

**UCHWAŁA NR XXXII/193/2018**  
**RADY POWIATU W SOCHACZEWIE**  
**Z DNIA 30 STYCZNIA 2018 ROKU**

**w sprawie zatwierdzenia Programu Naprawczego**  
**Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie**

Na podstawie art. 12 pkt. 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 roku o samorządzie powiatowym (Dz.U. z 2017 r., poz. 1868) oraz art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r., poz. 160) **Rada Powiatu w Sochaczewie uchwala, co następuje:**

**§ 1**

Zatwierdza się Program Naprawczy Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie, stanowiący załącznik do uchwały.

**§ 2**

Wykonanie uchwały powierza się Zarządowi Powiatu w Sochaczewie.

**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY RADY  
  
Andrzej Kierzkowski

## UZASADNIENIE

Zgodnie z art. 59, ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.), jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego sporządza program naprawczy z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno - finansowej SP ZOZ, za okres nie dłuższy niż 3 lata i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia.

W związku z tym, że w sprawozdaniu finansowym Szpitala za 2016 rok wystąpiła strata, dyrektor realizując obowiązek nałożony przepisem art. 59 ust. 4 ustawy jak wyżej w związku z przepisem art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 10 czerwca 2016 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (przewidującym obowiązek sporządzenia pierwszego programu naprawczego po nowelizacji tej ustawy w związku ze stratą netto wynikającą ze sprawozdania finansowego szpitala za rok 2016) sporządził i przedstawił podmiotowi tworzącemu do zatwierdzenia Program Naprawczy Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie. Program został złożony w wymaganym terminie.

W związku z powyższym podjęcie przez Radę Powiatu w Sochaczewie uchwały w sprawie zatwierdzenia tego programu znajduje uzasadnienie w powołanych wyżej przepisach prawa.

PRZEWODNICZĄCY RADY

  
Andrzej Kierzkowski



# Program naprawczy Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie



DYREKTOR

Sochaczew, 05 stycznia 2018 roku

(Podpis i pieczęć Dyrektora)

Aktualizacja dokumentu o wytyczne z audytu



Spis treści	4
WPROWADZENIE .....	4
<b>Rozdział I .....</b>	<b>5</b>
Prezentacja jednostki .....	5
1. Organizacja Szpitala .....	5
1.1. Podstawy prawne utworzenia i funkcjonowania .....	5
1.2. Zakres świadczonych usług .....	5
1.3. Struktura organizacyjna .....	6
1.4. Misja jednostki .....	7
1.5. Polityka jakości .....	8
2. Służba zdrowia w Polsce .....	8
2.1. Szpitale w Polsce .....	8
2.2. Wydatki na służbę zdrowia na tle Europy .....	9
2.3. Analiza SWOT.....	10
2.4. Analiza zapotrzebowania na usługi medyczne w powiecie sochaczewskim z uwzględnieniem demografii regionu .....	13
<b>Rozdział II.....</b>	<b>19</b>
Sytuacja ekonomiczno-finansowa w latach 2014-2016 .....	19
1. Analiza rachunek zysków i strat.....	19
1.1. Przychody .....	19
1.2. Koszty.....	20
2. Bilans.....	23
2.1. Aktywa.....	23
2.2. Pasywa.....	25
3. Analiza wskaźnikowa .....	28
3.1. Wskaźniki zyskowności .....	28
3.2. Wskaźniki płynności .....	29
3.3. Wskaźniki efektywności .....	29
3.4. Wskaźniki zadłużenia .....	30
4. Efektywność działalności medycznej z uwzględnieniem rentowności .....	30
<b>Rozdział III .....</b>	<b>34</b>
Program naprawczy na lata 2017-2019 .....	34
1. Podstawa prawna .....	34
2. Przyczyny wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej.....	34
3. Główne cele zmierzające do poprawy sytuacji ekonomicznej jednostki.....	35
4. Działania mające za zadanie realizację celu głównego programu naprawczego.....	42
4.1. Optymalizacja kosztów .....	42
4.1.1. Zmniejszenie liczby hospitalizacji na rzecz leczenia ambulatoryjnego- założenia reformy .....	42
4.1.2. Eliminacja hospitalizacji przypadków trudnych wymagających hospitalizacji w ośrodkach o wyższej referencyjności .....	44
4.1.3. Obniżenie kosztów diagnostyki.....	44
4.1.4. Obniżenie składki na PFRON .....	46
4.2. Sukcesywne zwiększanie przychodów poprzez maksymalizację efektywności dotychczasowej sprzedaży .....	47
4.2.1. Kontrola i zarządzanie świadczeniami medycznymi wykonanymi w ramach ryczałtu .....	47
4.2.2. Pobyt w szpitalu, kontrola powtórnych hospitalizacji oraz skróconych pobytów .....	47
4.2.3. Poprawa efektywności sprzedaży .....	48

4.3. Optymalizacja kosztów eksploatacyjnych .....	49
4.4. Reorganizacja/likwidacja jednostek nierentownych.....	49
4.4.1. Dostosowanie bazy łóżkowej do realnych potrzeb .....	49
4.4.2. Optymalizacja czasu hospitalizacji .....	52
4.5. Zmiany w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi .....	53
4.5.1. Polityka kadrowa i płacowa .....	53
4.5.2. Umowy cywilno-prawne.....	59
4.5.3. System motywacyjny.....	60
4.5.4. Systemy sankcyjne.....	60
4.6. Optymalizacja polityki lekowej .....	61
4.7. Optymalizacja stopnia wykorzystania bloku operacyjnego .....	62
4.8. Uruchomienie na terenie Powiatu Izby wytrzeźwień .....	63
4.9. Optymalizacja procesów zakupu i kontroli nad rozchodem wewnętrznym .....	63
5. Potrzeby inwestycyjne w kontekście ujemnych kapitałów własnych .....	63
6. Symulacja kosztów usług pomocniczych w ramach outsourcingu.....	64
7. Ograniczenie nadwykonań przy jednoczesnym wykonaniu na poziomie 100%.....	65
8. Zwiększenie kontraktu.....	66
9. Zbilansowanie kosztów i przychodów .....	67
10. Audytor wewnętrzny w Szpitalu .....	68
<b>Rozdział IV .....</b>	<b>69</b>
Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala możliwa do osiągnięcia po zakończeniu postępowania naprawczego .....	69
1. Prognoza rachunku zysków i strat .....	69
2. Bilans prognoza .....	73
3. Analiza wskaźnikowa prognozowanej sytuacji majątkowej i finansowej .....	74
4. Wpływ na wynik finansowy Szpitala czynników związanych z Organem Założycielskim w tym decyzji związanych z oczyszczalnią i parkingiem .....	76
Podsumowanie i wnioski końcowe .....	78

## WPROWADZENIE

Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie działając w oparciu o Ustawę o działalności leczniczej i w związku z osiągnięciem w roku 2017 straty przepisami wyżej wymienionego aktu normatywnego został zobligowany do sporządzenia planu naprawczego. Propozycje zawarte w niniejszym dokumencie zostały opracowane w celu osiągnięcia efektywności w dysponowaniu środkami finansowymi, optymalizacji kosztów prowadzonej działalności przy jednoczesnym zagwarantowaniu opieki medycznej dla mieszkańców powiatu sochaczewskiego na wysokim poziomie odpowiadającym zapotrzebowaniu. Główne filary programu opierają się na przyjętej strategii funkcjonowania jednostki w Sochaczewie.

Ponieważ Szpital Powiatowy został zakwalifikowany do pierwszego poziomu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, działając w sektorze ochrony zdrowia zobowiązany jest do utrzymania nieustannej gotowości do przyjęcia, diagnozowania i leczenia pacjentów w trybie ostrodyżurowym.

Dokument zbudowany jest z czterech rozdziałów. Pierwsza część zawiera informacje na temat jednostki wskazujące podstawę prawną utworzenia i funkcjonowania Szpitala, zakres świadczonych usług, opis struktury organizacyjnej a także misję i politykę jakości przyświecającą pracy Szpitala. Rozdział drugi poświęcony jest sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu w latach 2014-2016, która ma bezpośredni wpływ na bieżącą kondycję finansową jednostki. W tej części dokonano analizy przychodów, kosztów, pozycji bilansowych sprawozdania oraz interpretacji wartości osiąganych podstawowych wskaźników ekonomicznych. Trzecia część poświęcona jest głównym celom przyjętym w programie mającym za zadanie poprawę sytuacji ekonomicznej jednostki. Wskazano w nim między innymi propozycje optymalizacji kosztów, pośredniego zwiększenia przychodów. Ostatni rozdział przedstawia sytuację ekonomiczno-finansową Szpitala możliwą do osiągnięcia po zakończeniu postępowania naprawczego.

Niniejszy dokument przygotowywany był w dobie wielkich zmian zasad organizacji i finansowania działalności medycznej ze środków publicznych. Brak określonych wytycznych w zakresie szczegółowych zasad finansowania szpitali oraz zmienność warunków gospodarczych, w jakich musi funkcjonować Szpital wymusiło konieczność przyjęcia na potrzeby niniejszego opracowania ogólnych założeń. Ponad wszystko należy pamiętać, że zarządzanie szpitalem wymaga ciągłego monitorowania, weryfikowania oraz dokonywania korekt podejmowanych decyzji, nie tylko w związku z wysokimi wymogami stawianymi przepisami prawa, umowami z NFZ ale przede wszystkim oczekiwaniami pacjentów i personelu.

Pierwsza wersja programu została sporządzona i przedłożona Organowi Założycielskiemu w przewidzianym przepisami prawa terminie. Decyzją Organu dokument został poddany audytowi zewnętrznemu, w wyniku którego został przygotowany protokół zawierający ustalenia i zalecenia dla Szpitala celem uzupełnienia istniejącego dokumentu. W związku z powyższym Program naprawczy został zmodyfikowany i zaktualizowany o ustalenia z audytu programu.



## **Rozdział I**

### **Prezentacja jednostki**

#### **1. Organizacja Szpitala**

##### **1.1. Podstawy prawne utworzenia i funkcjonowania**

Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie zwany dalej Szpitalem Powiatowym w Sochaczewie jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, będącym podmiotem leczniczym nie będącym przedsiębiorcą w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016r., poz. 1638). Szpital Powiatowy w Sochaczewie posiada osobowość prawną. Podmiotem tworzącym dla Szpitala Powiatowego w Sochaczewie jest Powiat Sochaczewski. Siedziba Szpitala zlokalizowana jest w mieście Sochaczew przy ulicy Batalionów Chłopskich 3/7.

##### **1.2. Zakres świadczonych usług**

Misją Szpitala Powiatowego jest zapewnienie każdemu pacjentowi kompleksowej opieki medycznej na wysokim poziomie jakości przy zastosowaniu skutecznych metod diagnostycznych i terapeutycznych oraz efektywnym wykorzystaniu zasobów. Powyższe realizowane jest poprzez szereg wyznaczonych celów i zadań. W szczególności celem Szpitala Powiatowego w Sochaczewie jest wykonywanie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, promocja zdrowia oraz realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia.

Do zadań Szpitala Powiatowego w Sochaczewie należy:

- 1) udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach specjalności reprezentowanych przez jednostki i komórki organizacyjne Szpitala Powiatowego w Sochaczewie w rodzaju:
  - a) stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne i inne niż szpitalne,
  - b) ambulatoryjne świadczenia zdrowotne: badania i porady lekarskie, badania i terapie psychiatryczne oraz psychologiczne, rehabilitacja lecznicza, opieka nad kobietą ciężarną i jej płodem, opieka nad zdrowym dzieckiem, diagnostyka medyczna, diagnostyka laboratoryjna, pielęgnacja chorych, pielęgnacja niepełnosprawnych i opieka nad nimi, orzeczenia i opinie o stanie zdrowia, czynności z zakresu protetyki, ortodoncji i stomatologii zachowawczej i chirurgicznej, zaopatrywanie w środki i materiały medyczne, szczepienia ochronne, transport medyczny.
- 2) profilaktyka i promocja zdrowia;
- 3) organizowanie i prowadzenie działalności w zakresie kształcenia, szkolenia i doskonalenia zawodowego kadr medycznych w formach i na zasadach określonych odrębnymi przepisami.

Szpital Powiatowy w ramach sieci szpitali dla mieszkańców powiatu będzie świadczył usługi medyczne w następujących zakresach:

##### Profile systemu zabezpieczenia:

- ❖ anestezjologia i intensywna terapia,
- ❖ chirurgia ogólna,
- ❖ choroby wewnętrzne,

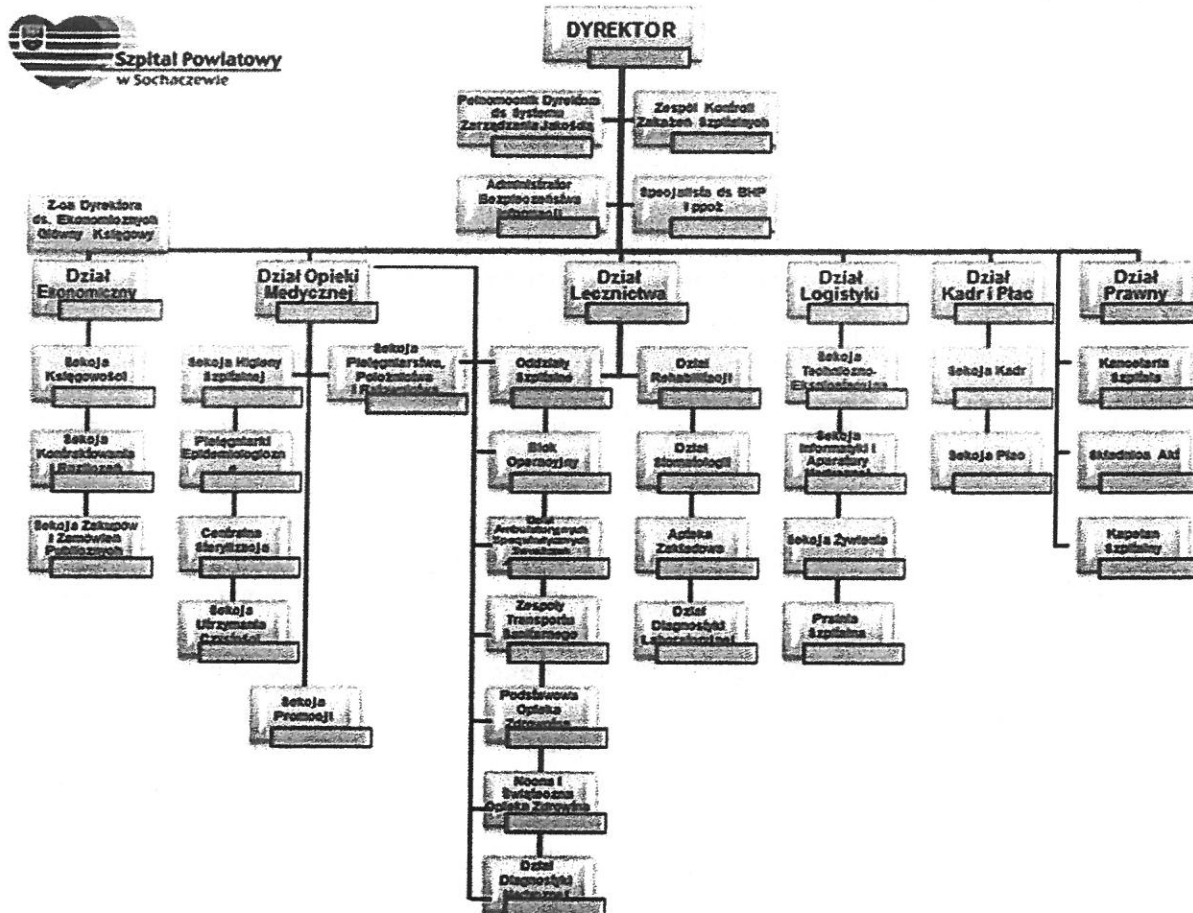
- ❖ neonatologia,
- ❖ ortopedia i traumatologia narządu ruchu, w tym endoprotezy,
- ❖ pediatria,
- ❖ położnictwo i ginekologia,
- ❖ szpitalny oddział ratunkowy (SOR).

Pozostałe rodzaje i zakresy świadczeń:

- Porady specjalistyczne w poradniach przyszpitalnych odpowiadające profilom
  - ❖ porada specjalistyczna - chirurgia dziecięca,
  - ❖ porada specjalistyczna - chirurgia ogólna,
  - ❖ porada specjalistyczna - diabetologia,
  - ❖ porada specjalistyczna - endokrynologia,
  - ❖ porada specjalistyczna - gruźlica i choroby płuc,
  - ❖ porada specjalistyczna - kardiologia,
  - ❖ porada specjalistyczna - kardiologia dziecięca,
  - ❖ porada specjalistyczna - neonatologia,
  - ❖ porada specjalistyczna - neurologia,
  - ❖ porada specjalistyczna - neurologia dziecięca,
  - ❖ porada specjalistyczna - onkologia,
  - ❖ porada specjalistyczna - ortopedia i traumatologia narządu ruchu,
  - ❖ porada specjalistyczna - położnictwo i ginekologia,
  - ❖ porada specjalistyczna - reumatologia,
  - ❖ porada specjalistyczna - urologia,
- Rehabilitacja lecznicza realizowana w warunkach ośrodka lub oddziału dziennego, które obejmują rehabilitację ogólnoustrojową w tym dla określonych grup pacjentów,
- Świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie
  - ❖ badań endoskopowych przewodu pokarmowego- gastroscopia i kolonoskopia,
  - ❖ tomografii komputerowej,
- Diagnostyka i leczenie onkologiczne w profilach systemu zabezpieczenia, zakresach lub rodzajach, w których w dniu kwalifikacji do systemu zabezpieczenia świadczenia te były finansowane w sposób wskazany w art. 136 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- Świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej),
- Świadczenia szpitalne w zakresie związanym z porodem i opieką nad noworodkami,
- Świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne,
- Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

### **1.3. Struktura organizacyjna**

Struktura organizacyjna Szpitala Powiatowego na dzień sporządzenia aktualnego dokumentu została określona w Regulaminie Organizacyjnym wprowadzonym Zarządzeniem Dyrektora nr 30 z dnia 29 grudnia 2017 roku. Na podstawie obowiązujących przepisów ustawy o działalności leczniczej za funkcjonowanie Szpitala odpowiada Dyrektor, który powoływany jest na stanowisko przez podmiot tworzący w drodze konkursu. W strukturze organizacyjnej Szpitala wyodrębniono następujące pionry:



Rysunek 1. Schemat struktury organizacyjnej

#### 1.4. Misja jednostki

*„Jesteśmy zawsze gotowi pospieszyć z profesjonalną pomocą w potrzebie.  
Bezpieczeństwo pacjenta i marka szpitala są naszą dumą.”*

Misja Szpitala realizowana jest poprzez:

- ❖ rozwój działalności o charakterze kompleksowym- stałe podnoszenie jakości świadczonych usług,
- ❖ zapewnienie wysokospecjalistycznych świadczeń zdrowotnych wspieranych nowoczesnymi technologiami medycznymi,
- ❖ utrzymanie dostępności do kształcenia kadry medycznej oraz doskonalenie zawodowe pracowników,
- ❖ poprawę skuteczności procesu diagnozowania i leczenia pacjentów,
- ❖ promowanie profilaktyki i zdrowego trybu życia,
- ❖ poprawę efektywności ekonomicznej i stabilizację sytuacji finansowo-majątkowej jednostki,
- ❖ dbałość o kreowanie pozytywnego wizerunku jednostki, dla którego punktem wyjścia będzie spojrzenie na jednostkę oczyma pacjenta, ponieważ zadowolony, dobrze zdiagnozowany i wyleczony pacjent jest twórcą dobrej opinii o jednostce.

## 1.5. Polityka jakości

### Deklaracja polityki jakości

*Bezpieczeństwo pacjenta i jego zadowolenie są fundamentem działania naszego szpitala.  
Wspieramy dążenia do rozwoju najcenniejszego zasobu szpitala – pracowników.*

*Wszyscy doskonalimy jakość naszej pracy.*

*W ten sposób tworzymy silną markę!*

Polityka jakości Szpitala Powiatowego w Sochaczewie koresponduje z przyjętą strategią organizacji oraz potrzebami i oczekiwaniami pacjentów. Zapewniamy warunki do tego, aby polityka jakości była wdrażana oraz utrzymywana na wszystkich szczeblach organizacji. Jest ona skierowana na zapewnienie wysokiego poziomu usług medycznych i zawiera zobowiązanie do doskonalenia działań przy utrzymaniu efektywności ekonomicznej organizacji. Stanowi ramy do określenia i przeglądu celów dotyczących jakości.

Dążąc do doskonalenia jakości świadczonych usług w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie opracowano i wdrożono System Zarządzania Jakością zgodny z normą PN-EN ISO 9001:2009 a obecnie z sukcesem zakończyły się prace związane z wdrożeniem i uzyskaniem certyfikatu normy PN-EN ISO 9001:2015. W celu spełniania kryteriów powyższej normy Szpital zobowiązuje się do realizacji polityki jakości w oparciu o następujące fundamenty:

- ❖ Pacjent jest podmiotem wszystkich działań Szpitala, a spełnienie oczekiwań pacjentów i rozwój pakietu usług medycznych jest celem cząstkowych działań i całościowym rezultatem pracy.
- ❖ Najcenniejszym zasobem Szpitala są jego pracownicy; dzięki ich zespołowej, profesjonalnej pracy jakość wykonywanych zadań może stale wzrastać.
- ❖ Szpital wspiera rozwój zawodowy, szkolenia i doskonalenia umiejętności swoich pracowników, które mogą być wykorzystane dla dobra organizacji.
- ❖ Szpital jasno i czytelnie, na zasadach wzajemnej korzyści rozwija kontakty z dostawcami towarów i usług, w tym z innymi podmiotami leczniczymi.
- ❖ Dzięki szerokim kompetencjom Szpital zorientowany jest na stały rozwój i rozszerzanie obszaru działalności oraz inwestuje w projekty poprawiające jakość udzielanych świadczeń.
- ❖ Ciągłe doskonalenie pracy w oparciu o System Zarządzania Jakością pozwala na poprawę wizerunku, spełnianie oczekiwań pacjentów oraz umożliwia promocję Szpitala, co tworzy jego silną markę na rynku usług medycznych na Mazowszu.

## 2. Służba zdrowia w Polsce

### 2.1. Szpitale w Polsce

Przeprowadzona w bieżącym roku reforma służby zdrowia wprowadziła system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ) świadczeń opieki zdrowotnej finansowany z Narodowego Funduszu Zdrowia. System ten jest główną formą zabezpieczenia dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego. W ramach PSZ zostało wyodrębnionych sześć poziomów systemu zabezpieczenia świadczeń. Świadczeniodawcy spełniający podstawowe warunki dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych w określonych profilach świadczeń zostali zakwalifikowani do jednego z poziomów. Świadczenia opieki zdrowotnej nienależące do PSZ będą nadal kontraktowane w oparciu o postępowania konkursowe, a



świadczeniodawcy, którzy nie zostali zakwalifikowani do PSZ, nadal będą brali udział w postępowaniach konkursowych.

Z danych przekazanych przez resort zdrowia wynika, że do sieci szpitali zakwalifikowano 594 placówki, z czego 516 to szpitale publiczne i 78 jednostki niepubliczne. Poza siecią pozostało 355 szpitali, 16 z nich to placówki publiczne. W sumie w szpitalach „sieciowych” jest ponad 145 tys. łóżek.

Do poziomu szpitali I stopnia zakwalifikowano 283 placówki, a do szpitali II stopnia (realizujących bardziej skomplikowane świadczenia i szerszy ich zakres)- 96. Do szpitali III stopnia (wieloprofilowych szpitali specjalistycznych) - zakwalifikowano 62 placówki.

W sieci znajdzie się także 20 szpitali onkologicznych, 30 pulmonologicznych, 13 pediatrycznych i 90 placówek ogólnopolskich (instytutów oraz szpitali klinicznych). Resort zapewnia, że w sieci znajdą się szpitale szczególnie istotne dla zapewnienia pacjentom dostępu do świadczeń zdrowotnych.<sup>1</sup>

## 2.2. Wydatki na służbę zdrowia na tle Europy

Dane z 2017 roku wskazują, że wydatki publiczne na służbę zdrowia w Polsce oscylują w granicach 6,4% PKB Polski. Należy jednak zwrócić uwagę na wysoki udział prywatnych wydatków w całości kosztów ochrony zdrowia - 2,0 proc. PKB wobec łącznie 6,4 proc.

W naszej części kontynentu mniej od Polski na zdrowie w przeliczeniu na jednego obywatela wydaje tylko Estonia. Sprawność systemu i zapewnienie rzeczywiście dostępnych świadczeń opieki zdrowotnej na odpowiednio wysokim poziomie możliwe jest tylko poprzez zagwarantowanie zdecydowanego wzrostu nakładów publicznych na służbę zdrowia.

Wieloletni Plan Finansowy na lata 2016-2019 zakładał nakłady publiczne na ochronę zdrowia na poziomie 4,5% w 2019 roku.

Tabela 11. Wydatki według funkcji

	kod COFOG	2014 % PKB	2019 % PKB	wzrost realny w % 2019/2014
7. Ochrona zdrowia	7	4,6	4,5	19,2

Nowy Wieloletni Plan Finansowy z kwietnia br. na lata 2017 – 2020 zakłada nakłady publiczne na ochronę zdrowia w wysokości 4,7% PKB przez najbliższe trzy lata, rozmiągając się z wcześniej przedstawionym harmonogramem dojścia do 6% PKB.

Tabela 17. Wydatki według funkcji

% PKB	kod COFOG	2015	2020
7. Ochrona zdrowia	7	4,7	4,7

<sup>1</sup> <http://www.pap.pl/aktualnosci/news,1064887,mz-w-sieci-szpitali-594-placowki-pozania---355-szpitali.html>

Wieloletni plan działalności państwa w obszarze Zdrowie ma przypisany cel *zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa poprzez zapewnienie trwałego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeń ratujących życie*. Główne założenia w tym celu mają być skoncentrowane na zmianie modelu organizacji finansowania służby zdrowia, polegającym m.in. na likwidacji NFZ i przeniesieniu finansowania do budżetu, zorientowane na stopniowy wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Niestety dane liczbowe zaprezentowane w planie pokazują utrzymanie nakładów na jednakowym poziomie przez kolejne lata. Coraz bardziej rosnąca świadomość swoich praw i oczekiwania pacjentów przy jednoczesnej stagnacji finansowania służby zdrowia powodują powstanie znacznych dysproporcji między oczekiwaniami pacjentów a możliwościami Szpitala. Jednakże Szpital niezależnie od sytuacji finansowej musi działać zgodnie z obowiązującymi przepisami, które jasno wskazują, że żadne okoliczności nie mogą stanowić podstawy do nieudzielenia świadczenia, jeżeli osoba zgłaszająca się do podmiotu potrzebuje natychmiastowej pomocy ze względu na zagrożenie życia lub zdrowia.

### 2.3. Analiza SWOT

Opracowanie programu naprawczego wymagało szerokiego spojrzenia ze strony wszystkich grup zawodowych, których program dotyczy. W związku z powyższym Dyrektor zobowiązał kadrę kierowniczą, aby wraz z podległymi sobie pracownikami włączyła się do czynnego udziału w pracach mających na celu uzupełnienie opracowanego programu o wytyczne z audytu. W tworzeniu analizy SWOT brali udział wszyscy przedstawiciele poszczególnych komórek wewnętrznych, czyli personel medyczny, administracyjny, techniczny inne grupy zaangażowane w funkcjonowanie Szpitala. Sporządzona w ten sposób analiza wskazuje pełen przekrój szans i zagrożeń jak również koncentruje się na sytuacji bieżącej Szpitala. Analiza przygotowana z udziałem wszystkich pracowników w rzeczywisty sposób, pokazuje jakie zagrożenia należy zredukować, jakie szanse wykorzystywać oraz obszary gdzie należy wzmocnić mocne i wyeliminować słabe strony.

POZYTYWNE	NEGATYWNE
<b>CZYNNIKI WEWNĘTRZNE</b>	
<p style="text-align: center;"><b>S- mocne strony:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Szeroki zakres usług medycznych,</li> <li>❖ Wysoki standard usług medycznych,</li> <li>❖ Kompleksowość świadczeń,</li> <li>❖ Determinacja kadry zarządzającej w zakresie wdrażania efektywnych zasad zarządzania we wszystkich obszarach podmiotu leczniczego,</li> <li>❖ Doświadczona i wykwalifikowana kadra medyczna,</li> <li>❖ Stałe, potwierdzone wieloletnimi statystykami zapotrzebowanie na oferowany szeroki wachlarz usług medycznych w powiecie i regionie,</li> <li>❖ Certyfikat Akredytacji</li> <li>❖ Certyfikat PN-EN ISO 9001:2015,</li> <li>❖ Mocna pozycja na rynku</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>W- słabe strony:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Brak środków finansowych na modernizację, remonty, zakup środków trwałych,</li> <li>❖ Wyeksploatowany sprzęt i aparatura medyczna,</li> <li>❖ Wyeksploatowana infrastruktura techniczna i budowlana,</li> <li>❖ Potrzeba znaczących inwestycji w infrastrukturę techniczną i aparaturę medyczną przy jednoczesnym braku środków na konieczne inwestycje w infrastrukturę,</li> <li>❖ Relatywnie niskie wykorzystanie posiadanego potencjału (baza diagnostyczna, blok operacyjny, łóżka na Oddziałach zabiegowych, blok</li> </ul>

<p>świadczeniodawców,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Wysoki poziom oceny przez pacjentów w trakcie ciągłego monitoringu satysfakcji pacjentów,</li> <li>❖ Tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku”,</li> <li>❖ POZ przy Szpitalu,</li> <li>❖ Kompletnie zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne,</li> <li>❖ Sprawny blok operacyjny (czynny 24H),</li> <li>❖ Integracja szpitalnej i ambulatoryjnej opieki nad pacjentem,</li> <li>❖ Własna baza lokalowa,</li> <li>❖ Możliwość przebywania opiekunów z dziećmi w godziwych warunkach całodobowo,</li> <li>❖ Bezpłatna szkoła rodzenia,</li> <li>❖ Posiadanie akredytacji Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego do prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego oraz staży kierunkowych,</li> <li>❖ Dążenie do przeprowadzania bieżącej modernizacji infrastruktury, która umożliwia zwiększenie komfortu przebywającym pacjentom oraz dostosowanie do wymogów sanitarno-higienicznych.</li> </ul>	<p>porodowy),</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Wysokie koszty działalności,</li> <li>❖ Nierentowność niektórych oddziałów,</li> <li>❖ Zaniżony poziom finansowania umów z Narodowym Funduszem Zdrowia w szeregu rodzajach świadczeń stosunku do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych, niejednokrotnie poniżej prognozy rentowności,</li> <li>❖ Niechęć części personelu do wprowadzania zmian oraz nowych metod organizacji pracy,</li> <li>❖ Niezadowolenie pracowników na tle płacowym, duża frustracja doświadczonej kadry,</li> <li>❖ Niska identyfikacja ze Szpitalem,</li> <li>❖ Niedobory kadrowe i trudności z pozyskaniem specjalistycznej kadry medycznej,</li> <li>❖ Odpływ wykwalifikowanej młodej kadry</li> <li>❖ Starzejąca się kadra pielęgniarska,</li> <li>❖ Relatywnie niska kultura organizacji,</li> <li>❖ Ograniczony dostęp do poradni ze względu na terminy,</li> <li>❖ Brak możliwości ściągnięcia należności od hospitalizowanych obcokrajowców,</li> <li>❖ Brak przepływu informacji,</li> <li>❖ Słaba komunikacja wewnętrzna i brak wzajemnej współpracy poszczególnych grup zawodowych w osiągnięciu podstawowej misji Szpitala,</li> <li>❖ Zmniejszenie się udziału Szpitala w rynku świadczeń ambulatoryjnych,</li> <li>❖ Brak integracji systemu informatycznego Apteki z poszczególnymi oddziałami,</li> <li>❖ Brak możliwości rejestracji leków dla danego pacjenta.</li> </ul>
--	--

**CZYNNIKI ZEWNĘTRZNE**

<p style="text-align: center;"><b>O- szanse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Korzystne procesy demograficzne zapewniające popyt na świadczenia zdrowotne,</li> <li>❖ Wzrost popytu na usługi medyczne spowodowany trendami demograficznymi i cywilizacyjnymi,</li> <li>❖ Członkostwo Polski w UE i możliwość pozyskiwania relatywnie dużych środków rozwojowych,</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>T-zagrożenia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Brak informacji na temat wysokości budżetu w związku ze zmianą przepisów prawa i utworzeniu sieci szpitali- obawa o zmniejszenie nakładów na system ochrony zdrowia,</li> <li>❖ Silna konkurencja na rynku szpitalnych usług medycznych w województwie mazowieckim,</li> <li>❖ Niestabilność systemowych rozwiązań</li> </ul>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Brak w bezpośrednim sąsiedztwie innych Szpitali leczniczych o znaczącej przewadze konkurencyjnej,</li> <li>❖ Położenie szpitala w niedalekiej odległości od centrum miasta, w bezpośrednim sąsiedztwie Sochaczewa przebiegają drogi nr 580 (relacji Warszawa – Leszno – Kampinos – Żelazowa Wola – Sochaczew), 705 (relacji Śladów – Sochaczew – Skierniewice – Jeżów) oraz drogi krajowe 50 i 92a także autostrada A2,</li> <li>❖ Napływ pacjentów spoza powiatu,</li> <li>❖ Uzyskanie kontraktu na większą ilość i zakres usług specjalistycznych,</li> <li>❖ Lepsze wykorzystanie łóżek szpitalnych, bloku operacyjnego,</li> <li>❖ Rozszerzenie działalności POZ,</li> <li>❖ Pozytywny odbiór społeczny Szpitala,</li> <li>❖ Zaangażowanie się Organu Założycielskiego w pomoc szpitalowi,</li> <li>❖ Akceptacja Organu Założycielskiego dla planów rozwojowych Szpitala,</li> <li>❖ Podniesienie rangi szpitala poprzez budowanie pozytywnego wizerunku,</li> <li>❖ Wprowadzanie programów profilaktycznych dla pacjentów,</li> <li>❖ Przeprowadzanie sukcesywnych remontów poszczególnych pomieszczeń Szpitala i przystosowanie ich do obowiązujących standardów,</li> <li>❖ Zwiększenie kontraktu TK i odpowiednia reklama badań komercyjnych,</li> <li>❖ Poparcie i pomoc Organu Założycielskiego szpitala, przy pozyskiwaniu środków unijnych,</li> <li>❖ starzenie się społeczeństwa, pogorszenie stanu zdrowia ludności, zapewniające popyt na świadczenia z uwzględnieniem opieki zdrowotnej,</li> <li>❖ Gospodarczo rozwojowy rejon, będący obszarem funkcjonowania Szpitala.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>organizacyjno – prawnych w ochronie zdrowia,</li> <li>❖ Zbyt niski udział środków finansowych na ochronę zdrowia w PKB,</li> <li>❖ Niepewność w zakresie planowania wieloletniego ze względu na krótkoterminowe umowy z płatnikiem,</li> <li>❖ Wzrost kosztów leczenia pacjentów przy jednoczesnym braku dostatecznego finansowania,</li> <li>❖ Rozwój publicznych i niepublicznych podmiotów na terenie powiatu sochaczewskiego,</li> <li>❖ Utrata wykwalifikowanej kadry- migracja do sektora niepublicznego,</li> <li>❖ Zmniejszająca się liczba ludności w powiecie,</li> <li>❖ Niedobory Kadrowe w niektórych grupach zawodowych i specjalnościach medycznych,</li> <li>❖ Napięcia na tle płacowym,</li> <li>❖ Wysokie, stale rosnące koszty remontów i modernizacji infrastruktury technicznej,</li> <li>❖ ryzyko stosowania techniki selekcji realizowanych usług przez szpitale prywatne, co spowoduje konieczność wykonywania w większym stopniu niż dotychczas niedoszacowanych procedur bez możliwości uzyskania jakiegokolwiek rekompensaty finansowej,</li> <li>❖ Zbyt niska ocena szpitala przez pacjentów,</li> <li>❖ Brak prawnych możliwości uzyskania przez Szpitala dodatkowych dochodów z wykonywania świadczeń komercyjnych,</li> <li>❖ Wzrost cen leków, sprzętu medycznego, aparatury medycznej,</li> <li>❖ Niewystarczająca pomoc finansowa przez Organ Założycielski,</li> <li>❖ Zdarzenia niepożądane i roszczenia Pacjentów,</li> <li>❖ Ograniczenie działalności w wyniku braków kadrowych,</li> <li>❖ Niestabilność systemowych rozwiązań organizacyjno-prawnych w ochronie zdrowia,</li> <li>❖ Generowanie kosztów poprzez nieuzasadnione zlecenie badań rtg i tk,</li> </ul>
--	--



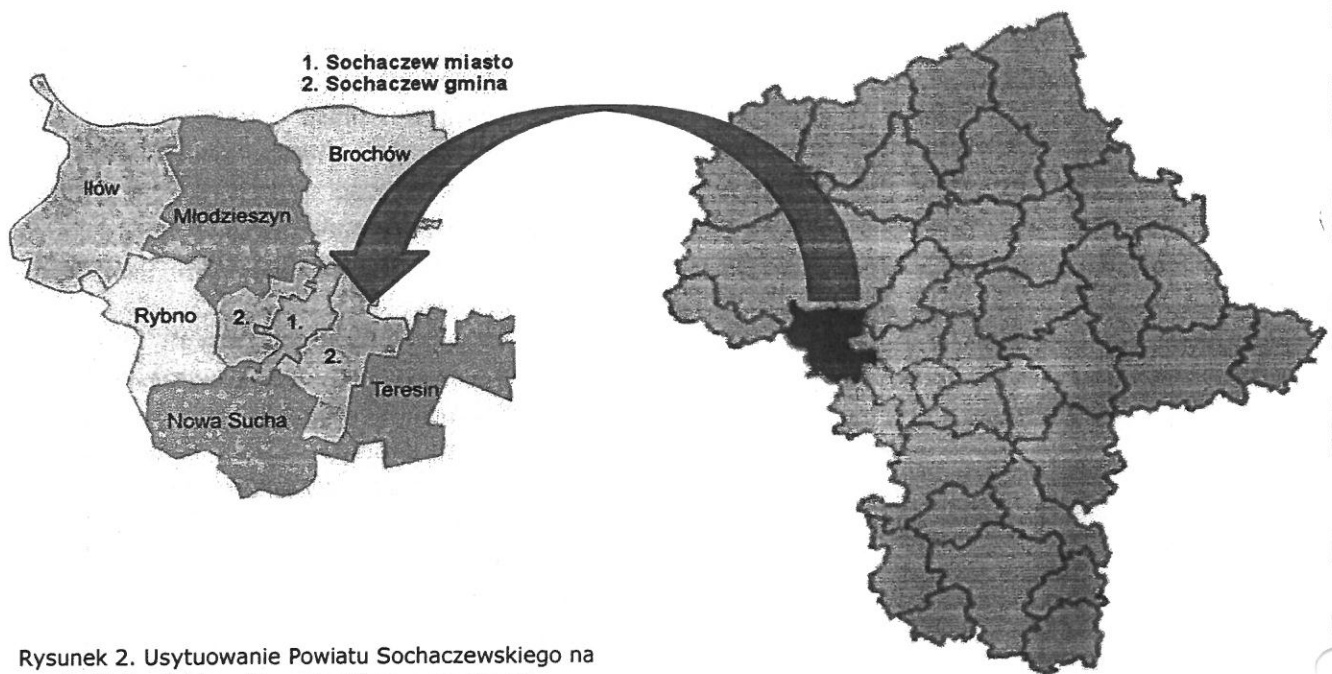
	<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Nie pełna realizacja zakontraktowanych usług medycznych,</li> <li>❖ Wzrastająca ilość pacjentów – obcokrajowców nieubezpieczonych i brak możliwości finansowych ich leczenia – brak należności,</li> <li>❖ Wydłużone pobytu do 4 dni (wymóg NFZ),</li> <li>❖ System specjalizacji nowych lekarzy niekorzystny dla szpitali powiatowych,</li> <li>❖ Brak poradni konsultacyjnej do planowych zabiegów operacyjnych,</li> <li>❖ Brak możliwości wykonywania operacji komercyjnych,</li> <li>❖ Możliwość z korzystania z usług warszawskich szpitali,</li> <li>❖ Planowane dalsze zmiany regulacji prawnych w kierunku wymagań wobec infrastruktury podmiotów leczniczych, kadry medycznej oraz aparatury i sprzętu medycznego.</li> </ul>
--	--

Tabela 1. Analiza SWOT

#### **2.4. Analiza zapotrzebowania na usługi medyczne w powiecie sochaczewskim z uwzględnieniem demografii regionu**

Szpital Powiatowy świadczy usługi medyczne dla ok. 85 tysięcy mieszkańców Powiatu Sochaczewskiego i ościennych gmin (Gmina Teresin, Gmina Sochaczew, Gmina Iłów, Gmina Nowa Sucha, Gmina Młodzieszyn, Gmina Brochów oraz Gmina Rybno), w następujących zakresach:

- ❖ hospitalizacji krótkoterminowych w podstawowych specjalnościach (choroby wewnętrzne, chirurgia ogólna, chirurgia urazowo- ortopedyczna, pediatria z neonatologią, położnictwo, ginekologia, anestezjologia i intensywna terapia),
- ❖ hospitalizacji długoterminowych (psychiatria i leczenie uzależnień),
- ❖ ratownictwa medycznego w warunkach stacjonarnych (szpitalny oddział ratunkowy),
- ❖ ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w wielu specjalnościach - 19 poradni specjalistycznych,
- ❖ rehabilitacji leczniczej (fizjoterapia ambulatoryjna, oddział rehabilitacji dziennej oraz poradnia rehabilitacyjna),
- ❖ stomatologii,
- ❖ diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej
- ❖ Podstawowej Opieki Zdrowotnej.

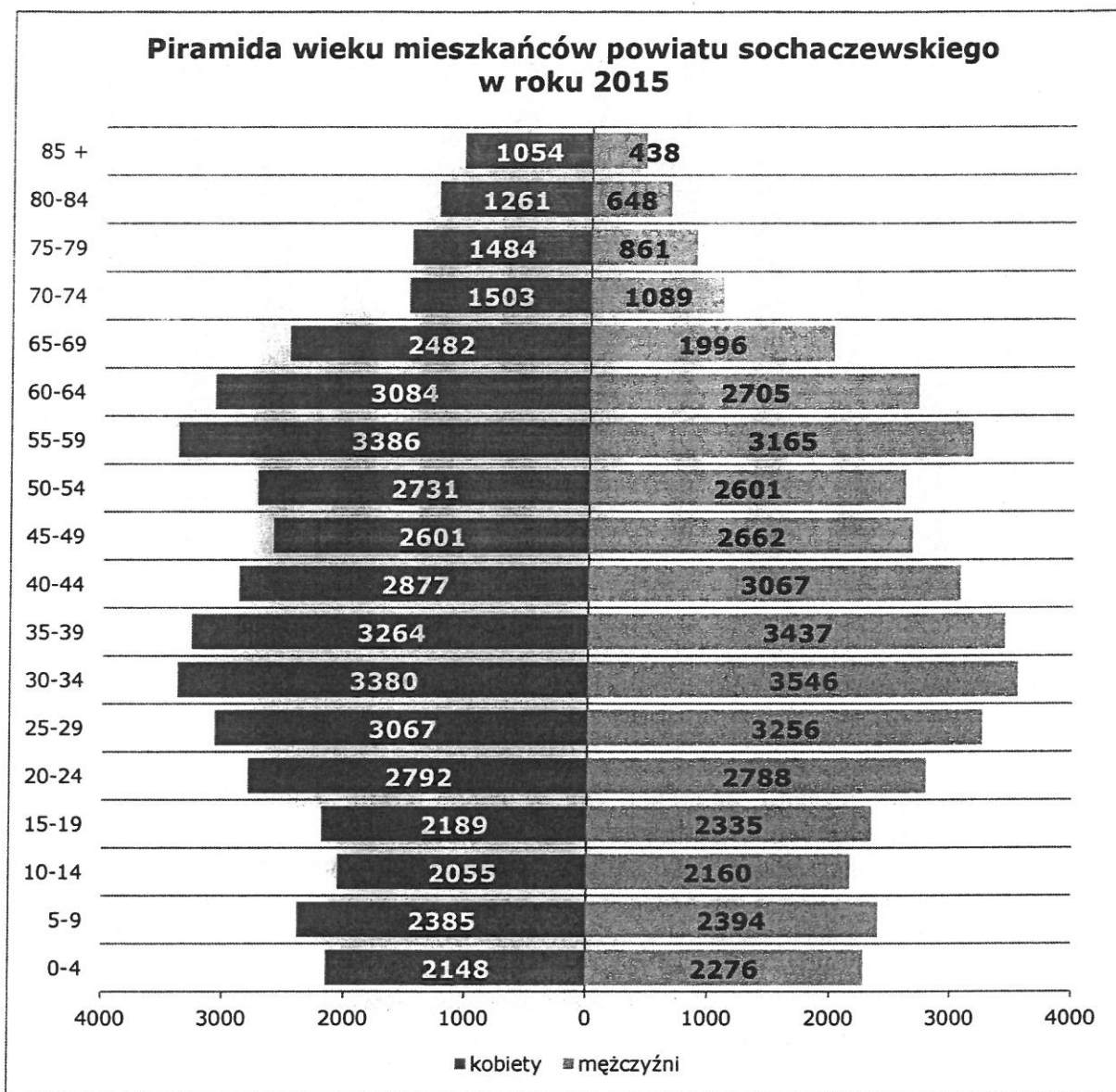


Rysunek 2. Usytuowanie Powiatu Sochaczewskiego na mapie Województwa Mazowieckiego oraz obszar działania Szpitala

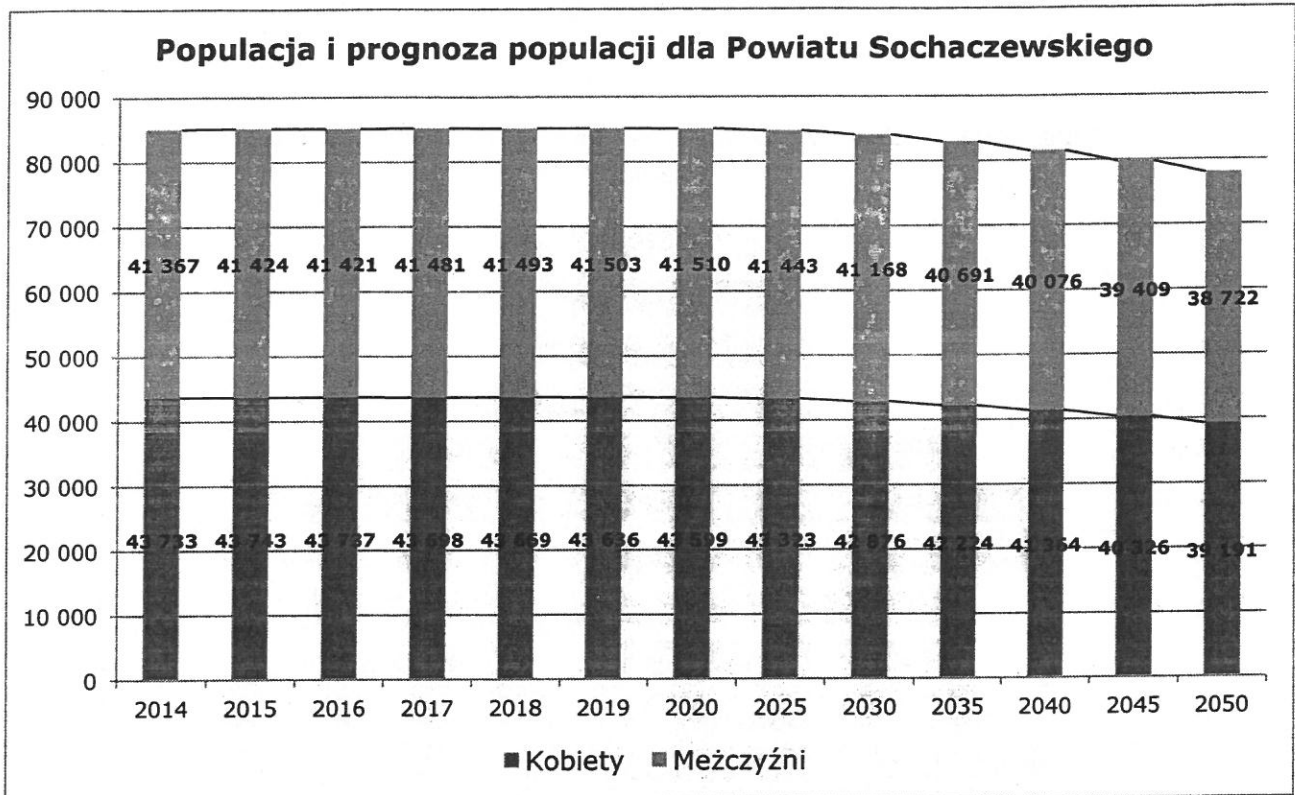
Szpital posiada 338 łóżek, realizuje rocznie średnio około 11,2 tys. hospitalizacji, udziela ponad 90 tys. porad ambulatoryjnych, wykonuje 121 tys. zabiegów rehabilitacyjnych, zaopatruje ponad 18 tys. pacjentów w SOR oraz udziela świadczeń na rzecz 21 tys. pacjentów w NiŚOZ.

Z punktu widzenia planowania działalności Szpitala należy dokonać analizy potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności z uwzględnieniem sytuacji demograficznej w regionie. Opracowania Głównego Urzędu Statystycznego oraz wieloletnie prognozy ludności dają możliwość racjonalnego zaplanowania i dostosowania przyjmowanych założeń do bieżących i przyszłych potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej. Powiat sochaczewski w 2016 roku liczył 85 158 mieszkańców, z czego 51,4% stanowiły kobiety, a 48,6% mężczyźni. Średni wiek mieszkańców wynosił 40,3 lat i był porównywalny do średniego wieku mieszkańców województwa mazowieckiego oraz Polski.

Wykres 1. Piramida wieku mieszkańców powiatu sochaczewskiego w roku 2015- opracowanie własne na podstawie danych GUS



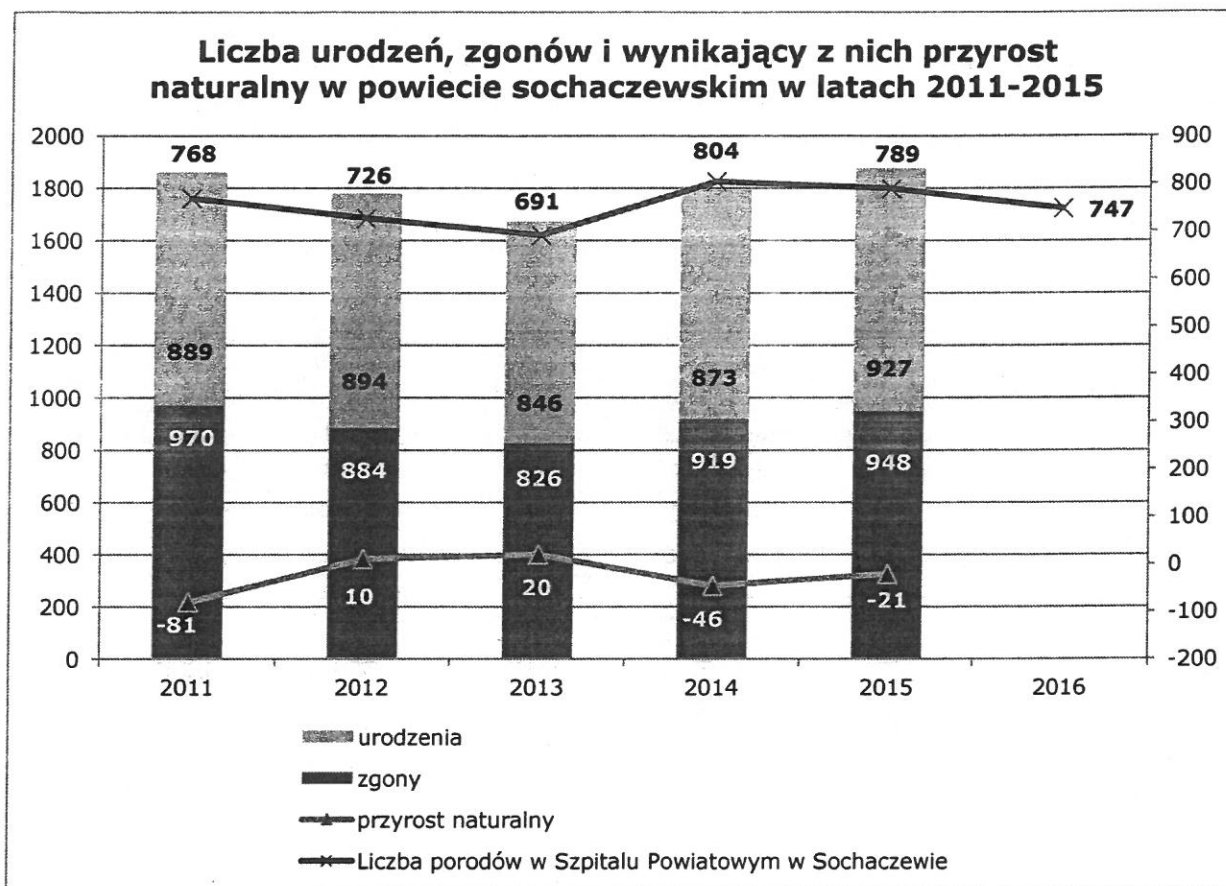
Piramida wieku mieszkańców powiatu sochaczewskiego jednoznacznie pokazuje demograficzne starzenie się społeczeństwa, wyrażające się większym udziałem osób starszych w społeczeństwie. Prezentowane dane za 2015 rok wskazują, że największą grupę 57,1% ogółu stanowią ludzie w wieku produkcyjnym, 21,1% osoby w wieku przedprodukcyjnym a 21,8% wszystkich mieszkańców powiatu liczy grupa osób w wieku poprodukcyjnym. Niestety prognozy demograficzne dla Polski są niekorzystne. Należymy do niewielkiej grupy krajów wspólnoty europejskiej, w których ostatnio wystąpiły łącznie trzy zjawiska mające zasadniczy wpływ na dynamikę demograficzną, tj. spadek płodności, nasilenie emigracji i brak imigracji.



Wykres 2. Populacja i prognoza populacji dla Powiatu Sochaczewskiego- opracowanie własne na podstawie danych GUS

Na terenie naszego powiatu, podobnie jak w całym kraju, mamy do czynienia ze zjawiskiem demograficznego starzenia się społeczeństwa. Występowanie takiego mechanizmu powoduje zmiany w relacjach pomiędzy poszczególnymi grupami wiekowymi. Powyższy wykres opracowany na podstawie danych GUS wskazuje liczbę populacji w powiecie sochaczewskim w latach 2014-2016 oraz prognozę liczby ludności na lata 2017-2050. Z zaprezentowanych danych widać, że prognozy zakładają ciągły spadek liczby ludności powiatu, co w perspektywie długofalowej może oznaczać spadek zapotrzebowania na część usług świadczonych przez nasz szpital. Jednocześnie wzrost populacji w wieku poprodukcyjnym oznacza starzenie się społeczeństwa i wzrost zapotrzebowania na specyficzną grupę procedur medycznych nastawionych na potrzeby osób starszych. Pacjent w wieku starszym zazwyczaj z typową wielochorobowością wymaga specjalistycznego podejścia, całościowej oceny, wnikliwego i szerokiego przeanalizowania jego problemów i rozpoznania priorytetowego problemu, który najbardziej zaburza jego jakość życia.





Wykres 3. Liczba urodzeń, zgonów i wynikający z nich przyrost naturalny w powiecie sochaczewskim w latach 2011-2015- opracowanie własne na podstawie danych GUS

W powiecie sochaczewskim występuje ujemny przyrost naturalny wynoszący -21, co odpowiada przyrostowi naturalnemu -0,2 na 1000 mieszkańców powiatu. W 2015 roku urodziło się 927 dzieci, w tym 47,9% dziewczynek i 52,1% chłopców. W latach 2014-2015 następował wzrost liczby urodzeń w powiecie sochaczewskim przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby porodów w naszym szpitalu. Brak danych na temat liczby urodzeń i zgonów w powiecie sochaczewskim za rok 2016 na dzień sporządzenia niniejszego programu naprawczego nie pozwala na potwierdzenie utrzymywania się wskazanej tendencji spadku ilości porodów w szpitalu w stosunku do ogólnej liczby porodów. Przyczyną występowania takiego zjawiska jest fakt, że coraz więcej kobiet decyduje się na macierzyństwo w późnym wieku, co pociąga za sobą większe ryzyko powikłań i zmusza kobiety do prowadzenia ciąży w szpitalach o wyższym stopniu referencyjności. Dane statystyczne wskazują, że w powiecie sochaczewskim 121 kobiet na 1000<sup>2</sup> zachodzi w ciążę i rodzi dziecko mając 30 lat i więcej, co zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się problemów ze zdrowiem takich, jak nadciśnienie, cukrzyca, zaburzenia funkcji tarczycy, choroby nerek i wątroby, które grożą powikłaniami ciąży. Inną przyczyną takiej sytuacji mogą być osobiste powody rodzącej jak, np. strach przed bólem i brak możliwości skorzystania ze znieczulenia, opinia o oddziale, nagły poród w innym szpitalu. Kolejną przyczyną może być bezpośrednie sąsiedztwo innych szpitali m.in. w Łowiczu, Żyrardowie, Skierniewicach, Płocku czy Warszawie. Stosunkowo niewielkie odległości powodują, że kobiety podejmują decyzję o porodzie w szpitalu położonym najbliżej miejsca zamieszkania.

<sup>2</sup> [http://www.polskawliczbach.pl/powiat\\_sochaczewski](http://www.polskawliczbach.pl/powiat_sochaczewski)

W analizie potrzeb zdrowotnych lokalnej społeczności bardzo ważną rolę odgrywa badanie przyczyn zgonów. Wynika to z konieczności priorytetowego podejścia do tych chorób, które są przyczyną największej ilości zgonów. Poniższa tabela przedstawia strukturę zgonów w powiecie sochaczewskim według najczęściej występującej przyczyny w latach 2011-2014.

Tabela 2. Struktura zgonów w powiecie sochaczewskim według najczęściej występującej przyczyny w latach 2011-2014- opracowanie własne na podstawie danych GUS

Przyczyna zgonu	Rok							
	2011		2012		2013		2014	
	ilość	%	ilość	%	ilość	%	ilość	%
Choroby układu krążenia	458	47,22	438	49,55	444	53,75	475	51,69
Nowotwory	245	25,26	223	25,23	196	23,73	223	24,27
Przyczyny zewnętrzne	61	6,29	68	7,69	43	5,21	86	9,36
Choroby układu oddechowego	72	7,42	76	8,60	59	7,14	67	7,29
Choroby układu trawiennego	42	4,33	43	4,86	39	4,72	31	3,37
Zaburzenia metaboliczne	21	2,16	13	1,47	19	2,30	9	0,98
Inne (np. choroby zakaźne, choroby układu nerwowego, choroby układu moczowo-płciowego i in.)	71	7,32	23	2,60	26	3,15	28	3,05

Z danych wynika, że najczęstszą przyczyną zgonów w powiecie sochaczewskim w prezentowanych latach są choroby układu krążenia i w kolejnych latach następuje ciągły wzrost procentowy ilości zgonów z tej przyczyny z 47% w 2011 roku do blisko 52% w roku 2014. Na drugim miejscu najczęstszych przyczyn zgonów znajdują się choroby nowotworowe i w dalszej kolejności przyczyny zewnętrzne, choroby układu oddechowego, trawiennego, zaburzenia metaboliczne i inne choroby. Struktura przyczyn zgonów jest identyczna zarówno do województwa mazowieckiego jak i do całego kraju. Analiza przyczyn zgonów ludności powiatu sochaczewskiego jest sygnałem dla szpitala, jakie obszary usług medycznych wymagają największego zainteresowania.

## Rozdział II

### Sytuacja ekonomiczno-finansowa w latach 2014-2016

#### 1. Analiza rachunek zysków i strat

Rachunek zysków i strat sporządzany jest w wariacie porównawczym. Kategorie przychodów i kosztów, które stanowią podstawę do sporządzenia rachunku zysków i strat są analogiczne do tych zdefiniowanych w ustawie o rachunkowości.

##### 1.1. Przychody

Tabela 3. Główne pozycje przychodów rachunku zysków i strat za lata 2014-2016

Pozycje przychodów w rachunku zysków i strat			
Wyszczególnienie	2014	2015	2016
Przychody netto ze sprzedaży i zrównanie z nimi, w tym:	49 136 796,46	50 274 404,53	51 304 510,38
Pozostałe przychody operacyjne	2 918 469,63	2 934 104,79	2 149 971,90
Przychody finansowe	16 952,88	12 356,60	12 338,66

Wartość przychodów Szpitala tworzą przychody uzyskiwane z NFZ, przychody z refundacji wynagrodzeń rezydentów i stażystów, przychody wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz Rozporządzenia zmieniającego w sprawie OWU dotyczące wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, przychody z tytułu sprzedaży usług na podstawie zawartych umów dotyczących wykonywania badań diagnostycznych, sterylizacji materiału medycznego, świadczenia porad lekarskich, świadczenia usług z zakresu medycyny pracy, a także jednorazowej sprzedaży usług medycznych osobom fizycznym, przychodów ze sprzedaży usług niemedyceńskich dotyczących dzierżawy pomieszczeń, sprzętu, prania bielizny, ksero dokumentacji medycznej, transportu sanitarnego oraz pobytu opiekunów dzieci hospitalizowanych, pozostałe przychody operacyjne obejmujące w szczególności przychody uzyskane z darowizn, umorzonych zobowiązań, nawiązek sądowych, oraz przychody zaliczone we wcześniejszym okresie do rozliczeń międzyokresowych przychodów dotyczących okresu sprawozdawczego (środki finansowe otrzymane na sfinansowanie nabycia lub wytworzenia środków trwałych, np.: dotacje z UE, WFOŚ i GW, PZU, samorządów) oraz sprzedaży środków trwałych; przychody finansowe obejmujące przychody z tytułu uzyskanych odsetek bankowych oraz uzyskanych i należnych odsetek od kontrahentów z tytułu nieterminowych płatności, przychody ze sprzedaży towarów i materiałów – krew dla stacji dializ.

W strukturze przychodów ogółem zaszły widoczne zmiany. Przychody ogółem w poszczególnych latach wyniosły odpowiednio w 2014 roku 52.072.218,97, w 2015- 53.220.865,92 a w roku 2016- 53.466.820,94. Istotnym czynnikiem wpływającym na wysokość przychodów szpitala jest kwestia finansowania przez NFZ nadwykonań. Trudna sytuacja finansowania w kraju oraz w NFZ spowodowała, że NFZ płacił tylko za część nadwykonań. W roku 2014 plan przychodów został zrealizowany ogółem w 101,72%. Największy stopień realizacji przychodów nastąpił w grupie pozostałych przychodów operacyjnych i ich realizacja w stosunku do planu była wyższa o 20,47%, nie



zrealizowano natomiast zakładanego planu przychodów ze sprzedaży pozostałej dotyczącej działalności podstawowej, przychodów z tytułu sprzedaży usług pozostałych (najem, dzierżawa), przychodów finansowych oraz przychodów w zakresie sprzedaży towarów i materiałów, z tytułu których osiągnięto przychód 40% planu. W roku 2015 w stosunku do roku 2014 nastąpił wzrost realizacji przychodów w stosunku do planu o 0,83 punktu procentowego i osiągnął poziom 102,55%. Przychody z tytułu działalności finansowej zostały zrealizowane w 130% w stosunku do założonego planu. Założony plan przychodów z tytułu działalności podstawowej został wykonany w 102,84% w tym z tytułu sprzedaży usług medycznych NFZ 103% i pozostałej sprzedaży 104,49%. Niestety nie udało się osiągnąć planu z tytułu sprzedaży usług pozostałych takich jak najem czy dzierżawa i plan w tym zakresie został zrealizowany jedynie w 92,99%. Zrealizowane przychody z pozostałej działalności osiągnęły poziom 97,8% planu. W roku 2016 plan przychodów został zrealizowany jedynie w 98,65% i wynika to z tego, iż Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za część zakresów- tylko do limitów wykonanych usług w danym okresie do wysokości planu, a wartość wykonanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych pacjentów pozostających nadal bez refundacji Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r. wynosi 609 tys. zł. Przychody ze sprzedaż usług medycznych pozostałych są wyższe niż planowane o 9,44% i wynikają z większych przychodów z tytułu sprzedaży usług na podstawie zawartych umów w zakresie wykonywania badań, świadczenia porad lekarskich, świadczenia usług z zakresu medycyny pracy, a także świadczenia usług na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i sprzedaży usług osobom fizycznym. Plan przychodów ze sprzedaży usług niemedycejskich został wykonany w 96,34%. W pozostałej działalności planowane przychody operacyjne zostały wykonane w 86,29%. Przychody finansowe wynikające z odsetek bankowych i należnych odsetek od kontrahentów z tytułu nieterminowych płatności są wyższe od zaplanowanych o 20%. Analiza dynamiki pozycji rachunku zysków i strat pozwalająca określić kierunek i natężenie zmian w analizowanym okresie wskazuje, że przychody netto ze sprzedaży wykazują tendencję wzrostową. Stanowiące największą pozycję przychodów i w najwyższym stopniu wpływające na wynik finansowy przychody netto w roku 2015 w stosunku do roku 2014 wzrosły o 1.137.608,07 co stanowiło wzrost o 2,3% natomiast w roku 2016 w stosunku do roku 2015 nastąpił wzrost w kwocie 1.030.105,85 tj. o 2,0%. Wysoki udział przychodów ze sprzedaży produktów należy ocenić za naturalny z punktu widzenia rodzaju prowadzonej działalności i porównywalny z poprzednimi okresami. W roku 2016 nastąpił spadek procentowy udziału pozostałych przychodów operacyjnych w ogóle przychodów z 5,6% w roku 2014 do 4,0%. Analizując wszystkie osiągnięte przez szpital przychody to w roku 2015 w stosunku do roku 2014 nastąpił wzrost o 1.148.646,95 a w roku 2016 do roku 2015 wzrost w wartości 245.955,02.

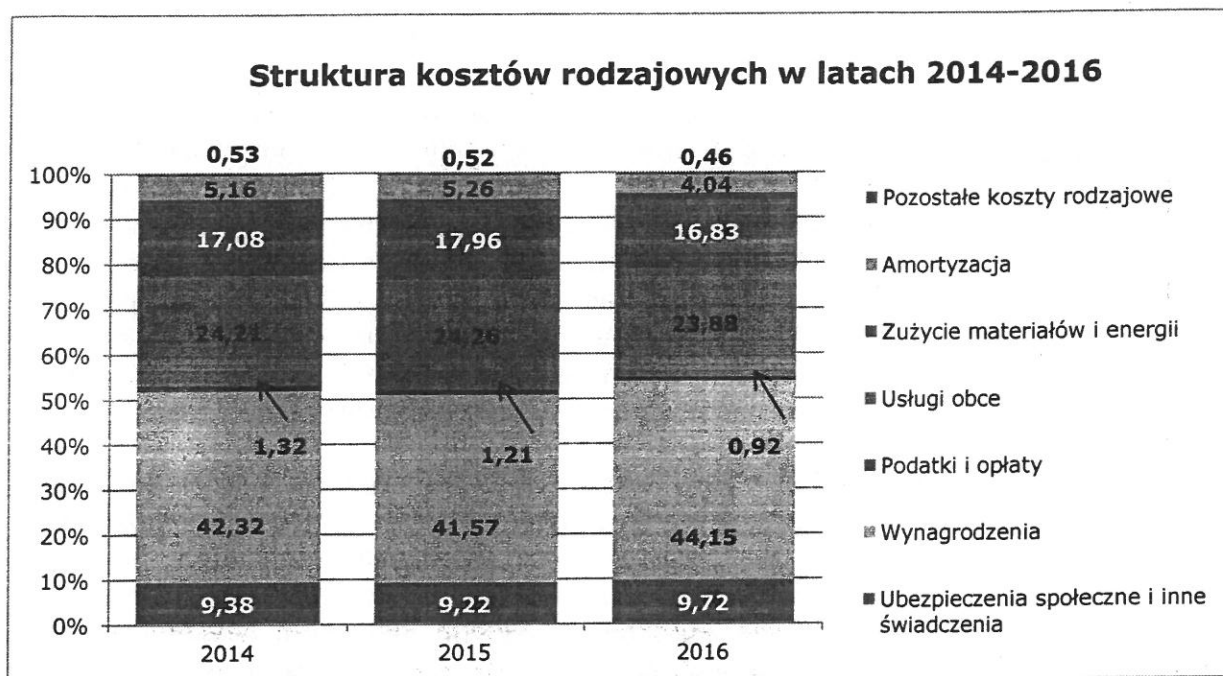
## 1.2. Koszty

Tabela 4. Główne pozycje kosztów rachunku zysków i strat za lata 2014-2016

<b>Pozycje kosztów w rachunku zysków i strat</b>			
<b>Wyszczególnienie</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>
Koszty działalności operacyjnej	52 684 234,37	53 647 264,63	53 858 102,10
Pozostałe koszty operacyjne	1 302 925,91	778 769,99	384 117,50
Koszty finansowe	265 981,44	249 785,31	263 593,21

Analiza kosztów działalności obejmuje analizę strukturę kosztów oraz analizę zmian poszczególnych pozycji kosztowych. Na koszty funkcjonowania szpitala składają się koszty rodzajowe (zużycie materiałów i energii, usługi obce, podatki i opłaty, wynagrodzenia, świadczenia na rzecz pracowników, amortyzacja, pozostałe koszty), pozostałe koszty operacyjne obejmujące odpisy aktualizujące należności, nieumorzoną wartość sprzedanych środków trwałych, umorzenie podatku od nieruchomości, koszty lat ubiegłych oraz koszty finansowe na które składają się odsetki od kredytu zaciągniętego na spłatę zobowiązań pracowniczych wynikających z „ustawy 203” i „13”, odsetki od kredytu na spłatę 30% pożyczki restrukturyzacyjnej (umorzenie 70%) oraz odsetki od pożyczki na dofinansowanie realizacji zadania termomodernizacji bloku E. Całkowite koszty Szpitala w roku 2014 wyniosły 54.253.141,72, w 2015 roku- 54.675.819,93 a w roku 2016- 54.505.812,81.

W roku 2014 koszty działalności były wyższe niż planowane o 2,02%. Nastąpiło nieznaczne przekroczenie kosztów w stosunku do planu z tytułu działalności podstawowej o 0,38%. W analizowanym roku nastąpił znaczny wzrost pozostałych kosztów operacyjnych, poziom ich wykonania w stosunku do planu kształtował się na poziomie 524% i był wynikiem utworzenia zgodnie z zasadą ostrożnej wyceny odpisu aktualizującego na należności za nadwykonania za 2014 rok w kwocie 1 066 tys. zł. W roku 2015 plan kosztów został zrealizowany w 102,12%. Koszty działalności podstawowej zostały zrealizowane w 101,04% i grupie tej największe wzrost w stosunku do planu odnotowało zużycie materiałów i energii (103,88 planu) oraz usługi obce (102,13 planu). Koszty działalności finansowej to 83,33% planu. Wykonanie planu w zakresie pozostałej działalności kształtowało się na poziomie 510,46% w tym pozostałe koszty operacyjne- 519,33% planu. W roku 2016 koszty w stosunku do planu zostały zrealizowane na poziomie 97,85%. W grupie kosztów działalności podstawowej nastąpił spadek realizacji planu kosztów wszystkich pozycji, co jest zjawiskiem niezwykle pozytywnym i należy dołożyć wszelkich starań, aby utrzymać taką tendencję i dalej dążyć do racjonalizacji kosztów. Plan kosztów w zakresie działalności finansowej został zrealizowany na poziomie 105,2% a pozostałej działalności na poziomie 256,86%. Koszty działalności operacyjnej w roku 2015 w stosunku do roku 2014 wzrosły o 963.030,26 a w roku 2016 w stosunku do roku 2015 nastąpiła wzrost o 210.837,47. Obliczenia dynamiki kosztów działalności operacyjnej wykazały, że udział tych kosztów w stosunku do ogółu kosztów w poszczególnych latach stale rośnie i w 2015 roku w stosunku do roku 2014 nastąpił wzrost o 1,8% a w roku 2016 w porównaniu do roku 2015 nastąpił wzrost o 0,4%.

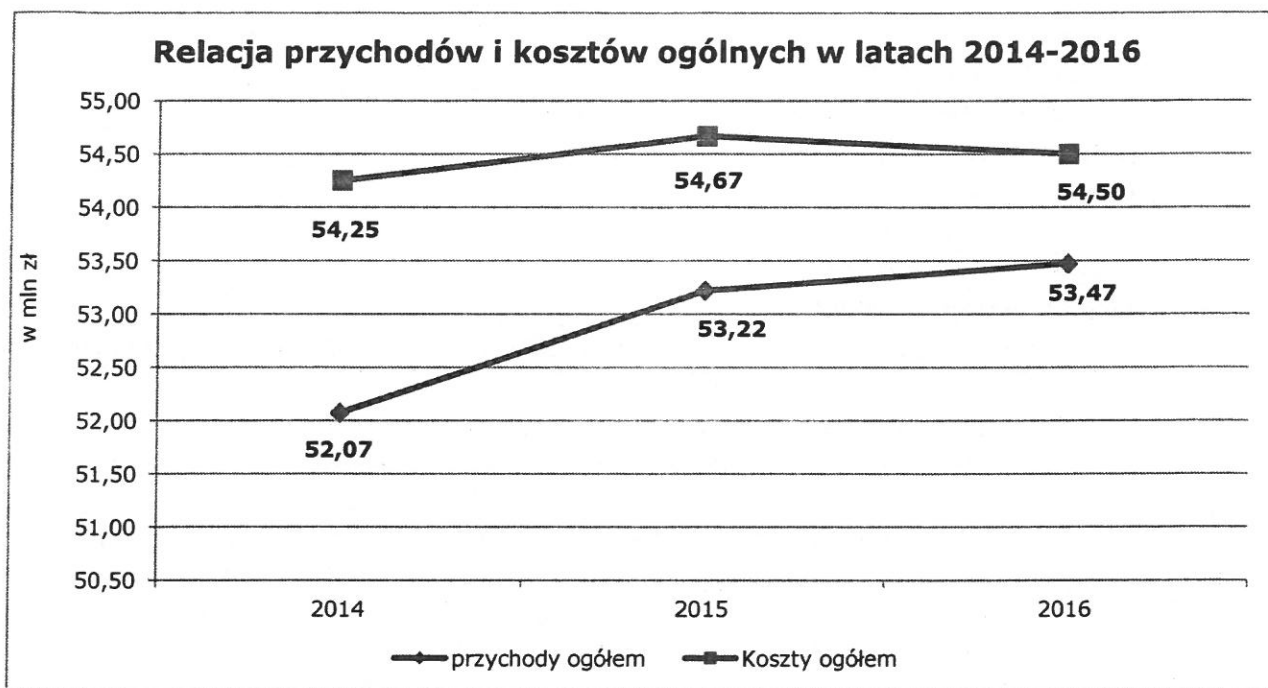


Wykres 4. Struktura kosztów rodzajowych w latach 2014-2016- opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych

Powyższy wykres przedstawia strukturę kosztów rodzajowych będących największą pozycją w kosztach szpitala. Na przestrzeni trzech porównywalnych lat w związku z ogólnym wzrostem cen zauważalny jest ciągły wzrost kosztów funkcjonowania jednostki. Wszystkie pozycje na przestrzeni analizowanego okresu wykazują wartości podobne, bez żadnych znaczących zmian i odchyień. Największą częścią kosztów rodzajowych są wynagrodzenia ze stosunku pracy, które stanowią od 42,32% w 2014 roku do 44,15% w roku 2016. Jednak podkreślić należy, że całkowite koszty ponoszone przez Szpital na wynagrodzenia za pracę łącznie z umowami cywilno-prawnymi lekarzy stanowią około 70% kosztów działalności. Na wzrost wartości wynagrodzeń wpływ miały podwyżki wynagrodzenia pielęgniarek i położnych zagwarantowane im w rozporządzeniu zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Drugą pozycję w strukturze kosztów rodzajowych zajmują usługi obce z udziałem procentowych ok. 24%, w dalszej kolejności jest to zużycie materiałów i energii na poziomie ok. 17%, ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia na rzecz pracowników z udziałem w strukturze ok. 9,5%, amortyzacja na poziomie ok. 5% w latach 2014 i 2015 oraz ok. 4% w roku 2016, oraz podatki i opłaty oraz pozostałe koszty rodzajowe łącznie średnio ok. 1,6%.

Porównanie tempa zmian przychodów i kosztów w poszczególnych obszarach działania, umożliwia zidentyfikowanie przyczyny pogorszenia bądź poprawy osiąganych wyników finansowych. Z analizy wynika, że następuje szybszy wzrost przychodów niż kosztów, co jest zjawiskiem pozytywnym. Znajduje to odzwierciedlenie w poprawiającym się z roku na rok wyniku finansowym w postaci zmniejszania straty.





Wykres 5. Relacja przychodów i kosztów ogólnych w mln zł w latach 2014-2016

## 2. Bilans

Bilans przedstawia w sposób uporządkowany składniki majątku przedsiębiorstwa oraz źródła jego finansowania. Badaniem struktury bilansu zajmuje się analiza pionowa, która polega na określaniu procentowego udziału poszczególnych pozycji bilansu w sumie bilansowej lub określonej pozycji aktywów lub pasywów. Ze względu decyzji strategicznych analiza pionowa jest bardzo istotna, ponieważ pozwala na określenie tendencji pozytywnych lub negatywnych w kształtowaniu się struktury majątku przedsiębiorstwa oraz źródeł jego finansowania.

Suma bilansowa na dzień 31 grudnia 2014 r. wyniosła 29.639.548,59, na koniec 2015 roku- 28.792.092,68 a na koniec 2016 roku 26.129.840,33. Oznacza to spadek wartości sumy bilansowej w 2015 w stosunku do roku poprzedniego o wartość 847.455,91 tj. o 2,9%, a w roku 2016 w porównaniu z rokiem 2015 spadek o 2.662.252,35 tj. o 9,2%.

### 2.1. Aktywa

Tabela 5. Wybrane pozycje aktywów bilansu za lata 2014-2016

Wybrane pozycje aktywów bilansu				
Poz.	Wyszczególnienie	2014	2015	2016
<b>A.</b>	<b>Aktywa trwałe</b>	<b>21 442 833,25</b>	<b>20 294 719,71</b>	<b>18 352 792,46</b>
I.	Wartości niematerialne i prawne		1 053 465,57	830 768,31
II.	Rzeczowe aktywa trwałe	21 406 915,57	18 970 143,50	17 244 735,01
III.	Należności długoterminowe	0,00	0,00	0,00
IV.	Inwestycje długoterminowe	0,00	0,00	0,00
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	35 917,68	271 110,64	277 289,14
<b>B.</b>	<b>Aktywa obrotowe</b>	<b>8 196 715,34</b>	<b>8 497 372,97</b>	<b>7 777 047,87</b>

I.	Zapasy	210 019,44	232 036,18	265 108,82
II.	Należności krótkoterminowe	7 015 278,82	7 456 167,89	6 436 964,74
III.	Inwestycje krótkoterminowe	405 630,55	293 658,41	386 147,06
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	565 786,53	515 510,49	688 827,25
C.	<b>Należne wpłaty na kapitał (fundusz) podstawowy</b>			
D.	<b>Udziały (akcje) własne</b>			
<b>AKTYWA razem</b>		<b>29 639 548,59</b>	<b>28 792 092,68</b>	<b>26 129 840,33</b>

Zmiany wartości poszczególnych składników aktywów i pasywów prowadzą do zmian w strukturze bilansu. W analizowanym okresie aktywa trwale wykazywały stopniowy spadek swojego udziału w sumie bilansowej z 72,35% w roku 2014, przez 70,49% w 2015 do 70,24% w roku 2016. Dynamika środków trwałych wykazała spadek ich wartości w 2015 roku w stosunku do roku poprzedniego o 3,83% a w roku 2016 w korespondencji z rokiem 2015 o 9,13%. Główną przyczyną zmniejszania się wartości rzeczowych aktywów trwałych jest strata ich wartości następująca w sposób planowy, wskutek ich używania przez dłuższy czas, którą odzwierciedlają odpisy amortyzacyjne. Takie ujmowanie rzeczowych aktywów trwałych jest obowiązkowe i wynika z przepisów ustawy o rachunkowości. Rzeczowe aktywa trwale w 2014 roku stanowią 72,2% sumy bilansowej oraz 99,8% sumy aktywów trwałych, w roku 2015 odpowiednio 65,9% i 93,5% a w roku 2016 66,0% sumy bilansowej i 94,0% sumy aktywów trwałych. Pozostały udział to długoterminowe rozliczenia międzyokresowe, które obejmują przeglądy i badanie instalacji elektrycznej i odgromowej, remonty środków trwałych, niskocenne środki trwałe.

Przeprowadzona analiza stopnia zużycia środków trwałych w Szpitalu pozwala na wyliczenie wskaźnika ich umorzenia oraz wskaźnika wartości netto środków trwałych.

Tabela 6. Wskaźniki wykorzystania środków trwałych w latach 2014-2015

Wskaźnik	Rok		
	2014	2015	2016
umorzenia (zużycia) rzeczowego majątku trwałego	58,90%	61,90%	65,28%
wartości netto środków trwałych	41,10%	38,10%	34,72%

Wysoka wartość pierwszego wskaźnika świadczy o zaawansowanej strukturze wiekowej środków trwałych a tym samym wskazuje na konieczność ponoszenia większych wydatków na konserwacje i remonty oraz potrzebę odnowienia bazy środków trwałych poprzez inwestycje. Przeprowadzona analiza wskazuje, że mimo nakładów finansowych na inwestycje w ramach możliwości finansowych Szpitala na przestrzeni lat następuje ciągły wzrost zużycia środków trwałych. Personel medyczny zmuszony jest do korzystania z wyeksploatowanego sprzętu i instrumentarium medycznego.

Niski poziom wskaźnika wartości netto oznacza, że środki trwałe charakteryzuje długi okres eksploatacji oraz wysoki stopień zużycia. W analizowanym okresie następował stały spadek poziomu wskaźnika, co jest konsekwencją ciągłej utraty wartości netto środków trwałych oraz brakiem inwestycji. Zmiany w strukturze rzeczowych aktywów trwałych w tym środków trwałych najlepiej obrazuje wykazana powyżej dynamika tych pozycji.

W latach 2014-2016 zauważalny jest wzrost udziału aktywów obrotowych w sumie bilansowej. A roku 2014 aktywa obrotowe stanowiły 27,65% sumy bilansowej, w 2015 roku 29,51% a w roku 2016 29,76%. Jednakże dynamika aktywów obrotowych wskazuje wzrost ich wartości w roku 2015 w stosunku do roku 2014 o 3,7% natomiast w roku 2016 w porównaniu z rokiem 2015 nastąpił spadek ich wartości o kwotę 720.325,10 tj. o 8,5%. Na aktywa obrotowe składają się zapasy, należności krótkoterminowe, inwestycje krótkoterminowe oraz krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe. Największy udział w aktywach obrotowych wykazują należności krótkoterminowe, które w sumie bilansowej stanowią odpowiednio 23,7% w 2014, 25,9% w 2015 i 24,6% w roku 2016. Podobna zależność wystąpiła w przypadku analizy udziału należności krótkoterminowych w aktywach obrotowych. W roku stanowiły one 85,6% aktywów obrotowych, w 2015-87,7% a w roku 2016 82,8%. Wskaźnik dynamiki należności krótkoterminowych jednoznacznie wskazuje wzrost ich wartości o 6,3% w roku 2015 w porównaniu z rokiem 2014 a następnie spadek o 1.019.203,15 czyli o 13,7%. Pozostałe pozycje składające się na aktywa obrotowe łącznie w sumie bilansowej stanowiły 3,99% w roku 2014, 3,62% w roku 2015 oraz 5,13% w roku 2016. Największą dynamiką charakteryzowały się inwestycje krótkoterminowe, których wartość w roku 2015 w stosunku do roku 2014 spadła o 27,6% po czym w roku 2016 w korespondencji z rokiem 2015 wzrosła o wartość 31,5%.

## 2.2. Pasywa

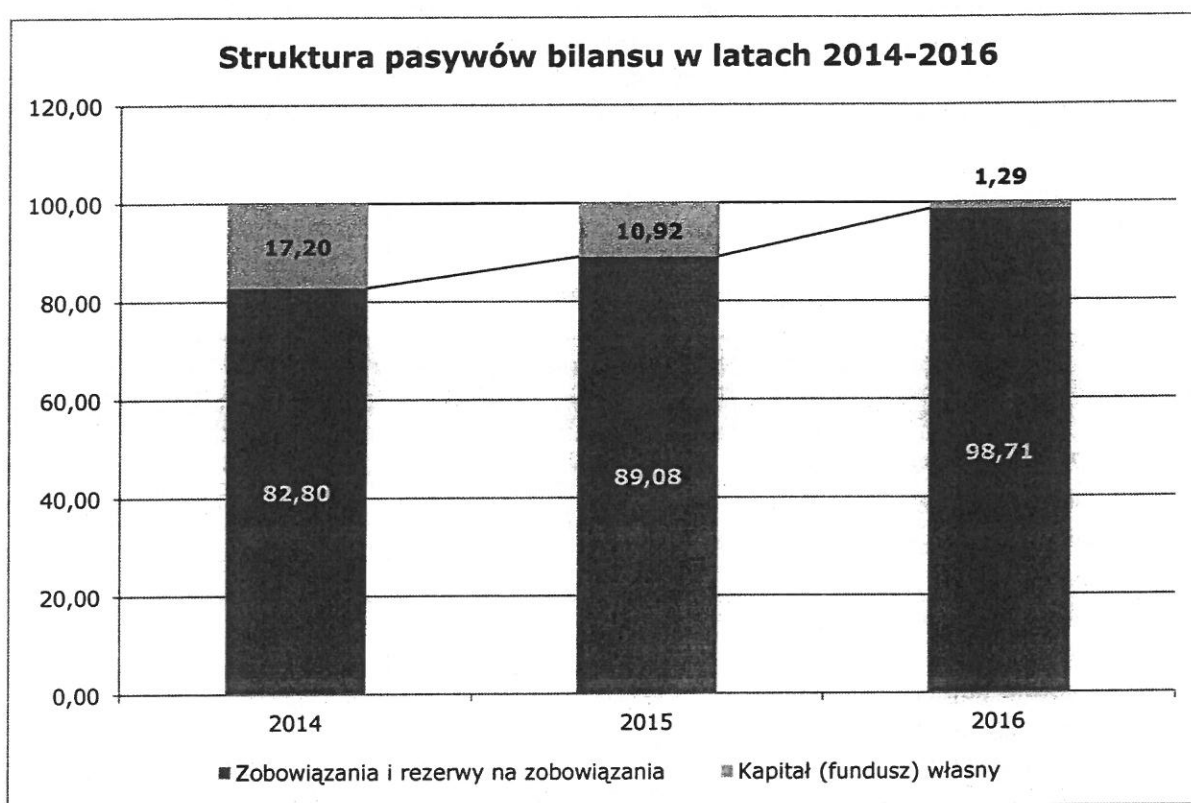
Tabela 7. Wybrane pozycje pasywów bilansu za lata 2014-2016

Wybrane pozycje pasywów bilansu				
Poz.	Wyszczególnienie	2014	2015	2016
<b>A.</b>	<b>Kapitał (fundusz) własny</b>	<b>5 098 448,96</b>	<b>3 142 954,55</b>	<b>337 383,96</b>
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	16 125 683,56	16 125 683,56	16 125 683,56
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy, w tym:	85 046,81	85 046,81	85 046,81
III.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny, w tym:			
IV.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe, w tym:			
V.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-8 931 358,66	-11 504 389,81	-14 757 374,54
VI.	Zysk (strata) netto	-2 180 922,75	-1 563 386,01	-1 115 971,87
VII.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)			
<b>B.</b>	<b>Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania</b>	<b>24 541 099,63</b>	<b>25 649 138,13</b>	<b>25 792 456,37</b>
I.	Rezerwy na zobowiązania	4 440 165,41	4 642 515,85	4 566 783,19
II.	Zobowiązania długoterminowe	4 111 886,76	3 757 592,96	3 336 220,56
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	10 688 543,76	10 900 127,45	12 287 784,44
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	5 300 503,70	6 348 901,87	5 601 668,18
	<b>PASYWA razem (A+B)</b>	<b>29 639 548,59</b>	<b>28 792 092,68</b>	<b>26 129 840,33</b>



Na pasywa bilansu składają się kapitały własne oraz zobowiązania i rezerwy na zobowiązania. Elementami składowymi kapitału własnego są przede wszystkim kapitał podstawowy, zapasowy, rezerwy, z aktualizacji wyceny oraz zysk/strata z roku obecnego i lat ubiegłych. Kapitały własne są środkami zaangażowanymi w celu finansowania majątku lub/i działalności operacyjnej przedsiębiorstwa. Zasadniczo przyjęto, że kapitał własny powinien przede wszystkim finansować majątek przedsiębiorstwa. Na kapitał obcy składają się zobowiązania długoterminowe oraz krótkoterminowe. Generalna zasada mówi, że zobowiązania krótkoterminowe finansują majątek obrotowy, a zobowiązania długoterminowe majątek trwały. Odpowiednie proporcje pomiędzy kapitałem własnym a kapitałem obcym zapewniają najbardziej produktywne wykorzystanie majątku.

Poniższy wykres przedstawia udział poszczególnych rodzajów kapitałów w sumie bilansowej. Przedstawione dane jednoznacznie wskazują zmniejszenie się udziału kapitałów własnych i ciągły wzrost kapitałów obcych.



Wykres 6. Struktura pasywów bilansu w latach 2014-2016- opracowanie własne na podstawie sprawozdań finansowych

Najniebezpieczniejszym zjawiskiem w szpitalu, które wymaga natychmiastowych działań zmierzających do zmiany tendencji, jest spadek wartości kapitałów własnych. Sytuacja, w której kapitał w bilansie wykazuje ujemną wartość, jest szczególnie ryzykowna i wynika ze skumulowania straty z lat poprzednich. Analiza dynamiki kapitałów własnych wykazuje, że w roku 2015 w stosunku do roku 2014 kapitały własne zmalały o 38,35%, a w roku 2016 w stosunku do roku 2015 o 36,54%. Taki stan rzeczy jest wynikiem ciągle rosnącej straty z lat poprzednich, która w żaden sposób nie jest pokrywana, ze względu na brak środków własnych oraz braku pokrycia straty przez organ założycielski.

Tabela 8. Struktura zobowiązań w latach 2014-2016

Wyszczególnienie	Rok		
	2014	2015	2016
<b>Zobowiązania długoterminowe</b>	<b>4 111 886,76</b>	<b>3 757 592,96</b>	<b>3 336 220,56</b>
kredyty i pożyczki	4 046 580,81	3 656 253,77	3 265 926,73
inne zobowiązania finansowe		7 088,40	
inne	65 305,95	94 250,79	70 293,83
<b>Zobowiązania krótkoterminowe</b>	<b>10 688 543,76</b>	<b>10 900 127,45</b>	<b>12 287 784,44</b>
kredyty i pożyczki	428 297,00	1 342 337,72	1 614 751,31
inne zobowiązania finansowe		40 882,02	7 088,39
z tytułu dostaw i usług	4 164 360,57	4 243 320,10	3 784 771,12
z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	1 972 504,16	2 344 104,32	3 845 456,39
z tytułu wynagrodzeń	1 202 104,10	1 220 820,54	1 364 203,98
inne	1 554 559,24	339 857,71	425 909,93
Fundusze specjalne	1 366 718,69	1 368 805,04	1 245 603,32

Wśród kapitałów obcych największy udział wykazują zobowiązania krótkoterminowe, które w 2014 roku stanowiły 43,55% wszystkich kapitałów obcych, w roku 2015- 42,50% a w roku 2016- 47,64%. Zobowiązania krótkoterminowe stale rosną i ich dynamika w roku 2016 w stosunku do roku 2014 wyniosła 14,96%. Pod względem udziału w kapitałach obcych drugie miejsce zajmują rozliczenia międzyokresowe, których udział stanowił odpowiednio 21,60% w roku 2014, 24,75 w 2015 i 21,72% w roku 2016. Rezerwy na zobowiązania obejmujące utworzone rezerwy stanowiły 18,09% w 2014 roku, 18,10% w 2015 oraz 17,71% w roku 2016. W przypadku tej pozycji struktura wskazuje na zmniejszenie się jej udziału w ogóle kapitałów obcych, jednakże dynamika informuje o wzroście wartości tej pozycji w roku 2016 w stosunku do roku 2014 o 2,85%. Ostatnią grupę tworzą zobowiązania długoterminowe, które stanowią 16,76% ogółu kapitałów obcych w roku 2014, 14,65% w roku 2015 i 12,93% w roku 2016. Dynamika zobowiązań długoterminowych w roku 2015 w stosunku do roku 2014 zmalała o 8,62% a w roku 2016 w korespondencji z rokiem 2015 o 11,21%.

W ramach analizy bilansu bardzo istotne są również powiązania poziome między poszczególnymi pozycjami aktywów i pasywów, pozwalające na ocenę struktury kapitałowo-majątkowej. W ramach analizy bilansu formułuje się podstawowe zasady ułatwiające ocenę struktury kapitałowo-majątkowej, określane często mianem złotych reguł bilansowej i finansowej. Według złotej reguły finansowej nie należy zadłużać przedsiębiorstwa ponad wartość kapitałów własnych a tym samym kapitały obce powinny być w pełni pokryte kapitałami własnymi. Złota reguła bilansowa wymaga, by majątek trwały, obciążony wysokim stopniem ryzyka, był w pełni sfinansowany kapitałami własnymi.

Tabela 9. Poziom wskaźników złotych reguł w latach 2014-2016

Reguła	Sposób wyliczenia	Rok		
		2014	2015	2016
Złota reguła bilansowa	$Kw/At \geq 1$	0,24	0,15	0,02
Złota reguła finansowa	$Kw/Ko \geq 1$	0,21	0,12	0,01

gdzie Kw-Kapitał własny, At-Aktywa trwałe, Ko-Kapitały obce

Pożądany poziom powyższych wskaźników powinien kształtować się w okolicach jedności lub ją przekraczać. W analizowanych latach w szpitalu poziom żadnego wskaźnika nie został osiągnięty, co jest konsekwencją bardzo niskiej wartości kapitałów własnych. Niski poziom kapitałów własnych jest wynikiem skumulowania się strat Szpitala z lat poprzednich. Główną szansą na wzrost wartości kapitałów własnych jest zapłata przez NFZ za nadwykonania.

### 3. Analiza wskaźnikowa

O kondycji finansowej podmiotów leczniczych oraz sposobie zarządzania tymi jednostkami nie przesądza wyłącznie uzyskany wynik finansowy czy struktura zobowiązań, ale wiele innych przesłanek, wśród których można wyszczególnić wewnętrzne mierniki jakościowe czy dynamikę i zakres zmian w sektorze oraz zmiany poziomu wskaźnika inflacji, stóp redyskontowych czy produktu krajowego brutto<sup>3</sup>. Wykorzystywana analiza wskaźnikowa pozwala na zbadanie wzajemnych zależności pomiędzy poszczególnymi elementami znajdującymi się w sprawozdaniu finansowym, tym samym pozwala ocenić kondycję finansową przedsiębiorstwa i podjąć odpowiednie decyzje zarządcze. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 kwietnia 2017 roku w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej określa wskaźniki ekonomiczno-finansowe, na podstawie których dokonuje się analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej oraz sposób obliczania wskaźników ekonomiczno-finansowych oraz przypisane im punktowe oceny, które służą do analizy ekonomiczno-finansowej. Wyżej wymieniony przepis nałożył na szpital obowiązek wyliczenia i zinterpretowania czterech grup wskaźników- zyskowności, płynności, efektywności i zadłużenia. Poniżej przedstawiono dane liczbowe dla poszczególnych grup wskaźników. Ze względu na znaczne uzależnienie poziomu wartości wskaźników od specyfiki branży, osiągnięty poziom wskaźnika należy porównywać z wielkościami uzyskiwanymi przez inne podmioty działające w sektorze ochrony zdrowia jednakże dostęp do tego typu informacji może być utrudniony.

#### 3.1. Wskaźniki zyskowności

Tabela 10. Wskaźniki zyskowności w latach 2014-2016

Wskaźnik	Rok		
	2014	2015	2016
zyskowności netto	-0,04	-0,03	-0,02
zyskowności działalności operacyjnej	-0,04	-0,02	-0,01
zyskowności aktywów	-0,15	-0,05	-0,04

<sup>3</sup> Krakowińska E.: Analiza wydatków na ochronę zdrowia w Polsce i w wybranych krajach Unii Europejskiej, „Studia i Materiały”, nr 1. Uniwersytet Warszawski, Wydział Zarządzania, Warszawa 2006, s. 42-43.



Poziom wskaźnika zyskowności netto świadczy o efektywności działalności szpitala. W Szpitalu poziom wskaźnika w kolejnych latach wyniósł -0,04 w roku 2014, -0,03 w 2015 a za rok 2016 kształtuje się na poziomie -0,02% i jest on konsekwencją ujemnego wyniku finansowego. Wskaźnik zyskowności netto określa udział wyniku z działalności w przychodach ze sprzedaży, pozostałych przychodach operacyjnych i przychodach finansowych. Z uwagi na charakter działalności szpitali, nie zakłada się maksymalizacji poziomu tego wskaźnika, jednakże pożądany poziom wskaźnika wynosi powyżej 4%.

Wskaźnik zyskowności aktywów określa udział wyniku operacyjnego jednostki w aktywach ogółem (majątku). Wskaźnik informuje o zdolności aktywów do generowania zysku operacyjnego. W Szpitalu wskaźnik za rok 2014 wyniósł -0,15, w roku 2015 -0,05 a w 2016 -0,04%. Pożądany poziom wskaźnika powyżej 5%.

### 3.2. Wskaźniki płynności

Tabela 11. Wskaźniki płynności w latach 2014-2016

Wskaźnik	Rok		
	2014	2015	2016
bieżącej płynności szybkiej	0,67	0,67	0,53
szybkiej płynności	0,65	0,65	0,51

Wskaźnik bieżącej płynności informuje o możliwości spłaty zobowiązań bieżących, w przypadku gdyby stały się one natychmiast wymagalne. Optymalna wartość wskaźnika kształtuje się w granicach 1,20 – 2,00. Wartość wskaźnika w poszczególnych latach wyniosła 0,67 w latach 2014-2015 oraz 0,53 za rok 2016. Stosunkowo niska wartość wskaźnika płynności wskazuje na utrudnioną zdolność do regulowania bieżących zobowiązań.

Wskaźnik szybkiej płynności umożliwia ocenę zdolności szpitala do terminowego regulowania bieżących zobowiązań. W bardzo precyzyjny sposób odzwierciedla zmiany płynności, gdyż w przeciwieństwie do wskaźnika płynności bieżącej, wyłącza z aktywów obrotowych najmniej płynne aktywa jakimi są zapasy. Z punktu widzenia oceny działania szpitala jest jednym z najważniejszych wskaźników. Poziom wskaźnika w Szpitalu kształtował się w analizowanych latach na następujących poziomach 0,65 w latach 2014 i 2015 oraz 0,51 w roku 2016.

### 3.3. Wskaźniki efektywności

Tabela 12. Wskaźniki efektywności w latach 2014-2016

Wskaźnik efektywności	Rok		
	2014	2015	2016
rotacji należności w dniach	21	43	41
rotacji zobowiązań w dniach	15	31	29

Wskaźnik rotacji należności (w dniach) wynosił odpowiednio 21 w roku 2014, 43 dni w 2015, w 2016 roku 41. Wskaźnik ten oprócz sytuacji płynnościowej ocenia jakość współpracy z NFZ. Utrzymujący się przez dłuższy okres wysoki poziom wskaźnika zagraża bezpieczeństwu finansowemu Szpitala i sytuacja taka powinna być wyraźnym sygnałem dla Szpitala i płatnika do podjęcia stosownych kroków w celu przyspieszenia cyklu

rozliczeń. W latach 2014-2016 w Szpitalu osiągnięty został poziom wskaźnika poniżej 45 dni, co jest najbardziej pożądanym poziomem, ponieważ oznacza to, że długość cyklu oczekiwania Szpitala na uzyskanie należności za świadczone usługi wynosi średnio 21 dni w roku 2014, 43 w 2015 i 41 w 2016.

Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach) informuje w jakim cyklu szpital realizuje swoje zobowiązania wobec kontrahentów. Jest to jeden z podstawowych wskaźników oceny sytuacji finansowej szpitala. Dla utrzymania prawidłowych relacji z kontrahentami, wielkość wskaźnika powinna kształtować się na poziomie terminów płatności charakterystycznych dla sektora ochrony zdrowia. Utrzymująca się przez dłuższy okres wartość wskaźnika powyżej 60 dni wskazuje na problemy z regulowaniem zobowiązań. Jako jego wartość graniczną przyjmuje się 90 dni. Za modelową relację uznaje się, gdy wskaźnik rotacji zobowiązań z tytułu dostaw i usług równy jest wskaźnikowi rotacji należności. W szpitalu wskaźnik za rok 2014 wyniósł 15, za 2015 31 a za 2016 29. Na przestrzeni analizowanego okresu wskaźnik rotacji zobowiązań był niższy od wskaźnika rotacji należnościami, co oznacza, że Szpital szybciej reguluje swoje zobowiązania niż otrzymuje należności od kontrahentów.

### 3.4. Wskaźniki zadłużenia

Tabela 13. Wskaźniki zadłużenia w latach 2014-2016

Wskaźnik	Rok		
	2014	2015	2016
zadłużenia aktywów	65%	67%	77%
wypłacalności	3,77	6,14	59,85

Wskaźnik zadłużenia aktywów określa udział wszystkich zobowiązań (kapitałów obcych) w finansowaniu majątku. W szpitalu wskaźnik ten w roku 2014 wyniósł 65%, w 2015 67% a w 2016 77%. Odnotowany poziom wskaźnika jest zbyt wysoki i świadczy o podwyższonym ryzyku finansowym, spowodowanym bardzo prawdopodobną możliwością utraty zdolności do spłaty zadłużenia a ponadto podważa wiarygodność finansową podmiotu. Najbardziej pożądanym jest, aby wskaźnik ten był na poziomie do 40%.

Wskaźnik wypłacalności ukazuje stosunek zobowiązań bez rezerw na zobowiązania do kapitału własnego, a zatem mierzy ile razy zobowiązania przekraczają kapitał własny. Wartość wskaźnika w Szpitalu wynosił odpowiednio w roku 2014 3,77, w 2015 6,14 a w roku 2016 59,85. Wartość wskaźnika powyżej 4,00 wskazuje na możliwość utraty zdolności do regulowania przez szpital zobowiązań. Jednocześnie bardzo niska wartość wskaźnika może oznaczać brak efektywnego wykorzystania finansowania zewnętrznego. Preferowana wartość tego wskaźnika jest na poziomie od 0,00 do 0,50. Wysoki poziom wskaźnika wynika z niskiej wartości kapitałów własnych, których wartość z roku na rok obniża się w wyniku powiększania się straty z lat poprzednich, której szpital sam w własnym zakresie nie jest w stanie pokryć.

### 4. Efektywność działalności medycznej z uwzględnieniem rentowności

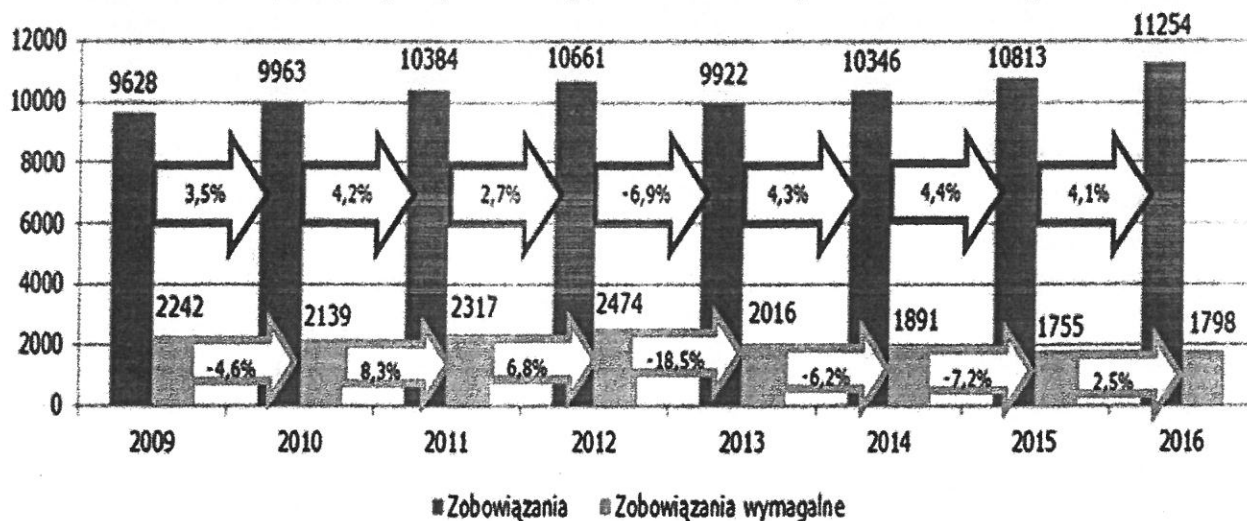
Służba Zdrowia w Polsce boryka się z ogromnymi problemami finansowymi. Łączne zadłużenie Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej (SPZOZ), wśród których największy udział mają szpitale, oscyluje w granicach 11 mld zł.<sup>4</sup>

Najbardziej zadłużone szpitale znajdują się w województwie mazowieckim (1,69 mld zł), śląskim (1,29 mld), kujawsko-pomorskim (1,03 mld) i lubelskim (1,01 mld). Z

<sup>4</sup> <http://www.mz.gov.pl/system-ochrony-zdrowia/organizacja-ochrony-zdrowia/zadluzenie-spzoz/>

kolei najlepsza sytuacja jest w województwach lubuskim (94 mln długu) i pomorskim (188 mln).<sup>5</sup>

#### Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w mln zł



Rysunek 4. Zadłużenie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w mln zł w latach 2009-2016

Biorąc pod uwagę organ tworzący najlepiej radzą sobie szpitale podległe Wyższym Uczelniom Medycznym oraz Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji, które jako jedyne w latach 2014-2015 osiągnęły dodatni bilans finansowy. Szpitale dla których organem założycielskim jest powiat są poniżej progu rentowności.

Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest zbyt niska wycena części procedur medycznych, co oznacza, że szpital realizując procedurę zakontraktowaną z NFZ otrzymuje za nią mniej środków niż wynosił koszt jej wykonania. W 2015 r. tylko 27 proc. szpitali było rentownych na poziomie procedur.<sup>6</sup> Niska wycena wybranych procedur powoduje, że nie jest nimi zainteresowany sektor prywatny i muszą być one wykonywane w publicznych szpitalach pogarszając ich sytuację finansową. Z drugiej strony część specjalności jest wyceniana wysoko lub nawet przeszacowana. Te obszary zdominował sektor prywatny ponieważ marże są na tyle wysokie, że umożliwiają osiągnięcie dużych zysków. Sektor prywatny działa racjonalnie, skupiając się na dochodowych, nieskomplikowanych i najwyższej wycenianych procedurach w ramach danej specjalności. Leczenie z dłuższą hospitalizacją wykonywane jest w publicznych szpitalach blisko cztery razy częściej, niż w placówkach niepublicznych. W konsekwencji sektor prywatny obsługuje najbardziej dochodowych pacjentów, a ci generujący koszty muszą być obsługiwani w sektorze publicznym. Szpitale publiczne tracą w ten sposób szansę na „podreperowanie” swoich budżetów i powiększają zadłużenie.

<sup>5</sup> Ministerstwo Zdrowia, Zadłużenie SPZOZ, tamże

<sup>6</sup> Magellan, Kondycja SPZOZ w 2015 r. Podsumowanie analizy, styczeń 2016.

Tabela 14. Próg rentowności ilościowy za rok 2016

Oddział	Plan punktów na rok	Wykonanie	Próg rentowności ilościowy przy określonym poziomie kosztów stałych i zmiennych
Pediatryczny	51 867	54 612	59 067,42
Wewnętrzno-Kardiologiczny	121 169	121 234	163 395,83
Chirurgii Ogólnej	79 397	79 511	117 773,06
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	97 778	111 641	98 646,45
Ginekologiczno-Położniczy	50 436	50 436	88 492,80
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	69 934	69 973	91 500,59
Psychiatryczny I z Pododdziałem Detoksykacji	344 676	347 732	388 584,13
Psychiatryczny II	309 661	311 110	328 837,64
Pododdział Neonatologiczny	26 139	26 139	25 580,89

Z przedstawionych danych za rok 2016 wynika, że oddziały szpitala wykonanie mają na wyższym lub równym poziomie do planu punktów wynikającego z umów zawartych z NFZ. Jedynie Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Pododdział Neonatologiczny miały wykonanie równe planowi, w pozostałych oddziałach wykonanie było większe. Mimo wykonania planu punktów oddziały nie osiągnęły progu rentowności. Dalsze zwiększanie wykonanie powoduje wzrost kosztów oraz powstanie nadwykonań za które NFZ nie płaci. Powyższa tabela przedstawia dane o ilości punktów, które każdy oddział musiałby wypracować aby osiągnąć ilościowy próg rentowności przy określonym poziomie kosztów stałych i zmiennych. Osiągnięcie takiego poziomu jest niemożliwe, ponieważ znacznie przekraczają one poziom punktów zaproponowanych Szpitalowi w ramach kontraktu z NFZ. Jediną szansą na osiągnięcie progu rentowności jest rzeczowa analiza kosztów poszczególnych oddziałów, oraz takie ich zoptymalizowanie, aby było możliwe osiągnięcie ilościowego progu rentowności równego ilości punktów zakontraktowanych z NFZ. Poniższa tabela przedstawia wyliczenie na jakim poziomie powinny kształtować się koszty stałe poszczególnych oddziałów tak, aby było możliwe osiągnięcie ilościowego progu rentowności na poziomie planu punktów do realizacji w ciągu roku zaproponowanych przez NFZ.

Tabela 15. Symulacja kosztów stałych w celu osiągnięcia ilościowego progu rentowności za rok 2016

Oddział	Plan punktów na rok	Poziom kosztów stałych niezbędny do osiągnięcia progu rentowności przy założeniu realizacji planu punktów	Wartość o jaką należy obniżyć koszty stałe, aby osiągnąć próg rentowności na poziomie planu punktów NFZ
Pediatryczny	51 867	2 095 945,47	290 936,52
Wewnętrzno-Kardiologiczny	121 169	3 558 733,53	1 240 268,78



Chirurgii Ogólnej	79 397	2 411 286,89	1 164 901,96
Chirurgii Urazowo- Ortopedycznej	97 778	3 232 540,68	28 854,29
Ginekologiczno-Położniczy	50 436	2 118 816,36	1 598 941,13
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	69 934	2 467 970,86	760 737,93
Psychiatryczny I z Pododdziałem Detoksykacji	344 676	3 863 817,96	492 970,84
Psychiatryczny II	309 661	3 551 811,67	219 364,56
Pododdział Neonatologiczny	26 139	1 244 477,79	-26 547,43
<b>Razem</b>		<b>24 545 401,21</b>	<b>5 770 428,58</b>

## **Rozdział III**

### **Program naprawczy na lata 2017-2019**

#### **1. Podstawa prawna**

Ustawa o działalności leczniczej zmienia mechanizm postępowania w przypadku wystąpienia w sp zoz straty. Znowelizowany art. 59 ww. ustawy jednoznacznie określa, że w przypadku wystąpienia straty netto na kierowniku samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej spoczywa obowiązek przygotowania odpowiedniego programu naprawczego. Program przygotowany jest na okres 3 lat. Przepisy ustawy o działalności leczniczej nie wskazują zakresu, jaki powinien obejmować program naprawczy, jednakże w praktyce przyjmuje się wytyczne zawarte w Ustawie z 15 kwietnia 2015 r. o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej, która zakładała, że w ramach postępowania restrukturyzacyjnego sp zoz powinien przygotować projekt programu, który będzie zawierał:

- 1) szczegółowy opis sytuacji ekonomicznej,
- 2) analizę przyczyn wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej zakładu,
- 3) wskazanie zamierzonych działań zakładu, które mają na celu naprawę sytuacji ekonomicznej, w tym działań w zakresie restrukturyzacji finansowej oraz umożliwiających terminowe regulowanie zobowiązań publicznoprawnych i obsługę zadłużenia, a także proponowane zmiany organizacyjne w zakładzie,
- 4) określenie sytuacji ekonomicznej zakładu, która będzie możliwa do osiągnięcia po zakończeniu postępowania restrukturyzacyjnego,
- 5) określenie źródeł finansowania działań, z uwzględnieniem pomocy publicznej niezbędnej do przeprowadzenia postępowania restrukturyzacyjnego, o którą zakład zamierza się ubiegać, z podaniem jej wielkości, źródeł, formy, terminu i podstawy prawnej.

#### **2. Przyczyny wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej**

Główną przyczyną wystąpienia trudnej sytuacji ekonomicznej Szpitala było i jest finansowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia na niewystarczającym poziomie. Środki finansowe przekazywane Szpitalowi w poprzednich latach nie pokrywały kosztów działalności. Kontrakt szpitala był znacząco niedoszacowany, ponieważ nie ulegała zmianie wycena punktu rozliczeniowego. Cena jednostki rozliczeniowej – punktu w lecznictwie szpitalnym w latach 2009 -2011 wynosiła 51 złotych, natomiast od 2012 do 2016 roku 52 złote. Dokonując oszacowania wartości jednostki rozliczeniowej Fundusz nie uwzględniał rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń. NFZ do dnia dzisiejszego nie dysponuje wiedzą na temat rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych, które kontraktuje pomimo, że zgodnie z § 15 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej dokonując wyceny poszczególnych świadczeń Prezes Funduszu zobowiązany był wziąć pod uwagę między innymi koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń, także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania. Narzucane przez NFZ limity świadczeń opieki zdrowotnej, które są zawarte w planie finansowym OW NFZ na dany rok skutecznie uniemożliwiają Szpitalowi leczenie na poziomie występującego zapotrzebowania. NFZ w planie zakupu w oparciu o kryterium terytorialne wyznacza obszary, na których zostają zakontraktowane poszczególne zakresy świadczeń wraz planowaną ich liczbę i ceną. Wartość świadczeń stanowi tym samym limit zakupu świadczeń, który nie pokrywa się z zapotrzebowaniem występującym na lokalnym rynku. Oszacowanie liczby świadczeń i ich ceny dokonane

przede wszystkim w oparciu o dane o liczbie wykonanych świadczeń w latach poprzednich jest niemiarodajne i prowadzi do zaniżania ilości i wartości aktualnych potrzeb. Zdaniem Szpitala gdyby NFZ przy tworzeniu obszarów kontraktowania uwzględniał wskaźnik wielkości populacji (zgodnie z zarządzeniem Nr 85/2010/DSOZ Prezesa NFZ) oraz podjął działania zmierzające do uzyskania aktualnej wiedzy na temat kalkulacji kosztów świadczeń, to sytuacja finansowo-ekonomiczna Szpitala wyglądałaby zupełnie inaczej. Niedoszacowanie ilości i zbyt niska wycena procedur medycznych przez jedynego beneficjenta środków publicznych spowodowała występowanie straty i jej kumulację z lat poprzednich.

Dodatковым czynnikiem stale generującym wzrost kosztów, a co za tym idzie nie bilansowanie przychodów i kosztów oraz powstawanie straty są zmiany przepisów prawa nakładające na Szpital nowe wymagania bez wskazania źródła finansowania realizacji tych wymagań.

### **3. Główne cele zmierzające do poprawy sytuacji ekonomicznej jednostki**

Wdrożenie i przeprowadzenie programu naprawczego wymagało podjęcia szeregu działań w ramach, których przeprowadzona została diagnoza problemów, ocena rentowności w ramach działalności jednostki, wartość osiągniętych przychodów w powiązaniu z generowanymi kosztami, efektywność kadrowa. W pracach mających na celu identyfikację obszarów wymagających działań naprawczych zaangażowani zostali Ordynatorzy, Kierownicy i Koordynatorzy poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala.

Punktem odniesienia do oceny skutków planowanych działań naprawczych oraz sytuacji finansowej i majątkowej na koniec okresu jest analiza stanu obecnego. Za okres retrospektywny przyjęto trzy lata poprzedzające sporządzenie programu naprawczego. Projekcja finansowa wraz ze skutkami działań restrukturyzacyjnych obejmuje perspektywę 3-letnią, tj. lata 2017-2019. Podstawowym założeniem w zakresie działalności i funkcjonowania jednostki w okresie restrukturyzacji jest stan faktyczny obowiązujący w dniu sporządzania niniejszego dokumentu oraz uwarunkowania systemowe. Mając na uwadze zmiany zasad organizacji i finansowania działalności medycznej ze środków publicznych (zmiana systemu finansowania wg wyceny punktowej procedur medycznych, na system budżetowy) oraz brak określonych założeń w tym zakresie (szczegółowe zasady finansowania) założenia przyjęte na potrzeby niniejszego opracowania uwzględniają stan faktyczny skorygowany o rekomendowane kierunki planowanych zmian. Konstrukcja programu naprawczego umożliwi w miarę bezkolizyjnie/elastycznie dostosowanie planowanych działań do niedookreślonych na dzień dzisiejszy zasad finansowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

Głównym celem działań naprawczych przyjętych w programie jest utrzymanie tendencji zmniejszenia dynamiki kosztów w relacji do uzyskiwanych przychodów poprzez:

- ❖ optymalizację kosztów leczenia pacjentów,
- ❖ sukcesywne (realne) zwiększanie przychodów, poprzez maksymalizację efektywności dotychczasowej sprzedaży,
- ❖ optymalizację kosztów utrzymania infrastruktury jednostki oraz stopnia wykorzystania zasobów majątkowych,
- ❖ reorganizację/likwidację jednostek nierentownych,
- ❖ zmiany w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi,
- ❖ ewentualne wykorzystanie outsourcingu w przypadku możliwości obniżenia kosztów funkcjonowania,

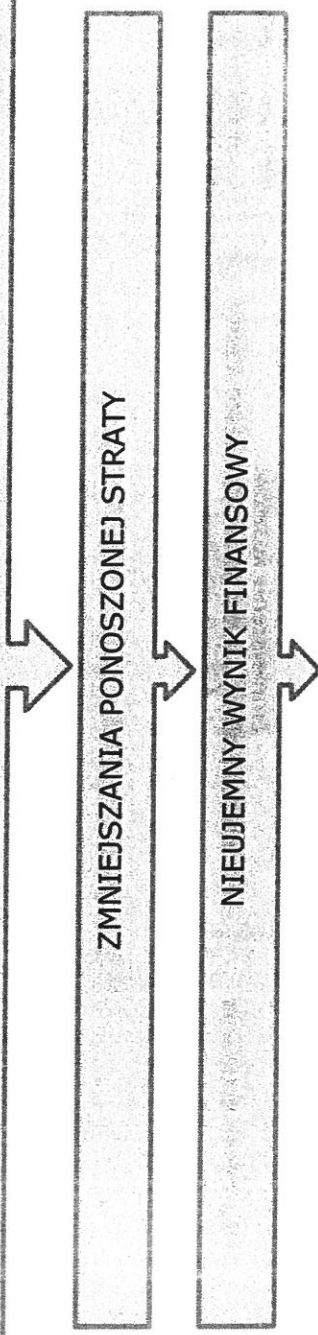
- ❖ elastyczne reagowanie na ryzyka i szanse oraz dostosowanie poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala do zmieniających się przepisów prawa i innych uwarunkowań

co w konsekwencji ma doprowadzić do zmniejszenia ponoszonej straty a ostatecznie do wypracowania przez Szpital nieujemnego wyniku finansowego.

Program naprawczy jest działaniem niezwykle dynamicznym, podlegającym wpływom zewnętrznym i w związku z tym wymaga stałego monitorowania realizacji działań naprawczych zgodnie z ustalonymi założeniami wraz z oceną osiągniętych rezultatów oraz podjęcia działań w przypadku braku oczekiwanych efektów w ustalonym terminie.



**CEL GŁÓWNY: UTRZYMANIE TENDENCJI ZMNIJSZENIA DYNAMIKI KOSZTÓW W RELACJI DO UZYSKIWANYCH PRZYCHODÓW**



Lp.	Cele szczegółowe, proponowane działania naprawcze	Sposób realizacji celu szczegółowego	Skutki ekonomiczne	Osoba odpowiedzialna za realizację	Termin realizacji
1.	Optymalizację kosztów leczenia pacjentów	Zmniejszenie liczby hospitalizacji na rzecz leczenia ambulatoryjnego-założenia reformy  Eliminacja hospitalizacji przypadków trudnych wymagających hospitalizacji w ośrodkach o wyższej referencyjności  Racjonalne i uzasadnione korzystanie z diagnostyki laboratoryjnej, RTG i CT. Analiza zasadności zleconych badań, spotkania kominowe Ordynatorów z Kierownikami Pracownik RTG i CT	Obniżenie ilości procedur hospitalizacji, które są bardziej kosztochłonne niż świadczenia ambulatoryjne  Obniżenie kosztów leków, diagnostyki związanych z hospitalizacją przypadków trudnych. Wartość obniżenia trudna do oszacowania, ponieważ uzależniona jest ona ilości pacjentów oraz od typu jednostki chorobowej z jaką trafi do nas pacjent.	Ordynatorzy/Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych  Lekarze poradniani  Ordynatorzy/Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych  Ordynatorzy/Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych	Na bieżąco  Na bieżąco  Na bieżąco

2.	<p>Sukcesywne (realne) zwiększenie przychodów, poprzez maksymalizację efektywności dotychczasowej sprzedaży</p>	<p>Kontrola i zarządzanie świadczeniami medycznymi wykonanymi w ramach ryczałtu</p>	<p>Zachowanie przychodów. Stała kontrola wykonania świadczeń w ramach ryczałtu pozwoli na szybką reakcję w sytuacji wystąpienia niedow wykonania. Jest to niezwykle istotne ze względu na utrzymanie finansowania w przyszłych okresach na obecnym lub wyższym poziomie. Brak kontroli i powstanie niedow wykonanych może skutkować obniżeniem ryczałtu na następne okresy.</p>	<p>Ordynatorzy/Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych</p> <p>Kierownik Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń</p>	<p>Na bieżąco</p>
3.	<p>Optymalizację kosztów utrzymania infrastruktury jednostki stopnia wykorzystania zasobów majątkowych</p>	<p>Poprawa efektywności sprzedaży</p>	<p>Zachowanie przychodów. Zachowanie wartości przychodów poprzez kontrolę długości pobytów- niedopuszczanie do sytuacji występowania skróconych pobytów. Stała kontrola nad powtórными hospitalizacjami.</p>	<p>Ordynatorzy/Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych</p> <p>Kierownik Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń</p>	<p>Na bieżąco</p>
		<p>Poprawa efektywności sprzedaży</p>	<p>Zachowanie przychodów. Szukanie możliwości pozyskania dodatkowych źródeł przychodu poprzez udział w konkursach na świadczenia zdrowotne.</p>	<p>Kierownik Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń</p>	<p>Na bieżąco</p>
		<p>Inwestycje w nowoczesne technologie</p>	<p>Zmniejszenie kosztów. Inwestycje w nowoczesne technologie w zakresie sterylizacji pozwoli na skrócenie czasu trwania procesu sterylizacji, przyspieszy pracę, obniżenie kosztów mediów związanych z proces</p>	<p>Kierownik Sekcji Techniczno- Eksploatacyjnej</p>	<p>Uzależnione od możliwości finansowych inwestycyjnych</p>
		<p>Termomodernizacje</p>	<p>Obniżenie kosztów ogrzewania.</p>	<p>Kierownik Sekcji Techniczno- Eksploatacyjnej</p>	
		<p>Nowoczesna kotłownia</p>	<p>Zmniejszenie kosztów. Przestarzały sprzęt, kotły generują wyższe koszty funkcjonowania.</p>	<p>Kierownik Sekcji Techniczno- Eksploatacyjnej</p>	

		<p>Optymalizacja stopnia wykorzystania bloku operacyjnego</p>	<p>Efektywne gospodarowanie. Aktualnie szpital ponosi koszty utrzymania bloku operacyjnego w gotowości. Zwiększenie stopnia wykorzystania bloku pozwoli na pokrycie kosztów gotowości przychodami uzyskanymi z zabiegów operacyjnych.</p>	<p>Ordynatorzy/Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych  Kierownik Bloku Operacyjnego</p>	<p>Na bieżąco</p>
4.	<p>Reorganizację/likwidację jednostek nierentownych</p>	<p>Dostosowanie bazy łóżkowej do realnych potrzeb</p>	<p>Efektywne gospodarowanie. Baza łóżkowa musi być dostosowana do realnych potrzeb występujących na terenie powiatu sochaczewskiego z uwzględnieniem mapy potrzeb zdrowotnych NFZ. Niepełne wykorzystanie infrastruktury w zakresie bazy łóżkowej powoduje ponoszenie kosztów (tzw. koszty doby hotelowej) bez możliwości uzyskania przychodów z tytułu posiadania łóżka.</p>	<p>Ordynatorzy/Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych</p>	<p>Na bieżąco</p>
		<p>Optymalizacja czasu hospitalizacji</p>	<p>Efektywne gospodarowanie. Optymalizacja czasu hospitalizacji pozwoli na zachowanie prawidłowej rotacji pacjentów i zwiększy wykorzystanie bazy łóżkowej (łóżko cały czas będzie przynosiło przychody).</p>	<p>Ordynatorzy/Kierownicy/ Koordynatorzy komórek organizacyjnych</p>	<p>Na bieżąco</p>
5.	<p>Zmiany w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi</p>	<p>Polityka kadrowa i płacowa</p>	<p>Kontrola kosztów. Dostosowanie struktury zatrudnienia do zakresu działalności, wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia (lub innego organu, bądź podmiotu właściwego w zakresie pełnienia funkcji płatnika) oraz innych przepisów prawa regulujących kwestie zatrudnienia i wymagań dotyczących kwalifikacji, a także na podstawie wyników analiz np. dotyczących danych o liczbie zabiegów, hospitalizacji, dyżurów, badań diagnostycznych itp.</p>	<p>Kierownik Sekcji Kadr i Płac</p>	<p>Na bieżąco</p>

		Umowy cywilno-prawne	<p>Kontrola kosztów.</p> <p>Planowanie potrzeb kadrowych oraz przedstawianie wniosków z płynących z analizy zatrudnienia. Bieżąca weryfikacja i dostosowanie standardów zatrudnienia do obowiązujących przepisów prawa oraz wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia. Podejmowanie decyzji o wyborze form zatrudnienia danego pracownika po uprzedniej analizie kosztów i zgodnie z założeniami przyjętego planu rzeczowo-finansowego.</p>	Kierownik Sekcji Kadr i Płac	Na bieżąco
		System motywacyjny	W Szpitalu wprowadza się system motywacyjny dla wszystkich osób zatrudnionych w celu podnoszenia wydajności, efektywności, satysfakcji i zadowolenia z pracy poszczególnych pracowników, co zwrótnie wpływa na działanie całej placówki, a tym samym na jakość usług świadczonym pacjentom.	Kierownik Sekcji Kadr i Płac	Na bieżąco
		Systemy sankcyjne	Podtrzymanie systemu sankcyjnego zawartego w umowach cywilno-prawnych.	Kierownik Sekcji Kadr i Płac	Na bieżąco
		Polityki lekowej	Możliwość ograniczenia kosztów.	Kierownik Apteki Zakładowej	Na bieżąco
6.	Optymalizacja	Procesów zakupu i kontroli nad rozchodem wewnętrznym	Wprowadzenie mechanizmów kontroli zakupów, dostosowania ich wielkości do potrzeb, co powinno przyczynić się do zoptymalizowania poziomu kosztów.	Koordinator Sekcji Zakupów i Zamówień Publicznych	Na bieżąco
7.	Obniżenie kosztów	Obniżenie składki na PFRON	Podjęcie próby pozyskania dla Szpitala pracowników z orzeczeniem o stopniu niepełnosprawności, co pozwoli obniżyć koszty składki na PFRON	Kierownicy/ Koordynatorzy komórek/jednostek organizacyjnych	Na bieżąco



8.	Uruchomienie na terenie Powiatu Izby wytrzeźwień	-	Obniżenie kosztów funkcjonowania Oddziałów Psychiatrycznych w związku z eliminacją z hospitalizacji pacjentów detoksykacyjnych, którzy są bardzo kosztochłonni.	Starostwo Powiatowe w Sochaczewie	-
10.	Outsourcing	Ewentualne wykorzystanie outsourcingu w przypadku możliwości obniżenia kosztów funkcjonowania	Obniżenie kosztów funkcjonowania.	Dyrektor	W przypadku wystąpienia wskazanej okoliczności.

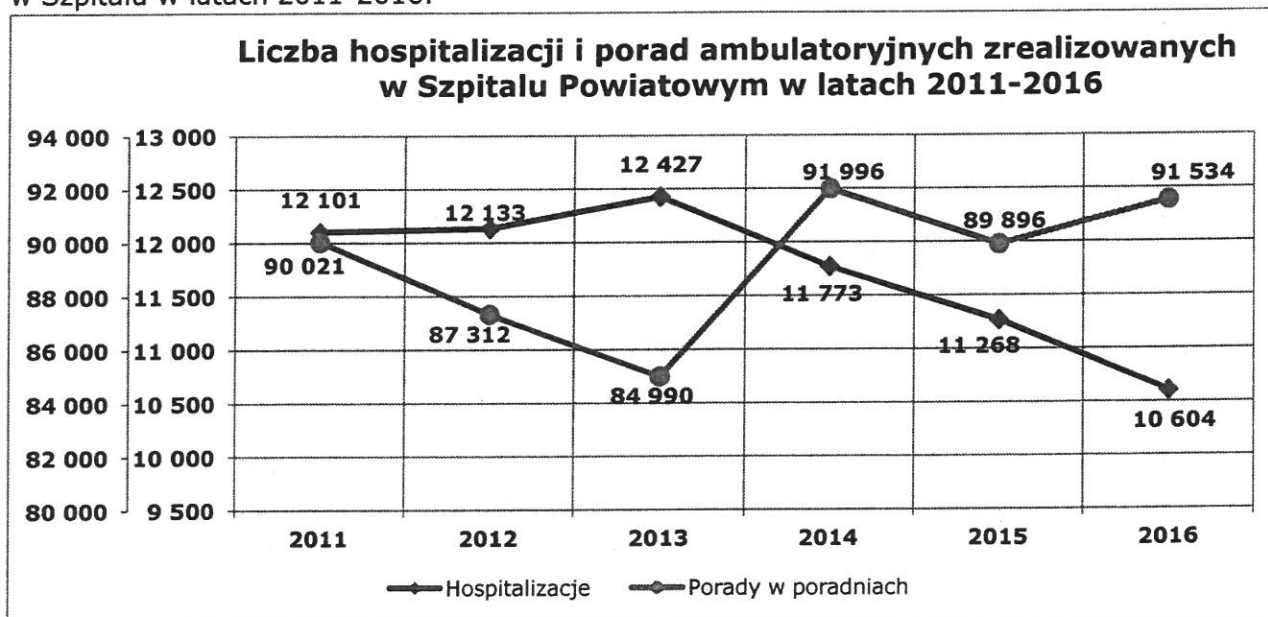
Tabela 16. Wykaz celów szczegółowych, sposobów realizacji celów, skutki ekonomiczne, osoba odpowiedzialna za realizację oraz termin realizacji.

#### 4. Działania mające za zadanie realizację celu głównego programu naprawczego

##### 4.1. Optymalizacja kosztów

##### 4.1.1. Zmniejszenie liczby hospitalizacji na rzecz leczenia ambulatoryjnego- założenia reformy

Badania wskazują, że w Polsce nadmiernie wykorzystywane jest leczenie szpitalne. W latach 2003-2014 liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wzrosła o ponad 25 proc. (dane OECD). Ekspertzy rynku szacują, że obecnie nawet co piąta hospitalizacja jest nieuzasadniona. Przejście z leczenia szpitalnego na leczenie ambulatoryjne to trend obecny w wielu krajach Europy. Dynamika pobytów szpitalnych w największych krajach europejskich spada w tempie ok. 11-12 proc. rocznie<sup>7</sup>, a wzrost wykazują procedury ambulatoryjne i szpitale jednego dnia. Pozwala to na znaczne obniżenie kosztów, a jednocześnie nie powoduje obniżenia jakości opieki. Warto zwrócić uwagę, że w większości krajów Europy liczba łóżek szpitalnych systematycznie spada. Główny powód takiej sytuacji to postęp medycyny, który wyraża się wzrostem ilości zabiegów jednego dnia, skracaniem przeciętnej długości pobytu pacjentów w szpitalu, a także zmniejszaniem się liczby hospitalizacji. Poniższy wykres przedstawia liczbę hospitalizacji w Szpitalu w latach 2011-2016.



Wykres 2. Liczba hospitalizacji i porad ambulatoryjnych zrealizowanych w Szpitalu Powiatowym w latach 2011-2016

Na podstawie powyższych danych liczbowych dokonano wyliczenia wskaźników dynamiki liczby hospitalizacji i porad ambulatoryjnych. Otrzymane wyniki zaprezentowano w tabeli poniżej.

<sup>7</sup> PWC, 10 trendów w polskiej ochronie zdrowia na rok 2016, [http://www.pwc.pl/pl/artykuly/2016/10-trendow-w-polskiej-ochronie-zdrowia-na-rok-2016.html#centerPar\\_image](http://www.pwc.pl/pl/artykuly/2016/10-trendow-w-polskiej-ochronie-zdrowia-na-rok-2016.html#centerPar_image)

Tabela. 17 Wskaźniki dynamiki hospitalizacji i porad ambulatoryjnych

Rodzaj świadczeń	Liczba wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej w latach (dane w %)				
	2012	2013	2014	2015	2016
Dynamika liczby hospitalizacji w stosunku do roku poprzedniego	0,26	2,42	-5,26	-4,29	-5,89
Dynamika liczby porad ambulatoryjnych w stosunku do roku poprzedniego	-3,01	-2,66	8,24	-2,28	1,82

Z przedstawionych danych wynika, że w analizowanym okresie w roku 2012 w stosunku do 2011 i w 2013 w stosunku do roku 2012 następowały wzrosty liczby hospitalizacji odpowiednio o 0,26% i 2,42%. Jednocześnie w tym czasie spadała liczba porad ambulatoryjnych odpowiednio o 3,01% i 2,66%. Od roku 2014 następuje ciągły spadek liczby hospitalizacji odpowiednio o 5,26% w roku 2014 w stosunku do roku 2013, o 4,29% w roku 2015 w nawiązaniu do roku poprzedniego i 5,89 w roku 2016 w stosunku do roku 2015. Liczba porad ambulatoryjnych sukcesywnie rośnie, jedynie w roku 2015 nastąpił spadek dynamiki porad, jednakże jest on mniejszy od dynamiki hospitalizacji. Jednocześnie należy zauważyć, że spadek ilości hospitalizacji nie spowodował spadku wartości kontraktu. Analiza potwierdza, że w Szpitalu przy zmniejszeniu liczby hospitalizacji i ograniczeniu pobytów szpitalnych towarzyszy wzrost liczby porad ambulatoryjnych. W celu dalszej poprawy uzyskiwanych wskaźników należy przygotować dokument zobowiązujący lekarzy POZ kierujących pacjentów do dalszego leczenia w poradni lub szpitalu do dołączania do skierowania wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji. Na podstawie wywiadu lekarskiego, badania oraz analizy badań lekarz w szpitalu dokona ponownej oceny stanu zdrowia i potwierdza kategorię medyczną wskazaną na skierowaniu albo kwalifikuje pacjenta do nowej kategorii medycznej. W praktyce oznaczać to będzie podtrzymanie zasadności hospitalizacji lub wskazanie dla pacjenta innego dalszego sposobu postępowania. Pacjent, który nie zgadza się z taką opinią, ma prawo żądać, aby udzielający mu świadczeń zdrowotnych lekarz zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie. Lekarz może też tego odmówić. Zarówno takie żądanie, jak i odmowa zostaną odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta.<sup>8</sup> Ponadto każdy pacjent pierwszorazowy zgłaszający się do rejestracji w celu umówienia terminu wizyty jest informowany, jakie badania powinien przynieść na pierwszą konsultację. Wykaz niezbędnych podstawowych badań pozostających w kompetencjach lekarza rodzinnego został opracowany przez Zespół Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń razem z lekarzami w poszczególnych poradniach w oparciu o wykaz zawarty w rozporządzeniu Ministra Zdrowia. W przypadku SOR odczuwalna jest próba przerwania na Szpital kosztów diagnostyki.

Od 1 października 2017 roku w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej zadeklarowaliśmy opiekę w standardzie, to znaczy udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys pacjentów w zakresie uzupełnionym, co oznacza, że udzielanie świadczeń

<sup>8</sup> <http://www.gp24.pl/wiadomosci/slupsk/art/4835049,chorzy-chce-do-szpitala-a-lekarze-mowia-nie,id,t.html>

w ramach NiŚOZ nie może być łączone z udzielaniem świadczeń w trybie hospitalizacji (odrębny personel), a świadczeniodawca dostosowuje liczbę personelu do bieżącego zapotrzebowania. W związku z nowymi uregulowaniami istotne jest, aby personel zatrudniony w poszczególnych jednostkach/komórkach organizacyjnych utożsamiał się ze Szpitalem i działał na jego korzyść, był zaangażowany w rozwój Szpitala i dążył do dobrej opinii o jednostce wśród lokalnej społeczności.

#### **4.1.2. Eliminacja hospitalizacji przypadków trudnych wymagających hospitalizacji w ośrodkach o wyższej referencyjności**

Szpital Powiatowy w Sochaczewie został zakwalifikowany do sieci do pierwszego poziomu zabezpieczenia. Kwalifikując pacjenta do leczenia szpitalnego i przyjmując go na oddział lekarze muszą rozważyć czy infrastruktura i zasoby Szpitala pozwalają na bezpieczne hospitalizowanie pacjenta. W przypadku, gdy choroba z którą pacjent się zgłasza do szpitala lub schorzenie współtowarzyszące przekraczają możliwości bezpiecznego leczenia takiego pacjenta powinna nastąpić decyzja o przekazaniu go do szpitala o wyższym stopniu referencyjności. W sytuacji podjęcia decyzji o pozostawieniu takiego pacjenta w naszym szpitalu mamy do czynienia ze świadomym przekroczeniem poziomu referencyjności. Hospitalizacja w naszym szpitalu pacjentów wymagających specjalistycznej opieki oraz nie przekazanie takiego pacjenta naraża szpital po pierwsze na wysokie koszty leczenia (np. leki), które nigdy nie zostaną pokryte przychodami, niesie ze sobą ryzyko powstania powikłań (w tym zgonu) a także w przypadku wystąpienia uszczerbku na zdrowiu może być podstawą do roszczenia pacjenta w stosunku do szpitala. Podejmując decyzję o przyjęciu pacjenta należy pamiętać, że ustawa o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta odwołuje się jedynie do kryterium aktualnego stanu wiedzy medycznej, podczas gdy ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentyści nadto wskazuje na potrzebę uwzględnienia, iż lekarz działa na podstawie dostępnych mu metod i środków. W perspektywie celu programu naprawczego w zakresie ograniczania kosztów niezbędne jest odpowiednie kierowanie z SOR ciężkich przypadków bezpośrednio do ośrodków o wyższym stopniu referencyjności z pominięciem oddziałów szpitalnych.

#### **4.1.3. Obniżenie kosztów diagnostyki**

W procesie leczenia bardzo ważne jest szybkie i prawidłowe wykonanie badań diagnostycznych.

Poniższa tabela przedstawia dane na temat kosztów diagnostyki medycznej pacjenta w wartości kwotowej oraz wartości procentowej w całkowitym koszcie jednego punktu.

<b><i>Wartość kosztów diagnostyki pacjenta w punkcie</i></b>				
<b>Komórka organizacyjna</b>	<b>Rok</b>	<b>Koszty diagnostyki w punkcie</b>		<b>Całkowity koszt 1-go punktu</b>
		<b>zł</b>	<b>%</b>	
Oddział Wewnętrzno - Kardiologiczny	2014	8,66	15,02	57,67
	2015	8,66	14,61	59,27
	2016	9,87	15,86	62,22
	I-VIII 2017	10,24	16,46	62,23
Oddział Chirurgii Ogólnej	2014	4,46	7,38	60,41
	2015	4,51	7,22	62,47
	2016	4,72	7,09	66,61



	I-VIII 2017	5,45	8,40	64,86
Oddział Chirurgii Ortopedyczno-Urazowej	2014	1,55	3,03	51,21
	2015	1,21	2,68	45,13
	2016	1,20	2,49	48,15
	I-VIII 2017	1,71	2,84	*** 60,10
Oddział Ginekologiczno - Położniczy	2014	1,54	1,93	79,80
	2015	1,55	2,04	76,10
	2016	1,86	2,22	83,66
	I-VIII 2017	1,32	1,48	89,30
Oddział Pediatryczny	2014	6,10	12,44	49,02
	2015	6,09	12,10	50,32
	2016	6,28	11,36	55,30
	I-VIII 2017	6,20	10,66	58,14
Pododdział Neonatologiczny	2014	1,96	4,19	46,75
	2015	1,86	3,93	47,33
	2016	1,81	3,55	50,99
	I-VIII 2017	1,90	3,46	54,93
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2014	3,59	6,32	56,77
	2015	2,95	5,33	55,33
	2016	3,60	5,73	62,88
	I-VIII 2017	4,07	5,96	68,24
Oddział Psychiatryczny I z Detoksem	2014	0,35	2,70	12,96
	2015	0,37	2,70	13,69
	2016	0,33	2,35	14,07
	I-VIII 2017	0,31	2,11	14,69
Oddział Psychiatryczny II	2014	0,19	1,55	12,24
	2015	0,29	2,22	13,06
	2016	0,37	2,76	13,40
	I-VIII 2017	0,50	3,32	15,06
Oddział Ratunkowy	2014	2 243,82	17,23	13 024,28
	2015	2 727,49	21,03	12 970,77
	2016	2 678,53	21,21	12 629,44
	I-VIII 2017	3 134,22	21,97	14 268,32

Tabela 18. Wartość kosztów diagnostyki pacjenta w punkcie

\*\*\* Na wzrost kosztu punktu wpłynął: spadek wykonania średnio na m-c o 1.447 pkt. co przełożyło się na wzrost kosztów w punkcie; średnie miesięczne koszty na oddziale w 2017 roku wzrosły o 24 tys. zł; narzut bloku o 2,60 zł, na który składa się wzrost wynagrodzeń pielęgniarских na bloku oraz wzrost czasu zabiegów operacyjnych średnio o 8,32 h/m-c

Z przedstawionych danych widać, że na przestrzeni lat następuje stały wzrost kosztów diagnostyki medycznej pacjentów. W ramach działań naprawczych należy jednak dążyć do obniżania kosztów badań dodatkowych poprzez racjonalizację ilości wykonanych badań laboratoryjnych i obrazowych i zlecać wykonanie badań niezbędnych, które przyczynią się do podjęcia decyzji dotyczących sposobu postępowania i leczenia pacjenta. Ograniczenie ilości zlecanych badań ogólnych pozwoli na obniżenie kosztów badań a jednocześnie pozwoli przeznaczyć te środki na wykonanie badań dokładniejszych, celowanych, których wyniki przyczynią się w znaczący sposób do szybszego przebiegu

procesu leczenia, co pośrednio wpłynie na maksymalizację zysków dzięki optymalizacji czasu hospitalizacji.

Zakładając obniżenie kosztów w wyniku racjonalizacji wykonania badań diagnostycznych należy pamiętać, że lekarz POZ kierując pacjenta do poradni specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, powinien dołączyć do skierowania wyniki badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, a także inne istotne informacje o dotychczasowym leczeniu. Brak badań wykonanych przez POZ może spowodować nieodpowiednie sklasyfikowanie pacjentów przez lekarzy rodzinnych czego konsekwencją bywa wydanie skierowania do szpitala nieopartego uprawdopodobnieniem podejrzeń, co do wystąpienia stanu wymagającego pobytu w szpitalu. Przyjmowanie do szpitala pacjentów w trybie planowym bez wymogu posiadania aktualnych badań podstawowych stanowiących załącznik do skierowania powoduje, że u takiego pacjenta na „dzień dobry” wykonuje się komplet badań, z wyników, których może się okazać, że nie zostaje potwierdzona diagnoza wskazana w skierowaniu i pacjent powinien być leczony w ramach POZ lub w poradni specjalistycznej. W konsekwencji szpital ponosi koszty w zastępstwie POZ. Próba ograniczenia ilości badań nie spowoduje obniżenia standardu opieki nad pacjentem, ponieważ w przypadku, gdy pacjent objęty leczeniem specjalistycznym wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dotychczasowych badań diagnostycznych, pozostających w związku z prowadzonym leczeniem, skierowania na te badania wystawia i pokrywa koszty ich wykonania świadczeniodawca udzielający świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W przypadku zakwalifikowania świadczeniobiorcy do leczenia szpitalnego, a w szczególności do planowego leczenia operacyjnego, szpital wykonuje konieczne dla leczenia szpitalnego badania diagnostyczne i konsultacje.

W przypadku ruchu pacjentów pomiędzy oddziałami szpitala należy dołożyć szczególnej staranności przy analizie potrzeby wykonania badań diagnostycznych, aby nie nastąpiło ich dublowanie. Niedopuszczalne jest zlecenie w krótkim odstępie czasu powtórnego wykonania badań diagnostycznych, które zostały wykonane pacjentowi w oddziale, z którego jest przenoszony. Uzasadnione jest wykonanie badań w przypadku podania w pierwotnym oddziale leków, po których w sposób szczególny należy monitorować reakcje pacjenta i jego stan zdrowia. Przeniesienie pacjenta zawsze następuje w wyniku przeprowadzonej konsultacji dotyczącej stanu pacjenta pomiędzy lekarzami oddziałów – ordynator oddziału, lekarz prowadzący, lekarz dyżurny w celu diagnostycznym i obserwacji stanu pacjenta. Przed przekazaniem pacjenta na inny oddział szpitala lekarz przekazujący, przekazuje informacje dotyczące stanu zdrowia i dotychczasowego leczenia pacjenta lekarzowi przyjmującemu pacjenta.<sup>9</sup> Lekarze mimo tego, że są odpowiedzialni za zaplanowanie oraz zrealizowanie procesu diagnostyczno – terapeutycznego powinni mieć na uwadze względy ekonomiczne i nie zlecać badań w sytuacji kiedy stan pacjenta tego nie wymaga. Właściwe prowadzenie dokumentacji medycznej daje lekarzom ogólny obraz sytuacji, analiza dokumentacji pozwoli na planowanie opieki nad pacjentem z uwzględnieniem wcześniej wykonanych badań.

#### **4.1.4. Obniżenie składki na PFRON**

Szpital w związku z niewypełnieniem obowiązku, zatrudnienia odpowiedniej ilości osób niepełnosprawnych, wynikającego z Ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 roku o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych jest zobowiązany do wnoszenia co miesiąc wpłat na PFRON. Szpital stosuje obniżenie wysokości wpłat na fundusz wynikające z korzystania z usług ochrony realizowanych przez firmę, która

<sup>9</sup> I-7.5.5-01(CO 9.2-01) Procedura przenoszenia pacjentów między oddziałami

posiada status Zakładu Pracy Chronionej oraz z tytułu zatrudnienia 12 osób posiadających orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Kwota podlegające co miesiąc wpłacie na rzecz funduszu oscyluje w granicach 28 tysięcy złotych, co oznacza, że na rok Szpital ponosi koszty z tego tytułu w wysokości 336 tysięcy zł. Każdy dodatkowy pracownik, który okaże się orzeczeniem o niepełnosprawności w stopniu umiarkowanym oznacza dla Szpitala oszczędności miesięczne w kwocie 1.750,00. W przypadku osiągnięcia wskaźnika zatrudnienia osób niepełnosprawnych na poziomie 6% (tj. 37 osób) szpital zostałby zwolniony z obowiązku wnoszenia wpłat na PFRON.

#### **4.2. Sukcesywne zwiększanie przychodów poprzez maksymalizację efektywności dotychczasowej sprzedaży**

##### **4.2.1. Kontrola i zarządzanie świadczeniami medycznymi wykonanymi w ramach ryczałtu**

Wszystkie realizowane w szpitalu świadczenia ambulatoryjne, szpitalne bądź diagnostyczne są rejestrowane w systemie informatycznym i sprawozdawane do NFZ zgodnie z obowiązującymi wymogami płatnika. Każdorazowo zmiana wymogów NFZ dotyczących zasad udzielania świadczeń jest dystrybuowana do personelu medycznego udzielającego świadczeń w celu zapoznania się i stosowania. Personel w sekretariatach poszczególnych oddziałów odpowiada za bieżące aktualizowanie informacji o zmianach katalogów świadczeń bądź charakterystyk JGP. Personel uczestniczy w szkoleniach dotyczących zasad udzielania i rozliczania świadczeń. W nowej formie finansowania szpitala nadal bardzo istotną rolę będzie odgrywała prawidłowa sprawozdawczość wykonanych usług. Od liczby wykonanych i prawidłowo sprawozdanych świadczeń będzie uzależniony ryczałt na kolejne okresy rozliczeniowe. Bieżące monitorowanie poziomu i struktury wykonanych świadczeń w okresach miesięcznych jest odpowiednim narzędziem do analizy i właściwego reagowania na zgłaszane przez pacjentów zapotrzebowanie oraz utrzymywanie liczby świadczeń na poziomie gwarantującym w przyszłych okresach wzrost ryczałtu. W ramach kontroli i zarządzania świadczeniami należy dokonywać analizy ilości sprawozdawanych świadczeń z danymi na temat liczby hospitalizacji.

Bieżąca analiza wykonania kontraktu oraz utrwalone tendencje zapotrzebowania na świadczenia realizowane w szpitalu stanowią podstawę do planowania działalności medycznej. Szpital wielokrotnie w ciągu roku monituje w NFZ o renegotjacje wysokości kontraktów do poziomu faktycznego zapotrzebowania, a tym samym do skutecznego wykorzystania środków finansowych jakie NFZ przeznacza na naszą placówkę. Nadmierny popyt na świadczenia opieki zdrowotnej jest regulowany poprzez odpowiednie zarządzanie kolejkami oczekujących na świadczenia w np.: w poradniach specjalistycznych oraz świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki. Z uwagi na niemożność spełnienia wszystkich świadczeń na rzecz pacjentów zgłaszających się ze skierowaniem pacjenci zapisywani są do kolejek oczekujących, taką sytuację przewiduje ustawodawca.

##### **4.2.2. Pobyt w szpitalu, kontrola powtórnych hospitalizacji oraz skróconych pobytów**

W zakresie pobytu pacjentów w szpitalu w ramach programu naprawczego wprowadza się kontrolę czasu pobytu i ścisłe trzymanie się przewidzianych dla danej jednostki chorobowej długości pobytu w oddziale tak, aby zysk z hospitalizacji był jak najbardziej optymalny. W zakresie maksymalizacji zysków z tytułu hospitalizacji niezwykle ważna jest kontrola poprzednich hospitalizacji pacjenta (okresu czasu, jaki minął od poprzedniej hospitalizacji) w celu zapobieżenia występowania zjawiska "drzwi obrotowych" i nazbyt

krótkimi okresami pomiędzy kolejnymi hospitalizacjami. Ze zjawiskiem powtórnej hospitalizacji mamy do czynienia, jeżeli okres między udzieleniem pacjentowi świadczeń przez świadczeniodawcę, podczas odrębnych pobytów w szpitalu z powodu tego samego rozpoznania nie przekracza 14 dni. Jeżeli z zasad postępowania medycznego wynika, że problem zdrowotny może być rozwiązany jednocześnie, świadczenia te wykazywane są do rozliczenia jako jedno świadczenie. Z danych statystycznych Szpitala wynika, że około 5% wszystkich hospitalizacji na oddziałach stanowią nieplanowe rehospitalizacje, czyli hospitalizacje do 30 dni od daty poprzedniego wypisu, przy założeniu, że poprzednia hospitalizacja nie była zakończona wskazaniem do ponownego przyjęcia do Szpitala. Około 85% stanowią ponowne hospitalizacje na tym samym oddziale. Najwięcej powtórnych hospitalizacji odnotowuje się na Oddziale Wewnętrzno-Kardiologicznym (ok. 43% rehospitalizacji), Oddziałach Psychiatrycznych I i II ok. 24%, Oddział Ginekologiczno-Położniczy ok. 12%, Pododdziale Detoksykacyjny 9% i Oddział Pediatryczny 8%<sup>10</sup>. Ponieważ długość pobytu pośrednio uzależniona jest także między innymi od szybkości diagnostyki w tym zakresie zaleca się skrócenie czasu oczekiwania na badania diagnostyczne (endoskopia, CT, USG) oraz analizę i ograniczenie diagnostyki do niezbędnie koniecznej (zwłaszcza wobec pacjentów wielokrotnie hospitalizowanych).

Od 1 października 2017 roku zmienił się katalog JGP, wprowadzony został parametr czasu hospitalizacji, na podstawie którego pełna płatność przyznawana jest za czterodniowy pobyt pacjenta w szpitalu. Średni czas hospitalizacji w Oddziale Pediatrycznym nie sięga czterech dni. Ponadto dąży się do tego, aby jak najbardziej skrócić czas pobytu dziecka w szpitalu i resztę leczenia prowadzić ambulatoryjnie lub w domu. W obecnej sytuacji po 1 października w przypadku hospitalizacji poniżej 4 dni szpital nie uzyska pełnego finansowania świadczenia. W przypadku hospitalizacji do 3 dni finansowanie świadczenia maleje o 50%, w zakresach zabiegowych finansowanie świadczenia maleje o 8%. Brak uzasadnienia konieczności dla wydłużania pobytów dla których następuje wprost proporcjonalny wzrost ryzyka epidemiologicznego. Konieczność stosowania wydłużonych pobytów powoduje dla Szpitala występowanie szeregu ryzyk a dla pacjentów konieczność dłuższego oczekiwania na przyjęcie planowe.

#### **4.2.3. Poprawa efektywności sprzedaży**

Wejście w życie ustawy o sieci szpitali wyklucza możliwość funkcjonowania Oddziału Kardiologicznego w szpitalu zakwalifikowanym do pierwszego poziomu zabezpieczenia zdrowotnego, w którym znalazł się Szpital Powiatowy w Sochaczewie. Historyczne funkcjonowanie w Oddziale Wewnętrzno-Kardiologicznym sali „R” nie jest finansowane przez NFZ. W wyniku braku finansowania i wykluczenia kardiologii istnieje konieczność dostosowania Oddziału Wewnętrzno-kardiologicznego do obowiązujących nowych zasad i połączenie funkcjonalnego sali „R” z odcinkiem męskim i zorganizowanie jednej dyżurki pielęgniarek. Pacjenci wymagający intensywnego nadzoru zgodnie z obowiązującymi przepisami będą hospitalizowani w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Rezygnacja z prowadzenia sali intensywnego nadzoru kardiologicznego pozwoli na zmianę miejsca pracy dwóch pielęgniarek, których obecność w sali R była konieczna w sposób ciągły, zmniejszenie liczby wymaganego sprzętu specjalistycznego a także wykorzystanie uwolnionej w ten sposób przestrzeni do stworzenia sal, co pozwoli na hospitalizowanie większej ilości pacjentów lub poprawę obecnych warunków w oddziale. Zaopatrzenie sali R w personel pielęgniarski wymagało zabezpieczenia na ten cel dziesięciu etatów.

<sup>10</sup> PJ.2.4. Analiza readmisji w formie nieplanowanych przyjęć do 30 dni od daty poprzedniego wypisu za okres: 1.01.2014r – 31.08.2014r



Likwidacja Sali nadzoru kardiologicznego da możliwość rozdysponowania etatów i zabezpieczenia pracy w miejscach występowania braków kadrowych spowodowanych deficytem personelu pielęgniarskiego (problem deficytu personelu pielęgniarskiej szerzej został opisany w rozdziale IV). Wyposażenie w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego pozwala jedynie na monitorowanie parametrów życiowych pacjentów. Umieszczani są tam pacjenci wymagający monitorowania w sytuacji pogorszenia się ich stanu zdrowia czy nagłego zatrzymania krążenia. Po podjęciu czynności resuscytacyjnych pacjent jest przenoszony na OIOM gdzie są zabezpieczone warunki do leczenia pacjentów zaintubowanych wymagających respiracji mechanicznej. W związku z tym, że NFZ płaci za każdego pacjenta przebywającego w OIT za każdy osobodzień jeśli pacjent uzyskuje odpowiednią liczbę punktów w skali TISS, likwidacja Sali R i hospitalizacja pacjentów w OAI T jest uzasadniona z ekonomicznego punktu widzenia.

#### **4.3. Optymalizacja kosztów eksploatacyjnych**

Istotną grupę kosztów stanowią koszty infrastruktury ogólnej szpitala. W ramach kosztów infrastruktury wyróżnia się amortyzację, koszty zużycia energii elektrycznej, ciepłej, gazu, usług konserwacji, napraw, pozostałych usług obcych, podatek od nieruchomości, ubezpieczenia. Obecnie w Szpitalu prowadzone są prace nad systemem automatyzacji i monitoringu funkcjonowania systemu ciepłego Szpitala. Oznacza to, że do systemu zostanie wprowadzone automatyczne sterowanie węzłem cieplnym Pawilonu Psychiatrycznego, poprawie ulegnie także sterowanie pozostałymi obiektami systemu, co pozwoli na racjonalne wykorzystanie wytwarzanego ciepła. Szacuje się, że oszczędności z tego tytułu wyniosą około 5% wartości zużywanego gazu ziemnego. Pozostałe koszty eksploatacyjne uzależnione są od liczby pacjentów i ceny ustalonej przez zewnętrznych dostawców.

Na terenie szpitala do wykorzystania na działalność lub wynajem w celu uzyskiwania dodatkowych przychodów pozostaje obiekt w którym w latach poprzednich funkcjonowała Stacja Dializ.

#### **4.4. Reorganizacja/likwidacja jednostek nierentownych**

##### **4.4.1. Dostosowanie bazy łóżkowej do realnych potrzeb**

Jednym ze wskaźników chorobowości jest liczba hospitalizacji. Poniżej przedstawiono dane dotyczące liczby hospitalizacji realizowanych w Szpitalu na przestrzeni lat 2011-2016.

Tabela 19. Liczba hospitalizacji w latach 2011-2016

Rodzaj świadczeń	Liczba wykonanych świadczeń opieki zdrowotnej w latach					
	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Hospitalizacje	12101	12133	12427	11773	11268	10604

Z zaprezentowanych danych wynika, że liczba hospitalizacji co roku spada, co w przypadku jednoczesnego wzrostu liczby porad ambulatoryjnych jest zjawiskiem tożsamym z trendami występującymi na całym świecie. Jest to sytuacja korzystna dla pacjenta a także dla Szpitala w przypadku, gdy nie będzie powodowała obniżenia przychodów. Poniższa tabela obrazuje dynamikę liczby hospitalizacji w poszczególnych oddziałach.

Tabela 20. Dynamika hospitalizacji w latach 2015-2016

Oddział	Dynamika liczby hospitalizacji	
	w roku 2015 w stosunku do roku 2014	w roku 2016 w stosunku do roku 2015
Pediatriczny	98,00	89,88
Wewnętrzno-Kardiologiczny	97,80	97,79
Chirurgii Ogólnej	98,93	79,02
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	104,00	96,62
Ginekologiczno-Położniczy	88,56	105,35
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	148,08	62,99
Psychiatryczny I z Pododdziałem Detoksykacji	99,72	98,65
Psychiatryczny II	97,86	99,22
Pododdział Neonatologiczny	97,90	95,08
<b>Razem</b>	<b>97,81</b>	<b>94,64</b>

Wraz ze spadkiem ilości hospitalizacji następuje obniżenie wskaźnika wykorzystania łóżek szpitalnych. Jak obrazuje poniższa tabela baza łóżkowa w szpitalu nie jest w pełni wykorzystana i od trzech lat wskaźnik % wykorzystania łóżek obniża się. Niepełne wykorzystanie infrastruktury jest ściśle związane z limitem świadczeń zakontraktowanych w NFZ. W szpitalu istnieją warunki do wykonywania większej liczby świadczeń jednak wysokość kontraktu ogranicza możliwość takiego działania, a potrzeby zdrowotne mieszkańców Powiatu Sochaczewskiego w niektórych zakresach od lat znacznie przewyższają ilości świadczeń określonych poprzez limit w umowach zawartych z NFZ. Wykonywanie świadczeń ponad limit wynikający z umowy stwarza dla Szpitala istotne ryzyko nadmiernego ponoszenia kosztów, a przede wszystkim nie gwarantuje uzyskania pełnego finansowania świadczeń, ponieważ NFZ nie finansuje w pełni tzw. nadwykonań. W praktyce działania NFZ w zakresie rozliczania nadwykonań ograniczają się do finansowania świadczeń pilnych lub ratujących życie. Jak wynika z analizy poziomu wykorzystania łóżek szpitalnych istnieje rezerwa około 50 łóżek w szpitalu, które nie są obłożone w ciągu roku. W celu wypełnienia tej luki należy rozważyć, w przypadku uzyskania kontraktu NFZ, możliwość realizacji w ramach prowadzonej działalności nowego typu świadczeń medycznych, np. w zakresie hospitalizacji i wykonywania zabiegów operacyjnych w obrębie urologii bądź zwiększenia obecnej działalności np. w zakresie chorób wewnętrznych co jest uzasadnione przy uwzględnieniu warunków demograficznych naszego regionu – starzenie się społeczeństwa i częsta zapadalność na choroby układu krążenia oraz układu oddechowego i pokarmowego. Propozycja ta jest tym bardziej uzasadniona, że wpisuje się w priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa mazowieckiego na lata 2016-2020. Jednakże możliwość pozyskania dodatkowych środków finansowych pochodzących z kontraktu jest wysoce wątpliwa, ze względu na priorytetowość przeznaczenia środków pieniężnych na funkcjonowanie szpitali w sieci. W związku z małym wykorzystaniem infrastruktury i łóżek szpitalnych w niektórych zakresach konieczna jest reorganizacja zgodna z aktualnym zapotrzebowaniem na usługi medyczne i trendami demograficznymi. W tym zakresie proponuje się połączenia odcinków A i B na Oddziałach Psychiatrycznych, reorganizację Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Pododdziału Neonatologicznego, połączenie odcinków pracy pielęgniarskiej na Odcinku Męskim w Oddziale Wewnętrzno-Kardiologicznym oraz zwiększenie ilości łóżek na Oddziale Wewnętrzno-Kardiologicznym.

Tabela 21. Wykorzystanie łóżek w % w latach 2014-2016

Oddział	Ilość łóżek	Wykorzystanie łóżek w % w latach		
		2014	2015	2016
Pediatriczny	28	61,5	54,6	52,2
Wewnętrzno-Kardiologiczny	73	84,2	81,7	81,2
Chirurgii Ogólnej	37	44,1	43,1	41,7
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	31	56,0	58,4	51,1
Położniczy	14	64,8	59,2	56,1
Ginekologiczny	16	32,4	34,6	31,4
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	8	70,8	72,7	69,1
Psychiatryczny I	53	97,8	125,9	74,5
Psychiatryczny II	63	90,3	91,0	88,6
Pododdział Detoksykacji	10	233,7	130,3	300,8
<b>Ogółem</b>	<b>338</b>	<b>84,0</b>	<b>78,6</b>	<b>73,6</b>
Pododdział Neonatologiczny	11	73,0	72,2	71,2

Utrzymywanie zasobów łóżkowych z niskim stopniem ich wykorzystania stanowi nieekonomiczny koszt funkcjonowania. W celu poprawy należy dążyć w roku 2018 do wykorzystania łóżek na poziomie 75% a w latach kolejnych osiągnąć poziom optymalny 85%. W przypadku niskiego wykorzystania łóżek w danym oddziale zostanie dokonana pogłębiona analiza i rozważona konieczność zweryfikowania i dokonania rejestracji łóżek w faktycznej wysokości dostosowanej do średniego wykorzystania łóżek w Polsce.

Poniższa tabela przedstawia informację na temat kosztów niewykorzystanych łóżek. Są to koszty tzw. doby hotelowej, czyli koszty pomniejszone o wartość kosztów związanych bezpośrednio z procesem leczenia (leki, diagnostyka, itp.) w przypadku zajmowania łóżka przez pacjenta. W związku z niewykorzystaniem łóżek Szpital za okres od stycznia do sierpnia 2017 roku poniósł koszty w wysokości 4 789 073,26. W przypadku, gdyby NFZ nie narzucał limitów i Szpital mógłby przyjmować wszystkich pacjentów bez ryzyka braku finansowania koszty znalazłyby pokrycie w przychodach z tytułu leczenia pacjentów oraz poprawie uległyby wskaźniki wykorzystania łóżek.

Tabela 22. Koszty niewykorzystanych łóżek

Oddziały Szpitalne	Ilość łóżek	I-VIII 2017					
		Koszty hotelowe	% wykorzystania łóżek	15 % rezerwy na zabezpieczenie ruchu chorych	% niewykorzystania łóżek		
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	73	3 747 147,91	78,1	2 926 522,52	562 072,19	6,9	258 553,21
Oddział Chirurgii Ogólnej	37	3 015 517,08	42,6	1 284 610,28	452 327,56	42,4	1 278 579,24
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	31	2 642 070,12	46,7	1 233 846,75	396 310,52	38,3	1 011 912,86
Pododdział Ginekologiczny	16	1 283 270,57	24,2	310 551,48	192 490,59	60,8	780 228,51
Pododdział Położniczy	14	1 546 264,54	59,1	913 842,34	231 939,68	25,9	400 482,52

Oddział Pediatriczny	28	1 758 704,86	54,0	949 700,62	263 805,73	31,0	545 198,51
Pododdział Neonatologiczny	11	913 734,84	71,4	652 406,68	137 060,23	13,6	124 267,94
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	8	2 421 431,63	68,9	1 668 366,39	363 214,74	16,1	389 850,49
O/Psychiatryczny I z Detoksem	63	% wykorzystania łóżek przekracza 85%					
O/Psychiatryczny II	63						
OGÓLEM SZPITAL		17 328 141,55		9 939 847,05	2 599 221,23		4 789 073,26

Szpital od wielu lat nie uzyskał pełnego sfinansowania wykonanych świadczeń. Poniżej przedstawione zostało zestawienie wartości świadczeń za które szpital nie uzyskał zapłaty w analizowanym okresie. Ponadto Szpital za lata 2012-2013 zrzekł się kwoty 219.074,64 natomiast kwota pozostała bez zrzeczenia to 3.903.098,64. Warunkiem podpisania z NFZ umowy gwarantującej częściową zapłatę za wykonane świadczenia na rzecz pacjentów i uzyskanie finansowania było zrzeczenie się części należności. Łącznie za lata 2012-2016 wartość należności od NFZ bez zrzeczenia to kwota 5.369.712,94.

Tabela 23. Kwota zrzeczeń i wartość bez zrzeczenia za świadczenia wykonane w latach 2014-2016

Rodzaj świadczeń	2014		2015		2016	
	WARTOŚĆ ZRZECZONA	WARTOŚĆ BEZ ZRZECZENIA	WARTOŚĆ ZRZECZONA	WARTOŚĆ BEZ ZRZECZENIA	WARTOŚĆ ZRZECZONA	WARTOŚĆ BEZ ZRZECZENIA
SZP	418 141,36 zł	0,00 zł	322 194,00 zł	0,00 zł	331 397,04 zł	0,00 zł
AOS	19 270,95 zł	125 017,85 zł	66 069,34 zł	0,00 zł	13 142,58 zł	153 993,17 zł
ASDK	12 730,95 zł	0,00 zł	24 128,00 zł	0,00 zł	5 147,82 zł	161 847,36 zł
PSY	13 240,89 zł	0,00 zł			27 165,33 zł	
REH	0,00 zł	422 993,32 zł		310 733,68 zł		292 028,92 zł
STM	0,00 zł	0,00 zł				
<b>RAZEM</b>	<b>463 384,15 zł</b>	<b>548 011,17 zł</b>	<b>412 391,34 zł</b>	<b>310 733,68 zł</b>	<b>376 852,77 zł</b>	<b>607 869,45 zł</b>

Zdecydowanie za małe limity funkcjonują w zakresie świadczeń ambulatoryjnych, co wyraża się wielkomiesięcznymi kolejkami do specjalistów szczególnie kardiologa, diabetologa, endokrynologa.

#### 4.4.2. Optymalizacja czasu hospitalizacji

Tabela 24. Średnia liczba dni pobytu pacjentów w oddziałach szpitalnych w latach 2014-2016

Oddział	Średnia liczba dni pobytu pacjentów w oddziałach szpitalnych w poszczególnych latach			
	2014	2015	2016	dane wg GUS
Pediatriczny	3,9	3,5	3,7	4,3
Wewnętrzno-Kardiologiczny	7,3	6,8	7,2	5,2
Chirurgii Ogólnej	3,7	3,7	4,2	4,4
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	6,0	6,1	5,5	5,0



Położniczy	3,7	3,4	3,5	3,5
Ginekologiczny	1,8	1,9	1,9	
Anestezjologii i Intensywnej Terapii	8,7	8,4	9,0	8,5
Psychiatryczny I	19,7	25,4	15,9	28,0
Psychiatryczny II	28,6	29,4	28,5	
Pododdział Detoksykacji	11,1	7,7	17,2	17,1
<b>Ogółem</b>	<b>5,5</b>	<b>3,0</b>	<b>3,0</b>	
Pododdział Neonatologiczny	3,6	3,6	3,8	4,5

Z przedstawionych danych wynika, że część oddziałów wykazuje średnio większą liczbę dni pobytu pacjentów w oddziałach niż zakładają to dane statystyczne dla kraju. Tylko w Oddziałach Pediatricznym i Chirurgii Ogólnej pobyt pacjenta jest krótszy niż średnia dla Polski. Ponieważ szacuje się, że dla specjalności zachowawczych koszty jednego dnia przedłużonego pobytu są porównywalne z kosztami dnia standardowego pobytu, a koszty zmienne są mniej więcej równo rozłożone od pierwszego do ostatniego dnia hospitalizacji, przedłużanie pobytów pacjentów z tytułu leczenia których osiągnięto już limit punktowy nie ma uzasadnienia ekonomicznego. Przedłużony w ten sposób pobyt nie pozwala zmierzyć efektywności w leczeniu danej jednostki chorobowej oraz nie pozwala przyjąć nowego pacjenta a tym samym poprawić wskaźnik wykorzystania łóżek. Krótszy pobyt pacjenta w szpitalu pozwala na bardziej efektywne wykorzystanie zasobów, przyjmowanie większej ilości pacjentów i zmniejszanie wydatków ponoszonych w związku z ich wydłużonym pobytem, a jednocześnie oznacza bardziej zintensyfikowane świadczenia zdrowotne, w rezultacie w przeliczeniu na dzień pobytu okazują się one bardziej kosztowne. Przedłużone pobyty części pacjentów są wynikiem pozostawiania w szpitalu osób starszych przez członków rodziny i nieodbieranie ich mimo zakończenia leczenia i hospitalizacji. Należy pamiętać, że obowiązki wobec rodziców reguluje także kodeks karny. Porzucenie najbliższej osoby ze względu na jej stan psychiczny lub fizyczny to przestępstwo z artykułu 210 k.k., za co grozi do trzech lat więzienia.

#### **4.5. Zmiany w zakresie zarządzania zasobami ludzkimi**

##### **4.5.1. Polityka kadrowa i płacowa**

Obecna sytuacja na rynku pracy powoduje, że w Szpitalu Powiatowym w zakresie zasobów ludzkich największe potrzeby wiążą się z koniecznością zatrudnienia wykwalifikowanego personelu w niżej wymienionych i najbardziej deficytowych grupach zawodowych:

- lekarze (specjalista, lekarz w trakcie specjalizacji lub chcący się specjalizować w dziedzinie ginekologii i położnictwa, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych oraz pediatrii, lekarz bez specjalizacji lub w trakcie specjalizacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej),
- pielęgniarki i położne,
- ratownicy medyczni.

Tabela 25. Zatrudnienie personelu

Zatrudnienie personelu w Zespole Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie (dane liczbowe podane w osobach)					
Lp.	Grupy zatrudnienia	Stan zatrudnienia na dzień:			
		31.12.2014	31.12.2015	31.12.2016	30.09.2017
<b>I</b>	<b>Pracownicy medyczni</b>	<b>482</b>	<b>484</b>	<b>514</b>	<b>515</b>
1.	Lekarze	63	62	63	61
2.	Lekarze stomatolodzy	5	5	5	5
3.	Inny personel z wykształceniem wyższym	11	11	10	10
4.	Pielęgniarki	193	196	209	215
5.	Położne	24	24	30	29
6.	Technicy medyczni	36	36	37	36
7.	Dietetycy	1	1	1	1
8.	Ratownicy med.	10	7	16	18
9.	Opiekunka med.	1	0	0	0
10.	Pomoce dentystyczne	4	4	4	4
11.	Rejestratorki medyczne	15	16	17	18
12.	Statystycy medyczni	10	11	9	8
13.	Sanitariusze	53	54	54	51
14.	Salowe	44	45	46	47
15.	Pozostali	12	12	12	12
<b>II</b>	<b>Pracownicy administracyjni i gospodarczy</b>	<b>117</b>	<b>114</b>	<b>111</b>	<b>111</b>
1.	Pracownicy administracji	46	43	44	45
2.	Techniczni	17	17	16	16
3.	Sprzątaczk	14	12	11	10
4.	Praczk	7	7	7	8
5.	Kucharki	20	21	21	22
6.	Palacze co	3	3	3	3
7.	Pozostali	10	11	9	7
<b>RAZEM:</b>		<b>599</b>	<b>598</b>	<b>625</b>	<b>626</b>

Pomimo wzrostu zatrudnienia w grupie pielęgniarek, położnych i ratowników medycznych nadal Szpital boryka się z brakami kadrowymi w tych grupach zawodowych. Dodatkowo struktura wiekowa personelu pielęgniarskiego jednoznacznie wskazuje, że w niedalekiej przyszłości nastąpi ogromny jej deficyt. Liczba zatrudnionych w Szpitalu pielęgniarek i położnych ustalana jest na podstawie minimalnych norm zatrudnienia zgodnie z postanowieniami § 7 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2012 roku. Brak jest przepisów odnośnie minimalnych norm zatrudnienia w podmiocie leczniczym lekarzy i pozostałego personelu. W szpitalu przyjęto, że norma oznacza zapewnienie możliwości bezpiecznego funkcjonowania Szpitala z zachowaniem ciągłości pracy. Jak zauważyła Pani Audyt *usytuowanie Szpitala w pobliżu Warszawy stwarza dla lekarzy inne*

możliwości zatrudnienia w związku z tym staje się dla tego środowiska ważkim argumentem w prezentowaniu braku otwartości na wprowadzenie jakichkolwiek renegotjacji zawartych umów i zmian płacowych nawet minimalnych. Ponadto środowisko podejmuje decyzje grupowe w poszczególnych specjalnościach co w efekcie prowadzić może do zamykania Oddziałów szpitalnych.

W Szpitalu prowadzone są także statystyki na temat liczby pracowników i etatów w poszczególnych jednostkach/komórkach organizacyjnych. Dane na dzień 30 września 2017 roku zostały zaprezentowane w tabeli poniżej.

Tabela 26. Liczba pracowników i etatów w poszczególnych jednostkach/komórkach organizacyjnych

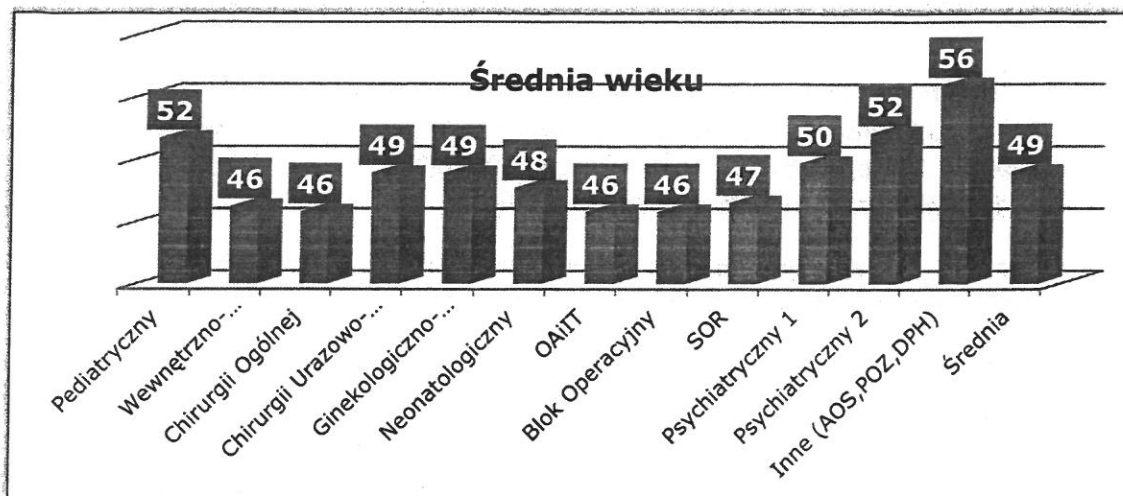
<b>Liczba pracowników i etatów w poszczególnych jednostkach/komórkach organizacyjnych Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie – stan na dzień 30.09.2017 roku</b>			
<b>Lp.</b>	<b>Nazwa jednostki/komórki organizacyjnej/samodzielnego stanowiska</b>	<b>Liczba etatów</b>	<b>Liczba osób</b>
1.	Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	66,95	67
2.	Oddział Pediatriczny	26,50	27
3.	Pododdział Neonatologiczny	13,15	14
4.	Oddział Chirurgii Ogólnej	25,68	26
5.	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	21,80	24
6.	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	39,35	40
7.	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	42,00	43
8.	Blok Operacyjny	19,00	19
9.	Szpitalny Oddział Ratunkowy	37,00	37
10.	Zespół Transportu Sanitarnego	4,00	4
11.	Oddział Psychiatryczny I	53,50	53
12.	Oddział Psychiatryczny II	51,25	52
13.	Poradnia Neurologiczna	0,50	1
14.	Poradnia Chirurgii Ogólnej	1,50	1
15.	Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	1,58	2
16.	Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	0,80	1
17.	Poradnia Chirurgii Przewodu Pokarmowego	0,60	1
18.	Poradnia Zdrowia Psychicznego	1,10	1
19.	Poradnia Leczenia Uzależnień	2,90	3
20.	Pracownia RTG i CT	12,24	17
21.	Pracownia Endoskopii	2,25	2
22.	Pracownia EEG	1,00	1
23.	Dział Rehabilitacji	10,21	13
24.	Dział Stomatologii	8,60	9
25.	Apteka Zakładowa	6,00	6

26.	Pielęgniarka Epidemiologiczna	1,00	1
27.	Sekcja Utrzymania Czystości	11,00	11
28.	Centralna Sterylizacja	7,00	7
29.	Podstawowa Opieka Zdrowotna	2,00	2
30.	Dyrekcja	2,00	2
31.	Sekcja Kadr	4,50	4
32.	Sekcja Promocji i Rozwoju	1,50	2
33.	Zespół Radców Prawnych	1,00	1
34.	Kancelaria Szpitalna	3,50	3
35.	Składnica Akt	2,00	2
36.	Kapelan Szpitalny	1,00	1
37.	Sekcja Księgowości	10,00	10
38.	Sekcja Kontraktowania i Rozliczeń	42,00	42
39.	Sekcja Płac	3,50	4
40.	Sekcja Zakupów i Zamówień Publicznych	3,00	3
41.	Sekcja Techniczno-Eksploatacyjna	28,50	29
42.	Sekcja Informatyki i Aparatury Medycznej	3,00	3
43.	Sekcja Żywienia	25,00	25
44.	Pralnia Szpitalna	9,00	9
45.	Specjalsita ds.BHP i ppoż.	1,00	1
<b>RAZEM LICZBA ETATÓW/OSÓB</b>		<b>610,96</b>	<b>626</b>

Na niedoinwestowanie służby zdrowia nakładają się problemy z niedoborem kadry. Przyczynami niedoboru są przede wszystkim emigracja za granicę, niskie zarobki w służbie zdrowia dla fachowej kadry oraz starzenie się lekarzy i pielęgniarek. Sytuację pogarsza zbyt mała liczba studentów medycyny oraz pielęgniarstwa. W konsekwencji niedoboru personelu medycznego na szpitale wywierana jest presja płacowa. Dokonując prognoz na lata następne należy wziąć pod uwagę zatrważające dane na temat liczby pielęgniarek i położnych oraz prognoz dotyczących tej grupy zawodowej. Z danych zaprezentowanych w *Analizie zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Zespole Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie* przygotowanej przez Panią Wiesławę Załuską wynika, że w Szpitalu na dzień 31 marca 2017 roku było zatrudnionych 238 pielęgniarek i położnych w osobach, co stanowiło 234,41 etatów. Mediana dla grupy zawodowej pielęgniarek i położnych wynosi 50 lat, co oznacza, że połowa zatrudnionych ma powyżej 50 lat, a połowa poniżej. Średnia wieku pielęgniarek i położnych wynosi 49 lat. Na poniższym wykresie zaprezentowane są średnie wieku pielęgniarek i położnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych<sup>11</sup>.

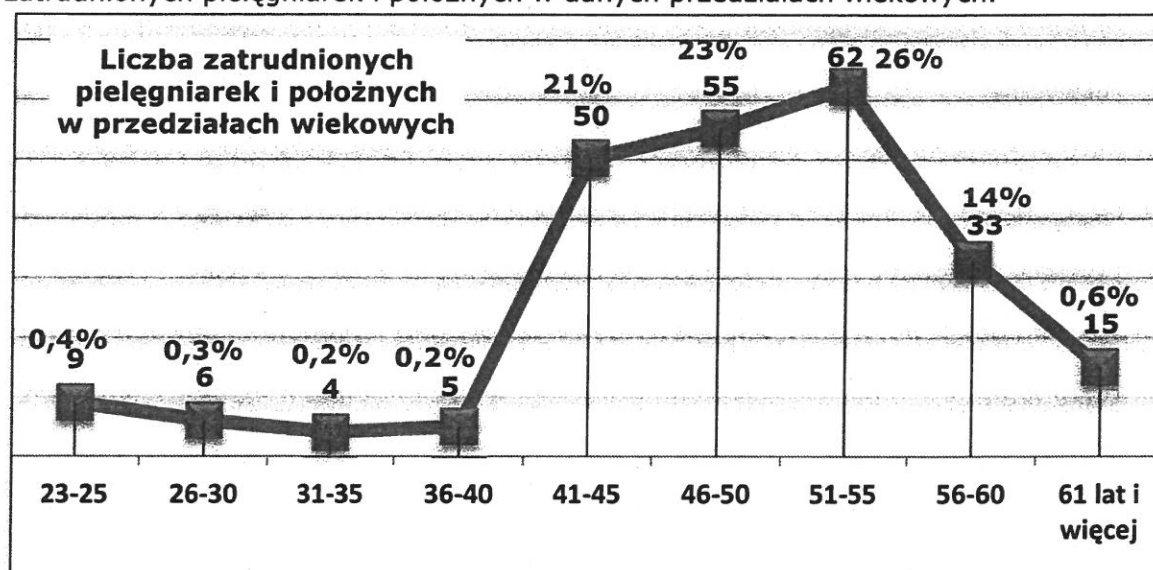
<sup>11</sup> *Analiza zatrudnienia pielęgniarek i położnych w Zespole Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie*, Wiesława Załuska, Sochaczew 2017





Wykres 8. Średnia wieku pielęgniarek i położnych zatrudnionych w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie

Luka pokoleniowa, która powstała w wyniku braku absolwentek studiów pielęgniarskich jest widoczna na poniższym wykresie, na którym zaprezentowana jest liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych w danych przedziałach wiekowych.



Wykres 9. Liczba zatrudnionych pielęgniarek i położnych w przedziałach wiekowych.

W okresie najbliższych lat będzie odczuwalny deficyt pielęgniarek i położnych spowodowany większą liczbą nabywających prawa do emerytury w stosunku do liczby absolwentów na rynku pracy. Może to spowodować problemy w funkcjonowaniu poszczególnych oddziałów szpitala. Do 2020 roku uprawnienia emerytalne nabędą 33 pielęgniarki i położne. W przedziale lat 2021-2025 będą to już 62 osoby, natomiast w latach 2026-2030 na emeryturę będzie mogło odejść kolejnych 59 pielęgniarek i położnych. W przeciągu najbliższych 10 lat połowa zatrudnionych pielęgniarek i położnych odejdzie na emeryturę. Do 2035 roku w celu utrzymania możliwości świadczenia usług medycznych, praktycznie będzie musiała ulec całkowitej wymianie kadra pielęgniarska, ponieważ prawie 90% zatrudnionych nabędzie prawa emerytalne. Należy przy tym zaznaczyć, że w analizie uwzględniono jedynie ubytek kadry z powodu odejść na emeryturę, natomiast nie obejmuje ona symulacji fluktuacji kadr z innych przyczyn, takich jak: renty, zmiana miejsca pracy, czy też kilkuletnie absencje

spowodowane urlopami macierzyńskimi i wychowawczymi. Analiza wskazuje, że rokrocznie niezbędne jest zatrudnianie co najmniej 10 nowych pielęgniarek i 2 położnych, żeby zapewnić w Szpitalu zastępowalność pokoleń i ciągłość usług. W sytuacji deficytu kadry pielęgniarskiej na rynku pracy będzie to bardzo trudne.<sup>12</sup>

Prowadzone analizy w zakresie poziomu wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych dają następujące dane liczbowe:

Tabela 27. Średni wzrost/spadek wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych w roku 2017 w stosunku do roku 2016.

Lp.	Stanowisko	Średni wzrost wynagrodzenia brutto w roku 2017 w stosunku do roku 2016
1.	Lekarze rezydenci	626,06
2.	Salowe	283,48
3.	Lekarze stażyści	279,73
4.	Sanitariusze, sanitariuszki	259,58
5.	Sprzątaczk	153,26
6.	Pomoce stomatologiczne	123,60
7.	Praczk, prasowaczk, szwaczk	120,55
8.	Rejestratorck, statystycy medyczn, sekretark medyczne	114,83
9.	Kuchark, dystrybutork żywnośc, pomoc kuchenna	109,54
10.	Lekarze	85,00
11.	Pielęgniark	71,65
12.	Terapeuci zajęciow	60,00
13.	Pielęgniark poradnie	51,51
14.	Fasowaczk	38,27
15.	Ratownic	31,28
16.	Pracownik ogólnobudowlany, palacz kotł., elektryk, spawacz, mechanik, pracownik gospodarczy	14,90
17.	Operator ciśnieniowch sterylizatorów gazowch i parowch	13,20
18.	Technicy elektroradiologii	9,12
19.	Technicy farmacji	0,00
20.	Technicy fizjoterapii	0,00
21.	Psycholodzy	-90,13
22.	Administracjar(referent, księgow, st. księgow, inspektor, st. inspektor, archiwista)	-179,55

Analiza wzrostu wynagrodzeń wskazuje, że w latach 2014 i 2015 wynagrodzenia kształtowały się na zbliżonym poziomie, natomiast w roku 2016 nastąpił wzrost wynagrodzeń o 6,6% w stosunku do roku 2015, w roku 2017 płace wzrosły o 7,1% w porównaniu do roku 2016, natomiast w skali całego analizowanego okresu w roku 2017 w korespondencji z rokiem 2014 wynagrodzenia wzrosły o 14,3%. Udział kosztów wynagrodzeń ogółem na przestrzeni analizowanego okresu w strukturze przychodów

<sup>12</sup> Op.cit.

kształtował się na poziomie 73%. Koszty wynagrodzeń stanowią 70% kosztów działalności Szpitala a 28% to koszty rzeczowe, np. na leki i wyżywienie pacjentów, media, naprawy, remonty, sprzęt jednorazowy. Występowanie zjawiska wzrostu wynagrodzeń było wynikiem między innymi zobowiązania Szpitala do realizacji przepisów prawa w zakresie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz realizacją przepisów ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

#### 4.5.2. Umowy cywilno-prawne

Poniższa tabela przedstawia dane na temat ilości lekarzy zewnętrznych zatrudnionych w poradniach Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie (stan na dzień 30 września 2017 roku)

Tabela 28. Liczba lekarzy udzielających świadczenia zdrowotne na podstawie umowy cywilnoprawnej w poradniach.

Poradnia	Liczba lekarzy udzielających świadczenia zdrowotne na podstawie umowy cywilnoprawnej
Poradnia Neurologiczna	1
Poradnia Neurologii Dziecięcej	1
Poradnia Kardiologiczna	3
Poradnia Kardiologii Dziecięcej	1
Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	3
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	1
Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	3
Poradnia Chorób Płuc	1
Poradnia Urologiczna	1
Poradnia Reumatologiczna	1
Poradnia Chirurgii Naczyniowej	1
Poradnia Zdrowia Psychicznego	3
Poradnia Protetyki Stomatologicznej	1
Poradnia Medycyny Pracy	1
Poradnia Leczenia Uzależnień	2
Poradnia Neonatologiczna	1
Poradnia Diabetologiczna	1
Poradnia Rehabilitacyjna	2
<b>Razem</b>	<b>28</b>

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawierane są w trybie konkursu ofert zgodnie z zapisami art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej. Szpital określa szczegółowe warunki konkursu ofert wskazując w nich zakres przedmiotowy umów. **Odrębnymi postępowaniami** proceduje się udzielanie świadczeń w zakresie poradni specjalistycznych, konsultacji lekarskich czy badań diagnostycznych oraz udzielania świadczeń na dyżurach w poszczególnych oddziałach. W wyniku takiego schematu postępowania wyłania się oferentów spełniających wymagania określone w SWKO. Niejednokrotnie zdarza się, że faktycznie jeden lekarz zostaje wybrany do udzielania świadczeń w różnych zakresach. Taka organizacja konkursu ofert jest niezbędna w celu właściwego określenia wymogów wobec oferentów i spełnienia standardów narzuconych przez NFZ. Zakresy świadczeń są odrębnymi czynnościami medycznymi i nie dublują się względem innych zakresów postępowania.

W dobie ogromnego deficytu kadry medycznej wszelkie próby renegocjacji stawek za mogą w konsekwencji doprowadzić do rezygnacji z udzielania świadczeń na rzecz mieszkańców powiatu sochaczewskiego a w konsekwencji do przymusowego ograniczenia prowadzonej działalności.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień to dokumenty w których określone zostały wymagania dotyczące liczby personelu lekarskiego w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala.

#### **4.5.3. System motywacyjny**

W Szpitalu wprowadza się system motywacyjny dla wszystkich osób zatrudnionych w celu podnoszenia wydajności, efektywności, satysfakcji i zadowolenia z pracy poszczególnych pracowników, co zwrótnie wpływa na działanie całej placówki, a tym samym na jakość usług świadczonych pacjentom. Wysokość funduszu przeznaczanego na nagrody ustalana będzie przez Dyrektora, w ramach możliwości finansowych Szpitala, po zabezpieczeniu potrzeb w zakresie stałych składników wynagrodzenia pracowników. Decyzję o przyznaniu nagrody podejmować będzie Dyrektor na wniosek bezpośredniego przełożonego i opinii jego kierownika. Przyznawanie nagród pracownikom następować będzie, między innymi za:

- a) wprowadzenie nowych rozwiązań i usprawnień poprawiających jakość świadczonych usług/pracy, w tym w szczególności w przypadku zbilansowania się jednostki/komórki organizacyjnej, znacznej poprawie wyniku finansowego Szpitala
- b) wykonanie prac przez pracownika, wykraczających poza jego obowiązki na danym stanowisku pracy,
- c) wdrożenie działań wpływających na zwiększenie faktycznych przychodów Szpitala,
- d) wprowadzenie rozwiązań przyczyniających się do obniżenia kosztów funkcjonowania Szpitala,
- e) szczególną sumienność i staranność w wykonywaniu pracy,
- f) szczególne osiągnięcia zawodowe pracownika,
- g) wykonywanie zadań o szczególnym znaczeniu dla Szpitala.

#### **4.5.4. Systemy sankcyjne**

Podtrzymanie systemu sankcyjnego zawartego w umowach cywilno-prawnych zawieranych z lekarzami, które zawierają rzeczywiste i konsekwentne zobowiązanie lekarzy do zapłaty na rzecz Szpitala kary umownej w wysokości 10% wartości odpowiadającej dwunastokrotności należności miesięcznych w momencie rozwiązania umowy cywilnoprawnej, w przypadku:

- 1) rażącego niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków wynikających z umowy;
- 2) stwierdzenia rażącego naruszenia przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych postanowień zawartej umowy;
- 3) negatywnej oceny merytorycznej udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) ograniczenia dostępności świadczeń lub zawężenia ich zakresu przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych;
- 5) nieudokumentowania przez lekarza zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;



- 6) utraty przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych uprawnień koniecznych do wykonywania świadczeń lub gdy lekarz został w tym prawie zawieszony przez organ do tego uprawniony;
- 7) gdy lekarz przeniósł prawa i obowiązki wynikające z zawartej umowy na osobę trzecią lub inny podmiot bez zgody Szpitala;
- 8) zaprzestania wykonywania przez lekarza świadczeń objętych umową lub ograniczenia ich wykonywania w takim stopniu, iż spowodowało to zakłócenia w prawidłowym funkcjonowaniu i prowadzeniu działalności Szpitala;
- 9) rażącego naruszenia przez lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych przepisów powszechnie obowiązujących;
- 10) naruszenia zobowiązania do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których lekarz powziął wiadomość przy realizacji postanowień umowy, a które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity: Dz. U. z 2003 r., Nr. 153, poz. 1503 z późn. zm.).

Rzeczywiste zobowiązanie lekarzy do zapłaty na rzecz Szpitala kary umownej w wysokości równowartości trzech ostatnich wypłat należności, jakie im przysługiwały w przypadku naruszenia zobowiązania do zachowania w tajemnicy informacji organizacyjnych oraz wszelkich ustaleń dotyczących umowy, niepodanych do wiadomości publicznej, a w szczególności dotyczących zasad i wysokości rozliczeń należności za realizację umowy.

Rzeczywiste i konsekwentne żądanie od lekarzy pokrycia szkody spowodowanej nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia (lub inny organ bądź podmiot właściwy w zakresie pełnienia funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych wedle obowiązujących przepisów prawa) kar pieniężnych lub obowiązków odszkodowawczych, o których mowa w umowach zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (lub innym organem prawnym właściwym w zakresie pełnienia funkcji płatnika świadczeń zdrowotnych wedle obowiązujących przepisów prawa) a Szpitalem, jeśli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem niewłaściwego wykonania przez lekarzy zadań i obowiązków wynikających z zawartej umowy cywilnoprawnej, a w szczególności niezgodnego z obowiązującymi przepisami prowadzenia dokumentacji medycznej i sprawozdań.

Wypłacanie lekarzom należności pieniężnych za faktycznie wykonane świadczenia zdrowotne i ich proporcjonalnie zmniejszanie w przypadku absencji i braku udzielania świadczeń zdrowotnych.

W przypadku stwierdzenia niewykonania lub nienależytego wykonania obowiązków wynikających z zawartej umowy cywilnoprawnej brak dokonania zapłaty należności za świadczenia zdrowotne. Konsekwentne egzekwowanie od lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych do składania rozliczenia zgodnego z rzeczywistym udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Egzekwowanie od kierowników jednostek/komórek organizacyjnych sprawowania nadzoru nad udzielaniem świadczeń zdrowotnych przez lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych (wyciąganie konsekwencji w przypadku braku nadzoru nad właściwym rozliczeniem udzielania świadczeń zdrowotnych).

#### **4.6. Optymalizacja polityki lekowej**

Nieefektywne gospodarowanie lekami jest problemem występującym na każdym poziomie systemu opieki zdrowotnej i przyczynia się nie tylko do marnotrawienia pieniędzy przeznaczanych na tę grupę produktów, ale również pociąga za sobą wysokie ryzyko zagrożenia zdrowia, a nawet życia pacjentów, w tym możliwość powstania wielu

niepożądanych działań związanych z terapią lekową. Optymalizacja kosztów leków powinna obejmować cały proces gospodarki lekowej w szpitalu – od zakupu leku, poprzez jego magazynowanie, zarządzanie na poziomie apteki szpitalnej, po zarządzanie na poziomie oddziałów. Wdrożenie nawet prostych zasad racjonalizacji gospodarki lekiem w szpitalach z pewnością ułatwi zarządzanie produktami leczniczymi i pozwoli na osiągnięcie oszczędności, poprawiając jednocześnie jakość opieki nad pacjentem. W ramach programu naprawczego dotyczącego optymalizacji lekowej zaproponowano:

- integrację systemu informatycznego z poszczególnymi oddziałami- natychmiastowe udostępnienie informacji wprowadzanych do bazy danych o zleceniu leku we wszystkich oddziałach i pracowniach, możliwość obliczenia i porównania kosztów farmakoterapii poszczególnych jednostek chorobowych (eliminacja ręcznego sposobu gromadzenia różnorodnych danych), monitorowanie stanów zapasu leków na oddziale jako racjonalizacja gospodarki lekiem tak by nie tworzyć zapasów w apteczkach oddziałowych (ryzyko przeterminowania i wycofania z użycia, a co za tym idzie strat materialnych), możliwość przesunięć między apteczkami oddziałowymi, usprawnienie zamawiania leków, uściślenie kontroli terminów ważności leków, uszczelnienie obiegu recept szpitalnych;
- rozszerzenie polityki antybiotykowej poprzez udział Przewodniczącego Zespołu ds. Kontroli Zakażeń Szpitalnych/ds. Farmakoterapii oraz mikrobiologa w doborze antybiotyków zawartych w receptariuszu- wprowadzenie ograniczenia w stosowaniu antybiotyków z II i III grupy;
- uściślenie i zaostrenie procedur dotyczących ordynowania drogich leków i wyrobów medycznych,
- poprawę komunikacji i przepływu informacji między poszczególnymi oddziałami i apteką szpitalną;
- poprawę sytuacji kadrowej, co pozwoli na bardziej wnikliwą analizę kosztów zakupu i zużycia pod kątem przygotowania wniosków do umów przetargowych mając na względzie optymalizację kosztów zakupu.

#### **4.7. Optymalizacja stopnia wykorzystania bloku operacyjnego**

Blok operacyjny to kosztowna jednostka organizacyjna ze względu na wysokość ponoszonych kosztów na jego utrzymanie. Na bloku operacyjnym znajduje się kosztowny sprzęt generujący wysokie koszty amortyzacji, media takie jak klimatyzacja, ogrzewanie, oświetlenie, gazy medyczne i inne a przede wszystkim wykwalifikowana kadra. Blok operacyjny wykazuje ciągłą gotowość, co oznacza całodobową dostępność, możliwość natychmiastowego użycia zasobów kadrowych, infrastruktury lokalowej i sprzętowej w celu wykonywania założonych zadań tj.: udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w trybie nagłym poza normalnym czasem pracy. Blok operacyjny musi tak funkcjonować, aby wykonać jak największą ilość zabiegów operacyjnych generując jak najniższe koszty ich wykonania, ale zapewniając wysoką jakość swych usług. W ramach propozycji do planu naprawczego wskazano na potrzebę zwiększenia czasu dostępności do bloku operacyjnego. W latach 2014-2016 Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej miał nadwykonania łącznie na kwotę 1.198.710,85. Nadwykonania te wynikają z większego zapotrzebowania na leczenie ortopedyczne niż wynika to z kontraktu z NFZ. Analiza danych za pierwszy kwartał roku 2017 wykazała, że Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej osiągnie próg rentowności w momencie zwiększenia kontraktu o 25,89% oraz przy założeniu utrzymania kosztów zmiennych na poziomie 25,28 za jeden punkt. Ponieważ NFZ kupuje świadczenia zgodnie z opracowanym planem zakupów Szpital nigdy nie uzyskał planu na następny rok w wysokości faktycznego wykonania świadczeń z danego zakresu w poprzednim roku. Wprowadzona zmiana przepisów odnośnie sieci

szpitali zakłada odrębne finansowanie dla świadczeń endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego. Zwiększone zapotrzebowanie na tego rodzaju świadczenia spowodowało podpisanie aneksów zwiększających limit dla endoprotez na wrzesień oraz na IV kwartał br., co oznacza konieczność wykonania 26 endoprotez miesięcznie w celu uzyskania pełnego finansowania umowy. Pierwotny limit na ten rok zakładał konieczność wykonania zaledwie 12 – 13 endoprotez miesięcznie. W takiej sytuacji priorytetowym wydaje się właściwe zaplanowanie tej działalności i zabezpieczenie odpowiedniego dostępu do bloku operacyjnego i anestezjologów, z uwzględnieniem optymalnego rachunku kosztów.

#### **4.8. Uruchomienie na terenie Powiatu Izby wytrzeźwień**

Część pacjentów przewożonych przez Policję do SOR lub Oddziałów Psychiatrycznych znajduje się w stanie upojenia alkoholowego. Pacjenci będący pod wpływem alkoholu są pobudzeni, agresywni, wulgarni, stwarzają bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia personelu oddziału oraz innych pacjentów. Dodatkowo w części pacjenci nie opłacają składek zdrowotnych, co oznacza brak ubezpieczenia. Większość nietrzeźwych nie powinna w ogóle trafiać do szpitala i angażować personelu, który w tym czasie mógłby zająć się innymi pacjentami. Przyjęcie pacjenta pod wpływem alkoholu jest dużym obciążeniem finansowym dla Szpitala, ponieważ takiego pacjenta trzeba zaopatrzyć higienicznie, zbadać, wykonać mu dużą liczbę kosztownych badań, które zazwyczaj wykazują wyniszczenie organizmu i wymuszają podanie drogich leków. Pacjent taki po jednej dobie pobytu w oddziale i wytrzeźwieniu na własne żądanie opuszcza Szpital, aby następnie ponownie do niego trafić i rozpocząć całą procedurę od nowa. Z art. 39 ustawy o wychowaniu w trzeźwości wynika, iż organy samorządu terytorialnego w miastach liczących ponad 50.000 mieszkańców i organy powiatu mogą organizować i prowadzić izby wytrzeźwień. Stworzenie Izby wytrzeźwień na terenie powiatu przyczyniłoby się do realnego obniżenia kosztów zaopatrzenia medycznego tych pacjentów w Szpitalu.

#### **4.9. Optymalizacja procesów zakupu i kontroli nad rozchodem wewnętrznym**

Proces zakupów jest tak skonstruowany tak, aby zapewnić zapasy konieczne do zagwarantowania ciągłości pracy oddziałów. Zapasy są tworzone na podstawie stanów i obrotów magazynowych z poprzednich miesięcy. Założeniem programu naprawczego w zakresie zarządzania zakupami i kontroli w ramach rozchodu jest takie wypracowanie systemu dzięki, któremu nie będzie dochodziło do nadmiernych zakupów oraz nadprogramowego magazynowania zapasów w oddziałach szpitala. Składane zapotrzebowania powinny być realizowane zgodnie z zapotrzebowaniem, które musi uwzględniać ilość pacjentów aktualnie przebywających w oddziale. Zatem program naprawczy wprowadza analizę zapotrzebowania i zużycia w zależności od liczby pacjentów hospitalizowanych na oddziale. Niezbędna jest także kontrola zapasów na oddziałach. Należy wprowadzić strategiczne zarządzanie zakupami obejmujące ocenę dostawców zarówno na etapie ich kwalifikacji, jak i przy podsumowywaniu dotychczasowej współpracy. Wskazane jest także grupowanie zamówień i wyszukiwanie firm możliwe najtaniej i najbardziej kompleksowo obsługujących szpital.

### **5. Potrzeby inwestycyjne w kontekście ujemnych kapitałów własnych**

Informacje na temat potrzeb inwestycyjnych Szpitala stanowi załącznik nr 4 do Planu rzeczowo-finansowego. Plan inwestycyjny zakłada potrzebę poniesienia nakładów inwestycyjnych ogółem na kwotę ponad 29 milionów złotych. Potrzeby Szpitala w tym zakresie są ogromne, wynikają one między innymi z przepisów prawa. Rozporządzenie

Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą wymusza konieczność realizacji zadań, ponoszenia kosztów realizacji założeń rozporządzenia bez wskazania źródła finansowania koniecznych zmian. Finansowanie na niewystarczającym poziomie sprawia, że Szpital nie jest w stanie samodzielnie wykonać wszystkich wymaganych zadań w zakresie inwestycji. Niezbędne jest zaangażowanie Organu Założycielskiego i samorządów w realizację niezbędnych inwestycji. Dla Organu założycielskiego najistotniejsze powinien być fakt, że brak środków finansowych na inwestycje zmniejszy wartość środków trwałych, co realnie oznacza obniżenie wysokości odpisów amortyzacyjnych w następnych latach, co będzie miało bezpośredni wpływ na wynik finansowy i może wygenerować konieczność pokrycia straty przez podmiot tworzący.

Szpital ze względu na brak środków finansowych zaniechał realizacji zadań inwestycyjnych z własnych środków. Jediną możliwą formą pozyskania funduszy na inwestycje są środki unijne. Ograniczeniem dyskwalifikującym Szpital z możliwości starania się o dofinansowanie jest brak środków na wkład własny. Naprzeciw tym problemom może wyjść Organ Założycielki, który w swoim budżecie zabezpieczy środki pieniężne z przeznaczeniem na wkład własny Szpitala. Dzięki stosunkowo niedużym nakładom Szpital może zyskać wielomilionowe nakłady w poprawę infrastruktury. Przełoży się to na wzrost wartości środków trwałych oraz odpisów amortyzacyjnych tych środków, co w konsekwencji może uchronić Starostwo od konieczności pokrywania straty netto Szpitala.

Obecnie w okresie powolnego wychodzenia z kryzysu kredytowanie wkładu własnego w realizację projektów unijnych stanowiłoby zbyt duże obciążenie finansowe. Niepewna sytuacja polityki wobec resortu służby zdrowia powoduje niechęć banków do nawiązywania współpracy ze Szpitalami w tym w szczególności do ich kredytowania. Podstawowym warunkiem stawianym Szpitalowi w sytuacji chęci zaciągnięcia kredytu jest poręczenie kredytu przez podmiot tworzący. Jediną możliwą formą ubiegania się przez Szpital o dofinansowanie ze środków unijnych jest pozyskanie kapitałów na wkład własny od podmiotu tworzącego lub gmin ościennych, których mieszkańcy są także pacjentami Szpitala.

## **6. Symulacja kosztów usług pomocniczych w ramach outsourcingu**

Z powodu niedofinansowania ze strony płatnika nasz szpital podobnie, jak inne w kraju znajduje się w sytuacji, która wymusza poszukiwanie metod efektywnego dysponowania środkami finansowymi i obniżenie kosztów prowadzenia działalności. Użytecznym narzędziem w trudnym procesie poprawy wyniku finansowego szpitala może być outsourcing, który polega na wydzieleniu określonego zakresu działalności i przekazaniu go do realizacji innemu podmiotowi. Decyzje o korzystaniu z usług zewnętrznych muszą być jednak oparte o wyniki analiz, które uzasadniałyby wyższą korzyść wykonywania zadań za pośrednictwem firmy zewnętrznej niż przy wykorzystaniu własnych zasobów. Umowy outsourcingowe najczęściej dotyczą usług pozamedycznych takich jak sprzątnięcie, pranie, żywienie, ochrona czy transportu. Coraz więcej szpitali decyduje się także na zewnętrznych dostawców diagnostyki laboratoryjnej i obrazowej. Z Outsourcingu wynikają korzyści polegające chociażby na ograniczeniu w szpitalu kosztów wynikających z ogłaszania osobnych przetargów na zakupy poszczególnych produktów, np. środków czystości, dezynfekcyjnych. Obok wielu zalet outsourcing ma jednak także wady do których należą przede wszystkim ryzyko uzależnienia się od jednego dostawcy, konieczność wykwalifikowania personelu do zarządzania umową outsourcingową, brak



barier wyjścia z takiej umowy. U outsourcingobiorcy pojawia się także ryzyko finansowe związane głównie ze wzrostem kosztów w miarę przedłużania umowy, przestarzałymi technologiami stosowanymi przez firmę zewnętrzną w celu obniżenia kosztów oraz trudnościami z ponownym włączeniem wydzielonej części w strukturę szpitala. Przekazanie usług firmom zewnętrznym budzi także opór personelu zajmującego się realizacją danej usługi, chociaż pracownik będąc pracownikiem Szpitala z reguły narzeka na warunki zatrudnienia i pracy.

Zgodnie z propozycją Pana Andrzeja Kierzkowskiego, Przewodniczącego Rady Powiatu oraz Członka Rady Społecznej Zespołu Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie, zgłoszoną na posiedzeniu Rady Społecznej, która odbyła się w dniu 27 czerwca 2017 roku, zostały podjęte działania w celu przeprowadzenia analizy, której celem jest porównanie poziomu kosztów własnych ponoszonych przy wykonywaniu poszczególnych zakresów usług z zakresu działalności pomocniczej a kosztami ponoszonymi w związku ze zleceniem wykonywania tych usług firmie zewnętrznej. Na podstawie wyników analiz oraz w oparciu o symulację kosztów, w celu obniżenia kosztów i realizacji założeń programu naprawczego zostanie podjęta decyzja o outsourcingu danego zakresu usług.

#### **7. Ograniczenie nadwykonań przy jednoczesnym wykonaniu na poziomie 100%**

Do czasu wprowadzenia sieci szpitali NFZ finansował świadczenia z różnych obszarów, pilnując planu finansowego, a nadwykonania finansowane były w niewielkim procencie ze środków niewykorzystanych w innych zakresach świadczeń. Dyrektorzy nie mieli wolnej ręki w przesuwaniu pieniędzy w ramach przyznanych kontraktów, mogli to zrobić, ale pod pewnymi warunkami i po uzyskaniu zgody płatnika. Jeden z warunków zakładał, że po zakończeniu danego kwartału Szpital mógł wystąpić do NFZ o przesunięcie środków, przy czym przesunięciu podlegało nie więcej niż 20 procent wartości kontraktu w danym zakresie. Jednakże placówka po tej operacji finansowej, mimo że dalej miała niewykonania musiała czekać aż Fundusz zatwierdzi roczne rozliczenie i dopiero po tym można było ponownie zwrócić się do NFZ o przesunięcia między tymi zakresami, w których świadczenia nie są w pełni zrealizowane, a tymi, w których przekroczono limit wyznaczony kontraktem. Polityka NFZ w zakresie nadwykonań polegała na nie płaceniu lub częściowej zapłacie.

Ustawa o sieci szpitali zakłada, że ryczałt jest formą finansowania dzięki, której będziemy mogli dowolnie rozliczać środki finansowe pomiędzy naszymi zakresami AOS i SZP. Procedura wnioskowania o przesunięcia pomiędzy zakresami nie będzie funkcjonowała, bo środki nie będą przypisane wprost do konkretnego zakresu tylko będą określane globalnie dla całości realizowanej przez nas działalności. Pozwoli to na większą elastyczność w gospodarowaniu środkami finansowymi dzięki czemu możliwe będzie przesuwanie wolnych zasobów finansowych z zakresów, gdzie występują niedowykonania w zakresy, w których do tej pory szpital miał nadwykonania. Swoboda w przesuwaniu środków pieniężnych teoretycznie da możliwość racjonalnego i szybkiego reagowania na potrzeby lokalnej społeczności.

Wprowadzenie ryczałtowego systemu rozliczeń zlikwidowało natomiast możliwość wystąpienia nadwykonań ponad limit przewidziany ryczałtem. Rozporządzenie jasno wskazuje, że ryczałt w przyszłym okresie jest ściśle uzależniony od wykonania w okresach poprzednich i zgodnie z definicją, finansowanie ryczałtowe to takie, w którym opłata ma stałą wysokość i jest niezależna od nakładu prac i środków, które trzeba było ponieść na jej wypracowanie. Ponieważ wartość ryczałtu w kolejnych okresach zależeć

będzie od wykonania w okresach poprzednich szpitalowi nie będzie się opłacało ani istotne niewykonanie ryczału, ani jego przekroczenie. Sytuacja jest wyjątkowo niebezpieczna, ponieważ o ile hospitalizacje planowe są możliwe do zaplanowania i pozwalają w miarę dokładnie zaplanować realizację kontraktu o tyle świadczenia ratujące życie, których udzielenia szpital nie może odmówić, są niemożliwe do zaplanowania. W poprzednim systemie rozliczeń Szpital miał możliwość ubiegania się o zapłatę za tzw. nadwykonania lub w skrajnym przypadku wejście na drogę sądowego ubiegania się o zapłatę. W chwili obecnej rozliczanie ryczałtowe zlikwidowało taką możliwość. Dodatkowo w celu zachowania w następnych okresach finansowania na obecnym poziomie Szpital musi w ramach ryczału obowiązkowo przyjąć w poradniach specjalistycznych dodatkowo około 500 osób, co średnio oznacza wzrost o 9% w stosunku do dotychczasowej liczby przyjmowanych pacjentów oraz zwiększyć ilość hospitalizacji o 15%. Wystąpienie takiego zjawiska dla Szpitala jest równoznaczne z obowiązkiem realizacji większej ilości świadczeń (dawniej stanowiłyby nadwykonania) w ramach z góry ustalonego ryczału, co spowoduje realny wzrost kosztów z tym związanych, a finalnie, przy braku możliwości zwiększenia przychodów, przełoży się na zwiększenie straty.

Wyliczenia wzoru na ryczałt wskazują, że w obecnym stanie prawnym wystąpienie nadwykonań jest bardzo ryzykowne dla Szpitala. Jednym z powodów uzasadniającym nie robienie nadwykonań jest brak niewystarczających środków finansowych na pokrycie wysokich kosztów zmiennych, a drugi to małe prawdopodobieństwo uzyskania wyższego ryczału na rok 2018 wyliczanego na podstawie wykonania z roku 2017, którego wysokość w głównej mierze uzależniona jest od sytuacji finansowej państwa i Narodowego Funduszu Zdrowia. Aby w przyszłym roku utrzymać finansowanie na poziomie zbliżonym do obecnego konieczne jest wykonanie planu w każdym zakresie na poziomie 98%-100%.

## **8. Zwiększenie kontraktu**

Parametry określone w załączniku do rozporządzenia o ryczałcie pozwalają:

- zwiększyć kontrakt w następnym okresie o 5 procent lub
- zmniejszyć go o 3 procenty.

Akredytacja Centrum Monitorowania Jakości w zależności od liczby punktów uzyskanej w czasie akredytacji zwiększa kontrakt o od 1 do 2 proc.

Świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu lub mikrobiologicznemu, będącemu jednostką organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania świadczeń czynności laboratoryjnej diagnostyki mikrobiologicznej lub świadectwo wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce

Laboratoryjnej w zakresie chemii klinicznej medycznemu laboratorium diagnostycznemu, będącemu jednostką organizacyjną świadczeniodawcy zapewniającą realizację w lokalizacji udzielania świadczeń czynności diagnostyki laboratoryjnej podwyższy ryczałt o pół procent każdy.

Świadectwo Ogólnopolskiego Sprawdzenia Wiarygodności Badań Mikrobiologicznych Polmicro lub programu międzylaboratoryjnej oceny jakości badań z chemii klinicznej, wydawane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej, podwyższy ryczałt o pół procent każdy.

O 1 proc. zwiększy się ryczałt dla szpitala, który wykona więcej świadczeń ambulatoryjnych, czyli w przychodniach przyszpitalnych przyjmie więcej pacjentów, którzy wcześniej byli w nim hospitalizowani.

1,5 proc. można uzyskać poprzez wzrost przeciętnej średniej wartości hospitalizacji w jednostkach sprawozdawczych o ponad 3% – tylko szpitale poziomu III stopnia i ogólnopolskiego.

O 1 proc. ryczałt można zmniejszyć w przypadku poziomów szpitali III stopnia i ogólnopolskiego z powodu spadku średniej wartości hospitalizacji, w jednostkach sprawozdawczych, o ponad 3%.

### **9. Zbilansowanie kosztów i przychodów**

Główną przyczyną niebilansowania się przychodów i kosztów jest finansowanie na niedostatecznym poziomie. Niedoszacowanie procedur medycznych, brak ich wyceny i stałość płatności za punkt od 2012 roku na poziomie 52 złotych spowodowała występowanie straty w latach poprzednich. Szpital nie jest w stanie wpłynąć na NFZ w zakresie poziomu finansowania. Obecnie ryczałtowe finansowanie oznacza, że Szpital otrzymuje należną kwotę pieniężną w wysokości ustalonej z góry, bez rozliczania kosztów. Polski kodeks cywilny wyróżnia wynagrodzenie ryczałtowe, które polega na ustaleniu wynagrodzenia w wysokości z góry ustalonej za wykonanie przedmiotu umowy, bez względu na to jakie koszty poniesie wykonawca. Celowy wybór wynagrodzenia ryczałtowego pozwolił zabezpieczyć interes zamawiającego (NFZ), poprzez ustalenie kwoty, za jaką dana usługa zostanie wykonana, bez względu na ewentualne wzrosty kosztów Szpitala. Strona przychodowa Szpitala ustalona ryczałtowo na wskazany czas, według ściśle określonego obowiązującego wzoru, uniemożliwia Szpitalowi jakiegokolwiek ruchu w zakresie zwiększenia przychodów. W ramach puli otrzymanych środków finansowych mamy wykonać określoną liczbę świadczeń na rzecz pacjentów. Chcąc utrzymać poziom finansowania na następne okresy na poziomie zbliżonym do obecnego musimy mieć wykonanie na poziomie 100%. Jediną możliwość zmniejszania dynamiki kosztów w stosunku do dynamiki przychodów jest stały nadzór i kontrola strony kosztowej Szpitala. w Szpitalu stale prowadzony jest monitoring poziomu kosztów, wykonania planu, określone są limity, wszyscy kierownicy poszczególnych komórek/jednostek organizacyjnych kształtujący koszty cyklicznie informowani są o poziomie kosztów oraz o limitach. Dodatkowym przeciwnikiem z którym musi walczyć Szpital jest prawodawstwo. Przepisy prawa w zakresie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę, sposobu ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych, szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą i wiele innych powodują, że Szpital stale zmuszony jest do zwiększania ponoszonych kosztów. Wprowadzane nowe przepisy prawa nakładają na Szpital jedynie obowiązek ich stosowania, nie wskazują natomiast sposobu finansowania nakładanych wymagań. Mówiąc o kosztach nie można także zapomnieć o zjawisku inflacji. Szpital nie jest podmiotem działającym w próżni i wszelkie zmiany w gospodarce mają także wpływ na ponoszone koszty przez Szpital. Nie jest możliwe dążenie do obniżenia kosztów za wszelką cenę, za cenę zdrowia pacjentów, ponadto lekarze i pielęgniarki biorący udział w procesie leczniczym głośno mówią o braku możliwości dalszego ograniczania kosztów, nie chcą oni brać udziału w procesie leczenia nie popartego odpowiednim etapem diagnostycznym.

Zbilansowanie przychodów i kosztów będzie możliwe w momencie, kiedy nastąpi zwiększenie wydatków na służbę zdrowia w Polsce, wycena procedur stosowana przez NFZ będzie brała pod uwagę faktyczne koszty realizacji tych procedur, finansowane będą wszystkie świadczenia na które jest zapotrzebowanie.

### **10. Audytor wewnętrzny w Szpitalu**

W art. 274 ustawy o finansach publicznych uporządkowano zakres podmiotowy jednostek mających obowiązek prowadzenia audytu wewnętrznego. Należy wyraźnie podkreślić, że wskazany katalog podmiotów jest katalogiem enumeratywnym. Ustawodawca jednakże przewidział możliwość dobrowolnego przeprowadzenia audytu wewnętrznego w każdej innej jednostce sektora finansów publicznych, w której kierownik podejmie decyzję o jego przeprowadzeniu. Odnosząc się do sytuacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, przeprowadzenia audytu wewnętrznego jest działaniem obligatoryjnym w sytuacji gdy dany szpital nie został utworzony przez jednostki samorządu terytorialnego oraz kwota ujętych w planie finansowym przychodów lub kosztów przekroczyła wysokość 40 000 tys. zł (art. 274 ust. 2 pkt 3 ustawy o finansach publicznych). Zatem, aby zaistniał obowiązek dokonywania audytu wewnętrznego konieczne jest spełnienie łącznie dwóch wyżej wskazanych przesłanek. Szpital Powiatowy w Sochaczewie jak samodzielny zakład opieki zdrowotnej utworzony przez samorządową jednostkę organizacyjną, nie ma obowiązku prowadzenia audytu wewnętrznego. W chwili obecnej, gdzie Szpital boryka się z problemami kadrowymi i niedoborem personelu tzw. Białego, nie jest możliwe wydatkowanie środków finansowych na cel, który nie jest wymuszony przepisami prawa a opiera się jedynie na dobrowolności.



## **Rozdział IV**

### **Sytuacja ekonomiczno-finansowa Szpitala możliwa do osiągnięcia po zakończeniu postępowania naprawczego**

Ustawa z 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017r., poz. 844), która weszła w życie 4 maja 2017 roku zakłada, że podstawowym sposobem rozliczania świadczeń w ramach sieci szpitali jest ryczałt systemu. Szpitale zakwalifikowane do sieci mają gwarancję finansowania przez 4 lata, oparte na okresowych ryczałtach uzależnionych od efektywności placówki. Ryczałt ma być określany corocznie, przy czym w pierwszym roku podstawą obliczenia są świadczenia udzielone i sprawozdane przez świadczeniodawcę za rok 2015 z uwzględnieniem wycen tych świadczeń stosowanych w dniu wejścia w życie ustawy. Ustawa zakłada, że przy ustalaniu wysokości ryczałtu dla danego świadczeniodawcy uwzględniana jest

- wysokość środków finansowych zaplanowanych na finansowanie świadczeń w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia określoną w planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, co oznacza, że wysokość łącznych zobowiązań NFZ wynikających z zawartych ze świadczeniodawcami umów nie może przekroczyć wartości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym funduszu.
- 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,
- cenę udzielonych świadczeń, parametrów jakościowych związanych z procesem udzielania tych świadczeń
- oraz parametry dotyczące relacji liczby świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych i sprawozdanych przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych, odpowiadające wzrostowi lub spadkowi liczby tych świadczeń.

Pomimo ryczałtowego rozliczania większości świadczeń, zachowane zostały wszystkie wymogi dotyczące sprawozdawczości obciążające dotychczas świadczeniodawców. Nowelizacja przewiduje obok ryczałtu również możliwość wprowadzenia świadczeń rozliczanych odrębnie, na dotychczasowych zasadach. Opublikowane 26 czerwca 2017 roku rozporządzenie Ministra Zdrowia określa wykaz świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Na liście znalazły się 24 rodzaje świadczeń. Sposób ustalania ryczałtu systemu zabezpieczenia na pierwszy okres rozliczeniowy, mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia określił w drodze rozporządzenia Minister Zdrowia.

#### **1. Prognoza rachunku zysków i strat**

Podczas prognozowania przychodów i kosztów uwzględniono zmiany przepisów w zakresie organizacji NiŚOZ, które zakładają między innymi, że nocna i świąteczna opieka zdrowotna ma być organizowana przede wszystkim przez szpitale I-III stopnia oraz szpitale pediatryczne. Świadczenia gwarantowanej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielanej w warunkach ambulatoryjnych mogą być realizowane w zakresie podstawowym lub uzupełnionym, co oznacza, że szpital będzie mógł łączyć tę działalność z realizacją świadczeń w trybie hospitalizacji udzielanych w innych komórkach organizacyjnych placówki. Ma to pozwolić na bardziej elastyczne wykorzystanie kadry lekarskiej i pielęgniarskiej zatrudnionej w szpitalu realizującej jednocześnie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Jednakże płatnik dokonał rozróżnienia tych dwóch sposobów świadczenia usług w ramach NiŚOZ poprzez zróżnicowane finansowanie przy jednoczesnym obowiązku dostosowania liczby personelu do bieżącego zapotrzebowania,

czyli liczby pacjentów. W związku z powyższym należy rozważyć ewentualne obniżenie kosztów poprzez połączenie funkcjonalności SOR i NiŚOZ.

Dokonując analizy problemów wzięto także pod uwagę, że Szpital będzie miał obowiązek wpisać na listę oczekujących, pacjentów, którzy byli pacjentami innego szpitala obecnie nie zakwalifikowanego do sieci. Sytuacja taka może także dotyczyć naszego Szpitala, co będzie oznaczało nadprogramową liczbę pacjentów, których trzeba będzie przyjąć uwzględniając datę zgłoszenia się pacjenta w poprzedniej placówce.

Z uwagi na dokonującą się zmianę w sposobie finansowania świadczeń wykonanych w szpitalu od dnia 1 października główne przychody szpitala będą wynikały z ryczałtu jaki otrzyma szpital w ramach PSZ. Prognoza przychodów i kosztów na rok 2017 jest na poziomie zaplanowanym w Planie rzeczowo-finansowym na rok 2017. Do oszacowania przychodów na lata 2018-2019 przyjęto poziom finansowania świadczeń z umów z 2017 roku z uwzględnieniem 2% wzrostu. Prognozowanie wartości przychodów jest niezmiernie trudne ze względu na brak konkretnych wytycznych, co zakresu czasowego używanych do wyliczenia wzorów definicji określających okres sprawozdawczy i okres rozliczeniowy. Poniższa tabela zawiera prognozowane wartości przychodów i kosztów w latach 2017-2019.

Tabela 29. Prognoza przychodów i kosztów na lata 2017-2019 (w tys. zł).

Lp.	Treść	Plan na 2017 rok			Prognoza na 2018 rok			Prognoza na 2019 rok		
		Przychody	Koszty	Wynik	Przychody	Koszty	Wynik	Przychody	Koszty	Wynik
<b>I.</b>	<b>Działalność podstawowa w tym:</b>	54 097	57 435	-3 338	56 748	59 510	-2 762	59 869	61 951	-2 082
1.	Usługi medyczne	52 237	56 031	-3 794	56 062	59 280	-3 218	59 183	61 721	-2 538
2.	Usługi pozostałe (najem, dzierżawa)	686	230	456	686,00	230	456	686	230	456
<b>II.</b>	<b>Pozostała działalność w tym:</b>	1 179	153	1 026	1 179	153	1 026	1 179	153	1026
1.	Sprzedaż towarów i materiałów	3	3	0	3	3	0	3	3	0
2.	Pozostałe przychody i koszty operacyjne	1 176	150	1 026	1176	150	1 026	1176	150	1026
3.	Zyski i straty nadzwyczajne			0						
<b>III.</b>	<b>Działalność finansowa</b>	10	200	-190	10	200	-190	10	200	-190
	<b>Ogółem: (I+II+III)</b>	55 286	57 788	-2 502	57 937	59 863	-1 926	61 058	62 304	-1 246

Z przedstawionych danych jasno wynika, że podstawowym problemem szpitala jest trudność w zbilansowaniu przychodów i kosztów. Jedną z przyczyn takiej sytuacji jest częściowe wykorzystywanie infrastruktury. W szpitalu infrastruktura przygotowana jest

na leczenie pacjentów na poziomie 100 procent wykorzystania zasobów. Jednak limity narzucone przez NFZ powodują, że konieczne jest ograniczanie liczby pacjentów a tym samym zasoby nie są w pełni wykorzystywane mimo przygotowania szpitala i spełnienia ogromnie kosztownych wymogów NFZ. Są to w większości koszty stałe, czyli takie, które nie zależą od liczby przyjętych pacjentów. Sytuacja taka, jest konsekwencją polityki stosowanej przez Fundusz polegającej na kontraktowaniu świadczeń na podstawie planu NFZ a nie rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Takie zakontraktowanie świadczeń nie pokrywa się z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi a szpital za wykonanie większej ilości świadczeń medycznych dla pacjentów jest „karany” brakiem finansowania nadwykonań.

Drugi powód to wzrost kosztów działalności Szpitala wynikający z kosztów niezależnych, narzuconych odgórnie przepisami prawa. Ustawodawca wprowadza w życie nowe uregulowania jednak nie wskazuje dla nowych przepisów źródeł finansowania. Przykładem może być wprowadzona od stycznia 2017 r. podwyżka płacy minimalnej do 2 tys. zł oraz wprowadzenie minimalnej stawki godzinowej, która od 1 stycznia 2017 r. dla pracujących na umowach zlecenia oraz umowach o świadczenie usług wynosi 13 złotych brutto za godzinę pracy.<sup>13</sup> Dodatkowo stawką 13 zł za godzinę objęci są także pracownicy firm zewnętrznych świadczących usługi na rzecz Szpitala, np. pracownicy ochrony. Nowelizacja ustawy oznacza wzrost kosztów wynagrodzeń, składek ZUS oraz kosztów ochrony mienia. W wyniku zmiany przepisów prawa Szpital w roku 2017 poniesie koszty wyższe o 800 tysięcy złotych. W roku 2018 planowana jest kolejna podwyżka płacy minimalnej o 100 złotych do kwoty 2.100 oraz w związku z tym wzrost minimalnej stawki godzinowej dla określonych umów cywilnoprawnych do kwoty 13,70 brutto. W konsekwencji zmiany przepisów odnośnie wynagrodzenia minimalnego Szpital w roku 2018 poniesie koszty wyższe o 1.100 tys. zł.

Kolejny przepis nakładający na szpital dodatkowe koszty to ustawa o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Koszty zagwarantowania minimalnych płac pracownikom medycznym służby zdrowia szacowane są na 6,7 mld zł<sup>14</sup>. Dotychczas nie przedstawiono źródeł dodatkowych środków, które przeznaczone zostałyby na podwyżki.

Na sytuację finansową szpitali w ostatnich latach wpływała również konieczność spełnienia wymogów technicznych i organizacyjnych dotyczących dostosowania podmiotów medycznych do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Termin przeprowadzania niezbędnych zmian został wydłużony do końca 2017 roku. Szacowane koszty dostosowania infrastruktury do wymagań są bardzo wysokie, a obecny system finansowania na niewystarczającym poziomie sprawia, że Szpital nie jest w stanie samodzielnie sprostać wymaganiom i w związku z tym konieczne jest zaangażowanie samorządów i ich pomoc finansowa w realizacji niezbędnych inwestycji.

Innym przykładem podnoszenia standardów bez zapewnienia dodatkowego finansowania jest wymóg prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Jest to przedsięwzięcie na ogromną skalę. Termin wprowadzenia wymogu był przekładany z 1 sierpnia 2014 r.

<sup>13</sup> Katarzyna Mnich-Żołyński, Minimalna stawka za godzinę to 13 zł. Rzeczpospolita, 15.10.2017, <http://www.rp.pl/Place/301159997-Minimalna-stawka-za-godzine-to-13-zl.html>

<sup>14</sup> Ministerstwo Zdrowia, Minister Radziwiłł przedstawił propozycje systemowych rozwiązań gwarantujących minimalne wynagrodzenie pracownikom medycznym służby zdrowia, 22.06.2016

na 1 sierpnia 2017r. Dokonano ponownej korekty i obecnie obowiązujący termin to 1 stycznia 2018r<sup>15</sup>. Przyczyną opóźnień są przede wszystkim problemy z finansowaniem.

Wymogiem ogólnie narzuconym szpitalom były także podwyżki dla pielęgniarek wywalczone przez środowisko we wrześniu 2015 r. po ogólnopolskich strajkach pielęgniarek. Ówczesny minister zdrowia podpisał rozporządzenie, zgodnie z którym wynagrodzenia pielęgniarek i położnych będą stopniowo zwiększane do 2019 roku łącznie o kwotę 1600 zł<sup>16</sup>. Do 2019 r. podwyżki mają być finansowane ze środków gwarantowanych przez NFZ, jednak przepisy nie definiują, z jakich środków mają być one wypłacane później. Szacowane roczne koszty dodatkowego wynagrodzenia w kwocie 1600 złotych, które ewentualnie musiałyby zostać pokryte ze środków finansowych Szpitala to kwota około 4.560 tysięcy złotych.

Rosnące koszty opieki zdrowotnej są też konsekwencją starzenia się społeczeństwa. Starzejąca się ludność oznacza coraz częstsze występowanie chorób wieku podeszłego, wielochorobowość oraz zwiększone zapotrzebowanie na stacjonarną opiekę medyczną. W najbliższych dziesięcioleciach odsetek osób starszych będzie szybko rósł, podczas gdy odsetek ludności w wieku produkcyjnym znacznie się zmniejszy.

Kolejną zmienną mającą wpływ na sytuację finansową szpitala będzie sytuacja gospodarcza kraju, ponieważ środki finansowe na ochronę zdrowia będą pochodzić z budżetu państwa, co oznacza, że kondycja służby zdrowia będzie pochodną stanu finansów państwa. Jeśli koniunktura będzie dobra, to rząd będzie dysponował dużą ilością dodatkowych pieniędzy, które będzie mógł przeznaczyć na ochronę zdrowia. W razie złej sytuacji gospodarczej i dużego zadłużenia państwa problemy te będą się bezpośrednio przekładały na funkcjonowanie służby zdrowia.

Konieczność likwidacji własnej oczyszczalni ścieków spowoduje, że w latach 2017-2019 wynik na pozostałej działalności będzie gorszy od wyniku z lat poprzednich o 130 tys. zł rocznie w wyniku utraconych dochodów z tytułu sprzedaży usług oczyszczalni. Ponadto Szpital będzie ponosił koszty związane z odprowadzaniem ścieków w wysokości 250 tys. zł.

Ze względu na wzrastającą roszczeniowość pacjentów oraz sprawę sądową dotyczącą odszkodowania na rzecz firmy Pol-Park istnieje realne zagrożenie finansowe związane z koniecznością zapłaty odszkodowań sądowych.

Brak dofinansowania i środków na remonty, modernizacje lub zakup aparatury medycznej ze strony Gmin ościennych lub Organu Założycielskiego nie sprzyja rozwojowi Szpitala i powoduje zagrożenie obniżenia oceny infrastruktury i wyposażenia przez pacjentów oraz zmniejsza konkurencyjność świadczonych usług medycznych. Jednocześnie brak środków finansowych na inwestycje zmniejszy wysokość odpisów amortyzacyjnych w następnych latach, co będzie miało bezpośredni wpływ na wynik finansowych i może wygenerować konieczność pokrycia straty przez podmiot tworzący.

<sup>15</sup> Rynekzdrowia.pl, Elektroniczna dokumentacja medyczna: godzina zero znowu się oddala?, 06.06.2016, <http://www.rynekzdrowia.pl/Technologie-informacyjne/Elektroniczna-dokumentacja-medyczna-godzina-zero-znowu-sie-oddala,162539,7,2.html> (dostęp: 08.03.2017)

<sup>16</sup> Katarzyna Nowosielska, Podwyżki dla pielęgniarek i położnych w latach 2016-2018, Rzeczpospolita, 01.10.2015, <http://www.rp.pl/Lekarze-i-pielęgniarki/310019996-Podwyżki-dla-pielęgniarek-i-polożnych-w-latach-2016-2018.html>



Jak wynika z analizy kosztów na Szpital nakładane są ciągle nowe kosztochłonne wymagania. Niestety jednostka przy istniejącym finansowaniu nie jest w stanie samodzielnie sprostać wymaganiom. Wszystkie wymogi powodują, że koszty na przestrzeni prognozowanych lat stale wykazują tendencję rosnącą. W roku 2018 planowany jest wzrost kosztów o 3,6% w stosunku do roku 2017, a w roku 2019 o 4,1% w stosunku do roku 2018. W grupie kosztów rodzajowych w prognozowanych latach największą pozycję stanowią odpowiednio wynagrodzenia (46%), usługi obce (21%), zużycie materiałów i energii (16,5%), ubezpieczenia i inne świadczenia na rzecz pracowników (10,3%), amortyzacja (4,5%), podatki i opłaty (1,1%), pozostałe koszty (0,5%).

## 2. Bilans prognoza

Tabela 30. Prognozowane wartości pozycji bilansowych w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Poz.	Wyszczególnienie	Rok		
		2017	2018	2019
<b>A.</b>	<b>Aktywa trwałe</b>	<b>17 401</b>	<b>16 061</b>	<b>14 925</b>
I.	Wartości niematerialne i prawne	655	517	407
II.	Rzeczowe aktywa trwałe	16 462	15 254	14 221
1.	Środki trwałe	16 398	15 190	14 157
2.	Środki trwałe w budowie	64	64	64
3.	Zaliczki na środki trwałe w budowie			
III.	Należności długoterminowe			
IV.	Inwestycje długoterminowe			
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	284	290	297
<b>B.</b>	<b>Aktywa obrotowe</b>	<b>7 988</b>	<b>7 680</b>	<b>7 936</b>
I.	Zapasy	265	265	265
II.	Należności krótkoterminowe	6 592	6 212	6 379
III.	Inwestycje krótkoterminowe	442	514	603
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	689	689	689
<b>C.</b>	<b>Należne wpłaty na kapitał (fundusz) podstawowy</b>			
<b>D.</b>	<b>Udziały (akcje) własne</b>			
<b>AKTYWA razem</b>		<b>25 389</b>	<b>23 741</b>	<b>22 861</b>
<b>A.</b>	<b>Kapitał (fundusz) własny</b>	<b>-1 601</b>	<b>-3 527</b>	<b>-4 773</b>
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	16 774	16 774	16 774
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy			
III.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny			
IV.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe			
V.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-15 873	-18 375	-20 301
VI.	Zysk (strata) netto	-2 502	-1 926	-1 246
VII.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)			

<b>B.</b>	<b>Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania</b>	<b>26 990</b>	<b>27 268</b>	<b>27 634</b>
I.	Rezerwy na zobowiązania	5167	5397	5639
II.	Zobowiązania długoterminowe	4731	4471	4005
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	11922	12837	13790
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	5170	4563	4200
	<b>PASYWA razem</b>	<b>25 389</b>	<b>23 741</b>	<b>22 861</b>

W prognozowanych latach następuję ciągły spadek wartości sumy bilansowej z 25.389 tys. zł w roku 2017 do 23.741 tys. zł w roku 2018 co stanowi spadek o 6,49%, natomiast w roku następuje dalszy spadek o wartości sumy bilansowej o wartość 880 tys. zł tj. o 3,7%. Główną przyczyną takiej sytuacji jest bardzo dynamiczny spadek wartości kapitałów własnych o 120% w roku 2018 w stosunku do roku 2017 i o 35% w roku 2019 w stosunku do roku 2018. Główną przyczyną tak gwałtownych zmian w pozycji kapitałów własnych jest stale rosnąca wartość straty z lat poprzednich dodatkowo pogłębiana stratą roku bieżącego. Prognozy wartości pozycji bilansowych dokonano na podstawie wskaźników dynamiki bilansu za lata 2015-2016. Prognoza sytuacji ekonomiczno-finansowej zakłada brak pokrycia straty z lat poprzednich- zgodnie z art. 59 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa stratę netto we własnym zakresie, a jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta we własnym zakresie oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną to podmiot tworzący jest obowiązany pokryć stratę netto za rok obrotowy lub wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, co również ma wpływ na ujemne wartości kapitałów własnych w prognozowanych latach 2017-2019.

W prognozie na rok 2017 w oparciu o stanowisko prezentowane przez Ministerstwo Finansów Departament Rachunkowości do ewidencji środków trwałych Szpitala zostały wprowadzone nieruchomości gruntowe otrzymane do nieodpłatnego użytkowania w wartości wynikającej z decyzji z dnia 3 sierpnia 1998 roku wydanej przez Urząd Rejonowy w Sochaczewie ws. otrzymania w trwały zarząd nieruchomości. W grupie pasywów rezerwy na świadczenia pracownicze zaplanowano na poziomie wzrostu 15% w roku 2017 oraz średnio 5% rocznie w stosunku do roku poprzedniego w latach 2018 i 2019. 15% wzrost w roku 2017 spowodowany jest obniżeniem wieku emerytalnego. Pozostałe rezerwy pozostały na niezmiennym poziomie z roku 2017. W związku ze starzeniem się rzeczowych aktywów trwałych konieczne jest dokonanie nakładów finansowych na odbudowanie zaplecza majątkowego Szpitala. W związku z taką koniecznością Szpital będzie korzystał z formy finansowania jaką jest leasing, w wyniku czego nastąpi wzrost zobowiązań długo- i krótkoterminowych. Zgodnie z obowiązującymi na dzień sporządzenia raportu przepisami prawa założono, że w prognozowanych latach 2017-2019 Szpital nie posiada funduszu zakładu, gdyż zgodnie z dyspozycją art. 57 ust. 2 Ustawy o działalności leczniczej został on wykorzystany na pokrycie straty za 2016rok.

### **3. Analiza wskaźnikowa prognozowanej sytuacji majątkowej i finansowej**

Na podstawie prognozy rachunku zysków i start oraz bilansu dokonano wyliczeń podstawowych wskaźników ekonomicznych wskazanych w rozporządzenie Ministra Zdrowia.

Poniższa tabela przedstawia wartości wskaźników wyliczone na podstawie prognozy pozycji prezentowanych w bilansie i rachunku zysków i strat na lata 2017-2019.

Tabela 31. Poziom wskaźników w latach prognozowanych 2017-2019

<b>Tabela podsumowująca wyniki oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej</b>				
<b>Grupa</b>	<b>Wskaźniki</b>	<b>Wartość wskaźnika 2017</b>	<b>Wartość wskaźnika 2018</b>	<b>Wartość wskaźnika 2019</b>
<b>1. Wskaźniki zyskowności</b>	1) wskaźnik zyskowności netto (%)	-0,05	-0,03	-0,02
	2) wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-0,04	-0,03	-0,02
	3) wskaźnik zyskowności aktywów (%)	-0,10	-0,08	-0,05
<b>2. Wskaźniki płynności</b>	1) wskaźnik bieżącej płynności	0,55	0,50	0,48
	2) wskaźnik szybkiej płynności	0,53	0,48	0,46
<b>3. Wskaźniki efektywności</b>	1) wskaźnik rotacji należności (w dniach)	36,30	34,58	32,74
	2) wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	27,44	28,19	27,26
<b>4. Wskaźniki zadłużenia</b>	1) wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	85,94	95,64	102,51
	2) wskaźnik wypłacalności	-13,63	-6,44	-4,91

W analizowanym okresie wskaźniki zyskowności służące do oceny efektywności działania szpitala stale rosną. Pożądany poziom wskaźnika zyskowności netto wynosi 4% i powyżej, wskaźnika zyskowności działalności operacyjnej 5% i więcej a wskaźnika zyskowności aktywów 4% lub więcej. Uzyskane w Szpitalu poziomy wskaźników poniżej zera są wynikiem osiągnięcia przez Szpital ujemnego wyniku finansowego. W celu poprawy wskaźników konieczne jest wygenerowanie minimalnego, ale dodatniego wyniku finansowego.

Wskaźniki płynności badające zdolność Szpitala do terminowego regulowania zobowiązań oscylują w granicach 0,55-0,46. Osiągnięte poziomy są poniżej wartości pożądanych. Na niski poziom wskaźnika płynności najczęściej wpływ mają niższe niż przeciętne stany gotówki na rachunku bankowym, rosnący stan zapasów, niekontrolowany wzrost należności krótkoterminowych, ponadprzeciętny wzrost zobowiązań wobec dostawców, brak inwestycji. W celu poprawy wskaźnika można zwiększyć kontrolę w zakresie gospodarowania zapasami, polegającą przede wszystkim na dbaniu o optymalny poziom zapasów. Należy także wprowadzić monitoring należności, uważnie śledzić stan

wierzytelności, monitorować terminy płatności. Ostatnia możliwość to pozyskanie środków finansowych na inwestycję.

Wartość wskaźnika rotacji należności w okresie prognozowanym wykazuje ciągły spadek z 36,3 dni w roku 2017 do 32,74 dni w roku 2019. Natomiast wskaźnik rotacji zobowiązań wynosi około 28 dni. Prognozowane wartości wskaźnika są na bardzo dobrym poziomie i świadczą o terminowym regulowaniu zobowiązań oraz prawidłowej windykacji należności. W przypadku wskaźników efektywności należy jednak dążyć do sytuacji w której zarówno wskaźnik rotacji należności jak i zobowiązań osiągną zbliżony poziom. Jest niezwykle istotne, aby nie dopuścić do sytuacji w której Szpital będzie szybciej spłacał swoje zobowiązania niż otrzymywał należności. Wydłużanie okresu ściągальności należności oznacza kredytowanie naszych odbiorców.

Wskaźniki zadłużenia inaczej zwane wypłacalności określają poziom zadłużenia Szpitala i oceniają jego wypłacalność w długim okresie. Uzyskane wartości wskaźnika zadłużenia aktywów w prognozie są na bardzo wysokim poziomie (pożądany poziom poniżej 40%). Stale rosnący poziom wskaźnika oznacza, że zobowiązania rosną w szybszym tempie niż wartość aktywów trwałych. W celu poprawy wartości wskaźnika niezbędny jest wzrost wartości aktywów trwałych (poprzez inwestycje) lub obniżenie zobowiązań. Wskaźnik wypłacalności oznacza procentowy udział finansowania Szpitala kapitałem obcym. Najbardziej opcjonalne jest aby wartość wskaźnika mieściła się w granicach 0,0-0,5%. Prognozowany poziom wskaźnika na poziomie poniżej zera oznacza, że zbyt niski poziom, co może sugerować o braku wykorzystywania finansowania zewnętrznego w celu poprawy rentowności. W celu poprawy wartości wskaźnika przy założonym poziomie zobowiązań konieczny jest wzrost wartości kapitałów własnych do wartości 5,6 mln zł.

#### **4. Wpływ na wynik finansowy Szpitala czynników związanych z Organem Założycielskim w tym decyzji związanych z oczyszczalnią i parkingiem**

Poniższa tabela przedstawia informację na temat rzeczywistych pozycji rachunku zysków i strat oraz wyniku w roku 2016 oraz symulacje tych pozycji i wyniku w przypadku dalszej dzierżawy przez Szpital parkingu przy Szpitalu i osiągnięcia z tego tytułu przychodów. Symulacja wskazuje, że w związku z tym faktem wynik finansowy Szpitala za rok 2016 byłby lepszy o 60 tysięcy złotych.

Dane za okres styczeń-listopad 2017 roku zostały zweryfikowane i w symulacji wyniku w poszczególnych pozycjach uwzględniono osiągnięcie przez Szpital przychodów w wysokości 55 tysięcy złotych z tytułu dzierżawy parkingu oraz uzyskiwania przychodów w kwocie 119.167 złotych z tytułu sprzedaży usług oczyszczalni ścieków a także zaktualizowano pozycje o wartość ponoszonych kosztów z tytułu konieczności odprowadzania ścieków do Zakładu Wodociągów i Kanalizacji w Sochaczewie o kwotę 229.167 złotych. Zaprezentowana symulacja wskazuje, że wynik finansowy Szpitala za 11 miesięcy 2017 roku mógłby być lepszy o 403.334 zł.



Tabela 32. Wpływ na wynik finansowy Szpitala czynników związanych z oczyszczalnią i parkingiem

<b>Porównanie przychodów, kosztów i wyniku finansowego Zespołu Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie</b>				
<b>Nazwa</b>	<b>Rzeczywisty wynik finansowy na koniec 2016 roku</b>	<b>Symulacja wyniku na koniec 2016 roku po uwzględnieniu przychodów z tytułu parkingu</b>	<b>I-XI.2017 r.</b>	<b>Symulacja wyniku za I-XI.2017 r. po korekcie o przychody i koszty z tytułu oczyszczalni oraz po uwzględnieniu przychodów z tytułu parkingu</b>
<b>Przychody netto</b>	<b>51 304 510,38</b>	<b>51 364 510,38</b>	<b>50 674 209,69</b>	<b>50 848 376,69</b>
Przychody ze sprzedaży	50 835 581,46	50 895 581,46	50 740 354,79	50 914 521,79
Zmiana stanu produktu	353 687,26	353 687,26	-75 150,10	-75 150,10
Koszt wytworzenia na wł. pot.	105 041,66	105 041,66		
Przychody sprz. towar.	10 200,00	10 200,00	9 005,00	9 005,00
<b>Koszty działalności operacyjnej</b>	<b>53 858 102,10</b>	<b>53 858 102,10</b>	<b>52 041 680,75</b>	<b>51 812 513,75</b>
Amortyzacja	2 176 853,90	2 176 853,90	1 832 951,00	1 832 951,00
Zużycie materiałów i energii	9 061 319,38	9 061 319,38	8 555 919,56	8 326 752,56
Usługi obce	12 860 659,94	12 860 659,94	11 984 513,72	11 984 513,72
Podatki i opłaty	493 832,76	493 832,76	546 602,00	546 602,00
Wynagrodzenia	23 775 793,54	23 775 793,54	23 637 745,09	23 637 745,09
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	5 231 661,72	5 231 661,72	5 227 095,04	5 227 095,04
Pozostałe koszty rodzajowe	248 765,86	248 765,86	249 144,34	249 144,34
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	9 215,00	9 215,00	7 710,00	7 710,00
<b>Wynik finansowy</b>	<b>-2 553 591,72</b>	<b>-2 493 591,72</b>	<b>-1 367 471,06</b>	<b>-964 137,06</b>
Pozostałe przychody operacyjne	2 149 971,90	2 149 971,90	1 077 968,80	1 077 968,80
Pozostałe koszty operacyjne	384 117,50	384 117,50	144 985,96	144 985,96
<b>Wynik finansowy</b>	<b>-787 737,32</b>	<b>-727 737,32</b>	<b>-434 488,22</b>	<b>-31 154,22</b>
Przychody finansowe	12 338,66	12 338,66	6 675,86	6 675,86
Koszty finansowe	263 593,21	263 593,21	145 932,74	145 932,74
<b>Wynik finansowy brutto</b>	<b>-1 038 991,87</b>	<b>-978 991,87</b>	<b>-573 745,10</b>	<b>-170 411,10</b>
Podatek dochodowy	-76 980,00	-76 980,00	-65 777,00	-65 777,00
<b>Wynik finansowy netto</b>	<b>-1 115 971,87</b>	<b>-1 055 971,87</b>	<b>-639 522,10</b>	<b>-236 188,10</b>

PRZEWODNICZĄCY RADY

  
 Andrzej Kierzkowski

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100