. +1,4 mln złotych w okresie 2018/2017 oraz spadku o ok. 2,4 mln złotych w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do 2018 roku. Dużą zmianę można zauważyć w przypadku wydatków z działalności inwestycyjnej. Wydatki w 2018 roku osiągnęły kwotę ok. 14,3 mln złotych co były związane z wysoką wartością nabycia wartości niematerialnych i prawnych i rzeczowych aktywów trwałych w wysokości ok. 13,1 mln złotych (więcej o ok. +7 mln złotych w stosunku do 2017 roku oraz o ok. +6,6 mln złotych w porównaniu do pierwszej połowy 2019 roku).

W analizowanym okresie przepływy pieniężne z działalności finansowej charakteryzowały się stałym wzrostem w wysokości ok. +1,6 mln złotych. Wzrost ten związany był ze wzrostem wpływów finansowych z tytułu kredytów i pożyczek o ok. +878 tys. złotych w okresie 2018/2017 oraz o ok. +561 tys. złotych w pierwszej połowie 2019 roku w stosunku do 2018 roku.

#### Wniosek nr 28

- + Szpital charakteryzuje się małymi wartościami środków pieniężnych na koniec okresu. W 2018 roku wartość ta wynosiła zaledwie 259 tys. złotych zaś w pierwszej połowie 2019 roku ok. -333 tys. złotych,
- + Duża ujemna wartość odnotowana została na działalności inwestycyjnej. W 2018 roku wynosiła ona ok. -7,6 mln złotych zaś w pierwszej połowie 2019 roku ok. -2,3 mln złotych. W zakresie tym należy zwrócić uwagę na fakt wysokich wydatków na zakup wartości niematerialny i prawnych oraz rzeczowych środków trwałych w 2018 roku,
- + Analiza rachunku przepływów pieniężnych wskazuje na ryzyko utraty płynności finansowej w kolejnych latach.

#### **2.4. Analiza wskaźników ekonomiczno - finansowych wyliczonych dla 2018 r. zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r.**

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano wskaźniki ekonomiczno-finansowe wyliczone zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 832).

##### **Wskaźniki zyskowności**

W tabeli zamieszczonej poniżej zaprezentowano wskaźniki zyskowności Szpitala, które określają zdolność podmiotu do generowania zysków. Pożądanymi wartościami wskaźników są wartości dodatnie, które potwierdzają racjonalność gospodarowania Szpitala.

**Tabela 25. Wskaźniki zyskowności Szpitala w roku 2018**

Wskaźniki zyskowności		2018	Ocena
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa		
wskaźnik zyskowności netto (%)	<i>Wynik netto x 100%</i>	-4,4%	0
	<i>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe</i>		
wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	<i>Wynik z działalności operacyjnej x 100%</i>	-4,3%	0
	<i>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne</i>		
wskaźnik zyskowności aktywów (%)	<i>Wynik netto x 100%</i>	-3,8%	0
	<i>Średni stan aktywów</i>		

źródło: opracowano na podstawie danych dostarczonych przez Szpital

Na podstawie danych znajdujących się w zamieszczonej tabeli, stwierdza się, że Szpital w roku 2018 osiągnął ujemne wartości wskaźnika zyskowności netto, wskaźnika zyskowności działalności operacyjnej oraz wskaźnika zyskowności aktywów co jest zjawiskiem negatywnym. Jako że w przypadku każdego z analizowanych wskaźników zyskowności ich wartość uplasowała się poniżej 0% tj. wartości granicznej powyżej której przyznawane są oceny niezerowe, Szpital w analizowanej grupie wskaźników uzyskał łączną ocenę 0 punktów.

### Wskaźniki płynności

Kolejna tabela zawiera wskaźniki płynności, określające zdolność podmiotu do terminowego regulowania zaciągniętych zobowiązań krótkoterminowych.

**Tabela 26. Wskaźniki płynności Szpitala w roku 2018**

Wskaźniki płynności		2018	Ocena
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa		
wskaźnik bieżącej płynności	<i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)</i>	0,89	4
	<i>Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>		

Wskaźniki płynności		2018	Ocena
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa		
wskaźnik szybkiej płynności	<i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy</i>	0,79	8
	<i>Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>		

źródło: opracowano na podstawie danych dostarczonych przez Szpital

Na podstawie danych zamieszczonych w powyższej tabeli, należy zauważyć, że Szpital w okresie objętym analizą osiąga poprawne wartości zarówno w przypadku wskaźnika bieżącej płynności, jak i wskaźnika płynności szybkiej. Należy jednak zaznaczyć, że w obu przypadkach są to poziomy mieszczące się w dolnych poziomach przedziałów ocenianych dodatnio (dodatnie oceny przyznawane są odpowiednio od 0,60 oraz 0,50) co sprawia, że osiągają one wartości będące na skraju tolerowanych wymagań określonych w Rozporządzeniu. Obniżanie się poziomu tychże wskaźników zwiastuje ryzyko utraty zdolności do terminowego regulowania zobowiązań przez Szpital.

#### Wskaźniki efektywności

W poniższej tabeli zamieszczono wskaźniki efektywności, które określają okres rotacji należności oraz zobowiązań. Wskaźnik rotacji należności określa liczbę dni, w których podmiot oczekuje na uzyskanie należności za świadczone usługi. Wskaźnik rotacji zobowiązań z kolei, informuje, ile wynosi okres zaspakajania przez podmiot swoich zobowiązań krótkoterminowych.

**Tabela 27. Wskaźniki efektywności Szpitala w roku 2018**

Wskaźniki efektywności		2018	Ocena
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa		
wskaźnik rotacji należności (w dniach)	<i>Średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365)</i>	34 dni	3
	<i>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i>		
wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	<i>Średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365)</i>	17 dni	7
	<i>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i>		

źródło: opracowano na podstawie danych dostarczonych przez Szpital

Na podstawie powyżej zamieszczonych danych stwierdzić można, że Szpital posiada krótki okres ściągalności należności. Szpital osiągnął maksymalną ocenę w tym zakresie osiągając wynik poniżej 45 dni. Osiągnięty wynik może świadczyć o skutecznym ściąganiu przez Szpital należności krótkoterminowych. Analogiczna sytuacja dotyczy zobowiązań krótkoterminowych, które wykazały mieszczący się w najwyższym przedziale wartość 17 dni (do 60 dni). Tak niski wskaźnik może świadczyć o tym, iż Szpital nie wykazuje trudności w realizowaniu swoich bieżących zobowiązań.

### Wskaźniki zadłużenia

Końcowa tabela analizy wskaźnikowej zawiera wskaźniki zadłużenia, informujące o stopniu zadłużenia podmiotu a zatem jego wiarygodności finansowej oraz zdolność podmiotu do regulowania zobowiązań.

**Tabela 28. Wskaźniki zadłużenia Szpitala w roku 2018**

Wskaźniki zadłużenia		2018	Ocena
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa		
wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	$(\text{Zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}) \times 100\%$	12,45%	10
	<i>Aktywa razem</i>		
wskaźnik wypłacalności	$\frac{\text{Zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}}{\text{Fundusz własny}}$	0,26	10
	<i>Fundusz własny</i>		

źródło: opracowano na podstawie danych dostarczonych przez Szpital

Jak wynika z powyżej zamieszczonej tabeli Szpital posiada niski wskaźnik zadłużenia aktywów oraz wskaźnik wypłacalności. W przypadku obu wskaźników Szpital osiąga maksymalną ocenę ze względu na wykazanie zadłużenia aktywów mniejszego niż 40% oraz mniejszego wskaźnika wypłacalności od 0,5. Uzyskane wskaźniki świadczą o tym, iż Szpital w niewielkim stopniu finansuje aktywa kapitałami obcymi oraz iż w tym momencie w związku z niskim wskaźnikiem wypłacalności nie ma dużego ryzyka utraty zdolności do regulowania zobowiązań.

**Tabela 29. Tabela podsumowująca wyniki oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za rok 2018**

Rodzaj wskaźnika	Ocena punktowa	Wartość max punktów
<b>Wskaźniki zyskowności</b>		
Wskaźnik zyskowności netto	0	5
Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej	0	5
Wskaźnik zyskowności aktywów	0	5

Rodzaj wskaźnika	Ocena punktowa	Wartość max punktów
<b>Razem wartość punktów</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
<b>Wskaźniki płynności finansowej</b>		
Wskaźnik bieżącej płynności	4	12
Wskaźnik szybkiej płynności	8	13
<b>Razem wartość punktów</b>	<b>12</b>	<b>25</b>
<b>Wskaźniki efektywności</b>		
Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	3	3
Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	7	7
<b>Razem wartość punktów</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Wskaźniki zadłużenia</b>		
Wskaźnik zadłużenia aktywów	10	10
Wskaźnik wypłacalności	10	10
<b>Razem wartość punktów</b>	<b>20</b>	<b>20</b>
<b>Łączna wartość punktów ze wszystkich kategorii</b>	<b>42</b>	<b>70</b>

źródło: opracowano na podstawie danych dostarczonych przez Szpital

Jak wynika z zamieszczonej powyżej tabeli, Szpital w świetle postawionych przez Ustawodawcę kryteriów wypada korzystnie głównie ze względu na uzyskiwanie maksymalnej ilości punktów w zakresie wskaźników zadłużenia oraz efektywności. Ze względu na generowane straty na każdym, Szpital nie uzyskał minimalnych – umożliwiających uzyskanie ocen pozytywnych – poziomów wskaźników zyskowności. W przypadku wskaźników płynności Szpital uzyskał niemal połowę możliwych do uzyskania punktów. W całości Szpital uzyskał ok 42 punkty na 70 możliwych do zdobycia.

#### Wniosek nr 29

W wyniku analizy finansowej Szpital uzyskał 42 na 70 punktów możliwych do uzyskania w świetle kryterium Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 832).

W przypadku wskaźników efektywności i zadłużenia Szpital osiągnął maksymalną możliwą do uzyskania ocenę

**Wniosek nr 29**

W przypadku wskaźników płynności finansowej podmiot był w stanie uzyskać niemal połowę możliwych do uzyskania punktów.

Wskaźniki zyskowności, nie osiągnął minimalnych poziomów, kwalifikujących się do uzyskania ocen powyżej zera.

**2.5. Analiza działalności Szpitala w obszarze podstawowych komórek medycznych [rankingi]**
**Tabela 30. Ranking podstawowych komórek medycznych pod względem wysokości przychodów w roku 2018**

Pozycja	Komórka organizacyjna	Przychody ze sprzedaży [dane w zł]
1	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	10 042 277
2	Oddział Chorób Wewnętrznych	6 492 204
3	Oddział Chirurgiczny Ogólny	5 878 948
4	Szpitalny Oddział Ratunkowy	3 512 576
5	Zespół Poradni Specjalistycznych	3 357 155
6	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	3 186 371
7	Zakład/Oddział Opiekuńczo-Lecznicy	2 901 549
8	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2 692 408
9	Oddział Pediatryczny	1 579 142
10	Poradnia (gabinet) Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	880 343
11	Zakład/Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Diennej	118 616

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższej tabeli Oddziałem, który w 2018 roku wygenerował największe przychody ze sprzedaży był Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej. Wartość ta wynosiła ok. 10 mln złotych. Kolejne komórki generujące największe przychody to Oddział Chorób Wewnętrznych z przychodami w wysokości ok. 6,5 mln złotych oraz Oddział Chirurgiczny Ogólny z przychodami w wysokości ok. 5,9 mln złotych. Najmniejsze przychody ze sprzedaży wygenerowane zostały przez Zakład/Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Diennej w wysokości ok. 119 tys. złotych oraz Poradnię Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w wysokości ok. 880 tys. złotych. Warto zauważyć, iż jedynie te dwie komórki wygenerowały przychody mniejsze od 1 mln złotych. Większość komórek generuje przychody ze sprzedaży w zakresie od 1 – 4 mln złotych.



**Tabela 31. Ranking najlepszych podstawowych komórek medycznych pod względem wartości wyniku netto po kosztach pośrednich w roku 2018**

Pozycja	Komórka organizacyjna	Wynik po kosztach pośrednich [dane w zł]
1	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	1 621 551
2	Oddział Chorób Wewnętrznych	1 588 702
3	Poradnia (gabinet) Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	377 685
4	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	53 323
5	Zakład/Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Diennej	40 175
6	Oddział Pediatryczny	-376 748
7	Zespół Poradni Specjalistycznych	-781 841
8	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	-1 053 841
9	Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy	-1 122 949
10	Oddział Chirurgiczny Ogólny	-1 321 638
11	Szpitalny Oddział Ratunkowy	-2 708 074

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższej tabeli największy zysk po kosztach pośrednich wygenerowany został w 2018 roku przez Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz Oddział Chorób Wewnętrznych w wysokości ok. 1,6 mln złotych. Pozostałe komórki, które wygenerowały zysk to Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w wysokości ok. 378 tys. złotych, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w wysokości ok. 53 tys. złotych oraz Zakład/Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Diennej. Największa strata wygenerowana została przez Szpitalny Oddział Ratunkowy w wysokości ok. 2,7 mln złotych oraz Oddział Chirurgiczny Ogólny w wysokości ok. 1,3 mln złotych. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż dwie komórki generujące największe przychody ze sprzedaży są zarazem dwoma komórkami osiągającymi największy zysk po kosztach pośrednich.

**Tabela 32. Ranking najgorszych podstawowych komórek medycznych pod względem wartości wyniku netto po kosztach bezpośrednich w roku 2018**

Pozycja	Komórka organizacyjna	Wynik po kosztach bezpośrednich [dane w zł]
1	Szpitalny Oddział Ratunkowy	-1 518 963
2	Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy	-266 278
3	Zakład/Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Diennej	40 175
4	Oddział Pediatryczny	51 485
5	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	248 655

Pozycja	Komórka organizacyjna	Wynik po kosztach bezpośrednich [dane w zł]
6	Poradnia (gabinet) Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	471 377
7	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	596 923
8	Zespół Poradni Specjalistycznych	842 105
9	Oddział Chirurgiczny Ogólny	1 683 748
10	Oddział Chorób Wewnętrznych	2 675 709
11	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	4 519 320

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższej tabeli dwie komórki wygenerowały stratę po kosztach bezpośrednich. Były to Szpitalny Oddział Ratunkowy ze stratą w wysokości ok. 1,5 mln złotych oraz Zakład/Oddział Opiekuńczo – Leczniczy ze stratą w wysokości ok. 266 tys. złotych. Największy zysk po kosztach bezpośrednich został odnotowany przez Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz Oddział Chorób Wewnętrznych.

**Tabela 33. Ranking podstawowych komórek medycznych pod względem udziału kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży w 2018 roku**

Pozycja	Komórka organizacyjna	Udział kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży [%]
1	Oddział Chirurgiczny Ogólny	51,1%
2	Zespół Poradni Specjalistycznych	48,4%
3	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	40,9%
4	Szpitalny Oddział Ratunkowy	33,9%
5	Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy	29,5%
6	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	28,9%
7	Oddział Pediatriczny	27,1%
8	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	20,2%
9	Oddział Chorób Wewnętrznych	16,7%
10	Poradnia (gabinet) Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	10,6%
11	Zakład/Ośrodek Rehabilitacji Leczniczej Dzieennej	0,0%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższej tabeli koszty pośrednie mają dosyć duży wpływ na kształtowanie się wyników finansowych podstawowych komórek organizacyjnych Szpitala. Największe koszty pośrednie w

stosunku do przychodów ze sprzedaży ponosi Oddział Chirurgiczny Ogólny (ok. 51,1%). Wysokimi wskazaniami charakteryzują się również Zespół Poradni Specjalistycznych (ok. 48,4%), Oddział Położniczo – Ginekologiczny (ok. 40,9%) oraz Szpitalny Oddział Ratunkowy (ok. 33,9%). Dwie komórki generujące największy zysk po kosztach pośrednich charakteryzują się umiarkowanym ich udziałem w przychodach ze sprzedaży. Dla Oddziału Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej wskaźnik ten wynosił ok. 28,9% zaś w przypadku Oddziału Chorób Wewnętrznych ok. 16,7%.

### Wniosek nr 30

Analiza finansowa podstawowych komórek medycznych wykazała:

- + jedynie pięć z rankingowanych podstawowych komórek medycznych wygenerowało zysk po kosztach pośrednich. Najlepszy wynik finansowy wygenerowany został przez Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz Oddział Chorób Wewnętrznych i wynosił ok. 1,6 mln złotych,
- + dwie z rankingowanych komórek wykazały stratę po kosztach bezpośrednich, największa strata dotyczyła Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i wynosiła ok. -1,5 mln złotych,
- + koszty pośrednie miały duży wpływ na kształtowanie się wyniku finansowego dla Oddziału Chirurgicznego Ogólnego (ok. 51,1%), Zespołu Poradni Specjalistycznych (ok. 48,4%), Oddziału Położniczo – Ginekologicznego (ok. 40,9%) oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (ok. 33,9%).

## 2.6. Analiza finansowa pomocniczej działalności medycznej (pomocnicze komórki medyczne oraz ocena funkcji medycznych realizowanych w outsourcingu)

**Tabela 34. Analiza kosztów bezpośrednich netto pomocniczych komórek medycznych Szpitala oraz ich udziału w przychodach ze sprzedaży usług medycznych Szpitala w 2018 roku**

Komórka	Przychody ze sprzedaży		Koszty bezpośrednie netto		Udział kosztów bezpośrednich netto w przychodach ze sprzedaży usług medycznych Szpitala	
	2018	6M2019	2018	6M2019	2018	6M2019
Blok Operacyjny	6 049	0	4 124 551	2 342 192	10,12%	10,50%
Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej	293 137	163 549	1 425 880	804 678	3,50%	3,61%
Zespół Pracowni Diagnostyki Obrazowej	219 169	131 438	1 064 898	792 936	2,61%	3,56%

Komórka	Przychody ze sprzedaży		Koszty bezpośrednie netto		Udział kosztów bezpośrednich netto w przychodach ze sprzedaży usług medycznych Szpitala	
	2018	6M2019	2018	6M2019	2018	6M2019
Centralna Sterylizatornia	2 615	2 200	735 696	393 265	1,80%	1,76%
Apteka Szpitalna	0	0	362 518	210 117	0,89%	0,94%
Zespół Transportu Sanitarnego	0	0	258 630	113 302	0,63%	0,51%
Pracownia Fizjoterapii W Czyżewie	0	0	146 334	91 246	0,36%	0,41%
Zespół Rehabilitacji Leczniczej	130	0	62 431	56 189	0,15%	0,25%
Pracownia Endoskopii	0	0	11 109	19 619	0,03%	0,09%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższej tabeli w 2018 roku komórki pomocnicze medyczne wygenerowały ok. 521 tys. złotych przychodów ze sprzedaży. W pierwszej połowie 2019 roku wartość ta wynosiła ok. 297 tys. złotych. W 2018 roku największe przychody wygenerowane zostały przez Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej w wysokości ok. 293 tys. złotych (ok. 163 tys. złotych w pierwszej połowie 2019 roku) oraz Zespół Pracowni Diagnostyki Obrazowej w wysokości ok. 219 tys. złotych (ok. 131 tys. złotych w pierwszej połowie 2019 roku).

Koszty bezpośrednie netto to koszty bezpośrednie poniesione przez daną komórkę skorygowane o wygenerowane przychody (najczęściej przychody komercyjne). Koszty bezpośrednie netto wygenerowane przez wszystkie komórki pomocnicze medyczne wynosiły w 2018 roku ok. 8,2 mln złotych zaś w pierwszej połowie 2019 roku ok. 4,8 mln złotych. Najwyższe koszty bezpośrednie netto zostały wygenerowane przez Blok Operacyjny w wysokości ok. 4,1 mln złotych (ok. 2,3 mln złotych w pierwszej połowie 2019 roku, Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej w wysokości ok. 1,4 mln złotych (ok. 805 tys. złotych w pierwszej połowie 2019 roku) oraz Zespół Pracowni Diagnostyki Obrazowej w wysokości ok. 1,1 mln złotych (ok. 793 tys. złotych w pierwszej połowie 2019 roku).

Udział kosztów bezpośrednich netto w przychodach ze sprzedaży usług medycznych obrazuje jak bardzo działalność każdej komórki pomocniczej obciąża wynik finansowy Szpitala. W największym stopniu działalność Szpitala obciąża Blok Operacyjny, Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Zespół Pracowni Diagnostyki Obrazowej. W 2018 roku ich udział w przychodach ze sprzedaży usług medycznych wynosił ok. 10,1% dla Bloku Operacyjnego, ok. 3,5% dla Zespołu Pracowni

Diagnostyki Laboratoryjnej oraz ok. 2,6% dla Zespołu Pracowni Diagnostyki Obrazowej. W pierwszym półroczu 2019 roku udział ten zwiększył się do odpowiednio 10,5, 3,61 oraz 3,56. Ogółem dla wszystkich komórek pomocniczych medycznych wzrost ten wyniósł ok. +1,5 punktów procentowych.

Poniższa tabela przedstawia udział kosztów bezpośrednich netto wybranych komórek pomocniczych medycznych Szpitala w przychodach odpowiednich obszarów działalności Szpitala w okresie 2017 – 6M2019 w porównaniu do benchmarku rynkowego.

**Tabela 35. Udział kosztów bezpośrednich netto wybranych pomocniczych komórek niemedycznych w przychodach ze sprzedaży Szpitala w latach 2017 - 2018 oraz pierwszej połowie 2019 roku<sup>1</sup>**

Pozycja	2017	2018	6M2019	Benchmark
Blok Operacyjny	19,0%	21,6%	21,9%	16,5%
Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej	3,3%	3,5%	3,6%	2,4%
Centralna Sterylizatornia	4,0%	3,9%	3,7%	3,3%
Apteka Szpitalna	0,8%	0,9%	0,9%	0,7%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać w powyższej tabeli w przypadku Bloku Operacyjnego, Zespołu Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej, Centralnej Sterylizatorni oraz Apteki Szpitalnej przekroczono udział kosztów w przychodach ze sprzedaży w stosunku do benchmarku rynkowego. Przekroczenie to w roku 2018 wynosiło odpowiednio 5 punktów procentowych dla Bloku Operacyjnego, ok. 1,1 punkt procentowy dla Zespołu Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej ok. 2,3 punktów procentowych dla Centralnej Sterylizacji oraz ok. 0,2 punktów procentowych dla Apteki Szpitalnej. Warto zauważyć również, iż w przypadku Bloku Operacyjnego doszło do wzrostu udziału kosztów bezpośrednich netto w przychodach oddziałów zabiegowych w pierwszej połowie 2019 roku o ok. +0,3 punktów procentowych.

W kontekście analizy efektywności funkcjonowania obszarów działalności medycznej pomocniczej w ramach outsourcingu należy zwrócić uwagę na dwa obszary. Są to:

- + Diagnostyka Obrazowa,
- + Diagnostyka Laboratoryjna,

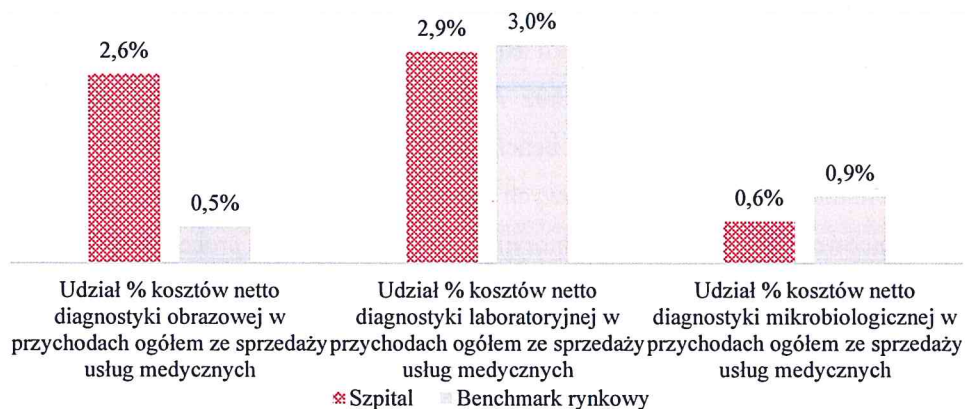
W przypadku Diagnostyki Obrazowej można stwierdzić, iż usługi realizowane w tym obszarze stanowią ok. 2,6% przychodów ze sprzedaży ogółem usług medycznych. Benchmark dla tego obszaru wynosi ok.

<sup>1</sup> W przypadku Bloku Operacyjnego oraz Centralnej Sterylizacji koszty zostały odniesione do przychodów Oddziałów Zabiegowych zaś w przypadku pozostałych komórek do przychodów ze sprzedaży usług medycznych

0,5% przychodów ze sprzedaży usług medycznych ogółem. Należy jednak zauważyć, iż Szpital realizuje wewnętrznie badania z zakresu USG oraz RTG.

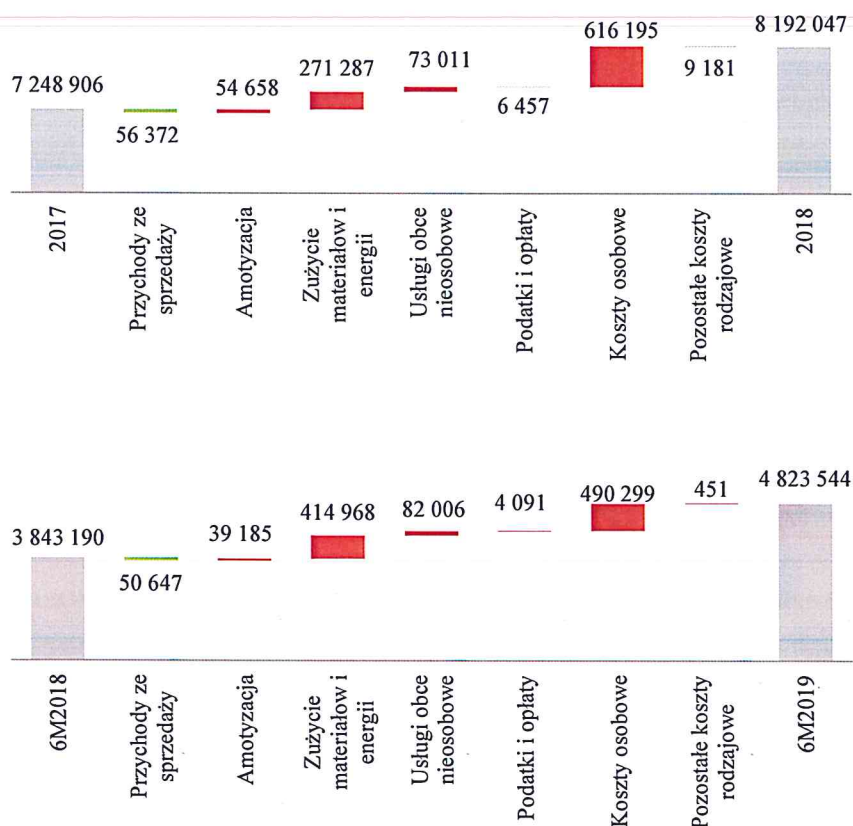
Usługi realizowane w ramach diagnostyki laboratoryjnej można podzielić na laboratorium analityczne oraz laboratorium mikrobiologiczne. W obu przypadkach Szpital prowadzi efektywną działalność w porównaniu do wartości benchmarku rynkowego. W przypadku Laboratorium Analitycznego Szpital ponosi koszty w wysokości ok. 2,9% przychodów ze sprzedaży usług medycznych, co oznacza wartość o ok. 0,1 punkt procentowy mniejszą od benchmarku rynkowego. W przypadku Diagnostyki Mikrobiologicznej Szpital ponosi koszty w wysokości ok. 0,6% przychodów ogółem ze sprzedaży usług medycznych, wartość ta jest o ok. 0,3 punkt procentowe mniejsza od benchmarku rynkowego. Można zatem stwierdzić, iż w zakresie Diagnostyki Laboratoryjnej Szpital efektywnie realizuje wykonywane funkcje, plasując się w tym zakresie na pozycji lepszej od większości porównywalnych Szpitali działających na rynku. Opisane wskaźniki przedstawia poniższy wykres.

**Wykres 52. Udział kosztów diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej oraz mikrobiologicznej w przychodach ze sprzedaży usług medycznych w porównaniu do benchmarku rynkowego w 2018 roku**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

**Wykres 53. Źródła zmiany kosztów bezpośrednich netto generowanych przez komórki niemedyce pomocnicze w latach 2018/2017 oraz w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższych wykresach wzrost kosztów bezpośrednich netto w okresie 2018/2017 był związany głównie z wzrostem kosztów osobowych o ok. +616 tys. złotych, zużycia materiałów i energii o ok. +271 tys. złotych oraz usług obcych nieosobowych o ok. +73 tys. złotych. Na zmniejszenie kosztów bezpośrednich netto wpłynął wzrost przychodów ze sprzedaży o ok. +56 tys. złotych oraz spadku wartości podatków i opłat oraz pozostałych kosztów rodzajowych o odpowiednio ok. 6 oraz 9 tys. złotych.

W pierwszym półroczu 2019 roku na wzrost kosztów bezpośrednich netto wpływ miał wzrost kosztów osobowych o ok. +490 tys. złotych, zużycia materiałów i energii o ok. +415 tys. złotych oraz usług obcych nieosobowych o ok. +82 tys. złotych. Pozytywnie na kształtowanie się kosztów bezpośrednich netto wpłynęło głównie zwiększenie przychodów ze sprzedaży o ok. +50 tys. złotych.

**Wniosek nr 31**

Analiza finansowa pomocniczych komórek medycznych wykazała:

- + doszło do zwiększenia kosztów bezpośrednich netto generowanych przez medyczne komórki pomocnicze działające w Szpitalu zarówno w okresie 2018/2017 jak i w pierwszym półroczu 2019 roku w porównaniu do analogicznego okresu 2018 roku,
- + za zmianę wyniku finansowego największym stopniu odpowiedzialny jest wzrost wartości kosztów osobowych, zużycia materiałów i energii oraz usług obcych nieosobowych,
- + największe koszty bezpośrednio netto, faktycznie obciążające działalność Szpitala w 2018 roku, zostały wygenerowane przez Blok Operacyjny, Zespół Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Zespół Diagnostyki Obrazowej i wynosiły odpowiednio ok. 4,1 mln złotych, 1,4 mln złotych oraz 1,1 mln złotych.

## 2.7. Analiza finansowa pomocniczej działalności niemedycejskiej (pomocnicze komórki niemedycejskie oraz ocena funkcji niemedycejskich realizowanych w outsourcingu)

**Tabela 36. Analiza kosztów bezpośrednich netto pomocniczych komórek niemedycejskich Szpitala oraz ich udziału w przychodach ze sprzedaży Szpitala w 2018 roku i w pierwszej połowie 2019 roku**

Komórka	Przychody ze sprzedaży		Koszty bezpośrednie netto		Udział kosztów bezpośrednich netto w przychodach ze sprzedaży produktów	
	2018	6M2019	2018	6M2019	2018	6M2019
Koszty Zarządu - Szpital Wysokie Mazowieckie	0	0	2 932 985	1 469 411	7,07%	6,46%
Dział Techniczny I Obsługi Gospodarczej	0	0	738 779	661 128	1,78%	2,91%
Dział Higieny Szpitalnej	0	0	605 350	1 564	1,46%	0,01%
Dział Statystyki, Analiz I Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych	0	0	401 428	182 520	0,97%	0,80%
Dział Zaopatrzenia I Zamówień Publicznych	0	0	25 097	27 832	0,06%	0,12%
Koszty Zarządu - Szpital Ciechanowiec	0	0	24 723	12 503	0,06%	0,05%
Budynek Szpitala - Wynajem	46 655	22 822	-27 952	-10 596	-0,07%	-0,05%



Komórka	Przychody ze sprzedaży		Koszty bezpośrednie netto		Udział kosztów bezpośrednich netto w przychodach ze sprzedaży produktów	
	2018	6M2019	2018	6M2019	2018	6M2019
Budynki Mieszkalne - Sprzedaż Zewnętrzna	84 443	43 461	-33 195	-11 902	-0,08%	-0,05%
Budynek Administracyjny - Wynajem	142 085	72 213	-55 215	-20 364	-0,13%	-0,09%
Centralna Rejestracja	0	0	0	87 656	0,00%	0,39%

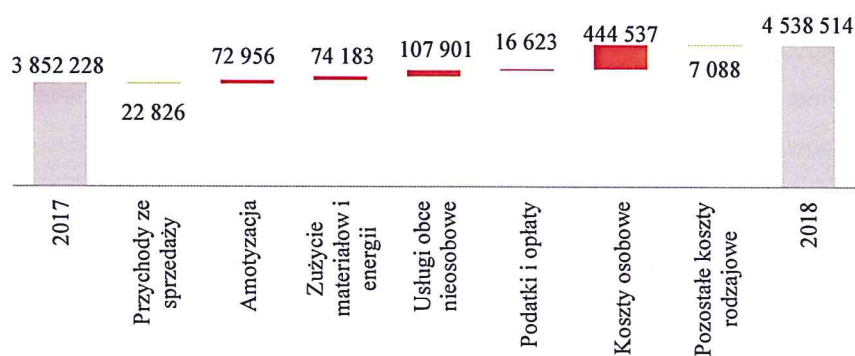
źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

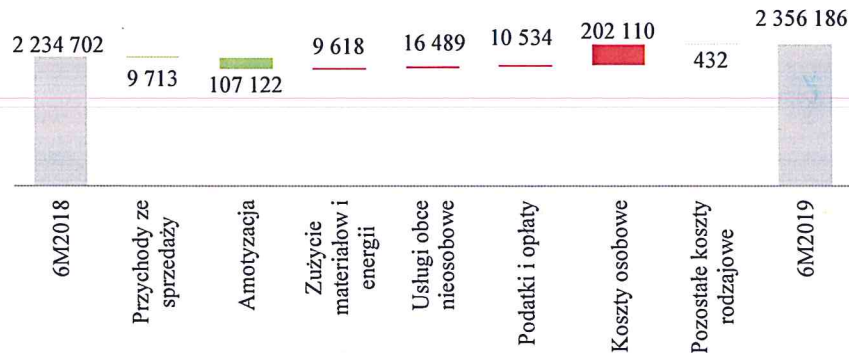
Jak widać na powyższej tabeli komórki niemedyczne wygenerowały w 2018 roku ok. 273 tys. złotych przychodów ze sprzedaży (ok. 138 tys. złotych w pierwszym półroczu 2019 roku).

Ogółem koszty bezpośrednie netto komórek niemedycznych w 2018 roku wynosiły ok. 4,6 mln złotych zaś w pierwszym półroczu 2019 roku ok. 2,4 mln złotych. Komórkami, które wygenerowały w roku 2018 największe koszty bezpośrednie netto były Koszty Zarządu – Szpital Wysokie Mazowieckie o wartości ok. 2,9 mln złotych (ok. 1,5 mln złotych w pierwszym półroczu 2019 roku), Dział Techniczny i Obsługi Gospodarczej o wartości ok. 738 tys. złotych i ok. 1,3 mln złotych wraz z Działem Higieny Szpitalnej (ok. 661 tys. złotych w pierwszym półroczu 2019 roku) oraz Dział Statystyki, Analiz i Rozliczeń Zdrowotnych o wartości ok. 401 tys. złotych (ok. 182 tys. złotych w pierwszym półroczu 2019 roku).

Udział wygenerowanych kosztów bezpośrednich netto w przychodach ogółem Szpitala wyniósł w 2018 roku ok. 11,1% zaś w pierwszym półroczu 2019 roku ok. 10,6%.

**Wykres 54. Źródła zmiany kosztów bezpośrednich netto generowanych przez komórki niemedyczne w latach 2018/2017 oraz w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku**





źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższych wykresach wzrost kosztów bezpośrednich netto w okresie 2018/2017 był związany głównie z wzrostem kosztów osobowych o ok. +445 tys. złotych, usług obcych nieosobowych o ok. +108 tys. złotych, zużycia materiałów i energii o ok. +74 tys. złotych oraz amortyzacji o ok. +73 tys. złotych. Na zmniejszenie kosztów bezpośrednich netto wpłynął wzrost przychodów ze sprzedaży o ok. +23 tys. złotych oraz spadku pozostałych kosztów rodzajowych o ok. 7 tys. złotych.

W pierwszym półroczu 2019 roku na wzrost kosztów bezpośrednich netto wpływ miał wzrost kosztów osobowych o ok. +202 tys. złotych oraz usług obcych nieosobowych o ok. +16 tys. złotych. Pozytywnie na kształtowanie się kosztów bezpośrednich netto wpłynęło głównie zwiększenie przychodów ze sprzedaży o ok. +10 tys. złotych oraz spadek wartości amortyzacji o ok. 107 tys. złotych.

Analiza efektywności wykonywania poszczególnych funkcji (również w ramach outsourcingu) w ramach działalności niemedycznej Szpitala zawarta została w kolejnej części raportu.

## 2.8. Analiza kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w obszarze eksploatacyjnym [E]

W kolejnej części analizy finansowo – ekonomicznej Szpitala przeanalizowano kształtowanie się tak zwanych kosztów EHA. W ramach niej dokonano kalkulacji, oceny oraz porównania do wartości rynkowych (benchmarkowych) kosztów następujących obszarów:

- + kosztów eksploatacji budynków,
- + kosztów hotelowych,
- + kosztów administracji.

W pierwszej kolejności w ramach obszaru EHA analizie podano koszty eksploatacji budynków Szpitala.

**Tabela 37. Dynamika i struktura kosztów eksploatacyjnych ponoszonych w latach 2017 - 2018 oraz okrasach pierwszego półrocza 2018 i 2019 roku<sup>2</sup>**

Pozycja	2017	2018	6M2018	6M2019	Dynamika	
					2018/ 2017	6M2019/ 6M2018
<b>Koszty eksploatacyjne brutto, w tym:</b>	<b>2 950 952</b>	<b>3 403 331</b>	<b>1 366 309</b>	<b>1 483 275</b>	<b>15,3%</b>	<b>8,6%</b>
Amortyzacja	632 053	724 013	-	-	14,5%	-
Energia elektryczna	461 652	499 915	222 348	240 702	8,3%	8,3%
Energia ciepła	555 087	552 412	316 628	360 971	-0,5%	14,0%
Sprzątanie	905 454	1 028 865	520 205	559 390	13,6%	7,5%
<b>Przychody z tytułu najmu nieruchomości</b>	<b>268 783</b>	<b>273 183</b>	<b>137 250</b>	<b>138 495</b>	<b>1,6%</b>	<b>0,9%</b>
<b>Koszty eksploatacyjne netto</b>	<b>2 682 169</b>	<b>3 130 148</b>	<b>1 229 058</b>	<b>1 344 780</b>	<b>16,7%</b>	<b>9,4%</b>

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

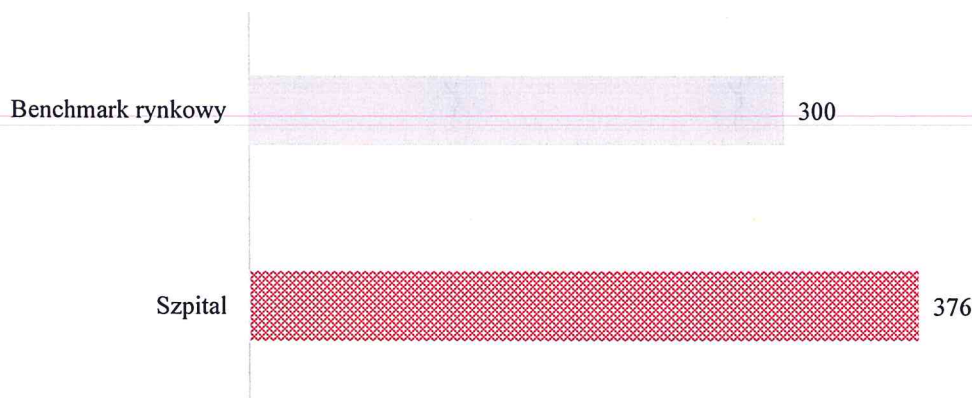
Koszty eksploatacji budynków brutto w 2018 roku wynosiły ok. 3,4 mln złotych i były wyższe w porównaniu do 2017 roku o ok. +452 tys. złotych (ok. +15,3%).

W latach 2017 – 2018 największa zmiana została odnotowana na kosztach sprzątania, których wartość wzrosła o ok. +123 tys. złotych (ok. +13%). Koszty energii elektrycznej wzrosły o ok. +38 tys. złotych (ok. +8,3%) zaś amortyzacji o ok. +100 tys. złotych (ok. +14,5%). W okresie tym doszło również do wzrostu przychodów z tytułu najmu nieruchomości w wysokości ok. 4 tys. złotych (ok. +1,6%). Koszty eksploatacyjne netto wzrosły o ok. +448 tys. złotych (ok. +16,7%) i wynosiły ok. 3,1 mln złotych.

W pierwszym półroczu 2019 roku wzrost odnotowano na kosztach sprzątania o wartości ok. +39 tys. złotych (ok. +7,5%) oraz energii cieplej o ok. +44 tys. złotych (ok. +14%). Wzrost wartości odnotowano również w przypadku energii elektrycznej o ok. +18 tys. złotych (ok. +8,3%).

<sup>2</sup> W przypadku okresów 6M2018 oraz 6M2019 koszty eksploatacyjne zostały zaniżone ze względu na brak pełnych danych dotyczących amortyzacji w grupach oraz komórkach eksploatacyjnych.

**Wykres 55. Wskaźnik kosztów eksploatacyjnych brutto na 1m2 powierzchni z wyłączeniem powierzchni nieużytkowanych w 2018 roku na tle innych podmiotów leczniczych [dane w zł].**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie wskaźnik kosztów eksploatacyjnych przypadających na 1 metr kwadratowy powierzchni użytkowej (bez pustostanów) brutto był w 2018 roku wyższy od wskaźnika benchmarku rynkowego o ok. 76 zł/m<sup>2</sup>

**Wykres 56. Wybrane wskaźniki kosztów eksploatacyjnych w audytowanym Szpitalu w roku 2018 w porównaniu do benchmarku rynkowego**

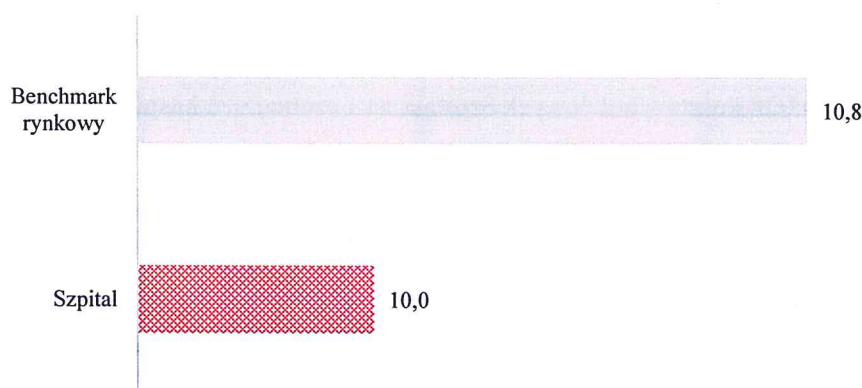
Pozycja	2018	Benchmark
Udział kosztów eksploatacyjnych [E] brutto w przychodach ze sprzedaży ogółem	8,2%	9,3%
Udział kosztów amortyzacji budynków i ich urządzeń w przychodach ze sprzedaży produktów	1,7%	2,0%
Udział kosztów energii elektrycznej w przychodach ze sprzedaży produktów	1,2%	0,9%
Udział kosztów energii cieplnej w przychodach ze sprzedaży produktów	1,3%	1,0%
Koszty eksploatacyjne pustostanów brutto	29 667	368 721
Koszty eksploatacyjne pustostanów netto	27 286	345 316
Średnie przychody z tytułu najmu 1 m2 powierzchni podmiotom trzecim	599	758
Różnica pomiędzy średnimi przychodami z tytułu najmu 1 m2 powierzchni podmiotom trzecim a kosztami eksploatacji brutto 1 m2	223	354

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać w powyższej tabeli w przypadku udziału kosztów eksploatacyjnych w przychodach ze sprzedaży oraz udziału kosztów amortyzacji budynków i ich urządzeń w przychodach ze sprzedaży jest niższy od benchmarku rynkowego o odpowiednio ok. 0,9 i 0,3 punkty procentowe. Szpital przekracza benchmark rynkowy w przypadku udziału kosztów energii elektrycznej oraz cieplnej w przychodach ze sprzedaży produktów o ok. 0,3 punkty procentowe w przypadku energii elektrycznej oraz ok. 0,4 punkty

procentowe w przypadku energii cieplnej. Szpital ponosi również znacznie niższe koszty eksploatacyjne pustostanów brutto oraz netto od benchmarku rynkowego. Również w przypadku przychodów szpital osiąga mniejsze średnie przychody z tytułu najmu 1m<sup>2</sup> powierzchni w porównaniu do benchmarku rynkowego (o ok. 159 zł). W związku z tym mniejsza jest również różnica pomiędzy przychodami z najmu a kosztami eksploatacji 1m<sup>2</sup> powierzchni użytkowej (o ok. 131 zł).

**Wykres 57. Wskaźnik miesięcznych kosztów sprzątnięcia Szpitala w przeliczeniu na 1m<sup>2</sup> powierzchni sprzątniętej w 2018 roku na tle innych podmiotów leczniczych [dane w zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie miesięczny koszt sprzątnięcia Szpitala w przeliczeniu na 1m<sup>2</sup> powierzchni w 2018 roku był mniejszy od wartości benchmarku rynkowego o ok. 0,8 zł/m<sup>2</sup> i wyniósł ok. 10 zł. Można więc uznać i Szpital efektywnie realizuje tę funkcję na tle innych podmiotów leczniczych.

## 2.9. Analiza kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w obszarze hotelowym [H]

**Tabela 38. Dynamika i struktura kosztów hotelowych generowanych przez Szpital w latach 2017 - 2018 oraz okresie pierwszej połowy 2018 i 2019 roku**

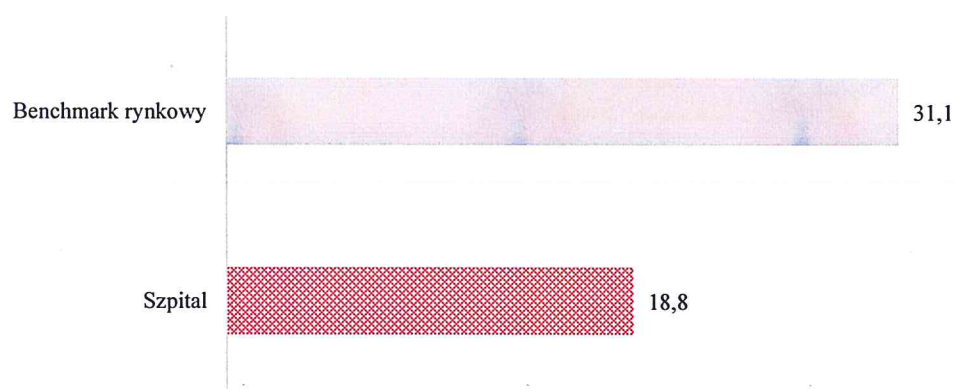
Pozycja	2017	2018	6M2018	6M2019	Dynamika	
					2018/2017	6M2019/6M2018
<b>Koszty hotelowe, w tym:</b>	<b>995 162</b>	<b>965 434</b>	<b>488 949</b>	<b>532 418</b>	<b>-3,0%</b>	<b>8,9%</b>
Pralnia	194 236	165 868	82 975	80 041	-14,6%	-3,5%
Woda i ścieki	42 738	40 020	18 697	21 099	-6,4%	12,8%
Usługi żywienia pacjentów	632 396	606 336	314 300	340 690	-4,1%	8,4%
Usługi komunalne	124 593	151 486	72 257	89 750	21,6%	24,2%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać w powyższej tabeli w latach 2017 – 2018 koszty hotelowe ponoszone przez Szpital zmniejszyły się o ok. 29 tys. złotych (ok. 3%). W okresie tym największy spadek kosztów dotyczył kosztów związanych z praniem o ok. 28 tys. złotych (ok. 14,6%), oraz usługami żywienia pacjentów o ok. 26 tys. złotych (ok. 4,1%).

W pierwszym półroczu 2019 roku w porównaniu do pierwszego półrocza 2018 roku koszty hotelowe ogółem ponoszone przez Szpital były większe o ok. 43 tys. złotych (ok. 8,9%). Wzrost wysokości poniesionych kosztów zaobserwowano w przypadku usług żywienia pacjentów o ok. +26 tys. złotych (ok. +8,4%), usług komunalnych o ok. +17 tys. złotych (ok. +24,2%) oraz zużycia wody o ok. +2 tys. złotych (ok. 12,8%).

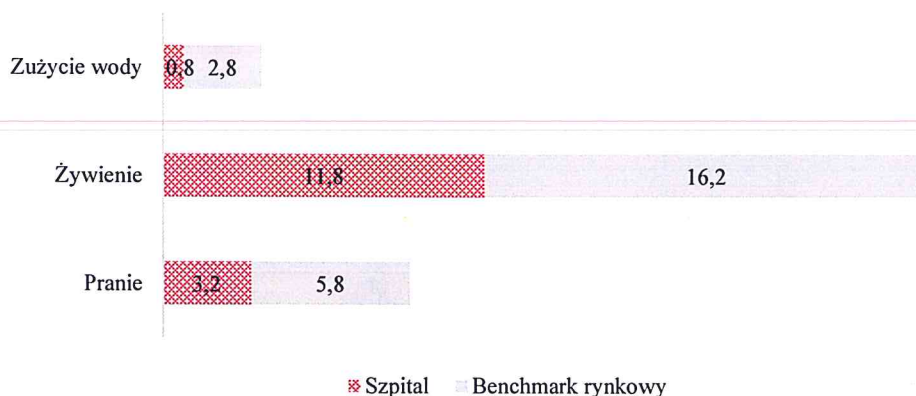
**Wykres 58. Wskaźnik kosztów hotelowych Szpitala na 1 osobodzień hospitalizacji w 2018 roku na tle innych podmiotów leczniczych [dane w zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak wynika z powyższego wykresu koszty hotelowe ponoszone przez Szpital na 1 osobodzień hospitalizacji w 2018 roku były mniejsze od benchmarku rynkowego o ok. 12 zł. Szpital osiąga niski wskaźnik kosztów hotelowych na 1 osobodzień hospitalizacji co oznacza, iż efektywnie realizuje funkcje w tym obszarze. Analizę każdej funkcji w tym zakresie przedstawia poniższy wykres.

**Wykres 59. Wskaźniki kosztów żywienia, prania i zużycia wody Szpitala za 2018 rok na 1 osobodzień hospitalizacji na tle innych podmiotów leczniczych [dane w zł]**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie Szpital osiąga lepsze wskaźniki kosztów hotelowych niż rynek w każdym z wyszczególnionych obszarów. W przypadku zużycia wody Szpital ponosi koszt w wysokości ok. 0,8 zł na każdy dzień hospitalizacji co jest kosztem mniejszym od benchmarku rynkowego o ok. 2,1 zł. W przypadku żywienia Szpital ponosi koszt na 1 dzień hospitalizacji w wysokości ok. 11,8 zł, co oznacza wskaźnik niższy od benchmarku o ok. 4,4 zł zaś w przypadku kosztów prania o ok. 2,6 zł. Wskaźniki te oznaczają, iż Szpital efektywnie wypełnia wymienione wyżej funkcje generując koszty niższe niż wśród innych porównywalnych Szpitali na rynku.

## 2.10. Analiza kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w obszarze administracyjnym [A]

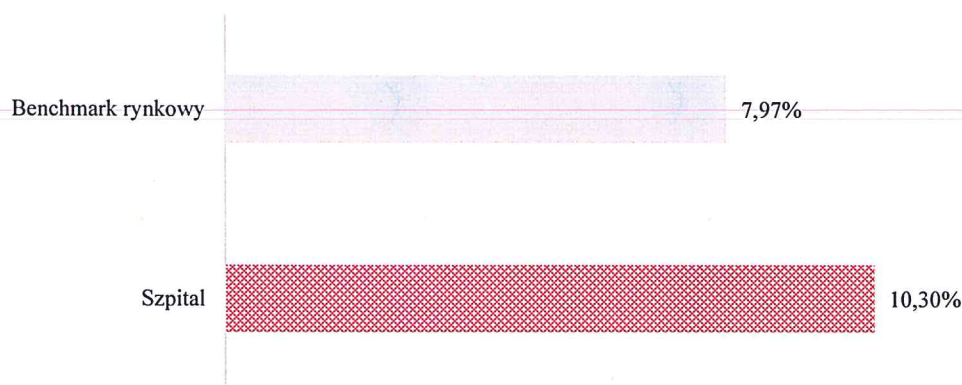
**Wykres 60. Dynamika kosztów administracyjnych wygenerowanych przez Szpital w latach 2017 - 2018 oraz okresie pierwszej połowy 2018 i 2019 roku**

Pozycja	2017	2018	6M2018	6M2019	Dynamika	
					2018/2017	6M2019/6M2018
Koszty administracji	3 815 033	4 275 917	2 083 890	2 255 204	12,1%	8,2%

źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać w powyższej tabeli koszty administracji ponoszone przez Szpital w latach 2017 – 2018 wzrosły o ok. +461 tys. złotych (ok. +12,1%). W pierwszej połowie 2019 roku koszty administracyjne były większe w porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku o ok. +171 tys. złotych (ok. +8,2%).

**Wykres 61. Udział kosztów administracyjnych Szpitala w przychodach ze sprzedaży za rok 2018 w porównaniu do benchmarku rynkowego**



źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala

Jak widać na powyższym wykresie udział kosztów administracyjnych poniesiony przez Szpital w 2018 roku w generowanych przychodach ze sprzedaży wynosi ok. 10,3%, co jest wartością większą od benchmarku rynkowego o ok. +2,3 punktów procentowych. Szpital ponosi więc wyższe koszty w tym zakresie w porównaniu do innych porównywalnych podmiotów na rynku.

#### Wniosek nr 32

Z analizy kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w obszarze EHA [eksploatacyjne, hotelowe, administracyjne] wynika:

- + komórkami generującą największe koszty bezpośrednie netto są Koszty Zarządu – Szpital Wysokie Mazowieckie oraz Dział Techniczny i Obsługa Gospodarczej,
- + w latach 2017 – 2018 doszło do wzrostu wartości kosztów bezpośrednich netto generowanych przez komórki niemedyczne, główną przyczyną tej zmiany był wzrost kosztów osobowych o ok. +444 tys. złotych,
- + w analizowanym okresie wzrost kosztów eksploatacyjnych brutto wynosił ok. 452 tys. złotych (ok. 15,3%). Koszty te wynosiły w 2018 roku ok. 3,4 mln złotych. Warto zwrócić uwagę na wzrost kosztów sprzętania o ok. +123 tys. złotych oraz amortyzacji o ok. +100 tys. złotych,
- + w przypadku kosztów hotelowych odnotowano spadek wartości o ok. 30 tys. złotych,
- + w porównaniu do innych, porównywalnych podmiotów prowadzących działalność leczniczą Szpital ponosi takie same koszty amortyzacji (ok. -0,01 punkt procentowy mniej od benchmarku rynkowego),
- + wskaźnik ponoszonych kosztów prania, żywienia pacjentów oraz zużycia wody jest mniejszy od benchmarku rynkowego odpowiednio o ok. 2,6 zł, ok. 4,4 zł oraz ok. 2,1 zł,



**Wniosek nr 32**

- + Szpital ponosi mniejsze koszty hotelowe ogółem w porównaniu do benchmarku rynkowego o ok. 12 zł na jeden osobodzień hospitalizacji (stan na 2018 rok),
- + Szpital w 2018 roku poniósł większy koszty administracyjne w stosunku do przychodów ze sprzedaży niż inne porównywalne Szpitale na rynku. Różnica wynosiła ok. 2,3 punktów procentowych. Warto zwrócić uwagę na fakt wzrostu kosztów administracyjnych w okresie 2018/2017 o ok 12,1% zaś w okresie 6M2019/6M2018 o ok. 8,2%,
- + Szpital w 2018 roku poniósł mniejsze koszty sprzątnięcia na 1m<sup>2</sup> powierzchni o ok. 0,8 zł.

### 3. Analiza obszaru kadrowego

#### 3.1. Ocena polityki kadrowej pod względem stopnia zabezpieczenia udzielenia świadczeń zdrowotnych

Realizując świadczenia gwarantowane ze środków publicznych, podmiot leczniczy jest zobowiązany spełniać wymagania kadrowe określone w:

- 1) rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, w zakresach, w jakich podmiot leczniczy realizuje świadczenia gwarantowane finansowane ze środków publicznych,

oraz

- 2) wykazane w załącznikach do posiadanych przez podmiot leczniczy umów z NFZ – „Harmonogram – Zasoby”.

Zgodnie z powyższym Szpital wykonując umowy zawarte z OW NFZ jest zobowiązany spełniać między innymi wymogi kadrowe tj. określające ilość osób udzielających świadczenia zdrowotne w poszczególnych zakresach, posiadających odpowiednie kwalifikacje zgodnie z załączonym do umowy harmonogramem – załącznik nr 2 do umowy „Harmonogram – Zasoby”. Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tekst jedn.: Dz.U. 2016 poz. 1146 z późn.zm) stanowią, iż świadczenia udzielane są osobiście przez osoby wykonujące zawody medyczne lub inne osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, zgodnie z załącznikiem do umowy. Wszelkie zmiany organizacji pracy w poszczególnych komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego, w stosunku do harmonogramu stanowiącego załącznik do umowy z NFZ („Harmonogram – Zasoby”), zarówno w zakresie dostępności personelu, jak i osoby zgłoszonej do realizacji świadczeń), wymagają zgłoszenia dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu (tu: Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia) najpóźniej w dniu poprzedzającym ich powstanie albo – w przypadkach losowych – niezwłocznie po zaistnieniu zdarzenia. Zmiany, o których mowa powyżej, nie mogą naruszać wymagań dotyczących kwalifikacji osób wykonujących zawód medyczny, określonych w odrębnych przepisach oraz w warunkach wymaganych od świadczeniodawców określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 i art. 159 ust. 2 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135) z późniejszymi zmianami – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 czerwca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373). Osoby, o których mowa powyżej, w czasie wyznaczonym

do udzielania świadczeń w harmonogramie pracy, nie mogą ponadto udzielać świadczeń w innej jednostce organizacyjnej u tego samego świadczeniodawcy ani u innego świadczeniodawcy. Zaprzestanie współpracy z podwykonawcą wymienionym w załączniku do umowy („Harmonogram – Zasoby”) lub nawiązanie współpracy z innym podwykonawcą, wymaga zgłoszenia dyrektorowi Podlaskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia, najpóźniej w dniu poprzedzającym wejście w życie zmiany. Świadczeniodawca obowiązany jest do bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy, przez który to potencjał rozumie się zasoby będące w dyspozycji świadczeniodawcy, służące wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności osoby udzielające tych świadczeń oraz sprzęt. Dodatkowo zgłaszane zmiany nie mogą skutkować stanem, w którym nie są spełnione warunki wymagane dla realizacji umowy określone w przepisach szczegółowych, jak również oznaczać pogorszenia warunków realizacji umowy w stosunku do zadeklarowanych w ofercie, a które decydowały o jej wyborze bądź deklaracji w ramach PSZ. Umowa upoważnia NFZ do nałożenia na placówkę kary w przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy. Ten zapis wynika z OWU, które w §29 wskazują na możliwość zastrzeżenia w umowie kary w razie stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie placówki. Szpital zobowiązany jest wykonywać umowy z POW NFZ zgodnie z postanowieniami umów oraz zgodnie z ogólnymi warunkami umów wydanymi przez Ministra Zdrowia. Każda umowa zawiera zastrzeżenie o możliwości nałożenia przez POW NFZ kary umownej. Wysokość kary umownej ustala się z uwzględnieniem kwoty zobowiązania określonej w umowie w danym okresie rozliczeniowym, którego kontrola dotyczy oraz rodzaju i wagi stwierdzonych nieprawidłowości. W razie ponownego stwierdzenia naruszeń, które zostały stwierdzone również uprzednio w czasie obowiązywania umowy, wysokość kary umownej w przypadku powtarzającego się naruszenia ustala się jako kwotę wyższą od ustalonej uprzednio. W razie bezskutecznego upływu terminu określonego w wezwaniu do zapłaty kary umownej, dyrektor oddziału wojewódzkiego, tj. POW NFZ potrąca należność z tytułu kary umownej wraz z ustawowymi odsetkami z przysługujących świadczeniodawcy należności. Fundusz jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej. W przypadku, jeżeli Szpital nie spełnia podczas realizacji świadczeń zdrowotnych wymogów, które deklarował przystępując do konkursu ofert, a w szczególności przedstawiał nieprawdziwych lub niezgodnych ze stanem faktycznym dane bądź informacje będące podstawą ustalenia kwoty należności w ramach kontraktu z POW NFZ, Dyrektor NFZ może rozwiązać umowę w części lub w całości bez zachowania okresu wypowiedzenia. Podstawą prawną rozwiązania umowy jest art. 155 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2015, poz. 581). Dyrektor POW NFZ może również uznać, że umowa jest dotknięta wadą nieważności od początku zawarcia umowy i wówczas uznać, że umowa jest nieważna od momentu zawarcia. Konsekwencją ujemną dla Szpitala w przypadku realizacji umów niezgodnie z umową zawartą z NFZ, jest zakaz kontraktowania przez NFZ w zakresach, w których rozwiązano umowy przez okres kolejnych 5 lat, czyli Szpital nie mógłby przystąpić do konkursów (poza PSZ) na udzielanie świadczeń

zdrowotnych w zakresach, w których umowa została rozwiązana bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy. Podstawa prawna – art. 149 ust. 1 pkt. 8 ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z późniejszymi zmianami. W przypadku podania nieprawdziwych danych w zakresie realizacji umowy, osoby składające przy kontraktowaniu nieprawdziwe oświadczenia mogą zostać pociągnięte do odpowiedzialności karnej.

Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w audytowanym okresie na bieżąco weryfikował realizację przez Szpital zawartych umów. Dodatkowo na podstawie art. 64 ust. 1 Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135) z późniejszymi zmianami – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 czerwca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2019 poz. 1373) właściwy miejscowo tj. Podlaski Oddział Wojewódzki (POW) NFZ dokonywał weryfikacji danych przedstawionych przez Szpital w ofercie do NFZ. W toku kontroli między innymi szczegółowo weryfikowano zgodność wybranych, realizowanych przez Szpital świadczeń z załącznikiem do harmonogramu („Harmonogram – Zasoby”). Analizowano zgodność zarówno personelu pielęgniarskiego, jak również lekarskiego faktycznie udzielających świadczeń w oddziałach z danymi zawartymi w załączniku do umowy („Harmonogram – Zasoby”)

Jak wynika z przekazanych przez Szpital skanów załączników do umów z POW NFZ w poszczególnych obszarach, w zakresie spełniania wymagań określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (tekst jedn.: Dz.U. 2019 poz. 401z późn.zm.) w 2018 roku:

- + na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej zgłoszonych do wykonywania świadczeń było 14 lekarzy, w tym specjaliści ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W ordynacji dziennej w 2018 roku średnie zatrudnienie wynosiło 4 etaty przeliczeniowe, zatem stwierdzić można, iż spełniony został wymóg dot. min. 2 etatów przeliczeniowych wyspecjalizowanych lekarzy na Oddziale, zgodnie z przedmiotowym Rozporządzeniem. Zgłoszonych było także 16 pielęgniarek, przy średniorocznym zatrudnieniu w wymiarze 13 etatów przeliczeniowych, w tym min. 2 pielęgniarki ze specjalizacją pielęgniarstwa chirurgicznego. Biorąc pod uwagę normy zatrudnienia pielęgniarek, obowiązujące od stycznia 2019 roku, na Oddziale nie był spełniony wymóg dot. 0,7 etatu pielęgniarskiego na 1 łóżko na oddziale;
- + na Oddziale Neonatologicznym – zgłoszonych do wykonywania świadczeń było 3 lekarzy, w tym o specjalności z neonatologii. Organizacyjnie kadrę połączono z Oddziałem Położniczo-Ginekologicznym i średnioroczne zatrudnienie w ordynacji dziennej wyniosło 4 etaty przeliczeniowe, stwierdzić zatem można, że spełniony został wymóg dot. min.1 etatu wyspecjalizowanego lekarza na Oddziale. Zgłoszonych było także 20 pielęgniarek/położnych, przy

średniorocznym zatrudnieniu w wymiarze 21 etatów (kadra łączona z Oddziałem Położniczo-Ginekologicznym). Biorąc pod uwagę normy zatrudnienia pielęgniarek, obowiązujące od stycznia 2019 roku na Oddziale spełniony był warunek dot. 0,8 etatu przeliczeniowego na łóżko bądź stanowisko noworodkowe;

- + na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym – zgłoszonych do wykonywania świadczeń było 12 lekarzy, w tym o specjalnościach z położnictwa i ginekologii oraz 17 pielęgniarek/położnych (kadra łączona z Oddziałem Neonatologicznym);
- + na Oddziale Pediatricznym – zgłoszonych do wykonywania świadczeń było 3 lekarzy, w tym o specjalności z pediatrii. W ordynacji dziennej w 2018 roku średnie zatrudnienie na Oddziale wynosiło 2 etaty przeliczeniowe, zatem stwierdzić można, iż spełniony był warunek dot. min 2 etatów wyspecjalizowanych lekarzy na Oddziale, zgodnie z przedmiotowym Rozporządzeniem. Zgłoszonych było także 13 pielęgniarek, przy średniorocznym zatrudnieniu w wymiarze 10 etatów przeliczeniowych, w tym min. 2 pielęgniarki ze specjalizacją pielęgniarstwa pediatrycznego. Biorąc pod uwagę normy zatrudnienia pielęgniarek, obowiązujące od stycznia 2019 roku, na Oddziale nie był spełniony wymóg dot. 0,8 etatu pielęgniarzkiego na 1 łóżko na oddziale;
- + na Oddziale Chorób Wewnętrznych – zgłoszonych do wykonywania świadczeń było 15 lekarzy, w tym o specjalności chorób wewnętrznych. W ordynacji dziennej w 2018 roku średnie zatrudnienie na Oddziale wynosiło 7 etatów przeliczeniowych, zatem stwierdzić można, iż spełniony był warunek dot. min. 2 etatów wyspecjalizowanych lekarzy na Oddziale, zgodnie z przedmiotowym Rozporządzeniem. Zgłoszone były także 24 pielęgniarki, przy średniorocznym zatrudnieniu w wymiarze 16 etatów przeliczeniowych, w tym min. 2 pielęgniarki ze specjalizacją pielęgniarstwa zachowawczego. Biorąc pod uwagę normy zatrudnienia pielęgniarek, obowiązujące od stycznia 2019 roku, na Oddziale nie były spełnione wymogi dot. 0,6 etatu pielęgniarzkiego na łóżko na oddziale,
- + na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii – zgłoszonych do wykonywania świadczeń było 14 lekarzy, w tym m.in. o specjalności anestezjologii i intensywnej terapii. W ordynacji dziennej w 2018 roku średnie zatrudnienie wynosiło 1 etat przeliczeniowy (licząc łącznie z Blokiem Operacyjnym 3 etaty przeliczeniowe). Niespełniony był zatem wymóg przedmiotowego Rozporządzenia dot. co najmniej 2 etatów przeliczeniowych wyspecjalizowanych lekarzy na Oddziale. Niespełniony był także wymóg co najmniej 4 etatów przeliczeniowych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. 2016 poz. 2218 z późn.zm), aczkolwiek termin dostosowania pozwala na spełnienie ww. kryteriów do 2021 roku. Zgłoszonych było także 13 pielęgniarek, przy średniorocznym zatrudnieniu 11 etatów przeliczeniowych, w tym min. 2 pielęgniarki ze specjalizacją pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki. Spełnione zatem były wymogi dot. 2,2 etatu przeliczeniowego wyspecjalizowanych pielęgniarek na stanowisko intensywnej opieki na podstawie Rozporządzenia

Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

- + na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym – zgłoszonych do wykonywania świadczeń było 12 lekarzy, w tym o specjalności z chirurgii ogólnej. W ordynacji dziennej w 2018 roku średnie zatrudnienie wynosiło 5 etatów przeliczeniowych, zatem stwierdzić można, iż spełniony został wymóg dot. min 2 etatów wyspecjalizowanych lekarzy na Oddziale, zgodnie z przedmiotowym Rozporządzeniem. Zgłoszonych było także 18 pielęgniarek, przy średniorocznym zatrudnieniu w wymiarze 17 etatów przeliczeniowych, w tym min. 2 pielęgniarki ze specjalizacją pielęgniarstwa chirurgicznego. Biorąc pod uwagę normy zatrudnienia pielęgniarek, obowiązujące od stycznia 2019 roku, na Oddziale nie był spełniony wymóg dot. 0,7 etatu pielęgniarskiego na łóżko na oddziale;
- + w ramach Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego – zgłoszonych do wykonywania świadczeń było 4 lekarzy, w tym o specjalnościach: z neurologii, chorób wewnętrznych, psychiatrii. W 2018 roku średnie zatrudnienie wynosiło 1 etat przeliczeniowy, zatem stwierdzić można, iż nie został spełniony wymóg określony Rozporządzeniem z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tekst jedn.: Dz.U. 2015 poz. 1658) dot. 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek (na ZOL Szpital posiadał 68 łóżek), spełnione były natomiast wymogi dot. kwalifikacji lekarzy. Zgłoszonych do wykonywania świadczeń było także 20 pielęgniarek, w tym o specjalnościach m.in.: z pielęgniarstwa zachowawczego, pielęgniarstwa geriatrycznego i pielęgniarstwa opieki długoterminowej. Średnioroczne zatrudnienie pielęgniarek na ZOL wynosiło 17 etatów przeliczeniowych. Poza tym, świadczeń udzielali fizjoterapeuci, logopedzi, terapeuta zajęciowy, psycholog, łącznie w zatrudnieniu średniorocznym w wymiarze 11 etatów przeliczeniowych, zatem stwierdzić można, iż spełnione były wymogi ww. Rozporządzenia.

W toku kontroli pozytywnie zweryfikowano zgodność realizowanych przez Szpital świadczeń (w wybranych rodzajach i zakresach) wraz z załącznikiem do harmonogramu do umowy z POW NFZ w obrębie zasobów kadrowych. Dotychczasowe kontrole ze strony Płatnika nie wykazywały nieprawidłowości w tym zakresie. Należy to uznać za przejaw rzetelnej, celowej i gospodarnej polityki kadrowej w Szpitalu, w kontekście obowiązujących wymagań. POW NFZ ocenił pozytywnie działalność Świadczeniodawcy pod względem kryterium legalności i rzetelności w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pediatrycznym. Szpital zapewniał odpowiednią obsadę personelu medycznego, udzielającego świadczeń w powyższych zakresach w sposób zgodny z przepisami prawa i zapisów umowy. Pozytywnie oceniono działalność Świadczeniodawcy pod względem kryterium legalności i rzetelności w zakresie posiadanych wymaganych kwalifikacji przez personel lekarski w kontrolowanych Oddziałach.

### Wniosek nr 33

Dotychczasowe kontrole ze strony Płatnika (POW NFZ) nie wykazywały nieprawidłowości w zakresie zabezpieczenia personelu medycznego w Szpitalu. Należy to uznać za przejaw rzetelnej, celowej i gospodarnej polityki kadrowej w Szpitalu, w kontekście wymagań ze strony POW NFZ.

### Wniosek nr 34

Jak wynika z danych przekazanych przez Szpital, biorąc pod uwagę obowiązujące aktualnie (od stycznia 2019 r.) akty prawne:

- + na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- + na Oddziale Pediatrycznym,
- + na Oddziale Chorób Wewnętrznych,
- + na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym

w 2018 roku nie byłyby spełnione wymogi dotyczące minimalnej liczby etatów przeliczeniowych pielęgniarek na jedno łóżko szpitalne, określone Rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Mimo, że spełnienie wymogów określonych ww. Rozporządzeniem wymagane jest w terminie do grudnia 2021 r., stanowi obowiązujące normy i podstawę do wyznaczenia optymalnej liczby pielęgniarek na oddziałach.

Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii niespełniony był wymóg co najmniej 4 etatów przeliczeniowych lekarzy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

Zakład Opiekuńczo – Lecznicy nie spełniał wymogu określonego Rozporządzeniem z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (tekst jedn.: Dz.U. 2015 poz. 1658) dot. liczby etatów przeliczeniowych lekarzy w przeliczeniu na łóżka szpitalne.

### 3.2. Analiza poziomu zatrudnienia w Szpitalu

Zatrudnienie ogółem w Szpitalu według średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) wynosiło 379,00 etatów przeliczeniowych i było wyższe od średniego stanu zatrudnienia w 2017 r. (375,20 etatów przeliczeniowych) o 3,80 etatów przeliczeniowych, co stanowi wzrost o ok. 2,9% w skali rok do roku.

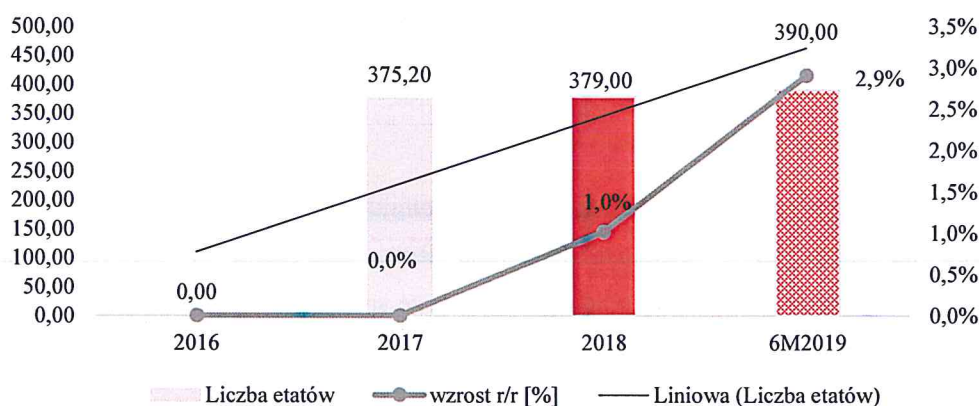
Poniższa tabela i wykres prezentują poziom zatrudnienia w Szpitalu wg średniego stanu zatrudnienia w latach 2017-5M2019r.

**Tabela 39. Zatrudnienie w Szpitalu (w etatach przeliczeniowych) wg średniego stanu zatrudnienia w latach 2017 - 6M2019 r.**

Pozycja	2017	2018	6M2019
Liczba etatów	375,20	379,00	390,00
wzrost r/r [%]		1,01%	2,90%
wzrost r/r [ilościowy]		3,80	11,00

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

**Wykres 62. Zatrudnienie w Szpitalu (w etatach przeliczeniowych) wg średniego stanu zatrudnienia w latach 2017-6M2019 r.**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

### Wniosek nr 35

Zatrudnienie ogółem w Szpitalu według średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) wynosiło 379,00 etatów przeliczeniowych i było wyższe od średniego stanu zatrudnienia w 2017 r. (375,20 etatów przeliczeniowych) o 3,80 etatów przeliczeniowych, co stanowi wzrost o ok. 2,9% w skali rok do roku. W pierwszej połowie 2019 roku obserwuje się wzrost zatrudnienia o +11,00 etatów przeliczeniowych (+2,9%), w tym najwyższy wzrost w grupach zawodowych pielęgniarek i położnych (+4,00 etaty), administracji (4,00 etaty) oraz lekarzy (+2,00 etaty).

Poniższy tabela i wykres przedstawiają stan średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) oraz w 2017 r. z podziałem na poszczególne grupy zawodowe.

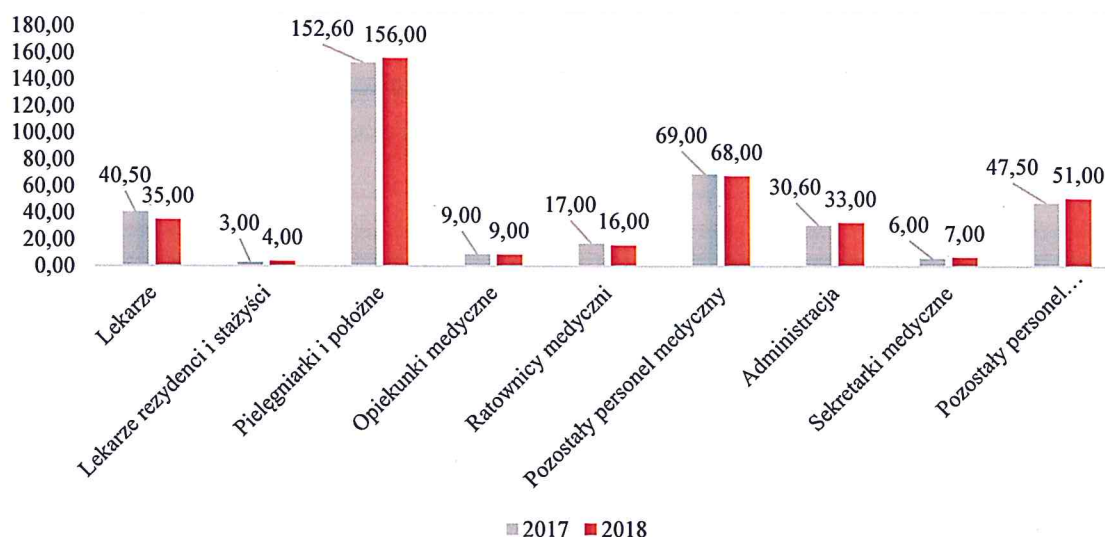
**Tabela 40. Stan średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) oraz w 2017 r. z podziałem na poszczególne grupy zawodowe**



Grupa zawodowa	2017 r.	2018 r.	Δ	Δ %
Lekarze (ordynacja dzienna)	40,50	35,00	-5,50	-13,6%
Lekarze rezydenci i stażyści	3,00	4,00	+1,00	+33,3%
Pielęgniarki i położne	152,60	156,00	+3,40	+2,2%
Opiekunki medyczne	9,00	9,00	0,00	0,0%
Ratownicy medyczni	17,00	16,00	-1,00	-5,9%
Pozostały personel medyczny	69,00	68,00	-1,00	-1,4%
Administracja	30,60	33,00	+2,40	+7,8%
Sekretarki medyczne	6,00	7,00	+1,00	+16,7%
Pozostały personel niemedyczny	47,50	51,00	+3,50	+7,4%
<b>Razem:</b>	<b>375,20</b>	<b>379,00</b>	<b>3,80</b>	<b>1,0%</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

**Wykres 63. Stan średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) oraz w 2017 r. z podziałem na poszczególne grupy zawodowe**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższej tabeli i wykresu w 2018 r. w stosunku do 2017 r.:

- + zmniejszyła się o -5,50 liczba etatów przeliczeniowych lekarzy zatrudnionych w Szpitalu w ramach tzw. „ordynacji dziennej” (-13,6%),
- + wzrosła o +3,40 etatu przeliczeniowego (+2,2%) liczba pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Szpitalu,
- + liczba etatów przeliczeniowych opiekunek medycznych nie zmieniła się,

- + zmniejszyła się o -1,00 etat przeliczeniowy (-5,6%) liczba zatrudnionych w Szpitalu ratowników medycznych,
- + zmniejszyła się o -1,00 etat przeliczeniowy (-1,5%) liczba zatrudnionego w Szpitalu pozostałego personelu medycznego,
- + wzrosła o +3,50 etatów przeliczeniowych (+7,4%) liczba zatrudnionego w Szpitalu pozostałego personelu niemedycznego,
- + wzrosła o +2,40 etatów przeliczeniowych (+7,8%) liczba zatrudnionych w Szpitalu pracowników administracji,
- + wzrosła o +1,00 etat przeliczeniowy (+16,7%) liczba zatrudnionych w Szpitalu sekretarek medycznych.

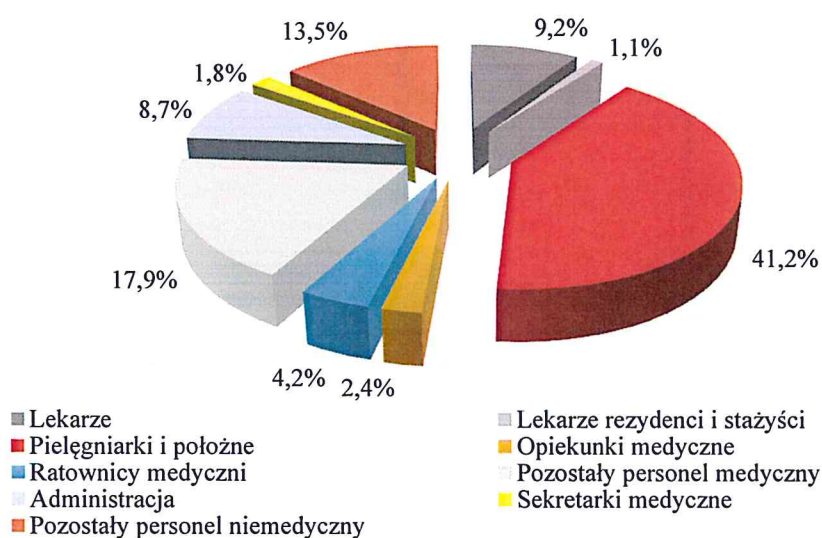
### Wniosek nr 33

Największe zmiany w średniorocznym zatrudnieniu pracowników w 2018 r. w stosunku do 2017 r. zanotowano w obszarze:

- + zatrudnienia lekarzy w „ordynacji dziennej” (-5,50 etatów przeliczeniowych),
- + zatrudnienia pozostałego personelu niemedycznego (+3,50 etatów przeliczeniowych),
- + zatrudnienia pielęgniarek i położnych (+3,40 etatów przeliczeniowych).

Poniższy wykres przedstawia średnioroczną strukturę zatrudnienia pracowników w Szpitalu (w etatach przeliczeniowych) w 2018 r.

**Wykres 64. Struktura liczby etatów przeliczeniowych na koniec 2018 r. wg grup zawodowych**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższego wykresu w 2018 r. największą grupę zawodową w Szpitalu stanowiły następujące grupy zawodowe:

- + pielęgniarki i położne – 156,00 etatów przeliczeniowych (41,2%),
- + pozostały personel medyczny – 68,00 etatów przeliczeniowych (17,9%),
- + pozostały personel niemedyczny – 51,00 etatów przeliczeniowych (13,5%),
- + lekarze – 35,00 etatów przeliczeniowych (9,2%),
- + administracja – 33,00 etaty przeliczeniowe (8,7%),
- + ratownicy medyczni – 16,00 etatów przeliczeniowych (4,2%),
- + opiekunki medyczne – 9,00 etatów przeliczeniowych (2,4%),
- + sekretarki medyczne – 7,00 etatów przeliczeniowych (1,8%),
- + lekarze rezydenci/stażysty – 4 etaty przeliczeniowe (1,1%).

#### Wniosek nr 34

Według średniorocznego stanu zatrudnienia pracowników Szpitala w 2018 r.: największą grupę zawodową w Szpitalu stanowiły pielęgniarki i położne – 156,00 etatów (41,2%). Pielęgniarki i położne wraz z opiekunkami medycznymi stanowiły ok. 43,5% ogółu etatów przeliczeniowych pracowników zatrudnionych w Szpitalu.

Do obliczenia optymalnego poziomu zatrudnienia pracowników w Szpitalu (optymalnej liczby etatów przeliczeniowych) przyjęto optymalne normy zatrudnienia pracowników w poszczególnych grupach zawodowych.

Jak wynika z przeprowadzonej - na bazie danych statystycznych Szpitala za 2018 r. – analizy obszaru operacyjnego, średni (max) poziom wykorzystania łóżek szpitalnych wyniósł w 2018 r. 67,8%, przy optymalnym poziomie wykorzystania łóżek dla Szpitala wynoszącym 86,7%.

Jak wynika z przeprowadzonej wcześniej analizy optymalnej - na bazie danych statystycznych za 2018 r., - ustandaryzowanej o czas hospitalizacji liczby łóżek dla poszczególnych oddziałów szpitalnych (ale dla celów niniejszej kalkulacji nie większej niż rzeczywista liczba łóżek, jakimi w 2018 r. dysponowały poszczególne oddziały), łączna optymalna liczba łóżek dla całego Szpitala na bazie ich ustandaryzowanego wykorzystania wynosiła w 2018 r. – 166 łóżek.

Poniższa tabela przedstawia optymalną liczbę etatów przeliczeniowych dla Szpitala, obliczoną na podstawie optymalnych norm zatrudnienia oraz dla powyższej optymalnej liczby łóżek dla Szpitala w 2018 r.

**Tabela 41. Optymalna liczba zatrudnionych [w etatach przeliczeniowych] obliczona dla optymalnej liczby łóżek w Szpitalu w 2018 r.**

Grupa zawodowa	Średnioroczne zatrudnienie w 2018 r.	Optymalne zatrudnienie dla 2018 r.	Różnica
Lekarze (ordynacja dzienna)	35,00	37,55	2,55
Lekarze rezydenci i stażyści	4,00	4,00	0,00
Pielęgniarki i położne	156,00	141,20	14,80
Opiekunki medyczne	9,00	9,00	0,00
Ratownicy medyczni	16,00	16,00	0,00
<b>Razem</b>	<b>220,00</b>	<b>207,75</b>	<b>12,25</b>
Pozostały personel medyczny	68,00	68,00	0,00
Sekretarki medyczne	7,00	10,50	3,50
Personel sprząający	27,00	20,01	6,99
<b>Razem</b>	<b>322,00</b>	<b>306,27</b>	<b>15,73</b>
Administracja*	33,00	24,74	8,26
Pozostały personel niemedyczny	24,00	22,38	1,62
<b>Ogółem</b>	<b>379,00</b>	<b>353,39</b>	<b>25,61</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

\*w tym 3 etaty osób przebywających na długotrwałych zwolnieniach. Jak wynika z deklaracji Szpitala, powracający pracownicy zostaną przyjęci na inne stanowisko lub tych powrotów nie będzie.

Z powyższej analizy jednoznacznie wynika, że średnioroczna liczba pracowników zatrudnionych w Szpitalu w 2018 r. przekraczała optymalny poziom zatrudnienia, obliczony na bazie poziomu rzeczywistego wykorzystania bazy łóżkowej Szpitala, w tymże 2018 r.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że liczba zatrudnionego w 2018 r. personelu (w etatach przeliczeniowych) przekraczała poziom optymalnego zatrudnienia (liczony do optymalnej ilości łóżek, na podstawie ich wykorzystania) o ok. 25,61 etatów przeliczeniowych.

Liczba zatrudnienia w:

- + grupie zawodowej pielęgniarek i położnych – przekraczała optymalny poziom zatrudnienia o ok 14,80 etatów przeliczeniowych,
- + administracji – przekraczała optymalny poziom zatrudnienia o ok. 8,26 etatów przeliczeniowych w związku z dublowaniem się 3 etatów osób przebywających na długotrwałych zwolnieniach. Po redukcji przekraczałyby o 5,26 etatów,
- + w grupie zawodowej „pozostałego personelu niemedycznego” – o ok 1,62 etatów przeliczeniowych,

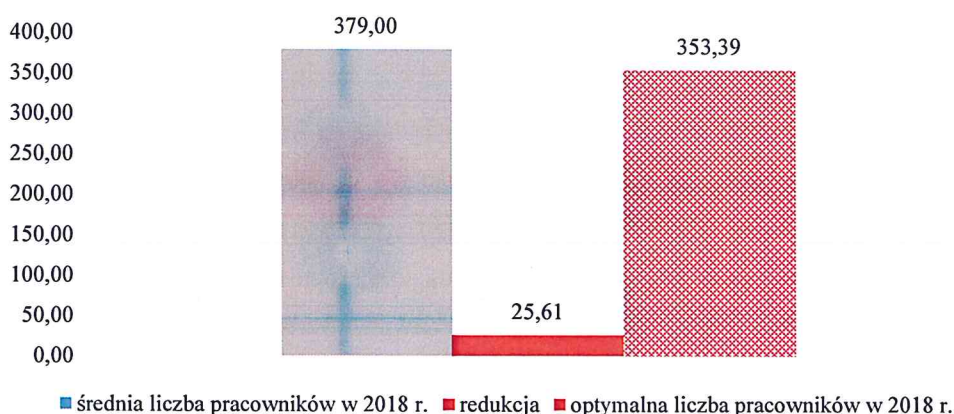
- + personelu sprzątającego – w stosunku do sprzątej powierzchni o ok 6,99 etatów przeliczeniowych,

natomiast w grupach zawodowych:

- + lekarzy – była niższa od poziomu optymalnego o ok 2,55 etatów przeliczeniowych,
- + sekretarek medycznych – była niższa od poziomu optymalnego o ok 3,50 etatów przeliczeniowych.

Poniższy wykres przedstawia porównanie rzeczywistego i optymalnego poziomu zatrudnienia (etaty przeliczeniowe) pracowników Szpitala.

**Wykres 65. Porównanie rzeczywistego i optymalnego poziomu zatrudnienia (etaty przeliczeniowe) pracowników Szpitala**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Obszar zatrudnienia pracowników Szpitala wymaga pogłębionej analizy na poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych, wchodzących w skład struktury organizacyjnej Szpitala.

### 3.3. Analiza poziomu stosowanej w Szpitalu średniej stawki wynagrodzenia pracowników

Analizę poziomu stosowanych w Szpitalu w 2018 r. stawek wynagrodzenia personelu medycznego, pracowników administracyjnych oraz pozostałego personelu niemedycznego przeprowadzono porównując średnie stawki wynagrodzenia dla ww. grup zawodowych obowiązujące w Szpitalu w 2018 r. w stosunku do benchmarków rynkowych.

Poniższa tabela przedstawia przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto pracowników ogółem zatrudnionych w Szpitalu.

**Tabela 42. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia pracowników Szpitala ogółem**

Pozycja	Koszty	Liczba etatów [stan średni w 2018 r.]	Wynagrodzenie miesięczne / 1 etat
Pracownicy Szpitala ogółem	22 793 635 zł	379,00	5 012 zł

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyżej tabeli przeciętne miesięczne wynagrodzenia pracowników Szpitala ogółem w 2018 roku wynosiło 5 012 zł i było niższe od benchmarku rynkowego (5 726 zł).

Średnie miesięczne wynagrodzenie w Szpitalu w 2018 r. (5 012 zł) stanowiło:

- + ok. 238,6% minimalnego – obowiązującego w 2018 r. - wynagrodzenia za pracę pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu (2 100 brutto zł),
- + ok. 87,5% benchmarku rynkowego (5 726 zł).

Poniższa tabela przedstawia przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto pracowników medycznych zatrudnionych w sektorze publicznym za październik 2016 r. (Raport GUS *Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2016 r.*, Warszawa 2018) oraz oszacowane – na podstawie wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2018 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r.) – na koniec 2017 r., a także oszacowane wynagrodzenie na koniec 2018 roku - na podstawie wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2019 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r.) – z wyłączeniem lekarzy.

**Tabela 43. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto pracowników medycznych zatrudnionych w sektorze publicznym za październik 2016 r. oraz oszacowane – na podstawie wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2019 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r.) – na koniec 2018 r. – z wyłączeniem lekarzy.**

Grupa zawodowa	Sektor publiczny				
	2016	Wskaźnik wzrostu wynagrodzenia 2017/2016 wg GUS	2017	Wskaźnik wzrostu wynagrodzenia 2018/2017 wg GUS	2018
Pielęgniarki	4 176,31	3,4%	4 318,30	5,3%	4 547,17
Położne	4 193,49		4 336,07		4 565,88
Ratownicy medyczni	4 061,48		4 199,57		4 422,15

Grupa zawodowa	Sektor publiczny				
	2016	Wskaźnik wzrostu wynagrodzenia 2017/2016 wg GUS	2017	Wskaźnik wzrostu wynagrodzenia 2018/2017 wg GUS	2018
Diagności laboratoryjni	4 624,87		4 782,12		5 035,57
Farmaceuci	5 354,02		5 536,06		5 829,47
Specjaliści ds. zdrowia	4 753,54		4 915,16		5 175,66
Inni specjaliści ochrony zdrowia	3 532,32		3 652,42		3 846,00

źródło: opracowanie własne na bazie: Raport GUS – „Struktura wynagrodzeń według zawodów” z 2018 r. oraz wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2018 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. oraz wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2019 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r.).

Poniższa tabela przedstawia przeciętne godzinowe wynagrodzenie brutto pracowników medycznych zatrudnionych w sektorze publicznym za październik 2016 r. oraz oszacowane – na podstawie wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2018 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r.) – na koniec 2017 r., a także oszacowane przeciętne godzinowe wynagrodzenie brutto w 2018 roku - na podstawie wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2019 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r.) z wyłączeniem lekarzy.

**Tabela 44. Przeciętne godzinowe wynagrodzenia brutto pracowników medycznych zatrudnionych w sektorze publicznym za październik 2016 r. oraz oszacowane – na podstawie wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2019 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r.) – na koniec 2018 r. – z wyłączeniem lekarzy.**

Grupa zawodowa	Sektor publiczny				
	2016	Wskaźnik wzrostu wynagrodzenia 2017/2016 wg GUS	2017	Wskaźnik wzrostu wynagrodzenia 2018/2017 wg GUS	2018
Pielęgniarki	25,59	3,4%	26,46	5,3%	27,86

Grupa zawodowa	Sektor publiczny				
	2016	Wskaźnik wzrostu wynagrodzenia 2017/2016 wg GUS	2017	Wskaźnik wzrostu wynagrodzenia 2018/2017 wg GUS	2018
Położne	25,82		26,70		28,11
Ratownicy medyczni	24,90		25,75		27,11
Diagności laboratoryjni	29,14		30,13		31,73
Farmaceuci	30,01		31,03		32,67
Specjaliści ds. zdrowia	28,84		29,82		31,40
Inni specjaliści ochrony zdrowia	25,26		26,12		27,50

źródło: opracowanie własne na bazie: Raport GUS – „Struktura wynagrodzeń według zawodów” z 2018 r. oraz wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 9 lutego 2018 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. oraz wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2019 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r.).

Zgodnie z danymi przedstawionymi przez Ministerstwo Zdrowia na początku 2018 r. stawki dyżurów lekarskich różnią się w zależności od tego, czy dyżur jest pełniony w zwykły dzień czy świąteczny. Za dyżur pełniony w zwykły dzień stawki oscylują od 40 do ponad 90 zł za 1 godzinę. Za ostry dyżur stawki wynoszą od 90 nawet do 200 zł za 1 godzinę. W Szpitalu stawka za godzinę dyżuru lekarskiego wynosi średnio 88 zł, jest więc nieco niższa od benchmarku rynkowego.

Szpital w trakcie audytu przekazał dane co do obowiązującego w Szpitalu w 2018 r. systemu wynagradzania lekarzy i pozostałego personelu medycznego. Wynagrodzenie personelu medycznego jest zróżnicowane w zależności od rodzaju umowy oraz treści porozumień z personelem. W przypadku lekarzy zatrudnionych na podstawie umowy o pracę na wynagrodzenie składa się stały ryczałt miesięczny oraz dodatek stażowy. W przypadku umów kontraktowych są to stawki godzinowe, stały miesięczny ryczałt oraz stawka % od wypracowanych przychodów. W przypadku lekarzy na stanowiskach kierowniczych przyznawany jest dodatek funkcyjny. Pozostały personel medyczny, który zatrudniony jest w ramach umów o pracę wynagradzany jest na zasadach takich jak lekarze. W przypadku umów cywilno-prawnych wypłacana jest stawka godzinowa oraz dodatki z NFZ dla pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych.

W Szpitalu większość pracowników zatrudniona jest na podstawie umów o pracę. Analizując zasady wynagradzania personelu medycznego w Szpitalu można stwierdzić, że obowiązujące w 2018 r. -



systemy wynagradzania lekarzy i pozostałego personelu medycznego nie odbiegają od systemów stosowanych na rynku przez inne szpitale.

Poniższa tabela przedstawia analizę wynagrodzeń personelu medycznego w 2018 roku zatrudnionych zarówno w ramach umowy o pracę, jak i umów cywilno-prawnych.

**Tabela 45. Analiza wynagrodzeń personelu medycznego w 2018 roku**

Grupa zawodowa	Koszty	Liczba etatów [stan średni w 2018 r.]	Wynagrodzenie miesięczne / 1 etat
Lekarze – ordynacja dzienna	7 155 030 zł	35,00	17 036 zł
Pielęgniarki i położne	8 920 711 zł	156,00	4 765 zł
Ratownicy medyczni	786 288 zł	16,00	4 095 zł
Pozostały personel medyczny	2 675 914 zł	77,00	2 896 zł

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższej tabeli:

- + wynagrodzenie lekarzy (ordynacja dzienna)
  - o koszty wynagrodzeń lekarzy w 2018 roku wyniosły ok. 7,0 mln zł,
  - o średnia stawka miesięcznego wynagrodzenia lekarzy w ordynacji dziennej wyniosła w 2018 r. ok. 17,0 tys. zł,
- + wynagrodzenia pielęgniarek i położnych
  - o koszty wynagrodzeń pielęgniarek i położnych w 2018 r. wyniosły ok. 8,9 mln zł,
  - o średnia stawka miesięcznego wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wyniosła w 2018 r. ok. 4,8 tys. zł,
- + wynagrodzenia ratowników medycznych
  - o koszty wynagrodzeń ratowników medycznych w 2018 r. wyniosły ok. 786 tys. zł,
  - o średnia stawka miesięcznego wynagrodzenia ratowników medycznych wyniosła w 2018 r. ok. 4,1 tys.
- + wynagrodzenia pozostałego personelu medycznego
  - o koszty wynagrodzeń w 2018 r. wyniosły ok. 2,7 mln zł,
  - o średnia stawka miesięcznego wynagrodzenia w 2018 r. wyniosła 2,9 tys. zł.

#### Wniosek nr 36

Wpływ na wartość generowanych przez Szpital kosztów osobowych – oprócz wielkości zatrudnienia personelu w ramach Szpitala – mają stawki jednostkowe (godzinowe, miesięczne, etc.) wynagradzania pracowników.

### Wniosek nr 36

Jak wykazała przeprowadzona w Szpitalu analiza, stosowane w 2018 r., średnioroczne stawki jednostkowe wynagrodzenia pracowników w ramach następujących grup zawodowych świadczących pracę (usługi) wynosiły:

- + lekarzy specjalistów w „ordynacji dziennej” – średnioroczna miesięczna stawka w Szpitalu wynosiła 17 036 zł, była więc wyższa od benchmarku rynkowego wynoszącego 13 436 zł,
- + pielęgniarek i położnych – średnioroczna miesięczna stawka w Szpitalu wynosiła 4 765 zł, przekraczając benchmark rynkowy wynoszący 4 660 zł oraz przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto pielęgniarek zatrudnionych w sektorze publicznym po jego waloryzacji według danych GUS wynoszącym 4 557 zł,
- + ratowników medycznych – średnioroczna miesięczna stawka w Szpitalu wynosiła 4 095 zł i była niższa od benchmarku rynkowego wynoszącego 5 034 zł, przy średniorocznym przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu brutto według danych GUS na poziomie 4 422 zł,
- + pozostały personel medyczny – średnioroczna miesięczna stawka w Szpitalu wynosiła 2 896 zł i była niższa od benchmarku rynkowego na poziomie 3 742 zł i przy średniorocznym przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu brutto według danych GUS na poziomie 4 775 zł.

### Wniosek nr 35

Jak wynika z powyższej analizy poziomu zatrudnienia oraz analizy kosztów osobowych zawartej w części finansowej niniejszego opracowania, niższy od benchmarku oraz wartości optymalnej udział kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży wynika z dwóch czynników:

- + niższej od benchmarku rynkowego średniej stawki wynagrodzeń pracowników Szpitala (5 012 zł przy benchmarku wyższym o ok 714 zł, co przy 379,00 etatach rocznie skutkuje kwotą rzędu 3,25 mln,
- + zbyt niskiej liczby etatów lekarzy – względem optymalnej (niższej) liczby łóżek dla Szpitala jest to ok. 2,55 etatu przeliczeniowego, co przy średniej miesięcznej stawce wynagrodzenia 17 036 zł (znacznie wyższej od benchmarku) skutkuje rocznie „oszczędnością” w kwocie ok. 0,5 mln zł.

Obszar zatrudnienia pracowników Szpitala wymaga pogłębionej analizy na poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych, wchodzących w skład struktury organizacyjnej Szpitala.

### 3.4. Analiza poziomu stosowanych w Szpitalu stawek wynagrodzenia personelu administracyjnego oraz pozostałego personelu niemedycznego

Wynagrodzenie personelu administracyjnego i pozostałego personelu niemedycznego porównano z jednej strony do minimalnego – obowiązującego w 2018 r. - wynagrodzenia za pracę pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu (2 100 zł brutto), z drugiej strony do średniego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w 2018 roku, obliczonego na podstawie komunikatów Prezesa GUS w sprawie przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w poszczególnych miesiącach 2018 r. (4 834,19 zł), a także odniesiono o benchmarku rynkowego.

Poniższa tabela przedstawia analizę stawek wynagrodzenia personelu administracyjnego, sekretarek medycznych oraz pozostałego personelu niemedycznego w 2018 r.

**Tabela 46. Analiza wynagrodzeń pracowników administracji, sekretarek medycznych i pozostałego personelu niemedycznego w Szpitalu w 2018 r.**

Grupa zawodowa	Koszty	Liczba etatów (średnioroczna)	Wynagrodzenie miesięczne/ 1 etat
Administracja	1 625 803 zł	33,00	4 106 zł
Sekretarki medyczne	239 083 zł	7,00	2 846 zł
Pozostały personel niemedyczny	1 390 866 zł	51,00	2 273 zł

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższej tabeli:

- + koszty wynagrodzeń personelu administracyjnego w Szpitalu w 2018 roku wyniosły ok. 1,6 mln zł, a średnia miesięczna stawka wynagrodzenia wynosiła 4 106 zł;
- + koszty wynagrodzeń sekretarek medycznych w Szpitalu w 2018 roku wyniosły ok 239,1 tys. zł, a średnia miesięczna stawka wynagrodzenia wynosiła 2 846 zł;
- + koszty wynagrodzeń pozostałego personelu niemedycznego w Szpitalu w 2018 roku wyniosły ok. 1,4 mln zł, a średnia miesięczna stawka wynagrodzenia wynosiła 2 273 zł.

#### Wniosek nr 37

Koszty wynagrodzeń personelu administracyjnego w Szpitalu w 2018 roku wyniosły ok. 1,6 mln zł.

Średnia stawka miesięcznego wynagrodzenia personelu administracyjnego w Szpitalu w 2018 roku wyniosła ok 4 106 zł.

**Wniosek nr 37**

Średnie miesięczne wynagrodzenie personelu administracyjnego w Szpitalu w 2018 r. (4 106 zł) stanowiło:

- + ok. 195,5% minimalnego – obowiązującego w 2018 r. - wynagrodzenia za pracę pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu (2 100 brutto zł),
- + ok. 84,9% średniego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w 2018 roku (4 834 zł).

Średnie miesięczne wynagrodzenie personelu administracyjnego w Szpitalu w 2018 r. (4 106 zł) było wyższe od benchmarku rynkowego (3 826 zł) o 280 zł.

**Wniosek nr 38**

Koszty wynagrodzeń sekretarek medycznych w Szpitalu w 2018 r. wyniosły ok. 239,1 tys. zł.

Średnia stawka miesięcznego wynagrodzenia sekretarek medycznych w Szpitalu w 2018 roku wyniosła 2 846 zł.

Średnie miesięczne wynagrodzenie sekretarek medycznych w Szpitalu w 2018 r. (2 846 zł) stanowiło:

- + ok. 135,5% minimalnego – obowiązującego w 2018 r. - wynagrodzenia za pracę pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu (2 100 zł brutto),
- + ok. 58,9% średniego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w 2018 roku (4 834 zł).

Średnie miesięczne wynagrodzenie sekretarek medycznych w Szpitalu w 2018 r. (2 846 zł) było wyższe od benchmarku rynkowego (2 506 zł) o 340 zł.

**Wniosek nr 39**

Koszty wynagrodzeń pozostałego personelu niemedycznego w Szpitalu w 2018 roku wyniosły ok. 1,4 mln.

Średnia stawka miesięcznego wynagrodzenia pozostałego personelu niemedycznego w Szpitalu w 2018 roku wyniosła 2 273 zł.

Średnie miesięczne wynagrodzenie pozostałego personelu niemedycznego w Szpitalu w 2018 r. (2 273 zł) stanowiło:

- + ok. 108,0% minimalnego – obowiązującego w 2018 r. - wynagrodzenia za pracę pracownika zatrudnionego w pełnym wymiarze czasu (2 100 zł brutto),
- + ok. 47,0% średniego przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w 2018 roku (4 834 zł).

**Wniosek nr 39**

Średnie miesięczne wynagrodzenie pozostałego personelu niemedycznego w Szpitalu w 2018 r. (2 273 zł) było niższe od benchmarku rynkowego (2 500 zł) o 227 zł.

**3.5. Analiza struktury wiekowej pracowników Szpitala**

Jednym z podstawowych problemów, z jakimi borykają się szpitale jest problem starzejącej się kadry, w tym w szczególności trudnej do zastąpienia kadry medycznej.

Poniższa tabela przedstawia strukturę wiekową pracowników medycznych Szpitala z podziałem na grupy zawodowe.

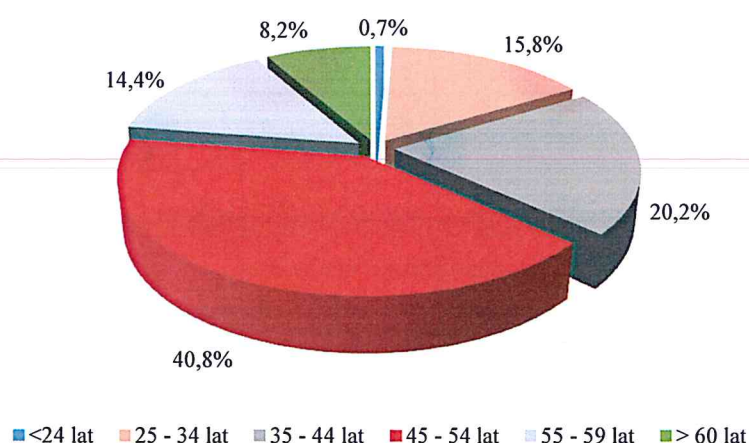
**Tabela 47. Struktura wiekowa personelu medycznego Szpitala w podziale na grupy zawodowe**

Grupa zawodowa	Liczba pracowników na dzień:					
	31 grudnia 2018 r.					
	<24 lat	25 - 34 lat	35 - 44 lat	45 - 54 lat	55 - 59 lat	> 60 lat
Lekarze	0	2	3	21	6	3
Lekarze rezydenci	0	4	0	0	0	0
Pielęgniarki i położne	0	14	31	79	20	16
Opiekunki medyczne	0	0	1	2	6	0
Ratownicy medyczni	0	10	4	2	0	0
Pozostały personel medyczny	2	16	20	15	10	5
<b>Ogółem</b>	<b>2</b>	<b>46</b>	<b>59</b>	<b>119</b>	<b>42</b>	<b>24</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Poniższy wykres przedstawia strukturę wiekową personelu medycznego w Szpitalu.

**Wykres 66. Struktura wiekowa personelu medycznego**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z analizy powyższej tabeli i wykresu:

- + ok 40,8% personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu jest w wieku 45-54 lat,
- + ok 20,2% personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu jest w wieku 35-44 lat,
- + ok 15,8% personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu jest w wieku 25-34 lat,
- + ok 14,4% personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu jest w wieku 55-59 lat,
- + ok 8,2% personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu jest w wieku powyżej 60 lat,
- + ok 0,7% personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu jest w wieku poniżej 24 lat.

Poniższa tabela przedstawia liczbę pracowników objętych ochroną przedemerytalną na dzień 31 grudnia 2018 r. z podziałem na poszczególne grupy zawodowe.

**Tabela 48. Liczba pracowników objętych ochroną przedemerytalną na dzień 31 grudnia 2018 r. z podziałem na grupy zawodowe**

Grupa zawodowa	Liczba pracowników na dzień:
	31 grudnia 2018 r.
Lekarze	3
Lekarze rezydenci	0
Pielęgniarki i położne	35
Opiekunki medyczne	3
Ratownicy medyczni	0
Pozostały personel medyczny	15
Administracja	7

Grupa zawodowa	Liczba pracowników na dzień:
	31 grudnia 2018 r.
Sekretarki medyczne	2
Pozostały personel niemedyczny	10
<b>Ogółem</b>	<b>75</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Ochroną przedemerytalną na dzień 31.12.2018 r. objętych było 75 pracowników, co stanowiło ok. 21,1% ogółu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na koniec 2018 r. w ramach umów o pracę oraz ok. 19,6% ogółu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na koniec 2018 r. (ogółem umowy o pracę i umowy cywilno-prawne – tzw. kontrakty).

Spośród osób objętych ochroną przedemerytalną w Szpitalu najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki – 35 osób (46,7% ogólnej liczby pracowników objętych ochroną przedemerytalną). Na koniec roku, na 152 zatrudnione w Szpitalu na umowę o pracę pielęgniarki i położne 35 obejmowała ochrona przedemerytalna, stanowi to 23,0%. Fakt, iż 23% pielęgniarek w najbliższej perspektywie czasu osiągnie wiek emerytalny może skutkować trudnościami w zapewnieniu odpowiedniej obstawy stanowić zagrożenie braków kadry w tej grupie zawodowej. W grupie zawodowej lekarzy nie występuje problem związany z przejściami na emeryturę, w tym wypadku należy skupić się jedynie na wieku lekarzy. Z informacji Szpitala wynika, iż na 35 zatrudnionych lekarzy, 9 jest w wieku powyżej 55 r.ż. (25,7%), oraz 21 lekarzy w wieku 45-54 lata. W związku z obecnymi problemami kadrowymi w ochronie zdrowia, ocenia się, iż wiek zatrudnionych lekarzy może stanowić zagrożenie dla dalszego zapewniania optymalnych obstaw lekarskich.

#### Wniosek nr 40

Z analizy struktury wiekowej lekarzy i pielęgniarek pracujących w podmiocie leczniczym wynika:

- + ochroną przedemerytalną na dzień 31.12.2018 r. objętych było 75 pracowników, co stanowiło ok. 21,1% ogółu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na koniec 2018 r. w ramach umów o pracę oraz ok. 19,6% ogółu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na koniec 2018 r.;
- + spośród osób objętych ochroną przedemerytalną w Szpitalu najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki – 35 osób.

## 4. Wnioski wynikające z przeprowadzonych analiz obszarowych

### 4.1. Wnioski

#### Wnioski wynikające z analizy obszaru operacyjnego:

- + Struktura funkcjonujących w Szpitalu oddziałów – wg rodzaju oddziałów – odbiega od struktury optymalnej – Szpital w swojej strukturze posiada zbyt wiele oddziałów zachowawczych w porównaniu do oddziałów zabiegowych;
- + Strukturę funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów – wg realizowanego rodzaju opieki medycznej – ze znaczną przewagą oddziałów funkcjonujących w ramach Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej (87,5%), należy uznać za optymalną;
- + Strukturę funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów – wg rodzaju leczonych pacjentów – z przewagą oddziałów realizujących świadczenia dla dorosłych (75%), należy uznać za optymalną;
- + Struktura funkcjonujących w Szpitalu łóżek – wg rodzaju oddziałów – nie odbiega od struktury optymalnej – Szpital w swojej strukturze posiada dobrze zbilansowaną liczbę łóżek zachowawczych i zabiegowych;
- + Strukturę funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek – wg rodzaju realizowanej opieki medycznej – należy uznać za dobrze zbilansowaną;
- + Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek – wg rodzaju leczonych pacjentów była optymalna.;
- + Wartość umów pierwotnych Szpitala z NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 33,8 mln zł i zmalała w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 3,1 mln zł (ok. -8,4%);
- + Przyczyną spadku wartości umów pierwotnych z NFZ w 2018 r. w stosunku do 2017 r. było niewykonanie przez Szpital ryczałtu PSZ w okresie IV kwartału 2017 r. (wykonanie na poziomie zaledwie 90,2%), co skutkowało obniżeniem przez NFZ wartości ryczałtu PSZ na rok 2018 r.;
- + Wartość wykonania umów pierwotnych Szpitala z NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 38,8 mln zł i wzrosła w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 1,8 mln zł (ok. +4,7%);
- + Wartość zapłacona przez NFZ w 2018 r. wyniosła ok. 37,2 mln zł i zmalała w stosunku do wartości z 2017 r. o ok. 0,4 mln zł (ok. -0,9%), przy czym należy zauważyć, że w 2017 r. NFZ zapłacił Szpitalowi ryczałt PSZ o wartości ok. 635 tys. zł wyższej od wartości faktycznie zrealizowanych przez Szpital w ramach ryczałtu świadczeń;
- + Wskaźnik wartości końcowej (zafakturowanej) umowy z NFZ brutto na 1 łóżko/stanowisko/miejsce wyniósł ok. 226,5 tys. zł i jego wartość przekroczyła wartość benchmarku rynkowego, co należy uznać za pozytywne;
- + Wartość środków przeznaczona na podniesienie wynagrodzeń pracowników medycznych uległa znacznemu wzrostowi. W 2018 roku wartość środków wzrosła o ok. 71,2% w stosunku do analogicznej wartości z 2017 roku;



- + W 2017 roku największy udział w ogóle umów pierwotnych z NFZ posiadanych przez Szpital stanowiło leczenie szpitalne (ok. 68,6%) oraz ryczałt PSZ (ok. 17,6%), natomiast w 2018 roku był to ryczałt PSZ (ok. 70,9%) i leczenie szpitalne (ok. 19,0%). W okresie 6M2019 również największy udział w ogóle umów z NFZ posiadanych przez Szpital stanowił ryczałt PSZ (ok. 68,8%), w dalszej kolejności leczenie szpitalne (ok. 21,0%);
- + Poziom wykonania umowy pierwotnej w 2018 roku wyniósł 114,8%. Przekroczono wartość umowy pierwotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej – ryczałtu (105,5%). Nie zrealizowano w pełni umowy w zakresie ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (96,7%). W okresie 6M2019 zrealizowano 121,2% umów pierwotnych w Szpitalu, natomiast w ryczałcie PSZ zrealizowano 110,3% umowy pierwotnej. W ramach ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych wykonano 278,7% umowy pierwotnej - nie zrealizowano umowy pierwotnej wyłącznie w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (69,5%);
- + Wartość miesięcznego ryczałtu PSZ według stanu na 6M2019 liczona dla całego Szpitala jest niższa od średniej wartości ryczałtu PSZ liczonej dla szpitali zlokalizowanych w regionie i stanowi ok. 58,3%. Porównując wskaźnik wartości miesięcznego ryczałtu PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital przypadający na 1 oddział szpitalny, w porównaniu do analogicznego średniego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali zlokalizowanych w regionie, zauważa się niższy wskaźnik od średniej wartości w regionie (ok. 96,8%). Liczony dla Szpitala wskaźnik wartości miesięcznego ryczałtu PSZ przypadający na 1 łóżko szpitalne, okazuje się być niższy od średniej wartości przedmiotowego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali w regionie - o ok. 15,2%;
- + Przeciętna odległość od Szpitala do najbliższego SOR wynosi ok. 45 km, co oznacza odpowiednie zagęszczenie SOR w regionie;
- + Wartość dobowego ryczałtu SOR według stanu na 6M2019 liczona dla całego Szpitala jest znacznie niższa od średniej wartości ryczałtu SOR liczonej dla szpitali zlokalizowanych w regionie i stanowi ok. 70,1%. Porównując wskaźnik wartości dobowego ryczałtu SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital przypadający na 1 oddział szpitalny, w porównaniu do analogicznego średniego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali zlokalizowanych w regionie, zauważa się wyższą wartość wskaźnika (ok. 112,2%). Liczony dla Szpitala wskaźnik wartości dobowego ryczałtu SOR przypadający na 1 łóżko szpitalne, okazuje się być mniejszy, w porównaniu do średniej wartości przedmiotowego wskaźnika liczonego dla pozostałych szpitali w regionie - o ok. 2,4%;
- + W najbliższym otoczeniu Szpitala funkcjonuje odpowiednia liczba punktów NiŚOZ – dostępność do tych świadczeń powinna być zapewniona w niewielkich odległościach od miejsc zamieszkania ludności;

- + Szpital w roku 2018 zrealizował nadwykonania stanowiące ok. 15,8% wartości umowy pierwotnej (ok. 5,3 mln zł). Natomiast w okresie 6M2019 Szpital zrealizował nadwykonania stanowiące ok. 21,9% wartości umowy pierwotnej (ok. 3,8 mln zł);
- + Szpital w roku 2017 posiadał niezapłacone nadlimity (w 2017 roku zapłacono ok. 94,1% nadlimitów). W roku 2018 zapłacone zostało ok. 93,5%, natomiast w okresie 6M2019 jedynie ok. 30,6% nadlimitów zostało zapłaconych;
- + W 2018 roku Szpital posiadał nadryczałty w wysokości ok. 1,3 mln zł. Nie uzyskano zapłaty za wykonane nadryczałty. Szpital w okresie 6M2019 posiadał zapłaconą część nadryczałtów - wykonał świadczenia ponad ryczałt w wysokości ok. 1,3 mln zł i uzyskał zapłatę w wysokości 0,4 mln zł;
- + Liczba porodów i liczba hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym na przestrzeni lat 2017-2018 nieznacznie spadła. Liczba porodów spadła z poziomu 479 porodów w 2017 r. do 470 porodów w 2018 r. (ok. -1,9%). Natomiast liczba hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym spadła z poziomu 477 w 2017 r. do 469 pacjentów w 2018 r. (ok. -1,7%). Wskaźnik udziału cięć cesarskich w ogólnej liczbie porodów wyniósł w 2018 r. ok. 20,3% i był niższy od benchmarku rynkowego oraz od poziomu optymalnego rekomendowanego przez Polskie Towarzystwo Ginekologiczne- PTG (30,0%), co należy ocenić pozytywnie;
- + Szpital realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie rehabilitacji leczniczej osób o znacznym stopniu niepełnosprawności od 2018 roku. W 2018 roku wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 18,5 tys. zł, a w roku 2019 wzrosła o ok. 4,7% i wyniosła ok. 19,4 tys. zł;
- + Szpital nie realizował świadczeń nielimitowanych w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego w 2017 roku, mimo że posiadał umowę pierwotną na ww. świadczenia o wartości ok. 59,4 tys. zł. W 2018 roku Szpital nie posiadał umowy na świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego. W okresie 6M2019 wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 45,0 tys. zł i przewyższyła wartość umowy pierwotnej o ok. 112%;
- + Szpital realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie tomografii komputerowej od 1 kwietnia 2019 roku. W 2018 roku wartość umowy pierwotnej wyniosła ok. 190,2 tys. zł, a w okresie 6M2019 zmalała o ok. 87,0% i wyniosła 24,6 tys. zł. W 2018 roku wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 41,3 tys. zł, a w okresie 6M2019 wzrosła niemal pięciokrotnie i wyniosła ok. 193,5 tys. zł. Wykonanie umowy pierwotnej w zakresie badania diagnostycznego z zakresu tomografii komputerowej w 2018 roku jedynie w 21,7% należy uznać za negatywne. W okresie 6M2019 wykonano ok. 787% umowy pierwotnej w ww. nielimitowanym zakresie, co należy uznać za pozytywne zjawisko.

#### Wnioski wynikające z analizy obszaru finansowo-ekonomicznego:

- + Koszty osobowe w Szpitalu w 2018 r. osiągnęły wartość ok. 30,7 mln zł i były wyższe od kosztów osobowych wygenerowanych przez Szpital w 2017 r. (ok. 27,6 mln zł) o ok. 3,1 mln zł, co stanowi

- wzrost o ok. 11,1%. Wyłączając wpływ ustawowych wzrostów wynagrodzeń podlegających refundacji (pielęgniarki, położne i ratownicy medyczni z NFZ oraz lekarze rezydenci i stażyści z MZ), koszty osobowe Szpitala na przestrzeni lat 2017 - 2018 wzrosły o ok. 6,5%, co kwotowo odpowiada wartości ok. 1,7 mln zł;
- + Najwyższy wzrost – w ramach kosztów osobowych - odnotowano w analizowanym okresie w obszarze kosztów obcych usług osobowych – o kwotę ok. 1,7 mln zł, co stanowi wzrost o ok. 23,7%. Koszty wynagrodzeń wygenerowały w 2018 r. koszty w kwocie ok. 17,9 mln zł i były wyższe od przedmiotowych kosztów wygenerowanych w 2017 r. (ok. 16,8 mln zł) o ok. 1,1 mln zł – co stanowiło wzrost o ok. 6,5%;
  - + Koszty ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń osiągnęły w 2018 r. wartość ok. 3,8 mln zł i były wyższe od analogicznych kosztów z 2017 r. o ok. 249 tys. zł (+7%). Udział kosztów ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń w przychodach ze sprzedaży wyniósł w 2018 r. ok. 7,8% i był o ok. 1 punkt procentowy niższy od benchmarku rynkowego;
  - + Koszty osobowe Szpitala stanowią ok. 68,9% przychodów ze sprzedaży po standaryzacji, co oznacza, że są wyższe od benchmarku rynkowego na poziomie 75,76%;
  - + Szpital generuje istotną stratę netto. Na koniec 2018 roku ok. -1,9 mln złotych, zaś na koniec pierwszego półrocza 2019 roku ok. -1,5 mln złotych. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż strata ta wygenerowana została głównie na podstawowej działalności Szpitala. Dodatni wynik finansowy z pozostałej działalności operacyjnej oraz stosunkowo niewielka strata z działalności finansowej dodatkowo złagodziły w analizowanych latach wygenerowaną stratę netto;
  - + Szpital w planie finansowym na 2019 rok założył wygenerowanie straty netto na poziomie ok. 3,9 mln złotych. W pierwszej połowie 2019 roku wygenerowano stratę wynoszącą ok. 39% planowanej straty na cały rok. Dodatkowo warto zwrócić uwagę na fakt, wygenerowania ok. 52% planowanych przychodów ze sprzedaży oraz 51% kosztów operacyjnych co spowodowało wygenerowanie ok. 43% straty z działalności podstawowej w pierwszej połowie 2019 roku;
  - + Najważniejszą przyczyną pogorszenia sytuacji finansowej Szpitala w okresie 2018/2017 oraz w pierwszym półroczu 2019 roku (w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego) jest wzrost kosztów operacyjnych o ok. +4,1 mln złotych w okresie 2018/2017 oraz o ok. +3,2 mln złotych w okresie 6M2019/6M2018. Dodatkowo w latach 2018/2017 doszło do stosunkowo niewielkiego wzrostu przychodów ze sprzedaży (w stosunku do kosztów operacyjnych) o ok. +806 tys. złotych (ok. +2%) co zdecydowanie miało istotny wpływ na znaczne pogorszenie sytuacji finansowej Szpitala w okresie 2018/2017;
  - + Warto zwrócić uwagę na wzrost wartości nadwykonań niezapłaconych w okresie 2018/2017. W roku 2018 środki te wynosiły aż ok. 1,5 mln złotych podczas gdy w roku 2017 było to ok. 72 tys. złotych;
  - + Wspomniany wyżej wzrost kosztów osobowych wyraźnie widać przy okazji analizy udziału poszczególnych kosztów rodzajowych w przychodach ze sprzedaży Szpitala. W okresie 2018/2017

- udział amortyzacji w przychodach ze sprzedaży zwiększył się o ok. +1,9%, usług obcych nieosobowych o ok. 1,1% zaś kosztów osobowych o ok. +3,1%;
- + Mimo pogorszenia sytuacji finansowej Szpitala w analizowanym okresie w 2018 roku audytowany podmiot przekroczył benchmark rynkowy w zakresie amortyzacji o ok. +3,1 punktów procentowych, zużycia materiałów i energii o ok. +2,3 punktów procentowych oraz podatków i opłat o ok. +0,37 punktów procentowych;
  - + W porównaniu do wariantu optymalnego (pozwalającego na bilansowanie się Szpitala) przekroczenia wynosiły na wspomnianych wcześniej pozycjach kolejno +2,15 punktów procentowych, +2,23 punktów procentowych oraz ok. +0,26 punktów procentowych. Warto zauważyć, iż nawet w porównaniu do wariantu optymalnego Szpital nie przekroczył udziału kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży co jest rzadkością wśród podobnych Szpitali działających na rynku;
  - + Szpital na koniec pierwszej połowy 2019 roku posiada należności krótkoterminowe w wysokości ok. 3,1 mln złotych. Wartość ta stanowi ok. 43,2% zobowiązań Szpitala, których wartość sięga ok. 7,3 mln złotych. Najistotniejszą pozycją zobowiązań Szpitala są zobowiązania handlowe w kwocie ok. 2,9 mln złotych. Szpital posiada zobowiązania przeterminowane do 30 dni w wysokości ok. 100 tys. złotych. W latach 2017 – 2018 należności krótkoterminowe Szpitala zmniejszyły się o ok. 907 tys. złotych (ok. -16,2%), należności zaś w tym samym czasie wzrosły o ok. 943 tys. złotych (ok. +17,6%);
  - + Szpital charakteryzuje się małymi wartościami środków pieniężnych na koniec okresu. W 2018 roku wartość ta wynosiła zaledwie 259 tys. złotych zaś w pierwszej połowie 2019 roku ok. -333 tys. złotych;
  - + Duża ujemna wartość odnotowana została na działalności inwestycyjnej. W 2018 roku wynosiła ona ok. -7,6 mln złotych zaś w pierwszej połowie 2019 roku ok. -2,3 mln złotych. W zakresie tym należy zwrócić uwagę na fakt wysokich wydatków na zakup wartości niematerialny i prawnych oraz rzeczowych środków trwałych w 2018 roku. Analiza rachunku przepływów pieniężnych wskazuje na ryzyko utraty płynności finansowej w kolejnych latach;
  - + W wyniku analizy finansowej Szpital uzyskał 42 na 70 punktów możliwych do uzyskania w świetle kryterium Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 832);
  - + W przypadku wskaźników efektywności i zadłużenia Szpital osiągnął maksymalną możliwą do uzyskania ocenę. W przypadku wskaźników płynności finansowej podmiot był w stanie uzyskać niemal połowę możliwych do uzyskania punktów. Wskaźniki zyskowości, nie osiągnął minimalnych poziomów, kwalifikujących się do uzyskania ocen powyżej zera;
  - + Analiza finansowa podstawowych komórek medycznych wykazała:

- jedynie pięć z rankingowanych podstawowych komórek medycznych wygenerowało zysk po kosztach pośrednich. Najlepszy wynik finansowy wygenerowany został przez Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej oraz Oddział Chorób Wewnętrznych i wynosił ok. 1,6 mln złotych,
- dwie z rankingowanych komórek wykazały stratę po kosztach bezpośrednich, największa strata dotyczyła Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i wynosiła ok. -1,5 mln złotych,
- koszty pośrednie miały duży wpływ na kształtowanie się wyniku finansowego dla Oddziału Chirurgicznego Ogólnego (ok. 51,1%), Zespołu Poradni Specjalistycznych (ok. 48,4%), Oddziału Położniczo – Ginekologicznego (ok. 40,9%) oraz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego (ok. 33,9%);
- + Analiza finansowa pomocniczych komórek medycznych wykazała:
  - doszło do zwiększenia kosztów bezpośrednich netto generowanych przez medyczne komórki pomocnicze działające w Szpitalu zarówno w okresie 2018/2017 jak i w pierwszym półroczu 2019 roku w porównaniu do analogicznego okresu 2018 roku,
  - za zmianę wyniku finansowego największym stopniu odpowiedzialny jest wzrost wartości kosztów osobowych, zużycia materiałów i energii oraz usług obcych nieosobowych,
  - największe koszty bezpośrednie netto, faktycznie obciążające działalność Szpitala w 2018 roku, zostały wygenerowane przez Blok Operacyjny, Zespół Diagnostyki Laboratoryjnej oraz Zespół Diagnostyki Obrazowej i wynosiły odpowiednio ok. 4,1 mln złotych, 1,4 mln złotych oraz 1,1 mln złotych;
- + Z analizy kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w obszarze EHA [eksploatacyjne, hotelowe, administracyjne] wynika:
  - komórką generującą największe koszty bezpośrednie netto są Koszty Zarządu – Szpital Wysokie Mazowieckie oraz Dział Techniczny i Obsługi Gospodarczej,
  - w latach 2017 – 2018 doszło do wzrostu wartości kosztów bezpośrednich netto generowanych przez komórki niemedyce, główną przyczyną tej zmiany był wzrost kosztów osobowych o ok. +444 tys. złotych,
  - w analizowanym okresie wzrost kosztów eksploatacyjnych brutto wynosił ok. 452 tys. złotych (ok. 15,3%). Koszty te wynosiły w 2018 roku ok. 3,4 mln złotych. Warto zwrócić uwagę na wzrost kosztów sprzętania o ok. +123 tys. złotych oraz amortyzacji o ok. +100 tys. złotych,
  - w przypadku kosztów hotelowych odnotowano spadek wartości o ok. 30 tys. złotych,
  - w porównaniu do innych, porównywalnych podmiotów prowadzących działalność leczniczą Szpital ponosi takie same koszty amortyzacji (ok. -0,01 punkt procentowy mniej od benchmarku rynkowego),
  - wskaźnik ponoszonych kosztów prania, żywienia pacjentów oraz zużycia wody jest mniejszy od benchmarku rynkowego odpowiednio o ok. 2,6 zł, ok. 4,4 zł oraz ok. 2,1 zł,

- Szpital ponosi mniejsze koszty hotelowe ogółem w porównaniu do benchmarku rynkowego o ok. 12 zł na jeden osobodzień hospitalizacji (stan na 2018 rok),
- Szpital w 2018 roku poniósł większe koszty administracyjne w stosunku do przychodów ze sprzedaży niż inne porównywalne Szpitale na rynku. Różnica wynosiła ok. 2,3 punktów procentowych. Warto zwrócić uwagę na fakt wzrostu kosztów administracyjnych w okresie 2018/2017 o ok. 12,1% zaś w okresie 6M2019/6M2018 o ok. 8,2%,
- Szpital w 2018 roku poniósł mniejsze koszty sprzątnięcia na 1m<sup>2</sup> powierzchni o ok. 0,8 zł;

#### Wnioski wynikające z analizy obszaru kadrowego:

- + Dotychczasowe kontrole ze strony Płatnika (POW NFZ) nie wykazywały nieprawidłowości w zakresie zabezpieczenia personelu medycznego w Szpitalu. Należy to uznać za przejaw rzetelnej, celowej i gospodarnej polityki kadrowej w Szpitalu, w kontekście wymagań ze strony POW NFZ. Natomiast jak wynika z danych przekazanych przez Szpital, biorąc pod uwagę obowiązujące aktualnie (od stycznia 2019 r.) akty prawne:

- na Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
- na Oddziale Pediatricznym,
- na Oddziale Chorób Wewnętrznych,
- na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym

w 2018 roku nie byłyby spełnione wymogi dotyczące minimalnej liczby etatów przeliczeniowych pielęgniarek na jedno łóżko szpitalne, określone Rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Mimo, że spełnienie wymogów określonych ww. Rozporządzeniem wymagane jest w terminie do grudnia 2021 r., stanowi obowiązujące normy i podstawę do wyznaczenia optymalnej liczby pielęgniarek na oddziałach;

- + Na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii niespełniony był wymóg co najmniej 4 etatów przeliczeniowych lekarzy zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.;
- + Zatrudnienie ogółem w Szpitalu według średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) wynosiło 379,00 etatów przeliczeniowych i było wyższe od średniego stanu zatrudnienia w 2017 r. (375,20 etatów przeliczeniowych) o 3,80 etatów przeliczeniowych, co stanowi wzrost o ok. 2,9% w skali rok do roku. W pierwszej połowie 2019 roku obserwuje się wzrost zatrudnienia o +11,00 etatów przeliczeniowych (+2,9%), w tym najwyższy wzrost w grupach zawodowych pielęgniarek i położnych (+4,00 etaty), administracji (4,00 etaty) oraz lekarzy (+2,00 etaty);
- + Największe zmiany w średniorocznym zatrudnieniu pracowników w 2018 r. w stosunku do 2017 r. zanotowano w obszarze:
  - zatrudnienia lekarzy w „ordynacji dziennej” (-5,50 etatów przeliczeniowych),
  - zatrudnienia pozostałego personelu niemedycznego (+3,50 etatów przeliczeniowych),

- zatrudnienia pielęgniarek i położnych (+3,40 etatów przeliczeniowych);
- + Według średniorocznego stanu zatrudnienia pracowników Szpitala w 2018 r.: największą grupę zawodową w Szpitalu stanowiły pielęgniarki i położne – 156,00 etatów (41,2%). Pielęgniarki i położne wraz z opiekunkami medycznymi stanowiły ok. 43,5% ogółu etatów przeliczeniowych pracowników zatrudnionych w Szpitalu;
- + Na uwagę zasługuje znaczny udział pracowników administracji (33,00 etaty) w ogólnej liczbie zatrudnionych pracowników Szpitala (8,7%);
- + stosowane w 2018 r., średnioroczne stawki jednostkowe wynagrodzenia pracowników w ramach następujących grup zawodowych świadczących pracę (usługi) wynosiły:
  - lekarzy specjalistów w „ordynacji dziennej” – średnioroczna miesięczna stawka w Szpitalu wynosiła 17 036 zł, była więc wyższa od benchmarku rynkowego wynoszącego 13 436 zł,
  - pielęgniarek i położnych – średnioroczna miesięczna stawka w Szpitalu wynosiła 4 765 zł, przekraczając benchmark rynkowy wynoszący 4 660 zł oraz przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto pielęgniarek zatrudnionych w sektorze publicznym po jego waloryzacji według danych GUS wynoszącym 4 557 zł,
  - ratowników medycznych – średnioroczna miesięczna stawka w Szpitalu wynosiła 4 095 zł i była niższa od benchmarku rynkowego wynoszącego 5 034 zł, przy średniorocznym przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu brutto według danych GUS na poziomie 4 422 zł,
  - pozostały personel medyczny – średnioroczna miesięczna stawka w Szpitalu wynosiła 2 896 zł i była niższa od benchmarku rynkowego na poziomie 3 742 zł i przy średniorocznym przeciętnym miesięcznym wynagrodzeniu brutto według danych GUS na poziomie 4 775 zł;
- + Jak wynika z powyższej analizy poziomu zatrudnienia oraz analizy kosztów osobowych zawartej w części finansowej niniejszego opracowania, niższy od benchmarku oraz wartości optymalnej udział kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży wynika z dwóch czynników:
  - niższej od benchmarku rynkowego średniej stawki wynagrodzeń pracowników Szpitala (5 012 zł przy benchmarku wyższym o ok 714 zł, co przy 379,00 etatach rocznie skutkuje kwotą rzędu 3,25 mln,
  - zbyt niskiej liczby etatów lekarzy – względem optymalnej (niższej) liczby łóżek dla Szpitala jest to ok. 2,55 etatu przeliczeniowego, co przy średniej miesięcznej stawce wynagrodzenia 17 036 zł (znacznie wyższej od benchmarku) skutkuje rocznie „oszczędnością” w kwocie ok. 0,5 mln zł;
- + Średnie miesięczne wynagrodzenie personelu administracyjnego w Szpitalu w 2018 r. (4 106 zł) było wyższe od benchmarku rynkowego (3 826 zł) o 280 zł;

- + Średnie miesięczne wynagrodzenie sekretarek medycznych w Szpitalu w 2018 r. (2 846 zł) było wyższe od benchmarku rynkowego (2 506 zł) o 340 zł;
- + Średnie miesięczne wynagrodzenie pozostałego personelu niemedycznego w Szpitalu w 2018 r. (2 273 zł) było niższe od benchmarku rynkowego (2 500 zł) o 227 zł;
- + Z analizy struktury wiekowej lekarzy i pielęgniarek pracujących w podmiocie leczniczym wynika:
  - o ochroną przedemerytalną na dzień 31.12.2018 r. objętych było 75 pracowników, co stanowiło ok. 21,1% ogółu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na koniec 2018 r. w ramach umów o pracę oraz ok. 19,6% ogółu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na koniec 2018 r.;
  - o spośród osób objętych ochroną przedemerytalną w Szpitalu najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki – 35 osób.

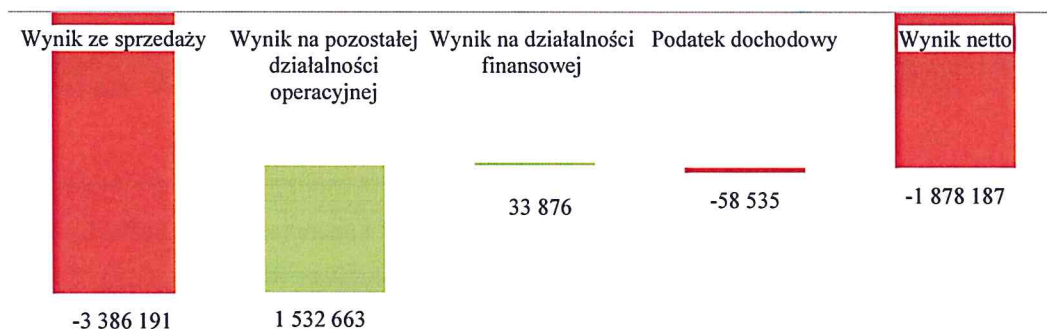
#### 4.2. Identyfikacja i analiza ewentualnych nieefektywności występujących w Szpitalu

Celem przeprowadzonego audytu Szpitala było zidentyfikowanie:

- 1) przyczyn nieefektywności – będących powodem generowania przez Szpital straty z działalności operacyjnej oraz starty na poziomie wyniku finansowego netto,
- 2) obszarów występowania ww. przyczyn nieefektywności.

Poniższy wykres przedstawia strukturę wyniku finansowego netto osiągniętego w 2018 r. przez Szpital.

#### Wykres 67. Struktura wyniku finansowego netto osiągniętego przez Szpital w 2018 r.



źródło: opracowano na podstawie danych dostarczonych przez Szpital

Jak wynika z powyższego wykresu Szpital w 2018 r. wygenerował:

- + stratę ze sprzedaży o wartości ok. -3,4 mln zł,
- + zysk z pozostałej działalności operacyjnej o wartości ok. +1,5 mln zł,
- + zysk z działalności finansowej o wartości ok. +34 tys. zł.

Dodatkowo na wygenerowanie straty na poziomie wyniku finansowego netto o wartości ok. -1,9 mln zł wpływ miał zapłacony przez Szpital podatek dochodowy o wartości ok. 59 tys. zł.



Z powyżej analizy struktury wyniku finansowego netto osiągniętego przez Szpital w 2018 r. jednoznacznie wynika, że jedynym nieefektywnym obszarem działalności Szpitala – mającym wpływ na wygenerowanie przez Szpital straty na poziomie wyniku finansowego netto - jest obszar działalności podstawowej.

#### Wniosek nr 41

Z powyżej analizy struktury wyniku finansowego netto osiągniętego przez Szpital w 2018 r. jednoznacznie wynika, że jedynym nieefektywnym obszarem działalności Szpitala – mającym wpływ na wygenerowanie przez Szpital straty na poziomie wyniku finansowego netto - jest obszar działalności podstawowej.

Na koniec 2018 r. łączna wartość zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych Szpitala wynosiła ok. 6,3 mln zł, przy czym w strukturze zobowiązań występowały wyłącznie zobowiązania krótkoterminowe, w tym zobowiązania finansowe (*kredyty i pożyczki*) zaledwie o wartości ok. 879 tys. zł.

Powyższe oznacza, że Szpital – w przeciwieństwie do większości szpitali publicznych funkcjonujących na rynku – nie boryka się z problemami nadmiernego zadłużenia.

#### Wniosek nr 42

Na koniec 2018 r. wartość zobowiązań finansowych (*kredyty i pożyczki*) Szpitala wynosiła zaledwie ok. 879 tys. zł.

Powyższe oznacza, że Szpital – w przeciwieństwie do większości szpitali publicznych funkcjonujących na rynku – nie boryka się z problemami nadmiernego zadłużenia.

Podstawowymi wskaźnikami analizy przyczyn nieefektywności podmiotu leczniczego jest analiza wskaźników udziału poszczególnych kosztów rodzajowych poniesionych przez podmiot leczniczy, w wygenerowanych przez podmiot leczniczy w analogicznym okresie przychodów ze sprzedaży.

Porównanie ww. wskaźników do benchmarków rynkowych pozwala na porównanie efektywności funkcjonowania analizowanego podmiotu leczniczego do analogicznych podmiotów funkcjonujących na rynku. Takie porównanie jest możliwe wyłącznie po ustandaryzowaniu przychodów ze sprzedaży i ustandaryzowaniu kosztów rodzajowych, zarówno analizowanego podmiotu leczniczego, jak i podmiotów, do których analizowany podmiot leczniczy porównujemy.

Poniższa tabela przedstawia wskaźniki udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych Szpitala wygenerowanych w 2018 r., w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wygenerowanych w analogicznym okresie, w stosunku do benchmarków rynkowych.

**Tabela 49. Wskaźniki udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych Szpitala wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wygenerowanych w analogicznym okresie, w stosunku do benchmarków rynkowych**

Pozycja	Szpital	Benchmark	Δ
Amortyzacja	8,04%	4,95%	+3,09%
Zużycie materiałów i energii	18,14%	15,81%	+2,33%
Niosobowe usługi obce	7,91%	11,10%	-3,19%
Koszty osobowe	68,90%	75,76%	-6,86%
Podatki i opłaty	1,06%	0,70%	+0,36%
Pozostałe koszty rodzajowe	0,58%	0,68%	-0,10%
<b>Ogółem</b>	<b>104,63%</b>	<b>109,00%</b>	<b>-4,37%</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższej tabeli udział ustandaryzowanych kosztów ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., w stosunku do wygenerowanych przez Szpital w analogicznym okresie ustandaryzowanych przychodów ze sprzedaży wyniósł 104,63% i – co należy ocenić pozytywnie - był niższy o ok. 4,37 pkt procentowych od benchmarku rynkowego.

Oznacza, to że Szpital, na poziomie sprzedaży (który to obszar – jak wykazała wcześniejsza analiza był jedynym obszarem nieefektywnym w Szpitalu) wygenerował lepszy wskaźnik udziału ustandaryzowanych kosztów w ustandaryzowanych przychodach niż analogiczne szpitale na rynku.

Szpital w 2018 r. przekroczył benchmarki rynkowe udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży w obszarach:

- + amortyzacji – o ok. +3,09 pkt. procentowych,
- + kosztów zużycia materiałów i energii – o ok. 2,33 pkt. procentowych,
- + podatków i opłat – o ok. +0,36 pkt. procentowych.

Powyższa analiza benchmarkowa pozwala na porównanie parametrów finansowych wygenerowanych przez Szpital w stosunku do analogicznych podmiotów leczniczych funkcjonujących na rynku - wskazuje obszary nieefektywne w stosunku do rynku - ale nie pozwala na jednoznaczne określenie obszarów nieefektywnych, które mają wpływ na brak efektywności finansowej Szpitala.

W tym celu – na podstawie posiadanych algorytmów – dokonano kalkulacji optymalnych wskaźników udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital w analogicznym okresie, pozwalających na zbilansowanie działalności podstawowej (na poziomie sprzedaży) Szpitala.

Poniższa tabela przedstawia porównanie wskaźników udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital w analogicznym okresie w stosunku do ich wartości optymalnych dla Szpitala.

**Tabela 50. Wskaźniki udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych Szpitala wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., w stosunku do ich wartości optymalnych dla Szpitala**

Pozycja	Szpital	Wartość optymalna dla Szpitala	Δ
Amortyzacja	8,04%	5,89%	+2,15%
Zużycie materiałów i energii	18,14%	15,91%	+2,23%
Nieosobowe usługi obce	7,91%	7,91%	-
Koszty osobowe	68,90%	68,90%	-
Podatki i opłaty	1,06%	0,81%	+0,25%
Pozostałe koszty rodzajowe	0,58%	0,58%	-
<b>Ogółem</b>	<b>104,63%</b>	<b>100,00%</b>	<b>+4,63%</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższej tabeli udział ustandaryzowanych kosztów ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., w stosunku do wygenerowanych przez Szpital w analogicznym okresie ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wyniósł (104,63%) i był wyższy o ok. 4,63 pkt procentowych od wartości optymalnej dla Szpitala – pozwalającej na zbilansowanie działalności podstawowej Szpitala.

Szpital w 2018 r. przekroczył wartości optymalnych udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w przychodach ze sprzedaży w obszarach:

- + amortyzacji – o ok. +2,15 pkt. procentowych,
- + kosztów zużycia materiałów i energii – o ok. +2,23 pkt. procentowych,
- + podatków i opłat – o ok. +0,25 pkt. procentowych.

#### Wniosek nr 43

Szpital w 2018 r. przekroczył wartości optymalnych udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży o ok. +4,63 pkt. procentowych, w następujących obszarach:

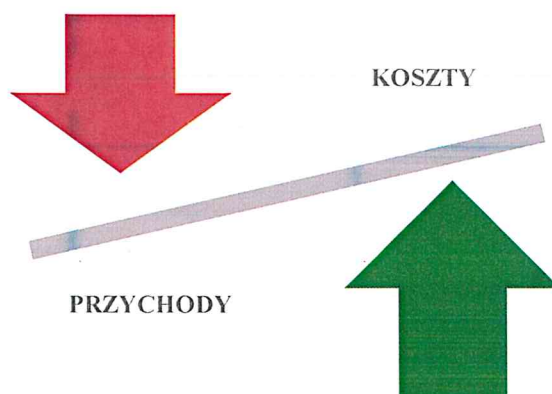
**Wniosek nr 43**

- + amortyzacji – o ok. +2,15 pkt. procentowych,
- + kosztów zużycia materiałów i energii – o ok. +2,23 pkt. procentowych,
- + podatków i opłat – o ok. +0,25 pkt. procentowych.

Potencjalnymi przyczynami przekroczenia przez podmiot leczniczy wartości optymalnych udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży (przyczyny nieefektywności) mogą być:

- 1) zbyt niskie przychody generowane przez podmiot leczniczy,
- 2) zbyt wysokie koszty generowane przez podmiot leczniczy,
- 3) obie powyższe przyczyny występujące jednocześnie: zbyt niskie przychody i zbyt wysokie koszty generowane przez podmiot leczniczy.

**Rysunek 6. Parametry wpływające na wartość udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży**



źródło: opracowanie własne

W celu zidentyfikowania przyczyn przekroczenia przez Szpital wartości optymalnych udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży (przyczyny nieefektywności) w obszarach:

- + amortyzacji,
- + kosztów zużycia materiałów i energii,
- + podatków i opłat,

dokonano analizy poziomu wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. przychodów ze sprzedaży oraz poziomu ww. kosztów.

Szpital generował w 2018 r. przychody ze sprzedaży w następujących obszarach:

- + przychody ze sprzedaży usług (świadczeń) medycznych w ramach współpracy z NFZ, w tym:

- przychody ze sprzedaży usług (świadczeń) medycznych realizowanych w ramach posiadanego przez Szpital ryczałtu PSZ,
  - limitowane przychody ze sprzedaży usług (świadczeń) medycznych realizowanych w ramach posiadanych przez Szpital umów z NFZ poza ryczałtem PSZ,
  - nielimitowane przychody ze sprzedaży usług (świadczeń) medycznych realizowanych w ramach posiadanych przez Szpital umów z NFZ poza ryczałtem PSZ,
- 
- + dopłaty do pobytu pacjentów przebywających na oddziałach opieki długoterminowej (ZOL),
  - + przychody ze sprzedaży usług (świadczeń) medycznych komercyjnych,
  - + przychody ze sprzedaży usług niemedycznych.

Analiza wskaźnikowa wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. przychodów ze sprzedaży wykazała, że:

- + przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 optymalne łóżko stacjonarne funkcjonujące w Szpitalu wyniosły w 2018 r. ok. 243 tys. zł i były niższe od poziomu benchmarków rynkowych zaledwie o ok. -1,1%,
- + przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 pacjenta hospitalizowanego na oddziałach stacjonarnych w Szpitalu wyniosły w 2018 r. ok. +5,5 tys. zł i były wyższe od benchmarków rynkowych o ok. +11,6%,
- + przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 osobodzień pobytu pacjenta na oddziałach stacjonarnych w Szpitalu wyniosły w 2018 r. ok. 794 zł i były niższe od benchmarków rynkowych o ok. -9,4%.

Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowane przez komórki podstawowe Szpitala, funkcjonujące w obszarze „szpitalnej opieki krótkoterminowej” (SZOK) na 1 optymalne łóżko stacjonarne funkcjonujące w Szpitalu, wyniosły w 2018 r. ok. 230 tys. zł i były wyższe od poziomu benchmarków rynkowych aż o ok. +22,9%.

Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowane przez komórki podstawowe Szpitala funkcjonujące w obszarze „szpitalnej opieki długoterminowej” (SZOD) na 1 optymalne łóżko stacjonarne funkcjonujące w Szpitalu wyniosły w 2018 r. ok. 44 tys. zł i były niższe od poziomu benchmarków rynkowych aż o ok. -56,7%.

Największy wpływ na poziom generowanych przez Szpital przychodów ze sprzedaży miały w 2018 r. (co jest charakterystyczne dla wszystkich podmiotów publicznych) przychody ze sprzedaży usług (świadczeń) medycznych realizowanych w ramach współpracy z NFZ, które wraz z zapłaconymi nadwykonaniami stanowiły ok. 88,53% (dodatkowe 6,80% przychodów z NFZ stanowiły środki przeznaczone na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego).

Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowane w ramach współpracy z NFZ na 1 optymalne łóżko stacjonarne funkcjonujące w Szpitalu wyniosły w 2018 r. ok. 218 tys. zł i były niższe od poziomu benchmarków rynkowych o ok. -2,6%.

Wartość miesięcznego ryczału PSZ posiadanego przez Szpital w 2018 r. wynosiła ok. 2,0 mln zł i była niższa aż o ok. -68,1% od wartości miesięcznego ryczału PSZ szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital. Wartość miesięcznego ryczału PSZ posiadanego przez Szpital w 2018 r. w przeliczeniu na 1 łóżko (a więc uwzględniająca wielkość szpitala) wynosiła ok. 10,5 tys. zł i była niższa o ok. -14,5% od wartości miesięcznego ryczału PSZ w przeliczeniu na 1 łóżko szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital.

Wartość miesięcznego ryczału SOR posiadanego przez Szpital w 2018 r. wynosiła ok. 245 tys. zł i była niższa aż o ok. -57,9% od wartości miesięcznego ryczału SOR szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital. Wartość miesięcznego ryczału SOR posiadanego przez Szpital w 2018 r. w przeliczeniu na 1 łóżko (a więc uwzględniająca wielkość szpitala) wynosiła ok. 1,2 tys. zł i była niższa o ok. -26,3% od wartości miesięcznego ryczału SOR w przeliczeniu na 1 łóżko szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital.

Wartość miesięcznego ryczału NiŚOZ posiadanego przez Szpital w 2018 r. wynosiła ok. 73,4 tys. zł i była niższa aż o ok. -44,3% od wartości miesięcznego ryczału NiŚOZ szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital. Wartość miesięcznego ryczału NiŚOZ posiadanego przez Szpital w 2018 r. w przeliczeniu na 1 łóżko (a więc uwzględniająca wielkość szpitala) wynosiła ok. 344 zł i była niższa o ok. -15,4% od wartości miesięcznego ryczału NiŚOZ w przeliczeniu na 1 łóżko szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital.

Szpital w 2018 r. w ramach współpracy z NFZ mógł realizować świadczenia nielimitowane w następujących obszarach:

- + położnictwo,
- + neonatologia,
- + świadczenia rehabilitacyjne dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności,
- + diagnostyka i leczenie onkologiczne,

a od 1 kwietnia 2019 r. dodatkowo:

- + badania diagnostyczne z zakresu tomografii komputerowej.

Z przeprowadzonej analizy wynika, że liczba porodów a tym samym liczba noworodków hospitalizowanych na Oddziale Neonatologicznym na przestrzeni lat 2017-2018 nieznacznie spadła. Liczba porodów spadła z poziomu 479 porodów w 2017 r. do 470 porodów w 2018 r. (ok. -1,9%), natomiast liczba hospitalizowanych na Oddziale Neonatologicznym noworodków spadła z poziomu 477 w 2017 r. do 469 pacjentów w 2018 r. (ok. -1,7%). W tym miejscu należy stwierdzić, że liczba porodów,

jak jest niezbędna do zbilansowania się działalności oddziałów położniczych wynosi ok. 800 porodów rocznie, a w celu wygenerowania satysfakcjonującej rentowności oddziałów położniczych po kosztach bezpośrednich ok. 600 porodów rocznie. Powyższe potwierdzają wyniki finansowe generowane przez funkcjonujący w Szpitalu Oddział Położniczo-Ginekologiczny. Oddział (wraz z Oddziałem Neonatologicznym) osiągnął w 2018 r. rentowność po kosztach bezpośrednich na poziomie zaledwie ok. +7,8%, która dodatkowo zmalała w okresie 6M2019 do poziomu ok. +5,2%. W obu analizowanych okresach Oddział osiągnął ujemną rentowność po kosztach pośrednich – odpowiednio ok. -33,1% w 2018 r. oraz ok. -35,2% w okresie 6M2019.

Szpital - od II kwartału 2018 roku - realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie rehabilitacji leczniczej osób o znacznym stopniu niepełnosprawności. W 2018 roku wartość rzeczywistego wykonania w tym obszarze wyniosła ok. 18,5 tys. zł, a w okresie 6M2019 wzrosła w stosunku do 2018 r. o ok. 4,7% i wyniosła ok. 19,4 tys. zł.

W 2017 r. Szpital nie realizował świadczeń nielimitowanych w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, mimo że posiadał umowę pierwotną na ww. świadczenia o wartości ok. 59,4 tys. zł. W 2018 roku Szpital nie posiadał umowy na świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego. W okresie 6M2019 wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 45,0 tys. zł i przewyższyła wartość umowy pierwotnej o ok. 112%.

Z dniem 1 kwietnia 2019 r. Szpital realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie tomografii komputerowej. W 2018 roku wartość umowy pierwotnej wyniosła ok. 190,2 tys. zł, a w okresie 6M2019 zmalała o ok. 87,0% i wyniosła 24,6 tys. zł. W 2018 roku wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 41,3 tys. zł, a w okresie 6M2019 wzrosła niemal pięciokrotnie i wyniosła ok. 193,5 tys. zł. Wykonanie umowy pierwotnej w zakresie badania diagnostycznego z zakresu tomografii komputerowej w 2018 roku jedynie w 21,7% należy uznać za negatywne. W okresie 6M2019 wykonano ok. 787% umowy pierwotnej w ww. nielimitowanym zakresie, co należy uznać za pozytywne zjawisko.

Istotny wpływ na wartość generowanych przez każdy podmiot leczniczy przychodów ze sprzedaży ma poziom - a tym samym wartość – zapłaconych przez NFZ nadwykonań (nadryczały i nadlimity).

Szpital w 2017 r. (IV kwartale 2017 r.) zrealizował zaledwie w ok. 90,2% (ok. 5,9 mln zł) wartość ryczału PSZ przyznanego Szpitalowi (ok. 6,5 mln zł) przez NFZ, tym samym w stosunku do wartości zrealizowanych świadczeń otrzymał od NFZ środki finansowe wyższe o ok. 635 tys. zł. W tym miejscu należy zaznaczyć, że realizacja przyznanego podmiotowi leczniczemu ryczału poniżej 98% może skutkować redukcją wartości ryczału na kolejny okres, a realizacja ryczału PSZ poniżej 92% wartości ryczału PSZ przyznanego podmiotowi leczniczemu może nawet skutkować wykluczeniem podmiotu leczniczego z systemu PSZ.

Konsekwencją niewykonania przez Szpital wartości przyznanego mu przez NFZ ryczału PSZ na IV kwartał 2017 r., była redukcja wartości ryczału PSZ na 2018 r. o ok. -2,0 mln zł. Powyższe skutkowało

wygenerowaniem przez Szpital - niezapłaconych przez NFZ – nadryczałtów o wartości ok. 1,3 mln zł, które w istotnym stopniu wpłynęły na wygenerowaną w 2018 r. przez Szpital stratę ze sprzedaży. Całkowita wartość niezapłaconych przez NFZ w 2018 r. nadwykonań (nadryczałty plus nadlimity) wyniosła ok. 1,6 mln zł.

W okresie 6M2019 Szpital zrealizował przyznany mu przez NFZ ryczałt PSZ w 110,3% i w ww. okresie wygenerował nadryczałty o wartości ok. 1,3 mln zł, co (jeśli polityka realizacji nadryczałtów w II połowie 2019 r. nie ulegnie zmianie) będzie miało ponownie negatywny wpływ na wynik finansowy Szpitala.

Przychody z dopłat do pobytu pacjentów przebywających na oddziałach opieki długoterminowej (ZOL) wyniosły w 2018 r. ok. 615 tys. zł i stanowiły ok. 1,5% przychodów ze sprzedaży.

Przychody ze sprzedaży usług (świadczeń) medycznych komercyjnych wyniosły w 2018 r.:

- + ok. 99,6 tys. zł (ok. 0,24% przychodów ze sprzedaży),
- + ok. 481 tys. zł (ok. 1,13% przychodów ze sprzedaży),

czyli łącznie stanowiły ok. 1,4% przychodów ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. i były o ok. -0,5% poniżej benchmarku rynkowego oraz znacznie poniżej wartości oczekiwanej (ok. 5,0%).

Przychody ze sprzedaży usług niemedyceńskich wyniosły w 2018 r. ok. 367 tys. zł (ok. 0,82%) w tym ok. 279 tys. zł z najmu powierzchni (ok. 0,67% przychodów ze sprzedaży). Wskaźnik średnich przychodów generowanych przez Szpital w 2018 r. z najmu 1 m<sup>2</sup> powierzchni najmowanej podmiotom trzecim wyniósł ok. 50 zł/1m<sup>2</sup> i był niższy od benchmarku rynkowego o ok. -26,5%.

#### Wniosek nr 44

Analiza obszaru przychodowego Szpitala wykazała, że wartość generowanych przez Szpital w 2018 r. przychodów była przyczyną nieefektywności finansowej Szpital i miała istotny wpływ na wygenerowaną przez Szpital w 2018 r. stratę na poziomie działalności podstawowej (ok. -3,4 mln zł).

W szczególności:

- 1) brak zapłaty ze strony NFZ za wygenerowane przez Szpital w kwocie ok. 1,3 mln zł nadryczałty miał istotny wpływ na finanse Szpitala; wygenerowanie nadryczałtów było konsekwencją niewykonania przez Szpital przyznanego mu na IV kwartał 2018 r. ryczałtu PSZ, co skutkowało redukcją przez NFZ wartości ryczałtu na rok 2018 o ok. 2,0 mln zł;

ponadto:

- 2) przychody ze sprzedaży usług medycznych generowane przez komórki podstawowe Szpitala (ZOL) funkcjonujące w obszarze „szpitalnej opieki długoterminowej” (SZOD) na 1



**Wniosek nr 44**

- optymalne łóżko stacjonarne funkcjonujące w Szpitalu wyniosły w 2018 r. ok. 44 tys. zł i były niższe od poziomu benchmarków rynkowych aż o ok. -56,7%;
- 3) przychody ze sprzedaży usług medycznych generowane w ramach współpracy z NFZ na 1 optymalne łóżko stacjonarne funkcjonujące w Szpitalu wyniosły w 2018 r. ok. 218 tys. zł i były niższe od poziomu benchmarków rynkowych o ok. -2,6%;
- 4) wartość miesięcznego ryczału PSZ posiadanego przez Szpital w 2018 r. wynosiła ok. 2,0 mln zł i była niższa aż o ok. -68,1% od wartości miesięcznego ryczału PSZ szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital. Wartość miesięcznego ryczału PSZ posiadanego przez Szpital w 2018 r. w przeliczeniu na 1 łóżko (a więc uwzględniająca wielkość szpitala) wynosiła ok. 10,5 tys. zł i była niższa o ok. -14,5% od wartości miesięcznego ryczału PSZ w przeliczeniu na 1 łóżko, szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital;
- 5) wartość miesięcznego ryczału SOR posiadanego przez Szpital w 2018 r. wynosiła ok. 245 tys. zł i była niższa aż o ok. -57,9% od wartości miesięcznego ryczału SOR szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital. Wartość miesięcznego ryczału SOR posiadanego przez Szpital w 2018 r. w przeliczeniu na 1 łóżko (a więc uwzględniająca wielkość szpitala) wynosiła ok. 1,2 tys. zł i była niższa o ok. -26,3% od wartości miesięcznego ryczału SOR w przeliczeniu na 1 łóżko, szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital;
- 6) wartość miesięcznego ryczału NiŚOZ posiadanego przez Szpital w 2018 r. wynosiła ok. 73,4 tys. zł i była niższa aż o ok. -44,3% od wartości miesięcznego ryczału NiŚOZ szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital. Wartość miesięcznego ryczału NiŚOZ posiadanego przez Szpital w 2018 r. w przeliczeniu na 1 łóżko (a więc uwzględniająca wielkość szpitala) wynosiła ok. 344 zł i była niższa o ok. -15,4% od wartości miesięcznego ryczału NiŚOZ w przeliczeniu na 1 łóżko, szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital;
- 7) Szpital nie wykorzystywał możliwości generowania wyższych przychodów w obszarach nielimitowanej współpracy z NFZ, w tym:
- + liczba porodów a tym samym liczba noworodków hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym na przestrzeni lat 2017-2018 nieznacznie spadła. Liczba porodów spadła z poziomu 479 porodów w 2017 r. do 470 porodów w 2018 r. (ok. -1,9%), natomiast liczba hospitalizowanych noworodków na Oddziale Noworodkowym spadła z poziomu 477 w 2017 r. do 469 pacjentów w 2018 r. (ok. -1,7%). W tym miejscu należy stwierdzić, że liczba porodów, jak jest niezbędna do zbilansowania się działalności oddziałów położniczych wynosi ok. 800 porodów rocznie, a w celu

**Wniosek nr 44**

wygenerowania satysfakcjonującej rentowności oddziałów położniczych po kosztach bezpośrednich ok. 600 porodów rocznie,

- + w zakresie rehabilitacji leczniczej osób o znacznym stopniu niepełnosprawności wartość rzeczywistego wykonania w 2018 r. (przedmiotowe świadczenia zostały zakwalifikowane do koszyka świadczeń nielimitowanych od II kw. 2018 r.) wyniosła zaledwie ok. 18,5 tys. zł; pozytywnie należy ocenić fakt, że wartość przedmiotowych świadczeń wzrosła w okresie 6M2019 w stosunku do 2018 r. o ok. 4,7% i wyniosła ok. 19,4 tys. zł,
- + w 2018 roku Szpital nie posiadał umowy na świadczenia w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, ponieważ w 2017 r. Szpital nie realizował świadczeń nielimitowanych w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego, mimo posiadania umowy pierwotną na ww. świadczenia o wartości ok. 59,4 tys. zł; w okresie 6M2019 wartość rzeczywistego wykonania wyniosła ok. 45,0 tys. zł i przewyższyła wartość umowy pierwotnej o ok. 112%,
- + z dniem 1 kwietnia 2019 r. Szpital realizuje świadczenia nielimitowane w zakresie tomografii komputerowej; w okresie 6M2019 wykonano ok. 787% umowy pierwotnej w ww. zakresie, co należy ocenić pozytywnie; jednocześnie należy podkreślić, że mimo iż przedmiotowe świadczenia w 2018 r. nie były świadczeniami nielimitowanymi, to wykonanie umowy pierwotnej w zakresie badania diagnostycznego z zakresu tomografii komputerowej w 2018 roku jedynie w 21,7% należy uznać za negatywne;

8) przychody ze sprzedaży usług (świadczeń) medycznych komercyjnych stanowiły w 2018 r. ok. 1,4% przychodów ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital i były o ok. -0,5% poniżej benchmarku rynkowego oraz znacznie poniżej wartości oczekiwanej (ok. 5,0%);

9) przychody ze sprzedaży usług niemedycznych wyniosły w 2018 r. ok. 367 tys. zł, (ok. 0,82%) w tym ok. 279 tys. zł z najmu powierzchni (ok. 0,67% przychodów ze sprzedaży). Wskaźnik średnich przychodów generowanych przez Szpital w 2018 r. z najmu 1 m<sup>2</sup> powierzchni najmowanej podmiotom trzecim wyniósł ok. 50 zł/1m<sup>2</sup> i był niższy od benchmarku rynkowego o ok. -26,5%.

Niepokojący jest fakt, że mimo, iż jedną z głównych przyczyn wygenerowania przez Szpital w 2018 r. straty ze sprzedaży były wygenerowane i niezapłacone świadczenia ponad przyznany Szpitalowi ryczałt PSZ, to w okresie 6M2019 Szpital zrealizował przyznany mu przez NFZ ryczałt PSZ w 110,3% (!) i w ww. okresie wygenerował nadryczałty o wartości ok. 1,3 mln zł, co (jeśli polityka realizacji

**Wniosek nr 44**

nadryczałtów w II połowie 2019 r. nie ulegnie zmianie) będzie miało ponownie negatywny wpływ na wynik finansowy Szpitala.

Tak jak już wcześniej wspomniano przyczynami nieefektywności finansowej Szpitala oprócz zbyt niskich przychodów ze sprzedaży generowanych przez podmiot leczniczy mogą być zbyt wysokie koszty rodzajowe.

Zgonie z wcześniejszymi analizami Szpital w 2018 r. przekroczył wartości optymalnych udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży (przyczyny nieefektywności) w obszarach:

- + amortyzacji – o ok. +2,15 pkt. procentowych,
- + kosztów zużycia materiałów i energii – o ok. 2,23 pkt. procentowych,
- + podatków i opłat – o ok. +0,25 pkt. procentowych,

i powyższe obszary zostały poddane szczegółowej analizie w dalszej części prac.

W tym miejscu należy zaznaczyć, że mimo iż udział ustandaryzowanych kosztów osobowych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży (68,90%) był o 6,86 pkt. procentowych poniżej benchmarków rynkowych oraz był na poziomie optymalnym dla Szpitala, to jak wykazała analiza obszaru kadrowego, przyczyną takiego stanu rzeczy były niższe średnie miesięczne stawki wynagrodzenia obowiązujące w 2018 r. w Szpitalu oraz niespełnianie przez Szpital norm zatrudnienia lekarzy specjalistów, co zostało szczegółowo przedstawione w pkt. 3 – „Analiza obszaru kadrowego” – niniejszego opracowania. W związku z powyższym analizie poddane zostały również koszty osobowe Szpitala wygenerowane w 2018 r.

Udział kosztów amortyzacji w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży przekroczył wartość benchmarku rynkowego o ok. 3,09 pkt. procentowych oraz o ok. 2,15 pkt. procentowych w stosunku do wartości optymalnej dla Szpitala. Analiza obszaru przychodowego wykazała, że jedną z przyczyn przekroczenia przedmiotowego udziału były zbyt niskie przychody ze sprzedaży wygenerowane przez Szpital w 2018 r. Dodatkowo Szpital dokonał w 2018 r. znacznych inwestycji. Wartość aktywów trwałych Szpitala na dzień 31 grudnia 2018 r. wzrosła w stosunku do stanu z dnia 31 grudnia 2017 r. o ok. 10,7 mln zł, w tym:

- + budynków, lokali i obiektów inżynierii lądowej – o ok. 10,6 mln zł,
- + urządzeń technicznych i maszyn – o ok. 0,8 mln zł,
- + innych środków trwałych – o ok. 0,4 mln zł,

co przełożyło się na wzrost wartości kosztów amortyzacji z wartości ok. 2,4 mln zł w 2017 r. do ok. 3,2 mln zł w 2018 r. (+0,8 mln zł, co daje wzrost o ok. +33,3%).

Dodatkowo należy stwierdzić, że amortyzacja jest kosztem, ale nie jest wydatkiem (wydatkiem są inwestycje, których konsekwencją jest amortyzacja – również te realizowane z otrzymanych przez Szpital dotacji), a dodatkowo nie ma ona wpływu na ewentualne pokrycie starty wygenerowanej przez podmiot leczniczy, ponieważ zgodnie z pkt. 1) ust. 2 Art. 59 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.): „*podmiot tworzący jest obowiązany w terminie 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1 [samodzielnie przez spzoz] jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji*”.

W związku z powyższym, mimo że koszty amortyzacji były przyczyną braku bilansowania się Szpitala na poziomie sprzedaży, nie stanowią one ryzyka związanego z ewentualną utratą płynności finansowej przez Szpital.

Udział ustandaryzowanych kosztów zużycia materiałów i energii w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży przekroczył w 2018 r. wartość benchmarku rynkowego o ok. 2,33 pkt. procentowe oraz o ok. 2,23 pkt. procentowe w stosunku do wartości optymalnej dla Szpitala. Analiza obszaru przychodowego wykazała, że jedną z przyczyn przekroczenia przedmiotowego udziału były zbyt niskie przychody ze sprzedaży wygenerowane przez Szpital w 2018 r. Dodatkowo należy stwierdzić, że istotny wpływ na koszty zużycia materiałów i energii miały koszty zakupu „materiałów wszczepialnych”. Ich udział w przychodach ze sprzedaży Szpitala wyniósł w 2018 roku ok. 4,01% i był wyższy od benchmarku rynkowego o ok. +1,44 punkty procentowe. Udział ustandaryzowanych kosztów zużycia materiałów i energii po wykluczeniu kosztów materiałów wszczepialnych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wyniósł w 2018 r. ok. 14,14% i był nieznacznie wyższy od benchmarku rynkowego (ok. 13,90%). Powyższe analizy wskazują, że przyczyną przekroczenia przez Szpital w 2018 r. optymalnego udziału ustandaryzowanych kosztów zużycia materiałów i energii w stosunku do ustandaryzowanych przychodów ze sprzedaży Szpitala były zbyt wysokie – w stosunku do generowanych przychodów – koszty zakupu materiałów wszczepialnych. Jednocześnie analiza struktury kosztów Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wykazał, że udział kosztów zużycia materiałów i energii (w tym w szczególności kosztów materiałów wszczepialnych) w przychodach ze sprzedaży Oddziału, był poniżej benchmarków rynkowych.

Największą istotność w strukturze kosztów związanych z podatkami i opłatami mają koszty związane z PFRON. Ich udział w przychodach ze sprzedaży wynosi ok 0,72% (ok. +0,1 pkt procentowych więcej od benchmarku rynkowego).

Tak jak już wcześniej wspomniano pogłębionej analizie, mimo że udział ustandaryzowanych kosztów osobowych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży

(68,90%) był o 6,86 pkt. procentowych poniżej benchmarków rynkowych oraz był na poziomie optymalnym dla Szpitala, wymaga obszar kosztów osobowych.

Jak wykazała analiza obszaru kadrowego, przyczyną takiego stanu rzeczy były niższe średnie miesięczne stawki wynagrodzenia obowiązujące w 2018 r. w Szpitalu oraz niespełnianie przez Szpital norm zatrudnienia lekarzy specjalistów, co zostało szczegółowo przedstawione w pkt. 3 – „Analiza obszaru kadrowego” – niniejszego opracowania. W związku z powyższym analizie poddane zostały również koszty osobowe Szpitala wygenerowane w 2018 r.

Analiza poziomu wykorzystania potencjału kadrowego (optymalnego poziomu zatrudnienia pracowników) każdego szpitala jest powiązana między innymi z analizą wykorzystania posiadanego przez Szpital potencjału, w tym posiadanej przez szpital bazy łóżkowej. W związku z powyższym analiza wykorzystania potencjału kadrowego Szpitala w 2018 r. była poprzedzona analizą poziomu wykorzystania bazy łóżkowej Szpitala w 2018 r. i oszacowania - na podstawie rzeczywistego poziomu wykorzystania bazy łóżkowej Szpitala w 2018 r. oraz wskaźnika długości hospitalizacji pacjentów na poszczególnych oddziałach szpitalnych w 2018 r. – optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych oddziałów.

Za optymalny poziom wykorzystania bazy łóżkowej przyjmuje się:

- + w przypadku ogólnych oddziałów dziecięcych, oddziałów zakaźnych, oddziałów kardiologii – poziom 70,0%;
- + w przypadku pozostałych oddziałów funkcjonujących w obszarze leczenia szpitalnego – poziom 85,0%;
- + w przypadku oddziałów funkcjonujących w obszarze opieki długoterminowej, rehabilitacji oraz psychiatrii – poziom 95,0%.

Poniższa tabela przedstawia optymalną liczbę łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych na podstawie ich rzeczywistego wykorzystania w 2018 r.

**Tabela 51. Optymalna liczba łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych na podstawie ich rzeczywistego wykorzystania w 2018 r.**

Oddział	Liczba łóżek	Czas hospitalizacji	% wykorzystanie łóżek	Liczba wykorzystanych łóżek	Optymalna liczba łóżek
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4	11,0	51,5%	2,1	4
Oddział Chorób Wewnętrznych	50	4,7	53,4%	26,7	32
Oddział Chirurgiczny Ogólny	30	3,5	51,7%	15,5	19

Oddział	Liczba łóżek	Czas hospitalizacji	% wykorzystanie łóżek	Liczba wykorzystanych łóżek	Optymalna liczba łóżek
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	21	2,2	41,5%	8,7	11
Oddział Neonatologiczny (finansowo z Pol-Gin)	6	2,5	55,0%	3,3	5
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	19	3,3	69,5%	13,2	16
Oddział Pediatriczny	15	5,0	47,1%	7,1	11
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	68	185,9	98,9%	67,2	70
<b>Ogółem</b>	<b>213</b>	<b>6,9</b>	<b>59,9%</b>	<b>143,8</b>	<b>168</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższej tabeli Szpital w 2018 r. dysponował 213 łózkami, z czego rzeczywiście – w 100% - wykorzystane były ok. 144 łóżka (ok. 59,9%), co oznacza, że optymalna liczba łóżek dla Szpitala wynosiła 168 łóżek.

Jak wykazała – przeprowadzona na bazie oszacowanej optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych oddziałów – analiza zatrudnienia pracowników w ramach oddziałów, Szpital nie wykorzystał w 2018 r. potencjału kadrowego zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek w liczbie ok. 14,80 etatów.

Dodatkowo analiza obszaru kadrowego wykazała, że Szpital w stosunku do wartości optymalnych zatrudniał zbyt wielu:

- + pracowników sprzątających - o ok. 6,99 etatów
- + pracowników administracji – o ok. 8,26 etatów
- + pozostałych pracowników niemedycznych o ok. 1,62 etaty.

Jednocześnie odnotowano niedobór zatrudnienia w stosunku do poziomu optymalnego:

- + lekarzy - ok. 2,55 etatów przeliczeniowych,
- + sekretarek medycznych - ok. 3,50 etatów przeliczeniowych.

#### Wniosek nr 45

Analiza obszaru kosztowego Szpitala wykazała, że wartość generowanych przez Szpital w 2018 r. kosztów w obszarach:

- + kosztów amortyzacji,
- + pozostałych kosztów rodzajowych,

**Wniosek nr 45**

był przyczyną nieefektywności finansowej Szpital i miała wpływ na wygenerowaną przez Szpital w 2018 r. stratę na poziomie działalności podstawowej (ok. -3,4 mln zł).

Dodatkowo należy wskazać, że:

- 1) udział kosztów amortyzacji w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży przekroczył wartość benchmarku rynkowego o ok. 3,09 pkt. procentowych oraz o ok. 2,15 pkt. procentowych w stosunku do wartości optymalnej dla Szpitala. Analiza obszaru przychodowego wykazała, że jedną z przyczyn przekroczenia przedmiotowego udziału były zbyt niskie przychody ze sprzedaży wygenerowane przez Szpital w 2018 r. Dodatkowo Szpital dokonał w 2018 r. znacznych inwestycji. Wartość aktywów trwałych Szpitala na dzień 31 grudnia 2018 r. wzrosła w stosunku do stanu z dnia 31 grudnia 2017 r. o ok. 10,7 mln zł, w tym:
  - + budynków, lokali i obiektów inżynierii lądowej – o ok. 10,6 mln zł,
  - + urządzeń technicznych i maszyn – o ok. 0,8 mln zł,
  - + innych środków trwałych – o ok. 0,4 mln zł,co przełożyło się na wzrost wartości kosztów amortyzacji z wartości ok. 2,4 mln zł w 2017 r. do ok. 3,2 mln zł w 2018 r. (+0,8 mln zł, co daje wzrost o ok. +33,3%);
- 2) największą istotność w strukturze kosztów związanych z podatkami i opłatami mają koszty związane z PFRON. Ich udział w przychodach ze sprzedaży wynosi ok 0,72% (ok. +0,1 pkt. procentowych więcej od benchmarku rynkowego);
- 3) przekroczenie wartości optymalnej dla Szpitala udziału ustandaryzowanych kosztów zużycia materiałów i energii w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży, wynikało z przekroczenia udziału kosztów „materiałów wszczepialnych” w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala. Jednak jak wykazała dalsza analiza, udział kosztów zużycia materiałów i energii w przychodach ze sprzedaży Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (który, jako jedyny w Szpitalu wykorzystuje „materiały wszczepialne” w zabiegach endoprotezoplastyki) był poniżej wartości benchmarków rynkowych dla tego typu oddziałów, co oznacza, że przyczyną przekroczenia wartości benchmarków rynkowych udziałów kosztów „materiałów wszczepialnych” w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala, a tym samym wartości benchmarków rynkowych, jak i wartości optymalnych udziału ustandaryzowanych kosztów zużycia materiałów i energii w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży, są zbyt niskie przychody wygenerowane przez Szpital w 2018 r.; mimo że udział ustandaryzowanych kosztów osobowych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży (68,90%) był o 6,86 pkt. procentowych poniżej benchmarków rynkowych oraz był na poziomie optymalnym dla

**Wniosek nr 45**

Szpitala, obszar kosztów osobowych wymagał pogłębionej analizy; jak wykazała analiza obszaru kadrowego, przyczyną takiego stanu rzeczy były niższe średnie miesięczne stawki wynagrodzenia obowiązujące w 2018 r. w Szpitalu oraz niespełnianie przez Szpital wymagań dotyczących norm zatrudnienia lekarzy specjalistów, co zostało szczegółowo przedstawione w pkt. 3 – „Analiza obszaru kadrowego” – niniejszego opracowania. W związku z powyższym analizie poddane zostały również koszty osobowe Szpitala wygenerowane w 2018 r. Analiza poziomu wykorzystania potencjału kadrowego (optymalnego poziomu zatrudnienia pracowników) każdego szpitala jest powiązana między innymi z analizą wykorzystania posiadanego przez Szpital potencjału, w tym posiadanej przez szpital bazy łóżkowej. W związku z powyższym analiza wykorzystania potencjału kadrowego Szpitala w 2018 r. była poprzedzona analizą poziomu wykorzystania bazy łóżkowej Szpitala w 2018 r. i oszacowania - na podstawie rzeczywistego poziomu wykorzystania bazy łóżkowej Szpitala w 2018 r. oraz wskaźnika długości hospitalizacji pacjentów na poszczególnych oddziałach szpitalnych w 2018 r. – optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych oddziałów. Jak wykazała – przeprowadzona na bazie oszacowanej optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych oddziałów – analiza zatrudnienia pracowników w ramach oddziałów, Szpital nie wykorzystał w 2018 r. potencjału kadrowego zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek w liczbie ok. 14,80 etatów. Dodatkowo analiza obszaru kadrowego wykazała, że Szpital w stosunku do wartości optymalnych zatrudniał zbyt wielu:

- + pracowników sprzątających - o ok. 6,99 etatów
- + pracowników administracji – o ok. 8,26 etatów
- + pozostałych pracowników niemedycznych o ok. 1,62 etaty.

Jednocześnie odnotowano niedobór zatrudnienia w stosunku do poziomu optymalnego:

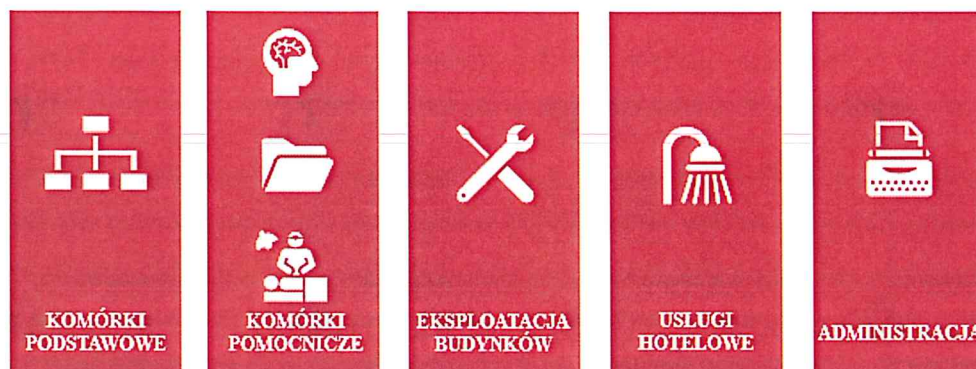
- + lekarzy - ok. 2,55 etatów przeliczeniowych,
- + sekretarek medycznych - ok. 3,50 etatów przeliczeniowych.

Oprócz identyfikacji przyczyn nieefektywności Szpitala w ramach przeprowadzonych analiz zidentyfikowano występujące w Szpitalu nieefektywne obszary.

W pierwszej kolejności analizie poddano obszary funkcjonowania Szpitala, których podział przedstawia poniższym schemat.



**Rysunek 7. Podział obszarów przeprowadzonej analizy identyfikacji nieefektywnych obszarów funkcjonowania Szpitala**



źródło: opracowanie własne

Jak wykazała przeprowadzona analiza wskaźnik rentowności po kosztach bezpośrednich, komórek podstawowych funkcjonujących w Szpitalu, wyniósł w 2018 r. ok. 23,0% i był powyżej benchmarku rynkowego. Pogłębiona analiza komórek podstawowych wykazała jednak, że dwie z nich wygenerowały w 2018 r. stratę już po kosztach bezpośrednich:

- + SOR – ok. -1,5 mln zł, przy ujemnej rentowności na tym poziomie wynoszącej ok. -43,2%,
- + Zakład Opiekuńczo-Lecznicy – ok. -266 tys. zł, przy ujemnej rentowności na tym poziomie wynoszącej ok. -9,2%.

Co niepokojące obie powyższe komórki wygenerowały również stratę po kosztach bezpośrednich również w okresie 6M2019:

- + SOR – ok. -330 tys. zł, przy ujemnej rentowności na tym poziomie wynoszącej ok. -15,6%,
- + Zakład Opiekuńczo-Lecznicy – ok. -192 tys. zł, przy ujemnej rentowności na tym poziomie wynoszącej ok. -12,2%.

W tym miejscu należy zauważyć, że biorąc pod uwagę wyłącznie aspekt ekonomiczny, komórka organizacyjna, która generuje stratę już po kosztach bezpośrednich, powinna zostać zlikwidowana. Oczywiście w przypadku funkcjonowania szpitali, przed podjęciem takiej decyzji brane są pod uwagę inne aspekty, między innymi organizacyjne i społeczne (dostęp mieszkańców do świadczeń medycznych).

Dodatkowo należy wskazać, że dwie inne komórki podstawowe były w 2018 r. na granicy rentowności po kosztach bezpośrednich:

- + Oddział Położniczo-Ginekologiczny (finansowo połączony z Oddziałem Neonatologicznym) – uzyskał w 2018 r. rentowność na poziomie +7,8%, która co niepokojąco spadła do poziomu +5,2% w okresie 6M2019,
- + Oddział Pediatriczny - uzyskał w 2018 r. rentowność na poziomie zaledwie +3,3%, która co pozytywnie wzrosła do poziomu +16,5% w okresie 6M2019.

Szpitalny Oddział Ratunkowy wygenerował w 2018 r. ujemną rentowność po kosztach bezpośrednich na poziomie -43,2% oraz ujemną rentowność po kosztach pośrednich na poziomie -77,1% (!). Jak wykazała szczegółowa analiza SOR-u przyczyną braku rentowności Oddziału było generowanie przez SOR zbyt niskich przychodów ze sprzedaży (co zostało szczegółowo przedstawione na początku niniejszego punktu opracowania) oraz zbyt wysokie koszty bezpośrednie generowane przez Oddział, a w nich przede wszystkim zbyt wysokie koszty osobowe, których udział w przychodach ze sprzedaży SOR-u wyniósł w 2018 r. ok. 92,0% (!) i był zdecydowanie powyżej benchmarku rynkowego udziałów kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży szpitalnych oddziałów ratunkowych.

Jak wykazała analiza obszaru kadrowego w ramach SOR-u (łącznie z NiŚOZ) w 2018 r. średnioroczna liczba zatrudnionych pielęgniarek i ratowników medycznych wyniosła 38,00 etatów przeliczeniowych. Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów przyjętych w 2018 r. w ramach SOR i NiŚOZ (ok. 18,5 tys.) oraz benchmark rynkowy uwzględniający liczbę pacjentów przyjętych w ramach SOR i NiŚOZ w stosunku do liczby pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w ramach przedmiotowych komórek, to należy stwierdzić, że optymalna liczba pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w ramach SOR i NiŚOZ powinna wynosić max. 23,16 etatów przeliczeniowych, co jest równoznaczne z zatrudnieniem:

- + pielęgniarki oddziałowej / koordynatora SOR i NiŚOZ – 1,00 etat przeliczeniowy,
- + pielęgniarek / ratowników medycznych SOR – 18,73 etatów przeliczeniowych – co odpowiada pracy po 4 pielęgniarek / ratowników medycznych na każdej zmianie we wszystkie dni tygodnia,
- + pielęgniarek NiŚOZ – 4,43 etatów przeliczeniowych – co odpowiada pracy 1 pielęgniarki na każdej zmianie we wszystkie dni tygodnia.

Przekroczenie poziomu zatrudnienia pielęgniarek / ratowników medycznych w 2018 r. w ramach SOR i NiŚOZ o ok. 14,84 etatów przeliczeniowych skutkowało generowaniem zbyt wysokich kosztów osobowych przez SOR.

Dodatkowo SOR generował w 2018 r. zbyt wysokie wartości udziałów:

- + kosztów zużycia materiałów i energii,
- + kosztów nieosobowych usług obcych (w tym w szczególności kosztów diagnostyki laboratoryjnej oraz kosztów diagnostyki obrazowej),

w przychodach ze sprzedaży, przy czym należy pamiętać, że SOR generował niższe od benchmarków rynkowych przychody ze sprzedaży.

Zakład Opiekuńczo-Leczniczy wygenerował w 2018 r. ujemną rentowność po kosztach bezpośrednich na poziomie -9,2% oraz ujemną rentowność po kosztach pośrednich na poziomie -38,7%. Jak wykazała szczegółowa analiza ZOL-u przyczyną braku rentowności Oddziału było generowanie zbyt niskich przychodów ze sprzedaży (co zostało szczegółowo przedstawione na początku niniejszego punktu opracowania) oraz zarówno zbyt wysokie koszty bezpośrednie, jak i pośrednie generowane przez Oddział, a w nich zbyt wysokie:

- + koszty osobowe, których udział w przychodach ze sprzedaży ZOL-u wyniósł w 2018 r. ok. 79,4%,
- + koszty zużycia materiałów i energii, których udział w przychodach ze sprzedaży ZOL-u wyniósł w 2018 r. ok. 10,9%,
- + koszty administracji – którymi był obciążany oddział – i których udział w przychodach ze sprzedaży ZOL-u wyniósł w 2018 r. ok. 21,5%.

Jak wykazała przeprowadzona analiza wskaźnik udziału kosztów netto komórek medycznych pomocniczych (koszty komórek pomniejszone o przychody ze sprzedaży komórek) w przychodach ze sprzedaży komórek podstawowych wyniósł w 2018 r. ok. 20,2% i był znacznie wyższy od benchmarku rynkowego. Pogłębiona analiza komórek medycznych pomocniczych wykazała, że:

- + udział kosztów netto funkcjonującego w ramach struktury organizacyjnej Szpitala Bloku Operacyjnego, w przychodach ze sprzedaży komórek zabiegowych – funkcjonujących w Szpitalu – wyniósł w 2018 r. ok. 21,6% i był znacznie powyżej benchmarku rynkowego,
- + udział kosztów netto funkcjonującej w ramach struktury organizacyjnej Szpitala Apteki Szpitalnej, w przychodach ze sprzedaży usług medycznych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., wyniósł w 2018 r. ok. 0,9% i był nieznacznie powyżej benchmarku rynkowego.

Jak wykazała analiza obszaru administracyjnego, wskaźnik udziału kosztów wygenerowanych w 2018 r. w obszarze administracyjnym - ok. 10,3% - był znacznie powyżej benchmarku rynkowego, a przyczyną tego było przekroczenie optymalnej liczby etatów przeliczeniowych pracowników administracyjnych o ok. 8,26 etatów. Na uwagę zasługuje fakt, że liczba pracowników administracyjnych zatrudnionych w 2018 r. w Szpitalu (33,00 etaty) była zaledwie o 2,00 etaty przeliczeniowe mniejsza od liczby zatrudnionych w Szpitalu lekarzy (etaty przeliczeniowe) w tzw. „ordynacji dziennej”.

Jak wykazała analiza obszaru eksploatacyjnego, wskaźnik kosztów eksploatacyjnych brutto na 1 m<sup>2</sup> powierzchni użytkowej budynków, w których Szpital prowadzi działalność wyniósł w 2018 r. ok. 376 zł i był wyższy od benchmarku rynkowego. Jak wykazała analiza obszaru kadrowego liczba etatów pracowników sprzątających w stosunku do wartości optymalnej dla Szpitala, była przekroczona o ok.

6,99 etatów przeliczeniowych. Liczba etatów przeliczeniowych pozostałych pracowników niemedycznych była w 2018 r. przekroczona w stosunku do wartości optymalnej o ok. 1,62 etatu.

Wskaźnik kosztów hotelowych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w przeliczeniu na 1 osobodzień hospitalizacji pacjentów wyniósł ok. 18,8 zł i był niższy od wartości benchmarku rynkowego (wszystkie wskaźniki wchodzące w skład tego obszaru – dotyczące: kosztów żywienia, prania, zużycia wody – były poniżej wartości benchmarków rynkowych).

#### Wniosek nr 46

Jak wykazała przeprowadzona analiza wskaźnik rentowności po kosztach bezpośrednich, komórek podstawowych funkcjonujących w Szpitalu, wyniósł w 2018 r. ok. 23,0% i był powyżej od benchmarku rynkowego. Pogłębiona analiza komórek podstawowych wykazała jednak, że dwie z nich wygenerowały w 2018 r. stratę już po kosztach bezpośrednich:

- + SOR – ok. -1,5 mln zł, przy ujemnej rentowności na tym poziomie wynoszącej ok. -43,2%,
- + Zakład Opiekuńczo-Leczniczy – ok. -266 tys. zł, przy ujemnej rentowności na tym poziomie wynoszącej ok. -9,2%.

Co niepokojące obie powyższe komórki wygenerowały również stratę po kosztach bezpośrednich również w okresie 6M2019:

- + SOR – ok. -330 tys. zł, przy ujemnej rentowności na tym poziomie wynoszącej ok. -15,6%,
- + Zakład Opiekuńczo-Leczniczy – ok. -192 tys. zł, przy ujemnej rentowności na tym poziomie wynoszącej ok. -12,2%.

W tym miejscu należy zauważyć, że biorąc pod uwagę wyłącznie aspekt ekonomiczny, komórka organizacyjna, która generuje stratę już po kosztach bezpośrednich, powinna zostać zlikwidowana. Oczywiście w przypadku funkcjonowania szpitali, przed podjęciem takiej decyzji brane są pod uwagę inne aspekty, między innymi organizacyjne i społeczne (dostęp mieszkańców do świadczeń medycznych).

Jak wykazała przeprowadzona analiza wskaźnik udziału kosztów netto komórek medycznych pomocniczych (koszty komórek pomniejszone o przychody ze sprzedaży komórek) w przychodach ze sprzedaży komórek podstawowych wyniósł w 2018 r. ok. 20,2% i był znacznie wyższy od benchmarku rynkowego. Pogłębiona analiza komórek medycznych pomocniczych wykazała, że:

- + udział kosztów netto funkcjonującego w ramach struktury organizacyjnej Szpitala Bloku Operacyjnego, w przychodach ze sprzedaży komórek zabiegowych – funkcjonujących w Szpitalu – wyniósł w 2018 r. ok. 21,6% i był znacznie powyżej benchmarku rynkowego,

**Wniosek nr 46**

- + udział kosztów netto funkcjonującej w ramach struktury organizacyjnej Szpitala Apteki Szpitalnej, w przychodach ze sprzedaży usług medycznych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., wyniósł w 2018 r. ok. 0,9% i był nieznacznie powyżej benchmarku rynkowego.

Jak wykazała analiza obszaru administracyjnego, wskaźnik udziału kosztów wygenerowanych w 2018 r. w obszarze administracyjnym - ok. 10,3% - był znacznie powyżej benchmarku rynkowego, a przyczyną tego było przekroczenie optymalnej liczby etatów przeliczeniowych pracowników administracyjnych o ok. 8,26 etatów. Na uwagę zasługuje fakt, że liczba pracowników administracyjnych zatrudnionych w 2018 r. w Szpitalu (33,00 etaty) była zaledwie o 2,00 etaty przeliczeniowe mniejsza od liczby etatów przeliczeniowych zatrudnionych w Szpitalu lekarzy w tzw. „ordynacji dziennej”.

Jak wykazała analiza obszaru eksploatacyjnego, wskaźnik kosztów eksploatacyjnych brutto na 1 m<sup>2</sup> powierzchni użytkowej budynków, w których Szpital prowadzi działalność wyniósł w 2018 r. ok. 376 zł i był wyższy od benchmarku rynkowego. Jak wykazała analiza obszaru kadrowego liczba etatów pracowników sprzątających w stosunku do wartości optymalnej dla Szpitala, była przekroczona o ok. 6,99 etatów przeliczeniowych. Liczba etatów przeliczeniowych pozostałych pracowników niemedycznych była w 2018 r. przekroczona w stosunku do wartości optymalnej o ok. 1,62 etatu.

#### **4.3. Określenie czynników ryzyka bieżącej działalności Szpitala i przedstawienie sposobów ich redukcji, eliminacji lub dywersyfikacji**

Analiza działalności Szpitala pozwoliła na określenie – zamieszczonych w poniższej tabeli - czynników ryzyka bieżącej działalności Szpitala oraz przedstawienie sposobów ich redukcji, eliminacji lub dywersyfikacji.

**Tabela 52. Czynniki ryzyka bieżącej działalności Szpitala i przedstawienie sposobów ich redukcji, eliminacji lub dywersyfikacji**

Lp.	Ryzyko	Proponowany sposób ich redukcji, eliminacji lub dywersyfikacji ryzyka
1.	<p>Generowanie przez Szpital z roku na rok coraz większej straty z działalności podstawowej, co w konsekwencji może doprowadzić do sytuacji, w której Szpital utraci płynność finansową i będzie generował ujemną wartość straty na poziomie wyniku netto pomniejszonej o koszty amortyzacji, co w konsekwencji zgodnie z pkt. 1) ust. 2 Art. 59 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.) będzie się wiązało z koniecznością pokrycia tej wartości przez Podmiot Tworzący.</p>	<p>Wdrożenia rekomendowanych działań naprawczych.</p>
2.	<p>Generowanie przez Szpital nadryczałtów niezapłaconych przez NFZ, co będzie skutkowało generowaniem przez Szpital straty z działalności podstawowej, co w konsekwencji może doprowadzić do sytuacji, w której Szpital utraci płynność finansową i będzie generował ujemną wartość straty na poziomie wyniku netto pomniejszonej o koszty amortyzacji, co w konsekwencji zgodnie z pkt. 1) ust. 2 Art. 59 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.) będzie się wiązało z koniecznością pokrycia tej wartości przez Podmiot Tworzący.</p>	<p>Dyscyplina budżetowa, niepozwalająca na generowanie nadryczałtów. Nadzór nad realizacją dyscypliny budżetowej przez Zastępcę Dyrektora ds. Lecznictwa.</p>
3.	<p>Zbyt niskie przychody generowane przez Szpital, niepozwalające - mimo wdrożenia działań naprawczych optymalizujących poziom generowanych przez Szpital kosztów - na bilansowanie się Szpitala na poziomie wyniku finansowego z działalności podstawowej.</p>	<p>Renegocjacje wartości umów z NFZ – w tym przede wszystkim renegocjacja wartości zredukowanego w 2018 r. ryczału PSZ. Wsparcie Podmiotu Tworzącego w renegocjacji umów z NFZ. Wdrożenie rekomendowanych działań skutkujących wzrostem nielimitowanych przychodów z NFZ (położnictwo, neonatologia, diagnostyka i leczenie onkologiczne, rehabilitacja osób ze znacznym poziomem niepełnosprawności, badania diagnostyczne z zakresu tomografii komputerowej).</p>

Lp.	Ryzyko	Proponowany sposób ich redukcji, eliminacji lub dywersyfikacji ryzyka
4.	Generowanie coraz większej straty przez Szpitalny Oddział Ratunkowy	<p>Renegocjacje wartości umów z NFZ – w tym przede wszystkim renegocjacja wartości ryczałtu SOR. Wsparcie Podmiotu Tworzącego w renegocjacji umów z NFZ.</p> <p>Wdrożenie rekomendowanych działań optymalizujących generowane przez SOR koszty działalności operacyjnej, w tym przede wszystkim kosztów osobowych.</p>
5.	Generowanie coraz większej straty przez Zakład Opiekuńczo-Lecznicy.	<p>Renegocjacje wartości umów z NFZ – w tym przede wszystkim renegocjacja wartości umowy ZOL. Wsparcie Podmiotu Tworzącego w renegocjacji umów z NFZ.</p> <p>Wdrożenie rekomendowanych działań optymalizujących generowane przez ZOL koszty działalności operacyjnej, w tym przede wszystkim kosztów osobowych.</p>
6.	Utrata rentowności po kosztach bezpośrednich Oddziału Położniczo-Ginekologicznego wynikająca z coraz mniejszej liczby porodów odbieranych w Szpitalu.	Wdrożenie rekomendowanych działań skutkujących wzrostem nielimitowanych przychodów związanych ze zwiększeniem liczby odbieranych porodów. Redukcja liczby łóżek do poziomu optymalnego dla Oddziału.
7.	Wzrost liczby zatrudnionych pracowników (wzrost kosztów osobowych) wynikający z konieczności dostosowania zatrudnienia pracowników do obowiązujących norm zatrudnienia.	Redukcja liczby łóżek do poziomów optymalnych dla poszczególnych Oddziałów.
8.	Roszczenia części pracowników związane ze wzrostem poziomu stawek wynagrodzenia (stawki wynagrodzenia w pewnych grupach zawodowych są w Szpitalu poniżej benchmarków rynkowych).	Optymalizacja (redukcja) poziomu zatrudnienia, co nawet w przypadku konieczności podwyższenia aktualnych stawek wynagrodzenia w pewnych grupach, nie będzie skutkowało wzrostem wartości kosztów osobowych.
9.	Problemy kadrowe wynikające z faktu, że z analizy struktury wiekowej lekarzy i pielęgniarek pracujących w podmiocie leczniczym wynika:  + ochroną przedemerytalną na dzień 31.12.2018 r. objętych było 75 pracowników, co stanowiło ok. 21,1% ogółu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na koniec 2018 r. w ramach umów o pracę	Mimo bardzo trudnej sytuacji kadrowej na rynku ochrony zdrowia, opracowanie i wdrożenie działań pozwalających na sukcesywne odmładzanie kadry medycznej.

Lp.	Ryzyko	Proponowany sposób ich redukcji, eliminacji lub dywersyfikacji ryzyka
	<p>oraz ok. 19,6% ogółu pracowników zatrudnionych w Szpitalu na koniec 2018 r.;</p> <p>+ spośród osób objętych ochroną przedemerytalną w Szpitalu najliczniejszą grupę stanowiły pielęgniarki – 35 osób.</p>	<p>Pozyskanie przez Szpital akredytacji i wpisanie Szpitala na listę Ministra Zdrowia uprawniającą do prowadzenia specjalizacji lekarskich, co pozwoli na zatrudnienie w Szpitalu rezydentów i stażystów.</p> <p>Rozważenie możliwości ufundowania przez Szpital lub Podmiot Tworzący tzw. stypendiów fundowanych dla studentów wydziałów lekarskich i pielęgniarstkich, wiążących stypendystów koniecznością pracy w Szpitalu w okresie zgodnym z okresem wynegocjowanym umową stypendialną.</p>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala



## 5. Program naprawczy

### 5.1. Analiza wdrożonych i planowanych do wdrożenia zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia i ich potencjalny wpływ na działalność Szpitala

#### 1) Ustawowy wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce

Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532) zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r., przy czym wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż:

- + 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.,
- + 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.,
- + 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.,
- + 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.,
- + 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że wartość produktu krajowego brutto, który wykorzystywany jest do wyliczenia wysokości nakładów, zgodnie z przytoczoną powyżej ustawą, ustalana jest z wykorzystaniem dwóch wartości określonych w Obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 Ustawy z 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, według stanu na 31 sierpnia.

Zgodnie z powyższym przepisem wartość PKB jest ustalana, na potrzeby planowania, na podstawie wartości określonej w Obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za rok ubiegły. Oznacza to, że podczas prac nad projektem ustawy budżetowej na dany rok budżetowy wykorzystywana jest ostatnia oficjalnie dostępna wartość produktu krajowego brutto wynikająca z obwieszczenia prezesa GUS. Zatem np. w przypadku planowania na rok 2019 przyjęta jest wartość PKB z Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 14 maja 2018 r. w sprawie pierwszego szacunku wartości produktu krajowego brutto w 2017 r.

Powyższe oznacza, że dla ustalenia wartości nakładów na ochronę zdrowia na bieżący rok wykorzystywana jest wartość PKB sprzed dwóch lat.

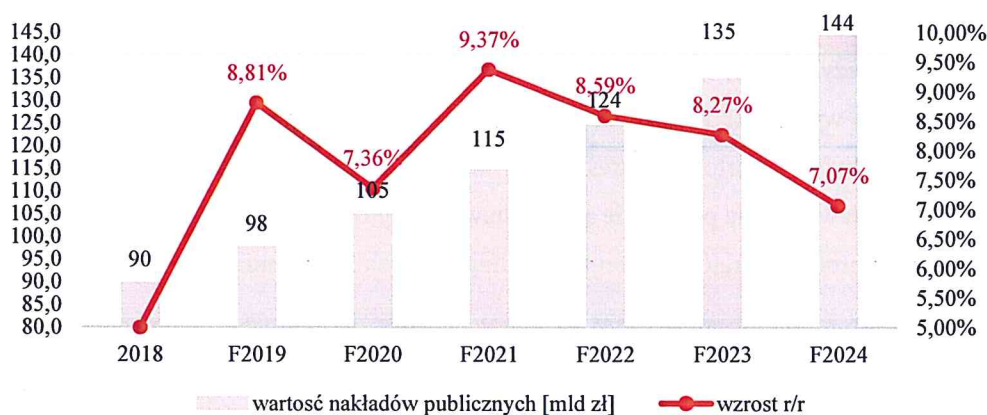
W przypadku spełnienia się prognoz związanych ze wzrostem PKB w latach 2019 – 2024 (dane Ministerstwa Finansów), średnioroczny wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia wzrastałby w latach 2018 – 2022 o ok. 8,2%.

**Tabela 53. Prognozowany wzrost środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia w latach 2019-2024**

Pozycja	2018	F2019	F2020	F2021	F2022	F2023	F2024
Wartość PKB [mld zł]	2 083,19	2 162,35	2 242,36	2 323,08	2 404,39	2 476,52	2 550,81
Planowany wzrost PKB	5,10%	3,80%	3,70%	3,60%	3,50%	3,00%	3,00%
Planowany % PKB na ochronę zdrowia	4,78%	4,86%	5,03%	5,30%	5,55%	5,80%	6,00%
Wartość środków na ochronę zdrowia [mld zł]	89,70	97,60	104,78	114,60	124,45	134,74	144,26
Wzrost rok do roku	8,81%	7,36%	9,37%	8,59%	8,27%	7,07%	5,66%

źródło: opracowanie własne na bazie danych Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Zdrowia oraz projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

**Wykres 68. Prognozowany wzrost środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia w latach 2019-2024 [w mld zł]**



źródło: opracowanie własne na bazie danych Banku Światowego, Ministerstwa Zdrowia oraz projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

2) Wzrost poziomu finansowania interny, chirurgii, izby przyjęć i szpitalnego oddziału ratunkowego Zarządzeniem Nr 39/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej NFZ wprowadził z dniem 1 kwietnia 2019 r. (z naliczeniem wstecz od stycznia 2019 r.) wzrost poziomu finansowania świadczeń z zakresu interny i chirurgii ogólnej.

Ministerstwo Zdrowia poinformowało, że w 2019 r. przeznaczy dodatkowo 650 mln zł na poprawę dostępności do świadczeń zdrowotnych i wzrost finansowania szpitali. Wzrost wycen świadczeń z zakresu chirurgii i chorobach wewnętrznych będzie wynosił od 5 do 15 proc.

W dniu 20.06.2019 r. weszło w życie zarządzenie nr 72/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania

i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć. Zgodnie z tym dokumentem bazowa stawka używana do wyznaczenia stawki ryczału dobowego (SOR) od 1 lipca 2019 r. wyniesie 4 521 zł (wzrost o 10%). Ponadto zostanie zwiększona wysokość stawki bazowej dla IP (Izba Przyjęć) również o 10% oraz obowiązywać będzie od 1 lipca 2019 r.

Zdecydowana większość, ok. 350 mln zł, czyli ok. 54 proc. tych pieniędzy trafi do szpitali pierwszego i drugiego stopnia podstawowego systemu zabezpieczenia (większość z nich to szpitale powiatowe), pozostałe 46 proc. trafi do szpitali wyższych stopni PSZ. Pieniądze na wzrost wycen będą pochodzić z uruchomienia rezerwy w wysokości 900 mln zł (cały fundusz zapasowy na ochronę zdrowia przewidziany w budżecie państwa wynosi 1 miliard 800 tys. zł).

### 3) Nowe świadczenia nielimitowane

Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia od 1 kwietnia 2019 r. tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny oraz zabiegi usunięcia zaćmy są finansowane bez limitów. Oznacza to, że NFZ sfinansuje wszystkie wykonane ww. świadczenia, co pozwoli na zwiększenie dostępności do świadczeń, tym samym skrócenie kolejek.

Według danych resortu zdrowia na operacje zaćmy wydawane jest teraz rocznie ok. 700 mln zł, na badania tomografii komputerowej od 1 miliarda zł do 1 miliarda 200 mln zł, a na badania rezonansu ok. 1 miliarda zł.

Zgodnie z ust. 6a. Zarządzenia Nr 37/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, w zakresie: badania tomografii komputerowej lub w zakresie: badania rezonansu magnetycznego, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy. Wprowadzenie ww. rozwiązań ma na celu skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) poprzez zwiększenie środków finansowych na wykonywanie tych badań.

Zgodnie z § 4. Projektu zarządzenia „Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń udzielanych od dnia 1 kwietnia 2019 r.”

Zgodnie z § 14 ust. 2 Zarządzenia Nr 39/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1 paragrafu 14 przedmiotowego Zarządzenia, tj.:

- + diagnostykę i leczenie onkologiczne udzielanych na podstawie karty DILO,
- + świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami,
- + świadczenia szpitalne w leczeniu ostrego zawału serca, z wyłączeniem świadczeń opieki kompleksowej określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d lub art. 146 ust. 1 ustawy o świadczeniach,
- + świadczenia w zakresie przeszczepów, o których mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia wydanego na podstawie art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2017 r. poz. 1000 oraz z 2018 r. poz. 1669), z wyłączeniem przeszczepów będących świadczeniami wysokospecjalistycznymi, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt. 12 ustawy o świadczeniach,
- + kompleksową opiekę po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał),
- + koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży - KOC I (KOC I),
- + świadczenia rehabilitacji udzielane świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach,
- + świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy,
- + świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej,
- + świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie rezonansu magnetycznego,

przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

Należy zwrócić uwagę, że zapisy projektu zarządzenia powodują, że Szpital będzie musiał na prawie cztery miesiące lub więcej skredytować część badań, bo będzie mógł je rozliczać kwartalnie (a nie, jak w przypadku pozostałych świadczeń, miesięcznie).

Dodatkowo 25 czerwca 2019 r. NFZ przedstawił do konsultacji projekt zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zgodnie z załączonym do projektu uzasadnieniem, planuje się wdrożenie zmian polegających na wdrożeniu współczynnika korygującego 1,05 przy rozliczaniu świadczeń tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) przez tych świadczeniodawców, którzy dzięki podjętym działaniom zwiększyli istotnie dostępność do wskazanych badań, poprzez skrócenie co najmniej o 20% czasu oczekiwania na ich wykonanie oraz skreślenie z listy oczekujących o ponad 5% więcej osób niż w poprzedzającym okresie rozliczeniowym.

#### 4) Rehabilitacja

Zgodnie z załącznikiem do Zarządzenie Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze

śpiączką wynika, że rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym w szpitalu jest wyceniana znacznie wyżej (+100% - rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym z chorobami współistniejącymi w szpitalu oraz +60% - rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym bez chorób współistniejącymi w szpitalu) od rehabilitacji ogólnoustrojowej przewlekłej.

**Tabela 54. Katalog Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej**

Kod grupy/produktu rozliczeniowego	Nazwa grupy/produktu rozliczeniowego	Pkt w warunkach szpitalnych
ROC01	Rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka w szpitalu	240
ROO01	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym z chorobami współistniejącymi w szpitalu	200
ROO02	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym bez chorób współistniejących w szpitalu	160
ROZS01	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym z chorobami współistniejącymi w szpitalu	140
ROZS02	Rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym bez chorób współistniejących w szpitalu	110
ROPS01	Rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła w szpitalu	100
RODRS01	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w chorobach demielinizacyjnych i reumatoidalnych w szpitalu	110
RONSO1	Rehabilitacja ogólnoustrojowa zaburzeń funkcji ośrodkowego układu nerwowego w szpitalu	170

źródło: Zarządzenie Nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką

5) Wzrost poziomu najniższych wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych

Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017 poz. 1473 – tekst jednolity opracowany na podstawie: Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych Dz. U. 2017 poz. 1473 oraz Ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw - Dz. U. 2018 poz. 1942) określa sposób ustalania

najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych, uwzględniający rodzaj wykonywanej pracy oraz sposób osiągnięcia najniższego wynagrodzenia zasadniczego.

Zgodnie z przedmiotową Ustawą pracownik działalności podstawowej, inny niż pracownik wykonujący zawód medyczny, to osoba zatrudniona w ramach stosunku pracy w podmiocie leczniczym, inna niż pracownik wykonujący zawód medyczny, która wykonuje pracę pozostającą w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych zakładu leczniczego, których działalność jest związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych.

Zgodnie art. 3. Ust. 1. Przedmiotowej Ustawy do dnia 31 grudnia 2021 r. podmiot leczniczy dokonuje podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, którego wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym ustalenie, ogłoszonego przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, do wysokości nie niższej niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze, z uwzględnieniem następujących warunków:

- 1) sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustalają, w drodze porozumienia, strony uprawnione w danym podmiocie leczniczym do zawarcia zakładowego układu zbiorowego pracy,
- 2) podmiot leczniczy, u którego nie działa zakładowa organizacja związkowa, zawiera porozumienie z pracownikiem wybranym przez pracowników podmiotu leczniczego do reprezentowania ich interesów,
- 3) porozumienie zawiera się corocznie do dnia 31 maja,
- 4) jeżeli porozumienie nie zostanie zawarte w terminie określonym w pkt. 3), sposób podwyższania wynagrodzenia zasadniczego ustala corocznie do dnia 15 czerwca, w drodze zarządzenia w sprawie podwyższenia wynagrodzenia: kierownik podmiotu leczniczego lub podmiot tworzący - w przypadku podmiotów leczniczych działających w formie jednostek budżetowych,
- 5) ustalony w drodze porozumienia albo zarządzenia sposób podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego zapewnia proporcjonalny dla każdej z grup zawodowych średni wzrost tego wynagrodzenia, przy czym:
  - a) na dzień 1 lipca 2017 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny podwyższa się co najmniej o 10% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy

- najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
- b) na dzień 1 lipca 2018 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
  - c) na dzień 1 lipca 2019 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
  - d) na dzień 1 lipca 2020 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika,
  - e) na dzień 1 lipca 2021 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, podwyższa się co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika.

Ust. 4. Art. 3 określa, że od dnia 1 stycznia 2022 r. wynagrodzenie zasadnicze pracownika wykonującego zawód medyczny oraz pracownika działalności podstawowej, innego niż pracownik wykonujący zawód medyczny, nie może być niższe niż najniższe wynagrodzenie zasadnicze ustalone w sposób określony w ust. 1 ustawy na dzień 31 grudnia 2021 r.

Aktualnie Ministerstwo Zdrowia przedstawiło projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (stan na 9 lipca 2019 r.).

Zgodnie z przepisami obowiązującej ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. poz. 1473 oraz z 2018 r. poz. 1942) wynagrodzenia zasadnicze pracowników podmiotów leczniczych, którzy są objęci jej zakresem podmiotowym, na dzień 1 lipca 2019 r. należy podwyższyć co najmniej o 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym dla 2019 roku docelowym wynagrodzeniem zasadniczym a faktycznym wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika należnym na ten dzień (art. 3 ust. 1 pkt. 5 lit. c zmienianej ustawy). Natomiast zgodnie z art. 7 zmienianej ustawy,

do dnia 31 grudnia 2019 r. docelowe najniższe wynagrodzenie zasadnicze pracowników objętych tą ustawą ustala się jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty 3 900 zł brutto.

Celem projektu jest podwyższenie poziomu najniższych wynagrodzeń zasadniczych, do osiągnięcia których mierzą coroczne podwyżki wynagrodzeń zasadniczych, przez zmianę wysokości tzw. kwoty bazowej, na podstawie której oblicza się najniższe wynagrodzenie zasadnicze, a która na dzień 1 lipca 2019 r. uległa podwyższeniu z obecnej kwoty 3 900 zł do kwoty 4 200 zł.

#### 6) Wprowadzenie "ostrych" i "tępych" dyżurów szpitali

Dnia 1 marca 2019 r. weszła w życie Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2019 poz. 399). Zapisy Ustawy będą miały istotny wpływ na redukcję kosztów funkcjonowania szpitali, ponieważ przywraca ona w szpitalach tzw. dyżury „ostre” i „tępe”. Dyspozytornie ratownictwa medycznego będą kierowały karetki do szpitali, które będą pełniły w danym dniu dyżury ostre. W praktyce obsada lekarska i pielęgniarska zostanie dostosowana do charakteru dyżuru w szpitalu. Szpital pełniący tzw. ostry dyżur będzie miał zwiększoną liczbę personelu, a pełniący tzw. tępy dyżur - obsadę mniejszą, wymaganą przez przepisy.

Za koordynację i ustalanie harmonogramów dyżurów „ostrych” odpowiadać będzie wojewoda w porozumieniu z dyrektorem Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Informacje te będą dostępne dla pacjentów w Biuletynie Informacji Publicznej.

#### 7) Zmiany w funkcjonowaniu SOR

Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2019 poz. 399) wprowadza jednolite zasady tzw. segregacji medycznej pacjentów w SOR. Obowiązkowe będzie grupowanie pacjentów według stopnia pilności udzielenia świadczenia, czyli stanu zagrożenia życia i zdrowia. Założono, że określanie stanu zagrożenia życia i zdrowia odbywać się będzie na podstawie jednakowych w całym kraju, jasno sprecyzowanych kryteriów, które mają zwiększyć bezpieczeństwo pacjenta i jednocześnie poprawić komfort pracy personelu medycznego (tzw. triaż).

Dodatkowo, zaplanowano utworzenie systemu przetwarzającego dane o liczbie pacjentów w stanie nagłego zagrożenia zdrowia, kategorii przypisanej im w wyniku tzw. segregacji medycznej i czasie czekania na pomoc w szpitalnym oddziale ratunkowym (TOPSOR).

Administratorem danych przetwarzanych w TOPSOR będzie NFZ, a do 2027 r. zadanie to ma realizować Lotnicze Pogotowie Ratunkowe. System będzie można wykorzystać do bieżącego informowania pacjentów o przewidywanym czasie czekania na udzielenie im pomocy przez lekarza SOR-u, a także pozwoli na zapewnienie wyższej jakości danych dotyczących funkcjonowania SOR-ów bez obciążania personelu dodatkowymi obowiązkami sprawozdawczymi.



Aktualnie uruchomiono pilotaż ww. systemu organizacji pracy SOR. Wyniki pilotażu pozwolą na określenie zasad wdrożenia TOPSOR we wszystkich SOR w Polsce. Z uwagi na planowane wdrożenie zachodzi konieczność znowelizowania ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez m.in. poszerzenie definicji triażu medycznego na potrzeby SOR i wprowadzenie obowiązku stosowania TOPSOR. Według założeń, regulacje te wejdą w życie od 1 stycznia 2021 r.

Do października 2019 r. TOPSOR zacznie działać w pierwszych 76 największych szpitalnych oddziałach ratunkowych (w Polsce działają 232 SOR-y), natomiast do końca sierpnia 2020 r. w pozostałych 156 SOR-ach.

W ramach powyższego projektu szpitale dostaną sprzęt, wyposażenie i oprogramowanie niezbędne do korzystania z tego systemu. Wartość projektu to 39 mln zł, przy czym 33 mln zł z tej kwoty to środki z UE z programu Infrastruktura i Środowisko a ponad 5,9 mln zł to pieniądze Ministerstwa Zdrowia.

#### 8) Ratownictwo Medyczne

Celem wejścia w życie Ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1115) było dokonanie zasadniczych zmian w organizacji Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), m.in. w zakresie funkcjonowania dyspozytorni medycznych, roli dyspozytora medycznego, możliwości zastosowania nowoczesnych technologii teleinformatycznych w obszarze koordynowania działań poszczególnych uczestników akcji medycznej na miejscu zdarzenia i poza nim, a także funkcjonowania Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM (SWD PRM).

Nowelizacja – zdaniem Ministerstwa Zdrowia - ma służyć wzmocnieniu wpływu państwa na bezpieczeństwo zdrowotne obywateli, którzy znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowia lub życia.

Nowelizacja ustawy o PRM zawiera dwie podstawowe zmiany odnoszące się do systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego:

- + wprowadzenia możliwości zawierania umów na zadania zespołów ratownictwa medycznego z podmiotami z większościowym udziałem kapitału publicznego (tzw. „upublicznienie systemu PRM”),
- + przejęcia przez ministra zdrowia od MSWiA Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, będącego narzędziem teleinformatycznym do obsługi zgłoszeń alarmowych.

Nowelizacja ustawy o PRM niesie wiele zmian oczekiwanych przez środowisko ratownictwa medycznego:

- + uregulowanie obszaru odnoszącego się do dyspozytorni i dyspozytorów medycznych, w tym przejęcie dyspozytorni medycznych przez wojewodów,

- + zapewnienie dostępu do wsparcia psychologicznego dla dyspozytorów medycznych,
- + doprecyzowanie możliwości wykonywania zawodu przez ratownika medycznego w jednostkach podległych Ministrowi Obrony Narodowej, a także w Policji oraz w Służbie Ochrony Państwa,
- + rozszerzenie o kardiologię i neurologię katalogu specjalizacji lekarskich, które umożliwią uzyskanie statusu lekarza systemu PRM,
- + wprowadzenie możliwości pełnienia funkcji wojewódzkich koordynatorów ratownictwa medycznego przez ratowników medycznych i pielęgniarki systemu,
- + powołanie Krajowego Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego, którego głównym celem będzie realizacja zadań związanych z Systemem Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego, monitorowania systemu PRM oraz indywidualnego rozwoju zawodowego dyspozytorów medycznych.

Jak wspomniano, nowelizacja przewiduje przejście przez ministra właściwego do spraw zdrowia od dotychczasowego administratora SWD PRM – ministra właściwego do spraw administracji publicznej, całości zadań z zakresu zapewnienia narzędzi teleinformatycznych do odbioru oraz obsługi powiadomień o zdarzeniach i zgłoszeń alarmowych w systemie PRM, m.in. uprawnień do nadzorowania, określania kierunków rozwoju, pełnienia funkcji administratora i podmiotu odpowiedzialnego za rozbudowę i modyfikacje SWD PRM.

Zgodnie z nowelizacją umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego (karetki z obsadą) będą powierzane wyłącznie samodzielny publiczny zakładom opieki zdrowotnej, jednostkom budżetowym i spółkom kapitałowym co najmniej z większościovym udziałem Skarbu Państwa lub jednostkom samorządu terytorialnego. Ustawa przewiduje, że umowy dotyczące ratownictwa medycznego, zawarte przez prywatne firmy z NFZ, przestaną obowiązywać z końcem pierwszego kwartału tego roku.

Wojewodowie, tak jak dotychczas, będą zapewniać utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie województwa. Dyspozytornia medyczna stanie się komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego, pełniącą rolę ośrodka działania SWD PRM na terenie województwa. Dyspozytorzy medyczni będą pracownikami urzędów wojewódzkich, zatrudnianymi na podstawie stosunku pracy. Dyspozytornie medyczne mają pełnić funkcję centrów, wokół których będzie tworzony rejon operacyjny, na który zawierane będą umowy z płatnikiem świadczeń (zgodnie z zasadą: jedna dyspozytornia medyczna – jeden rejon operacyjny).

Tak więc, w związku z przyjętym przez ministra zdrowia w 2011 r. kierunkiem zmian w organizacji systemu powiadamiania ratunkowego założono stopniową restrukturyzację centrów dyspozytorskich. W ciągu ponad 6 lat postępowala stopniowa redukcja dyspozytorni medycznych. Do 1 stycznia 2028 r. każde województwo będzie dysponowało jedną (1) dyspozytornią medyczną, z wyjątkiem województwa śląskiego i mazowieckiego – w nich, zgodnie z ustawą, będą po dwie (2) dyspozytornie

medyczne. Tworzenie tych wielostanowiskowych dyspozytorni medycznych poprawi zarządzanie zespołami ratownictwa medycznego, skróci czas dojazdu zespołów ratownictwa medycznego do miejsca zdarzenia i wpłynie na ich lepszą koordynację. Dyspozytornia medyczna, która zarządza większą liczbą zespołów ratownictwa medycznego, ma większą zdolność do koordynowania akcji medycznych, szczególnie w razie zdarzeń z dużą liczbą poszkodowanych. W okresie przejściowym, tj. od dnia wejścia ustawy w życie do 31 grudnia 2020 r., dyspozytornie medyczne pozostaną w strukturach organizacyjnych dysponentów zespołów ratownictwa medycznego. Od 1 stycznia 2021 r. dyspozytornia medyczna będzie komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego, a jej obszar działania pokryje się z granicami rejonu operacyjnego, na który zawierane są umowy z płatnikiem świadczeń. Zatrudnienie dyspozytorów medycznych przez wojewodów na podstawie umowy o pracę ma zapewnić ciągłość działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Co do zasady, od dnia 1 stycznia 2021 r. na terenie województwa będzie działała jedna dyspozytornia medyczna, tworzona i prowadzona przez wojewodę. Jedynie na terenie województw mazowieckiego i śląskiego działać będą po dwie dyspozytornie medyczne.

#### 9) Onkologia - plan powołania Krajowej Sieci Onkologicznej

Dnia 8 maja 2019 r. Prezydent RP podpisał Ustawę o Narodowej Strategii Onkologicznej, wytyczającą kierunki rozwoju poszczególnych obszarów systemu opieki onkologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem działań z zakresu profilaktyki, wczesnego wykrywania, diagnostyki i leczenia chorób nowotworowych. Na jej bazie ma powstać Narodowa Sieć Onkologiczna oraz zostać zreorganizowany system funkcjonowania onkologii, w szczególności w zakresie chirurgii onkologicznej, która ma być w kompetencji wojewódzkich centrów onkologicznych.

Celem projektu ma być zintegrowanie leczenia onkologicznego na poziomie krajowym, bo pakiet onkologiczny, choć zwiększył liczbę świadczeń, to jednocześnie – zdaniem Ministerstwa Zdrowia - rozproszył je na wiele ośrodków.

Koncepcja zakłada:

- + centralizację chirurgii onkologicznej,
- + decentralizację chemioterapii i radioterapii.

Dnia 4 lipca 2019 r. ukazał się projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej. Pilotaż będzie realizowany w województwach: dolnośląskim i świętokrzyskiego oraz po rozszerzeniu - w podlaskim i pomorskim. W ramach pilotażu testowane i oceniane będą zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu organizacji rynku onkologicznego opartego na sieci ośrodków onkologicznych. W skład sieci wejdą wojewódzkie ośrodki koordynujące oraz ośrodki współpracujące I. i II. poziomu, których zadaniem będzie zapewnienie świadczeniobiorcy kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej w pięciu wybranych typach nowotworów złośliwych: nowotworze gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi i płuca.

Założono półtoraroczny okres realizacji pilotażu. Oczekiwanym efektem programu pilotażowego ma być poprawa bezpieczeństwa i jakości leczenia onkologicznego, poprawa satysfakcji pacjenta oraz optymalizacja kosztowa opieki onkologicznej.

W projekcie rozporządzenia dodano przepisy dotyczące możliwości cofnięcia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach pilotażu z wykorzystaniem współczynników korygujących w sytuacji, gdy danych ośrodek nie wypełnia obowiązków wynikających z realizacji pilotażu.

Zgodnie z zapowiedziami Ministerstwa Zdrowia jeszcze w tym roku w życie wejdzie rozporządzenie pozwalające na monitorowanie skuteczność leczenia onkologicznego. Celem projektu jest zidentyfikowanie szpitali i centrów onkologii, które leczą skutecznie - tak aby właśnie do tych placówek trafiały większe środki na leczenie. Ośrodki zaraportują, w jakim stadium choroby przyjęły pacjenta i jakie procedury w związku z tym zostały u niego wdrożone. Dzięki temu Ministerstwo Zdrowia będzie mogło również wykluczyć z systemu leczenia placówki, która leczą pacjentów w sposób niezgodny ze standardami.

Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) zaproponowała:

- + nowe pakiety diagnostyczne (na skutek dokonanych zmian wzrosła wartość 74 proc. pakietów w diagnostyce wstępnej oraz 65 proc. w diagnostyce pogłębionej),
- + ponadto, mając na uwadze podnoszoną przez świadczeniodawców kwestię rozliczania kosztownych badań z innych zakresów umowy z NFZ, zarekomendowała wyłączenie szczególnie kosztownych procedur (np. PET) z pakietów diagnostycznych z jednoczesnym umożliwieniem dosumowania ich do prowadzonej diagnostyki,
- + oraz utworzenia dodatkowego katalogu procedur diagnostycznych z zakresu patomorfologii i cytodiagnostyki (co zostało pozytywnie zaopiniowane przez środowisko).

10) Rozporządzenie zmieniającego wymagania, jakie muszą spełniać budynki i pomieszczenia, w których podmioty lecznicze prowadzą działalność leczniczą

Zgodnie z Art. 207 ust. 1 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r., zmienionym Ustawą z dnia 25 września 2015 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, ustawy o działalności leczniczej oraz ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw - tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. 2016 poz. 1638) - „Podmiot wykonujący działalność leczniczą w dniu wejścia w życie ustawy, nie spełniający wymagań, o których mowa w art. 22 ust. 1, dostosuje pomieszczenia i urządzenia do tych wymagań do dnia 31 grudnia 2017 r.”

Zgodnie Art. 22 ust. 1 Ustawy o działalności leczniczej „Pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą odpowiadają wymaganiom odpowiednim do rodzaju wykonywanej działalności leczniczej oraz zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych”.

Art. 22 ust. 2. określa, że „Wymagania, o których mowa w ust. 1, dotyczą w szczególności warunków: 1) ogólnoprzestrzennych, 2) sanitarnych, 3) instalacyjnych”.

Art. 22 ust. 3 Ustawy nakłada na Ministra Zdrowia obowiązek określenia w drodze rozporządzenia, szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W dniu 26 czerwca 2012 r. Minister Zdrowia wydał nowelizację rozporządzenia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Dz. U. 2012 poz. 739).

Jak z powyższego wynika, zgodnie z zapisami Ustawy o działalności leczniczej, podmioty lecznicze były zobowiązane do dostosowania budynków i pomieszczeń, w których prowadzą działalność leczniczą do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012 poz. 739) w terminie do dnia 31 grudnia 2017 r.

Jednak dnia 30 listopada 2017 r. weszła w życie zmiana Ustawy o działalności leczniczej - Ustawa z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2017 poz. 2110). Dotyczy ona podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które realizują program dostosowania pomieszczeń i urządzeń do wymagań określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012 poz. 739). Z zapisów przedmiotowej ustawy wynika, że jeśli do końca 2017 r. podmiot leczniczy nie zrealizuje programu dostosowania choćby częściowo, powinien wystąpić do właściwego inspektora sanitarnych z wnioskiem o wydanie opinii, stwierdzającej, że niespełnianie tych wymagań nie stanowi zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów.

Pozyskanie takiej opinii jest jednoznaczne z faktem możliwości prowadzenia przez podmiot leczniczy dalszej działalności w budynkach i pomieszczeniach nie spełniających wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2012 poz. 739), z koniecznością ich dostosowania do wymagań w terminach określonych przez Szpital we wniosku o wydanie opinii, stwierdzającej, że niespełnianie tych wymagań nie stanowi zagrożenia dla bezpieczeństwa pacjentów.

Z dniem 1 kwietnia 2019 r. weszła w życie nowelizacja Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia

26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz. 595).

#### 11) Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Z dniem 1 stycznia 2019 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. 2018 poz. 2012), w zakresie norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Rozporządzenia wprowadza zmiany w części normatywnej oraz w załączniku nr 3 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.) przez modyfikację warunków realizacji świadczeń gwarantowanych.

Zmiany wprowadzane w przedmiotowym rozporządzeniu są rezultatem opracowania „Strategii na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce”. Strategia została opracowana przez Ministerstwo Zdrowia we współpracy ze środowiskiem zawodowym pielęgniarek i położnych. W trakcie prac nad strategią określono wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,6 na łóżko (dla oddziałów o profilu zachowawczym) i 0,7 (dla oddziałów o profilu zabiegowym) wraz z wymaganymi kwalifikacjami zawodowymi. Należy podkreślić, że obowiązek ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych został wprowadzony w 2000 r. Aktualnie podstawą prawną w tym zakresie jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz. U. 2012 poz. 1545). Jak wynika z uzasadnienia do rozporządzenia wskazanie dla podmiotów leczniczych wymogu zapewnienia określonej liczby pielęgniarek i położnych prowadzi do: zapewnienia jakości świadczeń udzielanych przez pielęgniarki samodzielnie, tj. świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia, zapewnienia udziału pielęgniarek/położnych w świadczeniach realizowanych przez lekarzy i innych pracowników wykonujących zawody medyczne, zmniejszenia liczby powikłań i zakażeń wewnątrzszpitalnych oraz związanych z tym kosztów, zmniejszenia liczby błędów medycznych, a co za tym idzie zmniejszenia kosztów związanych z ordynacją i dystrybucją produktów leczniczych, zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i pielęgniarek/położnych, racjonalnego zarządzania zasobami ludzkimi, planowania środków finansowych na zadania wykonywane przez pielęgniarki/położne.

Na bloku operacyjnym, zdaniem ustawodawcy w celu zapewnienia właściwej realizacji świadczeń, wprowadzono wymóg zapewnienia w zakresie kwalifikacji personelu, wymagania kwalifikacyjne i etatowe dla pielęgniarek na bloku operacyjnym - obecność dwóch pielęgniarek, a w sytuacji wykonywania zabiegów ginekologicznych położnych, na każdy stół operacyjny, zgodnie z czasem

udzielania świadczeń określonym w harmonogramie pracy (analogiczne rozwiązania istnieją w odniesieniu do lekarzy).

W części I załącznika nr 3 określono w poszczególnych profilach oddziałów szpitalnych, wymiar etatu oraz kwalifikacje personelu pielęgniarskiego. Ponadto w lp. 37-39 „Położnictwo i ginekologia”, na wszystkich poziomach referencyjnych, na wniosek środowiska pielęgniarek i położnych, zobowiązano świadczeniodawców do wyodrębnienia całodobowo personelu położniczego dedykowanego sali porodowej. Opieka położnicza sprawowana na sali porodowej nie powinna być łączona z jednoczesnym udzielaniem świadczeń w innych komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego. Ponadto w odniesieniu do ww. oddziałów dodano wymóg prowadzenia edukacji laktacyjnej przez edukatora do spaw laktacji oraz obowiązek mierzenia i oceniania wskaźnika: liczba noworodków dokarmianych sztucznym pokarmem względem liczby żywo urodzonych noworodków rocznie.

Jednocześnie, w lp. 50 „Chemioterapia – hospitalizacja”, w części „Pielęgniarki/położne” wprowadzono alternatywę dla przeszkolenia w zakresie podawania cytostatyków, ukończenie kursu specjalistycznego przygotowania podawania leków przeciwnowotworowych u dorosłych. Analogicznie określono warunki w części II w lp. 10 „Chemioterapia – leczenie jednego dnia”. Poniższa tabela przedstawia wpływ wdrożonych od początku 2019 r. i planowanych do wdrożenia w 2019 r. zmian w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową.

Jednocześnie, w związku z trudnościami w zapewnieniu odpowiedniej liczby personelu pielęgniarskiego, nie od 1 lipca 2019 r., a od 1 stycznia 2021 zaczną obowiązywać przepisy określające, normy zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach pediatrycznych. Zmianę wprowadzić ma nowelizacja rozporządzenia z 11 października 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2012). Nowe normy i czas jej wprowadzenia uzgodniono w porozumieniu pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowych Pielęgniarek i Położnych, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ. Dla oddziałów dziecięcych wprowadzono przepis przejściowy, zgodnie z którym do 30 czerwca 2019 r. liczba pielęgniarek nie może na nich być niższa niż określona w normach dla pozostałych komórek (0,6 równoważnika etatu przeliczeniowego na jedno łóżko w przypadku oddziałów zachowawczych oraz 0,7 w przypadku oddziałów zabiegowych (od 1 lipca miały obowiązywać wskaźniki 0,8 w dziecięcych oddziałach zachowawczych oraz 0,9 w dziecięcych oddziałach zabiegowych).

#### 12) Zmiany w sposobie tworzenia niektórych raportów dla Narodowego Funduszu Zdrowia.

Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekując na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2018, 2429) dokonała zmian w art. 23 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z

przepisem art. 23 ust. 4 świadczeniodawcy mają przekazywać dane o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w każdy dzień roboczy placówki do godziny 10:00, według stanu na koniec dnia poprzedniego. Art. 23 ustawy o świadczeniach zawiera dodatkowo przepis ust. 4a zezwalający Dyrektorowi OW NFZ na wyrażenie zgody na kontynuowanie cotygodniowego sprawozdawania pierwszego wolnego terminu w przypadku braku możliwości technicznych sprawozdawania tego w każdy dzień roboczy.

Ta sama Ustawa, z tą samą datą wejścia w życie, w znaczący sposób zmieniła sposób prowadzenia i sprawozdawania list oczekujących. Listy oczekujących przestały być już częścią dokumentacji medycznej, gdyż weszły w skład większego dokumentu, jakim jest harmonogram świadczeń. Pomimo wejścia w życie tego przepisu z dniem 1 lipca br., art. 11 omawianej Ustawy zwolnił świadczeniodawców z prowadzenia harmonogramów do 31 grudnia br. oraz upoważnił ich do składania do końca 2019 r. raportów statystycznych zawierających zestaw danych określonych w dotychczasowym brzmieniu art. 23 ustawy o świadczeniach. Harmonogramom zostanie więc w terminie późniejszym poświęcony odrębny komunikat.

### 13) Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

Zarządzenie Nr 22/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, wprowadziło nowy zakres świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

Nadrzędnym celem wprowadzenia KOC była poprawa opieki nad kobietą w ciąży zakończona urodzeniem zdrowego noworodka, poprzez wdrażanie odpowiednich praktyk okołoporodowych. Świadczenia „Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży”, realizowane są zgodnie z zasadami dobrej praktyki medycznej oraz standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia, tj.:

- + w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu: POZ, AOS, leczenie szpitalne,
- + w sprawie standardów postępowania medycznego,
- + w sprawie standardu postępowania medycznego w przypadku wystąpienia powikłań,
- + w sprawie standardu postępowania medycznego w łagodzeniu bólu porodowego.

Aby realizować umowę w ramach KOC, świadczeniodawca musi posiadać w swojej strukturze organizacyjnej:

- + oddział szpitalny o profilu położniczo-ginekologicznym lub innym zgodnym z zakresem realizowanych świadczeń - co najmniej pierwszy poziom referencyjny,
- + poradnię położniczo-ginekologiczną,



- + dodatkowo możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni położniczo-ginekologicznych lub praktyk lekarskich (indywidualnych lub grupowych) na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- + oddział szpitalny o profilu neonatologia,
- + na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych położnych zapewniających realizację zadań edukacji przedporodowej oraz opieki w okresie ciąży, porodu i porożu, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu POZ, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej.

#### 14) Psychiatria

Ministerstwo Zdrowia w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego (NPOZP) planuje zmienić zasady opieki psychiatrycznej:

- + wprowadza pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego,
- + planuje zwiększenie budżetu na opiekę psychiatryczną,
- + planuje wprowadzenie nowej zasady finansowania opieki psychiatrycznej.

Reforma opieki psychiatrycznej polega na powstaniu sieci Centrów Zdrowia Psychicznego (CZP). Powstało dwadzieścia siedem (27) CZP a Ministerstwo Zdrowia zapowiada zwiększenie liczby tych centrów. Na CZP przekazano odpowiedzialność za zorganizowanie opieki. Mają one zadanie zorganizować w podstawowym zakresie opiekę psychiatryczną dla mieszkańców określonego regionu. Przeciętnie liczba mieszkańców objętych opieką wynosi między 50 tys. a 200 tys. osób. Każde z centrów ma oddział psychiatryczny, oddział dzienny, zespół leczenia środowiskowego, domowego i poradnię zdrowia psychicznego a personel tych form opieki stanowi jeden wspólny zespół, który koordynuje i współpracuje ze sobą w udzielaniu pomocy.

Dzięki tej reformie psychiatria ma zmienić swój paradygmat od szpitalnej opieki izolacyjnej w kierunku opieki blisko miejsca zamieszkania, szkoły, miejsca pracy. Celem nadrzędnym jest przywracanie osoby w kryzysie psychicznym czy po przejściu tego typu kryzysu do normalnego funkcjonowania: w uczeniu się, w pracy, funkcjach społecznych, w rodzinie. Dotyczy to opieki również w zakresie chorób przewlekłych, niekoniecznie hospitalizując.

Pilotaż wprowadzania psychiatrii środowiskowej dla dorosłych ruszył w lipcu 2018 r. Zmiana polega na odchodzeniu od modelu polegającego głównie na pobycie w szpitalu psychiatrycznym, na rzecz opieki w miejscu zamieszkania.

Tabela 55. Wpływ wdrożonych i planowanych zmian w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową

Lp.	Wdrożona lub planowana do wdrożenia zmiana w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia	Wpływ zmiany na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową
1.	<p>Wprowadzenie ustawowego wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia w <u>Polisce</u>.</p> <p>Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532) – wprowadzająca ustawowy wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia w Polsce</p>	<p>Fakt ten będzie miał istotny wpływ na funkcjonowanie Szpitala, w zakresie wzrostu jego przychodów. Jak wynika z wcześniejszych przeprowadzonych analiz, w przypadku spełnienia się prognoz związanych ze wzrostem PKB w latach 2018 – 2022, średnioroczny wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia osiągnąłby w latach 2018 – 2022 poziom ok. 8,24%. Gdyby te wzrosty przełożyły się wprost proporcjonalnie na wzrost przychodów Szpitala, to oznaczałoby znaczny wzrost wartości przychodów Szpitala z usług świadczonych w ramach umów z NFZ.</p>
2.	<p><u>Wzrost poziomu finansowania interny, chirurgii, izby przyjęć/szpitalnego oddziału ratunkowego</u></p>	<p>Fakt ten ma istotny wpływ na funkcjonowanie Szpitala, w zakresie wzrostu jego przychodów. Jednocześnie należy zauważyć, że ewentualny wzrost poziomu finansowania interny, chirurgii i izby przyjęć w Szpitalu, będzie realizowany ze środków, o których mowa w pkt. 1 niniejszej tabeli.</p>
3.	<p><u>Nowe świadczenia nielimitowane</u></p> <p>Zarządzenie Nr 37/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, w zakresie: badania tomografii komputerowej lub w zakresie: badania rezonansu magnetycznego, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek</p>	<p>Fakt ten będzie miał wpływ na funkcjonowanie Szpitala, w zakresie wzrostu jego przychodów. Szpital może prowadzić działalność nielimitowaną, w zakresie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ diagnostykę i leczenie onkologiczne udzielanych na podstawie karty DIL0,</li> <li>+ świadczeń szpitalnych w zakresie związanym z porodem (położnictwo),</li> <li>+ świadczeń szpitalnych w zakresie związanym z opieką nad noworodkami (neonatologia),</li> <li>+ koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży - KOC I /KOC I (położnictwo),</li> <li>+ świadczeń rehabilitacji udzielanych świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 47 ust. 1a i 1b ustawy o świadczeniach,</li> <li>+ świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej, które to świadczenie od 1 kwietnia b.r. jest świadczeniem nielimitowanym.</li> </ul>

Lp.	Wdrożona lub planowana do wdrożenia zmiana w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia	Wpływ zmiany na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową
	<p>rozliczeniowych i kwoty zobowiązań oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.</p> <p>Zgodnie z § 14 ust. 2 Zarządzenia Nr 39/2019/D SOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1 paragrafu 14 przedmiotowego Zarządzenia, w tym między innymi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia żołądka,</li> <li>+ świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej,</li> <li>+ świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie rezonansu magnetycznego,</li> </ul> <p>przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.</p> <p>Oba rozporządzenia weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r.</p>	<p>Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że zapisy projektu zarządzenia powodują, że Szpital będzie musiał na prawie cztery miesiące lub więcej skredytować część badań, bo będzie mógł je rozliczać kwartalnie (a nie, jak w przypadku pozostałych świadczeń, miesięcznie).</p>
4.	<p><u>Rehabilitacja</u></p> <p>Zarządzenie Nr 13/2019/D SOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką</p>	<p>Wyższe stawki za rehabilitacja ogólnoustrojową narządu ruchu po leczeniu operacyjnym w szpitalu dotyczą wyłącznie rehabilitacji w ramach oddziałów stacjonarnych.</p> <p>Szpital prowadzi działalność z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w ramach Ośrodka Dzielnej Rehabilitacji.</p>

Lp.	Wdrożona lub planowana do wdrożenia zmiana w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia	Wpływ zmiany na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową
5.	<p><u>Wzrost poziomu najniższych wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych</u></p> <p>Ustawa z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017 poz. 1473 – tekst jednolity opracowany na podstawie: Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych Dz. U. 2017 poz. 1473 oraz Ustawy z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw - Dz. U. 2018 poz. 1942)</p>	<p>Ustawa ma istotny wpływ na funkcjonowanie Szpitala, w zakresie wzrostu generowanych przez niego kosztów osobowych.</p> <p>Jednocześnie, aktualnie procedowany projekt podwyższenia poziomu najniższych wynagrodzeń zasadniczych, do osiągnięcia których zmierzają coroczne podwyżki wynagrodzeń zasadniczych, przez zmianę wysokości tzw. kwoty bazowej, na podstawie której oblicza się najniższe wynagrodzenie zasadnicze, a która na dzień 1 lipca 2019 r. ulec ma podwyższeniu z obecnej kwoty 3 900 zł do kwoty 4 200 zł, dodatkowo wpłynie na wzrost kosztów osobowych Szpitala.</p>
6.	<p><u>Wprowadzenie "ostrych" i "tępych" dyżurów szpitali</u></p>	<p>Ze względu na fakt, że Szpital jest jedynym szpitalem w mieście, fakt ten nie będzie miał wpływu na jego działalność.</p>
7.	<p><u>Zmiany w funkcjonowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych</u></p> <p>Ustawa z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2019 poz. 399)</p>	<p>W strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonuje SOR i zmiany w funkcjonowaniu szpitalnych oddziałów ratunkowych, jakie zostaną wprowadzone przedmiotowa Ustawa, będą miały wpływ na funkcjonowanie Szpitala.</p> <p>Aktualnie uruchomiono pilotaż ww. systemu organizacji pracy SOR. Wyniki pilotażu pozwolą na określenie zasad wdrożenia TOPSOR we wszystkich SOR w Polsce. Z uwagi na planowane wdrożenie zachodzi konieczność znowelizowania ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym poprzez m.in. poszerzenie definicji triażu medycznego na potrzeby SOR i wprowadzenie obowiązku</p>

Lp.	Wdrożona lub planowana do wdrożenia zmiana w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia	Wpływ zmiany na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową
		<p>stosowania TOPSOR. Według założeń, regulacje te wejdą w życie od 1 stycznia 2021 r.</p> <p>Do października 2019 r. TOPSOR zaczęło działać w pierwszych 76 największych szpitalnych oddziałach ratunkowych (w Polsce działają 232 SOR-y), natomiast do końca sierpnia 2020 r. w pozostałych 156 SOR-ach.</p>
8.	<p><u>Zmiany w obszarze ratownictwo medycznego</u></p> <p>Ustawa z dnia 10 maja 2018 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1115)</p>	<p>Szpital nie realizuje świadczeń z zakresu ratownictwa medycznego.</p>
9.	<p><u>Powstanie Krajowej Sieci Onkologicznej</u></p> <p>Ustawa o Narodowej Strategii Onkologicznej</p> <p>Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej</p>	<p>Szpital nie posiada komórek organizacyjnych, których podstawowym obszarem działalności jest onkologia.</p>
10.	<p><u>Rozporządzenie zmieniające wymagania, jakie muszą spełniać budynki i pomieszczenia, w których podmioty lecznicze prowadzą działalność leczniczą</u></p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz. 595).</p>	<p>W związku z niewielkimi zmianami zapisów Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz. 595), w stosunku do zapisów zmienionego ww. Rozporządzeniem - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Dz. U. 2012 poz. 739) – zmiana ta nie będzie miała istotnego wpływu na dalsze funkcjonowanie Szpitala.</p>

Lp.	Wdrożona lub planowana do wdrożenia zmiana w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia	Wpływ zmiany na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową
11.	<p><u>Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych</u></p> <p>Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie leczenia szpitalnego (Dz. U. 2018 poz. 2012)</p>	<p>Wejście w życie przepisów związanych z normami zatrudnienia pielęgniarek i położnych będzie miało istotny wpływ na koszty operacyjne Szpitala, szczególnie w przypadku posiadania przez Szpital niewykorzystanej bazy łóżkowej.</p>
12.	<p><u>Zmiany w sposobie tworzenia niektórych raportów dla Narodowego Funduszu Zdrowia</u></p> <p>Ustawa z dnia 6 grudnia 2018 o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skterowaniem oraz listami oczekując na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2018, 2429)</p>	<p>Zgodnie z przepisem art. 23 ust. 4 świadczeniodawcy mają przekazywać dane o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w każdy dzień roboczy placówki do godziny 10:00, według stanu na koniec dnia poprzedniego.</p> <p>Zapis ten będzie miał istotny wpływ na dalsze funkcjonowanie służb szpitalnych, związanych ze sprawozdawczością z NFZ oraz na dodatkowe koszty. Należy zwrócić uwagę, że dniem roboczym w przypadku Szpitala, są wszystkie dni tygodnia (w tym sobota i niedziela).</p> <p>Art. 23 ustawy o świadczeniach zawiera dodatkowo przepis ust. 4a zezwalający Dyrektorowi OW NFZ na wyrażenie zgody na kontynuowanie cotygodniowego sprawozdawania pierwszego wolnego terminu w przypadku braku możliwości technicznych sprawozdawania tego w każdy dzień roboczy i Szpital powinien rozważyć zwrócenie się do OW NFZ z takim wnioskiem.</p>
13.	<p><u>Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)</u></p> <p>Zarządzenie Nr 22/2016/DSO Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2016 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie</p>	<p>Szpital nie realizuje programu związanego z koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży, który mógłby pozytywnie wpłynąć przychody generowane przez Oddział Położniczo-Ginekologiczny, mimo że spełnia wymagania stawiane przed świadczeniodawcami, które są niezbędne do realizacji KOC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ posiada oddział szpitalny o profilu położniczo-ginekologicznym,</li> <li>+ posiada poradnię położniczo-ginekologiczną,</li> <li>+ dodatkowo posiada możliwość zapewnienia dostępności do innych poradni położniczo-ginekologicznych lub praktyk lekarskich (indywidualnych lub</li> </ul>

Lp.	Wdrożona lub planowana do wdrożenia zmiana w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia	Wpływ zmiany na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową
		<p>grupowych) na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;</p> <p>+ posiada oddział szpitalny o profilu neonatologia,</p> <p>+ posiada możliwość zapewnienia na podstawie podwykonawstwa lub na podstawie art. 132a ustawy o świadczeniach publicznych zapewnianych finansowanych ze środków publicznych połączonych zapewnianych realizację zadań edukacji przedporodowej oraz opieki w okresie ciąży, porodu i położu, zgodnie z zasadami określonymi w rozporządzeniu POZ, rozporządzeniu o opiece okołoporodowej oraz rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej.</p>

źródło: opracowanie własne

## 5.2. Rekomendowane do wdrożenia działania restrukturyzujące działalność Szpitala

<b>Szpital</b>
<b>Wnioski i Rekomendacje</b>
<b>Obszar organizacyjny</b>
<p>Aktualnie Szpital nie posiada Dyrektora Szpitala a jego funkcję pełni Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa – będący lekarzem. W zakresie obowiązków Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa – wynikającego z § 11 Statutu Szpitala - nie ma obszaru związanego z kształtowaniem polityki finansowej Szpitala, w sposób umożliwiający zbilansowanie przychodów i kosztów, co oznacza, że Szpital nie posiada aktualnie fachowego nadzoru nad jego finansami.</p> <p>Jak wykazała niniejsza analiza, przyczynami trudnej sytuacji finansowej Szpitala jest między innymi, brak zapłaty ze strony NFZ za zrealizowane przez Szpital w 2018 r. nadwykonania o wartości ok. 1,6 mln zł. W okresie 6M2019 Szpital ponownie przekroczył poziom przyznanego mu przez NFZ ryczałtu PSZ (zrealizował świadczenia w ok. 110,3%) i w ww. okresie wygenerował nadryczałty o wartości ok. 1,3 mln zł, co (jeśli polityka realizacji nadryczałtów w II połowie 2019 r. nie ulegnie zmianie) będzie miało ponownie negatywny wpływ na wynik finansowy Szpitala.</p>
<b>Rekomendacja nr 1</b>
<p>Rekomenduje się pilne powołanie Dyrektora Szpitala (Szpital rozpoczął już procedurę konkursową) w celu zapewnienia Szpitalowi fachowego nadzoru nad jego finansami. Rekomenduje się aby na stanowisko Dyrektora Szpitala została powołana osoba z wykształceniem ekonomicznym.</p> <p>Szpital wygenerował w 2018 r. - niezapłacone przez NFZ - nadryczałty o wartości ok. 1,3 mln zł, które w istotnym stopniu wpłynęły na wygenerowaną w 2018 r. przez Szpital stratę ze sprzedaży. Całkowita wartość niezapłaconych przez NFZ w 2018 r. nadwykonań (nadryczałty plus nadlimity) wyniosła ok. 1,6 mln zł.</p> <p>W okresie 6M2019 Szpital zrealizował przyznany mu przez NFZ ryczałt PSZ w 110,3% i w ww. okresie wygenerował nadryczałty o wartości ok. 1,3 mln zł, co (jeśli polityka realizacji nadryczałtów w II połowie 2019 r. nie ulegnie zmianie) będzie miało ponownie negatywny wpływ na wynik finansowy Szpitala.</p> <p>Generowanie przez Szpital nadryczałtów niezapłaconych przez NFZ, będzie skutkowało generowaniem przez Szpital straty z działalności podstawowej, co w konsekwencji może doprowadzić do sytuacji, w której Szpital utraci płynność finansową i będzie generował ujemną wartość straty na poziomie wyniku netto pomniejszonej o koszty amortyzacji, co w konsekwencji zgodnie z pkt. 1) ust. 2 Art. 59 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn. zm.) będzie się wiązało z koniecznością pokrycia tej wartości przez Podmiot Tworzący.</p>
<b>Rekomendacja nr 2</b>
<p>Rekomenduje się wdrożenie w Szpitalu dyscypliny budżetowej nie pozwalającej na generowanie przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala, realizujące świadczenia w ramach umów z NFZ nadryczałtów.</p>



Zgodnie ze Statutem Szpitala bezpośredni nadzór nad organizacją i monitorowaniem udzielania świadczeń zdrowotnych ponosi Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, który między innymi powinien nadzorować poziom wykonania umów z NFZ przez wszystkie komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturach Szpitala i realizujące świadczenia finansowane ze środków NFZ.

### Obszar działalności operacyjnej

Oddziały	2018
Liczba oddziałów ogółem (z uwzględnieniem SOR/IP)	10
Liczba oddziałów specjalnych	1
Liczba oddziałów zachowawczych	6
Liczba oddziałów zabiegowych	3
Struktura % oddziałów [wg rodzaju oddziałów]:	
oddziały specjalne	10%
oddziały zachowawcze	60%
oddziały zabiegowe	30%
Liczba oddziałów łóżkowych (stacjonarnych i dziennych) (bez SOR/IP)	9
Liczba oddziałów stacjonarnych	8
Liczba oddziałów dziennych	1
Struktura % oddziałów [wg typu oddziału]:	
oddziały stacjonarne	89%
oddziały dzienne	11%
Liczba oddziałów Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej (z uwzględnieniem SOR/IP)	10
Liczba oddziałów Szpitalnej Opieki Długoterminowej	1
Liczba oddziałów Leczenia Uzdrawiskowego	0
Struktura % oddziałów [wg rodzaju opieki medycznej]:	
oddziały Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej	91%
oddziały Szpitalnej Opieki Długoterminowej	9%
oddziały Leczenia Uzdrawiskowego	0%
Liczba oddziałów dla dorosłych (z uwzględnieniem SOR/IP)	7
Liczba oddziałów dziecięcych (z uwzględnieniem SOR/IP)	2

### Wnioski i Rekomendacje

#### Obszar działalności operacyjnej

##### Struktura oddziałów

Szpital realizował w 2018 r. świadczenia w ramach 10 oddziałów, wliczając w to Szpitalny Oddział Ratunkowy. W roku 2018 oraz w okresie 6M2019 nie nastąpiły żadne zmiany zarówno w liczbie oddziałów, jak i w ich poniższej strukturze.

Wśród 8 oddziałów stacjonarnych funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. wyróżniamy [podział wg rodzaju oddziałów]:

- + 5 oddziałów o profilach zachowawczych (62,5% ogółu oddziałów),
- + 3 oddziały o profilach zabiegowych (37,5% ogółu oddziałów).

Wśród 8 oddziałów stacjonarnych funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. [podział wg rodzaju realizowanej opieki medycznej]:

- + 7 oddziałów funkcjonowało w ramach Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej (SZOK), tj. 87,5% ogółu oddziałów,
- + 1 oddział funkcjonował w ramach Szpitalnej Opieki Długoterminowej (SZOD), tj. 12,5% ogółu oddziałów.

Wśród 8 oddziałów stacjonarnych funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. [podział wg rodzaju leczonych pacjentów]:

- + 6 oddziałów było oddziałami realizującymi świadczenia dla dorosłych (75% ogółu oddziałów),
- + 2 oddziały były oddziałami realizującym świadczenia dla dzieci (25% ogółu oddziałów).

Analiza danych związanych ze strukturą funkcjonujących w Szpitalu oddziałów wykazała:

- 1) Struktura funkcjonujących w Szpitalu oddziałów – wg rodzaju oddziałów – odbiega od struktury optymalnej – Szpital w swojej strukturze posiada zbyt wiele oddziałów zachowawczych w porównaniu do oddziałów zabiegowych.
- 2) Strukturę funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów – wg rodzaju leczonych pacjentów – z przewagą oddziałów realizujących świadczenia dla dorosłych (75,0%), należy uznać za optymalną.

#### Rekomendacja nr 3

Liczba oddziałów dla wszystkich - dla dorosłych i dziecięcych (z uwzględnieniem SOR/IP)	1	<p>W celu polepszenia struktury funkcjonujących w Szpitalu oddziałów – wg rodzaju oddziałów, która odbiega od struktury optymalnej (Szpital w swojej strukturze posiada zbyt wiele oddziałów zachowawczych w porównaniu do oddziałów zabiegowych) oraz polepszenia poziomu wykorzystania funkcjonującego w Szpitalu Bloku Operacyjnego (wskaźnik kosztów netto generowanych przez Blok Operacyjny w stosunku do przychodów ze sprzedaży generowanych przez funkcjonujące w strukturze Szpitala oddziały zabiegowe wyniósł w 2018 r. ok. 21,6% i był powyżej benchmarku rynkowego) rekomenduje się rozważenie – w porozumieniu z NFZ – możliwości uruchomienia dodatkowego oddziału zabiegowego, np. oddziału urologicznego.</p> <p><b>Hospitalizowani pacjenci</b></p> <p>Analizując dane statystyczne Szpitala w latach 2017-2018, w roku 2018 zauważalny jest spadek liczby hospitalizowanych pacjentów na oddziałach stacjonarnych (ok. -7,2%).</p> <p>Wskaźnik liczby hospitalizowanych pacjentów na 1 oddział stacjonarny był poniżej benchmarków rynkowych. Podobnie – poniżej benchmarków rynkowych – kształtował się wskaźnik liczby hospitalizowanych pacjentów na 1 łóżko stacjonarne. Tak długo, jak liczba hospitalizowanych pacjentów nie będzie miała wpływu na wielkość ryczałtu PSZ przydzielonego Szpitalowi w kolejnych okresach w obszarach, w których Szpital realizuje świadczenia finansowane ze środków publicznych, oraz jak długo Szpital będzie w co najmniej 100% realizował wartość posiadanej umowy z NFZ, tak długo ewentualna malejąca liczba hospitalizowanych pacjentów nie będzie miała negatywnego wpływu na finanse Szpitala (wręcz będzie miała pozytywny wpływ, ponieważ będzie redukowała koszty stałe).</p> <p>Każdy spadek liczby hospitalizowanych pacjentów będzie miał negatywne skutki w obszarach, w których Szpital realizuje świadczenia w ramach umów z NFZ poza PSZ (przychody zależne od liczby realizowanych procedur) oraz w obszarach nielimitowanych realizowanych przez Szpital w ramach ryczałtu PSZ (położnictwo, neonatologia, rehabilitacja osób z wysokim stopniem niepełnosprawności).</p>
odddziały dla dorosłych	70%	
odddziały dziecięce	20%	
odddziały wszystkich (dla dorosłych i dziecięce)	10%	
<b>Hospitalizowani pacjenci</b>	<b>2018</b>	
Liczba hospitalizowanych pacjentów na oddziałach łóżkowych	8067	
Liczba hospitalizowanych pacjentów na 1 oddział łóżkowy (stacjonarne i dzienne)	896	
Liczba hospitalizowanych pacjentów na 1 łóżko	38	
Liczba hospitalizowanych pacjentów na oddziałach stacjonarnych	7457	
Liczba hospitalizowanych pacjentów na 1 oddział stacjonarny	932	
Liczba hospitalizowanych pacjentów na 1 łóżko stacjonarne	35	
<b>Osobodni hospitalizacji</b>	<b>2018</b>	
Liczba osobodni hospitalizacji na oddziałach stacjonarnych	51 332	
Liczba osobodni hospitalizacji na 1 oddział stacjonarny	6417	
Liczba osobodni hospitalizacji na 1 łóżko stacjonarne	241	
Liczba osobodni hospitalizacji na oddziałach stacjonarnych w dni robocze	36 245	
Liczba osobodni hospitalizacji na 1 oddział łóżkowy stacjonarny	4531	
Liczba osobodni hospitalizacji na 1 łóżko stacjonarne	170	
Liczba osobodni hospitalizacji na oddziałach stacjonarnych w dni wolne od pracy	15 087	
Liczba osobodni hospitalizacji na 1 oddział łóżkowy stacjonarny	1886	
Liczba osobodni hospitalizacji na 1 łóżko stacjonarne	71	
<b>Średni czas hospitalizacji</b>	<b>2018</b>	
Średni czas hospitalizacji dla szpitala o tego typu oddziałach w Województwie	8,2	
<b>Rekomendacja nr 4</b>		<p>W celu zatrzymania negatywnego trendu zmniejszającej się liczby hospitalizowanych pacjentów w, szczególnie w obszarach, w których:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Szpital realizuje świadczenia w ramach ryczałtu PSZ i nie zrealizował w tych obszarach procedur o wartości równej co najmniej 98% (optymalnie 100%) wartości posiadanej ryczałtu PSZ,</li> <li>+ w ramach umów z NFZ realizowanych poza PSZ (przychody zależne od liczby zrealizowanych procedur) a nie zrealizował w tych obszarach co najmniej 100% wartości posiadanych umów z NFZ, oraz</li> <li>+ w obszarach nielimitowanych realizowanych przez Szpital zarówno w ramach posiadanych umów z NFZ (położnictwo, neonatologia, rehabilitacja osób z wysokim stopniem niepełnosprawności),</li> </ul> <p>rekomenduje się opracowanie i wdrożenie wszelkich działań promujących Szpital.</p>

Średni czas hospitalizacji w Szpitalu	6,9
<b>Łóżka – liczba i struktura</b>	<b>2018</b>
Liczba łóżek (stacjonarnych i dziennych) w Szpitalu (bez SOR-u)	213
Liczba łóżek na oddziałach zachowawczych	143
Liczba łóżek na oddziałach zabiegowych	70
Struktura % łóżek na oddziałach [wg rodzaju łóżek na oddziałach]:	
łóżka na oddziałach zachowawczych	67%
łóżka na oddziałach zabiegowych	33%
Liczba łóżek na oddziałach Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej	145
Liczba łóżek na oddziałach Szpitalnej Opieki Długoterminowej	68
Liczba łóżek na oddziałach Leczenia Uzdrawiskowego	0
Struktura % łóżek na oddziałach [wg rodzaju opieki medycznej]:	
łóżka na oddziałach Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej	68%
łóżka na oddziałach Szpitalnej Opieki Długoterminowej	32%
łóżka na oddziałach Leczenia Uzdrawiskowego	0%
Liczba łóżek na oddziałach dla dorosłych	192
Liczba łóżek na oddziałach dziecięcych	21
Liczba łóżek na oddziałach dla wszystkich - dla dorosłych i dziecięcych	0
Struktura % łóżek na oddziałach stacjonarnych i dziennych [wg typu łóżek na oddziałach]:	
łóżka na oddziałach dla dorosłych	90%
łóżka na oddziałach dziecięcych	10%
łóżka na oddziałach wszystkich (dla dorosłych i dziecięcych)	0%
Liczba łóżek na oddziałach stacjonarnych	213
Liczba łóżek na oddziałach dziennych	b.d.
Struktura % łóżek [wg typu oddziału]	
łóżka na oddziałach stacjonarnych	100%
łóżka na oddziałach dziennych	0%
Liczba łóżek na OAIIT	4
Udział łóżek OAIIT w ogólnej liczbie łóżek	1,9%
Średnia liczba łóżek stacjonarnych na 1 oddział stacjonarny	27

Jednocześnie rekomenduje się ciągle monitorowanie liczby hospitalizacji oraz wartości wykonanych świadczeń w ramach ryczałtu z PSZ, ponieważ wykonanie ryczałtu w przedziale 90-98 proc. skutkuje obniżeniem wartości ryczałtu na kolejne okresy, a wykonanie ryczałtu poniżej 90 proc. może skutkować nawet odebraniem ryczałtu i wykluczeniem szpitala z PSZ.

#### Osobodni hospitalizacji

Liczba osobodni hospitalizacji pacjentów w 2018 roku spadła o ok. -3,5%, w stosunku do roku poprzedniego.

Średni czas hospitalizacji pacjentów w Szpitalu wyniósł w 2018 r. 6,9 dnia i był poniżej średniego czasu hospitalizacji szpitala z tego typu oddziałami w Województwie (8,2 dni). W analizowanym okresie 6M2019 średni czas hospitalizacji wzrósł do 7,0 dni.

W związku z powyższym liczba osobodni hospitalizacji pacjentów, liczona dla całego Szpitala była zawyżona, przez zbyt długi – odbiegający od średniego czasu hospitalizacji szpitala z tego typu oddziałami w Województwie – czas pobytu.

Osiągnięte przez Szpital wskaźniki związane z liczbą osobodni hospitalizacji pacjentów:

- + liczba osobodni hospitalizacji na 1 oddział łóżkowy stacjonarny,
- + liczba osobodni hospitalizacji na 1 łóżko stacjonarne,
- + liczba osobodni hospitalizacji na oddziałach stacjonarnych w dni wolne od pracy,
- + liczba osobodni hospitalizacji na 1 oddział łóżkowy stacjonarny w dni wolne „robocze”,
- + liczba osobodni hospitalizacji na 1 łóżko stacjonarne w dni wolne „robocze”,

były powyżej benchmarków rynkowych, co należy ocenić negatywnie, szczególnie w przypadku oddziałów, które nie zrealizowały w całości wartości umów pierwotnych z NFZ.

Tak długo, jak liczba osobodni hospitalizacji pacjentów, która jest bezpośrednio powiązana z liczbą hospitalizowanych pacjentów, a w konsekwencji z liczbą zrealizowanych przez Szpital procedur, nie będzie miała wpływu na wielkość ryczałtu PSZ przydzielonego Szpitalowi w kolejnych okresach w obszarach, w których Szpital realizuje świadczenia finansowane ze środków publicznych, tak długo malejąca liczba osobodni hospitalizacji nie będzie miała negatywnego wpływu na finanse Szpitala (wręcz będzie miała pozytywny wpływ, ponieważ będzie redukowała koszty stałe związane z osobodniem hospitalizacji).

#### Rekomendacja nr 5

Rekomenduje się wdrożenie działań monitorujących liczbę osobodni hospitalizacji pacjentów na poszczególnych oddziałach szpitalnych:

- + z jednej strony w celu zapobieżenia przekroczeniu średniego czasu pobytu pacjenta na oddziałach, wyższego od średniego czasu hospitalizacji pacjentów na tego typu oddziałach w Województwie, co miałoby negatywny wpływ na poziom kosztów generowanych przez Szpital, o czym szczegółowo mowa poniżej, oraz szczegółowo w analizie

Srednia liczba łóżek dziennych na 1 oddział dzienny	b.d.	poszczególnych komórek organizacyjnych funkcjonujących w Szpitalu, znajdujących się w dalszej części niniejszego Raportu,
Liczba łóżek na oddziałach, na których optymalne obłożenie łóżek wynosi 95%	68	+ z drugiej strony, w celu przeciwdziałania malejącej liczbie osobodni hospitalizacji pacjentów w Szpitalu, która byłaby wynikiem zbyt małej liczby hospitalizowanych pacjentów (o czym mowa powyżej), niepozwalającej na realizację procedur o wartości co najmniej 100% wartości posiadanej przez Szpital umowy z NFZ.
Liczba łóżek na oddziałach, na których optymalne obłożenie łóżek wynosi 85%	124	
Liczba łóżek na oddziałach, na których optymalne obłożenie łóżek wynosi 70%	21	
<b>Łóżka - liczba i struktura</b>	<b>2018</b>	<b>Średni czas hospitalizacji</b>
Optymalny poziom wykorzystania łóżek ogółem dla Szpitala	67,8%	Średni czas hospitalizacji pacjentów w Szpitalu wyniósł w 2018 r. 6,9 dnia i był poniżej średniego czasu hospitalizacji szpitala z tego typu oddziałami w Województwie (8,2 dni). W analizowanym okresie 6M2019 średni czas hospitalizacji wzrósł do poziomu 7,0 dni.
Sredni poziom wykorzystania łóżek ogółem	66,0%	Analiza wykazała, że tylko na jednym oddziale – Oddziale Pediatricznym - średni czas hospitalizacji pacjenta przekraczał w 2018 r. średni czas hospitalizacji dla tego typu oddziałów w Województwie. Przekroczenie wyniosło ok. 0,5 dnia.
Sredni poziom wykorzystania łóżek w "dni robocze"	67,8%	W tym miejscu należy wskazać, że zbyt długi – w stosunku do niezbędnego - czas pobytu pacjentów na oddziałach łóżkowych ma istotny wpływ na koszty związane z pobytem pacjenta na oddziale (koszty hotelowe) oraz zwiększa ryzyko zakażeń wewnątrzszpitalnych.
Sredni poziom wykorzystania łóżek w "dni wolne od pracy"	62,1%	
Sredni (max) poziom wykorzystania łóżek	67,8%	
Srednia liczba rzeczywiście wykorzystanych łóżek na bazie średniego poziomu wykorzystania łóżek ogółem	141	
Srednia liczba rzeczywiście wykorzystanych łóżek na bazie średniego (max) poziomu wykorzystania łóżek ogółem	145	
Optymalna liczba łóżek na bazie ich rzeczywistego wykorzystania	169	<b>Rekomendacja nr 6</b>
Ustandaryzowany poziom wykorzystania łóżek	67,8%	Rekomenduje się dążenie do skrócenia średniego czasu hospitalizacji pacjentów na Oddziale Pediatricznym do poziomu nie przekraczającego średniego czasu hospitalizacji pacjentów w szpitalu o tego typu oddziałach w Województwie.
Liczba rzeczywiście wykorzystanych łóżek na bazie ich ustandaryzowanego wykorzystania	144	<b>Łóżka szpitalne</b>
Optymalna liczba łóżek dla Szpitala na bazie ich ustandaryzowanego wykorzystania	168	Szpital w ramach 8 oddziałów stacjonarnych (z tej kategorii zostały wyłączone oddziały specjalne) – na dzień 31 grudnia 2018 r. - posiadał 213 łóżka. W roku 2018 nie nastąpiły żadne zmiany w strukturze ani w liczbie łóżek na oddziałach stacjonarnych. W okresie 6M2019 nastąpiła zmiana liczby łóżek na Oddziale Chorób Wewnętrznych (redukcja liczby łóżek z 50 łóżek do 35 łóżek) oraz na Oddziale Chirurgicznym Ogólnym (redukcja liczby łóżek z 30 łóżek do 23 łóżek).
Wymagana liczba łóżek na OAiIT w stosunku do optymalnej liczby łóżek dla Szpitala na bazie ich ustandaryzowanego wykorzystania	4	Z ogólnej liczby 213 łóżek funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r., Szpital realizował świadczenia w ramach [podział wg rodzaju oddziałów]:
<b>Zespół Ratownictwa Medycznego</b>	<b>2018</b>	+ 143 łóżek o profilach zachowawczych (67,1% ogółu łóżek),
Liczba karetek RM typu „P”	b.d.	+ 70 łóżek o profilach zabiegowych (32,9% ogółu łóżek).
Liczba karetek RM typu „S”	b.d.	
<b>Szpitalny Oddział Ratunkowy (SOR)</b>	<b>2018</b>	Z ogólnej średniorocznej liczby 213 łóżek funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. [podział wg rodzaju opieki medycznej]:
Liczba pacjentów przyjętych w ramach SOR	9469	+ 145 łóżek funkcjonowało w ramach Szpitalnej Opieki Krótkoterminowej (SZOK) – ok. 68,1% ogółu łóżek,

Liczba pacjentów przyjętych w ramach SOR bez skierowania lub nieprzekazanych przez ZRM lub LRM	7656	+ 68 łóżek funkcjonowało w ramach Szpitalnej Opieki Długoterminowej (SZOD) – ok. 31,9% ogółu łóżek.
Wskaźnik pacjentów przyjętych w ramach SOR bez skierowania lub nieprzekazanych przez ZRM lub LRM	80,6%	Z ogólnej liczby 213 łóżek funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. [podział wg rodzaju leczonych pacjentów]:
Liczba pacjentów przekazanych z SOR na oddziały szpitalne	1706	+ 192 łóżka funkcjonowały w ramach oddziałów realizujących świadczenia na rzecz pacjentów dorosłych – ok. 90,1% ogółu łóżek,
Wskaźnik pacjentów przekazanych z SOR na oddziały szpitalne	18,0%	+ 21 łóżek funkcjonowało w ramach oddziałów realizujących świadczenia na rzecz dzieci – ok. 9,9% ogółu łóżek.
Liczba pacjentów V i VI kategorii przyjętych w ramach SOR	2	Analiza struktury łóżek szpitalnych za 2018 r. wykazała:
Wskaźnik pacjentów V i VI kategorii przyjętych w ramach SOR	0,0%	+ struktura funkcjonujących w Szpitalu łóżek – wg rodzaju łóżek – w 2018 roku była optymalna,
Wskaźnik liczby pacjentów przyjętych w ramach SOR w stosunku do liczby pacjentów przyjętych w ramach SOR & NiSOZ	51,1%	+ struktura funkcjonujących w Szpitalu łóżek – wg rodzaju oddziałów – nie odbiega od struktury optymalnej – Szpital w swojej strukturze posiada dobrze zbilansowaną liczbę łóżek zachowawczych i zabiegowych,
<b>Blok Operacyjny</b>	<b>2018</b>	+ strukturę funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek – wg rodzaju realizowanej opieki medycznej – należy uznać za optymalną,
Liczba sal operacyjnych	3	+ struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek – wg rodzaju leczonych pacjentów była optymalna.
Liczba operowanych pacjentów (BO + sale zabiegowe + położnictwo)	3278	Jednym z najistotniejszych wskaźników analizy działalności operacyjnej oddziałów stacjonarnych jest analiza poziomu wykorzystania posiadanej przez poszczególne oddziały bazy łóżkowej.
Liczba hospitalizowanych pacjentów w Szpitalu na oddziałach zabiegowych (BO + sale zabiegowe + położnictwo)	4209	Za optymalne poziomy wykorzystania bazy łóżkowej przyjęto:
Wskaźnik operatywny ogółem	77,9%	+ w przypadku ogólnych oddziałów dziecięcych, oddziałów zakaźnych – poziom 70%,
Liczba oddziałów zabiegowych na 1 salę operacyjną	1,0	+ w przypadku pozostałych oddziałów funkcjonujących w obszarze leczenia szpitalnego – poziom 85%,
Poziom wykorzystania BO	b.d.	+ w przypadku oddziałów funkcjonujących w obszarze rehabilitacji, opieki paliatywnej i opieki długoterminowej – poziom 95%.
<b>Blok Porodowy (BP)</b>	<b>2018</b>	Analiza poziomu obłożenia łóżek wykazała, że na wszystkich funkcjonujących w strukturze Szpitala oddziałach stacjonarnych zauważamy obłożenie poniżej wartości optymalnej. W 2018 r. znacząco poniżej optymalnych wartości obłożenia łóżek znajdowały się:
Liczba sal porodowych włącznie z salą cięć cesarskich	2	+ Oddział Ginekologiczno-Położniczy (41,5%)
Liczba porodów	470	+ Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii (51,5%),
porody naturalne(fizjologiczne)	360	+ Oddział Chirurgiczny Ogólny (51,7%).
cięcia cesarskie	110	Natomiast w okresie 6M2019 następujące Oddziały były znacząco poniżej optymalnych wartości obłożenia łóżek:
Wskaźnik cięć cesarskich	23,4%	+ Oddział Ginekologiczno-Położniczy (38,9%)
<b>Podstawowa Opieka Zdrowotna (POZ)</b>	<b>2018</b>	+ Oddział Neonatologiczny (50,0%),
Średnioroczna liczba deklaracji do lekarza POZ	0	
Liczba etatów przeliczeniowych lekarzy POZ	N/D	
Wskaźnik liczby deklaracji na 1 etat lekarza POZ	0	
Liczba pacjentów przyjętych w ramach NiSOZ	9055	

Wskaźnik liczby pacjentów przyjętych w ramach NiSOZ w stosunku do liczby pacjentów przyjętych w ramach NiSOZ & SOR	48,9%
<b>Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)</b>	<b>2018</b>
Liczba poradni specjalistycznych AOS	6
Liczba porad wykonanych w poradniach specjalistycznych AOS	25 149
Liczba zabiegów wykonanych w ramach poradni specjalistycznych AOS	7 894
Liczba porad wykonywanych w poradniach specjalistycznych AOS / 1 dzień roboczy / 1 poradnię	16,7
Wskaźnik udziału zabiegów wykonanych w poradniach AOS do liczby wykonanych porad	31,4%
<b>Model realizacji świadczeń medycznych pomocniczych</b>	<b>2018</b>
Laboratorium analityczne (1=własne, 0=outsourceing usług)	1
Laboratorium mikrobiologiczne (1=własne, 0=outsourceing usług)	1
Pracownia ultrasonografii [USG] (1=własne, 0=outsourceing usług)	1
Pracownia mammografii [MMG] (1=własne, 0=outsourceing usług)	0
Pracownia RTG (1=własne, 0=outsourceing usług)	1
Pracownia TK (1=własne, 0=outsourceing usług)	1
Pracownia RM (1=własne, 0=outsourceing usług)	0
<b>Dane finansowe komórek medycznych pomocniczych</b>	<b>2018</b>
Koszty komórek pomocniczych znormalizowane	8 192,047 zł
Udział % przychodów ze sprzedaży w kosztach bezpośrednich	1,0%
Udział % kosztów w przychodach Szpitala ze sprzedaży usług medycznych	20,1%
<b>Model realizacji świadczeń pomocniczych niemedycznych</b>	

<p>+ Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii (55,6%).</p> <p><b>Rekomendacja nr 7</b></p> <p>Rekomenduje się redukcję liczby łóżek do poziomu optymalnego, wskazanego dla każdego oddziału łóżkowego w dalszej części niniejszego opracowania.</p> <p>Nočna i Świąteczna Opieka Zdrowotna</p> <p>Liczba pacjentów przyjętych w ramach NiSOZ wyniosła w 2018 r. ok. 9,1 tys. pacjentów i była wyższa od liczby pacjentów przyjętych w ramach NiSOZ w 2017 r. o ok. 6,6 tys. pacjentów (ok. +363,8%). Tak znaczny wzrost wynika z faktu, że Szpital rozpoczął funkcjonowanie NiSOZ w IV kw. 2017 r. (po wejściu od PSZ).</p> <p>Wskaźnik liczby przyjętych w 2018 r. pacjentów w ramach NiSOZ w stosunku do liczby pacjentów przyjętych łącznie w ramach NiSOZ oraz SOR wyniósł ok. 48,9% i był na poziomie wartości benchmarku rynkowego.</p> <p><b>Rekomendacja nr 8</b></p> <p>Rekomenduje się wdrożenie takiego systemu zarządzania pacjentami w ramach NiSOZ oraz SOR aby wskaźnik liczby pacjentów przyjętych w ramach NiSOZ w stosunku do liczby pacjentów przyjętych łącznie w ramach NiSOZ oraz SOR kształtował się powyżej 50%.</p> <p>Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna</p> <p>W ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych funkcjonowało w 2018 r. w Szpitalu 6 poradni specjalistycznych, które udzieliły ok. 25,2 tys. konsultacji (-163 konsultacji mniej niż udzieliło 6 poradni specjalistycznych w 2017 r.). Średnia liczba konsultacji udzielanych dziennie w ramach 1 poradni wyniosła ok. 16,7 i była powyżej benchmarku rynkowego.</p> <p>W ramach Zespołu Poradni Specjalistycznych wykonano w 2018 r. ok. 7,9 tys. zabiegów, co stanowiło ok. 31,4% w stosunku do liczby udzielonych konsultacji i było to powyżej benchmarku rynkowego oraz powyżej wartości oczekiwanej.</p> <p><b>Rekomendacja nr 9</b></p> <p>Rekomenduje się zwiększenie liczby poradni AOS finansowanych z NFZ, poza systemem PSZ, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ poradni urologicznej,</li> <li>+ poradni dermatologicznej (poprzez wypowiedzenie umowy z podmiotem zewnętrznym prowadzącym poradnię dermatologiczną na terenie Szpitala i utworzenie własnej),</li> <li>+ poradni reumatologicznej,</li> </ul> <p>oraz poszerzenie działalności funkcjonujących w Szpitalu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Poradni Kardiologicznej,</li> <li>+ Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (utworzenie nowego gabinetu).</li> </ul> <p>Dodatkowo rekomenduje się pozyskanie umowy z NFZ na funkcjonowanie Poradni Diabetologicznej.</p>
--

Zywnienie (1=własne, 0=outsourcing usług)	0
Pranie (1=własne, 0=outsourcing usług)	0
Sprzątanie (1=własne, 0=outsourcing usług)	1
<b>Koszty realizacji świadczeń pomocniczych niemedycznych</b>	<b>2018</b>
Koszty żywienia	606 336 zł
Wskaźnik kosztów żywienia na 1 osobodzień hospitalizacji	11,8 zł
Koszty sprzątania	1 028 865 zł
Wskaźnik miesięcznych kosztów sprzątania na 1 m <sup>2</sup> powierzchni	10,0 zł
Koszty prania	165 868 zł
Wskaźnik kosztów prania na 1 osobodzień hospitalizacji	3,2 zł

Świadczenia pomocnicze medyczne

Świadczenia pomocnicze medyczne były w 2018 r. i są w 6M2019 r. realizowane w Szpitalu w następującym modelu:

- + diagnostyka laboratoryjna – realizowana w ramach własnej komórki,
- + diagnostyka mikrobiologiczna – realizowana w ramach własnej komórki,
- + diagnostyka obrazowa – realizowana w ramach własnego Zespołu Pracowni Diagnostyki Obrazowej, w skład którego w ramach Szpitala wchodzi: Pracownia USG, Pracownia RTG, Pracownia TK,
- + diagnostyka obrazowa – realizowana w ramach *outsourcingu* w zakresie badań rezonansu magnetycznego (RM), tomografii komputerowej (TK), mammografii (MMG).

Liczba badań diagnostycznych wykonanych w 2018 r. ogółem w pracowniach diagnostycznych Szpitala wyniosła 216 327 i była niższa od liczby badań diagnostycznych wykonanych ogółem w 2017 r. o 6 143 (-2,8%).

Liczba badań diagnostycznych wykonanych w 2018 r. ogółem w pracowniach zewnętrznych na rzecz komórek organizacyjnych Szpitala wyniosła 1 580 i była wyższa od liczby badań diagnostycznych wykonanych ogółem w 2017 r. o 156 (11%).

Wskaźnik liczby badań z zakresu diagnostyki laboratoryjnej przypadających w 2018 r. na 1 pacjenta przyjętego w Szpitalu wyniósł ok. 4,3 badania, był na poziomie benchmarku rynkowego i był niższy od przedmiotowego wskaźnika z 2017 r. – ok. 5,2 badania, co należy ocenić pozytywnie.

Wskaźnik liczby badań z zakresu diagnostyki RTG przypadających w 2018 r. na 1 pacjenta przyjętego w Szpitalu wyniósł ok. 0,5 badania, był ok. 1,8 razy wyższy od benchmarku rynkowego (co należy ocenić negatywnie) i był niższy od przedmiotowego wskaźnika z 2017 r. – ok. 0,6 badania (co należy ocenić pozytywnie).

**Rekomendacja nr 10**

Rekomenduje się udoskonalenie wdrożonych w Szpitalu procedur kontroli liczby zlecanych przez lekarzy zatrudnionych w Szpitalu badań diagnostycznych, celem obniżenia - do niezbędnego minimum - liczby zlecanych badań, w tym w szczególności badań diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej, wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala.

Świadczenia pomocnicze niemedyczne

Świadczenia pomocnicze niemedyczne są realizowane w Szpitalu w następującym modelu:

- + żywnienie – realizowane jest w ramach outsourcingu,
- + pranie – realizowane jest w ramach outsourcingu,
- + sprzątanie – realizowane jest we własnym zakresie.

<b>Obszar współpracy z NFZ</b>		<b>2018</b>
<b>Współpraca z NFZ</b>		
Wartość pierwotna umowy z NFZ brutto		36 826 694 zł
Wartość wykonania świadczeń w ramach umowy z NFZ brutto		41 818 144 zł
% poziom wykonania umowy z NFZ brutto		113,6%
Wartość końcowa (zafakturowana) umowy z NFZ brutto		40 245 531 zł
Wartość środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego		3 016 100 zł
Wartość końcowa (zafakturowana) umowy z NFZ netto		37 229 431 zł
Wartość końcowa (zafakturowana) umowy z NFZ brutto na I oddział ogółem		5 407 704 zł
Wartość końcowa (zafakturowana) umowy z NFZ brutto na I łózko/stanowisko/miejsce		226 501 zł
Struktura % przychodów ze sprzedaży usług medycznych generowanych z umów z NFZ ogółem:		
wartość końcowa (zafakturowana) umowy z NFZ netto bez środków z NFZ na leki w programach lekowych i substancje czynne w chemioterapii		92,5%
wartość końcowa (zafakturowana) umowy z NFZ na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego		7,5%
Wartość pierwotna ryczałtu z PSZ brutto		23 971 295 zł
Wartość wykonania świadczeń w ramach PSZ brutto		25 281 379 zł
% poziom wykonania ryczałtu z PSZ brutto		105,5%
Wartość zrealizowanych nadryczałtów ogółem		1 310 084 zł
% zrealizowanych nadryczałtów ogółem		5,5%
Wartość zrealizowanych nadlimitów ogółem		4 025 429
% zrealizowanych nadlimitów ogółem		37%

<b>Wnioski i Rekomendacje</b>
<p>Poziom rzeczywistego wykonania umowy pierwotnej zawartej w 2018 roku pomiędzy Szpitalem a NFZ (ok. 33,8 mln zł) wyniósł 114,8%. Poziom wykonania ryczałtu PSZ przyznanego przez NFZ Szpitalowi na rok 2018 (ok. 24,0 mln zł) wyniósł 105,5%. W okresie 6M2019 wartość umów pierwotnych wyniosła ok. 17,6 mln zł – wykonanie wyniosło 21,3 mln zł (ok. 121,2%). Poziom wykonania ryczałtu PSZ przyznanego przez NFZ Szpitalowi na okres 6M2019 (ok. 12,1 mln zł) wyniósł 110,3%.</p> <p>Wartość zapłaconych przez NFZ świadczeń wykonanych w 2018 r. przez Szpital w ramach umów z NFZ wyniosła ok. 37,2 mln zł, natomiast w okresie 6M2019 18,6 mln zł.</p> <p>Szpital w roku 2018 zrealizował nadwykonania stanowiące ok. 15,8% wartości umowy pierwotnej (ok. 5,3 mln zł). Natomiast w okresie 6M2019 Szpital zrealizował nadwykonania stanowiące ok. 21,9% wartości umowy pierwotnej (ok. 3,9 mln zł).</p> <p>Szpital w analizowanych latach, czyli 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 posiadał niezapłacone nadlimity. W roku 2017 wartość niezapłaconych nadlimitów wyniosła ok. 71,8 tys. zł, w roku następnym było to ok. 262,5 tys. zł. W okresie 6M2019 wartość niezapłaconych nadlimitów wyniosła ok. 539,3 tys. zł.</p> <p>Szpital w roku 2017 zrealizował przyznany mu na IV kwartał ryczałt PSZ zaleadwie w ok. 90,2%, co było przyczyną obniżenia ryczałtu PSZ na 2018 r. o ok. 2,0 mln zł.</p> <p>W 2018 roku wykonał świadczenia ponad ryczałt ponosząc koszty w wysokości ok. 1,3 mln zł i nie uzyskał żadnej zapłaty za nie. W okresie 6M2019 Szpital posiadał ok. 0,4 mln zł zapłaconych nadryczałtów (29,5% ogółu wykonanych nadryczałtów w okresie 6M2019). Wykonanie na poziomie powyżej 102,0% ryczałtu PSZ należy uznać za odbiegające od optymalnej (w Szpitalu 110,3%).</p> <p>Jak z tego wynika – polityka Szpitala w 2018 r. związana z realizacją nadwykonan była niewłaściwa i była jedną z przyczyn straty wygenerowanej przez Szpital w 2018 r.</p> <p>Wykonanie ryczałtu w przedziale 90-98 proc. jego wartości pierwotnej skutkuje obniżeniem wartości ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe, a wykonanie wartości pierwotnej ryczałtu poniżej 90 proc. może skutkować nawet odebraniem ryczałtu i usunięciem danego szpitala z PSZ.</p> <p>Z powyższego wynika, że idealna polityka zarządzania realizacją nadryczałtów powinna skutkować wykonaniem ryczałtu na poziomie 98-100%.</p>
<p><b>Rekomendacja nr 11</b></p> <p>Rekomenduje się zmianę polityki zarządzania realizowanymi przez Szpital umowami z NFZ. Idealna polityka w tym zakresie to:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ wykonanie ryczałtu PSZ na poziomie przekraczającym 98% - najlepiej na poziomie 100% - wartości ryczałtu przyznanemu Szpitalowi,</li> <li>+ realizacja jak największej ilości świadczeń w obszarach nielimitowanych,</li> </ul>



% zapłaconych nadlimitów	93,5%	
Wartość końcowa umowy z NFZ brutto / 1 łóżko	226 501 zł	+ realizacja maksymalnej liczby nadwykonań w obszarach realizowanych przez Szpital poza ryczałtem PSZ. Szpital w 2018 r. nie zrealizował w 100 proc. wartości pierwotnej umowy z NFZ w następującym obszarze:
Wartość końcowa umowy z NFZ brutto / 1 hospitalizowanego pacjenta	5 802 zł	+ ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ok. 96,7%).
Wartość końcowa kontraktu z NFZ brutto / 1 osobodzień hospitalizacji	843 zł	Szpital w okresie 6M2019 nie zrealizował w 100 proc. wartości pierwotnej umowy z NFZ w następującym obszarze:
Wartość miesięczna ryczałtu PSZ	1 997 608 zł	+ ambulatoryjna opieka specjalistyczna (ok. 69,5%).
Wartość miesięczna ryczałtu PSZ na 1 łóżko	10 459 zł	<b>Rekomendacja nr 12</b>
Wartość dobowy ryczałtu IP	b.d.	Rekomenduje się przeprowadzenie przez Dyrekcję Szpitala analizy przyczyn niewykonania wartości pierwotnej umów z NFZ w ww. obszarach
Wskaźnik przychodów na 1 pacjenta przyjętego na IP	b.d.	<b>Rekomendacja nr 13</b>
Wartość dobowy ryczałtu NIŚOZ (opłacone, w tym zapłacone w ramach ugody)	2 445 zł	Rekomenduje się wdrożenie w Szpitalu dyscypliny budżetowej nie pozwalającej na generowanie przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala, realizujące świadczenia w ramach umów z NFZ nadryczałtów.
Wskaźnik przychodów na 1 pacjenta przyjętego w ramach NIŚOZ	99 zł	Zgodnie ze Statutem Szpitala bezpośredni nadzór nad organizacją i monitorowaniem udzielania świadczeń zdrowotnych ponosi Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa, który między innymi powinien nadzorować poziom wykonania umów z NFZ przez wszystkie komórki organizacyjne funkcjonujące w strukturach Szpitala i realizujące świadczenia finansowane ze środków NFZ.
Świadczenia nielimitowane:		
położnictwo (liczba porodów w ostatnich 3 latach)	479/470/203	Szpital w 2018 r. nie wykorzystywał posiadanego potencjału w generowaniu przychodów nielimitowanych w ramach współpracy z NFZ, w obszarach:
neonatologia	477/469/208	+ położnictwa i neonatologii (spadek o -9, tj. o ok. -1,9% liczby porodów/liczby hospitalizowanych na Oddziale Neonatologicznym w stosunku do 2017 r.) plus fakt, że liczba odbieranych porodów (470 w 2018 r.) znacznie odbiega od wartości minimalnej (600 porodów) pozwalającej na generowanie przez Oddział satysfakcjonującego wyniku finansowego Oddziału po kosztach bezpośrednich oraz od wartości optymalnej (800 porodów) pozwalającej na bilansowanie się tego typu oddziału po kosztach pośrednich,
DILO - diagnostyka i leczenie onkologiczne (wykonanie w stosunku do umowy pierwotnej)	0,0%	+ diagnostyki i leczenia onkologiczne – Szpital w analizowanych latach 2017-2018 nie wykonał żadnego świadczenia w ramach DiLO. W okresie 6M2019 wykonano świadczenia w ramach DiLO o wartości 45 tys. zł.
rehabilitacja osób o znacznym stopniu niepełnosprawności (udział % wartości realizowanych świadczeń rehabilitacyjnych na rzecz osób o znacznym stopniu niepełnosprawności w ogólnej wartości umowy zrealizowanej w 2018 r. w zakresie „rehabilitacja lecznicza”)	b.d.	<b>Rekomendacja nr 14</b>
W celu zwiększenia liczby odbieranych w Szpitalu porodów Rekomenduje się:		
		+ opracowanie i wdrożenie kompleksowych działań promujących funkcjonujący w Szpitalu obszar położnictwa,
		+ zawarcie z NFZ umowy na koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży (KOC).

	<p><b>Rekomendacja nr 15</b></p> <p>Rekomenduje się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ podpisanie umowy z NFZ na świadczenia z zakresu DiLO we wszystkich możliwych zakresach działalności Szpitala,</li> <li>+ wprowadzenie zasad motywujących lekarzy do realizowania w jak największym zakresie świadczeń z obszaru DiLO, np. poprzez ich premiowanie w przypadku przekroczenia realizacji umowy pierwotnej w zakresie DiLO.</li> </ul> <p>Z dniem 1 kwietnia 2019 r. do koszyka świadczeń nielimitowanych zostały między innymi włączone badania diagnostyczne z zakresu tomografii komputerowej.</p> <p>W 2018 roku wartość wykonania umowy z NFZ w zakresie badań TK wyniosła ok. 41,3 tys. zł, a w okresie 6M2019 wzrosła niemal pięciokrotnie i wyniosła ok. 193,5 tys. zł, co oznacza, że w okresie 6M2019 wykonano ok. 787% umowy pierwotnej w ww. nielimitowanym zakresie, co należy ocenić pozytywnie.</p> <p><b>Rekomendacja nr 16</b></p> <p>Rekomenduje się dalsze wykorzystywanie faktu, że badania diagnostyczne z zakresu tomografii komputerowej zostały włączone do koszyka świadczeń nielimitowanych, poprzez wzrost generowanych przychodów.</p> <p>Rekomenduję się opracowanie i wdrożenie działań promocyjnych, związanych z realizacją przez Szpital badań diagnostycznych z zakresu TK, wśród lekarzy POZ oraz innych prywatnych i publicznych podmiotów leczniczych.</p>																
<p><b>Obszar finansowo-ekonomiczny</b></p> <table border="1" data-bbox="893 1411 1370 2042"> <thead> <tr> <th></th> <th>2018</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>Przychody</b></td> <td><b>43 483 358 zł</b></td> </tr> <tr> <td><b>Przychody ogółem</b></td> <td><b>41 873 862 zł</b></td> </tr> <tr> <td>Przychody ze sprzedaży usług medycznych</td> <td>40 767 751 zł</td> </tr> <tr> <td>Przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 oddział szpitalny</td> <td>3 706 159 zł</td> </tr> <tr> <td>Przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 łóżko/ stanowisko/ miejsce</td> <td>242 665 zł</td> </tr> <tr> <td>Struktura % przychodów ze sprzedaży usług medycznych:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowanych z umów z NFZ ogółem</td> <td>97,1%</td> </tr> </tbody> </table>		2018	<b>Przychody</b>	<b>43 483 358 zł</b>	<b>Przychody ogółem</b>	<b>41 873 862 zł</b>	Przychody ze sprzedaży usług medycznych	40 767 751 zł	Przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 oddział szpitalny	3 706 159 zł	Przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 łóżko/ stanowisko/ miejsce	242 665 zł	Struktura % przychodów ze sprzedaży usług medycznych:		Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowanych z umów z NFZ ogółem	97,1%	<p><b>Wnioski i rekomendacje:</b></p> <p>Przychody ogółem wygenerowane przez Szpital w 2018 r. (ok. 43,5 mln zł) zwiększyły się o ok. +1,4 mln zł (ok. +3,2%) w stosunku do roku 2017.</p> <p>Przychody ze sprzedaży wygenerowane przez Szpital w 2018 r. (ok. 41,9 mln zł) wzrosły o ok. +0,8 mln zł (ok. +2,0%) w stosunku do roku 2017. Jednocześnie należy zauważyć, że wzrost przychodów ze sprzedaży w kwocie ok. 1,3 mln zł wynikał ze wzrostu przychodów Szpitala z NFZ na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego, co oznacza, że bez wpływu wskazanego czynnika nastąpił spadek przychodów ze sprzedaży w wysokości ok. 0,4 mln złotych.</p> <p>Przychody ze sprzedaży usług medycznych w przeliczeniu na:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ 1 oddział ogółem wyniosły w 2018 r. ok. 3,7 mln zł i były niższe od benchmarków rynkowych,</li> <li>+ 1 łóżko/ stanowisko/ miejsce wyniosły w 2018 r. ok. 243 tys. zł i były wyższe od benchmarków rynkowych.</li> </ul> <p>Szpital wygenerował przychody komercyjne w wysokości ok. 581 tys. złotych, z czego ok. 481 tys. złotych wygenerowana została przez pomocnicze komórki medyczne.</p> <p>Szpital w 2018 r. nie wykorzystywał posiadanego potencjału w generowaniu przychodów nielimitowanych w ramach współpracy z NFZ, w obszarach:</p>
	2018																
<b>Przychody</b>	<b>43 483 358 zł</b>																
<b>Przychody ogółem</b>	<b>41 873 862 zł</b>																
Przychody ze sprzedaży usług medycznych	40 767 751 zł																
Przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 oddział szpitalny	3 706 159 zł																
Przychody ze sprzedaży usług medycznych na 1 łóżko/ stanowisko/ miejsce	242 665 zł																
Struktura % przychodów ze sprzedaży usług medycznych:																	
Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowanych z umów z NFZ ogółem	97,1%																

Przychody z dopłat do pobytu pacjentów przebywających na oddziałach opieki długoterminowej	1,5%	+ położnictwa, + neonatologii, + rehabilitacji osób o wysokim stopniu niepełnosprawności, + diagnostyki i leczenie onkologiczne.
Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowanych z umów z NFZ ogółem	39 571 436 zł	Szczególnie niezrozumiałe jest nie podjęcie przez Szpital współpracy z NFZ w ramach DiLO . Analiza struktury przychodów wygenerowanych w 2018 r. przez oddziały szpitalne wykazała, że:
Przychody ze sprzedaży usług medycznych (świadczenia) generowanych z umów z NFZ	36 555 336 zł	+ największy udział w przychodach ze sprzedaży Szpitala – ok. 46,9% - wygenerowały funkcjonujące w Szpitalu oddziały zabiegowe (przychody ok. 19,1 mln zł),
Przychody z NFZ na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego	3 016 100 zł	+ w dalszej kolejności - ok. 33,8% - oddziały zachowawcze (przychody ok. 13,8 mln zł),
Przychody ze sprzedaży usług medycznych świadczonych komercyjnie	580 945 zł	+ i ostatecznie – ok. 8,6% - tzw. oddziały specjalne (przychody ok. 3,5 mln zł).
Udział przychodów ze sprzedaży usług medycznych świadczonych komercyjnie w przychodach ogółem ze sprzedaży	1,4%	Przychody z pozostałej działalności operacyjnej wygenerowane przez Szpital w 2018 r. (ok. 1,6 mln zł) były wyższe od przychodów z pozostałej działalności operacyjnej wygenerowanych w 2017 r. o ok. +580 tys. zł (ok. +58,5%).
Przychody ze sprzedaży usług niemedyycznych	742 240 zł	Przychody finansowe wygenerowane przez Szpital w 2018 r. (ok. 38,4 tys. zł) były niższe od przychodów finansowych wygenerowanych w 2017 r. o ok. -19 tys. zł (ok. -32,9%) i miały znikome znaczenie w strukturze przychodów Szpitala.
Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowane przez oddziały specjalne	3 512 576 zł	Przychody ze sprzedaży wygenerowane przez Szpital w okresie 6M2019 (ok. 22,7 mln zł) były wyższe od przychodów ze sprzedaży wygenerowanych w analogicznym okresie 2018 r. o ok. +2,7 mln zł (ok. +13,6%).
Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowane przez oddziały zachowawcze	13 783 919 zł	Przychody z pozostałej działalności operacyjnej wygenerowane przez Szpital w okresie 6M2019 (ok. 0,9 mln zł) były wyższe od przychodów z pozostałej działalności operacyjnej wygenerowanych w analogicznym okresie 2018 r. o ok. +206 tys. zł (ok. +29,4%).
Przychody ze sprzedaży usług medycznych generowane przez oddziały zabiegowe	19 107 595 zł	Przychody finansowe wygenerowane przez Szpital w okresie 6M2019 (611 zł) były niższe od przychodów finansowych wygenerowanych w analogicznym okresie 2018 r. o ok. -23 tys. zł (ok. -97,4%) i nie miały żadnego znaczenia w strukturze przychodów Szpitala.
<b>Pozostałe przychody operacyjne</b>	<b>1 571 066 zł</b>	
udział % pozostałych przychodów ze sprzedaży w przychodach ogółem	3,6%	<b>Rekomendacja nr 17</b>
Zyski ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	12 611 zł	Rekomenduje się podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania Szpitala ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.
Dotacje	1 471 241 zł	Szczególnie dotyczy to obszarów, w których finansowanie w Szpitalu jest poniżej benchmarków rynkowych:
udział % dotacji w przychodach ogółem	3,4%	
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0 zł	

Inne przychody operacyjne	87 215 zł	
<b>Przychody finansowe</b>	<b>38 430 zł</b>	
udział % przychodów finansowych w przychodach ogółem	0,1%	
<b>Dane finansowe raportowane 2018</b>		
<b>Koszty</b>		
<b>Koszty ogółem</b>	<b>45 303 011 zł</b>	
Struktura % kosztów ogółem:		
koszty ze sprzedaży w kosztach ogółem	99,9%	
pozostałe koszty operacyjne w kosztach ogółem	0,1%	
koszty finansowe w kosztach ogółem	0,0%	
<b>Koszty ogółem ze sprzedaży</b>	<b>45 260 053 zł</b>	
Amortyzacja	3 190 185 zł	
Zużycie materiałów i energii	7 196 303 zł	
Koszty leków w programach lekowych	0 zł	
Koszty substancji czynnych w chemioterapii	0 zł	
Koszty materiałów wszczepialnych	1 589 031 zł	
Koszty energii elektrycznej	499 915 zł	
Koszty energii cieplnej	552 412 zł	
Usługi obce	12 134 289 zł	
Usługi obce osobowe	8 995 807 zł	

<ul style="list-style-type: none"> <li>+ ryczałt PSZ,</li> <li>+ ryczałt SOR,</li> <li>+ ryczałt NIŚOZ,</li> <li>+ umowa z NFZ na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZOL).</li> </ul> <p>Szczegółowe rekomendacje w optymalizujących obszar przychodowy dla poszczególnych komórek organizacyjnych, w tym zakresie zostały zaprezentowane, w dalszej części niniejszego opracowania, przy okazji rekomendacji działań</p>
<p><b>Rekomendacja nr 18</b></p> <p>Rekomenduje się opracowanie i wdrożenie w Szpitalu działań pozwalających na zwiększenie poziomu realizacji i sprzedaży świadczeń nielimitowanych realizowanych przez Szpital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ położnictwo,</li> <li>+ neonatologia,</li> <li>+ diagnostyka i leczenie onkologiczne,</li> <li>+ rehabilitacja osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności,</li> <li>+ diagnostyka obrazowa w zakresie tomografii komputerowej.</li> </ul> <p>Wartość wygenerowanych w 2018 r. przychodów ze sprzedaży usług komercyjnych wyniosła ok. 581 tys. zł, co stanowiło ok. 1,4% przychodów ze sprzedaży. W okresie 6M2019 roku przychody ze sprzedaży usług komercyjnych wyniosły ok. 315 tys. złotych i stanowiły ok. 1,4% przychodów ze sprzedaży. W jednym i drugim okresie komórki pomocnicze medyczne wygenerowały ok. 83% przychodów ze sprzedaży usług komercyjnych.</p>
<p><b>Rekomendacja nr 19</b></p> <p>Rekomenduje się opracowanie i wdrożenie w Szpitalu kompleksowych działań promocyjnych i marketingowych pozwalających na zwiększenie sprzedaży komercyjnej, której udział w przychodach ze sprzedaży powinien wynosić co najmniej 5%.</p> <p>Koszty ogółem wygenerowane przez Szpital w 2018 r. (ok. 45,3 mln zł) wzrosły o ok. +3,9 mln zł (ok. +9,4%) w stosunku do roku 2017.</p> <p>Koszty na sprzedaży wygenerowane przez Szpital w 2018 r. (ok. 45,3 mln zł) wzrosły o ok. +4,1 mln zł (ok. +10,0%) w stosunku do roku 2017.</p> <p>Analiza udziału ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży, wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., i ich porównanie do benchmarku rynkowego oraz wartości optymalnych dla Szpitala, pozwalających na zbilansowanie się Szpitala na poziomie wyniku finansowego ze sprzedaży usług wykazała, że:</p>

Wynagrodzenia	18 239 829 zł	+ przedmiotowy udział w obszarze kosztów amortyzacji (ok. 8,04%) <u>był powyżej</u> benchmarku rynkowego (ok. 4,95%) oraz powyżej wartości optymalnej dla Szpitala (ok. 5,89%),
Wynagrodzenia rezydentów i stażystów finansowane ze środków MZ	309 855 zł	+ przedmiotowy udział w obszarze kosztów zużycia materiałów i energii (ok. 18,4%) był również na poziomie <u>wyższym</u> od benchmarku rynkowego (ok. 15,81%) i wyższym od poziomu optymalnego dla Szpitala (ok. 15,91%);
Wynagrodzenia personelu medycznego finansowane ze środków NFZ	2 501 024 zł	+ przedmiotowy udział w obszarze nieosobowych usług obcych (ok. 7,91%) był <u>poniżej</u> benchmarku rynkowego (ok. 11,1%) i zbliżony do poziomu optymalnego dla Szpitala (ok. 7,9%),
Ubezpieczenia społeczne i pozostałe świadczenia	3 844 963 zł	+ przedmiotowy udział w obszarze kosztów osobowych (ok. 68,9%) był <u>poniżej</u> benchmarku rynkowego (75,76%) i na poziomie wskaźnika optymalnego (ok. 68,9%),
Ubezpieczenia społeczne rezydentów i stażystów finansowane ze środków MZ	65 000 zł	+ przedmiotowy udział w obszarze podatków i opłat (1,06%) był <u>powyżej</u> benchmarku rynkowego (0,7%) i poniżej poziomu optymalnego dla Szpitala (0,8%),
Ubezpieczenia społeczne personelu medycznego finansowane ze środków NFZ	494 954 zł	+ przedmiotowy udział w obszarze pozostałych kosztów (0,58%) był <u>poniżej</u> benchmarku rynkowego (0,68%) i powyżej poziomu optymalnego dla Szpitala (0,58%),
Podatki i opłaty	422 894 zł	+ suma udziałów: kosztów zużycia materiałów i energii, kosztów nieosobowych usług obcych i kosztów osobowych (94,95%) <u>była poniżej</u> benchmarku rynkowego (102,7%) i <u>powyżej</u> poziomu optymalnego dla Szpitala (92,72%).
Pozostałe koszty	175 203 zł	Koszty sprzedaży wygenerowane przez Szpital w okresie 6M2019 wyniosły ok. 25,1 mln zł i były wyższe od kosztów sprzedaży wygenerowanych w analogicznym okresie 2018 r. o ok. +3,2 mln zł, co stanowi wzrost o ok. +14,5%.
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	330 zł	Pozycjami kosztowymi, których wzrost w okresie 6M2019 w stosunku do analogicznego okresu 2018 r. miał istotny wpływ na wzrost kosztów sprzedaży miały koszty:
Koszty ze sprzedaży generowane przez oddziały specjalne	5 031 539 zł	+ usług obcych (w tym głównie osobowe usługi obce) – ok. +727 tys. zł (+12%),
Koszty ze sprzedaży usług medycznych generowane przez oddziały zachowawcze	10 685 905 zł	+ wynagrodzeń – ok. +1,2 mln zł (+15%),
Koszty ze sprzedaży usług medycznych generowane przez oddziały zabiegowe	12 655 872 zł	+ ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń – ok. 349 tys. zł (+20%),
Pozostałe koszty operacyjne	38 404 zł	+ Zużycia materiałów i energii – ok. 572 tys. złotych (ok. +16%),
Wskaźnik udziału pozostałych kosztów operacyjnych w przychodach ze sprzedaży	0,1%	+ Amortyzacji – ok. 323 tys. złotych (ok. +21%)
Koszty finansowe	4 554 zł	Mniejszy wpływ na wzrost kosztów ze sprzedaży w okresie 6M2019 w stosunku do analogicznego okresu 2018 r. miały koszty:
Wskaźnik udziału kosztów finansowych w przychodach ze sprzedaży	0,0%	+ Podatki i opłaty – ok. 15 tys. złotych (ok. 7%),
Odsetki	0 zł	+ Dodatkowo doszło do spadku wartości pozostałych kosztów rodzajowych o ok. 67 tys. złotych (ok. -38%)
Szpital w 2018 r. przekroczył optymalne (ale również benchmarki rynkowe) udziały ustandaryzowanych kosztów do ustandaryzowanych przychodów ze sprzedaży w następujących obszarach:		
+ amortyzacji o ok. +2,1 punktów procentowych,		
+ podatki i opłaty o ok. +0,8 punktów procentowych,		

Wskaźnik udziału kosztów odsetek w przychodach ze sprzedaży	0,0%	<p>+ zużycie materiałów i energii o ok. +2,2 punktów procentowych</p> <p>Udział kosztów amortyzacji w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży przekroczył wartość benchmarku rynkowego o ok. 3,09 pkt. procentowych oraz o ok. 2,15 pkt. procentowych w stosunku do wartości optymalnej dla Szpitala. Analiza obszaru przychodowego wykazała, że jedną z przyczyn przekroczenia przedmiotowego udziału były zbyt niskie przychody ze sprzedaży wygenerowane przez Szpital w 2018 r. Dodatkowo Szpital dokonał w 2018 r. znacznych inwestycji. Wartość aktywów trwałych Szpitala na dzień 31 grudnia 2018 r. wzrosła w stosunku do stanu z dnia 31 grudnia 2017 r. o ok. 10,7 mln zł, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ budynków, lokali i obiektów inżynierii lądowej – o ok. 10,6 mln zł,</li> <li>+ urządzeń technicznych i maszyn – o ok. 0,8 mln zł,</li> <li>+ innych środków trwałych – o ok. 0,4 mln zł,</li> </ul> <p>co przelożyło się na wzrost wartości kosztów amortyzacji z wartości ok. 2,4 mln zł w 2017 r. do ok. 3,2 mln zł w 2018 r. (+0,8 mln zł, co daje wzrost o ok. +33,3%).</p>
Wynik (zyski i straty) zdarzeń nadzwyczajnych	0 zł	
Podatek dochodowy	0 zł	
Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku	0 zł	
<b>Dane finansowe reholowane 2018</b>		
<b>Wynik finansowy</b>		
Wynik finansowy na sprzedaży	-3 386 191 zł	
Wskaźnik rentowności na sprzedaży	-8,1%	
Wynik finansowy na działalności operacyjnej	-1 853 528 zł	
Wskaźnik rentowności na działalności operacyjnej	-4,4%	
EBITDA	-196 005 zł	
Wskaźnik rentowności na EBITDA	-0,5%	
Wynik finansowy na działalności gospodarczej	-1 819 652 zł	
Wynik finansowy brutto	-1 819 652 zł	
Wynik finansowy netto	-1 878 187 zł	
Wskaźnik rentowności na wyniku netto	-4,5%	
Wynik finansowy netto powiększony o amortyzację	1 311 998 zł	
Wskaźnik rentowności na wyniku netto powiększonym o amortyzację	3,1%	
Wynik finansowy po kosztach bezpośrednich generowane przez oddziały specjalne	-1 518 963 zł	
<p><b>Rekomendacja nr 20</b></p> <p>Rekomenduje się optymalizację nakładów inwestycyjnych i ograniczeni ich do niezbędnego minimum. Jednocześnie rekomenduje się optymalizację źródeł finansowania niezbędnych nakładów inwestycyjnych, co oznacza maksymalizację finansowania nakładów inwestycyjnych ze środków finansowych pozyskanych z dotacji.</p> <p>Szczegółowy plan inwestycyjny na lata 2019-2021 wraz ze źródłami ich finansowania został przedstawiony w dalszej części niniejszego opracowania.</p> <p>Przekroczenie wartości optymalnej dla Szpitala udziału ustandaryzowanych kosztów zużycia materiałów i energii w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży, wynikało z przekroczenia udziału kosztów „materiałów wszczepialnych” w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala. Jednak jak wykazała dalsza analiza, udział kosztów zużycia materiałów i energii w przychodach ze sprzedaży Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (który, jako jedyny w Szpitalu wykorzystuje „materiały wszczepialne” w zabiegach endoprotezoplastyki) był poniżej wartości benchmarków rynkowych dla tego typu oddziałów, co oznacza, że przyczyną przekroczenia wartości benchmarków rynkowych udziałów kosztów „materiałów wszczepialnych” w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala, a tym samym wartości benchmarków w rynkowych, jak i wartości optymalnych udziału ustandaryzowanych kosztów zużycia materiałów i energii w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży, są zbyt niskie przychody wygenerowane przez Szpital w 2018 r.</p> <p>Największą istotność w strukturze kosztów związanych z podatkami i opłatami mają koszty związane z PFRON. Ich udział w przychodach ze sprzedaży wynosi ok 0,72% (ok. +0,1 pkt. procentowych więcej od benchmarku rynkowego).</p>		

Wynik finansowy po kosztach bezpośrednich generowane przez oddziały zachowawcze	3 098 014 zł
Wynik finansowy po kosztach bezpośrednich generowane przez oddziały zabiegowe	6 451 723 zł
<b>Dane finansowe raportowane</b>	<b>2018</b>
<b>Pozycje bilansowe</b>	
Suma bilansowa	50 644 546 zł
Wartość aktywów	50 644 546 zł
Aktywa trwałe	44 998 514 zł
Rzeczowe aktywa trwałe	44 839 646 zł
Środki trwałe	43 464 534 zł
Należności długoterminowe	0 zł
Inwestycje długoterminowe	0 zł
Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	0 zł
Aktywa obrotowe	5 646 033 zł
Zapasy	650 558 zł
Wskaźnik rotacji zapasów	5,7
Należności krótkoterminowe	4 697 918 zł
Inwestycje krótkoterminowe	259 375 zł
Środki pieniężne na rachunkach bankowych i w kasie	259 375 zł

Mimo że udział ustandaryzowanych kosztów osobowych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży (68,90%) był o 6,86 pkt. procentowych poniżej benchmarków rynkowych oraz był na poziomie optymalnym dla Szpitala, wymaga obszar kosztów osobowych.

Jak wykazała analiza obszaru kadrowego, przyczyną takiego stanu rzeczy były niższe średnie miesięczne stawki wynagrodzenia obowiązujące w 2018 r. w Szpitalu oraz niespełnienie przez Szpital norm zatrudnienia lekarzy specjalistów, co zostało szczegółowo przedstawione w pkt. 3 – „Analiza obszaru kadrowego” – niniejszego opracowania. W związku z powyższym analizie poddane zostały również koszty osobowe Szpitala wygenerowane w 2018 r.

2018 r. Analiza poziomu wykorzystania potencjału kadrowego (optymalnego poziomu zatrudnienia pracowników) każdego szpitala jest powiązana między innymi z analizą wykorzystania posiadanego przez Szpital potencjału, w tym posiadanej przez szpital bazy łóżkowej. W związku z powyższym analiza wykorzystania potencjału kadrowego Szpitala w 2018 r. była poprzedzona analizą poziomu wykorzystania bazy łóżkowej Szpitala w 2018 r. i oszacowania - na podstawie rzeczywistego poziomu wykorzystania bazy łóżkowej Szpitala w 2018 r. oraz wskaźnika długości hospitalizacji pacjentów na poszczególnych oddziałach szpitalnych w 2018 r. – optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych oddziałów. Jak wykazała – przeprowadzona na bazie oszacowanej optymalnej liczby łóżek dla poszczególnych oddziałów – analiza zatrudnienia pracowników w ramach oddziałów, Szpital nie wykorzystwał w 2018 r. potencjału kadrowego zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek w liczbie ok. 14,80 etatów. Dodatkowo analiza obszaru kadrowego wykazała, że Szpital w stosunku do wartości optymalnych zatrudniał zbyt wielu:

- + pracowników sprzątających - o ok. 6,99 etatów
- + pracowników administracji – o ok. 8,26 etatów
- + pozostałych pracowników niemedycznych o ok. 1,62 etaty.

Jednocześnie odnotowano niedobór zatrudnienia w stosunku do poziomu optymalnego:

- + lekarzy - ok. 2,55 etatów przeliczeniowych,
- + sekretarek medycznych - ok. 3,50 etatów przeliczeniowych.

#### Rekomendacja nr 21

W związku z powyższym rekomenduje się redukcję kosztów osobowych, poprzez optymalizację poziomu zatrudnienia pracowników.

Istotnym elementem pozwalającym na redukcję poziomu zatrudnienia będzie redukcja liczby łóżek posiadanych przez Szpital.

Szczegółowe rekomendacje w tym zakresie przedstawiono w dalszej części niniejszego opracowania (rekomendowany program medyczny).

Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	38 182 zł	<p>Szpital wygenerował w 2018 r. ujemny wynik finansowy (stratę) na sprzedaży w kwocie ok. -3,4 mln zł, czyli osiągnął ujemną rentowność na poziomie ok. -8,1%, co było powyżej benchmarku rynkowego i oczywiście poniżej wartości optymalnej dla Szpitala (w optymalnym modelu Szpital powinien bilansować się na poziomie sprzedaży).</p> <p>W okresie 6M2019 Szpital wygenerował ujemny wynik finansowy na sprzedaży (stratę) w kwocie ok. -2,4 mln zł i był on gorszy od wyniku finansowego wygenerowanego przez Szpital w analogicznym okresie 2018 r. o ok. 446 tys. zł (ok. 23,0%)</p> <p>Analiza poszczególnych obszarów działalności operacyjnej Szpitala wykazała, że przyczyną braku bilansowania się Szpitala na poziomie operacyjnym jest:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ zbyt niska marża generowana przez pomocnicze komórki medyczne (komórki podstawowe medyczne wykazały marżę lepszą niż benchmark rynkowy)</li> <li>+ zbyt niska marża generowana na Szpitalnym obszarze opieki medycznej, zbyt niska marża na diagnostyce oraz Szpitalnej opiece długoterminowej</li> <li>+ warto zwrócić uwagę na niską rentowność oddziałów specjalnych, która w 2018 roku wynosiła 43,2% (po kosztach bezpośrednich) w porównaniu do benchmarku na poziomie ok. 22,7%.</li> </ul> <p>dalej</p> <p>dalej</p> <p>należy zwrócić uwagę na fakt zwiększenia w okresie 2017 – 2018 nadwykonania niezaplaconych z NFZ. Kwota ta wynosiła ok. 1,5 mln złotych i jej nieotrzymanie było jednym z głównych powodów wygenerowania straty w netto w wysokości ok. 1,8 mln złotych w 2018 roku.</p>
Kapitały własne	24 683 732 zł	
Kapitał (fundusz) podstawowy	9 799 018 zł	
Kapitał (fundusz) zapasowy	16 762 901 zł	
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	25 960 815 zł	
Rezerwy na zobowiązania	0 zł	
Zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe	6 307 472 zł	
Wskaźnik udziału zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych w przychodach ze sprzedaży ogółem	15,2%	
Zobowiązania długoterminowe	0 zł	
Zobowiązania krótkoterminowe	6 307 472 zł	
Wskaźnik udziału zobowiązań krótkoterminowych w przychodach ze sprzedaży ogółem	15,2%	
Wskaźnik pokrycia zobowiązań krótkoterminowych należnościami krótkoterminowymi	74,5%	
Wskaźnik pokrycia zobowiązań krótkoterminowych środkami pieniężnymi	4,1%	
Zobowiązania z tytułu dostaw i usług	1 969 297 zł	
Zobowiązania krótkoterminowe wymagalne	0 zł	
Wskaźnik udziału zobowiązań krótkoterminowych wymagalnych w przychodach ze sprzedaży ogółem	0,0%	
<b>Rekomendacja nr 22</b>		
<p>Rekomenduje się podjęcie wszelkich działań zmierzających do docelowego zbilansowania się wyniku finansowego na sprzedaży, w tym:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ maksymalizacji generowanych przez Szpital przychodów ze sprzedaży,</li> <li>+ optymalizacji (minimalizacji) generowanych przez Szpital kosztów na sprzedaży,</li> <li>+ optymalizacji poziomu realizowanych inwestycji, w celu optymalizacji poziomu kosztów amortyzacji,</li> </ul> <p>zgodnie ze szczegółowymi rekomendacjami w obszarach: przychodowym, kosztowym i inwestycyjnym zawartymi w dalszej części niniejszego opracowania (rekomendacje dla poszczególnych komórek organizacyjnych).</p> <p>Szczególny nacisk w działaniach naprawczych należy położyć na redukcję kosztów funkcjonowania pomocniczych komórek medycznych, w tym przede wszystkim:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Bloku Operacyjnego,</li> <li>+ Apteki Szpitalnej.</li> </ul>		



Rozliczenia międzyokresowe	19 653 343 zł	oraz: + komórek funkcjonujących w obszarze eksploatacyjnym i kosztów związanych z eksploatacją infrastruktury budowlanej Szpitala, Administracji.  Generowane przez Szpital w 2018 r. udziały pozostałych kosztów operacyjnych oraz kosztów finansowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala były poniżej wartości benchmarków rynkowych.  Należy zauważyć, że w okresie 6M2019 w stosunku do analogicznego okresu 2018 r.: + wartość pozostałych kosztów operacyjnych wzrosła o ok. +8 tys. zł (ok. +61,3%), + wartość kosztów finansowych wzrosła o ok. 13 tys. zł.  Pozostałe koszty operacyjne oraz koszty finansowe były w 2018 r. na tak niskim poziomie, że nie miały prawie żadnego wpływu na kształtowanie się wyniku netto w analizowanym okresie.  Szpital wygenerował w 2018 r. ujemny wynik finansowy (stratę) z działalności operacyjnej w kwocie ok. -1,8 mln zł, czyli osiągnął ujemną rentowność na poziomie ok. -4,4% (czyli wygenerował zysk na pozostałej działalności operacyjnej w kwocie ok. 1,5 mln zł), co było i tak wynikiem korzystniejszym od benchmarku rynkowego i oczywiście poniżej wartości optymalnej dla Szpitala; przyczyną takiego stanu rzeczy była strata wygenerowana przez Szpital na sprzedaży.  Szpital w okresie 6M2019 wygenerował ujemny wynik finansowy (stratę) z działalności operacyjnej w kwocie ok. -1,5 mln zł (czyli wygenerował zysk z pozostałej działalności operacyjnej w kwocie ok. 0,9 mln zł) i strata z działalności operacyjnej wygenerowana w okresie 6M2019 była wyższa od straty z pozostałej działalności operacyjnej wygenerowanej przez Szpital w analogicznym okresie 2018 r. o ok. 248 tys. zł (+20,1%).  Szpital wygenerował w 2018 r. ujemny wynik finansowy (stratę) netto w kwocie ok. -1,8 mln zł, czyli osiągnął ujemną rentowność na poziomie ok. -4,5%, co było na poziomie korzystniejszym od benchmarku rynkowego (-10,6%), ale poniżej wartości optymalnej dla Szpitala; przyczyną takiego stanu rzeczy była strata wygenerowana przez Szpital ze sprzedaży.  Szpital w okresie 6M2019 wygenerował ujemny wynik finansowy (stratę) netto w kwocie ok. -1,5 mln zł i strata netto wygenerowana w okresie 6M2019 była wyższa od straty netto wygenerowanej przez Szpital w analogicznym okresie 2018 r. o ok. 288 tys. zł (+23,3%).  Szpital wygenerował w 2018 r. dodatki wynik finansowy netto powiększony o amortyzację w kwocie ok. -1,3 mln zł, czyli osiągnął dodatnią rentowność na tym poziomie o wartości ok. 3,1%, co było powyżej poziomu benchmarku rynkowego i poniżej wartości optymalnej dla Szpitala; przyczyną takiego stanu rzeczy była strata wygenerowana przez Szpital ze sprzedaży.
<b>Dane finansowe raportowane</b>	<b>2018</b>	
Pozycje z rachunku przepływów pieniężnych		
Przepływy pieniężne netto z działalności operacyjnej	-894 161 zł	
Przepływy pieniężne netto z działalności inwestycyjnej	-7 547 889 zł	
Przepływy pieniężne netto z działalności finansowej	1 022 402 zł	
Przepływy pieniężne netto z działalności gospodarczej w okresie	-7 419 649 zł	
Skumulowane przepływy pieniężne netto z działalności gospodarczej	259 375 zł	
<b>Dane finansowe raportowane</b>	<b>2018</b>	
<b>Ranking komórek</b>		
Ranking komórek podstawowych generujących największe przychody		
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	10 042 277 zł	
Oddział chorób wewnętrznych	6 492 204 zł	
Oddział chirurgiczny ogólny	5 878 948 zł	
Szpitalny oddział ratunkowy	3 512 576 zł	
Zespół Poradni Specjalistycznych Razem	3 357 155 zł	
Ranking komórek generujących największy wynik finansowy po kosztach pośrednich (najlepsze)		
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 621 551 zł	
Oddział chorób wewnętrznych	1 588 702 zł	
Poradnia (gabinet) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	377 685 zł	
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	53 323 zł	
Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	40 175 zł	

<b>Ranking komórek generujących najgorszy wynik finansowy po kosztach bezpośrednich (najgorsze)</b>	
Szpitalny oddział ratunkowy	-1 518 963 zł
Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy	-266 278 zł
Zakład/Ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	40 175 zł
Oddział pediatryczny	51 485 zł
Oddział położniczo-ginekologiczny	248 655 zł
<b>Ranking komórek, na których wynik największy wpływ mają koszty pośrednie</b>	
Oddział chirurgiczny ogólny	51,1%
Zespół Poradni Specjalistycznych Razem	48,4%
Oddział położniczo-ginekologiczny	40,9%
Szpitalny oddział ratunkowy	33,9%
Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy	29,5%
<b>Ranking komórek pomocniczych medycznych - według generowanych kosztów znormalizowanych</b>	
Blok Operacyjny	4 124 551 zł
Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej	1 425 880 zł
Zespół Pracowni Diagnostyki Obrazowej	1 064 898 zł
Centralna Sterylizatornia	735 696 zł
Apteka Szpitalna	362 518 zł
<b>Ranking komórek pomocniczych niemedyycznych - według generowanych kosztów znormalizowanych</b>	
Koszty Zarządu - Szpital Wysokie Mazowieckie	2 932 985 zł
Dział Techniczny i Obsługi Gospodarczej	738 779 zł
Dział Higieny Szpitalnej	605 350 zł
Dział Statystyki, Analiz i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych	401 428 zł
Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych	25 097 zł
<b>Dane finansowe ustandaryzowane</b>	
<b>Udziały ustandaryzowanych kosztów w ustandaryzowanych przychodach</b>	<b>Szpital</b>

Szpital w okresie 6M2019 wygenerował wynik finansowy netto powiększony o amortyzację w kwocie ok. 303 tys. zł i wynik netto wygenerowany w okresie 6M2019 pomniejszony o amortyzację była wyższy od wyniku netto pomniejszonej o amortyzację wygenerowanej przez Szpital w analogicznym okresie 2018 r. o ok. 34 tys. zł (+12,8%).

### Rekomendacja nr 23

Rekomenduje się podjęcie wszelkich działań zmierzających do optymalizacji wyniku finansowego netto generowanego przez Szpital, w tym:

- + zbilansowania się wyniku finansowego generowanego przez Szpital na sprzedaży, poprzez:
  - o maksymalizację generowanych przez Szpital przychodów ze sprzedaży,
  - o optymalizację (minimalizację) generowanych przez Szpital kosztów na sprzedaży,
  - o optymalizację poziomu realizowanych inwestycji w celu optymalizacji poziomu kosztów amortyzacji,
- + maksymalizacji wyniku finansowego z pozostałej działalności operacyjnej, poprzez:
  - o maksymalizację generowanych przez Szpital pozostałych przychodów operacyjnych, w tym w szczególności dotacji,
  - o minimalizację generowanych przez Szpital pozostałych kosztów operacyjnych, w tym w szczególności minimalizację kosztów związanych z windykacją zobowiązań wymagalnych, co zostanie osiągnięte wraz z wdrożeniem rekomendowanych działań restrukturyzujących zadłużenie Szpitala,
- + maksymalizacja wyniku z działalności finansowej poprzez:
  - o minimalizację generowanych przez Szpital kosztów finansowych, w tym w szczególności minimalizację kosztów odsetek, co zostanie osiągnięte wraz z wdrożeniem rekomendowanych działań restrukturyzujących zadłużenie Szpitala,

zgodnie ze szczegółowymi rekomendacjami opisanymi w dalszej części niniejszego opracowania.

Szpital na koniec 2018 r. posiadał dodatnie kapitały własne o wartości ok. 24,6 mln zł, co jest pozytywne. Negatywnym jest fakt, że wartość kapitałów własnych zmalała w okresie 2018/2017 o ok. 1,9 mln złotych (ok. -7,1%).

Wpływ na malejącą wartość kapitałów własnych Szpitala mają generowane przez Szpital straty netto. Zbilansowanie się działalności Szpitala na poziomie sprzedaży oraz optymalizacja wyniku finansowego netto pozwolą na zahamowanie tego negatywnego trendu.

Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania posiadane przez Szpital na koniec 2018 r. wyniosły ok 26 mln złotych i co ważne Szpital nie posiadał zobowiązań wymagalnych w tym okresie.

Wartość zobowiązań długo- i krótkoterminowych na dzień 31 grudnia 2018 r. wyniosła ok. 6,3 mln zł.

Amortyzacja	8,0%	Wskaźnik udziału zobowiązań krótkoterminowych w przychodach ze sprzedaży produktów w wyniośle na koniec 2018 r. ok. 15,2% (przy benchmarku rynkowym ok. 19,9%).
Zużycie materiałów i energii - ustandaryzowane	18,1%	
Usługi obce - ustandaryzowane (nieosobowe)	7,9%	Szpital wygenerował w 2018 r. ujemne przepływy pieniężne netto z działalności gospodarczej w kwocie ok. - 7,4 mln zł. Dzięki posiadanym na początku roku 2018 środkom pieniężnym w kwocie ok. 7,7 mln zł - skumulowane przepływy pieniężne netto z działalności gospodarczej osiągnęły na koniec 2018 r. wartość dodatnią (+259 tys. zł).
Koszty osobowe	68,90%	Na wartość wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. ujemnych przepływów pieniężnych z działalności gospodarczej wpływ miało wygenerowanie przez Szpital:
Podatki i opłaty	1,1%	+ ujemnych przepływów pieniężnych netto z działalności operacyjnej w kwocie ok. -0,9 mln zł,
Pozostałe koszty	0,6%	+ ujemnych przepływów pieniężnych netto z działalności inwestycyjnej w kwocie ok. -7,5 mln zł,
<b>Dodatki</b>		+ dodatnich przepływów pieniężnych netto z działalności finansowej w kwocie ok. +1 mln zł.
ZMIĘ ustandaryzowane + Usługi obce ustandaryzowane (nieosobowe) + Koszty osobowe	95,0%	Średnioroczna rotacja zapasów wyniosła ok. 5,7 dnia co należy ocenić bardzo pozytywnie.
Pozostałe koszty operacyjne - netto	-4,0%	
Koszty finansowe - netto	-0,1%	
<b>Komórki pomocnicze</b>		<b>Rekomendacja nr 24</b>
<b>Komórki pomocnicze ogółem</b>		Rekomenduje się zmaksymalizowanie generowanych przez Szpital przepływów pieniężnych generowanych z działalności gospodarczej, tj.:
Koszty komórek pomocniczych znormalizowane	8 192 047 zł	+ przepływów pieniężnych netto z działalności operacyjnej poprzez wdrożenie działań naprawczych – rekomendowanych przez Audytora w niniejszym opracowaniu – pozwalających na docelowe zbilansowanie się Szpitala na poziomie działalności operacyjnej,
Udział przychodów ze sprzedaży w kosztach bezpośrednich	1,0%	+ przepływów pieniężnych netto z działalności inwestycyjnej poprzez zoptimalizowanie planu inwestycyjnego Szpitala, zgodnie z rekomendacjami zawartymi dla tego obszaru w niniejszym opracowaniu,
Udział % kosztów w przychodach ogółem ze sprzedaży usług medycznych	20,1%	+ przepływów pieniężnych netto z działalności finansowej poprzez zoptimalizowanie źródeł finansowania inwestycji, zgodnie z rekomendacjami zawartymi dla tego obszaru w niniejszym opracowaniu.
Średni koszt generowany przez komórki pomocnicze na 1 hospitalizowanego pacjenta	-	
<b>Dane finansowe raportowane 2018</b>		
<b>Pozostałe obszary</b>		Znormalizowane koszty bezpośrednie generowane przez komórki medyczne pomocnicze wyniosły w 2018 r. ok. 8,2 mln zł, co stanowiło ok. 20,1% przychodów ze sprzedaży usług medycznych Szpitala.
Koszty generowane przez komórki pomocnicze niemedyczne brutto (koszty EHA)	8 371 499 zł	Wysokie koszty pośrednie obciążające komórki podstawowe funkcjonujące w Szpitalu mają istotny wpływ na wyniki komórek podstawowych po kosztach pośrednich.
Udział % kosztów eksploatacji budynków brutto w przychodach ogółem ze sprzedaży	8,2%	Wśród komórek pomocniczych medycznych najwyższe znormalizowane koszty bezpośrednie generowały:
<b>Koszty eksploatacyjne budynków brutto (koszty E)</b>	3 403 331 zł	+ Blok Operacyjny – ok. 4,1 mln zł,
Wskaźnik kosztów eksploatacyjnych [E] brutto na 1 m <sup>2</sup> powierzchni		+ Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej – ok. 1,4 mln zł,
		+ Zespół Pracowni Diagnostyki Obrazowej – ok. 1,1 mln zł,

	375,5 zł		<ul style="list-style-type: none"> <li>+ Centralna Sterylizatornia – ok. 736 tys. zł,</li> <li>+ Apteka Szpitalna – ok. 363 tys. zł.</li> </ul>
Wskaźnik kosztów eksploatacyjnych [E] netto na 1 m <sup>2</sup> powierzchni	345,4 zł		<p>Udział kosztów netto funkcjonującego w ramach struktury organizacyjnej Szpitala Bloku Operacyjnego, w przychodach ze sprzedaży komórek zabiegowych – funkcjonujących w Szpitalu – wyniósł w 2018 r. ok. 21,6% i był znacznie powyżej benchmarku rynkowego.</p> <p>Udział kosztów netto funkcjonującej w ramach struktury organizacyjnej Szpitala Apteki Szpitalnej, w przychodach ze sprzedaży usług medycznych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., wyniósł w 2018 r. ok. 0,9% i był nieznacznie powyżej benchmarku rynkowego.</p>
Koszty eksploatacyjne pustostanów brutto	29 667 zł		
Koszty hotelowe (koszty H)	965 434 zł		
Wskaźnik kosztów hotelowych na 1 osobodzień hospitalizacji	18,8 zł		
<b>Koszty administracyjne (koszty A)</b>	<b>4 275 917 zł</b>		
Wskaźnik % udziału kosztów administracji w przychodach ze sprzedaży	10,3%		
<b>Rekomendacja nr 25</b>			
<p>Rekomenduje się redukcję kosztów generowanych przez komórki pomocnicze medyczne, w szczególności komórki wykazane powyżej jako komórki generujące najwyższe znormalizowane koszty bezpośrednie, w tym w szczególności redukcję kosztów generowanych przez komórki, które przekroczyły wskaźniki benchmarkowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Blok Operacyjny,</li> <li>+ Apteka Szpitalna.</li> </ul> <p>Znormalizowane koszty generowane przez komórki niemedyczne pomocnicze (EHA, E=eksploatacja, H=hotelowe, A=Administracja) wyniosły w 2018 r. ok. 8,4 mln zł.</p> <p>Koszty eksploatacyjne brutto [E] – wyniosły w 2018 r. ok. 3,4 mln zł, a wskaźnik kosztów eksploatacyjnych brutto przypadający na 1 m<sup>2</sup> powierzchni użytkowej Szpitala wyniósł ok. 375,5 zł/m<sup>2</sup> i były na poziomie wyższym od benchmarku rynkowego (ok. 300,1 zł/m<sup>2</sup>)</p> <p>Koszty hotelowe netto [H] – wyniosły w 2018 r. ok. 0,96 mln zł. a wskaźnik kosztów 1 osobodnia hospitalizacji pacjenta wyniósł ok. 18,8 zł/osobodzień i był <u>poniżej</u> benchmarku rynkowego wynoszącego ok. 31,1 zł.</p> <p>Koszty administracyjne netto [A] – wyniosły w 2018 r. ok. 4,27 mln zł. a wskaźnik udziału kosztów administracyjnych w przychodach ze sprzedaży, wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., wyniósł ok. 10,3% i był <u>wyższy</u> od benchmarku rynkowego (ok. 7,97%).</p> <p>Wśród komórek pomocniczych niemedycznych najwyższe znormalizowane koszty bezpośrednie generowały:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Koszty Zarządu – ok. 2,9 mln zł,</li> <li>+ Dział Techniczny i Usługi Gospodarczej – ok. 0,74 mln zł,</li> <li>+ Dział Higieny Szpitalnej – ok. 0,6 mln zł,</li> <li>+ Dział Statystyki, Analiz i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych ok. 402 tys. zł,</li> <li>+ Dział Zaopatrzenia i Zamówień Publicznych – ok. 25 tys. zł.</li> </ul>			

	<p><b>Rekomendacja nr 26</b></p> <p>Rekomenduje się redukcję kosztów generowanych w obszarach działalności niemedycznej Szpitala, w szczególności w obszarach (komórkach) wykazanych powyżej jako obszary, w których Szpital przekroczył wskaźniki benchmarkowe:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ obszar eksploatacyjny,</li> <li>+ obszar administracyjny.</li> </ul> <p>Jak wykazała analiza obszaru eksploatacyjnego, wskaźnik kosztów eksploatacyjnych brutto na 1 m<sup>2</sup> powierzchni użytkowej budynków, w których Szpital prowadzi działalność wyniósł w 2018 r. ok. 376 zł i był wyższy od benchmarku rynkowego. Jak wykazała analiza obszaru kadrowego liczba etatów pracowników sprzątających w stosunku do wartości optymalnej dla Szpitala, była przekroczone o ok. 6,99 etatów przeliczeniowych. Liczba etatów przeliczeniowych pozostałych pracowników niemedycznych była w 2018 r. przekroczone w stosunku do wartości optymalnej o ok. 1,62 etatu.</p> <p><b>Rekomendacja nr 27</b></p> <p>Rekomenduje się optymalizację poziomu zatrudnienia w obszarze eksploatacyjnym.</p> <p>Jak wykazała analiza obszaru administracyjnego, wskaźnik udziału kosztów wygenerowanych w 2018 r. w obszarze administracyjnym - ok. 10,3% - był znacznie powyżej benchmarku rynkowego, a przyczyną tego było przekroczenie optymalnej liczby etatów przeliczeniowych pracowników administracyjnych o ok. 8,26 etatów. Na uwagę zasługuje fakt, że liczba pracowników administracyjnych zatrudnionych w 2018 r. w Szpitalu (33,00 etaty) była zaledwie o 2,00 etaty przeliczeniowe mniejsza od liczby zatrudnionych w Szpitalu lekarzy (etaty przeliczeniowe) w tzw. „ordynacji dziennej”.</p> <p><b>Rekomendacja nr 28</b></p> <p>Rekomenduje się optymalizację poziomu zatrudnienia w obszarze administracyjnym.</p>																		
<p><b>Obszar kadrowy:</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Dane kadrowe</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Liczba pracowników - średnia w okresie:</td> <td>379,00</td> </tr> <tr> <td>Lekarze specjaliści ogółem</td> <td>35,00</td> </tr> <tr> <td>Lekarze rezydenci i stażyści</td> <td>4,00</td> </tr> <tr> <td>Pielęgniarki i położne</td> <td>156,00</td> </tr> <tr> <td>Opiekunki medyczne</td> <td>9,00</td> </tr> <tr> <td>Ratownicy medyczni</td> <td>16,00</td> </tr> <tr> <td>Pozostały personel medyczny</td> <td>68,00</td> </tr> <tr> <td>Administracja</td> <td>33,00</td> </tr> </tbody> </table>	Dane kadrowe		Liczba pracowników - średnia w okresie:	379,00	Lekarze specjaliści ogółem	35,00	Lekarze rezydenci i stażyści	4,00	Pielęgniarki i położne	156,00	Opiekunki medyczne	9,00	Ratownicy medyczni	16,00	Pozostały personel medyczny	68,00	Administracja	33,00	<p><b>Wnioski i rekomendacje:</b></p> <p>Udział ustandaryzowanych kosztów osobowych wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w stosunku do ustandaryzowanych przychodów ze sprzedaży Szpitala z 2018 r. wyniósł 68,9% i był niższy od benchmarku rynkowego (ok. 75,7%) ale co najistotniejsze nie przekraczał poziomu optymalnego.</p> <p>Powyższe oznacza, że koszty osobowe generowane przez Szpital nie były w 2018 r. zbyt wysokie w stosunku do przychodów ze sprzedaży Szpitala z 2018 r., co przeważnie jest jedną z podstawowych przyczyn braku rentowności Szpitala.</p> <p>Wartość kosztów osobowych jest wprost proporcjonalna do:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ liczby zatrudnionych pracowników (wyrażanej w liczbie etatów przeliczeniowych),</li> <li>+ stawek wynagrodzenia,</li> </ul>
Dane kadrowe																			
Liczba pracowników - średnia w okresie:	379,00																		
Lekarze specjaliści ogółem	35,00																		
Lekarze rezydenci i stażyści	4,00																		
Pielęgniarki i położne	156,00																		
Opiekunki medyczne	9,00																		
Ratownicy medyczni	16,00																		
Pozostały personel medyczny	68,00																		
Administracja	33,00																		

Sekretarki medyczne	7,00	+ kosztów ubezpieczeń społecznych i pozostałych świadczeń (zależne od struktury zatrudnienia pracowników, według rodzajów umowy).
Salowe / Personel sprząający	27,00	
Pozostały personel niemedyczny	24,00	
Wskaźnik % udziału liczby pracowników administracyjnych w liczbie pracowników ogółem	8,7%	Zatrudnienie ogółem w Szpitalu według średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) wyniosło 379,00 etatów przeliczeniowych i było wyższe od średniego stanu zatrudnienia w 2017 r. (375,20 etatów przeliczeniowych) o +3,80 etatów przeliczeniowych, co stanowi wzrost o ok. 1,0% w skali rok do roku. W 2019 roku nastąpił kolejny wzrost, o +1,00 etatów (tj. +2,90%).
Wskaźnik liczby sekretarek medycznych na 1 łóżko	0,03	Jak wynika z przeprowadzonej analizy:
Wskaźnik % udziału liczby pozostałego personelu niemedycznego w liczbie pracowników ogółem	6,3%	+ liczba zatrudnionych w Szpitalu lekarzy (etaty przeliczeniowe) w 2018 r. była o -5,50 etatu przeliczeniowego niższa niż w 2017 r., natomiast w 2019 r. wzrosła o +2,00 etaty,
Koszty osobowe ogółem	27 325 773 zł	+ liczba etatów przeliczeniowych pielęgniarek i położnych zatrudnionych w 2018 r. w Szpitalu wzrosła o +3,40 etatu w stosunku do roku poprzedniego oraz w 2019 r. o +4,00 etaty,
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) ogółem [lekarze ordynacja dzienna]	22 793 635 zł	+ liczba etatów przeliczeniowych ratowników medycznych zatrudnionych w 2018 r. w Szpitalu zmniejszyła się o -1,00 etat w stosunku do roku poprzedniego, a w 2019 r. wróciła do stanu z 2017r (+1,00 etat),
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	3 227 868 zł	+ liczba etatów przeliczeniowych pozostałego personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu w 2018 r. zmniejszyła się o -1,00 etat przeliczeniowy i w 2019 r. nie zmieniła się.
Wskaźnik udziału kosztów ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń w przychodach ze sprzedaży	7,8%	
<b>Średnie - miesieczne - wynagrodzenia</b>		Jak wynika z przeprowadzonej analizy, w 2018 r. zidentyfikowano niewykorzystany potencjał kadrowy w zatrudnieniu pracowników w stosunku do optymalnego poziomu zatrudnienia, obliczonego na podstawie norm zatrudnienia w stosunku do optymalnej, ustandaryzowanej o średni czas hospitalizacji pacjentów dla Województwa, liczby łóżek dla Szpitala w 2018 r., który to niewykorzystany potencjał skutkował wyższym – od poziomu optymalnego - poziomem generowanych przez Szpital w 2018 r. kosztów osobowych (ujęcie to jest ujęciem czysto ekonomicznym i nie uwzględnia komórek, w których zatrudnienie personelu było poniżej ww. norm, czyli ujęcie to nie uwzględnia optymalnego zatrudnienia z organizacyjnego punktu widzenia, w komórkach, w których z tego tytułu było odstępstwo in minus w stosunku do poziomu optymalnego).
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) lekarzy w ordynacji dziennej	17 036 zł	+ 5,59 etatu przeliczeniowego zatrudnionych w Szpitalu lekarzy nie było odpowiednio wykorzystywane – czyli generowało dla Szpitala koszty osobowe nie przekładające się na generowane przychody ze sprzedaży,
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) pielęgniarek i położnych	4 765 zł	+ 28,95 etatu przeliczeniowego zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek i położnych nie było odpowiednio wykorzystywane – czyli generowało dla Szpitala koszty osobowe nie przekładające się na generowane przychody ze sprzedaży.
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) ratowników medycznych	4 095 zł	
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) pracowników administracyjnych	4 106 zł	
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) pozostałego personelu medycznego	2 896 zł	
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) sekretarek medycznych	2 846 zł	
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) pozostałego personelu niemedycznego	2 273 zł	Z powyższej analizy wynika, w stosunku do optymalnego poziomu zatrudnienia wynikającego z rzeczywistego wykorzystania potencjału łóżkowego posiadanego przez Szpital, liczony średniorocznie niewykorzystany potencjał kadrowy Szpitala wyniósł ok. 17%, skutkując kosztami osobowymi, które nie miały odzwierciedlenia w przychodach ze sprzedaży Szpitala.
Wynagrodzenia (umowy o pracę + kontrakty) ogółem na 1 etat / 1 m-c	5 012 zł	
Niewykorzystany potencjał kadrowy wzgl. optymalnej liczby łóżek w 2018 r. (ujęcie finansowe, tj. wyłączenie „przekroczenia”)		Biorąc pod uwagę zarówno odstępstwa in plus oraz in minus oraz obliczona na podstawie obowiązujących norm prawnych oraz optymalnej - ustandaryzowanej o średni czas hospitalizacji pacjentów dla Województwa - liczbę łóżek dla Szpitala w 2018 r.:
Lekarze specjalisci ogółem	5,59	

Lekarze rezydenci i stażyści	0,00	<p>+ poziom zatrudnienia lekarzy w Szpitalu był niższy o 2,55 etatu przeliczeniowego od poziomu optymalnego, natomiast Szpital na początku 2019 r. zatrudnił 2 dodatkowych lekarzy,</p> <p>+ poziom zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Szpitalu był wyższy o 14,80 etatów przeliczeniowych od poziomu optymalnego, co oznacza, że etaty te nie były optymalnie wykorzystywane, czyli generowały dla Szpitala koszty osobowe, nie przekładając się na przychody ze sprzedaży,</p> <p>+ w stosunku do optymalnego poziomu zatrudnienia poziom zatrudnienia pracowników administracji przekroczył poziom optymalny o ok. 8,26 etatów przeliczeniowych;</p> <p>+ jednocześnie, w stosunku do optymalnego poziomu zatrudnienia poziom zatrudnienia pozostałego personelu niemedycznego przekroczył poziom optymalny o ok. 1,6 etatu przeliczeniowego.</p>
Pielęgniarki i położne	28,95	
Opiekunki medyczne	0,00	
Ratownicy medyczni	0,00	
Pozostali personel medyczny	0,00	
Administracja	10,36	
Sekretarki medyczne	0,00	
Salowe / Personel sprząający	6,99	
Pozostali personel niemedyczny	3,51	
<b>Razem</b>	<b>55,40</b>	
Różnice poziomu zatrudnienia względem optymalnej liczby łóżek (2018 r.) (ujęcie operacyjne, tj. z zachowaniem wszelkich norm prawnych)		
Lekarze specjaliści ogółem	2,55	
Lekarze rezydenci i stażyści	0,00	
Pielęgniarki i położne	14,80	
Opiekunki medyczne	0,00	
Ratownicy medyczni	0,00	
Pozostali personel medyczny	0,00	
Administracja	8,26	
Sekretarki medyczne	3,50	
Salowe / Personel sprząający	6,99	
Pozostali personel niemedyczny	1,62	
<b>Razem</b>	<b>25,61</b>	
<b>Optymalny poziom zatrudnienia względem optymalnej liczby łóżek (2018 r.)</b>		
Lekarze specjaliści ogółem	37,55	<p>Średnie miesięczne wynagrodzenie ratowników medycznych zatrudnionych w Szpitalu wyniosło w 2018 r. ok. 4,8 tys. zł i było wyższe od benchmarku rynkowego (4,7 tys. zł) oraz było wyższe od średniego poziomu wynagrodzenia pielęgniarek i położnych wynikającego z raportu GUS „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2016 r.” skorygowanego o wskaźniki wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w latach 2016-2018, ogłoszone w komunikatach Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. z dnia 9 lutego 2018 r. oraz w 2018 r. w stosunku do 2017 r. z dnia 11 lutego 2019 r. (4,6 tys. zł).</p> <p>Średnie miesięczne wynagrodzenie ratowników medycznych zatrudnionych w Szpitalu wyniosło w 2018 r. ok. 4,0 tys. zł i było niższe od benchmarku rynkowego (ok. 5,0 tys. zł) oraz niższe od średniego poziomu wynagrodzenia ratowników medycznych wynikającego z raportu GUS „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2016 r.” skorygowanego o wskaźniki wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w latach 2016-2018, ogłoszone w komunikatach Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. z dnia 9 lutego 2018 r. oraz w 2018 r. w stosunku do 2017 r. z dnia 11 lutego 2019 r. (4,4 tys. zł).</p> <p>Średnie miesięczne wynagrodzenie pozostałego personelu medycznego zatrudnionego w Szpitalu wyniosło w 2018 r. ok. 2 896 zł i było niższe od benchmarku rynkowego (ok. 3,7 tys. zł) oraz niższe od średniego poziomu wynagrodzenia pozostałego personelu medycznego wynikającego z raportu GUS „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2016 r.” skorygowanego o wskaźniki wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w latach 2016-2018, ogłoszone w komunikatach Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2017 r. w stosunku do 2016 r. z dnia 9 lutego 2018 r. oraz w 2018 r. w stosunku do 2017 r. z dnia 11 lutego 2019 r. (5,2 tys. zł).</p>
Lekarze rezydenci i stażyści	4,00	
Pielęgniarki i położne	141,20	
Opiekunki medyczne	9,00	
Ratownicy medyczni	16,00	
Pozostali personel medyczny	68,00	
Administracja	24,74	
Sekretarki medyczne	10,50	
Salowe / Personel sprząający	20,01	
Pozostali personel niemedyczny	22,38	
<b>Razem</b>	<b>353,39</b>	

	<p>Średnie miesięczne wynagrodzenie pracowników administracji zatrudnionej w Szpitalu wyniosło w 2018 r. ok. 4,1 tys. zł i było wyższe od benchmarku rynkowego (ok. 3,8 tys. zł) oraz niższe od średniej krajowej z 2018 r. (ok. 4,6 tys. zł).</p> <p>Wskaźnik udziału kosztów ubezpieczeń społecznych i pozostałych świadczeń wygenerowanych w Szpitalu w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala z analogicznego okresu (ok. 7,8%) był poniżej benchmarku rynkowego (ok. 8,8%).</p> <p><b>Rekomendacja nr 30</b></p> <p>Rekomenduje się co najmniej utrzymanie aktualnej struktury zatrudnienia (wg rodzaju umów).</p> <p>Rekomenduje się zatrudnianie nowych pracowników na bazie umów cywilno-prawnych (tzw. kontraktów), co będzie skutkowało obniżeniem kosztów ubezpieczeń społecznych i pozostałych świadczeń.</p>
--	--



### 5.3. Rekomendowany program medyczny Szpitala

Program medyczny szpitala definiowany jest jako wykaz obszarów planowanej działalności szpitala z uwzględnieniem listy oraz wielkości niezbędnych komórek organizacyjnych, jakie będą funkcjonowały w szpitalu w celu realizacji planowanego zakresu działania.

Głównymi determinantami dla opracowania rekomendowanego programu medycznego są:

- 1) wnioski i rekomendacje wynikające z audytu Szpitala i jego komórek organizacyjnych, w tym w szczególności:
  - + wyniki finansowe poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala,
  - + wykorzystanie potencjału bazy łóżkowej na poszczególnych oddziałach łóżkowych Szpitala przy jednoczesnym uwzględnieniu poziomu: średniej długości pobytu pacjentów na oddziale oraz poziomu wykonania umowy z NFZ przez oddział,
  - + poziom wykonania umów z NFZ przez pozostałe komórki organizacyjne Szpitala,
  - + wskaźnik operatywny (dotyczy oddziałów zabiegowych) – liczony jako liczba pacjentów, u których na danym oddziale wykonano zabieg operacyjny w stosunku do łącznej liczby pacjentów hospitalizowanych na danym oddziale),
  - + racjonalizacja niezbędnych nakładów inwestycyjnych (dostosowawczych i odtworzeniowych) w obszarze nieruchomości, sprzętu i aparatury medycznej oraz infrastruktury IT,
  - + analiza otoczenia,
- 2) opublikowana 27 czerwca 2017 r. - przez Dyrektora OW NFZ - lista szpitali zakwalifikowanych do PSZ, w tym profile działalności Szpitala, w jakich Szpital został zakwalifikowany do PSZ;
- 3) opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia „Mapy potrzeb zdrowotnych” dla Województwa, z uwzględnieniem:
  - + prognoz demograficznych,
  - + prognoz epidemiologicznych,
- 4) czynnik społeczny
  - + zapewnienie, jak najszerzego dostępu do usług medycznych mieszkańcom Powiatu,
  - + zapewnienie miejsc pracy dla jak największej grupy aktualnych pracowników zatrudnionych w Szpitalu.

Poniższa Tabela zawiera rekomendowany Program Medyczny Szpitala, w tym rekomendacje kierunkowe dotyczące dalszego funkcjonowania poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.

**Tabela 56. Rekomendowany program medyczny**
Inicjatywy rozwojowe

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
Szpitalny Oddział Ratunkowy	N/D	N/D	N/D	<p>Szpitalny Oddział Ratunkowy jest – pod względem efektywności finansowej – był w 2018 r. najgorszą komórką podstawową funkcjonującą w Szpitalu, a więc komórką wymagającą wdrożenia pilnych działań naprawczych.</p> <p>Wartość miesięcznego ryczału SOR posiadanego przez Szpital w 2018 r. wynosiła ok. 245 tys. zł i była niższa aż o ok. -57,9% od wartości miesięcznego ryczału SOR szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital. Wartość miesięcznego ryczału SOR posiadanego przez Szpital w 2018 r. w przeliczeniu na 1 łóżko (a więc uwzględniająca wielkość szpitala) wynosiła ok. 1,2 tys. zł i była niższa o ok. -26,3% od wartości miesięcznego ryczału SOR w przeliczeniu na 1 łóżko szpitali zlokalizowanych w regionie, w jakim funkcjonuje Szpital.</p> <p>Szpitalny Oddział Ratunkowy wygenerował w 2018 r. ujemną rentowność po kosztach bezpośrednich na poziomie -43,2% oraz ujemną rentowność po kosztach pośrednich na poziomie -77,1% (!). Jak wykazała szczegółowa analiza SOR-u przyczyną braku rentowności Oddziału było generowanie przez SOR zbyt niskich przychodów ze sprzedaży (co zostało szczegółowo przedstawione na początku niniejszego punktu opracowania) oraz zbyt wysokie koszty bezpośrednie generowane przez Oddział, a w nich przede wszystkim zbyt wysokie koszty osobowe, których udział w przychodach ze sprzedaży SOR-u wyniósł w 2018 r. ok. 92,0% (!) i był zdecydowanie powyżej benchmarku rynkowego udziałów kosztów osobowych w przychodach ze sprzedaży szpitalnych oddziałów ratunkowych.</p> <p>Rentowność Oddziału nieznacznie się poprawiła w okresie 6M2019 – ok. -15,6% po kosztach bezpośrednich oraz ok. -49,0% po kosztach pośrednich.</p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień	Na dzień	Program	
	31.12.2018	30.06.2019	Medyczny	
				<p>Jak wykazała analiza obszaru kadrowego w ramach SOR-u (łącznie z NiSOZ) w 2018 r. średnioroczna liczba zatrudnionych pielęgniarek i ratowników medycznych wyniosła 38,00 etatów przeliczeniowych. Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów przyjętych w 2018 r. w ramach SOR i NiSOZ (ok. 18,5 tys.) oraz benchmark rynkowy uwzględniający liczbę pacjentów przyjętych w ramach SOR i NiSOZ w stosunku do liczby pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w ramach przedmiotowych komórek, to należy stwierdzić, że optymalna liczba pielęgniarek i ratowników medycznych zatrudnionych w ramach SOR i NiSOZ powinna wynosić max. 23,16 etatów przeliczeniowych, co jest równoznaczne z zatrudnieniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ pielęgniarki oddziałowej / koordynatora SOR i NiSOZ – 1,00 etat przeliczeniowy,</li> <li>+ pielęgniarek / ratowników medycznych SOR – 18,73 etatów przeliczeniowych – co odpowiada pracy po 4 pielęgniarek / ratowników medycznych na każdej zmianie we wszystkie dni tygodnia,</li> <li>+ pielęgniarek NiSOZ – 4,43 etatów przeliczeniowych – co odpowiada pracy 1 pielęgniarki na każdej zmianie we wszystkie dni tygodnia.</li> </ul> <p>Przekroczenie poziomu zatrudnienia pielęgniarek / ratowników medycznych w 2018 r. w ramach SOR i NiSOZ o ok. 14,84 etatów przeliczeniowych skutkowało generowaniem zbyt wysokich kosztów osobowych przez SOR.</p> <p>Dodatkowo SOR generował w 2018 r. zbyt wysokie wartości udziałów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ kosztów zużycia materiałów i energii,</li> <li>+ kosztów nieosobowych usług obcych (w tym w szczególności kosztów diagnostyki laboratoryjnej oraz kosztów diagnostyki obrazowej),</li> </ul> <p>w przychodach ze sprzedaży, przy czym należy pamiętać, że SOR generował niższe od benchmarków rynkowych przychody ze sprzedaży.</p> <p>Liczba pacjentów przyjętych w ramach SOR wyniosła w 2018 r. ok. 9,5 tys. zł, z czego ok. 81% stanowiła pacjenci bez skierowania lub nieprzekazani przez ZRM lub LRM.</p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				<p>Wskaźnik liczby przyjętych w 2018 r. pacjentów w ramach SOR w stosunku do liczby pacjentów przyjętych łącznie w ramach SOR oraz NiSOZ wyniósł ok. 51,1%, był na poziomie wartości benchmarku rynkowego ale przekraczał poziom oczekiwany (&lt;50%).</p> <p><u>W związku z powyższym rekomenduje się:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.;</li> <li>2) wdrożenie takiego systemu zarządzania pacjentami w ramach SOR i NiSOZ aby wskaźnik liczby pacjentów przyjętych w ramach SOR w stosunku do liczby pacjentów przyjętych łącznie w ramach SOR i NiSOZ kształtował się poniżej 50%;</li> <li>3) optymalizację (redukcję) liczby personelu medycznego zatrudnionego w ramach SOR (łącznie z NiSOZ), w tym w szczególności pielęgniarek i ratowników medycznych;</li> <li>4) opracowanie i wdrożenie działań pozwalających na ciągłe monitorowanie liczby badań diagnostycznych zlecanych przez lekarzy;</li> <li>5) zakup tzw. „szaf lekowych”, pozwalających na szczegółowe monitorowanie zużycia leków i materiałów medycznych jednorazowego użytku.</li> </ol>
OAIIT	4	4	4	<p>OAIIT – co jest niespotykane wśród tego typu oddziałów funkcjonujących na rynku – należy - pod względem efektywności finansowej – do najlepszych komórek podstawowych funkcjonujących w Szpitalu.</p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień	Na dzień	Program	
	31.12.2018	30.06.2019	Medyczny	
				<p>Rentowność Oddziału po kosztach bezpośrednich w 2018 r. wyniosła ok. +22,2%, a co istotne Oddział w 2018 r. był również nieznacznie rentowny po kosztach bezpośrednich – ok. +2,0%.</p> <p>Rentowność Oddziału w okresie 6M2019 zmalała do poziomu ok. +15,6% po kosztach bezpośrednich i była ujemna (-2,3%) po kosztach pośrednich.</p> <p>Oddział w 2018 r. nieznacznie – o ok. 10% - przekroczył wartość optymalnego udziału kosztów bezpośrednich w przychodach ze sprzedaży oraz o ok. 20% przekroczył wartość optymalnego udziału kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży.</p> <p>W strukturze kosztów pośrednich obciążających Oddział największy udział miały koszty badań laboratoryjnych.</p> <p>Wskaźnik obłożenia łóżek posiadanych przez Oddział wyniósł w 2018 r. ok. 51,5% (ok. 48,8% w okresie 6M2019), co oznacza, że z 4 łóżek, jakie Oddział posiadał w 2018 r. rzeczywiście (w 100% przez wszystkie dni roku) średniorocznie wykorzystane były 2,1 łóżka (2,0 łóżka w okresie 6M2019).</p> <p>Niemożliwa jest redukcja liczby łóżek, w związku z koniecznością spełniania wymagań posiadania przez OAiT liczby łóżek stanowiącej co najmniej 2% ogółu łóżek w Szpitalu ale nie mniej niż 4 łóżka.</p> <p><b><u>W związku z powyższym rekomenduje się:</u></b></p> <p>1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.;</p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				2) opracowanie i wdrożenie działań pozwalających na ciągłe monitorowanie liczby badań diagnostycznych zleczanych przez lekarzy, 3) zakup tzw. „szaf lekowych”, pozwalających na szczegółowe monitorowanie zużycia leków i materiałów medycznych jednorazowego użytku.
<b>Oddział Chorób Wewnętrznych</b>	50	35 (41,4)*	32	<p>Oddział Chorób Wewnętrznych – co jest rzadkie wśród tego typu oddziałów funkcjonujących na rynku – należy - pod względem efektywności finansowej – do najlepszych komórek podstawowych funkcjonujących w Szpitalu.</p> <p>Rentowność Oddziału po kosztach bezpośrednich w 2018 r. wyniosła ok. +41,2%, a co istotne Oddział w 2018 r. był również rentowny po kosztach bezpośrednich – ok. +24,5%.</p> <p><u>Oddział w 2018 r. wygenerował zysk po kosztach pośrednich o wartości ok. +1,6 mln zł.</u></p> <p>Rentowność Oddziału w okresie 6M2019 zmalała do poziomu ok. +31,5% po kosztach bezpośrednich i do ok. +12,9% po kosztach pośrednich.</p> <p>Oddział w 2018 r. (również w okresie 6M2019) nie przekroczył wartości optymalnego udziału zarówno kosztów bezpośrednich, jak i kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży.</p> <p>Oddział w całym 2018 r. posiadał 50 łóżek, których liczba w okresie 6M2019 została zredukowana do poziomu 35 łóżek (średnia ważona liczby łóżek w okresie 6M2019 wyniosła ok. 41,4 łóżek).</p> <p>Wskaźnik obłożenia łóżek posiadanych przez Oddział wyniósł w 2018 r. ok. 53,4% (ok. 63,7% w okresie 6M2019), co oznacza, że w obu analizowanych okresach był poniżej wartości optymalnej dla tego typu oddziałów (85,0%) i że z 35 łóżek, jakie Oddział posiadał w 2018 r. rzeczywiście (w 100% przez wszystkie dni roku) średniorocznie wykorzystane było 26,7 łóżka (26,4 łóżka w okresie 6M2019).</p> <p><u>W związku z powyższym optymalna liczba łóżek dla Oddziału wynosi 32 łóżka.</u></p> <p><b><u>W związku z powyższym rekomenduje się:</u></b></p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				<p>1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.;</p> <p>2) redukcja liczby łóżek do poziomu optymalnego – 32 łóżka.</p>
<b>Oddział Chirurgiczny Ogólny</b>	30	23 (26,0)*	20	<p>Oddział Chirurgiczny Ogólny – pod względem efektywności finansowej – należy do typowych tego typu oddziałów, funkcjonujących w szpitalach publicznych – generuje zysk po kosztach bezpośrednich i stratę po kosztach pośrednich.</p> <p>Rentowność Oddziału po kosztach bezpośrednich w 2018 r. wyniosła ok. +28,6% i była ujemna po kosztach pośrednich – ok. -22,5%.</p> <p>Rentowność Oddziału w okresie 6M2019 wzrosła do poziomu ok. +33,6% po kosztach bezpośrednich i do ok. -16,5% po kosztach pośrednich.</p> <p>Oddział w 2018 r. (również w okresie 6M2019) nie przekroczył wartości optymalnego udziału kosztów bezpośrednich ale zarazem znacznie przekroczył wartość optymalnego poziomu kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży.</p> <p>W strukturze kosztów pośrednich obciążających Oddział największy udział w 2018 r. stanowiły koszty generowane przez Blok Operacyjny, obciążające Oddział (aż 34,9% w przychodach Oddziału).</p> <p>Oddział w całym 2018 r. posiadał 30 łóżek, których liczba w okresie 6M2019 została zredukowana do poziomu 23 łóżek (średnia ważona liczby łóżek w okresie 6M2019 wynosiła ok. 26,0 łóżek).</p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				<p>Wskaźnik obłożenia łóżek posiadanych przez Oddział wyniósł w 2018 r. ok. 51,7% (ok. 63,3% w okresie 6M2019), co oznacza, że w obu analizowanych okresach był poniżej wartości optymalnej dla tego typu oddziałów (85,0%) i że z 30 łóżek, jakie Oddział posiadał w 2018 r. rzeczywiście (w 100% przez wszystkie dni roku) średniorocznie wykorzystane było 19,0 łóżka (20,0 łóżka w okresie 6M2019).</p> <p><u>W związku z powyższym optymalna liczba łóżek dla Oddziału wynosi 20 łóżek.</u></p> <p>Wskaźnik operatywny Oddziału osiągnął w 2018 r. wartość ok. 59,1% i był znacznie poniżej wartości oczekiwanej (75,0%), co oznacza, że w ramach Oddziału jest hospitalizowanych zbyt wielu pacjentów ze schorzeniami zachowawczymi, co wpływa na niższą rentowność Oddziału oraz na niższy niż oczekiwany wskaźnik wykorzystania Bloku Operacyjnego.</p> <p><u>W związku z powyższym rekomenduje się:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.,</li> <li>2) opracowaniem i wdrożeniem działań związanych z efektywną realizacją przez Oddział świadczeń z zakresu DİLO,</li> <li>3) redukcja liczby łóżek do poziomu optymalnego – 20 łóżek,</li> <li>4) redukcja kosztów pośrednich, w tym w szczególności redukcja funkcjonującego w Szpitalu Bloku Operacyjnego (lub zwiększenie liczby oddziałów zabiegowych wykorzystujących Blok Operacyjny),</li> </ol>



Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				<p>5) wzrost wskaźnika operatywy do poziomu przekraczającego wartość 75%, poprzez hospitalizowanie w ramach Oddziału mniejszej liczby pacjentów ze schorzeniami zachowawczymi.</p>
<b>Oddział Pediatriczny</b>	15	15	13	<p>Oddział Pediatriczny – pod względem efektywności finansowej – należy do typowych tego typu oddziałów, funkcjonujących w szpitalach publicznych – generuje zysk po kosztach bezpośrednich i stratę po kosztach pośrednich.</p> <p>Rentowność Oddziału po kosztach bezpośrednich w 2018 r. wyniosła ok. +3,3% (a więc Oddział był w 2018 r. na granicy rentowności po kosztach bezpośrednich) i była ujemna po kosztach pośrednich – ok. -23,9%.</p> <p>Rentowność Oddziału w okresie 6M2019 wzrosła do poziomu ok. +16,5% po kosztach bezpośrednich i do ok. -5,0% po kosztach pośrednich.</p> <p>Oddział w 2018 r. (również w okresie 6M2019) przekroczył wartości optymalnego udziału kosztów bezpośrednich ale zarazem nie przekroczył wartości optymalnego poziomu kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży.</p> <p>W strukturze kosztów bezpośrednich Oddział przekroczył benchmarki rynkowe dla tego typu oddziałów w obszarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ kosztów zużycia materiałów i energii,</li> <li>+ kosztów osobowych.</li> </ul> <p>Oddział w obu analizowanych okresach - 2018 r. i 6M2019 - posiadał 15 łóżek.</p> <p>Wskaźnik obłożenia łóżek posiadanych przez Oddział wyniósł w 2018 r. ok. 47,1% (ok. 58,2% w okresie 6M2019), co oznacza, że w obu analizowanych okresach był znacznie poniżej wartości optymalnej dla tego typu oddziałów (70,0%) i że z 13 łóżek, jakie Oddział posiadał w 2018 r. rzeczywiście (w 100% przez wszystkie dni roku) średniorocznie wykorzystane było 7,1 łóżek (8,7 łóżek w okresie 6M2019).</p> <p><u>W związku z powyższym optymalna liczba łóżek dla Oddziału wynosi 13 łóżek.</u></p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				<p><b>W związku z powyższym rekomenduje się:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.;</li> <li>2) redukcja liczby łóżek do poziomu optymalnego – 13 łóżek,</li> <li>3) optymalizacja zatrudnienia w stosunku do optymalnej liczby łóżek,</li> <li>4) zakup tzw. „szaf lekowych”, pozwalających na szczegółowe monitorowanie zużycia leków i materiałów medycznych jednorazowego użytku.</li> </ol> <p>Oddział Położniczo-Ginekologiczny (finansowo analizowany łącznie z Oddziałem neonatologicznym) – pod względem efektywności finansowej – należy do typowych tego typu oddziałów, funkcjonujących w szpitalach publicznych – generuje zysk po kosztach bezpośrednich i stratę po kosztach pośrednich.</p> <p>Oddział w obszarze położnictwa (i w aspekcie finansowym również w ramach neonatologii) generuje świadczenia nielimitowane. Jak wykazała przeprowadzona analiza obszar ten nie jest przez Oddział w pełni wykorzystywany, o czym świadczy liczba rocznie odebranych porodów (470 w 2018 r.) – znacznie niższa od liczby pozwalającej na generowanie przez tego typu oddziały satysfakcjonującego zysku po kosztach bezpośrednich (ok. 600 porodów rocznie) oraz zysku po kosztach pośrednich (ok. 800 porodów rocznie).</p>
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	21	21	11	

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				<p>Rentowność Oddziału po kosztach bezpośrednich w 2018 r. wyniosła ok. +7,8% (a wiec Oddział był w 2018 r. na granicy rentowności po kosztach bezpośrednich) i była ujemna po kosztach pośrednich – ok. -3,1%.</p> <p>Rentowność Oddziału w okresie 6M2019 zmalała do poziomu ok. +5,2% po kosztach bezpośrednich i do ok. -35,2% po kosztach pośrednich.</p> <p>Niepokojący jest fakt, że Oddział generuje niewielką rentowność po kosztach bezpośrednich. Oddział w 2018 r. (również w okresie 6M2019) przekroczył wartości optymalnego udziału kosztów bezpośrednich, jak i również przekroczył wartość optymalnego poziomu kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży.</p> <p>W strukturze kosztów bezpośrednich Oddział przekroczył benchmarki rynkowe dla tego typu oddziałów w obszarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ kosztów zużycia materiałów i energii,</li> <li>+ kosztów osobowych.</li> </ul> <p>W strukturze kosztów pośrednich obciążających Oddział największy udział w 2018 r. stanowiły koszty generowane przez Blok Operacyjny, obciążające Oddział (aż 19,3% w przychodach Oddziału).</p> <p>Oddział w obu analizowanych okresach - 2018 r. i 6M2019 - posiadał 21 łóżek.</p> <p>Wskaźnik obłożenia łóżek posiadanych przez Oddział wyniósł w 2018 r. ok. 41,5% (oraz zaledwie ok. 38,9% w okresie 6M2019), co oznacza, że w obu analizowanych okresach był znacznie poniżej wartości optymalnej dla tego typu oddziałów (85,0%) i że z 21 łóżek, jakie Oddział posiadał w 2018 r. rzeczywiście (w 100% przez wszystkie dni roku) średniorocznie wykorzystane było 8,7 łóżek (8,2 łóżek w okresie 6M2019).</p> <p><u>W związku z powyższym optymalna liczba łóżek dla Oddziału wynosi 11 łóżek.</u></p> <p>Wskaźnik operatywności Oddziału osiągnął w 2018 r. wartość ok. 81,5% i był powyżej wartości oczekiwanej (75,0%).</p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				<p><b>W związku z powyższym rekomenduje się:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.;</li> <li>2) opracowanie i wdrożenie kompleksowych działań promocyjnych, skutkujących wzrostem liczby porodów, a tym samym wzrostem nielimitowanych przychodów ze sprzedaży,</li> <li>3) opracowaniem i wdrożeniem działań związanych z efektywną realizacją przez Oddział świadczeń z zakresu DILO,</li> <li>4) pozyskanie z NFZ umowy na koordynowaną opiekę nad kobietą w ciąży (KOC),</li> <li>5) redukcja liczby łóżek do poziomu optymalnego – 11 łóżek,</li> <li>6) optymalizacja zatrudnienia w stosunku do optymalnej liczby łóżek,</li> <li>7) zakup tzw. „szaf lekowych”, pozwalających na szczegółowe monitorowanie zużycia leków i materiałów medycznych jednorazowego użytku.</li> </ol>
Oddział Neonatologiczny	6	6	5	<p>Funkcjonowanie Oddziału związane jest z funkcjonowaniem Oddziału Położniczo-Ginekologicznego – wzrost liczby porodów będzie skutkował wzrostem przychodów Oddziału Neonatologicznego.</p> <p>Oddział w obu analizowanych okresach - 2018 r. i 6M2019 - posiadał 6 łóżek.</p> <p>Wskaźnik obłożenia łóżek posiadanych przez Oddział wyniósł w 2018 r. ok. 55,0% (oraz zaledwie ok. 50,0% w okresie 6M2019), co oznacza, że w obu analizowanych okresach był</p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	19	19	16	<p>znacznie poniżej wartości optymalnej dla tego typu oddziałów (70,0%) i że z 6 łóżek, jakie Oddział posiadał w 2018 r. rzeczywiście (w 100% przez wszystkie dni roku) średniorocznie wykorzystane było 2,5 łóżek (2,5 łóżek w okresie 6M2019).</p> <p><u>W związku z powyższym optymalna liczba łóżek dla Oddziału wynosi 5 łóżek.</u></p> <p><u>W związku z powyższym rekomenduje się:</u></p> <p>1) redukcja liczby łóżek do poziomu optymalnego – 5 łóżek.</p> <p>Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – pod względem efektywności finansowej – jest najlepszą komórką podstawową funkcjonującą w Szpitalu.</p> <p>Rentowność Oddziału po kosztach bezpośrednich w 2018 r. wyniosła ok. +45,0% i ok. +16,1% po kosztach pośrednich.</p> <p>Rentowność Oddziału w okresie 6M2019 – co jest niepokojące – nieznacznie zmalała do poziomu ok. +41,6% po kosztach bezpośrednich i do ok. +12,7% po kosztach pośrednich.</p> <p>Oddział w 2018 r. wygenerował zysk po kosztach pośrednich o wartości ok. 1,6 mln zł.</p> <p>Oddział w 2018 r. (również w okresie 6M2019) nie przekroczył wartości optymalnego udziału kosztów bezpośrednich i wartość optymalnego poziomu kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży.</p> <p>Oddział w całym analizowanym okresie - 2018 r. oraz okres 6M2019 - posiadał 19 łóżek.</p> <p>Wskaźnik obłożenia łóżek posiadanych przez Oddział wyniósł w 2018 r. ok. 69,5% (ok. 69,3% w okresie 6M2019), co oznacza, że w obu analizowanych okresach był nieznacznie poniżej wartości optymalnej dla tego typu oddziałów (85,0%) i że z 19 łóżek, jakie Oddział posiadał w 2018 r. rzeczywiście (w 100% przez wszystkie dni roku) średniorocznie wykorzystane było 13,2 łóżka (13,2 łóżka w okresie 6M2019).</p> <p><u>W związku z powyższym optymalna liczba łóżek dla Oddziału wynosi 16 łóżek.</u></p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				<p>Wskaźnik operatywy Oddziału osiągnął w 2018 r. wartość ok. 94,5% i był znacznie powyżej wartości oczekiwanej (75,0%).</p> <p><b>W związku z powyższym rekomenduje się:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.,</li> <li>2) opracowaniem i wdrożeniem działań związanych z efektywną realizacją przez Oddział świadczeń z zakresu DiLO,</li> <li>3) redukcja liczby łóżek do poziomu optymalnego – 16 łóżek.</li> </ol> <p>ZOL – pod względem efektywności finansowej – należy do najgorszych komórek podstawowych funkcjonujących w Szpitalu – generuje straty już po kosztach bezpośrednich. Rentowność Oddziału w 2018 r. była ujemna już po kosztach bezpośrednich wyniosła ok. -9,2% i była ujemna po kosztach pośrednich – ok. -38,7%.</p> <p>Rentowność Oddziału w okresie 6M2019 zmalała do poziomu ok. -12,2% po kosztach pośrednich i do ok. -39,0% po kosztach pośrednich.</p> <p>Jak wykazała szczegółowa analiza przyczyną braku rentowności Oddziału było między innymi generowanie zbyt niskich przychodów ze sprzedaży.</p>
<b>Zakład Opiekuńczo-Leczniczy</b>	68	68	70	

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień	Na dzień	Program	
	31.12.2018	30.06.2019	Medyczny	
				<p>Oddział w 2018 r. (również w okresie 6M2019) przekroczył wartości optymalnego udziału kosztów bezpośrednich ale zarazem nie przekroczył wartości optymalnego poziomu kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży.</p> <p>W strukturze kosztów bezpośrednich Oddział przekroczył benchmarki rynkowe dla tego typu oddziałów w obszarach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ kosztów zużycia materiałów i energii,</li> <li>+ kosztów osobowych.</li> </ul> <p>Oddział w obu analizowanych okresach - 2018 r. i 6M2019 - posiadał 68 łóżek.</p> <p>Wskaźnik obłożenia łóżek posiadanych przez Oddział wyniósł w 2018 r. ok. 98,9% (ok. 98,7% w okresie 6M2019), co oznacza, że w obu analizowanych okresach był powyżej wartości optymalnej dla tego typu oddziałów (95,0%) i że z 68 łóżek, jakie Oddział posiadał w 2018 r. rzeczywiście (w 100% przez wszystkie dni roku) średniorocznie wykorzystane było 67,2 łóżek (67,1 łóżek w okresie 6M2019).</p> <p><u>W związku z powyższym oraz z faktem z wiązonym z optymalizacją wykorzystania lekarzy zatrudnionych w ramach ZOL (1,00 etat przeliczeniowy na 35 łóżek) optymalna liczba łóżek dla Oddziału wynosi 70 łóżek.</u></p> <p><u>W związku z powyższym rekomenduje się:</u></p> <p>1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.;</p>

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
				2) zwiększenie liczby łóżek do poziomu optymalnego – 70 łóżek, 3) optymalizacja zatrudnienia w stosunku do optymalnej liczby łóżek, 4) zakup tzw. „szaf lekowych”, pozwalających na szczegółowe monitorowanie zużycia leków i materiałów medycznych jednorazowego użytku.
Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna	N/D	N/D	N/D	b/z
Zespół Poradni POZ	N/D	N/D	N/D	Komórka rozpoczęła działalność z dniem 1 kwietnia 2019 r. <u>Rekomenduje się:</u> 1) opracowanie i wdrożenia działań promocyjnych pozwalających na wzrost liczby deklaracji pacjentów do POZ.
Zespół Poradni Specjalistycznych (AOS)	N/D	N/D	N/D	ZPS – pod względem efektywności finansowej – należy do typowych komórek funkcjonujących w szpitalach publicznych – generuje zysk po kosztach bezpośrednich i stratę po kosztach pośrednich. Rentowność ZPS po kosztach bezpośrednich w 2018 r. wyniosła ok. +25,1% i była ujemna po kosztach pośrednich – ok. -23,9%. Rentowność Oddziału w okresie 6M2019 – co niepokojące - zmalała do poziomu ok. +20,8% po kosztach bezpośrednich i do ok. -36,3% po kosztach pośrednich. Oddział w 2018 r. (również w okresie 6M2019) przekroczył wartości optymalnego udziału kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży. W strukturze kosztów pośrednich w 2018 r. największe przekroczenie nastąpiło w obszarze diagnostyki obrazowej (ok. 18,0% wartości przychodów ZPS). W związku z powyższym rekomenduje się: 1) podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania



Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień	Na dzień	Program	
	31.12.2018	30.06.2019	Medyczny	
				<p>SOR ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.,</p> <p>2) rozszerzenie zakresu działania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Poradni Kardiologicznej,</li> <li>+ Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,</li> </ul> <p>3) pozyskanie umowy z NFZ na finansowanie funkcjonowania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>+ Poradni Diabetologicznej,</li> <li>+ utworzenie nowych poradni w obszarach:           <ul style="list-style-type: none"> <li>+ urologia,</li> <li>+ dermatologia (poprzez wypowiedzenie umowy z podmiotem zewnętrznym prowadzącym poradnię dermatologiczną na terenie Szpitala i utworzenie własnej),</li> <li>+ reumatologia</li> </ul> </li> </ul> <p>5) utworzenie pracowni fizjoterapii w Ciechanowcu,</p> <p>6) opracowanie i wdrożenie działań monitorujących liczbę zlecanych przez lekarzy AOS badań diagnostycznych, w szczególności badań z zakresu diagnostyki obrazowej.</p>
<b>Ośrodek Dzielnej Rehabilitacji</b>	N/D	N/D	N/D	Wzrost usług komercyjnych.
<b>Apteka Szpitalna</b>	N/D	N/D	N/D	Redukcja kosztów funkcjonowania Apteki.

Komórka	Liczba łózek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
Centralna Sterylizatornia	N/D	N/D	N/D	Wzrost usług komercyjnych.
Zespół Pracowni Diagnostyki Laboratoryjnej	N/D	N/D	N/D	
Medyczne Laboratorium Analityczne	N/D	N/D	N/D	
Medyczne Laboratorium Mikrobiologiczne	N/D	N/D	N/D	Rozważenie możliwości outsourcingu usług
Zespół Pracowni Diagnostyki Obrazowej	N/D	N/D	N/D	
Pracownia USG	N/D	N/D	N/D	b/z
Pracownia RTG	N/D	N/D	N/D	Wykorzystanie faktu, że świadczenia tomografii komputerowej z dniem 1 kwietnia 2019 r. są świadczeniami nielimitowanymi.
Pracownia Tomografii Komputerowej	N/D	N/D	N/D	
Zespół Pracowni Diagnostyki Kardiologicznej	N/D	N/D	N/D	b/z
Pracownia Endoskopowa	N/D	N/D	N/D	b/z
Blok Operacyjny	N/D	N/D	N/D	Wdrożenie działań redukujących koszty działalności Bloku Operacyjnego.

Komórka	Liczba łóżek			Rekomendacje
	Na dzień 31.12.2018	Na dzień 30.06.2019	Program Medyczny	
Pracownia Rehabilitacji Leczniczej	N/D	N/D	N/D	b/z
Pracownia Fizjoterapii w Czyżniewie	N/D	N/D	N/D	b/z
Zespół Transportu Sanitarnego	N/D	N/D	N/D	b/z
Zespół Ratownictwa Medycznego	N/D	N/D	N/D	Rozważenie możliwości uruchomienia działalności Szpitala w obszarze ratownictwa medycznego. – negocjacje z NFZ. Obszar ratownictwa medycznego jest najbardziej rentownym obszarem działalności każdego szpitala, stąd propozycja rozważenia – w porozumieniu z NFZ – działalności w ww. obszarze.
Oddział zabiegowy (np. urologiczny)				Rozważenie możliwości uruchomienia w ramach struktury organizacyjnej Szpitala nowego oddziału zabiegowego (np. urologicznego) – negocjacje z NFZ. Struktura funkcjonujących w Szpitalu oddziałów stacjonarnych jest zaburzona – w strukturze organizacyjnej Szpitala funkcjonuje zbyt wiele oddziałów zachowawczych, w stosunku do liczby oddziałów zabiegowych. Uruchomienie działalności nowego oddziału zabiegowego poprawi tą strukturę a dodatkowo zdecydowanie obniży koszty pośrednie – generowane przez Blok Operacyjny – jakimi aktualnie są obciążane oddziały zabiegowe funkcjonujące w strukturze organizacyjnej Szpitala.

\* średniorocznie – wartość ważona

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

#### 5.4. Harmonogram wdrożenia proponowanych działań naprawczych

Poniższa tabela przedstawia proponowany harmonogram wdrażania działań naprawczych.

**Tabela 57. Harmonogram wdrażania programu naprawczego**

Lp.	Działanie	2019												2020												2021																																																																																																																					
		10						11						12						01						02						03						04						05						06						07						08						09						10						11						12																																																									
1.	Zatwierdzenie optymalnego Programu Medycznego Szpitala																																																																																																																																														
2.	Redukcja liczby łóżek na poszczególnych oddziałach, do poziomu optymalnego – wynikającego z przyjętego Programu Medycznego																																																																																																																																														
3.	Optymalizacja przychodów - Podjęcie wszelkich niezbędnych działań (przy aktywnym wsparciu Podmiotu Tworzącego), których celem ma być pozyskanie wyższego poziomu finansowania Szpitala ze środków publicznych, co pozwoli na wykorzystanie w większym stopniu niewykorzystanego potencjału przychodowego Szpitala. Pozyskaniu większych przychodów ze środków publicznych sprzyjać będzie wejście w życie Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2018 poz. 1532), która zakłada wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r.																																																																																																																																														
4.	Optymalizacja przychodów - Opracowanie działań promocyjnych, których efektem będzie wzrost przychodów nielimitowanych w ramach umów z NFZ w zakresie położnictwa i neonatologii																																																																																																																																														
5.	Optymalizacja przychodów - Wdrożenie kompleksowych działań promocyjnych, których efektem będzie wzrost przychodów nielimitowanych w ramach umów z NFZ w zakresie położnictwa i neonatologii																																																																																																																																														











## 5.5. Prognozy finansowe na kolejne 3 lata działalności operacyjnej Szpitala

W celu opracowania prognoz finansowych Szpitala na kolejne 3 lata działalności, w pierwszej kolejności dokonano analizy kształtowania się poszczególnych rodzajów przychodów ze sprzedaży i szczegółowych pozycji kosztów działalności operacyjnej w poszczególnych miesiącach 2018 r. oraz pierwszej połowie 2019 r. w porównaniu do ich średniomiesięcznej wartości z całego roku 2018 a także pierwszej połowy 2019 roku oraz analogicznych miesięcy okresów poprzedzających (odpowiednio 2017 r. oraz 6M2018).

Celem powyższego działania była identyfikacja zdarzeń finansowych o charakterze jednorazowym i niepowtarzającym się w kolejnych okresach (prognozy) jak również ewentualnych zmian w kształtowaniu się poszczególnych rodzajów przychodów ze sprzedaży oraz kosztów operacyjnych zaistniały w trakcie roku 2018 i 6M2019, które to w perspektywie kolejnych okresów (prognozy) będą mieć charakter całoroczny (wystąpią w każdym z 12 miesięcy) lub regularny. W konsekwencji opracowano znormalizowany wynik ze sprzedaży Szpitala za rok 2018 oczyszczony o zdarzenia jednorazowe oraz uzupełniony o zmiany przychodów ze sprzedaży i kosztów operacyjnych zaistniałe w trakcie na perspektywę całoroczną.

W rezultacie, na bazie otrzymanych wniosków skonfrontowanych uprzednio z odpowiedziami ze strony Szpitala normalizacja wyniku ze sprzedaży Szpitala za rok 2018 oraz 6M 2019 miała miejsce w szczególności w zakresie:

1. wzrostu kosztów Implantów (w okresie 6M2019/6M2018 +39% tj. +311 tys. zł). ewidencjonowany na koncie 420-2, wynikającego z większego zapotrzebowania na oddziałach szpitalnych na skutek rozszerzenia od października 2017 roku zakresu świadczeń o wykonywane zabiegów z zakresu wertybroplastyki kręgosłupa – uwzględniono trwały wzrost przedmiotowych kosztów operacyjnych;
2. wzrostu kosztów zużycia odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych (6M2019/6M2018 +32% tj. +121 tys. zł) ewidencjonowanych na koncie 420-04 na skutek wzrostu ilości wykonywanych badań laboratoryjnych a także rozstrzygnięcia przetargu na początku 2019 r. skutkującego wzrostem cen odczynników - uwzględniono trwały wzrost kosztu operacyjnego;
3. wzrostu kosztów transportowych ewidencjonowanych na koncie 430-02 (w okresie 6M2019/6M2018 +295% +104 tys. zł) oraz w okresie 2018/2017 +324% tj.+140 tys. zł. spowodowany obowiązującą od 1 czerwca 2018 roku do 30 czerwca 2019 roku umową z firmą zewnętrzną na usługi transportowe, co wiązało się z obciążaniem Szpitala znacznymi kosztami gotowości firmy do udzielania świadczeń. Umowa została wypowiedziana przez Szpital z dniem 30 czerwca, od 1 lipca obowiązuje nowa umowa. Koszty ponoszone na podstawie nowej umowy stały się wartościami bazowymi do poczynienia prognoz w okresach późniejszych,

4. wzrostu kosztów Konserwacji i napraw sprzętu medycznego ewidencjonowanych na koncie 430-03 (w okresie 6M2019/6M2018 +57% tj. +112 tys. zł. spowodowany głównie przeglądem pogwarancyjnym tomografu komputerowego (59 tys. zł) i nowo zakupionego sprzętu medycznego zakupionego w latach poprzednich. Na podstawie informacji przekazanych przez Szpital, kształtowanie się wskazanej kategorii kosztów będzie uzależnione od rozstrzygnięcia ogłoszonego przetargu na obsługę konserwacji napraw i przeglądów sprzętu medycznego w tym zwiększonego stanu sprzętu i aparatury medycznej o znaczące zakupy inwestycyjne dokonane w latach 2018-2019 - uwzględniono trwały wzrost kosztu operacyjnego;
  5. wzrostu kosztów Konserwacji i napraw sprzętu niemedycznego ewidencjonowanych na koncie 430-04 (w okresie 6M2019/6M2018 +101% tj. +48 tys. zł) po części spowodowany dodatkowymi naprawami w kwocie 23 tys. zł, mającymi charakter jednorazowy a także z uwagi na zwiększoną liczbę napraw dźwigów i innego sprzętu. W kolejnych latach prognozowanych uwzględniono wzrost wskazanego rodzaju kosztu po uprzedniej redukcji o zdarzenia incydentalne.
  6. spadku kosztów pn. Medyczne innych jednostek opieki zdrowotnej ewidencjonowanych na koncie 430-05 (w okresie 6M2019/6M2018 o -18% tj. -69 tys. zł). Koszty z 6M2019 uznano jako wartość bazową do prognozowania tych kosztów w kolejnych okresach.
- wzrostu kosztów Szkolenia kadr medycznych ewidencjonowanych na koncie 460-03 (w okresie 6M2019/6M2018 +527% tj. +71 tys. zł) spowodowany jest otrzymaniem w bieżącym roku dotacji z PUP na szkolenia pielęgniarek i położnych (34.960 złotych) – koszt jednorazowy - nie uwzględniono w kolejnych latach prognozy.

#### **5.5.1. Założenia przychodowe prognoz finansowych Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej**

W pierwszej kolejności dokonano prognozy wzrostu przychodów netto ze sprzedaży usług medycznych świadczonych w ramach NFZ.

Wartość przychodów netto ze sprzedaży usług medycznych świadczonych w ramach NFZ na 2019 r. (bez środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych) oszacowano na bazie wartości umów pierwotnych i końcowych z NFZ, jakie Szpital posiadał na koniec czerwca 2019 r. w poszczególnych rodzajach. Zgodnie z pierwotnym planem finansowym Szpitala na rok 2019 w kwocie 41,8 mln zł, który stanowił wartość wyjściową do czynienia dalszych kalkulacji.

Dodatkowo założono w II. połowie 2019 r. wzrost przychodów z NFZ, z tytułu:

- + wzrostu poziomu finansowania interny oraz chirurgii (Zarządzenie Nr 39/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej);

zarządzenie weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r., natomiast wzrost poziomu finansowania interny i chirurgii będzie obowiązywał od 1 stycznia 2019 r.);

- + wzrost poziomu finansowania szpitalnego oddziału ratunkowego (Zarządzenie Nr 72/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć);
- + rozszerzenia katalogu świadczeń nielimitowanych - Zarządzenie Nr 37/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r., zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna - w przypadku, gdy wartość wykonanych świadczeń, w zakresie: badania tomografii komputerowej lub w zakresie: badania rezonansu magnetycznego, przekroczy określoną dla nich kwotę zobowiązania Oddziału Funduszu wobec Świadczeniodawcy, na wniosek Świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie – odpowiedniemu zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwoty zobowiązań oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

Zgodnie z § 14 ust. 2 Zarządzenia Nr 39/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli wartość wykonanych świadczeń, o których mowa w ust. 1 paragrafu 14 przedmiotowego Zarządzenia, w tym między innymi:

- o świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy,
- o świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej,
- o świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie rezonansu magnetycznego,

przekroczy kwotę zobowiązania dla danego zakresu, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie, zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych i kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy.

Oba rozporządzenia weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r. Należy mieć na uwadze, że w przypadku Szpitala zgodnie z aktualnym stanem realizowanych świadczeń rozporządzenia wskazane dotyczą jedynie o świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie tomografii komputerowej,

- + wzrostu przychodów z NFZ na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych,

- + założonego wykonania zapłaconych przez NFZ nadlimitów na poziomie analogicznym do wartości historycznych (nadlimity to wykonanie umowy z NFZ powyżej wartości umowy pierwotnej w obszarach poza ryczałtem PSZ).

W wyniku tak przyjętych założeń uzyskano prognozowaną wartość końcową umowy z NFZ na 2019 r. w wysokości 44,5 mln zł (z uwzględnieniem środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych), czyli o ok. 12,0% wyższą od wartości końcowej przychodów ze sprzedaży uzyskanych z NFZ w 2018 r.

Wartość przychodów ze sprzedaży usług medycznych świadczonych w ramach NFZ na kolejne lata prognozy (2020 – 2021) oszacowano w oparciu o Ustawę z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532). Jak już wcześniej wspomniano zakłada ona wzrost nakładów na ochronę zdrowia i osiągnięcie poziomu 6% PKB w 2024 r., przy czym wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023 nie może być niższa niż:

- + 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.
- + 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.
- + 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.

Należy zwrócić uwagę, że wartość produktu krajowego brutto, który wykorzystywany jest do wyliczenia wysokości nakładów, zgodnie z przytoczoną powyżej ustawą, ustalana jest z wykorzystaniem dwóch wartości określonych w Obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 Ustawy z 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, według stanu na 31 sierpnia.

Zgodnie z powyższym przepisem wartość PKB jest ustalana, na potrzeby planowania, na podstawie wartości określonej w Obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego za rok ubiegły. Oznacza to, że podczas prac nad projektem ustawy budżetowej na dany rok budżetowy wykorzystywana jest ostatnia oficjalnie dostępna wartość produktu krajowego brutto wynikająca z obwieszczenia prezesa GUS. Zatem np. w przypadku planowania na rok 2019 przyjęta jest wartość PKB z Obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z 14 maja 2018 r. w sprawie pierwszego szacunku wartości produktu krajowego brutto w 2017 r.

Powyższe oznacza, że dla ustalenia wartości nakładów na ochronę zdrowia na bieżący rok wykorzystywana jest wartość PKB sprzed dwóch lat.

W przypadku spełnienia się prognoz związanych ze wzrostem PKB w roku 2021 (dane Ministerstwa Finansów), wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia w roku 2023 wzrośnie do wartości 134,7 mld zł.

**Tabela 58. Prognozowany wzrost środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia w latach 2019-2023**

Pozycja	F2019	F2020	F2021	F2022	F2023
Planowany % PKB na ochronę zdrowia	4,86%	5,03%	5,30%	5,55%	5,80%
Wartość środków na ochronę zdrowia [mld zł]	97,60	104,78	114,83	124,69	134,74
Wzrost rok do roku	8,81%	7,36%	9,58%	8,59%	8,06%

źródło: opracowanie własne na bazie danych Ministerstwa Finansów, Ministerstwa Zdrowia oraz projekcie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

W związku jednak z pojawiającymi wątpliwościami w zakresie realizacji finansowania ochrony zdrowia na poziomie wynikającym ze wspomnianej ustawy, biorąc pod uwagę między innymi fakt, że w planie finansowym NFZ na rok 2020 z Budżetu Państwa nie założono żadnych środków pieniężnych, przyjęto ostrożnościowo wskaźnik 75% zakładanego poziomu finansowania ochrony zdrowia.

Biorąc pod uwagę powyższe oraz zakładając, że w tym samym stopniu co nakłady na ochronę zdrowia będą wzrastać przychody szpitali z tytułu umów z NFZ (a nie wycena poszczególnych procedur, co byłoby zdecydowanie korzystniejsze dla szpitali), założono następujące wzrosty przychodów ze sprzedaży w ramach umów z NFZ przez Szpital w pozostałych latach prognozy 2020 – 2021 rok do roku:

- + 5,5% w 2020 roku (jako 75% z 7,4%),
- + 7,2% w 2021 roku (jako 75% z 9,6%),

W tym miejscu należy wspomnieć, że przedstawione wzrosty przychodów netto ze sprzedaży w ramach NFZ przez Szpital w latach prognozy 2019 – 2021 rok do roku uwzględniają wartość środków pieniężnych z NFZ na sfinansowanie ustawowego wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, położnych oraz pracowników ratownictwa medycznego. W związku z tym bezwzględne wzrosty przychodów ze sprzedaży wyłącznie usług medycznych świadczonych w ramach NFZ będą wzrastać o mniej aniżeli poziomy podane w przywołanej ustawie.

Wzrost przychodów ze sprzedaży generowanych przez pomocnicze komórki medyczne na rzecz innych podmiotów leczniczych założono na poziomie 5,0% rok do roku w całym okresie prognozy.

Wzrost pozostałych przychodów ze sprzedaży generowanych przez Szpital, czyli przychody ze sprzedaży usług niemedyceńskich, założono w całym okresie prognozy lat 2019 – 2021 na poziomie 3% rok do roku.

#### **5.5.2. Założenia kosztowe prognoz finansowych Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej**

Prognozy kosztów działalności operacyjnej na okres prognozy lat 2019 – 2021 dokonano w oparciu o ich rodzaj, w podziale na koszty o charakterze stałym i zmiennym. Bazą do kalkulacji kosztów

działalności operacyjnej w okresie prognozy lat 2019 – 2021 była ich wartość osiągnięta przez Szpital w 2018 r., skorygowana:

- + w przypadku kosztów o charakterze stałym - o odpowiednie wskaźniki wzrostu,
- + w przypadku kosztów o charakterze zmiennym - oprócz ich powiększenia w ujęciu rok do roku o przyjęty wskaźnik wzrostu – wartość ich udziału w przychodach ze sprzedaży na bazie wartości tego udziału zgodnie ze znormalizowanymi wynikami finansowymi dla roku 2018.

Wskaźnik wzrostu poszczególnych rodzajów kosztów działalności operacyjnej przyjęto na podstawie danych Narodowego Banku Polskiego, zgodnie z którymi:

- + tempo wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych w 2019 r. wyniesie 2,7% i przy malejącym wkładzie inflacji cen energii i żywności osiągnie 2,5% w latach 2020 i 2021, w skali rok do roku;
- + tempo wzrostu wynagrodzeń w latach 2020 - 2021 wyniesie 5,8 proc. w skali rok do roku.

Tym samym do prognozy wartości wzrostu kosztów działalności operacyjnej takich jak:

- + zużycie materiałów i energii,
- + usługi obce o charakterze nieosobowym,
- + podatki i opłaty,
- + pozostałe koszty rodzajowe,

przyjęto wskaźnik wzrostu na poziomie 2,7% rok do roku dla 2020 r. oraz 2,5% dla roku 2021, zarówno dla kosztów o charakterze stałym i zmiennym.

Z kolei dla prognozy wzrostu wartości kosztów osobowych, czyli kosztów wynagrodzeń oraz kosztów usług obcych osobowych przyjęto:

- + w roku 2019, zarówno dla kosztów osobowych o charakterze stałym, jak i zmiennym, na podstawie analizy okresów historycznych tj. 8M2019 i 8M2018 bez uwzględniania wpływu wzrostu wynagrodzeń ze środków NFZ oszacowano na poziomie 8,9%
- + w dalszych okresach tj. lata 2020-2021 zarówno dla kosztów osobowych o charakterze stałym, jak i zmiennym na równym poziomie: 5,8%,

Dodatkowo na podstawie przeprowadzonej analizy benchmarkowej założono:

1. począwszy od 2020 r. redukcję kosztów zużycia materiałów i energii, tak aby w perspektywie do końca 2023 r. udział ustandaryzowanych kosztów zużycia materiałów i energii w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży osiągnął skalkulowany poziom optymalny dla Szpitala, czyli 15,35% z uwagi na fakt, że w przypadku braku podjęcia działań restrukturyzacyjnych wskaźnik ten na koniec 2023 r. wyniesie wg prognoz 20,17%.

W związku z powyższym założono redukcję ww. wskaźnika do poziomu:

- + 18,49% na koniec 2020 r. (o 35% całkowitej – założonej do końca 2023 r. - wartości redukcji wskaźnika),
  - + 16,80% na koniec 2021 r. (o 35% całkowitej – założonej do końca 2023 r. - wartości redukcji wskaźnika),
2. począwszy od 2020 r. redukcję kosztów podatków i opłat zgodnie z rekomendowanymi do wdrożenia działaniami w tym obszarze, w szczególności związanymi z działalnością operacyjną Szpitala, tak aby w perspektywie do końca 2023 r. udział ustandaryzowanych kosztów podatków i opłat w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży osiągnął skalkulowany poziom optymalny dla Szpitala, czyli 0,67%, z uwagi na fakt, że w przypadku braku podjęcia działań restrukturyzacyjnych wskaźnik ten na koniec 2023 r. wyniesie 0,84%

W związku z powyższym założono redukcję ww. wskaźnika do poziomu:

- + 0,78% na koniec 2020 r. tj. o 35% całkowitej – założonej do końca 2023 r. - wartości redukcji,
- + 0,72% na koniec 2021 r. tj. o 35% całkowitej – założonej do końca 2023 r. - wartości redukcji.

### **5.5.3. Założone nakłady inwestycyjne prognoz finansowych Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej wraz ze wskazaniem potencjalnych źródeł ich finansowania**

Niezbędne nakłady inwestycyjne każdego podmiotu leczniczego można podzielić na:

- + nakłady inwestycyjne dostosowujące, posiadaną przez Szpital infrastrukturę podmiotu leczniczego do przepisów określonych prawem,
- + nakłady inwestycyjne odtworzeniowe – obejmujące swym zakresem inwestycje związane z odtworzeniem infrastruktury zużytej technicznie i/lub technologicznie,
- + nakłady inwestycyjne rozwojowe – dotyczące inwestycji związanych z planowanym utworzeniem nowych obszarów działalności podmiotu leczniczego.

W poniższych tabelach przedstawiono uwzględniony w prognozach finansowych plan inwestycyjny Szpitala na lata 2019-2021 w zakresie:

- + infrastruktury budowlanej,
- + sprzętu i aparatury medycznej oraz wyposażenia pomieszczeń,
- + infrastruktury IT.

**Tabela 59. Plan inwestycyjny Szpitala na lata 2019-2021w zakresie infrastruktury budowlanej [mln zł]**

Inwestycja	Wartość 2019 - 2021	Realizacja	Stan	H2 2019		2020		2021	
				dotacje	środki własne	dotacje	środki własne	dotacje	środki własne
Zakup systemów i sprzętu informatycznego na potrzeby bieżące zasilania Szpitala w wodę	0,06	2019 r.	0%		0,06				
Modernizacja sprzętu medycznego	0,06	I poł 2019 r.	100%						
Wydatki inwestycyjne na wyposażenie	0,06	I poł 2019 r.	100%						
Zakup sprzętu medycznego	0,37	2019 r.	59%	0,12	0,02				
Wydatki inwestycyjne na rozbudowę i modernizację obiektów Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem - Etap IV <sup>3</sup>	24,3	2018-2023	4%			5,0	2,0	9,0	3,0
„Poprawa jakości i dostępności do usług medycznych dla Szpitala Ogólnego w Wysokiem Mazowieckiem poprzez remont i doposażenie jednostek szpitala” - (doposażenie oddz. urazowo-ortopedycznego i poradni ; oddziału chorób wewnętrznych i poradni gruźlicy i chorób płuc ; działu rehabilitacji ; dostosowanie pomieszczeń na Dzienny Ośrodek Rehabilitacji). WND.RPPD.08.04.01-20-0041/18 - termin realizacji do 30.06.2019 roku.	2,4	2018-2019	53%	1,7	0,3	0,78	0,30		

<sup>3</sup> W ramach przedmiotowej inwestycji zaplanowano również wydatki inwestycyjne poza okresem szczegółowej prognozy tj. po 2021 r. w kwocie 5,4 mln zł.



Inwestycja	Wartość 2019 - 2021	Realizacja	Stan	H2.2019		2020		2021	
				dotacje	środki własne	dotacje	środki własne	dotacje	środki własne
Remont i adaptacja pracowni rehabilitacji wraz z utworzeniem dziennego ośrodka rehabilitacji - roboty budowlane	1,99	2018-2019	100%						
Zakup sprzętu i aparatury medycznej z zakresu kardiologii wraz z montażem	3,53	2019	98%	0,07	0,01				
Realizacja projekt pn:" Dofinansowanie zakupu sprzętu medycznego dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego w Szpitalu Ogólnym w Wysokiem Mazowieckiem " - nr POIS.09.01.00-00-0326/18 (sprzęt pediatryczny)- termin realizacji do 30.06.2019 r	0,46	2019	77%	0,09	0,01				
Modernizacja instalacji grzewczo-wentylacyjnych w ramach programu poprawy efektywności energetycznej w Szpitalu w Ciechanowcu	2,5	2019	2%	2,13	0,31				
Zamienne projekty wykonawcze modernizacji szpitala do projektu budowlanego - 19/01/ZA/00083	0,05	2019	100%						
Wykonanie projektu wykonawczego kotłowni opartej na pompie ciepła i kotle olejowym w budynku zakładu opiekuńczo-leczniczego w Ciechanowcu	0,01	2019	100%						

Inwestycja	Wartość 2019 - 2021	Realizacja	Stan	H2 2019		2020		2021	
				dotacje	środki własne	dotacje	środki własne	dotacje	środki własne
Wyrys działki 2340 Szpital w Ciechanowcu do projektu	0,001	2019	100%						
Instalacja Fotowoltaiczna w Szpitalu w Wysokiem Mazowieckiem	2,0			1,70	0,30				
<b>Razem</b>	<b>34,20</b>		<b>19,4 %</b>	<b>7,28</b>	<b>1,28</b>	<b>5,00</b>	<b>2,00</b>	<b>9,00</b>	<b>3,00</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższych tabel – opracowanych na bazie danych przekazanych przez Szpital - łączna wartość niezbędnych inwestycji, jakie powinny być zrealizowane w Szpitalu w latach 2019 – 2021 szacowana jest na kwotę ok. 34,20 mln zł, przy czym do końca czerwca 2019 r. z ww. kwoty zrealizowano już inwestycje o wartości ok. 6,6 mln zł (19,4%) co oznacza, że wartość niezbędnych inwestycji, jakie powinny być zrealizowane w Szpitalu w okresie lipiec 2019 – grudzień 2021 wynosi ok. 27,57 mln zł, w tym:

- + ok. 6,3 mln zł to inwestycje zaplanowane do sfinansowania ze środków własnych Szpitala,
- + ok. 21,3 mln zł to inwestycje zaplanowane do sfinansowania z otrzymanych przez Szpital dotacji.

Struktura planowanych przez Szpital w okresie od II. półrocza 2019 r. do 2021 r. wydatków według rodzaju inwestycji przedstawia się następująco:

- + inwestycje w infrastrukturę budowlaną – ok. 23,4 mln zł, z czego ok. 5,6 mln zł ze środków własnych Szpitala,
- + inwestycje w sprzęt i aparaturę medyczną – ok. 4,1 mln zł, z czego ok. 0,6 mln zł ze środków własnych Szpitala,
- + inwestycje w infrastrukturę IT – ok. 0,06 mln zł, z czego całość ze środków własnych.

#### **5.5.4. Założone źródła finansowania działań restrukturyzacyjnych Szpitala w okresie kolejnych 3 lat działalności operacyjnej**

W świetle wcześniej zaprezentowanych założeń dotyczących nakładów inwestycyjnych należy wskazać na konieczność dysponowania przez Szpital kwotą 34,2 mln zł z czego 6,63 mln zł zostało już wydatkowane przez Szpital do dnia 30.06.2019 r., co oznacza, że w okresie prognozy tj. od II poł. 2019 r. do końca 2021 Szpital dysponować powinien łącznie środkami pieniężnymi w kwocie 27,57 mln zł (w tym 6,3 mln zł ze środków własnych). Należy zaznaczyć, że w związku z ograniczonymi możliwościami Szpitala w zakresie dysponowania środkami pieniężnymi, środki stanowiące wkład własny Szpitala w planowanych inwestycjach będą musiały pochodzić z finansowania obcego.

Ponadto, oprócz konieczności sfinansowania wspomnianych nakładów inwestycyjnych Szpital, celem wdrożenia rekomendowanych działań restrukturyzacyjnych potrzebował będzie finansowania swojego procesu naprawczego zarówno celem nieprzerwanej jego realizacji jak również posiadania bieżącej płynności finansowej. Wysokość wymaganego finansowania w tym zakresie wynika z deficytowej (ujemny wynik na sprzedaży) działalności podstawowej Szpitala, a także konieczności redukcji zobowiązań wymagalnych przede wszystkim z tytułu dostaw i usług.

Zgodnie z powyższym – przyjętymi do założeń prezentowanych prognoz finansowych na lata 2019 – 2021 źródłami finansowania będą:

- + procedowany przez Szpital kredyt długoterminowy w kwocie 6 mln zł, którego wpływ w ramach prognoz finansowych założono począwszy od II poł. 2020, oraz wydatki i koszty w formie spłaty począwszy od lipca 2020 r. w przypadku rat odsetkowych oraz po okresie 3-letniej karencji w zakresie rat kapitałowych),
- + procedowany kredyt obrotowy w kwocie 0,6 mln zł przeznaczony na pokrycie bieżących zobowiązań, którego wykorzystanie zgodnie z informacjami przekazanymi przez Szpital założono w grudniu 2019 r., spłatę rat odsetkowych od grudnia 2019 r., natomiast spłatę rat kapitałowych od stycznia 2020 r.
- + zwiększenie limitu na rachunku bieżącym z kwoty 0,9 mln zł według stanu na 31 grudnia 2018 r. do maksymalnej wartości 2,1 mln zł.
- + dotacja od Podmiotu Tworzącego w kwocie 6 mln zł, związana z inwestycją w rozbudowę budynku Szpitala, której wpływ uzależniony jest od przyjętego harmonogramu planu inwestycyjnego Szpitala tj. rozłożony w latach 2020-2022;
- + dotacja ze środków Skarbu Państwa w kwocie 12 mln zł, związana z inwestycją w rozbudowę budynku Szpitala, której wpływ uzależniony jest od przyjętego harmonogramu planu inwestycyjnego Szpitala tj. rozłożony w latach 2020-2022;

Z drugiej strony istotne znaczenie w prezentowanych prognozach finansowych Szpitala na lata 2019 – 2021 ma art. 59 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654) zgodnie z którym:

**[Art. 59.]**

1. Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt. 1<sup>4</sup>.
2. Podmiot tworzący jest obowiązany w terminie:
  - 1) 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta zgodnie z ust. 1, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo
  - 2) 12 miesięcy od upływu terminu określonego w pkt. 1 wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta w sposób określony w ust. 1 oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną.

---

<sup>4</sup> Art. 57 ust. 2 pkt. 1. „Fundusz zakładu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej zmniejsza się o stratę netto”

3. Strata netto i koszty amortyzacji, o których mowa w ust. 2, dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.

Zgodnie z powyższym, jeżeli Szpital nie będzie zdolny do samodzielnego pokrycia straty netto w sposób określony art. 57 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 nr 112 poz. 654) Podmiot Tworzący jest zobowiązany w terminie 9 miesięcy od terminu zatwierdzenia sprawozdania finansowego Szpitala pokryć jego stratę netto skorygowaną o wartość kosztów amortyzacji.

Według danych finansowych za rok 2018 strata netto Szpitala wyniosła -1,8 mln zł a wartość kosztów amortyzacji 3,2 mln zł. Jednocześnie kapitał zapasowy według stanu na 31 grudnia 2018 r. wynosi 16,8 mln zł – tym samym Szpital ma możliwość pokrycia swojej straty netto z roku 2018.

Podobnie, zgodnie z poczynionymi prognozami finansowymi, straty netto Szpitala na koniec kolejnych lat prognozy tj. w 2019 r. -1,7 mln zł przy prognozowanej wartości amortyzacji na poziomie 4,7 mln zł, w 2020 r. na poziomie -2,2 mln zł (amortyzacja – 3,5 mln zł), w 2021 r. na poziomie -1,0 mln zł (amortyzacja – 3,8 mln zł).

Wobec relatywnie wysokich stanów kapitału zapasowego i możliwości pokrycia wskazanych strat przez Szpital z kapitału zapasowego, w kolejnych latach prognozy również nie będzie zachodziła konieczność pokrywania powstałych strat przez Podmiot Tworzący.

Podstawowym jednak źródłem finansowania działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych Szpitala w celu zachowania bieżącej płynności finansowej przy jednoczesnej realizacji założonych nakładów inwestycyjnych oraz realizacji działań naprawczych, jest procedowany długoterminowy kredyt inwestycyjny na poziomie 6,0 mln zł (wpływ w II poł. 2020 r.), dotacje ze środków Skarbu Państwa w kwocie 12 mln zł, dotacje od Podmiotu Tworzącego w kwocie 6 mln zł, zwiększenie limitu kredytu na rachunku bieżącym do wartości 2,1 mln zł oraz pozyskanie kredytu obrotowego w wysokości 0,6 mln zł (wpływ w grudniu 2019 r.).

Główne parametry kredytu inwestycyjnego oraz kredytu obrotowego przyjęte w prezentowanych prognozach finansowych Szpitala zaprezentowano w tabelach poniżej.

**Tabela 60. Parametry pozyskanego inwestycyjnego pozyskiwanego przez Szpitala na realizację działań inwestycyjnych**

Pozycja	Wartość
Sumaryczna kwota kredytu	6 000 000 zł
Oprocentowanie roczne	WIBOR 1M + marża 0,98%
Prowizja bankowa [w sumie]	-
Moment zaciągnięcia kredytu	II poł 2019

Pozycja	Wartość
Okres kredytowania	10 lat / 120 miesięcy
Okres karencji w spłacie	3 lata

źródło: opracowanie własne

**Tabela 61. Parametry założonego kredytu obrotowego na realizację działań restrukturyzacyjnych**

Pozycja	Wartość
Sumaryczna kwota kredytu	600 000 zł
Oprocentowanie roczne	WIBOR 1M + marża 0,9%
Prowizja bankowa [w sumie]	-
Moment zaciągnięcia pożyczki	grudzień 2019
Okres kredytowania	3 lata / 36 miesięcy
Moment spłaty	Spłata odsetek od miesiąca wykorzystania kredytu, tj. od grudnia 2019 roku; Spłata rat kapitałowych od 5 stycznia 2020 roku w 34 ratach, tj. do 05.10.2022 roku – miesięcznie 17 647,06 złotych

źródło: opracowanie własne

Ponadto, w poczynionych prognozach założono, że zwiększone wykorzystanie środków na rachunku bieżącym o którym wspomniano powyżej tj. do kwoty 2,1 mln zł nastąpi do połowy 2020 r. po czym nastąpi spłata tychże środków. Łączne oprocentowanie środków zgodnie z informacjami pozyskanymi od Szpitala dla tych środków założono na poziomie 2,44% w skali roku.

#### 5.5.5. Prognozowany rachunek wyników Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej

W poniższej tabeli przedstawiono prognozowany rachunek wyników Szpitala na 3 kolejne lata działalności operacyjnej (lata 2019 – 2021), odzwierciedlający przedstawione wcześniej założenia o charakterze finansowym i restrukturyzacyjnym, z uwzględnieniem przede wszystkim zaprezentowanych:

- + założeń o charakterze przychodowym,
- + założeń o charakterze kosztowym,
- + założeń związanych z wyłączeniem zidentyfikowanych w roku 2018 zdarzeń finansowych o charakterze jednorazowym oraz mających charakter stały w zakresie kształtowania się przychodów ze sprzedaży lub kosztów działalności operacyjnej w kolejnych latach,
- + założeń w zakresie korekt benchmarkowych,
- + założeń dotyczących uwzględnionych nakładów inwestycyjnych w zakresie kosztów ich amortyzacji,

- + założeń w zakresie obsługi zobowiązań finansowych (koszty finansowe) z tytułu zewnętrznych źródeł finansowania o charakterze dłużnym.

Jak wynika z tabeli zamieszczonej poniżej, przychody ze sprzedaży Szpitala w okresie prognozy (lata 2019-2021) zgodnie z przyjętymi założeniami będą charakteryzować się wzrostami, które średniorocznie w relacji do lat ubiegłych wynosić będą ok. +9,0%. W pierwszym roku prognozy (2019) przychody ze sprzedaży, zgodnie z przyjętymi założeniami, wyniosą ok. 46,5 mln zł (+12,0% do wartości ok. 41,5 mln zł z 2018 r.) a w ostatnim roku objętym prognozą (2021) mają osiągnąć poziom ok. 53,8 mln zł, co oznacza wzrost na przestrzeni całego okresu prognozy (2021 r. w porównaniu do 2019 r.) na poziomie ok. +15,7% (średnioroczne tempo wzrostu przychodów ze sprzedaży na poziomie ok. +7,6%). Przewidywanym wzrostom przychodów ze sprzedaży w latach 2019-2021 towarzyszyć będzie względnie stała struktura, co oznacza, że w każdym z lat prognozy, przychody ze sprzedaży usług medycznych stanowią będą średnio ok. 99,2% przychodów ze sprzedaży ogółem.

Na przestrzeni całego okresu prognozy (2021 r. w porównaniu do 2019 r.) koszty działalności operacyjnej według przyjętych założeń wzrosną o ok. +11,5% (średniorocznie tempo wzrostu kosztów działalności operacyjnej na poziomie ok. +5,6%). W pierwszym roku objętym prognozą (2019) przewiduje się wzrost wartości kosztów działalności operacyjnej o ok. +12,0% w porównaniu do roku 2018. W kolejnych latach (2020 – 2021) zgodnie z przyjętymi założeniami przewiduje się średnioroczny wzrost kosztów działalności operacyjnej na poziomie ok. + 5,6%.

**Tabela 62. Prognozowany rachunek wyników Szpitala na lata 2019– 2021**

Pozycja	F2019	F2020	F2021
<b>Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi</b>	<b>46 487 000</b>	<b>50 241 000</b>	<b>53 791 000</b>
<b>Przychody netto ze sprzedaży produktów</b>	<b>46 486 000</b>	<b>50 241 000</b>	<b>53 790 000</b>
Przychody netto ze sprzedaży usług medycznych	46 108 000	49 851 000	53 389 000
Przychody ze sprzedaży usług niemedycznych	378 000	390 000	401 000
<b>Zmiana stanu produktów</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Przychody netto ze sprzedaży towarów</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Koszty działalności operacyjnej</b>	<b>50 288 000</b>	<b>53 766 000</b>	<b>56 048 000</b>
Amortyzacja	4 713 000	3 545 000	3 765 000
Zużycie materiałów i energii	7 917 000	8 540 000	8 352 000
Usługi obce	13 249 000	15 067 000	16 012 000
Podatki i opłaty	431 000	362 000	359 000
Wynagrodzenia	19 602 000	21 475 000	22 548 000
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	4 140 000	4 536 000	4 763 000
Pozostałe koszty rodzajowe	235 000	242 000	248 000
Wartość sprzedanych towarów w cenach zakupu	0	0	0

Pozycja	F2019	F2020	F2021
Koszty wytworzenia produktów na potrzeby własne + rezerwa na świadczenia pracownicze	0	0	0
<b>Zysk (strata) ze sprzedaży</b>	<b>-3 802 000</b>	<b>-3 525 000</b>	<b>-2 257 000</b>
<i>marża sprzedaży</i>	<i>-8,18%</i>	<i>-7,02%</i>	<i>-4,20%</i>
<b>Zysk (strata) ze sprzedaży + amortyzacja</b>	<b>912 000</b>	<b>20 000</b>	<b>1 507 000</b>
<i>marża sprzedaży po amortyzacji</i>	<i>1,96%</i>	<i>0,04%</i>	<i>2,80%</i>
<b>Pozostałe przychody operacyjne</b>	<b>2 266 000</b>	<b>1 608 000</b>	<b>1 558 000</b>
Zyski ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0
Dotacje	2 212 000	1 554 000	1 493 000
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0
Inne przychody operacyjne	54 000	54 000	65 000
<b>Pozostałe koszty operacyjne</b>	<b>156 000</b>	<b>156 000</b>	<b>156 000</b>
Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0
Inne koszty operacyjne	156 000	156 000	156 000
<b>Zysk (strata) z działalności operacyjnej</b>	<b>-1 692 000</b>	<b>-2 074 000</b>	<b>-856 000</b>
<i>marża EBIT</i>	<i>-3,64%</i>	<i>-4,13%</i>	<i>-1,59%</i>
<b>EBITDA</b>	<b>3 022 000</b>	<b>1 471 000</b>	<b>2 909 000</b>
<i>marża EBITDA</i>	<i>6,50%</i>	<i>2,93%</i>	<i>5,41%</i>
<b>Przychody finansowe</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0
Odsetki	0	0	0
Zysk ze zbycia inwestycji	0	0	0
Aktualizacja wartości inwestycji	0	0	0
Inne	0	0	0
<b>Koszty finansowe</b>	<b>40 000</b>	<b>117 000</b>	<b>164 000</b>
Odsetki, w tym:	40 000	117 000	164 000
Aktualizacja wartości inwestycji	0	0	0
Inne	0	0	0
<b>Zysk (strata) z działalności gospodarczej</b>	<b>-1 731 000</b>	<b>-2 190 000</b>	<b>-1 020 000</b>
Wynik zdarzeń nadzwyczajnych	0	0	0
<b>Zysk (strata) brutto</b>	<b>-1 731 000</b>	<b>-2 190 000</b>	<b>-1 020 000</b>
<i>rentowność brutto</i>	<i>-3,72%</i>	<i>-4,36%</i>	<i>-1,90%</i>
Podatek dochodowy	0	0	0
Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku	0	0	0
<b>Zysk netto</b>	<b>-1 731 000</b>	<b>-2 190 000</b>	<b>-1 020 000</b>



Pozycja	F2019	F2020	F2021
<i>rentowność netto</i>	-3,72%	-4,36%	-1,90%
<b>Zysk netto + amortyzacja</b>	<b>2 982 000</b>	<b>1 354 000</b>	<b>2 745 000</b>

źródło: opracowanie własne

Prognozowana zmiana kosztów działalności operacyjnej oznaczać będzie nominalny wzrost ich wartości z poziomu ok. 44,9 mln zł w roku 2018 do ok. 56,0 mln zł w roku 2021. Udział kosztów działalności ze sprzedaży w przychodach ze sprzedaży na przestrzeni lat objętych prognozą spadnie ze 108,2% w roku 2018 do 104,2% w roku 2021. Pod względem istotności, zdecydowanie najważniejszym kosztem działalności operacyjnej Szpitala będą wynagrodzenia, które w okresie prognozy odpowiadać będą zgodnie z przyjętymi założeniami średnio za 42,2% ich sumarycznej wartości.

W związku z niższą dynamiką wzrostów kosztów działalności operacyjnej aniżeli przychodów ze sprzedaży w kolejnych latach prognozy (o ok. 4,3 punkty procentowe w związku ze średniorocznym wzrostem kosztów działalności operacyjnej na poziomie 11,5% w porównaniu do średniorocznego wzrostu przychodów ze sprzedaży na poziomie 15,7% dla całego okresu prognozy), Szpital zgodnie z przyjętymi założeniami sukcesywnie osiągać będzie lepszy wynik ze sprzedaży. Wprawdzie w całym okresie prognozy Szpital wykazywać będzie stratę na sprzedaży, to jednak należy zwrócić uwagę, że jej poziom będzie ulegał redukcjom. O ile w latach 2019 - 2020 prognozuje się wygenerowanie straty ze sprzedaży na podobnym poziomie jak w 2018 r. (w średniej wysokości ok. -3,7 mln zł z marżą na poziomie -7% do -8%) to w ostatnim roku prognozy (2021), przewidywana strata na sprzedaży wyniesie ok. -2,3 mln zł (marża na poziomie -4,2%).

Pozostałe przychody operacyjne zgodnie z przyjętymi założeniami wyniosą w 2019 r. ok. 2,3 mln zł, aby w kolejnych latach prognozy (2020-2021) osiągać średni poziom ok. 1,6 mln zł. W analogicznym okresie prognozy pozostałe koszty działalności operacyjnej według przyjętych założeń cechować się będą stałością i kształtować się rocznie na poziomie ok. 156 tys. zł. Utrzymująca się zgodnie z przyjętymi założeniami nadwyżka pozostałych przychodów nad pozostałymi kosztami operacyjnymi wpłynie na poprawę kolejnego poziomu wyniku tj. wyniku z działalności operacyjnej (EBIT) w stosunku do wyniku ze sprzedaży. EBIT Szpitala w ostatnim roku prognozy (2021) osiągnie zgodnie z przyjętymi założeniami poziom ok. -856 tys. zł.

W latach objętych prognozą nie przewiduje się generowania przez Szpital zgodnie z przyjętymi założeniami przychodów finansowych. Zakłada się z kolei generowanie kosztów o charakterze finansowym, które wynikać będą z obsługi planowanego zadłużenia (kredyt inwestycyjny i kredyt obrotowy). Planowana restrukturyzacja finansowa zgodnie z przyjętymi źródłami jej finansowania przyczyni się do tymczasowego wzrostu kosztów finansowych (odsetki) z poziomu ok. 40 tys. zł w roku 2019 do ok. 164 tys. zł w roku 2021. Wobec tak kształtujących się przychodów i kosztów finansowych oraz neutralnym wyniku w sferze zdarzeń nadzwyczajnych, wynik z działalności gospodarczej będzie

równy wynikowi brutto, i również ulegać będzie systematycznej poprawie w kolejnych latach prognozy z poziomu ok. -1,9 mln zł w roku w 2018 roku do ok. -1,0 mln zł w roku 2021.

Tak kształtujące się kolejne poziomy wynikowe Szpitala, przyczynią się do generowania straty netto w latach 2019-2021, odpowiednio o wartości ok. -1,7 mln zł, ok. -2,2 mln zł oraz ok. -1,0 mln zł. W kolejnych latach należy spodziewać się polepszenia sytuacji finansowej Szpitala i przywrócenia rentowności, co będzie odzwierciedleniem wdrożenia w pełni rekomendowanych niniejszym programem naprawczym działań restrukturyzacyjnych działalność Szpitala.

#### 5.5.6. Prognozowany bilans Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej

Poniższa tabela prezentuje prognozowany bilans Szpitala na 3 kolejne lata działalności operacyjnej, odzwierciedlający przedstawione wcześniej założenia o charakterze finansowym, restrukturyzacyjnym i inwestycyjnym, z uwzględnieniem przede wszystkim zaprezentowanych:

- + założeń dotyczących uwzględnionych nakładów inwestycyjnych w zakresie ewidencji ich po stronie aktywów Szpitala,
- + założeń w zakresie zaciągniętych zobowiązań finansowych z tytułu zewnętrznych źródeł finansowania o charakterze dłużnym w zakresie ewidencji ich po stronie pasywów Szpitala,

Zgodnie z danymi zamieszczonymi w poniższej tabeli, w okresie prognozy suma bilansowa Szpitala wzrośnie według przyjętych założeń z poziomu ok. 50,6 mln na koniec 2018 roku do wartości ok. 72,6 mln zł na koniec roku 2021. Po stronie aktywów wskazany wzrost związany będzie przede wszystkim ze wzrostem wartości rzeczowych aktywów trwałych, będących rezultatem realizacji opisywanego wcześniej planu inwestycyjnego Szpitala z uwzględnieniem naturalnego ich umorzenia. Wartość środków trwałych (w tym w budowie) na koniec 2018 wynosiła ok. 44,8 mln zł, natomiast w ostatnim dniu prognozy (31.12.2021) ma zgodnie z przyjętymi założeniami osiągnąć wartość ok. 67,1 mln zł.

Do nieznacznych wzrostów wartości w okresie prognozy dojdzie również po stronie aktywów obrotowych, które zgodnie z przyjętymi założeniami wzrosną z poziomu ok. 5,35 mln zł (31.12.2019) do ok. 5,38 mln zł w ostatnim dniu prognozy (31.12.2021). Wskazany wzrost będzie wynikową utrzymania się wartości należności krótkoterminowych (na poziomie 4,5 mln zł) oraz wzrostu wartości środków pieniężnych w kasie i na rachunkach bankowych Szpitala (z poziomu ok. 174 tys. zł na koniec 2019 r. do ok. 322 tys. zł na koniec 2021 r.).

**Tabela 63. Prognozowany bilans Szpitala na lata 2019 – 2021**

Pozycja	F31.12.2019	F31.12.2020	F31.12.2021
	[w zł]	[w zł]	[w zł]
<b>A. Aktywa trwałe</b>	<b>55 482 000</b>	<b>58 937 000</b>	<b>67 172 000</b>
<b>I. Wartości niematerialne i prawne</b>	<b>81 000</b>	<b>51 000</b>	<b>51 000</b>
1. Koszty zakończonych prac rozwojowych	0	0	0

Pozycja	F31.12.2019	F31.12.2020	F31.12.2021
	[w zł]	[w zł]	[w zł]
2. Wartość firmy	0	0	0
3. Inne wartości niematerialne i prawne	81 000	51 000	51 000
4. Zaliczki na wartości niematerialne i prawne	0	0	0
<b>II. Rzeczowe aktywa trwałe</b>	<b>55 400 000</b>	<b>58 886 000</b>	<b>67 121 000</b>
1. Środki trwałe	54 025 000	50 511 000	48 121 000
2. Środki trwałe w budowie	1 375 000	8 375 000	19 000 000
3. Zaliczki na środki trwałe w budowie	0	0	0
<b>III. Należności długoterminowe</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>V. Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1. Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	0	0	0
2. Inne rozliczenia międzyokresowe	0	0	0
<b>B. Aktywa obrotowe</b>	<b>5 351 000</b>	<b>6 307 000</b>	<b>5 378 000</b>
<b>I. Zapasy</b>	<b>607 000</b>	<b>608 000</b>	<b>549 000</b>
1. Materiały	607 000	608 000	549 000
2. Półprodukty i produkty w toku	0	0	0
3. Produkty gotowe	0	0	0
4. Towary	0	0	0
5. Zaliczki na poczet dostaw	0	0	0
<b>II. Należności krótkoterminowe</b>	<b>4 532 000</b>	<b>4 565 000</b>	<b>4 469 000</b>
1. Należności od jednostek powiązanych [do 12 miesięcy]	0	0	0
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	0	0	0
b) inne	0	0	0
2. Należności od pozostałych jednostek	4 532 000	4 565 000	4 469 000
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	3 821 000	3 854 000	3 758 000
- do 12 miesięcy	3 821 000	3 854 000	3 758 000
- powyżej 12 miesięcy	0	0	0
b) z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych	0	0	0
c) inne	711 000	711 000	711 000
d) dochodzone na drodze sądowej	0	0	0
<b>III. Inwestycje krótkoterminowe</b>	<b>174 000</b>	<b>1 096 000</b>	<b>322 000</b>
1. Krótkoterminowe aktywa finansowe	174 000	1 096 000	322 000
a) w jednostkach powiązanych	0	0	0
b) w pozostałych jednostkach	0	0	0
c) środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	174 000	1 096 000	322 000

Pozycja	F31.12.2019	F31.12.2020	F31.12.2021
	[w zł]	[w zł]	[w zł]
2. Inne inwestycje krótkoterminowe	0	0	0
<b>IV. Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe</b>	<b>38 000</b>	<b>38 000</b>	<b>38 000</b>
<b>Aktywa razem</b>	<b>60 833 000</b>	<b>65 244 000</b>	<b>72 550 000</b>
<b>PASYWA</b>			
<b>A. Kapitał (fundusz) własny</b>	<b>22 952 000</b>	<b>20 762 000</b>	<b>19 742 000</b>
I. Kapitał (fundusz) podstawowy	9 799 000	9 799 000	9 799 000
II. Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wartość ujemna)	0	0	0
III. Udziały (akcje) własne (wartość ujemna)	0	0	0
IV. Kapitał (fundusz) zapasowy	14 885 000	13 153 000	10 963 000
V. Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	0	0	0
VI. Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	0	0	0
VII. Zysk (strata) z lat ubiegłych	0	0	0
VIII. Zysk (strata) netto	-1 731 000	-2 190 000	-1 020 000
IX. Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego	0	0	0
<b>B. Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania</b>	<b>37 881 000</b>	<b>44 482 000</b>	<b>52 808 000</b>
<b>I. Rezerwy na zobowiązania</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1. Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	0	0	0
2. Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	0	0	0
3. Pozostałe rezerwy	0	0	0
<b>II. Zobowiązania długoterminowe</b>	<b>0</b>	<b>6 000 000</b>	<b>6 000 000</b>
1. Wobec jednostek powiązanych	0	0	0
2. Wobec pozostałych jednostek	0	6 000 000	6 000 000
a) kredyty i pożyczki	0	0	0
b) kredyt konsolidacyjny (restrukturyzacyjny)	0	6 000 000	6 000 000
c) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0	0	0
d) inne zobowiązania finansowe	0	0	0
e) inne	0	0	0
<b>III. Zobowiązania krótkoterminowe</b>	<b>8 372 000</b>	<b>4 940 000</b>	<b>4 947 000</b>
1. Wobec jednostek powiązanych	0	0	0
2. Wobec pozostałych jednostek	7 519 000	4 087 000	4 094 000
a) kredyty i pożyczki	2 700 000	388 000	176 000
b) kredyt konsolidacyjny (restrukturyzacyjny)	0	0	0
c) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0	0	0
d) inne zobowiązania finansowe	0	0	0

Pozycja	F31.12.2019	F31.12.2020	F31.12.2021
	[w zł]	[w zł]	[w zł]
e) z tytułu dostaw i usług	2 169 000	1 503 000	1 618 000
bieżące	2 169 000	1 503 000	1 618 000
wymagalne	0	0	0
f) zobowiązania wekslowe	0	0	0
g) z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń	1 565 000	1 006 000	1 052 000
bieżące	1 565 000	1 006 000	1 052 000
wymagalne	0	0	0
h) z tytułu wynagrodzeń (koszty osobowe)	967 000	1 059 000	1 112 000
i) zaliczki otrzymane na poczet dostaw	0	0	0
j) inne	117 000	131 000	135 000
3. Fundusze specjalne	853 000	853 000	853 000
<b>IV. Rozliczenia międzyokresowe</b>	<b>29 509 000</b>	<b>33 542 000</b>	<b>41 861 000</b>
1. długoterminowe	0	0	0
2. krótkoterminowe	0	0	0
<b>Pasywa razem</b>	<b>60 833 000</b>	<b>65 244 000</b>	<b>72 550 000</b>

źródło: opracowanie własne

Po stronie pasywów w okresie prognozy zgodnie z przyjętymi założeniami dojdzie do zmniejszenia się wartości kapitałów własnych z wartości 24,7 mln zł na koniec 2018 r. do poziomu 19,7 mln zł na koniec ostatniego okresu prognozy (rok 2021). Wpływ na taki stan rzeczy zgodnie z przyjętymi założeniami dla okresu prognozy będzie mieć zmniejszająca się wartość kapitału zapasowego Szpitala (z poziomu ok. 16,8 mln zł na koniec 2018 r. do ok. 11,0 mln zł na koniec 2021 r.) związana z pokrywaniem straty netto wygenerowanej w 2018 r. (ok. -1,9 mln zł) oraz w latach prognozy (średniorocznie -1,6 mln zł).

Z kolei po stronie wartości zobowiązań i rezerw na zobowiązania dochodzi do istotnego wzrostu ich wartości w porównaniu do ostatniego historycznego roku sprawozdawczego z uwagi przede wszystkim na odzwierciedlenie w prezentowanych prognozach finansowych planowanego zaciągnięcia kredytu inwestycyjnego i kredytu obrotowego w całkowitej kwocie ok. 6,6 mln zł oraz zwiększenia limitu kredytu na rachunku bieżącym Szpitala do kwoty 2,1 mln zł. Swój wpływ na kształtowanie się wartości zobowiązań i przynależnych im rezerw ma również wzrost na pozycji rozliczeń międzyokresowych biernych (z ok. 19,7 mln zł na koniec 2018 r. do poziomu ok. 41,9 mln zł na koniec 2021 r.), co jest wynikiem przyjętych założeń w zakresie finansowania planowanych inwestycji Szpitala z dotacji celowych. W konsekwencji wartość kapitałów obcych rośnie zgodnie z przyjętymi założeniami z poziomu ok. 26,0 mln zł na koniec 2018 r. do poziomu ok. 37,9 mln zł na koniec 2019 r. i do poziomu ok. 52,8 mln zł na koniec 2021 r.

### 5.5.7. Prognozowany rachunek przepływów pieniężnych Szpitala na okres kolejnych 3 lat działalności operacyjnej

W efekcie prognozowany rachunek przepływów pieniężnych Szpitala na 3 kolejne lata działalności operacyjnej, odzwierciedlający przedstawione wcześniej założenia o charakterze finansowym, inwestycyjnym i restrukturyzacyjnym prezentuje się jak w poniższej tabeli.

W pierwszy i ostatnim okresie prognozy Szpital zgodnie z przyjętymi założeniami będzie generował dodatnie wartości środków pieniężnych z działalności operacyjnej począwszy od poziomu ok. 687 tys. zł w roku 2019 do poziomu ok. 2,6 mln zł w 2021 r. Jedynie w 2020 r. prognozuje się ujemną wartość przepływów pieniężnych z działalności operacyjnej, co ma związek z największą wartością straty netto (-2,2 mln zł) w całym okresie prognozy oraz zmianą stanu zobowiązań krótkoterminowych o -1,1 mln zł.

W obszarze działalności inwestycyjnej wpływy środków pieniężnych w kwocie ok. 12,6 mln zł w 2019 r., ok. 5,0 mln zł w 2020 r. i ok. 9,0 mln zł w 2021 r. odzwierciedlają w głównej mierze założenia w zakresie pozyskanych przez Szpital dotacji celowych. Z kolei na kształtowanie się wydatków inwestycyjnych wpływ mają zakładane przez Szpital nakłady inwestycyjne, będące skutkiem realizacji opisanego wcześniej planu inwestycyjnego. Zgodnie z jego założeniami Szpital w okresie prognozy poniesie wydatki inwestycyjne o łącznej wartości ok. 34,2 mln zł. Najwyższe poziomy zakupów inwestycyjnych zaplanowane są w roku 2019 r., kiedy to Szpital (z uwzględnieniem zadań inwestycyjnych już zrealizowanych) wydatkuje 15,2 mln zł w ramach swojej działalności inwestycyjnej. Łączna wartość wpływów z działalności finansowej w okresie objętym prognozą Szpitala wynosić będzie zgodnie z przyjętymi założeniami ok. 7,8 mln zł. Wspomniana kwota w całości pochodzić będzie zgodnie z przyjętymi założeniami z zewnętrznych źródeł finansowania o charakterze dłużnym, w tym z kredytu inwestycyjnego uruchamianego według przyjętych założeń w lipcu 2020 r. i kredytu obrotowego uruchamianego w grudniu 2019 r.

Zestawiając wymienione wyżej przepływy pieniężne z poszczególnych obszarów działalności, Szpital wygeneruje w latach 2019 - 2021 przepływy pieniężne netto odpowiednio w kwotach: ok. -85 tys. zł, ok. 921 tys. zł oraz ok. -774 tys. zł. W rezultacie stan środków pieniężnych Szpitala na koniec poszczególnych okresów prognozy zgodnie z przyjętymi założeniami (uwzględniając pozyskanie kredytu inwestycyjnego i obrotowego w całkowitej kwocie ok. 6,6 mln zł) kształtować się będzie średniorocznie na poziomie ok. 530 tys. zł.

**Tabela 64. Prognozowany rachunek przepływów pieniężnych Szpitala na lata 2019 – 2021**

Pozycja	F31.12.2019	F31.12.2020	F31.12.2021
	[w zł]	[w zł]	[w zł]
Przepływy środków pieniężnych z działalności operacyjnej			

Pozycja	F31.12.2019	F31.12.2020	F31.12.2021
	[w zł]	[w zł]	[w zł]
<b>Zysk (strata) netto</b>	<b>-1 731 000</b>	<b>-2 190 000</b>	<b>-1 020 000</b>
<b>Korekty</b>	<b>2 419 000</b>	<b>1 527 000</b>	<b>3 617 000</b>
Amortyzacja	4 713 000	3 545 000	3 765 000
Zysk (strata) z tytułu różnic kursowych	0	0	0
Odsetki i udziały w zyskach (dywidendy)	40 000	117 000	164 000
Zysk (strata) z działalności inwestycyjnej	0	0	0
Zmiana stanu rezerw	0	0	0
Zmiana stanu zapasów	43 000	-1 000	59 000
Zmiana stanu należności	166 000	-33 000	96 000
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	245 000	-1 133 000	215 000
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych czynnych	0	0	0
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych biernych	-2 789 000	-967 000	-681 000
Inne korekty	0	0	0
<b>Przeptywy pieniężne netto z działalności operacyjnej</b>	<b>687 000</b>	<b>-663 000</b>	<b>2 598 000</b>
<b>Wpływy</b>	<b>12 644 000</b>	<b>5 000 000</b>	<b>9 000 000</b>
Zbycie wartości niematerialnych i prawnych i rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0
grunty (w tym prawo wieczystego użytkowania)	0	0	0
budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej	0	0	0
Środki trwałe w budowie	0	0	0
Zbycie inwestycji w nieruchomości oraz wartości niematerialne i prawne	0	0	0
Z aktywów finansowych, w tym:	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	12 644 000	5 000 000	9 000 000
<b>Wydatki</b>	<b>15 197 000</b>	<b>7 000 000</b>	<b>12 000 000</b>
Nabycie wartości niematerialnych i prawnych i rzeczowych aktywów trwałych	15 197 000	7 000 000	12 000 000
Inwestycje w nieruchomości oraz wartości niematerialne i prawne	0	0	0
Na aktywa finansowe, w tym:	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0
<b>Przeptywy pieniężne netto z działalności inwestycyjnej</b>	<b>-2 552 000</b>	<b>-2 000 000</b>	<b>-3 000 000</b>
<b>Wpływy</b>	<b>1 822 000</b>	<b>6 013 000</b>	<b>4 000</b>
Wpływy netto z wydania udziałów (emisji akcji) i innych instrumentów kapitałowych oraz dopłat do kapitału	0	0	0
Kredyty i pożyczki	1 222 000	0	0
Kredyt inwestycyjny / kredyt obrotowy	600 000	6 000 000	0

Pozycja	F31.12.2019	F31.12.2020	F31.12.2021
	[w zł]	[w zł]	[w zł]
Wpływy z tytułu innych zobowiązań finansowych	0	0	0
Dotacje	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0
Odsetki	0	0	0
Inne wpływy finansowe	0	0	0
Inne	0	13 000	4 000
<b>Wydatki</b>	<b>42 000</b>	<b>2 428 000</b>	<b>376 000</b>
Nabycie udziałów (akcji) własnych	0	0	0
Dywidendy i inne wypłaty na rzecz właścicieli	0	0	0
Inne, niż wypłaty na rzecz właścicieli, wydatki z tytułu podziału zysku	0	0	0
Splata kredytów i pożyczek	0	2 312 000	212 000
Splata kredytów i pożyczek podmiot tworzący	0	0	0
Splata zadłużenia z tytułu kredytu inwestycyjnego / obrotowego	0	0	0
Splata zobowiązań z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0	0	0
Splata innych zobowiązań finansowych	0	0	0
Splata innych zobowiązań	2 000	0	0
Splata zobowiązań wekslowych	0	0	0
Płatności z tytułu innych zobowiązań finansowych	0	0	0
Odsetki	40 000	117 000	164 000
inne wydatki finansowe	0	0	0
<b>Przeptywy pieniężne netto z działalności finansowej</b>	<b>1 780 000</b>	<b>3 585 000</b>	<b>-372 000</b>
<b>Przeptywy pieniężne netto razem</b>	<b>-85 000</b>	<b>921 000</b>	<b>-774 000</b>
<b>Środki pieniężne na początek okresu</b>	<b>259 000</b>	<b>174 000</b>	<b>1 096 000</b>
<b>Środki pieniężne na koniec okresu</b>	<b>174 000</b>	<b>1 096 000</b>	<b>322 000</b>

źródło: opracowanie własne

#### 5.5.8. Analiza wskaźników ekonomiczno - finansowych wyliczonych na okres prognoz finansowych zgodnie z wymaganiami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. I ich porównaniem do wartości uzyskanych w 2018 r.

W niniejszym podrozdziale, w kolejnych tabelach, zaprezentowano analizę wskaźnikową zgodną z zasadami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 roku, przeprowadzoną w świetle prognoz ekonomicznych na lata 2019 – 2021, o których mowa we wcześniejszych częściach opracowania.



W pierwszej kolejności, w tabeli znajdującej się poniżej, przedstawiono wskaźniki zyskowności Szpitala w okresie prognozy.

### Wskaźniki zyskowności

Tabela 65. Wskaźniki zyskowności Szpitala w latach 2019-2021

Wskaźniki zyskowności		F2019		F2020		F2021	
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena
wskaźnik zyskowności netto (%)	<i>Wynik netto x 100%</i>						
	<i>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe</i>	-3,6%	0	-4,2%	0	-1,8%	0
wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	<i>Wynik z działalności operacyjnej x 100%</i>						
	<i>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne</i>	-3,5%	0	-4,0%	0	-1,5%	0
wskaźnik zyskowności aktywów (%)	<i>Wynik netto x 100%</i>						
	<i>Średni stan aktywów</i>	-3,1%	0	-3,5%	0	-1,5%	0

źródło: opracowanie własne

Jak wynika z tabeli zamieszczonej powyżej, w latach 2019-2021 Szpital nie osiągnie wskaźników zyskowności na poziomie dodatnim. W związku z powyższym, w świetle poczynionych prognoz, wszystkie wskaźniki zyskowności Szpitala w latach 2019-2021 otrzymają w ramach analizy wskaźnikowej ocenę zerową.

Mimo niekorzystnego poziomu wartości wskaźników zyskowności w tych latach, należy zauważyć, że na wszystkich z nich widoczna jest sukcesywna poprawa wartości w miarę postępowania okresu prognozy. Wskaźnik zyskowności netto ulegnie zgodnie z przyjętymi założeniami poprawie tj. z poziomu -4,4% w roku 2018 do -1,8% w roku 2021, wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej z poziomu -4,3% w 2018 r. do +-1,5% w 2021 r., a wskaźniki zyskowności aktywów z poziomu -3,8% w 2018 r. do -1,5% w 2021 r.

### Wskaźniki płynności

Druga z tabel analizy wskaźnikowej prognozowanego okresu dotyczy wskaźników płynności na lata prognozy 2019-2021.

**Tabela 66. Wskaźniki płynności Szpitala w latach 2019-2021**

Wskaźniki płynności		F2019		F2020		F2021	
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena
wskaźnik bieżącej płynności	<i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)</i>	0,63	4	1,27	8	1,08	8
	<i>Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>						
wskaźnik szybkiej płynności	<i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy</i>	0,56	8	1,15	13	0,97	8
	<i>Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>						

źródło: opracowanie własne

Jak wynika z powyższej tabeli w 2019 r. (podobnie jak w 2018 r.) wskaźniki płynności zgodnie z przyjętymi założeniami będą kształtować się na poziomie kwalifikującym do otrzymania pozytywnej oceny. W 2020 r. dojdzie do poprawy kształtowania się wskaźników płynności w stosunku do lat poprzednich. Co więcej wskaźnik szybkiej płynności kształtować się będzie na poziomie uprawniającym do maksymalnej oceny punktowej (13 pkt.). Należy jednak pamiętać, że wpływ na taki stan ma przede wszystkim prognozowana w 2020 r. wartość transzy pozyskanego kredytu inwestycyjnego w kwocie ok. 6,0 mln zł.

W ostatnim roku prognozy (2021 r.) zgodnie z przyjętymi założeniami dojdzie do spadku wskaźnika szybkiej płynności z poziomu ok. 1,15 w 2020 r. do poziomu ok. 0,97 w 2021 r. Jednakże nadal sytuacja Szpitala w zakresie wskaźników płynności będzie lepsza niż w latach wyjściowych (2018-2019), ponieważ ich wartości uprawniać będą Szpital do uzyskania 16 pkt. w ramach oceny sytuacji płynności finansowej w nomenklaturze przedmiotowej analizy wskaźnikowej (w porównaniu do wcześniejszych 12 pkt.).

#### Wskaźniki efektywności

W dalszej kolejności, w poniżej zamieszczonej tabeli zaprezentowano wskaźniki efektywności na prognozowane lata 2019-2021, tj. wskaźnik rotacji należności oraz wskaźnik rotacji zobowiązań.

**Tabela 67. Wskaźniki efektywności Szpitala w latach 2019-2021**

Wskaźniki efektywności		F2019		F2020		F2021	
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena
wskaźnik rotacji należności (w dniach)	<i>Średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365)</i>	31 dni	3	28 dni	3	26 dni	3
	<i>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i>						
wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	<i>Średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365)</i>	16 dni	7	13 dni	7	11 dni	7
	<i>Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i>						

źródło: opracowanie własne na podstawie danych dostarczonych przez Szpital

Wskaźnik rotacji należności oraz wskaźnik rotacji zobowiązań w latach 2019-2021, w świetle poczynionych prognoz finansowych, utrzymują poziom optymalny tj. gwarantującym uzyskiwanie maksymalnych możliwych ocen (odpowiednio 3 punkty dla wskaźnika rotacji należności i 7 punktów dla wskaźnika rotacji zobowiązań). Warto również dodać, że w przypadku obu wskaźników uzyskiwane wartości znajdują się na poziomach znacznie odbiegających od wartości brzegowych, przy których Szpital uzyskałby niższą ocenę punktową. W przypadku wskaźnika rotacji należności jest to 45 dni natomiast w przypadku wskaźnika rotacji zobowiązań 60 dni.

#### Wskaźniki zadłużenia

Ostatnia z tabel analizy wskaźnikowej obejmuje wskaźniki zadłużenia Szpitala w prognozowanych latach 2019-2021.

**Tabela 68. Wskaźniki efektywności Szpitala w latach 2019-2021**

Wskaźniki zadłużenia		F2019		F2020		F2021	
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena
wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	<i>(Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania) x 100%</i>	13,8%	10	16,8%	10	15,1%	10
	<i>Aktywa razem</i>						
	<i>Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania</i>	0,36	10	0,53	8	0,55	8

Wskaźniki zadłużenia		F2019		F2020		F2021	
Wskaźnik	Formuła obliczeniowa	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena	wart. wsk.	ocena
wskaźnik wypłacalności	<i>Fundusz własny</i>						

źródło: opracowanie własne

Jak wynika z tabeli poniżej, oba wskaźniki zadłużenia w całym okresie prognozy osiągają wartości zadowalające, pozwalające uzyskać prawie maksymalną ocenę w nomenklaturze przedmiotowej analizy wrażliwości. Jedyne w zakresie kształtowania się wskaźnika wypłacalności ocena przestaje być maksymalna w latach 2020 – 2021 zgodnie z przyjętymi założeniami. Wpływ na taki stan rzeczy ma wspomniany wcześniej spadek wartości kapitałów własnych (pokrycie straty netto z kapitału zapasowego) oraz wzrost wartości zobowiązań w wyniku pozyskania kredytu inwestycyjnego i obrotowego z poziomu 6,3 mln zł na koniec 2018 r. do poziomu 10,9 mln zł na koniec 2021 r.

Z drugiej strony warto zauważyć, że w okresie prognozy zgodnie z przyjętymi założeniami dochodzi do polepszenia się kształtowania wartości wskaźników efektywności w porównaniu do poziomów wyjściowych osiągniętych przez Szpital w 2018 r. kiedy to wskaźnik zadłużenia aktywów przyjął wartość 12,5% a wskaźnik wypłacalności kształtował się na poziomie 0,26.

#### Podsumowanie analizy wskaźnikowej w latach prognozy 2019-2021

W tabeli poniżej znajduje się podsumowanie analizy wskaźnikowej Szpitala na lata 2019-2021.

**Tabela 69. Tabela podsumowująca wyniki oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala w okresie prognozy lat 2019 -2021**

Rodzaj wskaźnika	Ocena punktowa			Wartość max punktów
	F2019	F2020	F2021	
<b>Wskaźniki zyskowności</b>				
Wskaźnik zyskowności netto	0	0	0	5
Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej	0	0	0	5
Wskaźnik zyskowności aktywów	0	0	0	5
<b>Razem wartość punktów</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>15</b>
<b>Wskaźniki płynności finansowej</b>				
Wskaźnik bieżącej płynności	4	8	8	12
Wskaźnik szybkiej płynności	8	13	8	13

Rodzaj wskaźnika	Ocena punktowa			Wartość max punktów
	F2019	F2020	F2021	
<b>Razem wartość punktów</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>16</b>	<b>21</b>
<b>Wskaźniki efektywności</b>				
Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	3	3	3	3
Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	7	7	7	7
<b>Razem wartość punktów</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>10</b>
<b>Wskaźniki zadłużenia</b>				
Wskaźnik zadłużenia aktywów	10	10	10	10
Wskaźnik wypłacalności	10	8	10	10
<b>Razem wartość punktów</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>20</b>
<b>Łączna wartość punktów</b>	<b>42</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>70</b>

źródło: opracowano na podstawie danych dostarczonych przez Szpital

Podsumowując analizę wskaźnikową, stwierdza się, że, Szpital w latach przypadających na realizację działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych tj. lata prognozy 2019-2021, uzyska średnioroczną ocenę na poziomie ok. 45 punktów.

Zdecydowanie najgorsze poziomy uzyskiwane będą w grupie wskaźników zyskowności, w przypadku których Szpital w latach 2019-2021 nie uzyska poziomów kwalifikujących do uzyskania oceny niezerowej. Natomiast najkorzystniejsze wartości wskaźników Szpital uzyska w przypadku wskaźników efektywności, które w całym okresie prognozy zgodnie z przyjętymi założeniami kwalifikować się będą do uzyskiwania ocen maksymalnych. Zresztą taki stan rzeczy miał miejsce również w 2018 r., kiedy to ocena efektywności Szpitala w myśl prezentowanej analizy wskaźnikowej również skutkowałą uzyskaniem oceny maksymalnej.

Dodatkowo sytuacja finansowa Szpitala z pkt. widzenia przedmiotowej analizy wskaźnikowej w latach 2019-2021 ulegnie poprawie w stosunku do roku 2018 w rezultacie realizacji zakładanych działań naprawczych i inwestycyjnych, mających wyraz w prezentowanych prognozach finansowych. W całym okresie prognozy (lata 2019 – 2021) średnioroczna ogólna ocena punktowa Szpitala w ramach prezentowanej analizy wskaźnikowej kształtować się będzie na poziomie wspomnianych ok. 45 punktów w porównaniu do 42 punktów jakie Szpital uzyskał według danych finansowych za 2018 r.

Należy jednak podkreślić, że mimo, znaczącej poprawy sytuacji finansowej Szpitala zgodnie z przyjętymi założeniami w okresie prognozy, najwyższa ocena na poziomie 49 (2020 r.) nadal odbiegać będzie od oceny maksymalnej (70 punktów).

Taka sytuacja jest jedna typowa dla procesu restrukturyzacyjno - inwestycyjnego i należy zakładać, że jego realizacja odzwierciedlona w prezentowanych prognozach finansowych stanie się punktem wyjścia do osiągnięcia przez Szpital pożądanej sytuacji finansowej we wszystkich obszarach objętych analizą wskaźnikową po okresie prognozy tj. po roku 2021. Z drugiej strony należy również zaznaczyć, że osiągnięty dotychczas jak i prognozowany w kolejnych latach wynik analizy wskaźnikowej Szpitala jest znacznie lepszy od podobnych podmiotów leczniczych, funkcjonujących na rynku ochrony zdrowia i będących na podobnym etapie działań restrukturyzacyjno – inwestycyjnych.

## SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów szpitalnych [wg rodzaju oddziałów].....	11
Wykres 2. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów [wg realizowanego rodzaju opieki medycznej].....	12
Wykres 3. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów szpitalnych [wg rodzaju leczonych pacjentów].....	13
Wykres 4. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek [wg rodzaju oddziałów] .....	14
Wykres 5. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. oddziałów szpitalnych [wg rodzaju opieki medycznej].....	15
Wykres 6. Struktura funkcjonujących w Szpitalu w 2018 r. łóżek [wg rodzaju leczonych pacjentów] 16	
Wykres 7. Wartość umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł] .....	25
Wykres 8. Wartość wykonania umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł] .....	26
Wykres 9. Wartość zapłaconą przez NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł] .....	26
Wykres 10. Wartość środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych w Szpitalu w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [zł].....	28
Wykres 11. Struktura umów posiadanych przez Szpital z NFZ w 2017 roku.....	29
Wykres 12. Struktura umów posiadanych przez Szpital z NFZ w 2018 roku.....	29
Wykres 13. Struktura umów posiadanych przez Szpital z NFZ w okresie 6M2019.....	30
Wykres 14. Wartości miesięcznego ryczału PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość dla szpitali w regionie [zł].....	33
Wykres 15. Wskaźnik wartości miesięcznego ryczału PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość w regionie przypadająca na 1 oddział [zł].....	34
Wykres 16. Wskaźnik wartości miesięcznego ryczału PSZ posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość w regionie przypadająca na 1 łóżko [zł].....	34
Wykres 17. Wartości dobowego ryczału SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość dla szpitali w regionie [zł] .....	37
Wykres 18. Wskaźnik wartości dobowego ryczału SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość w regionie przypadająca na 1 oddział [zł].....	37
Wykres 19. Wskaźnik wartości dobowego ryczału SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i średnia wartość w regionie przypadająca na 1 łóżko [zł].....	37
Wykres 20. Wartość nadwykonań zrealizowanych przez Szpital w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł].....	40

Wykres 21. Wartość nadwykonań zrealizowanych przez Szpital w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł].....	41
Wykres 22. Wartość nadlimitów zapłaconych i niezapłaconych w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł].....	42
Wykres 23. Wartość nadryczałtów zapłaconych i niezapłaconych w latach 2016-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł].....	43
Wykres 24. Liczba porodów i liczba hospitalizowanych na Oddziale Noworodkowym w Szpitalu w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 .....	44
Wykres 25. Wartość rzeczywistego wykonania oraz wzrost wartości rzeczywistego wykonania świadczeń z zakresu „rehabilitacji lecznicza dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności” w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019 .....	45
Wykres 26. Wartość umowy pierwotnej oraz poziom wykonania umowy pierwotnej z zakresu diagnostyki i leczenia onkologicznego w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019 .....	46
Wykres 27. Wartość umowy pierwotnej, poziom wykonania umowy pierwotnej oraz wartość nadwykonań badania diagnostycznego z zakresu tomografii komputerowej w Szpitalu w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6M2019 .....	47
Wykres 28. Wskaźniki rentowności wyniku finansowego Szpitala w roku 2018 w porównaniu do benchmarków rynkowych .....	51
Wykres 29. Wskaźniki struktury kosztów ponoszonych przez Szpital w 2018 roku w porównaniu do benchmarków rynkowych .....	52
Wykres 30. Źródła zmiany przychodów ze sprzedaży Szpitala w okresach 2018/2017 oraz 6M2019/6M2018 ze względu na ich rodzaj .....	58
Wykres 31. Źródła zmiany przychodów ze sprzedaży Szpitala w latach 2018/2017 oraz 6M2019/6M2018 według obszarów działalności medycznej .....	59
Wykres 32. Wskaźniki porównawcze przychodów ze sprzedaży usług medycznych w roku 2018 w przeliczeniu na liczbę optymalnych łóżek oraz liczbę oddziałów.....	61
Wykres 33. Wskaźniki porównawcze przychodów ze sprzedaży usług medycznych w roku 2018 w przeliczeniu na liczbę hospitalizowanych pacjentów.....	61
Wykres 34. Udział przychodów ze sprzedaży usług medycznych świadczonych komercyjnie w przychodach ogółem ze sprzedaży w 2018 roku .....	62
Wykres 35. Źródła zmiany kosztów operacyjnych Szpitala według rodzaju w latach 2018/2017 oraz w okresie 6M2019/6M2018 .....	66
Wykres 36. Źródła zmiany kosztów operacyjnych Szpitala według obszaru działalności medycznej w latach 2018/2017 oraz okresach 6M2019/6M2018 .....	67
Wykres 37. Porównanie udziału ustandaryzowanych rodzajów kosztów operacyjnych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego .....	69



Wykres 38. Porównanie udziału wybranych rodzajów ustandaryzowanych szczegółowych kosztów zużycia materiałów i energii w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego .....	70
Wykres 39. Porównanie udziału wybranych rodzajów ustandaryzowanych szczegółowych kosztów nieosobowych usług obcych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego .....	71
Wykres 40. Porównanie udziału kosztu podatku od nieruchomości w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego .....	72
Wykres 41. Porównanie udziału wybranych rodzajów ustandaryzowanych szczegółowych pozostałych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 do benchmarku rynkowego .....	72
Wykres 42. Koszty osobowe Szpitala według danych za 2018 r. na tle innych podmiotów leczniczych .....	77
Wykres 43. Porównanie udziałów poszczególnych rodzajów ustandaryzowanych kosztów działalności operacyjnej wygenerowanych przez Szpital w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży do wariantu optymalnego .....	78
Wykres 44. Wskaźniki benchmarkowe dla pozostałych przychodów operacyjnych Szpitala w roku 2018. ....	81
Wykres 45. Udział pozostałych kosztów operacyjnych w przychodach ze sprzedaży Szpitala w roku 2018 .....	82
Wykres 46. Udział przychodów finansowych w przychodach ogółem Szpitala w roku 2018.....	84
Wykres 47. Wskaźniki benchmarkowe kosztów finansowych Szpitala w 2018 roku .....	84
Wykres 48. Porównanie wyników netto oraz wyników netto powiększonych przez amortyzację Szpitala w latach 2017 – 2018 oraz okresach 6 miesięcy 2018 i 2019 roku .....	85
Wykres 49. Źródła zmiany wyniku netto po amortyzacji Szpitala w latach 2018/2017 oraz 6M2019/6M2018.....	86
Wykres 50. Wskaźniki rynkowe zobowiązań Szpitala według stanu na 31 grudnia 2018 roku w porównaniu do benchmarków rynkowych. ....	93
Wykres 51. Wskaźnik rotacji zapasów Szpitala w porównaniu do benchmarku rynkowego w 2018 roku .....	94
Wykres 52. Udział kosztów diagnostyki obrazowej, laboratoryjnej oraz mikrobiologicznej w przychodach ze sprzedaży usług medycznych w porównaniu do benchmarku rynkowego w 2018 roku .....	108
Wykres 53. Źródła zmiany kosztów bezpośrednich netto generowanych przez komórki niemedyczne pomocnicze w latach 2018/2017 oraz w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku.....	109

Wykres 54. Źródła zmiany kosztów bezpośrednich netto generowanych przez komórki niemedyczne w latach 2018/2017 oraz w pierwszej połowie 2019 roku w porównaniu do pierwszej połowy 2018 roku .....	111
Wykres 55. Wskaźnik kosztów eksploatacyjnych brutto na 1m2 powierzchni z wyłączeniem powierzchni nieużytkowanych w 2018 roku na tle innych podmiotów leczniczych [dane w zł]. .....	114
Wykres 56. Wybrane wskaźniki kosztów eksploatacyjnych w audytowanym Szpitalu w roku 2018 w porównaniu do benchmarku rynkowego .....	114
Wykres 57. Wskaźnik miesięcznych kosztów sprzątnięcia Szpitala w przeliczeniu na 1m2 powierzchni sprzątniętej w 2018 roku na tle innych podmiotów leczniczych [dane w zł] .....	115
Wykres 58. Wskaźnik kosztów hotelowych Szpitala na 1 osobodzień hospitalizacji w 2018 roku na tle innych podmiotów leczniczych [dane w zł] .....	116
Wykres 59. Wskaźniki kosztów żywienia, prania i zużycia wody Szpitala za 2018 rok na 1 osobodzień hospitalizacji na tle innych podmiotów leczniczych [dane w zł] .....	117
Wykres 60. Dynamika kosztów administracyjnych wygenerowanych przez Szpital w latach 2017 - 2018 oraz okresie pierwszej połowy 2018 i 2019 roku .....	117
Wykres 61. Udział kosztów administracyjnych Szpitala w przychodach ze sprzedaży za rok 2018 w porównaniu do benchmarku rynkowego .....	118
Wykres 62. Zatrudnienie w Szpitalu (w etatach przeliczeniowych) wg średniego stanu zatrudnienia w latach 2017-6M2019 r. ....	126
Wykres 63. Stan średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) oraz w 2017 r. z podziałem na poszczególne grupy zawodowe.....	127
Wykres 64. Struktura liczby etatów przeliczeniowych na koniec 2018 r. wg grup zawodowych .....	128
Wykres 65. Porównanie rzeczywistego i optymalnego poziomu zatrudnienia (etaty przeliczeniowe) pracowników Szpitala .....	131
Wykres 66. Struktura wiekowa personelu medycznego.....	140
Wykres 67. Struktura wyniku finansowego netto osiągniętego przez Szpital w 2018 r. ....	150
Wykres 68. Prognozowany wzrost środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia w latach 2019-2024 [w mld zł] .....	176

## SPIS TABEL

Tabela 1. Wartość umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł] .....	24
Tabela 2. Wartość wykonania umów pierwotnych posiadanych przez Szpital z NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł] .....	25
Tabela 3. Wartość zapłaconą przez NFZ w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 bez wartości środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń [mln zł] .....	26
Tabela 4. Wartość środków z NFZ na wzrost wynagrodzeń pracowników medycznych w Szpitalu w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [zł].....	27
Tabela 5. Szczegółowe dane umów zawartych przez Szpital z NFZ w 2018 r. wg zakresów świadczeń medycznych.....	31
Tabela 6. Szczegółowe dane umów zawartych przez Szpital z NFZ w okresie 6M2019 wg zakresów świadczeń medycznych .....	31
Tabela 7. Analiza wartości miesięcznego ryczału PSZ posiadanego według stanu na rok 2018 oraz okres 6M2019 przez Szpital i szpitale zlokalizowane w regionie.....	33
Tabela 8. Analiza wartości dobowego ryczału SOR posiadanego według stanu na 6M2019 przez Szpital i szpitale zlokalizowane w regionie [zł] .....	36
Tabela 9. Analiza wartości miesięcznego ryczału NiŚOZ posiadanego w 6M2019 przez Szpital i szpitale zlokalizowane w regionie [zł] .....	40
Tabela 10. Wartość nadlimitów zapłaconych i niezapłaconych w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [mln zł].....	41
Tabela 11. Wartość nadryczałtów zapłaconych i niezapłaconych w latach 2017-2018 oraz w okresie 6M2019 [zł].....	42
Tabela 12. Rachunek zysków i strat za lata 2017 - 2018 oraz za okresy 6 miesięcy 2018 r. i 6 miesięcy 2019 roku.....	49
Tabela 13. Porównanie planu finansowego na 2018 rok i 2019 rok do jego faktycznego wykonania z roku 2018.....	52
Tabela 14. Struktura przychodów ze sprzedaży Szpitala w latach 2017 - 2018 oraz w okresie 6 miesięcy 2018 r. i 6 miesięcy 2019 r. ....	55
Tabela 15. Struktura i dynamika kosztów operacyjnych generowanych przez Szpital w latach 2017 – 2018 oraz w okresach 6 miesięcy 2018 roku i 6 miesięcy 2019 roku .....	63
Tabela 16. Podział i dynamika kosztów osobowych ponoszonych przez Szpital w latach 2017 - 2018 oraz okresach 6M2019 i 6M2018.....	74
Tabela 17. Porównanie udziałów ustandaryzowanych kosztów działalności operacyjnej Szpitala w 2018 r. w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży usług do benchmarków rynkowych .....	79

Tabela 18. Pozostałe przychody i koszty operacyjne wygenerowane przez Szpital w latach 2017 – 2018 oraz w okresach 6 miesięcy 2018 i 2019 roku .....	80
Tabela 19. Przychody i koszty finansowe wygenerowane przez Szpital w latach 2017 - 2018 oraz w okresach 6 miesięcy 2018 i 6 miesięcy 2019 roku .....	83
Tabela 20. Aktywa Szpitala w latach 2017 - 2018 .....	88
Tabela 21. Pasywa Szpitala w latach 2017 - 2018 .....	89
Tabela 22. Struktura należności handlowych Szpitala według stanu na 30 czerwca 2019 roku .....	91
Tabela 23. Struktura zobowiązań Szpitala według stanu na 30 czerwca 2019 roku .....	92
Tabela 24. Rachunek przepływów pieniężnych Szpitala w latach 2017 – 2018 oraz w pierwszej połowie 2019 roku.....	94
Tabela 25. Wskaźniki zyskowności Szpitala w roku 2018 .....	98
Tabela 26. Wskaźniki płynności Szpitala w roku 2018 .....	98
Tabela 27. Wskaźniki efektywności Szpitala w roku 2018.....	99
Tabela 28. Wskaźniki zadłużenia Szpitala w roku 2018.....	100
Tabela 29. Tabela podsumowująca wyniki oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala za rok 2018 .....	100
Tabela 30. Ranking podstawowych komórek medycznych pod względem wysokości przychodów w roku 2018.....	102
Tabela 31. Ranking najlepszych podstawowych komórek medycznych pod względem wartości wyniku netto po kosztach pośrednich w roku 2018 .....	103
Tabela 32. Ranking najgorszych podstawowych komórek medycznych pod względem wartości wyniku netto po kosztach bezpośrednich w roku 2018.....	103
Tabela 33. Ranking podstawowych komórek medycznych pod względem udziału kosztów pośrednich w przychodach ze sprzedaży w 2018 roku.....	104
Tabela 34. Analiza kosztów bezpośrednich netto pomocniczych komórek medycznych Szpitala oraz ich udziału w przychodach ze sprzedaży usług medycznych Szpitala w 2018 roku.....	105
Tabela 35. Udział kosztów bezpośrednich netto wybranych pomocniczych komórek niemedyceńskich w przychodach ze sprzedaży Szpitala w latach 2017 - 2018 oraz pierwszej połowie 2019 roku .....	107
Tabela 36. Analiza kosztów bezpośrednich netto pomocniczych komórek niemedyceńskich Szpitala oraz ich udziału w przychodach ze sprzedaży Szpitala w 2018 roku i w pierwszej połowie 2019 roku ....	110
Tabela 37. Dynamika i struktura kosztów eksploatacyjnych ponoszonych w latach 2017 - 2018 oraz okresach pierwszego półrocza 2018 i 2019 roku .....	113
Tabela 38. Dynamika i struktura kosztów hotelowych generowanych przez Szpital w latach 2017 - 2018 oraz okresie pierwszej połowy 2018 i 2019 roku.....	115
Tabela 39. Zatrudnienie w Szpitalu (w etatach przeliczeniowych) wg średniego stanu zatrudnienia w latach 2017 - 6M2019 r. ....	126

Tabela 40. Stan średniego stanu zatrudnienia w 2018 roku (wg liczby etatów przeliczeniowych) oraz w 2017 r. z podziałem na poszczególne grupy zawodowe.....	126
Tabela 41. Optymalna liczba zatrudnionych [w etatach przeliczeniowych] obliczona dla optymalnej liczby łóżek w Szpitalu w 2018 r. ....	130
Tabela 42. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia pracowników Szpitala ogółem .....	132
Tabela 43. Przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto pracowników medycznych zatrudnionych w sektorze publicznym za październik 2016 r. oraz oszacowane – na podstawie wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2019 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r.) – na koniec 2018 r. – z wyłączeniem lekarzy.....	132
Tabela 44. Przeciętne godzinowe wynagrodzenia brutto pracowników medycznych zatrudnionych w sektorze publicznym za październik 2016 r. oraz oszacowane – na podstawie wskaźnika realnego wzrostu wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r. (Komunikat Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 11 lutego 2019 r. w sprawie realnego wzrostu przeciętnego wynagrodzenia w 2018 r. w stosunku do 2017 r.) – na koniec 2018 r. – z wyłączeniem lekarzy.....	133
Tabela 45. Analiza wynagrodzeń personelu medycznego w 2018 roku .....	135
Tabela 46. Analiza wynagrodzeń pracowników administracji, sekretarek medycznych i pozostałego personelu niemedycznego w Szpitalu w 2018 r. ....	137
Tabela 47. Struktura wiekowa personelu medycznego Szpitala w podziale na grupy zawodowe.....	139
Tabela 48. Liczba pracowników objętych ochroną przedemerytalną na dzień 31 grudnia 2018 r. z podziałem na grupy zawodowe .....	140
Tabela 49. Wskaźniki udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych Szpitala wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wygenerowanych w analogicznym okresie, w stosunku do benchmarków rynkowych .....	152
Tabela 50. Wskaźniki udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych Szpitala wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży wygenerowanych przez Szpital w 2018 r., w stosunku do ich wartości optymalnych dla Szpitala.....	153
Tabela 51. Optymalna liczba łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych na podstawie ich rzeczywistego wykorzystania w 2018 r.....	163
Tabela 52. Czynniki ryzyka bieżącej działalności Szpitala i przedstawienie sposobów ich redukcji, eliminacji lub dywersyfikacji .....	172
Tabela 53. Prognozowany wzrost środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia w latach 2019-2024.....	176
Tabela 54. Katalog Jednorodnych Grup Pacjentów w stacjonarnej rehabilitacji leczniczej .....	179
Tabela 55. Wpływ wdrożonych i planowanych zmian w funkcjonowaniu rynku ochrony zdrowia na działalność Szpitala i jego pozycję rynkową.....	192
Tabela 56. Rekomendowany program medyczny .....	224

Tabela 57. Harmonogram wdrażania programu naprawczego .....	242
Tabela 58. Prognozowany wzrost środków publicznych przeznaczonych na ochronę zdrowia w latach 2019-2023.....	251
Tabela 59. Plan inwestycyjny Szpitala na lata 2019-2021 w zakresie infrastruktury budowlanej [mln zł] .....	254
Tabela 60. Parametry pozyskanego inwestycyjnego pozyskiwanego przez Szpitala na realizację działań inwestycyjnych.....	259
Tabela 61. Parametry założonego kredytu obrotowego na realizację działań restrukturyzacyjnych ..	260
Tabela 62. Prognozowany rachunek wyników Szpitala na lata 2019– 2021 .....	261
Tabela 63. Prognozowany bilans Szpitala na lata 2019 – 2021 .....	264
Tabela 64. Prognozowany rachunek przepływów pieniężnych Szpitala na lata 2019 – 2021 .....	268
Tabela 65. Wskaźniki zyskowności Szpitala w latach 2019-2021 .....	271
Tabela 66. Wskaźniki płynności Szpitala w latach 2019-2021 .....	272
Tabela 67. Wskaźniki efektywności Szpitala w latach 2019-2021 .....	273
Tabela 68. Wskaźniki efektywności Szpitala w latach 2019-2021 .....	273
Tabela 69. Tabela podsumowująca wyniki oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej Szpitala w okresie prognozy lat 2019 -2021.....	274

## SPIS RYSUNKÓW

Rysunek 1. Zasady podziału komórek operacyjnych funkcjonujących w ramach struktury organizacyjnej Szpitala.....	17
Rysunek 2. Schemat organizacyjny Szpitala.....	21
Rysunek 3. Szpitalne Oddziały Ratunkowe funkcjonujące w otoczeniu Szpitala w prezentacji przestrzennej w 2019 roku .....	35
Rysunek 4. Punkty NiŚOZ funkcjonujące w otoczeniu Szpitala w prezentacji przestrzennej w 2019 roku .....	39
Rysunek 5. Podział obszarów przeprowadzanej analizy finansowo-ekonomicznej Szpitala.....	48
Rysunek 6. Parametry wpływające na wartość udziałów ustandaryzowanych kosztów rodzajowych w ustandaryzowanych przychodach ze sprzedaży .....	154
Rysunek 7. Podział obszarów przeprowadzonej analizy identyfikacji nieefektywnych obszarów funkcjonowania Szpitala .....	167

**PRZEWODNICZĄCY RADY**

*Dorota Łapiak*

