

UCHWAŁA NR 67/304/20
ZARZĄDU POWIATU GRAJEWSKIEGO
z dnia 31 marca 2020 r.

w sprawie zatwierdzenia „Programu Naprawczego Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie”.

Na podstawie art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 511, zm. z 2019 r. poz. 1571 i 1815), w związku z § 1 ust. 2 uchwały nr XXIV/131/20 Rady Powiatu Grajewskiego z dnia 24 marca 2020 r. w sprawie kierunków działania Zarządu Powiatu Grajewskiego oraz art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2020 r. poz. 295), uchwala się, co następuje:

§ 1.

Zatwierdza się, przedłożony przez Dyrektora Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie opracowany – na lata 2019-2021 – „Program Naprawczy Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie”, w brzmieniu jak załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Zobowiązuje się Dyrektora Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie do składania kwartalnych sprawozdań z realizacji Programu Naprawczego, o którym mowa w § 1 niniejszej uchwały – według stanu na ostatni dzień kwartału, i przedkładania ich Zarządowi Powiatu w terminie do:

- 1) 15-tego dnia drugiego miesiąca następującego po upływie kwartału – w przypadku sprawozdań za kwartały I, II i III;
- 2) 15 kwietnia roku następującego po roku, którego dotyczą sprawozdania – w przypadku sprawozdania za IV kwartał.

§ 3.

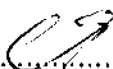
Wykonanie uchwały powierza się Dyrektorowi Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

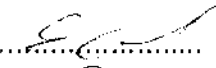
§ 4.


Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

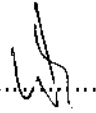
Zarząd Powiatu Grajewskiego

Członkowie Zarządu:

Tomasz Cebeliński:

Sławomir Jan Gineł:

Maria Gwiazdowska:

Waldemar Tadeusz Wiczorek:

Przewodniczący Zarządu:

Waldemar Remfeld:



SZPITAL OGÓLNY

im. dr Witolda Gineła w Grajewie

PROGRAM NAPRAWCZY SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINEŁA W GRAJEWIE

Opracowano w:

Zakład Usług Konsultingowych KNOW HOW Sp. z o. o.

ul. Dubois 27, 71-610 Szczecin

www.knowhow.com.pl

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie
19-200 Grajewo, ul. Konstytucji 3 Maja 34
tel./fax 86-272-20-41, tel. centr. 86-272-32-71 do 8
NIP 719-13-61-728 REGON 45066822
KRS 0000021376 Nr Ks. Rej. 000000010739

DYREKTOR
Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła
w Grajewie
Sebastian
lek. med. Sebastian Wysocki

Szczecin, luty 2020

Spis treści

Wstęp	5
1. Analiza otoczenia	7
1.1. Uwarunkowania geograficzne	7
1.2. Demografia	8
1.3. Epidemiologia i analiza Map potrzeb zdrowotnych	11
1.4. Konkurencja.....	24
1.5. Uwarunkowania prawne	36
2. Organizacja	58
2.1. Dokumenty statutowe	58
2.2. Struktura organizacyjna.....	59
2.3. Charakterystyka technik zarządczych i narzędzi controllingowych	66
3. Kontraktowanie i realizacja świadczeń medycznych	69
3.1. Realizacja świadczeń medycznych – charakterystyka ogólna.....	69
3.2. Realizacja świadczeń medycznych w obszarze Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego.....	70
3.3. Zarządzanie kontraktami	72
3.4. Pozostała sprzedaż świadczeń	75
4. Działalność medyczna	78
4.1. Lecznictwo stacjonarne i pomoc doraźna.....	78
4.2. Baza zabiegowa	94
4.3. Świadczenia ambulatoryjne	96
4.4. Organizacja diagnostyki medycznej	99
4.5. Analiza rachunku kosztów oddziałów szpitalnych	103
4.6. Analiza efektywności zarządzania materiałami medycznymi	111



K

5.	Organizacja obsługi gospodarczej.....	117
5.1.	Proces prania.....	117
5.2.	Żywnienie pacjentów.....	119
5.3.	Koszt hotelowy.....	120
5.4.	Sprzątanie.....	121
5.5.	Utylizacja odpadów medycznych.....	122
5.6.	Obsługa transportu.....	122
5.7.	Dozór.....	125
6.	Polityka kadrowa.....	126
6.1.	Dokumenty regulujące politykę kadrową.....	126
6.2.	Struktura zatrudnienia.....	131
6.3.	Organizacja pracy.....	137
6.4.	Absencja.....	141
6.5.	Koszty osobowe.....	145
7.	Infrastruktura techniczna.....	150
7.1.	Nieruchomości.....	150
7.2.	Instalacje infrastrukturalne.....	158
7.3.	Stan środków trwałych, wyposażenie.....	161
7.4.	Plany inwestycyjne i rozwojowe.....	163
8.	Analiza finansowa.....	167
8.1.	Analiza bilansu.....	167
8.2.	Analiza rachunku zysków i strat.....	176
8.3.	Analiza rachunku przepływów pieniężnych.....	184
8.4.	Analiza wyników finansowych komórek medycznych.....	188
9.	Wnioski z audytu i Analiza SWOT.....	191



K

10. Kierunki rozwoju w zakresie oferty medycznej i okołomedycznej.....	201
11. Działania w zakresie obsługi gospodarczej.....	220
12. Działania w zakresie polityki kadrowej.....	224
13. Strategia finansowa - harmonogram wdrożenia planu naprawczego	236
14. Metody pozyskania dodatkowych źródeł finansowania i zachowania płynności finansowej.....	240
15. Działania w zakresie zarządzania, controllingu i efektywnego zarządzania finansami.	253
16. Wariantowe prognozy finansowe z uwzględnieniem efektów restrukturyzacji w okresie kredytowania	257
17. Identyfikacja głównych ryzyk	276
Wnioski i rekomendacje.....	279
Spis tabel	281
Spis wykresów	286
Spis rysunków	288
Spis zdjęć.....	288



Handwritten mark or signature.

Wstęp

Program naprawczy Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie został opracowany na zlecenie Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie, na podstawie umowy nr 1/09/2019 z dnia 1 września 2019 roku.

Dokument został opracowany przez specjalistów Zakładu Usług Konsultingowych Know How Sp. z o. o. w Szczecinie. Firma od 27 lat świadczy usługi doradcze dla publicznych i niepublicznych zakładów ochrony zdrowia oraz inwestorów i samorządów. Budowana przez lata kompetencja i doświadczenie firmy to nie tylko audyty i opracowywanie analiz i raportów w obszarze ochrony zdrowia, ale także praktyczne doświadczenie we wdrażaniu nowych rozwiązań, w tym w zarządzaniu operacyjnym szpitalami, w rachunkowości zarządczej oraz controllingu.

Wszelkie analizy oraz wnioski zawarte w niniejszym opracowaniu dotyczące Szpitala zostały oparte o dokumentację, dane i wyjaśnienia przekazane przez Pracowników Szpitala oraz informacje przekazane podczas przeprowadzonych przez Konsultantów Know How wizji lokalnych.

Niniejszy dokument przedstawia diagnozę sytuacji, pokazuje co i gdzie funkcjonuje właściwie, co wymaga reorganizacji oraz przedstawia odpowiedzi na pytania, co można zrobić by poprawić sytuację Jednostki. Opracowanie zawiera informacje na temat bieżącej działalności Szpitala, procesów w nim zachodzących, uwzględniających jego otoczenie oraz konkurencję. Wskazuje rozwiązania nieefektywne, wymagające zmiany. Obejmuje swym zasięgiem wszystkie sfery działalności Szpitala – finansową, kadrową, medyczną, techniczną, organizacyjną, zarządczą, inwestycyjną. Opracowanie zawiera propozycje optymalizacji wykorzystania zasobów będących w dyspozycji placówki. Analiza danych historycznych przeprowadzona została za trzy ostatnie, pełne lata obrachunkowe, tj. 2016 – 2018 oraz za okres styczeń – czerwiec 2019 roku.

W opracowaniu poza oceną działalności Szpitala i propozycją niezbędnych działań naprawczych, dokonano także symulacji wyników ekonomicznych dla rozpatrywanych scenariuszy. Symulacji zjawisk ekonomicznych dalszego funkcjonowania Szpitala dokonano w następujących wariantach:

WARIANT 0 – model dotychczasowego funkcjonowania Szpitala bez działań naprawczych z obecną organizacją, z wyjątkiem uruchomienia całodobowej Pracowni Angiografii i Oddziału Kardiologicznego, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.

WARIANT NAPRAWCZY – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej, organizacyjnej i finansowej – kredyt restrukturyzacyjny 24,5 mln zł, wraz z mi.in. uruchomieniem całodobowej Pracowni Angiografii (Hemodynamiki) i Oddziału Kardiologicznego, odtworzeniem zabiegów endoprotezoplastyki bioder i kolan na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym, zwiększenie ilości porodów i otworzeniem Poradni K zamiejscowej, utworzeniem Oddziału Neurologiczno-Udarowego i Oddziału Ortopedii Dziecięcej, utworzeniem własnej Pracowni TK, zwiększeniem populacji Centrum Zdrowia Psychicznego o mieszkańców powiatu monieckiego, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.



Opracowanie zawiera propozycje rozwiązania problemów związanych z podjęciem decyzji, obejmujących np. optymalizację zatrudnienia, oferty medycznej, wykorzystania zasobów będących w dyspozycji placówki.

Doświadczenia ZUK Know How pokazują, iż przeprowadzenie audytu podmiotu działalności leczniczej jest pierwszym krokiem do pozytywnych zmian w Jednostce. Natomiast warunkiem koniecznym i kluczem do sukcesu jest determinacja oraz konsekwencja – najpierw w podejmowaniu decyzji, później we wdrażaniu działań naprawczych.



1. Analiza otoczenia

1.1. Uwarunkowania geograficzne

Szpital Ogólny im. Dr. Witolda Gineła w Grajewie mieści się przy ul. Konstytucji 3 Maja 34, we wschodniej części miasta. Placówka działa w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej.

Rysunek 1 Położenie powiatu Grajewskiego na mapie województwa Podlaskiego



Źródło: opracowanie własne na podstawie https://pl.wikipedia.org/wiki/Województwo_podlaskie



Handwritten signature or initials.

Grajewo jest miastem, które znajduje się w północno-wschodniej Polsce, nad rzeką Elk, która jest dopływem Biebrzy. Miasto jest siedzibą powiatu Grajewskiego i leży w województwie podlaskim, które według danych na dzień 31.12.2017 roku zajmowało powierzchnię 20 187 km², z populacją 1,18 mln osób. Od północy Grajewo graniczy z powiatem elckim, a więc z województwem warmińsko-mazurskim.

1.2. Demografia

Znajomość tendencji demograficznych społeczeństwa ma fundamentalne znaczenie dla kierunków kreowania polityki zdrowotnej w kraju jak i w jego regionach. Liczba ludności w Grajewie wg danych GUS wynosiła w 2018 roku 22 049 osób, z czego blisko 51,5% stanowiły kobiety. Populacja Grajewa, powiatów ościennych oraz województwa dolnośląskiego przedstawiona została w poniższej tabeli.

Tabela 1 Ludność w Grajewie, powiatach ościennych i województwie podlaskim

Jednostka terytorialna	2016	2017	2018	Różnica 2018-2016	Dynamika 2018-2016
Powiat augustowski	58 905	58 669	58 367	-538	-0,91%
Powiat białostocki	146 254	147 002	148 145	1 891	1,29%
Powiat grajewski	48 041	47 781	47 518	-523	-1,09%
Powiat kolneński	38 995	38 748	38 396	-599	-1,54%
Powiat łomżyński	51 305	51 084	51 000	-85	-0,17%
Powiat moniecki	41 254	41 011	40 712	-542	-1,31%
Powiat suwalski	35 929	35 955	35 792	-137	-0,38%
WOJ. PODLASKIE	1 186 625	1 184 548	1 181 533	-5 092	-0,43%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Z zestawienia wynika, iż w badanym okresie tylko w powiecie białostockim wystąpił przyrost ludności na poziomie 1,29%. Pozostałe powiaty zanotowały spadki liczby ludności, z czego największy miał miejsce w powiecie Kolneńskim (-1,54%). Prognozy wielkości populacji analizowanego regionu na lata 2020 – 2050, podobnie, jak prognozy dla całego kraju, wykazują trend spadkowy.

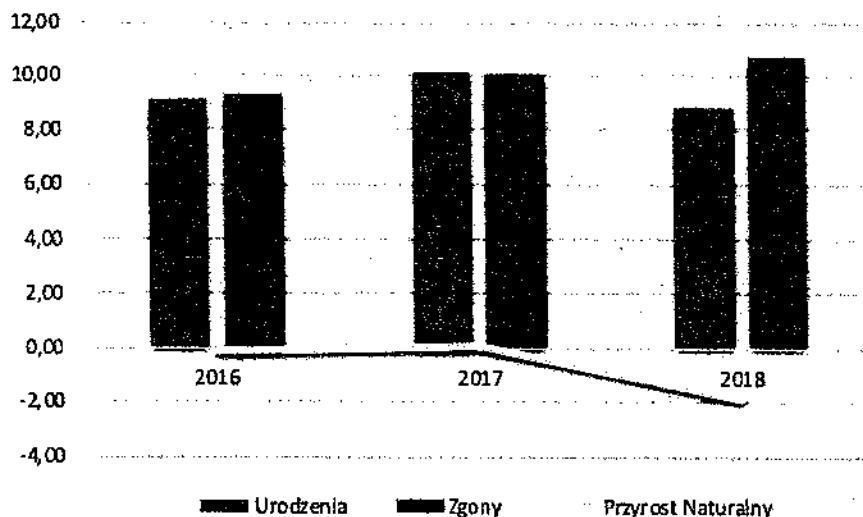
Tabela 2 Prognozowana liczba ludności w powiecie grajewskim i województwie podlaskim w latach 2020 – 2050

Jednostka Terytorialna	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
Powiat Grajewski	47 153	45 803	44 336	42 682	40 795	38 711	38 508
WOJ. PODLASKIE	1 168 229	1 146 804	1 121 839	1 092 463	1 058 768	1 021 686	982 320

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.



Wykres 1 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny na 1 000 ludności w Grajewie w latach 2016 – 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W latach 2016 – 2018 w Grajewie liczba urodzeń żywych i zgonów na 1 000 mieszkańców wahała się, podczas gdy w kraju oraz w województwie Podlaskim miała tendencję spadkową. Przyrost naturalny na 1 000 ludności w 2018 roku dla Grajewa wynosił -1,9, dla województwa podlaskiego -1 dla Polski -0,7. Zjawisko to można ocenić jako negatywne.

Poza wielkością populacji ważnym elementem jest również jej struktura wiekowa, która ma bezpośredni wpływ na popyt na usługi medyczne. Średni wiek mieszkańców powiatu grajewskiego wynosi 40,9 lat i jest nieznacznie mniejszy od średniego wieku mieszkańców całej Polski.

Tabela 3 Ludność powiatu grajewskiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2016 – 2018

Ludność	2016	Udział %	2017	Udział %	2018	Udział %
w wieku przedprodukcyjnym	7 174	14,93%	7 133	14,93%	6 992	14,71%
w wieku produkcyjnym	32 055	66,72%	31 589	66,11%	31 263	65,79%
w wieku poprodukcyjnym	8 812	18,34%	9 059	18,96%	9 263	19,49%
Ludność ogółem	48 041	100%	47 781	100%	47 518	100%

*Dane dotyczące wieku przedprodukcyjnego 14 lat i mniej

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Porównując rok 2018 z 2016 widać, iż nieznacznie wzrosła liczba osób w wieku poprodukcyjnym. Udział w ogólnej liczbie ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększył się o 1,15 p.p. Zmalała natomiast liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym i produkcyjnym, ich udział w ogólnej liczbie ludności zmniejszył się o 0,22 p.p. oraz o 0,93 p.p. Ogólnopolskim i ogólnoeuropejskim trendem jest starzenie się społeczeństwa. Jest to



pochodna przede wszystkim wzrostu przeciętnej długości życia ludności i ujemnego przyrostu naturalnego.

Tendencje te są zauważalne w powiecie Grajewskim, gdyż widać, że liczba osób w wieku poprodukcyjnym ciągle rośnie, podczas gdy wartości ludności w wieku produkcyjnym spadają.

Prognozy GUS wskazują, że w roku 2050 (w stosunku do roku 2020) w strukturze ludności liczebność grupy w wieku poprodukcyjnym wzrośnie o 42,57% przy jednoczesnym spadku ludności w wieku produkcyjnym o około 35,25% i ludności w wieku przedprodukcyjnym o około o 44,94%.

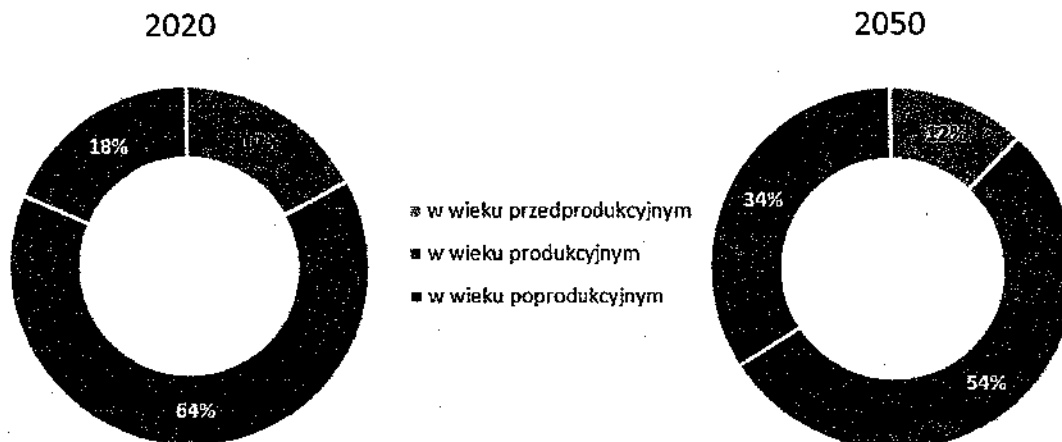
Tabela 4 Prognozowana liczba ludności powiatu grajewskiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2020 – 2050

Ludność	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
w wieku przedprodukcyjnym	8 108	7 372	6 526	5 943	5 385	4 890	4 464
w wieku produkcyjnym	30 365	28 781	27 461	26 019	24 437	22 213	19 666
w wieku poprodukcyjnym	8 690	9 650	10 349	10 720	10 973	11 608	12 389
Ludność ogółem	47 153	45 803	44 336	42 682	40 795	38 711	36 508

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wzrost ludności w wieku poprodukcyjnym, w większym stopniu narażonej na prawdopodobieństwo wystąpienia problemów zdrowotnych oraz niepełnosprawności niż ludność pozostałych grup wiekowych powodować będzie zwiększenie popytu na różnego rodzaju świadczenia oraz usługi zdrowotne.

Wykres 2 Struktura ludności powiatu grajewskiego w 2020 i 2050 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Starzejące się społeczeństwo generować będzie zwiększone zapotrzebowanie na personel medyczny, w szczególności w zakresie geriatry, chorób wewnętrznych, onkologii czy kardiologii, a także rehabilitacji, reumatologii i ortopedii.



[Handwritten signature]

Struktura wiekowa ludności powiatu grajewskiego odzwierciedla stopień zaawansowania procesu starzenia się społeczeństwa oraz ukazuje konieczność zwiększania zakresów świadczeń medycznych oraz personelu medycznego w zakresie chorób wieku podeszłego.

1.3. Epidemiologia i analiza Map potrzeb zdrowotnych

Analizę epidemiologiczną wykonano na podstawie informacji pochodzących z Urzędu Statystycznego, NFZ, Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Map potrzeb zdrowotnych. Dane pochodzą z różnych lat, dlatego w opracowaniu nie przyjęto jednego okresu bazowego.

Według Informatora o umowach NFZ, w roku 2018, w województwie Podlaskim znajdowały się 34 podmiotów leczniczych realizujące świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, z czego 1 mieści się w Grajewie.

Tabela 5 Liczba pacjentów oraz ogólna liczba łóżek szpitali umiejscowionych w Grajewie w 2016 roku

Szpital	Liczba pacjentów [tys.]	Ogólna liczba łóżek [szt.]
SO w Grajewie	5,46	160

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie lecznictwa szpitalnego dla województwa podlaskiego.

Szpital Ogólny w Grajewie stanowi jedyny ośrodek szpitalny miasta i regionu Grajewskiego działający w oparciu o kontrakt z NFZ.

Według informacji przedstawionych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia dotyczących działalności szpitali stacjonarnych ogólnych, w roku 2017 w województwie podlaskim wartość wskaźnika leczonych na 1 łóżko wynosiła – 46,3 (najwyższy wskaźnik odnotowano dla województwa zachodniopomorskiego – 51,6). Natomiast wskaźnik przeciętnego pobytu chorego w dniach był dość wysoki – 5,1 (najniższy odnotowano w województwie wielkopolskim – 4,6, a najwyższy w województwie śląskim – 6,0).

Tabela 6 Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności dla szpitali stacjonarnych ogólnych w województwie podlaskim oraz w Polsce w 2018 roku

Oddział	Liczba łóżek na 10 tys. ludności	
	woj. podlaskie	Polska
Chirurgiczny ogólny	5,3	5,1
Chirurgii szczęk.-twarzowej	4,8	0,1
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	5,3	2,7
Chorób wewnętrznych	7,9	6,1
Chorób zakaźnych	2,4	0,8
Dermatologiczny	0,3	0,4
Gastrologiczny	0,3	0,4
Geriatryczny	0	0,3



Handwritten mark or signature.

Oddział	Liczba łóżek na 10 tys. ludności	
	woj. podlaskie	Polska
Ginekologiczno-położniczy	4,8	4,7
Gruźlicy i chorób płuc	2	1,9
Hematologiczny	0,2	0,4
Kardiologiczny	1,6	2,3
Nefrologiczny	0,7	0,5
Neurochirurgiczny	0,4	0,6
Neurologiczny	1,9	2,1
Okulistyczny	1	0,8
Onkologiczny	1,4	1,4
Otolaryngologiczny	0,9	1
Pediatryczny	4	2,5
Rehabilitacyjny	4,1	4,6
Reumatologiczny	0,3	0,6
Urologiczny	0,9	0,9

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2018.

Uwzględniając dane z całego województwa podlaskiego najwięcej łóżek na 10 tys. mieszkańców przypada na oddziały: **Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-ortopedycznej, Chorób Wewnętrznych**. Wśród oddziałów ze wskaźnikami znacznie poniżej średniej krajowej znalazły się oddziały: **Dermatologiczny, Gastrologiczny, Hematologiczny, Neurochirurgiczny, Reumatologiczny**. W Polsce najmniej łóżek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców znajdowało się na oddziałach: **geriatrycznych, gastrologicznych i dermatologicznych**.

Tabela 7 Podstawowe wskaźniki medyczne dotyczące leczenia szpitalnego w województwie podlaskim w roku 2017

Wyszczególnienie	Liczba oddziałów [szt.]	Liczba łóżek [szt.]	Leczeni* [tys.]	Leczeni w trybie dziennym	Średni pobyt chorego [dni]	Ilość osobodni [tys.] *	Wykorzystanie łóżek [%] **
Chirurgiczny dla dzieci	2	59	4	-	2,9	11,581	54%
Chirurgiczny ogólny	23	698	33,9	-	4,1	137,887	54%
Chirurgii szczękowo-twarzowej	1	21	0,8	-	3,5	2,819	37%
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	14	349	19	-	4	76,569	60%
Chorób wewnętrznych	23	941	33,7	0,1	6,6	222,751	65%
Chorób zakaźnych	12	288	9,8	-	7	68,271	65%
Dermatologiczny	1	38	1,1	-	7,5	8,342	60%
Endokrynologiczny	1	22	1,3	-	5,5	6,929	86%



A

**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

Wyszczególnienie	Liczba oddziałów [szt.]	Liczba łóżek [szt.]	Leczeni* [tys.]	Leczeni w trybie dziennym	Średni pobyt chorego [dni]	Ilość osobodni [tys.] [*]	Wykorzystanie łóżek [%] ^{**}
Gastrologiczny	2	68	3,1	0	5,5	16,899	70%
Geriatryczny	1	25	0,7	-	5,9	4,021	44%
Ginekologiczno-położniczy	20	567	36,2	0,8	3,1	112,119	54%
Gruźlicy i chorób płuc	8	240	9	-	7,5	67,73	77%
Hematologiczny	2	29	1,7	1,3	5,6	9,726	92%
Intensywnej terapii	15	133	2,2	-	14,8	33,031	68%
Kardiochirurgiczny	1	35	0,8	-	11,7	9,005	70%
Kardiologiczny	5	223	12,9	0	4,6	59,217	73%
Nefrologiczny	4	79	2,5	-	7,3	18,321	64%
Neonatologiczny	10	174	8,5	-	4,7	39,488	62%
Neurochirurgiczny	1	46	2,1	-	4,7	9,678	58%
Neurologiczny	7	221	7,2	-	8,5	60,749	75%
Okulistyczny	10	114	11,1	4,5	1,8	19,718	47%
Onkologiczny	6	171	9,1	1,9	4,8	43,834	70%
Otolaryngologiczny	6	101	8,1	-	2,6	21,349	58%
Pediatryczny	19	473	19,8	-	4,3	85,001	49%
Psychiatryczny	4	161	2,1	-	22,6	47,249	80%
Rehabilitacyjny	18	485	6	0,3	24,2	146,096	82%
Reumatologiczny	2	30	1,3	0,2	6,4	8,273	76%
Urologiczny	5	126	6,5	-	4,4	28,514	62%

* Obciążenie wyliczono korzystając z uśrednionych danych z tabeli

** Wykorzystanie wyliczono korzystając z uśrednionych danych z tabeli

Źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r,1,7.html>.

W roku 2017 najwyższe średnie wykorzystanie łóżek w województwie podlaskim w procentach występowało na oddziałach: endokrynologicznym (86%), gastrologicznym (70%), gruźlicy i chorób płuc (87%), hematologicznym (92%), Kardiochirurgicznym (70%), Kardiologicznym (73%), Neurologicznym (75%), Onkologicznym (70%), Psychiatrycznym (80%), Rehabilitacyjnym (82%), Reumatologicznym (76%). Najniższe wykorzystanie łóżek w województwie podlaskim występowało zaś na oddziale geriatrycznym (44%) i chirurgii szczękowo-twarzowej (37%).

Najwyższa liczba leczonych w województwie podlaskim przypadła na oddziały: chirurgii ogólnej, chorób wewnętrznych, ginekologiczno-położniczy, pediatryczny, rehabilitacyjny co korespondowało z największą liczbą łóżek w tych specjalnościach.

Średni czas pobytu jest najdłuższy na oddziałach: Chorób zakaźnych, Dermatologicznym, Gruźlicy i chorób płuc, Intensywnej terapii, Kardiochirurgicznym, Nefrologicznym,



[Handwritten signature]

Neurologicznym, Psychiatrycznym, Rehabilitacyjnym. Najkrótszy zaś na oddziałach: Chirurgicznym dla dzieci, Okulistycznym, Otolaryngologicznym.

Tabela 8 Zestawienie liczby przychodni, praktyk lekarskich i stomatologicznych oraz podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. ludności w województwie podlaskim i Polsce w roku 2017

Wyszczególnienie	Liczba podmiotów [szt.]	
	woj. podlaskie	Polska
Przychodnie	764	21 665
Praktyki lekarskie	32	963
Praktyki stomatologiczne	159	4 143
Podmioty ambulatoryjne (przychodnie i praktyki) na 10 tys. ludności	8,1	7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dzielnicowe Bazy Wiedzy.

Na przestrzeni ostatnich trzech lat liczba przychodni w województwie podlaskim wahała się, w okolicach 760. Liczba praktyk lekarskich spadła w 2017 roku o 8 szt. w porównaniu do roku 2015. Liczba praktyk stomatologicznych spadła z 169 w 2015 roku do 159 w 2017 roku. Liczba podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. ludności spadła z 8,2 w 2015 roku do 8,1 w 2017 roku.

Tabela 9 Zestawienie liczby porad ambulatoryjnych udzielonych w latach 2016 – 2017 w województwie podlaskim i w Polsce

Wyszczególnienie	Liczba porad		Liczba porad	
	woj. podlaskie		Polska	
	2016	2017	2016	2017
Porady ambulatoryjne [tys. szt.]	10 436,50	10 264,30	323 110,90	325 868,40
Porady ambulatoryjne na 1 mieszkańca	8,1	8,1	8,4	8,5
Porady lekarskie w POZ – ogółem [tys. szt.]	5 166,40	5 207,20	166 413,00	169 376,00
Porady lekarskie w POZ – kobiety	2 927,70	2 933,50	94 289,10	95 969,40
Porady lekarskie w POZ – mniej niż 18 lat	1 089,50	1 097,20	36 030,10	36 343,40
Porady lekarskie w POZ – 65 lat i więcej	1 735,00	1 748,40	52 475,20	54 578,20
Specjalistyczne porady lekarskie – ogółem [tys. szt.]	3 867,50	3 747,40	116 121,20	116 281,60
Specjalistyczne porady lekarskie – kobiety	2 347,40	2 263,20	70 383,40	70 263,10
Specjalistyczne porady lekarskie – mniej niż 18 lat	552,80	539,30	14 967,50	14 948,80
Specjalistyczne porady lekarskie – 65 lat i więcej	1 051,80	1 042,70	31 883,40	32 719,20
Specjalistyczne porady stomatologiczne – ogółem [tys. szt.]	1 228,90	1 142,10	34 539,10	34 531,70
Specjalistyczne porady stomatologiczne – kobiety	657,80	611,00	19 134,90	19 045,30
Specjalistyczne porady stomatologiczne – mniej niż 18 lat	370,3	345,4	10 002,40	9 901,80
Specjalistyczne porady stomatologiczne – 65 lat i więcej*	183,4	174,9	4 979,70	5 136,90
Stomatologiczna	1 052,60	976,20	29 013,10	29 004,60
Chorób błon śluzowych przyzębia	12,5	9,1	489,5	422,7



Wyszczególnienie	Liczba porad		Liczba porad	
	woj. podlaskie		Polska	
	2016	2017	2016	2017
Ortodontyczna	74,3	78,2	2 368,20	2 432,10
Protetyki stomatologicznej	35,5	33,8	1 108,20	1 108,20
Chirurgii stomatologicznej	54,1	44,7	1 562,10	1 564,10

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dziedziczne Bazy Wiedzy.

Liczba porad lekarskich w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielonych w roku 2017 nieco spadła w porównaniu do roku 2016. Wskaźnik udzielonych porad ogółem w województwie podlaskim na jednego mieszkańca wyniósł w 2017 roku 8,1 przy średniej dla całej Polski 8,5.

Tabela 10 Zestawienie liczby porad specjalistycznych udzielonych w latach 2016 – 2017 w województwie podlaskim w Polsce

Wyszczególnienie	Liczba porad			
	woj. podlaskie		Polska	
	2016	2017	2016	2017
Specjalistyczne porady lekarskie – ogółem [tys. szt.]	3 867,50	3 747,40	116 121,20	116 281,60
Alergologiczna	141,8	140,1	3 542,50	3 476,00
Chirurgiczna (razem)	648,50	625,10	20 999,20	20 983,70
Chorób wewnętrznych	21,5	33,5	3 423,70	3 544,10
Chorób zakaźnych	43,7	40,7	599,3	624,5
Dermatologiczna	211,8	202,4	6 731,30	6 677,50
Diabetologiczna	102,1	103,7	2 517,40	2 491,20
Endokrynologiczna	137	134,6	3 361,80	3 435,00
Geriatryczna	2,8	2,3	73,2	71,8
Ginekologiczno-położnicza	455,30	423,10	13 319,90	13 067,20
Gruźlicy i chorób płuc	96,6	83,4	2 852,70	2 799,00
Inna (o innej specjalności niewymienionej wyżej)	153,6	165,7	5 798,80	6 048,10
Kardiologiczna	255,9	256	6 680,40	6 793,90
Medycyny sportowej	22,5	22,8	374,5	401,5
Nefrologiczna	24,3	20,2	674,4	674,1
Neurologiczna	263,7	263,2	7 481,40	7 450,50
Okulistyczna	289,20	274,50	11 484,90	11 404,20
Onkologiczna	97,1	90,4	2 751,90	2 854,80
Otolaryngologiczna	228,5	213,8	7 451,10	7 422,10
Pediatryczna	15,6	13,9	1 391,50	1 503,20
Poradnia leczenia uzależnień	33,8	39,1	905,3	937,4
Rehabilitacyjna	276,3	261,2	2 618,90	2 568,10
Reumatologiczna	52	53,1	2 022,20	1 974,10
Urologiczna	88,8	82,1	3 294,10	3 272,80



K

Wyszczególnienie	Liczba porad			
	woj. podlaskie		Polska	
	2016	2017	2016	2017
Zdrowia psychicznego	205,5	202,1	5 770,90	5 807,00

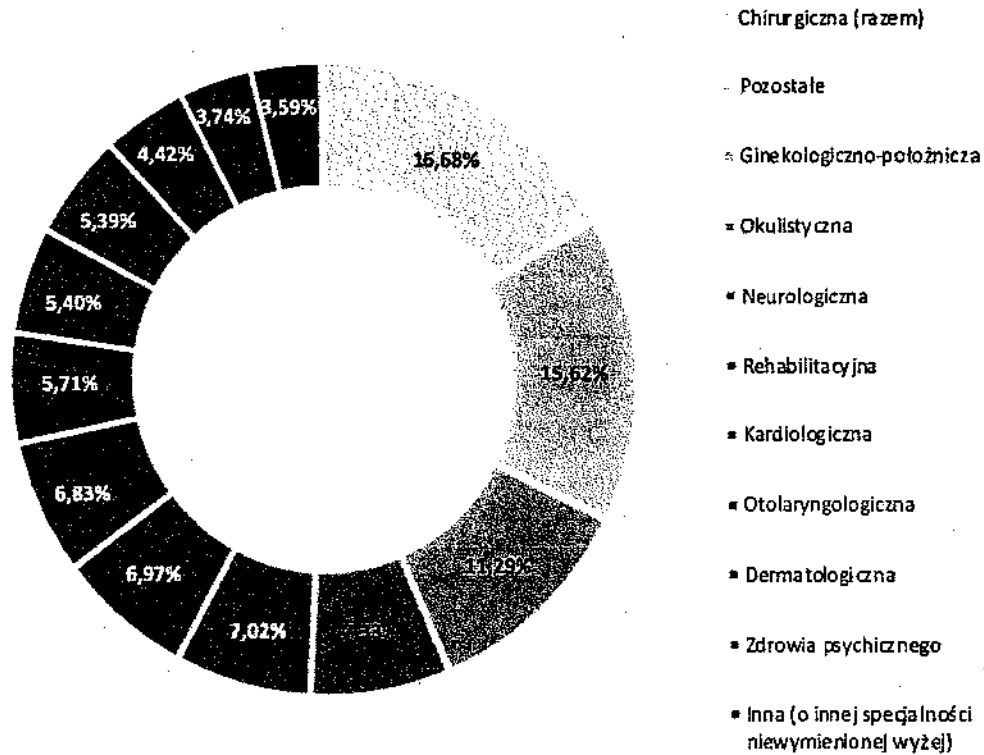
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Działalność Bazy Wiedzy.

Odnosząc się do liczby udzielonych porad najczęściej z nich, zarówno w województwie podlaskim, podobnie jak i w całej Polsce, w roku 2017 przypadają na: chirurgię, ginekologię z położnictwem, okulistykę, otolaryngologię, neurologię i kardiologię.

Najmniej porad udzielonych zostało w poradniach:

- w województwie podlaskim – chorób wewnętrznych, chorób zakaźnych, geriatrycznej, medycyny sportowej, nefrologicznej, leczenia uzależnień
- w Polsce – chorób zakaźnych, medycyny sportowej i geriatrycznych.

Wykres 3 Struktura udzielonych porad w ramach świadczeń AOS w województwie podlaskim w roku 2017 (łącznie z danymi MON i MSWiA)



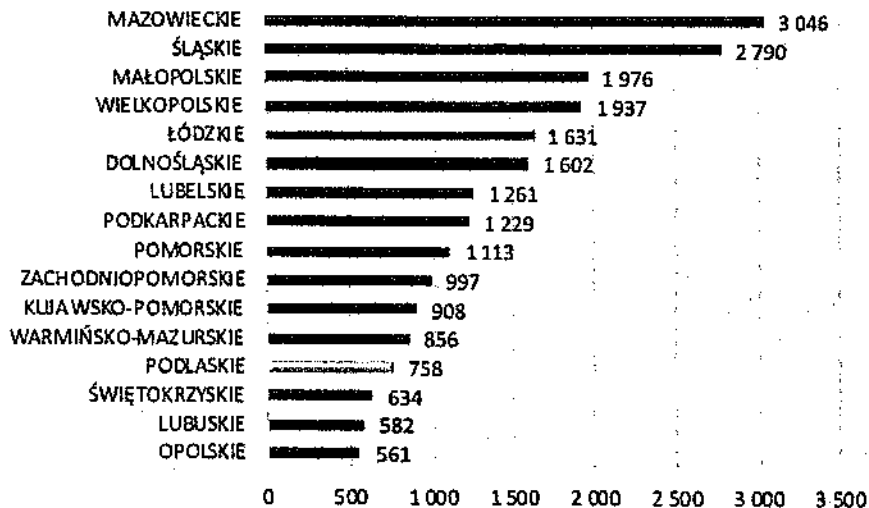
Źródło: opracowanie własne na podstawie opracowania GUS „Województwo Opolski w liczbach 2015 – 2017.”

Poniżej zaprezentowano liczbę przychodni w poszczególnych województwach Polski w 2018 roku.



Handwritten mark

Wykres 4 Liczba przychodni województw Polski w 2018 roku



Źródło: Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2018 roku, GUS.

Największa liczba przychodni na koniec 2018 roku występowała w województwie mazowieckim (3 046). W województwie podlaskim było ich 758, a najmniej w województwie opolskim 561.

Chorobowość

Współczynnik chorobowości szpitalnej¹ w Polsce w 2016 wynosił 13,8 (13 780 osób hospitalizowanych na 100 000 ludności). Dla województwa podlaskiego przyjmował on wartości poniżej średniej krajowej.

Szczegółowa analiza wskaźników chorobowości szpitalnej została przedstawiona w tabeli poniżej.

Kolorem ciemnoniebieskim oznaczone zostały oddziały, dla których wartości w województwie podlaskim były znacząco wyższe w stosunku do danych ogólnopolskich. Współczynnik chorobowości w województwie podlaskim przekroczył średnie krajowe w następujących oddziałach: położniczo-ginekologicznym, chirurgicznym ogólnym, pediatrycznym, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chorób zakaźnych, gruźlicy i chorób płuc, gastroenterologicznym, onkologicznym, ołaryngologicznym dla dzieci, chorób zakaźnych dla dzieci, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, okulistycznym dla dzieci, alergologicznym, medycyny nuklearnej, rehabilitacyjnym dla dzieci.

¹ Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych w ramach danych przyczyn chorobowych sklasyfikowanych do poszczególnych grup oddziałów szpitalnych w ciągu roku, w przeliczeniu na 100 000 ludność.



Tabela 11 Współczynniki chorobowości szpitalnej w 2016 roku wg oddziałów w województwie podlaskim i w Polsce

Wyszczególnienie	Współczynnik chorobowości	
	woj. podlaskie	Polska
Oddział położniczo-ginekologiczny	2 323,65	2 150,03
Oddział chorób wewnętrznych	2 043,61	1 975,18
Oddział chirurgiczny ogólny	1 996,17	1 846,55
Oddział pediatriczny	1 283,64	958,70
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 111,05	979,59
Oddział kardiologiczny	854,86	1 008,14
Oddział okulistyczny	699,21	655,74
Oddział neurologiczny	602,30	894,49
Oddział neonatologiczny	602,13	938,80
Oddział chorób zakaźnych	561,51	234,55
Oddział gruźlicy i chorób płuc	431,39	396,24
Oddział urologiczny	410,74	462,10
Oddział otorynolaryngologiczny	373,50	491,10
Oddział gastroenterologiczny	358,16	192,95
Oddział chirurgiczny dla dzieci	287,45	327,16
Oddział chirurgii onkologicznej	245,91	196,30
Oddział onkologiczny	212,03	259,25
Oddział otorynolaryngologiczny dla dzieci	206,89	84,02
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii	182,79	185,97
Oddział neurochirurgiczny	158,10	177,83
Oddział dermatologiczny	123,80	132,92
Oddział chorób zakaźnych dla dzieci	122,45	50,97
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	108,96	50,42
Oddział chirurgii naczyniowej	98,18	140,11
Oddział reumatologiczny	95,99	154,32
Oddział okulistyczny dla dzieci	92,95	27,34
Oddział endokrynologiczny	91,77	106,54
Oddział nefrologiczny	91,60	110,29
Oddział alergologiczny	79,38	27,27
Oddział hematologiczny	78,54	86,69
Oddział radioterapii	77,36	60,23
Oddział chirurgii klatki piersiowej	70,37	77,59
Oddział neurologiczny dla dzieci	61,94	58,76
Oddział chirurgii szczękowo-twarzowej	57,39	50,50
Oddział geriatryczny	52,67	70,60
Oddział kardiologii chirurgicznej	52,08	65,63
Oddział ginekologii onkologicznej	39,19	54,97
Oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	35,73	58,04
Oddział onkologiczny dla dzieci	30,00	28,63
Oddział kardiologiczny dla dzieci	22,08	41,04
Oddział leczenia jednego dnia	21,66	323,72
Oddział medycyny nuklearnej	18,71	7,84
Oddział audiologiczno-foniatryczny	9,94	20,90
Oddział gastroenterologiczny dla dzieci	6,43	47,85
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci	6,91	13,13
Oddział transplantologiczny	6,83	26,07



K

Wyszczególnienie	Współczynnik chorobowości	
	woj. podlaskie	Polska
Oddział chirurgii plastycznej	6,24	36,09
Oddział alergologiczny dla dzieci	4,47	38,62
Oddział endokrynologiczny dla dzieci	4,47	55,73
Oddział nefrologiczny dla dzieci	4,21	37,22
Oddział kardiologiczny dla dzieci	3,71	8,05
Oddział neurochirurgiczny dla dzieci	3,62	10,09
Oddział rehabilitacyjny dla dzieci	3,12	2,28
Oddział toksykologiczny	2,53	30,10
Oddział reumatologiczny dla dzieci	1,85	8,67
Oddział diabetologiczny	0,93	30,70
Oddział immunologii klinicznej dla dzieci	0,76	7,86
Oddział angiologiczny	0,51	14,48
Oddział immunologii klinicznej	0,42	1,22
Oddział leczenia jednego dnia dla dzieci	0,42	10,66
Oddział dermatologiczny dla dzieci	0,34	4,20
Oddział chorób metabolicznych	0,17	7,56
Oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	0,17	0,17

Źródło: opracowanie własne na podstawie Map potrzeb zdrowotnych województwa opolskiego.

Wartości współczynnika chorobowości, które były znacząco niższe od średniej krajowej zostały oznaczone kolorem szarym. Były to oddziały: neonatologiczny, otolaryngologiczny, chirurgii naczyniowej, reumatologiczny, gruźlicy i chorób płuc dla dzieci, kardiologiczny dla dzieci, leczenia jednego dnia, audiologiczno-foniatryczny, gastroenterologiczny dla dzieci, anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci, transplantologiczny, chirurgii plastycznej, alergologiczny dla dzieci, endokrynologiczny dla dzieci, nefrologiczny dla dzieci, kardiologiczny dla dzieci, toksykologiczny, reumatologiczny dla dzieci, diabetologiczny, immunologii klinicznej dla dzieci, angiologiczny, immunologii klinicznej, leczenia jednego dnia dla dzieci, dermatologiczny dla dzieci, chorób metabolicznych, rehabilitacji neurologicznej dla dzieci.

Zwiększona chorobowość szpitalna w zakresie oddziałów o wyższym współczynniku chorobowości wymaga kształtowania oferty medycznej pod wymienione wyżej rodzaje świadczeń.

Kadra medyczna

Poniżej przedstawiono w jaki sposób w latach 2015 – 2017 kształtowała się liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek i farmaceutów pracujących w Polsce i województwie podlaskim.



Tabela 12 Liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek i farmaceutów pracujących w Polsce i województwie podlaskim w latach 2015 – 2017

Wyszczególnienie	woj. podlaskie				Polska			
	2015	2016	2017	Trend	2015	2016	2017	Trend
Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	5 141,0	5 170,0	5 260,0	↗	142 982,0	144 982,0	148 037,0	↗
Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	1 434,0	1 455,0	1 468,0	↗	40 455,0	41 194,0	41 281,0	↗
Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego	9 555,0	9 667,0	9 824,0	↗	285 431,0	288 446,0	291 864,0	↗
Farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	921,0	942,0	954,0	↗	33 111,0	33 914,0	34 797,0	↗
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem	3 011,0	3 178,0	2 955,0		88 437,0	91 730,0	90 284,0	
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	25,3	28,8	25,0	↘	23,0	23,9	23,5	↘
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem	492,0	503,0	449,0		12 603,0	13 308,0	13 331,0	
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	4,1	4,2	3,8	↘	3,3	3,6	3,5	↘
Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem	6 595,0	6 570,0	6 171,0		197 381,0	29 268,0	29 330,0	
Pielęgniarki pracująca bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	55,5	55,4	52,1	↘	51,4	51,0	50,4	↘
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem	815,0	873,0	944,0		28 121,0	29 268,0	29 330,0	
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	6,9	7,4	7,9	↗	7,3	7,8	7,8	↗

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dziedziczne Bazy Wiedzy.

Dane zawarte w powyższej tabeli wskazują, iż zarówno w województwie podlaskim, jak i w całym kraju, liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek oraz farmaceutów, którzy posiadali prawo wykonywania zawodu wzrosła w 2017 roku w porównaniu do roku 2015. Zmalała liczba pracujących bezpośrednio z pacjentem lekarzy, dentystów oraz pielęgniarek w 2017 roku w porównaniu z 2015, wzrosła natomiast liczba pracujących bezpośrednio z pacjentem farmaceutów. W Polsce liczba lekarzy, dentystów oraz farmaceutów wzrosła, a liczba pielęgniarek spadła.



Tabela 13 Liczba lekarzy specjalistów i dentystów pracujących w Polsce i województwie podlaskim w latach 2015 – 2017

Wyszczególnienie	woj. podlaskie				Polska			
	2015	2016	2017	Trend	2015	2016	2017	Trend
Lekarze specjaliści (ogółem):	2 184,0	2 173,0	2 001,0		60 031,0	60 888,0	60 123,0	
Anestezjologii i intensywnej terapii	142,0	136,0	118,0	↘	3 710,0	3 708,0	3 704,0	↘
Chirurgii	270,0	256,0	231,0	↘	8 498,0	8 623,0	8 380,0	↘
Chorób płuc	44,0	38,0	34,0	↘	1 387,0	1 327,0	1 286,0	↘
Chorób wewnętrznych	201,0	188,0	176,0	↘	6 707,0	6 601,0	6 372,0	↘
Dermatologii i wenerologii	43,0	39,0	38,0	↘	905,0	942,0	899,0	↘
Kardiologii	69,0	73,0	69,0	↔	2 719,0	2 908,0	2 905,0	↔
Medycyny rodzinnej	400,0	405,0	387,0	↔	8 655,0	8 734,0	8 744,0	↔
Medycyny pracy	14,0	18,0	16,0	↔	742,0	791,0	815,0	↔
Neurologii	67,0	68,0	68,0	↔	2 398,0	2 450,0	2 406,0	↔
Okulistyk	58,0	59,0	60,0	↗	2 021,0	2 018,0	2 017,0	↔
Onkologii	25,0	24,0	28,0	↔	683,0	712,0	740,0	↔
Otolaryngologii	46,0	49,0	54,0	↗	1 303,0	1 331,0	1 328,0	↔
Pediatrici	88,0	95,0	87,0	↔	3 378,0	3 624,0	3 584,0	↔
Położnictwa i ginekologii	139,0	135,0	114,0	↘	3 827,0	3 911,0	3 738,0	↔
Psychiatrii	109,0	103,0	93,0	↘	2 496,0	2 442,0	2 469,0	↔
Radiodiagnostyki	91,0	88,0	83,0	↘	2 320,0	2 238,0	2 277,0	↔
Lekarze dentyści ze specjalizacją (ogółem):	128,0	132,0	129,0		2 720,0	2 783,0	2 860,0	
Chirurgii stomatologicznej	9,0	10,0	12,0	↗	395,0	438,0	445,0	↗
Chirurgii szczękowo-twarzowej	8,0	5,0	8,0	↔	138,0	154,0	160,0	↔
Ortodoncji	27,0	25,0	19,0	↘	568,0	582,0	578,0	↔
Periodontologii (parodontologii)	7,0	5,0	5,0	↘	205,0	146,0	174,0	↔
Protetyki stomatologicznej	29,0	26,0	27,0	↔	629,0	609,0	605,0	↔
Stomatologii dziecięcej	10,0	8,0	7,0	↘	209,0	211,0	228,0	↔
Stomatologii zachowawczej	40,0	53,0	51,0	↔	557,0	654,0	663,0	↔

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAID – Dziedzinowe Bazy Wiedzy.

Najliczniejsza grupa medyków województwa podlaskiego obejmuje specjalistów z dziedziny: anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii, chorób wewnętrznych, medycyny rodzinnej, położnictwa i ginekologii. Z danych ogólnych dla kraju wynika, iż najwięcej lekarzy posiada specjalizację z: chirurgii, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii. Specjalizacje te dość mocno pokrywają się w regionie podlaskim i w Polsce.

W województwie podlaskim porównując rok 2017 z 2015 liczba dentystów ze specjalizacją wahała się, natomiast w kraju wzrosła.

Z informacji przedstawionych w Mapie potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa podlaskiego wynika, iż według danych z 2016 roku wśród wszystkich specjalizacji najmniej licznymi były:

- Chirurgia plastyczna (1),
- Pediatria metaboliczna (1),
- Farmakologia kliniczna (2),
- Nefrologia dziecięca (2),
- Perinatologia (2),
- Seksuologia (3),
- Urologia Dziecięca (3),
- Medycyna morska i tropikalna (3),



[Handwritten signature]

- Gastroenterologia dziecięca (6),
- Immunologia kliniczna (6),
- Balneologia i medycyna fizykalna (6).

Najniższy poziom wskaźnika liczby specjalistów na 100 tys. populacji (poniżej 0,5) odnotowano dla aż 21 specjalizacji: Choroby płuc dzieci, Diagnostyka laboratoryjna, Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość, Endokrynologia i diabetologia dziecięca, Farmakologia kliniczna, Gastroenterologia dziecięca, Genetyka kliniczna, Immunologia kliniczna, Kardiologia dziecięca, Medycyna morska i tropikalna, Medycyna nuklearna, Medycyna sportowa, Mikrobiologia lekarska, Nefrologia dziecięca, Neuropatologia, Otorinolaryngologia dziecięca, Pediatria metaboliczna, Perinatologia, Seksuologia, Toksykologia kliniczna oraz Urologia dziecięca.²

Najważniejsze informacje dotyczące liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych w województwie podlaskim i w Polsce przedstawiają trzy poniższe tabele.

Tabela 14 Liczba lekarzy pracujących w Polsce i w województwie podlaskim w latach 2015 – 2017

Liczba lekarzy pracujących	2015	2016	2017	Trend
Polska	86 533	89 819	88 351	↗
Woj. podlaskie	2 922	3 082	2 856	↘

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2016,2017,2018.

W badanym okresie linia trendu dla liczby pracujących lekarzy województwa podlaskiego wykazuje podobną tendencję co linia trendu dla Polski. Liczba lekarzy w 2017 roku była niższa od tej z 2015 roku województwie podlaskim i w Polsce.

Tabela 15 Liczba pielęgniarek pracujących w Polsce i w województwie podlaskim w latach 2015 – 2017

Liczba pielęgniarek pracujących	2015	2016	2017	Trend
Polska	185 860	184 400	183 687	↘
Woj. podlaskie	6 139	6 122	5 751	↘

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2016,2017,2018.



W kraju obserwujemy systematyczny spadek liczby pracujących pielęgniarek. W województwie podlaskim liczba ta utrzymuje tendencję spadkową.

² Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. dolnośląskiego, 2018.



K

Tabela 16 Liczba położnych pracujących w Polsce i w województwie podlaskim w latach 2015 – 2017

Liczba położnych pracujących	2015	2016	2017	Trend
Polska	22 051	22 400	22 257	
Woj. podlaskie	763	781	757	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2016, 2017, 2018.

Liczba (bezwzględna) położnych województwa podlaskiego w latach 2015 – 2017 wahała się.

Wzrastający stopień zapotrzebowania na usługi zdrowotne wynikający z procesu starzenia się społeczeństwa wraz z niską liczbą lekarzy przyczynić się może do ograniczeń w dostępności oraz jakości świadczeń medycznych.

Udział poszczególnych grup wiekowych lekarzy, pielęgniarek oraz położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie dolnośląskim w roku 2017 przedstawia tabela poniżej.

Tabela 17 Grupy wiekowe lekarzy, pielęgniarek oraz położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie podlaskim w roku 2017

Grupa wiekowa	poniżej 35	35-44	45-54	55-64	65 i więcej
lekarze	19%	15%	23%	19%	24%
pielęgniarki	13%	14%	32%	30%	12%
położne	14%	16%	32%	29%	9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2017.

Blisko 66% lekarzy to medycy powyżej 45 roku życia, przy czym ponad 1/3 tej grupy zawierają się w grupie powyżej 65 roku życia.

Wśród pielęgniarek i położnych najczęściej znajdowało się w grupie wiekowej 45-54 lat oraz 55-64 lat.

Mały udział grup wiekowych poniżej 45 lat, w szczególności w odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek, w przyszłości oznaczać może znaczące problemy w zastępowalności obecnego personelu.



Handwritten signature or mark.

1.4. Konkurencja

Otoczenie placówki w skali mikro ma znaczenie popytowe – to potencjalni pacjenci oraz podażowe – tak zwana konkurencja.

Aby uchwycić właściwy kontekst funkcjonowania Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie w pierwszej kolejności przeanalizowano kierunki napływu pacjentów, którzy leczyli się w Placówce w roku 2018. W poniższej tabeli zestawiono liczbę pacjentów Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie w podziale na miejsce ich zamieszkania.

Tabela 18 Struktura geograficzna pacjentów Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie przyjętych w 2018 roku

Wyszczególnienie	Udział procentowy
woj. podlaskie	91,34%
powiat grajewski	85,68%
powiat moniecki	1,20%
powiat kolneński	1,19%
powiat Białystok	0,92%
powiat augustowski	0,76%
powiat białostocki	0,37%
powiat tomżyński	0,31%
powiat łomża	0,25%
powiat sokólski	0,18%
powiat zambrowski	0,14%
powiat sejneński	0,08%
powiat suwalski	0,07%
powiat Suwałki	0,07%
powiat wysokomazowiecki	0,07%
powiat hajnowski	0,02%
powiat bielski	0,01%
powiat siemiatycki	0,01%
woj. warmińsko-mazurskie	7,42%
woj. mazowieckie	0,51%
woj. pomorskie	0,20%
woj. łódzkie	0,20%
woj. śląskie	0,08%
woj. dolnośląskie	0,07%
woj. małopolskie	0,06%
woj. lubelskie	0,04%
woj. wielkopolskie	0,02%
woj. kujawsko-pomorskie	0,02%
pozostał województwa	0,02%
SUMA	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.



Handwritten mark resembling a stylized 'K' or 'R'.

W roku 2018 z opieki medycznej skorzystało łącznie ponad 8 tys. osób, z czego 91,3% stanowili pacjenci z województwa podlaskiego. Największą grupę leczonych stanowili mieszkańcy powiatu grajewskiego (85,7%), drudzy w kolejności byli mieszkańcy powiatu monieckiego (1,2%), a trzeci mieszkańcy powiatu kolneńskiego (1,2%). Mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskiego stanowili 7,4% obsłużonych pacjentów, zaś województwa mazowieckiego 0,5%.

Aby poznać lokalny rynek medyczny, należy zapoznać się m.in. z wykazem jednostek zakwalifikowanych do sieci szpitali (PSZ) w województwie podlaskim.

Tabela 19 Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ w województwie podlaskim

Nazwa placówki	Miasto	Stopień
Poliklinika Ginekologiczno-Położnicza Szpital	Białystok	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Dr E. Jelskiego	Krynszyn	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie	Augustów	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim	Bielsk Podlaski	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dąbrowie Białostockiej	Dąbrowa Białostocka	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	Hajnówka	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach	Łapy	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach	Mońki	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnie	Sejny	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach	Siemiatycza	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce	Sokółka	Szpital I stopnia
Samodzielny Szpital Miejski im. PCK	Białystok	Szpital I stopnia
Szpital Ogólny im. dr W. Gineła w Grajewie	Grajewo	Szpital I stopnia
Szpital Ogólny w Kolnie	Kolno	Szpital I stopnia
Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem	Wysokie Mazowieckie	Szpital I stopnia
Szpital Powiatowy w Zambrowie Sp. z o.o.	Zambrów	Szpital I stopnia
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego	Białystok	Szpital II stopnia
Szpital Wojewódzki im. dr. L. Rydygiera w Suwałkach	Suwałki	Szpital II stopnia
Szpital Wojewódzki im. Kard. S. Wyszyńskiego	Łomża	Szpital II stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych w Białymstoku	Białystok	Szpital ogólnopolski
Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhafa w Białymstoku	Białystok	Szpital ogólnopolski
Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku	Białystok	Szpital ogólnopolski
Białostockie Centrum Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie	Białystok	Szpital onkologiczny

Źródło: <http://siecszpitali.mz.gov.pl/>.



Łącznie w sieci szpitali (PSZ) znajduje się 23 placówek. Szpital Ogólny w Grajewie, jest jednym z 16 szpitali I stopnia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego.

Badanie konkurencji oparto o trzy główne czynniki:

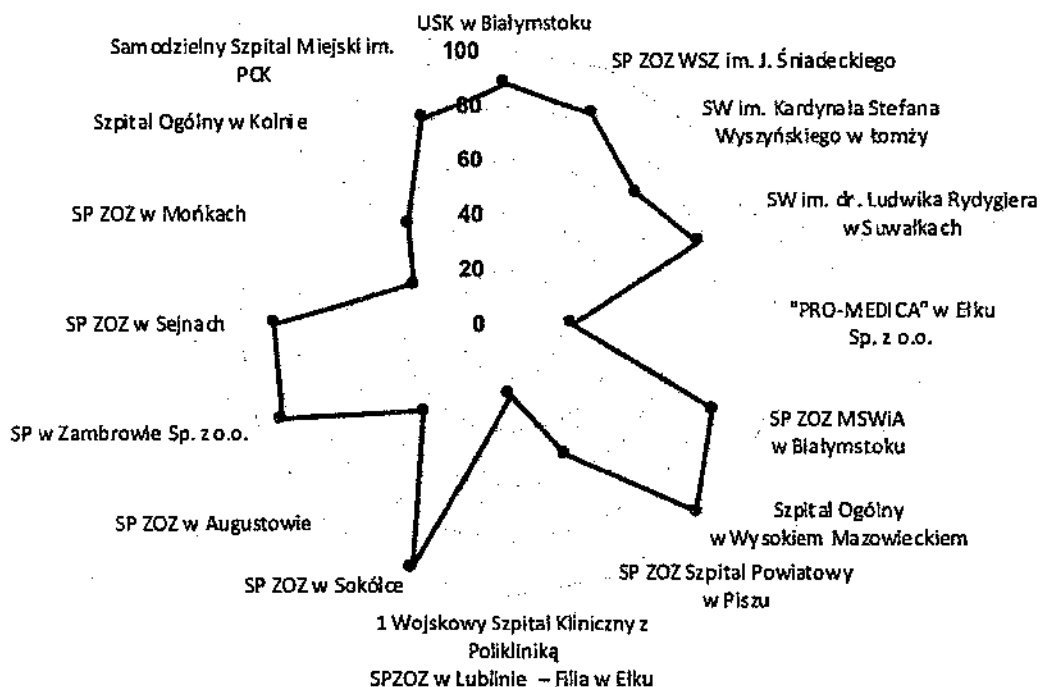
- wielkość kontraktu z NFZ,
- odległość innych jednostek od Szpitala Ogólnego w Grajewie,
- ilość podobnych komórek medycznych.

Ostatecznie do oceny przyjęto następujące jednostki:

- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku,
- SP ZOZ Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego w Białymstoku,
- Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży,
- Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach,
- "PRO-MEDICA" w Elku Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Białymstoku,
- Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy w Piszcu,
- 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie – Filia w Elku,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie,
- Szpital Powiatowy W Zambrowie Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sejnach,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach,
- Szpital Ogólny w Kolnie,
- Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku.



Wykres 5 Odległość porównywanych jednostek medycznych od Szpitala Ogólnego w Grajewie [km]



Źródło: opracowanie własne.

Najbliższą placówką dla Szpitala Ogólnego w Grajewie jest "PRO-MEDICA" w Elku Sp. z o.o. ok. 23,0 km (szpital I poziomu zabezpieczenia), a najdalej położoną Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem ok. 97,8 km (szpital I poziomu zabezpieczenia).

W wybranych do analizy jednostkach widzimy dość duże zróżnicowanie wielkości kontraktów z NFZ. Wynika ono z różnej skali i profilu ich działalności. Wszystkie niezbędne w tym rozdziale dane pochodzą m.in. z Informatora o umowach z NFZ (<https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy>) pobrane na dzień 05.09.2019 roku.

Tabela 20 Zestawienie kontraktów z NFZ wybranych jednostek Szpitala Ogólnego w Grajewie za rok 2018

Jednostka	Wartość kontraktu z NFZ	Współczynnik wielkości kontraktu NFZ
USK w Białymstoku	390 307 796	11,63
SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego	134 658 147	4,01
SW im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	114 284 184	3,41
SW im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	107 492 213	3,20
"PRO-MEDICA" w Elku Sp. z o.o.	55 179 554	1,64
SP ZOZ MSWiA w Białymstoku	53 177 765	1,58



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

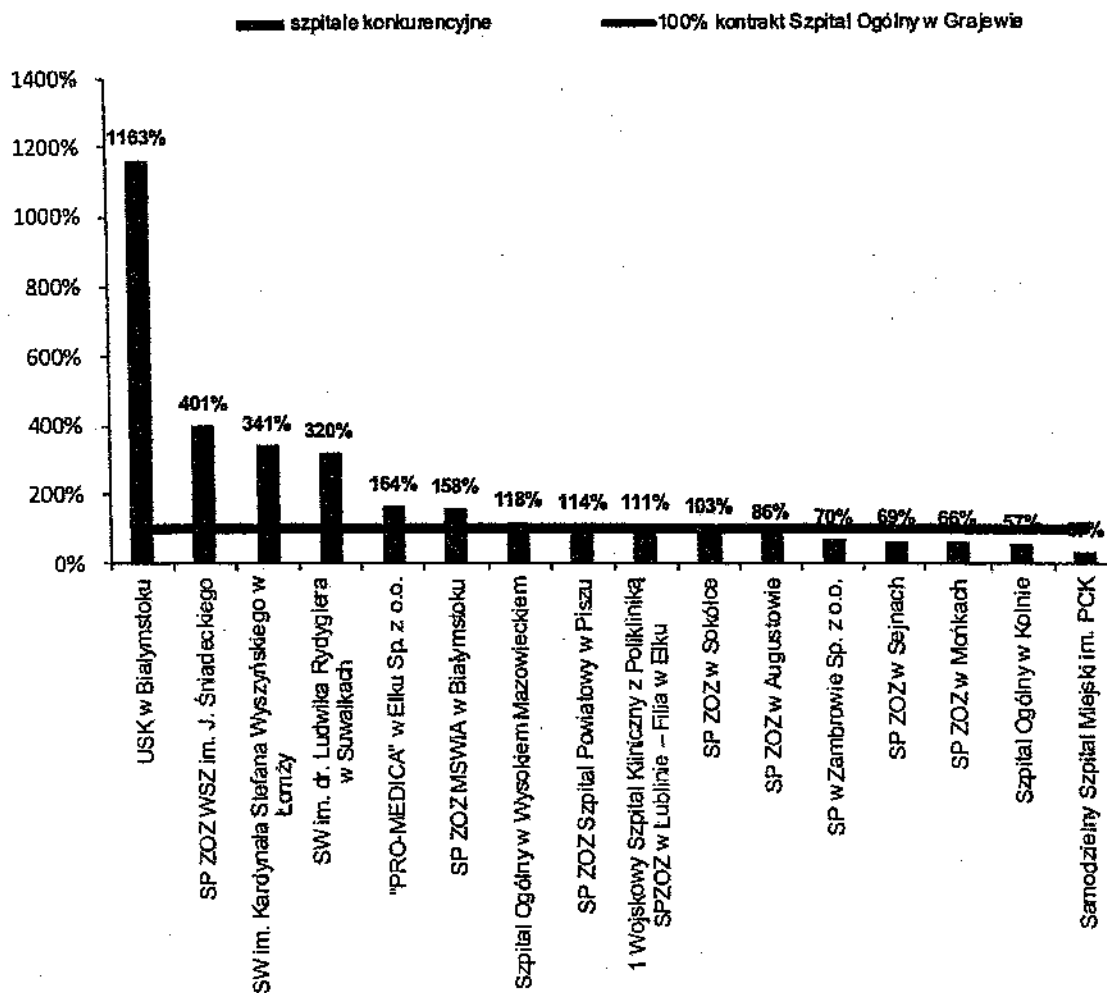
Jednostka	Wartość kontraktu z NFZ	Współczynnik wielkości kontraktu NFZ
Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem	39 722 619	1,18
SP ZOZ Szpital Powiatowy w Pisz	38 157 623	1,14
1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie – Filia w Elku	37 342 408	1,11
SP ZOZ w Sokółce	34 453 569	1,03
SP ZOZ w Augustowie	28 699 662	0,86
SP w Zambrowie Sp. z o.o.	23 428 382	0,70
SP ZOZ w Sejnach	23 115 073	0,69
SP ZOZ w Mońkach	22 256 828	0,66
Szpital Ogólny w Kolnie	19 294 570	0,57
Samodzielny Szpital Miejski im. PCK w Białymstoku	12 392 765	0,37
Szpital Ogólny im. dr W. Gineła w Grajewie	33 561 540	1,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ 05.09.2019 r.

Spośród zestawionych podmiotów 6 miało mniejszy kontrakt z NFZ od Szpitala Ogólnego w Grajewie, a 10 jednostek większy. Największy kontrakt z NFZ posiadało Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (390,3 mln zł).



Wykres 6 Porównanie kontraktów z NFZ wybranych jednostek oraz Szpitala Ogólnego w Grajewie w roku 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ 05.09.2019 r.

Porównanie w zakresie leczenia szpitalnego

Analiza działalności poszczególnych jednostek z otoczenia badanego szpitala została przeprowadzona w zakresie specjalności występujących w Szpitalu Ogólnym w Grajewie.



Tabela 21 Wykaz oddziałów szpitalnych Szpitala Ogólnego w Grajewie oraz w wybranych jednostkach

Oddziały Szpitala Ogólnego w Grajewie	USK w Białymstoku	SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego	SW im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	SW im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	"PRO-MEDICA" w Eiku Sp. z o.o.	SP ZOZ MSWIA w Białymstoku	Szpital Ogólny w Wysokim Mazowieckiem	SP ZOZ Szpital Powiatowy w Piszcu	1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie – Filia w Eiku	SP ZOZ w Sokółce	SP ZOZ w Augustowie	SP w Zambrowie Sp. z o.o.	SP ZOZ w Sejnach	SP ZOZ w Monkach	Szpital Ogólny w Kolinie	Samotzielny Szpital Miejski im. PCK
AiIT	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej																
Dzieńcy		X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	
Internistyczno-Kardiologiczny Obserwacyjno-Zakaźny	X		X	X				X			X					
Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym	X	X	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	
Psychiatryczny																
Psychiatryczny Dzienny																
Rehabilitacji	X	X	X		X					X				X		
Urazowo-Ortopedyczny	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X			X	
SOR	X	X	X	X			X	X	X	X	X					
Liczba podobnych oddziałów	8	9	11	8	6	4	7	8	5	8	8	6	5	5	6	1

Źródło: opracowanie własne.

Kolorem ciemnoniebieskim zaznaczono oddziały, które występują najliczniej:

- Oddział Internistyczny – występuje we wszystkich wybranych placówkach,
- Oddział Chirurgii Ogólnej – występuje w 15 z 16 wybranych placówek.

Kolorem ciemnoszarym zaznaczono oddziały, które występują najrzadziej:

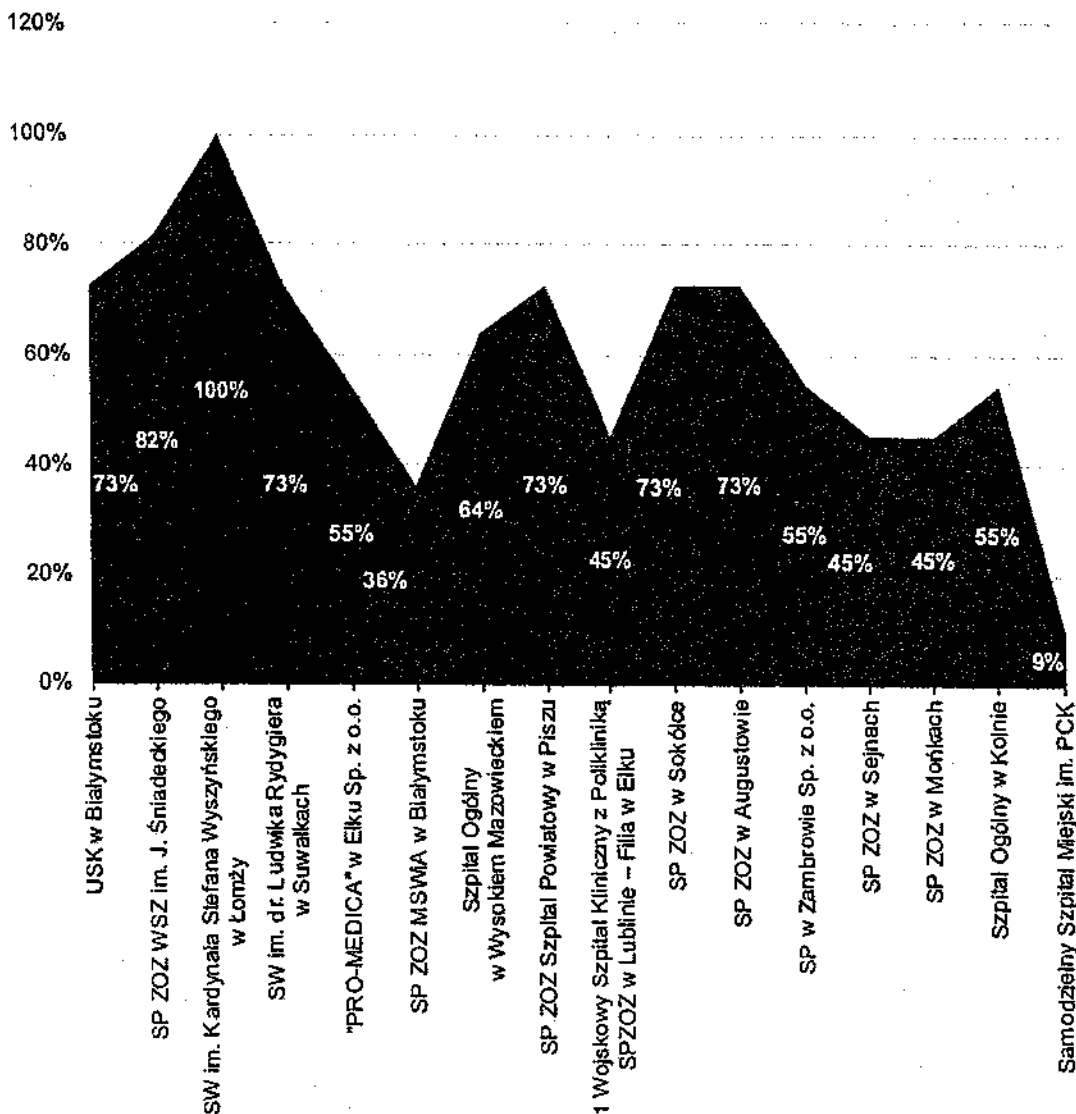
- Oddział Psychiatryczny – znajduje się w 3 konkurencyjnych placówkach,
- Oddział Psychiatryczny Dzienny – znajduje się w 1 konkurencyjnej placówce.



[Handwritten signature]

Na podstawie powyższego zestawienia wprowadzono tak zwany stopień pokrycia, czyli udział liczby wspólnych oddziałów (o danym profilu) w ramach struktury organizacyjnej badanej jednostki w stosunku do oddziałów Szpitala Ogólnego w Grajewie.

Wykres 7 Stopień „pokrycia” oddziałów wybranych jednostek w odniesieniu do Szpitala Ogólnego w Grajewie



Źródło: opracowanie własne.

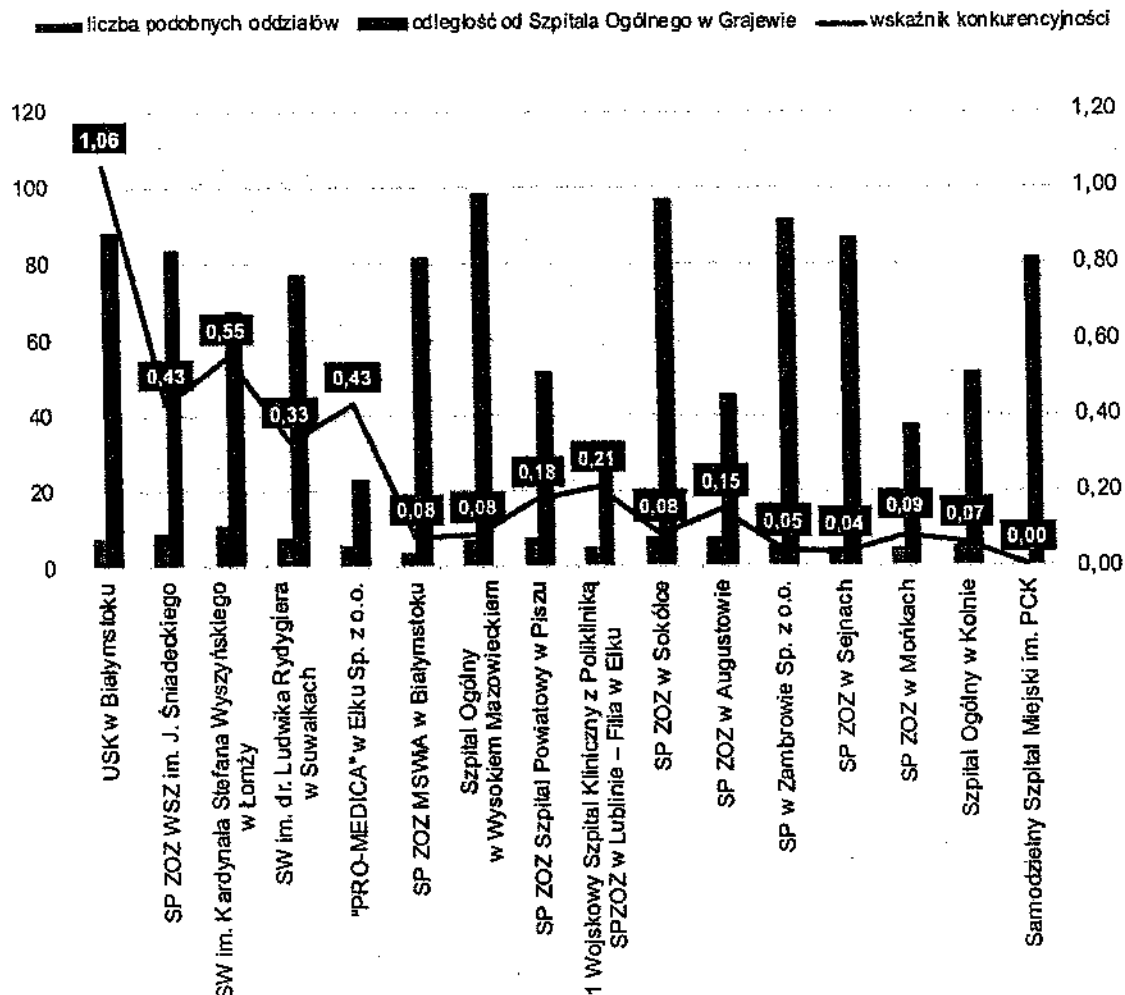
Na potrzeby analizy oszacowano wskaźnik konkurencyjności. Został on opracowany z uwzględnieniem podobnych oddziałów, współczynnika wielkości kontraktu oraz odległości od badanej placówki. Wzór wskaźnika przedstawiony został poniżej:

$$\text{wskaźnik konkurencyjności} = \frac{\text{suma oddziałów w jednostce}}{\text{odległość w kilometrach}} \cdot \frac{\text{współczynnik wielkości kontraktu z NFZ}}{\text{o zbliżonej ofercie do 50 w Grajewie}}$$



Współczynnik wielkości kontraktu z NFZ określa relację wielkości kontraktów jednostek z otoczenia badanego podmiotu w odniesieniu do wielkości kontraktu (przy założeniu, iż kontrakt Szpitala Ogólnego w Grajewie przyjmuje wartość 1).

Wykres 8 Wskaźnik konkurencyjności oddziałów wybranych jednostek do Szpitala Ogólnego w Grajewie



Źródło: opracowanie własne.

Największym stopniem pokrycia oddziałów szpitalnych ze Szpitalem Ogólnym w Grajewie spośród analizowanych jednostek charakteryzuje się Szpital Wojewódzki w Łomży (100% pokrycia oddziałów). Na drugim miejscu znalazł się SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego w Białymstoku (82%), a potem ex aequo: SW im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach, SP ZOZ Szpital Powiatowy w Piszcu, SP ZOZ w Sokółce, SP ZOZ w Augustowie (po 73%).

Biorąc pod uwagę wskaźnik konkurencyjności, który dodatkowo uwzględnia wielkość kontraktu z NFZ i położenie danej jednostki, najbardziej konkurencyjnym (z uwzględnieniem skali działalności) jest Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku (1,06) z kontraktem ponad 390,3 mln zł (za rok 2018), który jest oddalony



ok. 88,1 km. Kolejno mamy Szpital Wojewódzki w Łomży (0,55) z kontraktem ok. 114,3 mln zł, oddalony o ok. 67,5 km.

Porównanie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Aby określić podobieństwa i różnice w ramach AOS, zestawiliśmy listę poradni Szpitala Ogólnego w Grajewie z wykazami poradni wybranych wcześniej jednostek.

Tabela 22 Wykaz poradni specjalistycznych Szpitala Ogólnego w Grajewie i w konkurencyjnych jednostkach

Poradnie Szpitala Ogólnego w Grajewie	USK w Białymstoku	SP ZOZ WSZ im. J. Śniadeckiego	SW im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	SW im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach	"PRO-MEDICA" w Eku Sp. z o.o.	SP ZOZ MSWIA w Białymstoku	Szpital Ogólny w Wysokim Mazowieckiem	SP ZOZ Szpital Powiatowy w Pisz	1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Poliklinika SPZOZ w Lublinie – Filia w Eiku	SP ZOZ w Sokółce	SP ZOZ w Augustowie	SP w Zambrowie Sp. z o.o.	SP ZOZ w Sejnie	SP ZOZ w Monikach	Szpital Ogólny w Kolinie	Samodzielny Szpital Miejski im. PCK
Alergologiczna	X			X	X							X				
Chirurgii Dziecięcej				X												
Chirurgii Ogólnej	X															
Chorób Zakaźnych			X	X				X		X	X					
Dermatologiczna				X		X			X				X	X		
Diabetologiczna	X			X	X		X	X					X			
Ginekologiczna									X							
Medycyny Pracy	X	X	X		X	X						X		X		X
Medycyny Sportowej					X											
Neurologiczna	X		X	X	X	X			X	X			X		X	
Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej		X	X	X	X		X				X	X				X
Okulistyczna	X	X	X	X		X			X						X	
Ortopedyczna				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			
Otolaryngologiczna	X	X	X	X	X	X			X				X	X		
Preluksacyjna			X	X	X			X								
Rehabilitacji			X			X	X		X	X	X	X				X
Zdrowia Psychicznego			X	X		X			X						X	
Liczba podobnych poradni	8	4	11	14	11	10	6	6	9	6	6	6	6	4	4	3

Źródło: opracowanie własne.

Kolorem ciemnoniebieskim zaznaczono poradnie, które występują najliczniej:

- Poradnia Ginekologiczna – występuje w 12 wybranych placówkach;

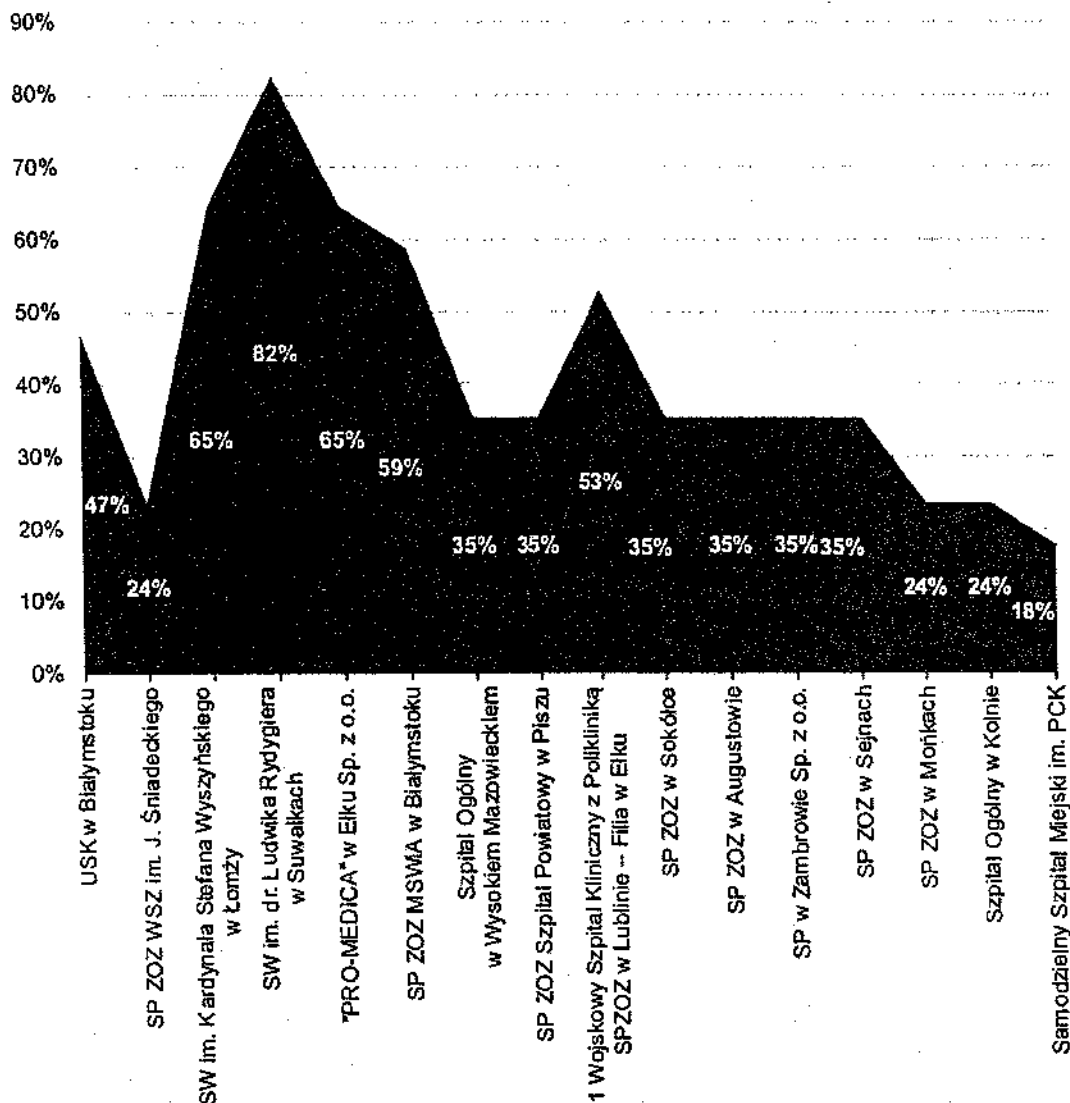


- Poradnia Chirurgii Ogólnej – występuje w 5 wybranych placówkach;

Kolorem ciemnoszarym zaznaczono poradnie, które występują najrzadziej:

- Poradnia Chirurgii Dziecięcej – występuje w 1 konkurencyjnej placówce.
- Poradnia Medycyny Sportowej – nie znajduje się tylko w 1 konkurencyjnej placówce.

Wykres 9 Stopień pokrycia poradni wybranych jednostek do Szpitala Ogólnego w Grajewie



Źródło: opracowanie własne.

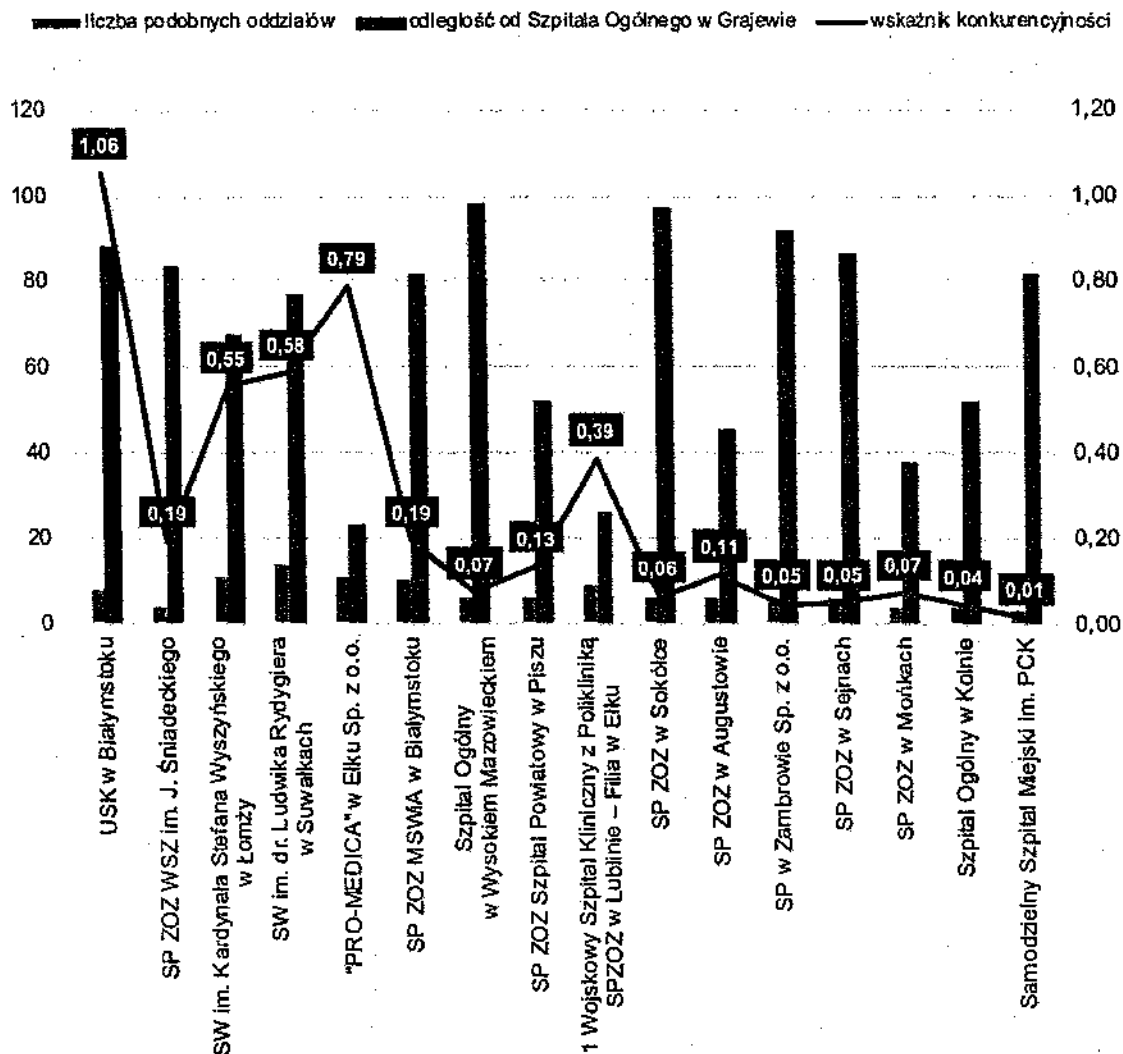
Największym stopniem pokrycia poradni specjalistycznych ze Szpitalem Ogólnym w Grajewie spośród analizowanych jednostek charakteryzuje się Szpital Wojewódzki w Suwałkach (82% – 14 podobnych poradni). Następne w kolejności są: SW im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży oraz "PRO-MEDICA" w Elku Sp. z o.o. (po 65% – 14 podobnych poradni).



Na potrzeby analizy ponownie oszacowano wskaźnik konkurencyjności. Tym razem został on opracowany z uwzględnieniem poradni. Wzór wskaźnika przedstawiony został poniżej:

$$\text{wskaźnik konkurencyjności} = \frac{\text{suma poradni w jednostce} \cdot \text{współczynnik wielkości kontraktu z NFZ}}{\text{o zbliżonej ofercie do SO w Grajewie} \cdot \text{odległość w kilometrach}}$$

Wykres 10 Wskaźnik konkurencyjności poradni wybranych jednostek do Szpitala Ogólnego w Grajewie



Źródło: opracowanie własne.

Wskaźnik konkurencyjności poradni jest najwyższy dla Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku (1,06). Znajdziemy tu 8 podobnych poradni do Szpitala Ogólnego w Grajewie. Następna jest "PRO-MEDICA" w Elku Sp. z o.o. z 11 podobnymi poradniami (0,79).



Reasumując z analizy przeprowadzonej w tym rozdziale wynika, iż Szpital Ogólny w Grajewie działa w regionie o dość sporym nasyceniu podmiotów leczniczych. Do największych „konkurentów” Szpitala Ogólnego w Grajewie zaliczyć możemy:

- Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku z 8 podobnymi oddziałami, 8 podobnymi poradniami, z kontaktem na ponad 390,3 mln zł (prawie 12 razy większy niż Szpitala Ogólnego w Grajewie), w odległości ok. 88,1 km,
- "PRO-MEDICA" w Elku Sp. z o.o. z 6 podobnymi oddziałami, 11 podobnymi poradniami, z kontaktem na ponad ok. 55,2 mln zł (ponad półtora razy większym niż Szpitala Ogólnego w Grajewie), w odległości ok. 23,0 km,
- Szpital Wojewódzki w Łomży z 11 podobnymi oddziałami, 11 podobnymi poradniami, z kontraktem ok. 114,3 mln zł, oddalony o ok. 67,5 km.

Warto nadmienić, iż z racji bliskiej odległości do ścisłej konkurencji lokalnej należy także zaliczyć 1 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SPZOZ w Lublinie – Filia w Elku z kontraktem ponad 37,3 mln zł w odległość 26 km (5 podobnych oddziałów i 9 podobnych poradni), SP ZOZ w Mońkach z kontraktem ok. 22,3 w odległości 37,8 km (5 podobnych oddziałów i 4 podobne poradni) oraz SP ZOZ w Augustowie z kontraktem blisko 28,7 mln w odległości 45,2 km (8 podobnych oddziałów i 6 podobnych poradni).

Rozważając konkurencyjność Szpitala Ogólnego w Grajewie należy także wspomnieć o wątku medycyny komercyjnej. Trudna sytuacja publicznej ochrony zdrowia powoduje, że pacjenci coraz częściej korzystają z płatnych usług. Dodatkowo rośnie też zamożność i świadomość społeczeństwa, które ceni sobie szybką i kompleksową opiekę. Dlatego warto rozważyć rozszerzenie np. oferty płatnych porad i zabiegów, oraz wprowadzenie pieki abonamentowej lub nawet płatnych przez ubezpieczycieli dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Struktura i zakres tych usług powinny być oczywiście spójne z potrzebami populacji, w której działa Szpital.

1.5. Uwarunkowania prawne

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano najważniejsze z punktu widzenia podmiotów leczniczych akty prawne oraz planowane ich nowelizacje.

1.5.1. Ustawa o działalności leczniczej

1. Raportowanie sytuacji ekonomiczno-finansowej SP ZOZ

Zgodnie z nowelizacją z dnia 15 lipca 2016 r. (art. 53a) kierownicy SP ZOZ-ów są zobowiązani do przedłożenia podmiotowi tworzącemu, po każdym roku funkcjonowania, raport o sytuacji ekonomiczno-finansowej zawierający m.in. wyniki działalności, analizę wskaźnikową, prognozy oraz informacje o istotnych zdarzeniach dotyczących sytuacji ekonomiczno-finansowej.

2. Program naprawczy SP ZOZ

Zgodnie z art. 59 ust. 4 ww. ustawy w przypadku wystąpienia w sprawozdaniu finansowym SP ZOZ straty netto kierownik jednostki jest zobowiązany do sporządzenia i przedstawiania podmiotowi tworzącemu programu naprawczego, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu



do zatwierdzenia sprawozdania finansowego, czyli najpóźniej do 30 września. Program ten powinien dotyczyć okresu nie dłuższego niż kolejne 3 lata działalności i opierać się na sporządzonym wcześniej raporcie o sytuacji ekonomiczno-finansowej SP ZOZ.

Sposób postępowania w przypadku wystąpienia straty w samodzielnym publicznym zakładzie opieki zdrowotnej:

1. zgodnie z art. 59 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej, samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej pokrywa we własnym zakresie stratę netto. Strata pokrywana jest w sposób określony w art. 57 ust. 2 pkt 1) ustawy, tj. z funduszu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej,
2. w przypadku, gdy strata nie może być pokryta przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej we własnym zakresie, zobowiązanym do pokrycia straty jest podmiot tworzący. Zasady pokrycia straty przez podmiot tworzący określa art. 59 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej.

Zgodnie z art. 59 ust. 2 ustawy, jeżeli strata netto za rok obrotowy nie może być pokryta przez samodzielny zakład opieki zdrowotnej oraz po dodaniu kosztów amortyzacji ma wartość ujemną, podmiot tworzący zobowiązany jest:

- a. w terminie 9 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej pokryć stratę netto za rok obrotowy tego zakładu w kwocie, jaka nie może być pokryta we własnym zakresie przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej, jednak nie wyższej niż suma straty netto i kosztów amortyzacji albo
- b. w terminie 12 miesięcy od upływu terminu określonego w lit. a) wydać rozporządzenie, zarządzenie albo podjąć uchwałę o likwidacji samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej

Strata netto i koszty amortyzacji dotyczą roku obrotowego objętego sprawozdaniem finansowym.

3. Inne zmiany wynikające z Ustawy

Nowelizacja z dnia 15 lipca 2016 r. wprowadziła także zakaz zbywania większościowych akcji lub udziałów (co najmniej 51%) w spółkach jednostek samorządu terytorialnego (JST) prowadzących placówki lecznicze. Ma to na celu, wg intencji ustawodawcy niedopuszczenie do utraty kontroli podmiotu tworzącego nad placówką. W praktyce oznacza to brak możliwości prywatyzacji SP ZOZ-ów.

Nowelizacja wprowadziła także zasadę niewypłacania dywidend w spółkach kapitałowych, w których JST posiada ponad 51% udziałów lub akcji.

Niezależnie od formy prawnej podmiotu leczniczego pojawiła się możliwość finansowania i lokalnego kontraktowania przez JST określonych świadczeń opieki zdrowotnej. Nie może jednak dochodzić do podwójnego finansowania tych samych świadczeń gwarantowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i jednostki samorządu terytorialnego.



Kolejną zmianą jest kwestia wyposażenia SP ZOZ w mienie. Ustawa daje swobodę podmiotowi tworzącemu w tym zakresie (szczególnie odnośnie udostępniania nieruchomości). Możliwe jest zatem przekazanie nieruchomości zarówno w nieodpłatne użytkowanie, jak i na własność lub na podstawie innego tytułu prawnego.

Ponadto Ustawa zniósła obowiązek posiadania przez placówki ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. Było to spowodowane ograniczoną ofertą ubezpieczycieli w tym zakresie. Nie zmieniło to natomiast odpowiedzialności z tytułu zdarzeń medycznych.

Z dniem 04 maja 2019 r. ustawą o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) z dnia 21 lutego 2019 r. w ustawie o działalności leczniczej dodano art. 23a, który reguluje zasady monitoringu w podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Zgodnie z treścią art. 23a ustawy:

- „1. Kierownik podmiotu wykonującego działalność leczniczą może określić w regulaminie organizacyjnym sposób obserwacji pomieszczeń:
- 1) ogólnodostępnych, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów lub pracowników pomieszczeń,
 - 2) w których są udzielane świadczenia zdrowotne oraz pobytu pacjentów, w szczególności pokoi łóżkowych, pomieszczeń higieniczno-sanitarnych, przebieralni, szatni, jeżeli wynika to z przepisów odrębnych
- za pomocą urządzeń umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).
2. Nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, zawierające dane osobowe, podmiot wykonujący działalność leczniczą przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały zebrane, i przechowuje przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące od dnia nagrania.
3. Po upływie okresu, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w wyniku monitoringu nagrania obrazu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, o ile przepisy odrębne nie stanowią inaczej”.

Z dniem 06 czerwca 2019 r. ustawą o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw z dnia 26 kwietnia 2019 r. weszła w życie zmiana art. 111a ust. 2, który otrzymał następujące brzmienie:

„2. W przypadku nabycia lub zbycia przez podmiot wykonujący działalność leczniczą produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wbrew zakazowi określonemu w art. 87 ust. 5 lub 5a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, organ prowadzący rejestr, w drodze decyzji, nakłada na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości dwukrotnej wartości nabytych lub zbytych produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności”.

W dniu 01 kwietnia 2019 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 marca 2019 r. Rozporządzenie wydane zostało na podstawie 22 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, które określa szczegółowe wymagania jakie powinny spełniać pomieszczenia i urządzenia w podmiotach leczniczych.



PODSUMOWUJĄC:

Zmiany w *Ustawie o działalności leczniczej* wprowadzone przez *Ustawę o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw z dnia 15 lipca 2016 roku*, narzuciły na podmiot tworzący obowiązek utrzymywania ścisłej kontroli sytuacji finansowej podległych mu podmiotów leczniczych. Kierownicy SP ZOZ zobowiązani są do corocznego przedłożenia raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej (do 31 maja roku następnego), a w przypadku wystąpienia starty netto – programu naprawczego na kolejne trzy lata działalności. Strata pokrywana jest albo z funduszu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub w przypadku, gdy strata nie może być pokryta przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej we własnym zakresie, zobowiązaniem do pokrycia straty jest podmiot tworzący.

W zakresie podmiotów leczniczych działających w formie spółek handlowych pojawił się zakaz zbywania ich pakietów większościowych (51% akcji/udziałów musi pozostać w posiadaniu JST) oraz zakaz wypłacania dywidend.

W dniu 04 maja 2019 r. w ustawie o działalności leczniczej dodano art. 23a, który reguluje zasady monitoringu w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Z dniem 06 czerwca 2019 r. ustawą o zmianie ustawy - *Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw z dnia 26 kwietnia 2019 r.* weszła w życie zmiana (art. 111a ust. 2) umożliwiająca nałożenie kary pieniężnej za zbywanie lub nabywanie środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wbrew zakazowi określonymu w art. 87 ust. 5 lub 5a ustawy z dnia 6 września 2001 r. - *Prawo farmaceutyczne*.

W dniu 01 kwietnia 2019 r. weszło w życie *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 marca 2019 r.*

1.5.2. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Obowiązująca od 2004 roku ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest jednym z podstawowych aktów prawnych regulujących zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce.

Poniżej przytoczono ostatnie, mające duże znaczenie w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia i podmiotów leczniczych zmiany w ustawie.

1. Ustawa o asystentach medycznych

W dniu 23.10.2018 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, umożliwiająca *wystawianie o zwolnień asystentom medycznym*. Nowelizacja odnosi się do m.in. pielęgniarek, ratowników medycznych czy sekretarek medycznych. Zmiana ma na celu zwiększenie czasu przeznaczanego dla pacjenta przez lekarza.



2. Pakiet onkologiczny (szybka terapia onkologiczna)

W dniu 1.01.2015 roku wprowadzony został pakiet ustaw mających na celu sprawne i szybkie przeprowadzenie pacjenta przez poszczególne, kolejne etapy diagnostyki oraz leczenia chorób nowotworowych. Dzięki nim powołano tzw. „kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego” (DiLO)³, upoważniającą do rozpoczęcia terapii maksymalnie w ciągu 7 tygodni (początkowo 9 tygodni), przez osoby, u których lekarz wystosował podejrzenie choroby nowotworowej. Ustawa zniósła limity na diagnostykę i leczenie nowotworów.

Kolejna nowelizacja w postaci *Ustawy z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* weszła w życie w dniu 1.07.2017 r. Główne zmiany w niej zawarte dotyczą:

- skrócenia karty DiLO z 9 do 2 stron (zrezygnowano z danych dotyczących objawów, badań diagnostycznych oraz oceny jakości diagnostyki onkologicznej),
- elektronicznego wypełniania karty DiLO (jako podstawowa forma),
- możliwości wystawienia przez lekarza specjalistę karty DiLO już na etapie podejrzenia choroby, a nie w momencie jej zdiagnozowania,
- zniesienia obowiązku podlegania lekarzy POZ pod wskaźnik rozpoznawania nowotworów powodujący, że po przekroczeniu minimalnej wartości wskaźnika lekarze tracili możliwość wydawania karty DiLO do czasu ukończenia szkolenia z zakresu wczesnego rozpoznawania nowotworów,
- wyznaczenia przez podmiot leczniczy tzw. koordynatora leczenia onkologicznego, informującego pacjenta o ścieżce leczenia. Koordynator zapewnia m.in. współpracę między placówkami w ramach kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi,
- możliwości ogłaszania przez Ministra Zdrowia zaleceń dotyczących diagnostyki i leczenia (w przypadku onkologii zalecenia te będą obligatoryjne) oraz opracowywania mierników oceny prowadzenia diagnostyki i leczenia onkologicznego. Mierniki te szpitale będą mogły wykorzystywać do obliczania wskaźników efektywności diagnostyki i leczenia³.

Przez okres funkcjonowania pakietu onkologicznego pojawiły się też inne trudności, które dotknęły szpitale. Ogólnopolskie Zrzeszenie Publicznych Centrów i Instytutów Onkologicznych podaje, że wprowadzenie pakietu onkologicznego pogorszyło wyniki finansowe lecznic⁴. Proponowane jest wprowadzenie lepszej wyceny procedur oraz stworzenie jednostki koordynującej podmioty w regionach w celu optymalizacji kosztów.

3. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)

Celem wprowadzenia formularza było zapewnienie przejrzystego procesu wydawania opinii o celowości inwestycji w podmiotach leczniczych. Opinie wydawane są przez wojewodę oraz w niektórych przypadkach – Ministra Zdrowia, którzy dzięki kontroli rozwoju potencjału medycznego mogą kontrolować podaż i w ten sposób korelować ją z potrzebami zdrowotnymi.

Zgodnie z art. 95d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych opinię o celowości inwestycji wydaje Wojewoda.

³ <http://dziennikustaw.gov.pl/dw/2017/759/1>

⁴ <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Maciejczyk-pakiet-onkologiczny-pogorszy-l-stan-finansow-szpitali,172962,1.html>



W dniu 13 lipca 2018 r. weszła w życie ustawa z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 11280) zmieniająca przepisy prawa w zakresie Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Aktualnie opinii nie wydaje się w przypadku inwestycji:

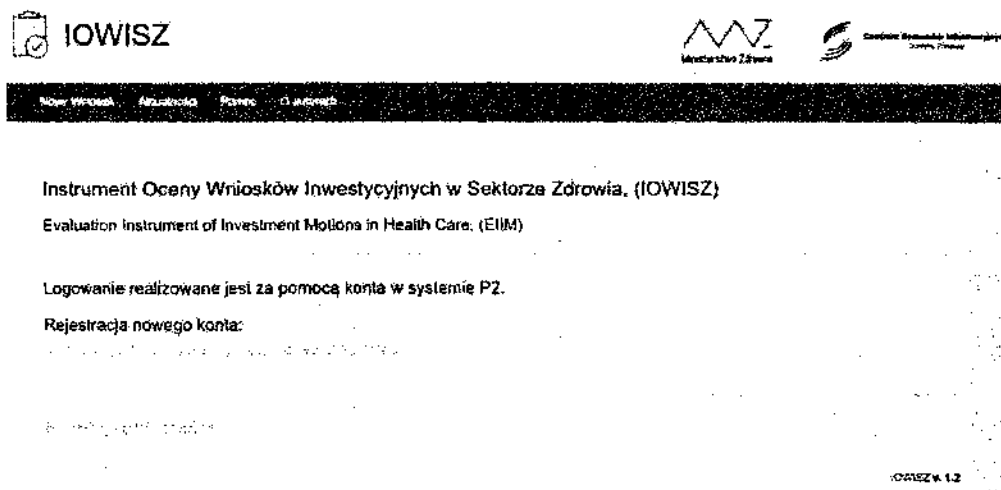
- mających być finansowanych lub współfinansowanych z dotacji w wysokości nie wyższej niż 1 mln zł, uzyskanej przez podmiot leczniczy od podmiotu tworzącego, którym jest Minister Obrony Narodowej albo minister właściwy do spraw wewnętrznych,
- realizowanych na potrzeby obronności lub bezpieczeństwa państwa bez względu na ich wartość.

Opinii nie wydaje się także w odniesieniu do inwestycji realizowanych na rzecz:

- szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- szpitalnych oddziałów ratunkowych dla dzieci;
- centrów urazowych;
- centrów urazowych dla dzieci;
- podmiotów leczniczych prowadzonych w formie jednostek budżetowych lub jednostek wojskowych, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Opinię o celowości inwestycji wydaje się na wniosek podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo podmiotu zamierzającego wykonywać działalność leczniczą.

Rysunek 2 Elektroniczna platforma do składania wniosków IOWISZ



Źródło: <https://iowisz.ezdrowie.gov.pl/RequestUnauthenticated/Add>.

Złożenie wniosku o wydanie opinii o celowości inwestycji podlega opłacie:



- w przypadku inwestycji o wartości poniżej 1,0 mln zł – w wysokości 2 000 zł,
- w przypadku inwestycji o wartości co najmniej 1,0 mln zł:
 - a) jeżeli dotyczy jednej dziedziny medycyny – w wysokości 4 000 zł,
 - b) jeżeli dotyczy kilku dziedzin medycyny – w wysokości określonej w lit. a, powiększonej o 1 000 zł za każdą kolejną dziedzinę medycyny.

4. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Utworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli „sieci szpitali” jest jedną z najistotniejszych, wprowadzonych w ostatnim czasie zmian. Zgodnie z uzasadnieniem do *Ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* celem wprowadzenia tzw. sieci szpitali była poprawa dostępu pacjentów do świadczeń specjalistycznych, w szczególności poprzez zapewnienie kompleksowości i koordynacji świadczeń ambulatoryjnych, szpitalnych i rehabilitacyjnych. Oznacza to, że szpitale zakwalifikowane do sieci mają zapewniać pełną opiekę zdrowotną w całym cyklu leczenia.

W ramach systemu wyodrębnia się sześć poziomów zabezpieczenia świadczeń:

- 1) szpitale I stopnia;
- 2) szpitale II stopnia;
- 3) szpitale III stopnia;
- 4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne;
- 5) szpitale pediatryczne;
- 6) szpitale ogólnopolskie.



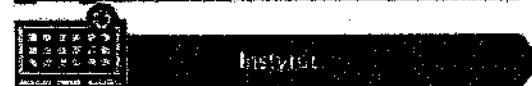
Rysunek 3 Poziomy system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Trzy podstawowe

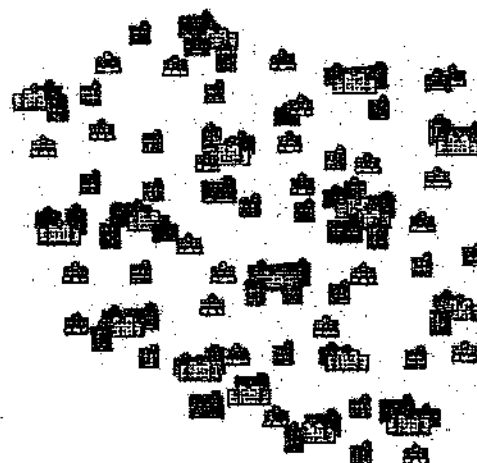
poziomy zabezpieczenia zdrowotnego



Trzy specjalistyczne



Utworzenie sieci szpitali



Źródło: Narodowa Służba Zdrowia - Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce, 2016.

Pierwszy wykaz szpitali zakwalifikowanych do sieci został ogłoszony 27 czerwca 2017 roku i obowiązuje od 01 października 2017 roku do 30 czerwca 2021 roku (był on już jednak kilkakrotnie aktualizowany).

Świadczenia udzielane przez szpital zakwalifikowany do sieci są finansowane w formie *ryczałtu*. Wysokość ryczałtu ustalana jest na okres rozliczeniowy określony w kontrakcie, nie dłuższy niż rok kalendarzowy. Szczegółowy sposób ustalania ryczałtu określił Minister Zdrowia w drodze Rozporządzenia.

Uzupełniająco do wykazu świadczeniodawców ogłaszanych przez wojewódzkie oddziały NFZ są przeprowadzane konkursy ofert i rokowania (założono, że system zabezpieczenia nie pokryje w pełni zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne).

Ustawa zmieniająca wprowadziła również nową regulację dotyczącą *nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej*. Świadczenia z tego zakresu są udzielane w pierwszej kolejności przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu zabezpieczenia, a jedynie subsydiarnie kontraktowane na zasadach konkursowych⁵.

W dniu 26 czerwca 2018 r. weszła w życie *nowelizacja ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych*. Nowelizacja doprecyzowuje sposób rozliczenia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w części ryczałtowej ze szpitalem

⁵<http://www.prezydent.pl/aktualnosci/wydarzenia/art,574,nowelizacja-ustawy-o-swiadczeniach-opieki-zdrowotnej-finansowanych-ze-srodkow-publicznych-z-podpisem-prezydenta-rp.html>.



znajdującym się w „sieci szpitali w przypadku wypowiedzenia i rozwiązania umowy przez jedną ze stron umowy, tj. szpital lub Narodowy Fundusz Zdrowia. Opisywana nowelizacja została wprowadzona ustawą o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 10 maja 2018 r.⁶

Planowane w najbliższym czasie zmiany - szpitale jednoprofilowe (np. ortopedyczne, reumatologiczne) nie będą musiały posiadać punktów nocnej i świątecznej pomocy medycznej, zaś w szpitalach pediatrycznych nocna pomoc dotyczyć będzie jedynie dzieci.⁷

5. Mapy Potrzeb Zdrowotnych – Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych

Mapy potrzeb zdrowotnych to baza regionalnych oraz ogólnopolskich dokumentów dotyczących epidemiologii i zapotrzebowania na poszczególne świadczenia, a także baza analiz systemowych i wdrożeniowych w tym zakresie. Mapy przygotowywane są na podstawie art. 95a ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Celem stworzenia Map potrzeb zdrowotnych było umożliwienie bardziej efektywnego zarządzania środkami publicznymi w ochronie zdrowia. System analiz jest pomocny w podejmowaniu decyzji zarządczych i kreowaniu polityki zdrowotnej w oparciu o pozyskane dane. Mapy pozwalają na przejrzyste i racjonalne planowanie inwestycji przez dysponentów środków publicznych w ochronie zdrowia, zgodnych z potrzebami zdrowotnymi ludności (m.in. według liczby prognozowanych zachorowań na daną jednostkę chorobową w regionie).

Rysunek 4 Rodzaje map potrzeb zdrowotnych

www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl

Mapy potrzeb zdrowotnych - dokumenty



Źródło: <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/mapy-potrzeb-zdrowotnych-dokumenty/>.

⁶<http://prawo.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20180001115>

⁷<https://www.portalsamorzadowy.pl/ochrona-zdrowia/beda-zmiany-w-sieci-szpitali-wiemy-jakie,114153.html>



PODSUMOWUJĄC:

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku była w ostatnim okresie kilkakrotnie nowelizowana. Zmiany dotyczyły obszarów związanych z:

- zwiększeniem zakresu czasu opieki nad pacjentami poprzez pomoc asystentów medycznych,
- szybką terapią onkologiczną (skrócenie diagnostyki i terapii pacjentów z podejrzeniem bądź rozpoznaniem nowotworowym, wprowadzenie koordynatora leczenia onkologicznego, wprowadzenie elektronicznej formy karty DiLO),
- oceną wniosków inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia (IOWISZ) – stworzenie racjonalnej polityki inwestycyjnej opartej o rzeczywiste zapotrzebowanie na danym terenie (Mapy Potrzeb Zdrowotnych - priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej),
- sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych - corocznie ustalany ryczałt dla szpitali zakwalifikowanych do tzw. sieć szpitali.

Oczekujemy również na nowe regulacje prawne związane z rachunkiem kosztów w ochronie zdrowia – powinny wejść w życie 1 stycznia 2020 r, ich projekty były publicznie prezentowane 8 lipca br. (publiczne wysłuchanie projektu).

1.5.3. Regulacja wynagrodzeń w służbie zdrowia

1. Porozumienie ministra zdrowia z lekarzami rezydentami

W dniu 8.02.2018 roku Minister Zdrowia prof. Łukasz Szumowski wypracował porozumienie z lekarzami rezydentami w kwestiach m.in.:

- wyższych wynagrodzeń dla lekarzy rezydentów w zamian za zobowiązanie do pracy w Polsce po zakończeniu specjalizacji przez okres 2 lat,
- zwiększenia corocznego wzrostu nakładów na ochronę zdrowia i szybsze osiągnięcie poziomu finansowania 6% PKB (już w 2024 r.),
- zwiększenia wynagrodzeń lekarzy specjalistów pracujących w jednym szpitalu,
- odbiurokratyzowania szpitali i zwiększenia liczby sekretarek medycznych.

1.1. Rozporządzenie o płacach lekarzy rezydentów

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 września 2018 roku w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentystów odbywających specjalizację w ramach rezydentury obowiązuje z *mocą wsteczną od 1 lipca 2018 roku*.

Wysokość miesięcznego zasadniczego wynagrodzenia lekarzy i stomatologów odbywających specjalizację w trybie rezydentury zależy od dziedziny medycyny i od okresu specjalizacji. Lekarz odbywający rezydenturę w dziedzinie nieokreślonej jako priorytetowa otrzyma miesięcznie 4 tys. zł brutto wynagrodzenia, a w dziedzinie określonej jako priorytetowa – 4,7 tys. zł. Wynagrodzenia te wzrastają od trzeciego roku rezydentury o 500 zł brutto dla specjalizacji określanych jako niepriorytetowe i o 600 zł brutto dla specjalizacji określanych jako priorytetowe – wynoszą wtedy odpowiednio 4,5 tys. zł i 5,3 tys. zł.



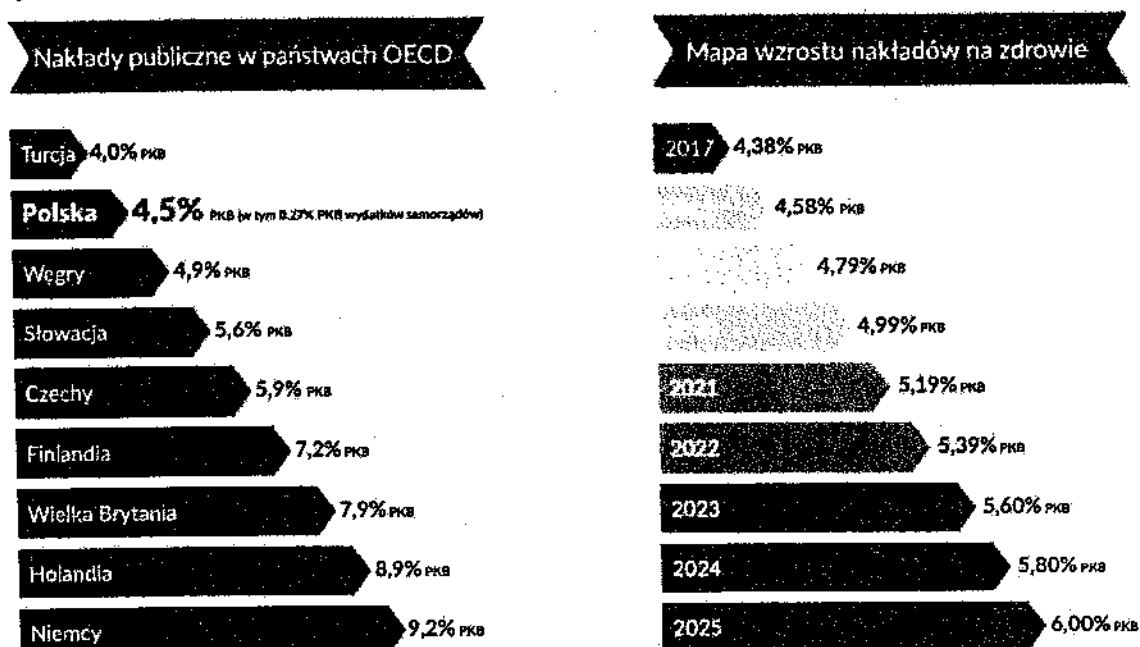
Na liście specjalizacji priorytetowych znalazły się m.in. anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia onkologiczna, chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, hematologia, geriatryka i kardiologia dziecięca.

Rezydentury były i są opłacane z budżetu państwa, jednak dodatkowe dyżury rezydentów dotychczas w całości finansowały szpitale. Po zmianach (Ustawa z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw) MZ pokrywa koszt czterech 10-godzinnych dyżurów w miesiącu na jednego rezydenta.

1.2. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6% PKB w 2025 roku

Zgodnie z ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych planowany jest stopniowy wzrost nakładów finansowych na ochronę zdrowia, rozpoczęty od roku 2018. Do 2025 roku poziom finansowania ma osiągnąć 6% PKB, przybliżając tym samym Polskę do standardów europejskich.

Rysunek 5 Nakłady na ochronę zdrowia do 2025 roku [% PKB]



Źródło: Narodowa Służba Zdrowia - Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce, 2016.

Wzrost nakładów na ochronę zdrowia ze środków Budżetu Państwa daje nadzieję na poprawę sytuacji finansowej szpitali. Zmiany te należy jednak traktować z dużą rezerwą. Nie jest bowiem znana dokładna struktura przeznaczenia tego rodzaju środków, przede wszystkim jaka część nakładów przeznaczona zostanie na podwyżki płac personelu szpitalnego i czy nakłady będą wystarczające na pokrycie stale wzrastających kosztów funkcjonowania placówek medycznych. Niepokoi również brak zdefiniowania konkretnego roku – bazy dla której docelowa wartość ma być osiągnięta – już w pierwszym roku obowiązywania regulacji było to źródłem kontrowersji.



1.3. Podwyżki dla specjalistów

Pod koniec sierpnia 2018 roku weszła w życie nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Nowe przepisy gwarantują podwyżki pensji dla lekarzy specjalistów zatrudnionych w ramach umowy o pracę do poziomu 6 750 zł brutto pod warunkiem, że zdecydują się oni na pracę tylko w jednym szpitalu, finansowanym przez NFZ.

Specjalista zainteresowany wzrostem pensji zobowiązany jest do złożenia u pracodawcy deklaracji zatrudnienia wyłącznie w danej placówce. Dodatkowo, Resort Zdrowia zadeklarował wyrównanie wynagrodzeń specjalistów za ostatnie dwa miesiące (od 1.07.2018 r.), pod warunkiem złożenia stosownych dokumentów.

Wprowadzone zmiany spowodować mogą poważne zagrożenie dla budżetów szpitali. Pochodzenie środków z przeznaczeniem na podwyżki dla specjalistów jest bowiem nadal nieokreślone.

2. Podwyżki dla pielęgniarek i położnych

Realizując Porozumienie z dnia 23 września 2015 roku zawarte pomiędzy Ministrem Zdrowia, Prezesem NFZ oraz Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, a także Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych – Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146 i 1628), zapewniające dodatkowe środki finansowe na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i położne. W ramach przedmiotowego rozporządzenia zapewniono coroczny (do 2019 r.) wzrost średniego miesięcznego wynagrodzenia dla pielęgniarek w wysokości 400 zł rocznie (4 x 400) oraz wprowadzono mechanizm gwarantujący utrzymanie uzyskanych podwyżek po 2019 roku.

W dniu 9 lipca 2018 roku pomiędzy OZZPiP oraz NIPiP a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ zawarto kolejne porozumienie, którego celem było doprowadzenie do sukcesywnego polepszania dotychczasowych warunków pracy i płac pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w Polsce.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 roku w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zapewnia ponadto pielęgniarkom i położnym, wykonującym zawód w ramach jednej z form, o których mowa w art. 19 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 123, 650, 1000, 1515, 1544 i 1629), realizujących świadczenia opieki zdrowotnej, wzrost wynagrodzenia zasadniczego od dnia 1 lipca 2019 roku o kwotę w wysokości nie niższej niż 1 200 zł miesięcznie, przy czym od dnia 1 września 2018 roku o kwotę w wysokości nie niższej niż 1 100 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełen etat pielęgniarki albo położnej.

Wzrost wynagrodzenia zasadniczego sfinansowany ma być przez NFZ. Wzrost ten generuje jednak podniesienie kosztów pochodnych wynagrodzenia podstawowego, wyliczanych na podstawie kwoty bazowej (takich jak: dodatki, wysługa lat itp.). Wiąże się to z koniecznością wygospodarowania przez placówki medyczne dodatkowych środków.



3. Najniższe wynagrodzenie w ochronie zdrowia

Zgodnie z *ustawą o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych*, do 31 grudnia 2021 r. szpitale zobowiązane są do podwyższenia wynagrodzeń zasadniczych pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, których wynagrodzenia zasadnicze są niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego (ustalonego jako iloczyn współczynnika pracy określonego w załączniku do ustawy i kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia brutto w gospodarce narodowej w roku poprzedzającym to ustalenie).

3 900 zł brutto – taka kwota bazowa obowiązywała przy obliczaniu minimalnego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne, zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Od lipca 2019 roku kwota ta wzrosła do **4 200 zł**, zaś od połowy 2020 roku kwotą bazową ma być **przeciętne miesięczne wynagrodzenia brutto** w gospodarce narodowej.

Na dzień 1 lipca 2018 roku wynagrodzenie zasadnicze pracowników wykonujących zawód medyczny oraz pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, podwyższone zostało o co najmniej 20% kwoty stanowiącej różnicę pomiędzy najniższym wynagrodzeniem zasadniczym a wynagrodzeniem zasadniczym tego pracownika. Schemat ten ma zostać zachowany rokrocznie do 1 lipca 2021 r.

Załącznikiem do nowelizacji ustawy są współczynniki pracy grup zawodowych według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku.

4. Dodatki do wynagrodzenia dla ratowników medycznych

Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 12.07.2018 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawiera rozwiązania dotyczące przyznania dodatku dla ratowników medycznych w wysokości **400 zł miesięcznie**, za okres od dnia 1.07.2017 roku do dnia 31.12.2017 roku oraz w wysokości **800 zł miesięcznie**, za okres od dnia 1.01.2018 roku do dnia 31.12.2018 roku, w tym składki na ubezpieczenie społeczne i Fundusz Pracy. Dodatek będzie uwzględniony w kwocie zobowiązania Narodowego Funduszu Zdrowia wynikającej z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ratownicy medyczni otrzymają ww. dodatek udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów w zakresie:

- a) leczenia szpitalnego;
- b) opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w warunkach stacjonarnych lub dziennych;
- c) świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej realizowanych w warunkach stacjonarnych;
- d) opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanych w warunkach stacjonarnych;
- e) świadczeń wyspecjalistycznych.



PODSUMOWUJĄC:

W ostatnim okresie, w obszarze ochrony zdrowia wprowadzonych zostało wiele aktów prawnych regulujących podwyżki płac personelu podmiotów leczniczych. Pozytywną stroną tychże zmian jest poprawa warunków pracy pracowników sektora ochrony zdrowia oraz zwiększenie poziomu satysfakcji z realizowanych zadań zawodowych. Wzrost płac może pozytywnie wpłynąć na zwiększenie liczby potencjalnych pracowników wyspecjalizowanych w zakresie medycyny jak i w pozostałych grupach zawodowych placówek szpitalnych. Negatywnym aspektem regulacji płacowych jest dodatkowe obciążenie kosztowe Szpitali w pewnych składowych wynagrodzeń oraz zwiększenie nakładów pracy działów kadrowych związanych z niedoprecyzowanymi i w niektórych przypadkach działającymi wstecz przepisami wskazującymi sposób wyliczeń podwyżek płac. Choć większość kosztów podwyżek jest refundowana, ale odbywa się to kosztem budżetu NFZ, zmniejszając środki na zakup świadczeń medycznych. Tym samym w systemie ochrony zdrowia zwiększa się sfera zależna od centralnie podejmowanych decyzji, a zmniejsza obszar działający na zasadzie transakcyjności.

1.5.4. E-zdrowie

Do zarządzania projektami informatycznymi Ministerstwo Zdrowia powołało Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia (Zarządzenie Ministra Zdrowia w sprawie Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 roku (Dz. Urz. Min. Zdrow. Nr 9, poz. 56). Centrum „odpowiada za monitorowanie planowanych, budowanych i prowadzonych systemów teleinformatycznych za poziomem centralnym i regionalnym”.

CSIOZ odpowiada więc za e-zdrowie, definiowane przez Komisję Europejską jako narzędzia i usługi wykorzystujące technologie informacyjne i komunikacyjne (TIK), które mogą ulepszyć profilaktykę, diagnostykę, leczenie, monitorowanie i zarządzanie.

Krajowe projekty w ramach e-zdrowia to:

- Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1),
- Platforma Udostępniania On-line Przedsiębiorcom Usług i Zasobów Cyfrowych Rejestrów Medycznych (P2),
- Poprawa jakości zarządzania w ochronie zdrowia poprzez popularyzację wiedzy na temat technologii ICT (P3),
- Dziedziczne, teleinformatyczne systemy informacji w ochronie zdrowia (P4) – w tym system statystyki w ochronie zdrowia⁸.

⁸<http://www.mz.gov.pl/rozwoj-i-inwestycja/informatyzacja-w-ochronie-zdrowia/krajowe-projekty-e-zdrowia/>



Rysunek 6 Projekty realizowane przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia w ramach e-zdrowia



Źródło: <https://www.csioz.gov.pl/>.

1. Ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia

Nowelizacja ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia z dnia 20 lipca 2017 r. określa, iż administratorami danych związanych z rejestrami medycznymi są podmioty, które prowadzą te rejestry. Zgodnie z ustawą, na żądanie Ministra Zdrowia podmioty prowadzące rejestry medyczne zobligowane są do nieodpłatnego przekazywania z nich danych.

Katalog podmiotów, którym powierzono prowadzenie rejestrów medycznych rozszerzono o Narodowy Fundusz Zdrowia będący administratorem danych przetwarzanych w systemie RUM-NFZ. RUM-NFZ jest systemem teleinformatycznym, który m.in. przetwarza dane o udzielonych i planowanych do udzielenia świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. NFZ na wniosek Ministra Zdrowia przekazuje nieodpłatnie dane zawarte w systemie RUM-NFZ.

2. Elektroniczna Dokumentacja Medyczna (EDM)

Obowiązek tworzenie dokumentacji medycznej wynika bezpośrednio z przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustawa ta doprecyzowana została Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania informującego, co stanowi dokumentację medyczną, w jaki sposób powinna być przetwarzana i udostępniana. Digitalizacja dokumentów została wprowadzona poprzez ustawę z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia. Pojawiło się tam również określenie – **elektroniczna dokumentacja medyczna**.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 8 maja 2018 roku w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej zakłada zróżnicowanie terminów wejścia w życie obowiązków związanych z EDM. Stale modyfikowany art. 56 ustawy wprowadza następujące daty:

- a. Od dnia 1 stycznia 2019 roku każdy podmiot leczniczy ma obowiązek prowadzenia e-kartotek pacjenta. Dotyczy to następujących dokumentów:
 - informacja o rozpoznaniu choroby, problemu zdrowotnego lub urazu, wynikach przeprowadzonych badań, przyczynie odmowy przyjęcia do szpitala oraz

50



- udzielonych świadczeniach zdrowotnych i ewentualnych zaleceniach w przypadku odmowy przyjęcia pacjenta do szpitala,
- informacja dla lekarza kierującego świadczeniobiorcę do poradni specjalistycznej lub leczenia szpitalnego o rozpoznaniu, sposobie leczenia, rokowaniu, ordynowanych lekach, środkach spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobach medycznych – w tym okresie ich stosowania i sposobie dawkowania oraz wyznaczonych wizytach kontrolnych,
 - karta informacyjna z leczenia szpitalnego.
- b. Kolejne dokumenty będą wprowadzane sukcesywnie poprzez nowelizację ww. rozporządzenia.
- c. Od dnia 1 stycznia 2020 r. planuje się wprowadzenie obowiązku wystawiania recepty w postaci elektronicznej.
- d. Od dnia 1 stycznia 2021 r. planuje się wprowadzenie obowiązku wystawiania skierowania w postaci elektronicznej oraz wymiany danych przez platformę P1.

Od 2 stycznia 2019r. wszystkie apteki w Polsce zobowiązane są do realizowania recept w formie elektronicznej. Do dnia 31 grudnia 2018 r. wszystkie apteki i punkty apteczne miały obowiązek założyć konto na Platformie P1 (Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych), wygenerować certyfikaty oraz zaktualizować oprogramowanie o moduł e-recepty i zaimportować certyfikaty P1.

E-zwolnienia

Od dnia 1 grudnia 2018 roku lekarze mają obowiązek wystawiania elektronicznych zwolnień. Zmiana ta wynika z nowelizacji ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa.

3. SMS z terminem wizyty

Od połowy 2019 roku Narodowy Fundusz Zdrowia w imieniu świadczeniodawców przypomniał pacjentom SMS-em o wyznaczonym terminie wizyty oraz dzięki specjalnej aplikacji umożliwi jej odwołanie. Rozwiązania są wynikiem projektu ustawy dotyczącej wprowadzenia pilotażu e-skierowania.

Zmiany umożliwią weryfikację faktycznego stanu kolejek i usprawnią proces przyjmowania pacjentów.

4. Karty urodzenia, martwego urodzenia oraz zgonu w formie elektronicznej

Przepisy ustawy z 20 lipca 2017 roku zmieniającej ustawę o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. z 2017 r. poz. 1524), które weszły w życie 15 grudnia 2017 roku dotyczą kart urodzenia, kart martwego urodzenia oraz kart zgonu. Zgodnie z nimi o 5 lat przesunięto termin przekazywania kart w formie dokumentu elektronicznego opatrzonego kwalifikowanym podpisem elektronicznym kierownikowi urzędu stanu cywilnego – z 1 stycznia 2018 roku na 1 stycznia 2023 roku.



PODSUMOWUJĄC:

Z raportu „E-zdrowie oczami Polaków”⁹ dowiadujemy się, że aż 65,2% obywateli uważa, iż cyfryzacja polskiej ochrony zdrowia charakteryzuje się bardzo niskim poziomem. Wprowadzane na bieżąco oraz planowane do realizacji zmiany przyczynią się do usprawnienia polskiego systemu ochrony zdrowia oraz do wzrostu satysfakcji pacjentów z jego funkcjonowania. Warto także nadmienić, iż włożony w rozwój e-medycyny nakład sił i środków, poprzez poprawę konkurencyjności podmiotów elastycznych i nowoczesnych (idących z duchem czasu) pozwoli zwiększyć szansę na utrzymanie, a nawet zwiększenie populacji obsługiwanych pacjentów).

1.5.5. Pozostałe zmiany

1. Koordynowana opieka zdrowotna (KOZ).

Zgodnie z KOZ usługodawcy mają być opłacani nie za pojedyncze świadczenia, a za przeprowadzenie, w tym skoordynowanie procesu diagnostyki i terapii w zdefiniowanym, ogólnie zakresie.

System KOZ działa według dwóch zasad: **stosowności** (dostosowywanie opieki do problemów zdrowotnych pacjenta) oraz **substytucji** (poszukiwanie tańszych i równie skutecznych metod leczenia).

Przemodelowaniu podstawowej opieki zdrowotnej poświęcony jest program opieki koordynowanej **POZ+**. Jest to fragment wieloletniego projektu "Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK-NFZ)". W realizacji projektu współfinansowanego przez Unię Europejską uczestniczą m.in. Bank Światowy, uczelnie medyczne oraz eksperci rynku medycznego.

Pilotaż programu POZ+ już się rozpoczął i bierze w nim udział 45 podmiotów¹⁰. Jego główne założenia to kompleksowa opieka nad pacjentem poprzez rozszerzenie możliwości diagnostycznych, terapeutycznych, konsultacji i finansowania (na niektóre działania będzie dostępna dodatkowa stawka kapitałowa lub finansowanie na zasadzie „fee for service”).

2. Podstawowa opieka zdrowotna

Ustawa z dnia 27 października 2017 roku o *podstawowej opiece zdrowotnej* wprowadziła zmiany w budowaniu zespołu POZ, koordynacji opieki nad pacjentem i systemie jego finansowania. Oprócz wspomnianej opieki koordynowanej i pilotażu programu POZ+ zmiany w ustawie dotyczą wykształcenia kadry medycznej w POZ¹¹.

Nowy model podstawowej opieki zdrowotnej zakłada¹² objęcie każdego pacjenta opieką zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, w którego skład wejdą lekarz POZ, pielęgniarka POZ i położna POZ. Zespół pozostawać będzie w ścisłej współpracy z pozostałymi częściami systemu (w szczególności AOS), również w aspekcie wymiany informacji o stanie zdrowia pacjenta (m.in. w zakresie rozpoznania i sposobu dotychczasowego leczenia).

⁹ http://zdrowastrona.pl/images/articles/Raport_E-Zdrowie.pdf

¹⁰ <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Rusza-pilotaż-programu-POZ-PLUS,185337,1.html>

¹¹ <http://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20170002217>

¹² <https://e-prawnik.pl/informacje/nowy-model-podstawowej-opieki-zdrowotnej-.html>



Ponadto, nowy model POZ wprowadza motywacyjny system finansowania POZ, w którym oprócz stawki kapitałowej mają pojawić się:

1. budżet powierzony, czyli środki przeznaczone na zapewnienie opieki koordynowanej;
2. opłata zadaniowa, czyli dodatkowe środki przeznaczone na zapewnienie profilaktycznej opieki zdrowotnej;
3. dodatek motywacyjny za wynik leczenia i jakość sprawowanej opieki.

Ustawa umożliwi świadczeniobiorcy wybór lekarza, pielęgniarki lub położnej:

- u tego samego świadczeniodawcy,
- u różnych świadczeniodawców, czyli nietworzących zespołu POZ (do dnia 31 grudnia 2024 r.),
- będących świadczeniodawcami, tworzącymi zespół POZ.

3. Normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych

Z dniem 1 stycznia 2019 r. weszło w życie Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 2012). Rozporządzenie to wprowadza minimalne wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek. Regulacje odnoszą się do lecznictwa szpitalnego (dotyczy wymogów kontraktowania świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych).

Wprowadzone zmiany są wynikiem zawartego 9 lipca 2018 r. porozumienia pomiędzy Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych oraz Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ.

Porozumienie zawarte między MZ i NFZ a OZZPiP i NRPiP przewiduje, że od 1 stycznia 2019 roku zostaną wprowadzone nowe normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Ponadto porada pielęgniarska ma stać się świadczeniem gwarantowanym, finansowanym przez NFZ.

Od stycznia 2019 roku minimalny wskaźnik zatrudnienia wynosi 0,6 etatu na łóżko (dla oddziałów o profilu zachowawczym) i 0,7 (dla oddziałów o profilu zabiegowym).

4. Państwowe Ratownictwo Medyczne

Celem nowelizacji ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 10 maja 2018 roku jest restrukturyzacja organizacji PRM, m.in. w zakresie funkcjonowania dyspozytorni medycznych, roli dyspozytora medycznego, możliwości zastosowania nowoczesnych technologii teleinformatycznych w obszarze koordynowania działań poszczególnych uczestników akcji medycznej na miejscu zdarzenia i poza nim, a także funkcjonowania Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM (SWD PRM).

Wojewodowie, tak jak dotychczas, mają zapewniać utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM na terenie województwa. Dyspozytornia medyczna ma stać się komórką organizacyjną urzędu wojewódzkiego, pełniącą rolę ośrodka działania SWD PRM na terenie województwa. Dyspozytorzy medyczni mają być pracownikami urzędów wojewódzkich, zatrudnianymi na



podstawie stosunku pracy. Dyspozytornie medyczne mają pełnić funkcję centrów, wokół których będzie tworzony rejon operacyjny, na który zawierane będą umowy z płatnikiem świadczeń (zgodnie z zasadą jedna dyspozytornia medyczna – jeden rejon operacyjny). Od dnia 1 stycznia 2021 r. na terenie województwa będzie działała jedna dyspozytornia medyczna, tworzona i prowadzona przez wojewodę. Jedynie na terenie województw mazowieckiego i śląskiego działać będą po dwie dyspozytornie medyczne.

Znaczna część regulacji jest rozłożona w czasie i będzie wchodzić w życie stopniowo w latach 2019 – 2020.

5. Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej

Od kilku lat mówi się o konieczności wprowadzenia „Ustawy o jakości w ochronie zdrowia i bezpieczeństwie pacjenta”. Założenia do projektu ustawy ogłoszone na początku 2017 roku spotkały się jednak z dość mocną krytyką różnych środowisk. Tym samym prace nad ustawą nadal trwają i w niedalekim czasie mają zostać poddane konsultacjom publicznym¹³.

6. Ochrona danych osobowych w służbie zdrowia

Z dniem 25 maja 2018 r. weszło w życie Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu tychże danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (zwane dalej RODO). Wprowadziło one nowe rozwiązania w zakresie przetwarzania danych osobowych, w tym danych dotyczących zdrowia. Na podmioty lecznicze nałożony został m.in. obowiązek informacyjny określony w artykule 13 RODO oraz obowiązki związane z wdrożeniem odpowiednich środków zapewniających bezpieczeństwo przetwarzania danych osobowych.

Zgodnie z nową ustawą, administratorzy i podmioty przetwarzające dane osobowe zostali zobowiązani do powołania inspektora ochrony danych najpóźniej do dnia 31 lipca 2018 r. Z kolei ABI, sprawujący tę funkcję przed wejściem w życie ww. ustawy stał się inspektorem ochrony danych i pełni tę funkcję *do dnia 1 września 2018 roku*.

Z uwagi na szczególną specyfikę przetwarzania danych osobowych przez podmioty lecznicze, na podstawie artykułu 40 RODO przygotowany został *projekt Kodeksu postępowania dla sektora ochrony zdrowia*. Kodeks przygotowany został we współpracy wielu instytucji, w tym podmiotów z sektora ochrony zdrowia.

Celem Kodeksu jest zapewnienie adekwatnego poziomu ochrony Pacjentów, w związku z przetwarzaniem ich danych osobowych z uwzględnieniem ochrony zdrowia i życia Pacjentów będących dobrami nadrzędnymi (pkt 1.1. Kodeksu). Kodeks zawiera zbiór zasad zgodnych z RODO i ustawodawstwem krajowym w zakresie podnoszenia poziomu ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych. Istotnym jest, że stosowanie Kodeksu postępowania przez podmioty lecznicze stanowiło będzie okoliczność potwierdzającą wywiązywanie się z obowiązków nałożonych przez RODO na administratorów danych oraz podmioty przetwarzające, które działają na rynku podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Kodeks służy tym samym realizacji zasady rozliczalności (pkt 1.3. Kodeksu). Po zatwierdzeniu Kodeksu przez Urząd Ochrony Danych

¹³<http://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/MZ-projekt-ustawy-o-jakosci-w-ochronie-zdrowia-powstanie-do-konca-roku,184476,2.html>



zostanie podany do wiadomości publicznej i będzie mógł stanowić wiążące wytyczne w zakresie zasad przetwarzania danych osobowych przez podmioty lecznicze.

Aktualna wersja Kodeksu wraz z wnioskiem o jego zatwierdzenie dostępna jest na stronie: www.rodowzdrowiu.pl

Niezależnie od wyżej oznaczonego Kodeksu postępowania Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Cyfryzacji wydały "Przewodnik po RODO dla służby zdrowia", który zawiera ogólne wytyczne w zakresie związanym z przetwarzaniem danych osobowych pacjentów przez podmioty lecznicze, głównie przez szpitale. Poradnik ma jednak charakter ogólny i nie stanowi Kodeksu postępowania w rozumieniu artykułu 40 RODO.

7. Fizjoterapeuci

Z dniem 31 maja 2018 r. upłynął okres przejściowy, do którego fizjoterapeuci zobowiązani byli do dokonania wpisu w Krajowym Rejestrze Fizjoterapeutów. Od dnia 1 czerwca 2018 roku osoby udzielające świadczeń z zakresu fizjoterapii nie mogą być zatrudniane oraz nie mogą prowadzić działalności gospodarczej w tym kierunku, jeżeli nie zostały wpisane do w/w Rejestru.

1 lipca 2018 roku weszła w życie ustawa z dnia 9 maja 2018 roku o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz.U. z 2018 r. poz. 932), dzięki której osoby niepełnosprawne zyskały deklaratorywnie nielimitowany dostęp do fizjoterapeutów. Ponadto, po okresie wakacyjnym uruchomiono pilotaż nowego modelu opieki, polegający na likwidacji skierowań dla osób cierpiących na dolegliwości bólowe lub choroby przewlekłe.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. 2396), od 01.01.2019 r. fizjoterapeuci mogą samodzielnie badać pacjenta i planować jego terapię. Rozwiązanie to ma na celu skrócenie kolejek i usprawnienie systemu z korzyścią dla chorych.

8. Rejestr podmiotów leczniczych

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 lipca 2017 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru poszerza zakres danych, jakie podmioty wykonujące działalność leczniczą muszą zgłaszać. Dane dotyczą m.in. informacji o zakwalifikowaniu podmiotu leczniczego do sieci szpitali (PSZ) czy dotyczącej posiadanych certyfikatów.

Podmioty wykonujące działalność leczniczą miały dostosować wpisy w księgach rejestrowych do nowych wymagań w ciągu 12 miesięcy od dnia wejścia w życie tego rozporządzenia, czyli do 18 września 2018 roku.



9. Odpady medyczne

W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 5 października 2017 roku w sprawie *szczegółowego sposobu postępowania z odpadami medycznymi* (Dz.U. z 2017 r. poz. 1975) doprecyzowano m.in. sposób gromadzenia odpadów medycznych. Odpady medyczne gromadzić należy w pojemnikach lub workach, w miejscu ich powstawania oraz wstępnie magazynować, uwzględniając właściwości, sposób unieszkodliwiania lub odzysku tychże odpadów.

Zrezygnowano z wymogu *nieprzezroczystości worków* do zbierania odpadów medycznych w miejscach powstawania.

Wprowadzono również zmiany w zakresie *oznakowania identyfikującego pojemnik lub worek z odpadami medycznymi*. Obecnie należy dodatkowo wskazać również nazwę wytwórcy odpadów medycznych, numer REGON wytwórcy odpadów medycznych, numer księgi rejestrowej wytwórcy odpadów medycznych w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z podaniem organu rejestrowego, datę i godzinę otwarcia, czyli rozpoczęcia użytkowania oraz godzinę zamknięcia.

W przypadku wysoce zakaźnych odpadów medycznych pojemnik trzeba oznaczać dodatkowo *znakiem ostrzegającym* przed zagrożeniem biologicznym oraz poniżej umieszcza się napis „materiał zakaźny dla ludzi”.

Przepisy nowego rozporządzenia rozszerzyły także wymogi względem pomieszczenia oraz przenośnego urządzenia chłodniczego służącego do wstępnego magazynowania odpadów medycznych. Precyzują również wymogi dotyczące utrzymania w czystości miejsc służących do wstępnego magazynowania odpadów medycznych.

10. Nowe zasady dostępu do dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta

Z dniem 9 lutego 2019 roku weszły w życie nowe zasady dotyczące udostępniania dokumentacji medycznej po śmierci pacjenta. Na podstawie dotychczasowych przepisów po śmierci pacjenta dokumentacja medyczna mogła być udostępniana wyłącznie osobie upoważnionej przez pacjenta za życia lub osobie, która w chwili zgonu pacjenta była jego przedstawicielem ustawowym. Od dnia wejścia w życie omawianych zmian dostęp do dokumentacji medycznej będzie mogła uzyskać także osoba bliska zmarłego pacjenta (małżonek, krewny do drugiego stopnia lub powinowaty do drugiego stopnia w linii prostej, przedstawiciel ustawowy, osoba pozostająca we wspólnym pożyciu lub osoba wskazana przez pacjenta), chyba że udostępnieniu sprzeciwi się inna osoba bliska lub sprzeciwił się temu pacjent za życia.

Spór pomiędzy osobami bliskimi będzie rozstrzygał sąd w postępowaniu nieprocesowym. Zainicjować będzie go mogła zainteresowana osoba bliska, a także osoba wykonująca zawód medyczny. Osoba wykonująca zawód medyczny będzie mogła wystąpić z wnioskiem do sądu również w przypadku uzasadnionych wątpliwości czy osoba występująca o udostępnienie dokumentacji lub sprzeciwiająca się jej udostępnieniu jest osobą bliską.

Sprzeciw pacjenta co do udostępniania dokumentacji medycznej po jego śmierci nie będzie bezwzględny. Będzie mógł on być przełamany w dwóch sytuacjach – jeżeli jest to niezbędne:

- 1) w celu dochodzenia odszkodowania lub zadośćuczynienia z tytułu śmierci pacjenta;



2) dla ochrony życia lub zdrowia osoby bliskiej.

O powyższym także zadecyduje sąd w postępowaniu nieprocesowym (na wniosek osoby bliskiej). Sąd może wyrazić zgodę na udostępnienie dokumentacji medycznej i określić zakres jej udostępnienia.

11. Opłaty od rodziców

Od 3 lipca 2019 roku, w wyniku nowelizacji ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, szpitale nie mogą pobierać opłat od rodziców i opiekunów, którzy zostają z chorymi dziećmi.

PODSUMOWUJĄC:

Od kilku lat obserwujemy powrót do scentralizowanego modelu zarządzania ochroną zdrowia, w którym prymat wiodą szpitale publiczne zakwalifikowane do PSZ. NFZ odchodzi od finansowania pojedynczych usług na rzecz ryczału oraz zapowiada szersze wdrożenie opieki koordynowanej zapewniającej kompleksową opiekę nad pacjentem.

Warunki systemowo-prawne funkcjonowania jednostek medycznych, w tym szpitali ulegają dynamicznym zmianom. Nie ułatwia to klerowania podmiotami medycznymi, tym bardziej, że ochrona zdrowia jest materią delikatną, potrzebującą stabilizacji i długoterminowego, strategicznego podejścia.

Funkcjonowanie w zmiennych warunkach wymaga nieustannego kontrolowania wydawanych aktów prawnych i bieżącego śledzenia sytuacji na rynku ochrony zdrowia. Narzuca również szereg zmian w zarządzaniu i kontrolingu placówkami medycznymi, motywując to chęcią zwiększania ich efektywności.



2. Organizacja

2.1. Dokumenty statutowe

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie, zwany Szpitalem Ogólnym jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą – ma formę prawną **samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej**. Działa na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej, a także innych przepisów dotyczących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej oraz w oparciu o Statut i Regulamin Organizacyjny.

Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej Statut Szpitala Ogólnego w Grajewie zawiera m.in. takie elementy jak:

- nazwę, siedzibę i obszar działania Szpitala,
- cele i zadania Szpitala,
- strukturę organizacyjną Szpitala,
- organy Szpitala,
- gospodarkę finansową.

Regulamin Organizacyjny Szpitala Ogólnego w Grajewie jest wewnętrznym aktem normatywnym określającym sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych przez podmiot leczniczy. Zawiera on następujące zagadnienia:

- firmę, cele i zadania Szpitala,
- strukturę organizacyjną,
- zasady zarządzania,
- zarządzanie jakością,
- ramowe zakresy czynności, obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności,
- organizację i zadania komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy działalności podstawowej,
- organizację i zadania komórek organizacyjnych i samodzielnych stanowisk pracy oraz funkcji działalności pomocniczej: administracyjnej, ekonomicznej i gospodarczo-eksploatacyjnej,
- zakres, rodzaj i zasady udzielania świadczeń zdrowotnych,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia zamkniętego,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji leczniczej,,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki,
- pobierane opłaty,
- prawa pacjenta.

Regulamin organizacyjny musi odpowiadać wymogom określonym w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Przepis ten wskazuje na elementy konieczne, jakie muszą się znaleźć w regulaminie. Katalog ten jest otwarty i wymienia niezbędne elementy jedynie przykładowo, co oznacza, iż każdy podmiot, wedle własnych potrzeb, może dodatkowo



unormować w regulaminie inne kwestie istotne z punktu widzenia jego działalności. Jedynym warunkiem jest, aby zapisy regulaminu nie były sprzeczne z zasadami prowadzenia działalności leczniczej określonymi w powszechnie obowiązujących przepisach oraz nie naruszały praw pacjenta. Niezbędne minimum, jakie musi określać regulamin podmiotu leczniczego, to m.in.: firma podmiotu, cele i zadania podmiotu, struktura organizacyjna. Wg ustawy o działalności leczniczej Regulamin Organizacyjny Szpitala w Grajewie zawiera niezbędne minimum z tego zakresu.

Podmiotem tworzącym dla Szpitala jest Powiat Grajewski.

Siedzibą Szpitala Ogólnego jest miasto Grajewo, ul. Konstytucji 3 Maja 34.

Organem inicjującym i opiniodawczym Rady Powiatu Grajewskiego jest Rada Społeczna, która jest organem doradczym Dyrektora.

Podstawowym celem Szpitala Ogólnego jest udzielanie stacjonarnych całodobowych świadczeń zdrowotnych szpitalnych i innych niż szpitalne, udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych oraz promocja zdrowia.

W skład Szpitala wchodzi następujące przedsiębiorstwa (zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku):

- Przedsiębiorstwo Opieki Szpitalnej,
- Przedsiębiorstwo Opieki Ambulatoryjnej.

2.2. Struktura organizacyjna

Każdy szpital pod względem organizacyjnym jest organizmem złożonym. Struktura organizacyjna w każdej organizacji powinna pełnić funkcje regulacyjne. Kształtuje ona ład wewnętrzny w jednostce poprzez określenie miejsca dla każdego z pracowników w systemie organizacyjnym, a także umożliwia wyznaczenie pożądaných sposobów działania.

Ułożona w odpowiedni sposób struktura organizacyjna nie tylko porządkuje i scala wszystkie elementy organizacji, ale przede wszystkim umożliwia sprawne zarządzanie złożoną całością danej placówki.

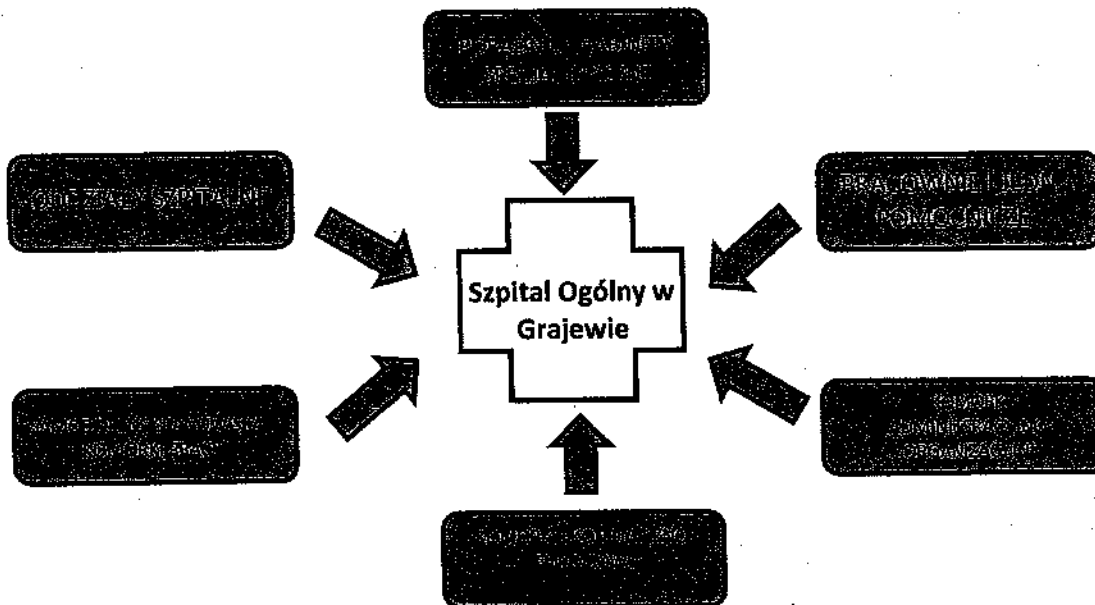
Struktura organizacyjna Szpitala Ogólnego w Grajewie jest odzwierciedleniem organizacji pracy, specjalizacji i współdziałania komórek organizacyjnych. Tworzą ją:

- oddziały szpitalne,
- poradnie specjalistyczne,
- zakłady i pracownie diagnostyczne,
- komórki i stanowiska usługowe niemedyce:
 - komórki ekonomiczno-finansowe,
 - komórki administracyjno-organizacyjne,
 - komórki techniczno-eksploatacyjne,
 - samodzielne stanowiska pracy.



Przedstawia to schemat poniżej.

Rysunek 7 Elementy tworzące strukturę organizacyjną w Szpitalu Ogólnym w Grajewie



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Strukturę organizacyjną Szpitala tworzą komórki organizacyjne prowadzące działalność medyczną, komórki organizacyjne prowadzące obsługę finansową, administracyjną i techniczną oraz samodzielne stanowiska pracy. Wyróżnić można następujące elementy struktury organizacyjnej:

- pion organizacyjny, czyli zespół komórek organizacyjnych wyodrębniony, bez względu na ich liczebność i dalszy podział, w celu realizowania zadań i funkcji Szpitala o znacznym stopniu koniecznej koncentracji lub szczególnym ich znaczeniu dla funkcjonowania i rozwoju Szpitala;
- komórkę organizacyjną, czyli wyodrębniony dla realizacji określonego zadania lub funkcji stały zespół pracowników i środków materialnych ujęty w strukturze organizacyjnej Szpitala.
- zakresy odpowiedzialności kierowników pionów i komórek organizacyjnych, równocześnie definiujące zadania poszczególnych elementów struktury oraz zasady współdziałania między nimi

Poniżej przedstawiono wykaz jednostek organizacyjnych, wraz z poszczególnymi komórkami organizacyjnymi – zarówno należącymi do działalności podstawowej, jak i pomocniczej, składającymi się na cały Szpital, wyszczególnionymi w Regulaminie Organizacyjnym Szpitala. Kolorem czerwonym dokonano aktualizacji struktury organizacyjnej, pozostałe analizy w części audytowej pozostały bez zmian:

W skład Szpitala w Grajewie wchodzi następujące jednostki i komórki organizacyjne:

I. OPIEKA SZPITALNA



1. Szpital:

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Oddział Chirurgii Ogólnej
- Pododdział Chirurgii Dziecięcej – zamknięty z dniem 16.01.2020r.,
- Oddział Internistyczno-Kardiologiczny -
- Pododdział dla Przewlekłe Chorych – został zlikwidowany 28.02.2019r,
- Oddział Dziecięcy,
- Oddział Położniczo-Ginekologiczny,
- Pododdział Noworodkowy,
- Blok Porodowy,
- Oddział Obserwacyjno-Zakaźny,
- Oddział Psychiatryczny,
- Izba Przyjęć Oddziału Psychiatrycznego, komórka wydzielona ze struktur oddziału psychiatrycznego 01.07.2018r
- Oddział Rehabilitacji,
- Blok Operacyjny z Salą Operacyjną Bloku Porodowego,
- Szpitalny Oddział Ratunkowy,
- Centralna Izba Przyjęć,
- Prosektorium,
- Apteka Szpitalna,
- Sterylizatornia,
- Oddział Urazowo-Ortopedyczny,
- Pracownia Zabiegowa Angiografii, komórka utworzona 06.03.2019r.

2. Laboratorium Analityczne:

- Punkt Pobrań,
- Pracownia Biochemii i Immunologii,
- Pracownia Hematologii i Koagulologii,
- Pracownia Analityki Ogólnej,
- Pracownia Serologii z Bankiem Krwi,
- Pracownia Cytologii Ginekologicznej;

3. Laboratorium Mikrobiologiczne:

- Pracownia Ogólna,
- Pracownia Jelitowa,
- Pracownia Chorób Infekcyjnych;

4. Zakład Diagnostyki Obrazowej:

- Pracownia RTG,
- Pracownia USG,
- Pracownia Endoskopii,
- Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej.

II. OPIEKA AMBULATORYJNA:

1. Zespół Poradni Specjalistycznych:

- Poradnia Alergologiczna,
- Poradnia Kardiologiczna,
- Poradnia Nefrologiczna – nie funkcjonuje, brak kontraktu



- Poradnia Dermatologiczna,
- Poradnia Neurologiczna,
- Poradnia Chorób Zakaźnych,
- Poradnia Ginekologiczna,
- Poradnia Chirurgii Ogólnej,
- Poradnia Chirurgii Dziecięcej,
- Poradnia Medycyny Pracy,
- Poradnia Okulistyczna,
- Poradnia Otolaryngologiczna,
- Poradnia Rehabilitacji,
- Poradnia Leczenia Uzależnień – nie funkcjonuje brak kontraktu planowane pozyskanie kontraktu
- Poradnia Diabetologiczna,
- Poradnia Preluksacyjna,
- Poradnia Medycyny Sportowej,
- Poradnia Ortopedyczna, komórka otworzona 2015-09-28 z kontraktem
- Gabinet Pielęgnacyjnej Opieki Długoterminowej, nie funkcjonuje – brak kontraktu
- Ambulatorium Ogólne,
- Centralna Rejestracja,
- Gabinet Zabiegowy Poradni Chirurgicznych, punkty od tego do Poradni Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej funkcjonują w strukturach szpitala od 2013 roku (NPL od 2017r.)
- Gabinet Zabiegowy Poradni Otolaryngologicznej,
- Gabinet Zabiegowy Poradni Dermatologicznej,
- Gabinet Zabiegowy Poradni Okulistycznej,
- Gabinet Zabiegowy Poradni Ginekologicznej,
- Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
- Poradnia Zdrowia Psychicznego,
- Oddział Dzienny Psychiatryczny, komórka utworzona przy rozpoczęciu programu pilotażowego Centrum Zdrowia Psychicznego 01.07.2018r.
- Zespół Leczenia Środowiskowego, komórka utworzona przy rozpoczęciu programu pilotażowego Centrum Zdrowia Psychicznego 01.07.2018r.
- Poradnia Pediatria, utworzona 02.09.2019r z kontraktem
- Poradnia Chorób Wewnętrznych. utworzona 02.09.2019r bez kontraktu Szpital będzie starał się o uzyskanie kontraktu na komórkę

2. Zakład Rehabilitacji Leczniczej:

- Dział Fizjoterapii, z Pracowniami:
 - Fizykoterapii,
 - Kinezyterapii,
 - Hydroterapii,
- Dział Masażu Ręcznego.

III. NIEMEDYCZNE:

- Dział Metodyczno-Organizacyjny z Rejestrem Usług Medycznych,



- Sekretariat Dyrektora,
- Dział Kadrowo – Płacowy,
- Dział Finansowo – Księgowy,
- Dział Techniczno – Eksploatacyjny,
- Dział Utrzymania Czystości,
- Pralnia,
- stanowiska samodzielne:
 - Zastępcy Dyrektora do Spraw Lecznictwa albo Zastępcy Dyrektora do Spraw Techniczno- Eksploatacyjnych albo Zastępcy Dyrektora do Spraw Ekonomicznych,
 - Naczelnej Pielęgniarki,
 - Głównego Księgowego,
 - Inspektora do Spraw BHP,
 - Inspektora Ochrony Przeciwpowodźkowej,
 - Inspektora do Spraw Obrony Cywilnej,
 - Pielęgniarki Epidemiologicznej,
 - Kapelana Szpitalnego,
- funkcje:
 - Administratora Bezpieczeństwa Danych,
 - Pełnomocnika do Spraw Informacji Niejawnych,
 - Koordynatora do Spraw Jakości,
 - Lekarza Transfuzjonisty,
 - Lekarza Epidemiologa,
 - Rzecznika Praw Pacjenta.

Wykaz komórek zawarty w Regulaminie Organizacyjnym zawiera komórki, które w Szpitalu nie funkcjonują. Należałoby uaktualnić ten wykaz. Szpitala w Grajewie nie przedstawił audytorom schematu organizacyjnego.

Ze względu na spiętrzenie i rozpiętość kierowania strukturą organizacyjną Szpitala można określić, jako stosunkowo płaską, charakteryzującą się małym spiętrzeniem kierowania – małą liczbę szczebli kierowania przy stosunkowo dużej liczbie rozpiętości kierowania.

Do zalet takiej struktury zaliczyć można:

- krótkie drogi i czas przepływu informacji w kierunku pionowym,
- mniejsze zniekształcenie przekazywanych informacji,
- pełniejsze wykorzystanie kadry kierowniczej,
- łatwiejsza koordynacja pionowa,
- lepsze warunki do decentralizowania decyzji.

Wadą z kolei mogą być:

- trudności w koordynacji poziomej (nawet w ramach jednej komórki organizacyjnej),
- brak większych rezerw kadry kierowniczej (ze względu na pełne wykorzystanie kierowników),
- mniejsze możliwości wykorzystania awansów pionowych, jako elementu motywacji.



Efektywna struktura organizacyjna musi spełnić szereg funkcji i uwzględniać wiele wymogów. Przede wszystkim powinna ona:

- zapewnić efektywną realizację celów Szpitala.
- wynikać ze strategii organizacji i być do niej dostosowana,
- uwzględniać specyfikę procesów wykonawczych,
- stanowić ramy działań organizacyjnych (wykonawczych i zarządczych),
- regulować działania poszczególnych pracowników i zespołów,
- umożliwić osiągnięcie określonego poziomu realizacji potrzeb pracowników.

Elementem struktury organizacyjnej jednostki, uściślającymi obszary działania poszczególnych jednostek organizacyjnych, są karty stanowiskowe, nazywane tu „Zakresami obowiązków” lub „Zakresami czynności”. Określają one m.in. usytuowanie poszczególnych kierowników w organizacji i definiują ich obszar działania. Przeanalizowano karty stanowiskowe dla kluczowych funkcji kierowniczych w szpitalu. Poniżej krótka charakterystyka wyniku ich przeglądu.

Z-ca dyrektora ds. lecznictwa – generalnie jego zadaniem, w myśl zawartej z nim umowy, jest prowadzenie polityki kadrowej w odniesieniu do personelu medycznego oraz zapewnienie bezpieczeństwa ludzi i mienia. Dodatkowo ma nadzorować realizację obowiązujących procedur i prawidłowe wykorzystywanie zasobów.

Nie ma tu nic o odpowiedzialności za zarządzanie i organizację przebiegu diagnostyki i świadczeń medycznych ani za realizację kontraktów z NFZ. Nie ma też ani słowa o odpowiedzialności za efekty ekonomiczne realizowanych w obszarze działalności medycznej procesów.

Kierownik oddziału / ordynator – jest pracownikiem, któremu powierza się przede wszystkim zadania wypełniania procedur administracyjnych i koordynowania pracy podległych pracowników. Nie ma ani słowa o zarządzanych procesach ani o efektach funkcjonowania podległego zespołu i komórki organizacyjnej. W swojej istocie jego kompetencje są sprowadzone do „zapewnienia planowej i zorganizowanej pracy podległego oddziału zgodnie z posiadanymi uprawnieniami i przydzielonymi do dyspozycji środkami”. Tak sformułowane zadanie całkowicie zdejmuje z niego odpowiedzialność za skutki działalności oddziału.

Brakuje tu, jak się wydaje, zdefiniowania, kto jest jego pracownikiem (czy pielęgniarki też), jaka jest jego relacja do zadań wynikających z kontraktów z NFZ i do efektów finansowych.

Pielęgniarka oddziałowa – zgodnie z przedstawionym zakresem obowiązków i uprawnień jest pierwszym menadżerem na oddziale. Ma jasno sformułowane zadania i odpowiedzialność za efekty działalności oddziału w zakresie administracyjnego funkcjonowania oraz obsługi pielęgniarskiej. Podlegają jej wszyscy pracownicy z sekretarkami włącznie. O lekarzach dokument nic nie mówi poza ich prawem do otrzymywania informacji. Podlega służbowo pielęgniarce naczelnej, a w zakresie wykonywanych czynności leczniczych i diagnostycznych ordynatorowi.

Brak jest zdefiniowania co to znaczy podległość służbowa i jak ma wyglądać jej zarządzanie na oddziale w obszarach organizacyjnym, technicznym, administracyjnym w którym nie podlega ordynatorowi, jak to się ma do odpowiedzialności za funkcjonowanie oddziału.



Naczelną Pielęgniarka - Dokumenty definiują jej zadania, oprócz sferą pielęgniarską także zadaniami związanymi z realizacją zadań związanych z polityką kadrową wśród średniego i wyższego personelu medycznego (kolizja z kompetencjami Z-cy ds. leczenia) oraz z uczestniczy w planowaniu wyposażenia oddziałów i stanowisk pracy (kompetencje ordynatorów). W swojej treści karta stanowiskowa, poza elementami wymienionymi powyżej, koncentruje się wyraźnie na kompleksowych zadaniach, lecz ograniczonych wyraźnie do środowiska pielęgniarskiego. Biorąc pod uwagę, że zarządza prawie ¾ stanu zatrudnienia i w świetle powyższych zapisów można odnieść wrażenie, że lekarze są grupą pracowników poruszających się po szpitalu bez określonych reguł i sprecyzowanych celów i zadań zarządczych.

Dodatkowo można zanotować, że zakres odpowiedzialności Kierownika Działu Gospodarczo-Technicznego został zdefiniowany i ograniczony do asd zdefiniowanych przez Kodeks Pracy i odpowiedzialności za szkody wyrządzone zakładowi pracy.

Poza strukturami obejmującymi komórki medyczne szpital realizuje inne procesy, które są niezbędne do jego funkcjonowania. Do najważniejszych należą:

- obsługa pobytowa pacjentów, obejmujące zapewnienie łóżek, materacy, pościeli, wyżywienia i zaspokojenie innych potrzeb bytowych oraz utrzymanie czystości;
- eksploatacja i utrzymanie obiektów oraz infrastruktury technicznej Szpitala, obejmujące zarządzanie powierzchnią obiektów szpitalnych, zapewnienie dostaw mediów i energii, naprawy, remonty oraz nowe inwestycje techniczne;
- organizacja logistyki i zaopatrzenia (procesy te nie obejmują komórki tzw. zamówień publicznych, której funkcje postrzegane są raczej jako doradcze i kontrolne).

W zakresach obowiązków najważniejszych z członków kadry kierowniczej brak zapisów na wyżej wymieniona tematy.

Informacje o funkcjonowaniu Regulaminu zostały uzupełnione o spostrzeżenia uzyskane podczas spotkań i kontaktów bezpośrednich audytorów z kadrami Szpitala.

Podsumowując można stwierdzić, że w dokumentach organizacyjnych Szpitala nie określono, jak się wydaje, odpowiedzialnych za sprawność i efekty realizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach, poradniach i pracowniach diagnostycznych.

Na podstawie analizy przedstawionych dokumentów organizacyjnych Szpitala Ogólnego w Grajewie można wyciągnąć wniosek, że nie odzwierciedlają faktycznego sposobu zarządzania jednostką. Taki stan organizacji może tworzyć chaos organizacyjny i zdejmuje z przedstawicieli kadry kierowniczej poczucie odpowiedzialności za skutki działań menadżerskich.

Na podstawie przeprowadzonej analizy nasuwają się następujące wnioski:

1. Aktualizacji wymaga regulamin organizacyjny i zakresy odpowiedzialności poszczególnych kierowników
2. Uporządkowania wymaga lista realizowanych przez Szpital procesów i podporządkowanie ich konkretnym komórkom organizacyjnym



3. Wydaje się konieczne doprecyzowanie i wyraźne rozgraniczenie zakresów odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi obszarami zarządczymi (gdy kilka osób odpowiada za to samo, to de facto nie odpowiada nikt),
4. Warto rozważyć uzupełnienie zakresów czynności o zarządzanie kosztami i odpowiedzialności za efekty ekonomiczne działalności komórki,
5. Wyjaśnienia wymaga rola, kształt i umiejscowienie w strukturze pionu Naczelnej Pielęgniarki. Wyzwaniem będzie tu niewątpliwie ustalenie rozdziału odpowiedzialności za realizację świadczeń zdrowotnych pomiędzy kierownikami oddziałów a Pielęgniarką Naczelną.
6. Warto rozważyć także faktyczne zwiększenie roli pielęgniarek w zarządzaniu jednostek szpitalnych – na przestrzeni lat rola i pozycja pielęgniarek w organizacji świadczeń leczniczych ulega gruntownym przemianom, od funkcji posługowych stały się obecnie partnerami w procesach zarządczych, a kierunek zmian na przyszłość idzie jeszcze dalej, do przejmowania funkcji kierowniczych w organizacji opieki medycznej – warto aby regulamin nie konserwował zaprzyszłych relacji, a wybiegał także w przyszłość.

Istotną dla Szpitala przestrzenią zarządczą są relacje pomiędzy kierownikami oddziałów – lekarzami, a pionem pielęgniarskimi. Można przyjąć, że kierowanie większością procesów wspierających leczenie w oddziałach szpitalnych powierza się obecnie pielęgniarkom oddziałowym, jak to ma miejsce w niektórych krajach, a i u nas zaczyna być coraz bardziej popularne. Jednak tradycje i nawyki polskiej służby zdrowia przyznają kierownictwo, także administracyjne, lekarzom. Takie obszary jak stan higieny, stan techniczny urządzeń i instalacji na oddziale czy gospodarka materiałami medycznymi przestają absorbować lekarzy. Dlatego, współczesne procedury zarządcze powinny bardzo precyzyjnie określać podział zadań i odpowiedzialności pomiędzy oddziałowymi a ordynatorami oraz regulować współdziałanie pomiędzy nimi. Przekładając to na strukturę zarządczą mówimy o koordynacji zakresów odpowiedzialności i współdziałania Z-cy dyrektora ds. medycznych, pielęgniarki naczelnej, oddziałowych i ordynatorów.

Nowa struktura zarządcza powinna identyfikować także najważniejsze pozamedyczne procesy jakie zachodzą w organizacji szpitala i podporządkowywać je samodzielnym kierownikom. Ich odpowiedzialność może być wtedy ukierunkowana na sprawne funkcjonowanie oraz na optymalizację kosztów tych procesów. Nie należy przy tym obawiać się relacji typu klient wewnętrzny – usługodawca. Takie podejście upraszcza procesy zarządcze i usprawnia funkcjonowanie organizacji.

2.3. Charakterystyka technik zarządczych i narzędzi controllingowych

W niniejszym rozdziale poddano analizie narzędzia analityczno-sprawozdawcze służące funkcjonowaniu systemu controllingowego. Controlling rozumiemy tu jako kompleksowy system zarządzania organizacją, składający się z powiązanych ze sobą procedur dotyczących planowania, wdrażania, pomiarów oraz ocen realizacji wyznaczonych celów. W niniejszym rozdziale poddano analizie procesy i dokumenty, które wiążą się ze zbieraniem i analizowaniem danych oraz tworzą system informowania kierownictwa.

Audytorzy mieli możliwość zapoznania się z wzorami tabel i raportów jakie otrzymują kierownicy komórek organizacyjnych. W wyniku analizy przedstawionych dokumentów



można stwierdzić, że Szpital nie posiada zorganizowanego systemu raportowania controllingowego.

Stosowany w Szpitalu system ewidencji i rozliczenia kosztów, pomimo powyższych wad jest w stanie dostarczyć wielu informacji dla analiz controllingowych. Jednak brak jest procedur i zasad obróbki przygotowywania dla poszczególnych kierowników zestawów informacji, w tym finansowych, o parametrach funkcjonowania ich komórek organizacyjnych. W trakcie audytu, z rozmów z kierownikami uzyskano informacje o funkcjonowaniu systemu informowania kierownictwa. Kierownicy otrzymują dane dotyczące właściwie tylko wielkości sprzedaży bez efektów ekonomicznych działań.

Controlling jako sposób zarządzania organizacją, w wielkim skrócie, polega na wyznaczaniu celów, pomiarze ich realizacji oraz analizowaniu odchyleń w celu podejmowania działań naprawczych. Elementami takiego systemu zarządzania są struktury na wszystkich jej szczeblach. Zatem controlling jest narzędziem do integracji całej załogi i kierowników różnych szczebli wokół wspólnych celów wyznaczonych dla całej organizacji. Aby tak skonstruowany system spełniał swoje zadania niezbędne jest spełnienie przynajmniej kilku warunków:

1. Jasno określone ośrodki zarządzania kosztami na czele których stoją kierownicy z adekwatnie określonymi zakresami odpowiedzialności;
2. Musi funkcjonować system bieżącego planowania i wyznaczania indywidualnych zadań dla poszczególnych obszarów funkcjonowania organizacji, oddzielnie dla każdego ośrodka kosztów;
3. system informacji zarządczych powinien obejmować swym zasięgiem wszystkich kierowników ośrodków kosztów, dostarczając im bieżące raporty dostosowane do potrzeb i zakresów ich odpowiedzialności oraz do stawianych im zadań

Na podstawie dokumentów dotyczących zakresów kompetencji poszczególnych kierowników można stwierdzić, że brak jest jednoznaczności w zakresie odpowiedzialności za funkcjonowanie podstawowych komórek organizacyjnych czy realizowanych procesów. W związku z powyższym, w zakresie budowy systemu controllingowego rekomenduje się podjęcie następujących działań

1. przeprowadzenie szczegółowej analizy i dokonanie korekt schematu organizacyjnego Szpitala w zakresie uporządkowania obszarów odpowiedzialności, określając spójny i prosty system centrów kosztów;
2. skorygowanie dla takiej struktury sposobu ewidencji finansowej, wyrażającej się poprzez aktualizację planu kont: zarówno w obszarze kosztów rodzajowych jak i przede wszystkim miejsc powstawania kosztów;
3. wdrożenie systemu budżetowania opartego na prognozowaniu i planowaniu procesów zarządczych w odniesieniu do poszczególnych centrów kosztów;
4. przygotowanie koncepcji uproszczenia całego szpitalnego systemu rozliczenia kosztów, weryfikacji listy nośników kosztów, proponuje się rozważenie w pierwszej kolejności możliwości wprowadzenia tzw. wewnętrznej sprzedaży usług (komórka klient wewnętrzny- komórka usługodawca);
5. przygotowanie zestawów bieżących informacji zarządczych, dostosowanych dla każdej komórki organizacyjnej i dla każdego szczebla zarządzania indywidualnie, obejmującej pomiary realizacji krótko i długoterminowych zadań i celów;



6. przeprowadzenie adekwatnych szkoleń kadry kierowniczej w zakresie zrozumienia zmian w strukturach zarządczych oraz operowania informacją controllingową;
7. dostosowanie stosowanego w szpitalu oprogramowania IT do nowego stylu zarządzania oraz do przygotowywania i dystrybucji nowych pakietów informacji;

Wdrażanie rozwiązań controllingowych nie jest prostym jak by się wydawało procesem. Przygotować właściwy system analizy i rozliczenia kosztów czy system informacji zarządczych to jedno, ale wdrożyć do codziennej praktyki nowe procedury zarządcze, przekonać do ich stosowania kierowników, to drugie. Do tego również należy liczyć się z koniecznością przełamania, występujących w takich sytuacjach, oporów kadry związanych z wdrażaniem nowości.



3. Kontraktowanie i realizacja świadczeń medycznych

3.1. Realizacja świadczeń medycznych – charakterystyka ogólna

Jednym z podstawowych parametrów funkcjonowania podmiotów leczniczych jest aktywność w świadczeniu usług dla pacjentów. Ich miarą jest liczba i wartość wykonywanych procedur i świadczeń medycznych. Znakomitą ich część Szpital wykonywał w ramach systemu finansowanego ze środków publicznych i kontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W celu ich przeanalizowania zestawiono dla poszczególnych rodzajów i miejsc ich wykonywania, wartości procedur i usług wykonanych za ostatnie trzy lata w ramach kontraktów zawartych z Narodowym funduszem zdrowia. Źródłem informacji były dane finansowe i statystyczne dostarczone przez pracowników Szpitala. Podstawą do wyceny był system kodowania procedur zdrowotnych JGP oraz stawki za punkt stosowane w rozliczeniach z NFZ.

Około 70% udzielanych świadczeń jest związanych z hospitalizacją i należy do typu leczenie szpitalne. Przeszło 22% świadczeń związanych jest z działalnością ambulatoryjną, w skład której wchodzi przede wszystkim poradnie Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej oraz pomoc doraźna realizowana przez Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz przez Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną.

Tabela 23 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń medycznych w latach 2016 – 2018, w ramach kontraktów z NFZ

Zakres świadczeń	2016	2017	2018
Leczenie szpitalne	22 365 689	22 155 263	22 663 329
Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne	1 877 215	1 984 031	2 059 319
Szpitalny Oddział Ratunkowy	2 707 758	2 640 773	2 993 621
Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna	637 650	648 475	683 099
Świadczenia rehabilitacyjne	2 029 688	2 176 171	2 123 098
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 270 823	1 328 596	2 190 056
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	114 935	61 248	0
Razem realizacja świadczeń	31 003 758	30 994 556	32 712 522
Średniomiesięcznie	2 583 647	2 582 880	2 726 043

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Przedstawione dane pozwalają zaobserwować niewielkie zmniejszenie wartości udzielonych świadczeń w 2017 r. Spadek sprzedaży świadczeń zdrowotnych obserwujemy w zakresie leczenia szpitalnego oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych. Kwota zmniejszenia wydaje się niewielka, lecz jej wagę należy uznać za znaczącą. Na przestrzeni analizowanych lat w istotnym stopniu rosły koszty funkcjonowania szpitali, NFZ systematycznie zwiększał ich finansowanie. Zmniejszenie sprzedaży usług musiało mieć wpływ na kondycję finansową Szpitala.

W analizowanym okresie zaznacza się natomiast wyraźny wzrost udzielonych świadczeń w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (10%) oraz opieki psychiatrycznej z leczeniem uzależnień (72%). Wzrost sprzedaży świadczeń w ramach AOS jest bardzo ważnym czynnikiem z punktu widzenia budowania pozycji rynkowej i wizerunku Szpitala wobec pacjentów. Odpowiadając na ogólnoswiatową tendencję polegającą na przesuwaniu głównego ciężaru opieki medycznej z leczenia szpitalnego na świadczenia ambulatoryjne Szpital zmierza w kierunku odbudowania własnej pozycji negocjacyjnej wobec NFZ.

3.2. Realizacja świadczeń medycznych w obszarze Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego

Udzielanie świadczeń medycznych w ramach Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego jest głównym i podstawowym zadaniem szpitala w publicznym systemie opieki zdrowotnej. Realizują je w głównej mierze oddziały szpitalne oraz poradnie i pracownie specjalistyczne. W pierwszej kolejności przyjrano się funkcjonowaniu oddziałów, których udział w realizacji wspólnych celów jest największy. Zestawienie zawiera świadczenia wykonane przez oddziały szpitalne w ramach przyznanego ryczałtu oraz wynikające z umów zawartych poza ryczałtem.

Tabela 24 Udzielanie świadczeń przez oddziały szpitalne w latach 2016 – 2018

Oddział	2016	2017	2018	trend
Oddział Chirurgii Ogólnej	4 471 792	4 366 601	4 572 980	
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	2 720 389	3 084 833	2 668 779	
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	2 989 725	3 305 543	3 565 336	
Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	4 876 716	4 946 746	4 473 552	
Oddział Obserwacyjno - Zakaźny	2 380 361	2 284 122	2 721 547	
Oddział Rehabilitacji	1 216 709	1 312 344	1 276 212	
Oddział Dziecięcy	2 059 720	1 894 910	2 059 833	
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2 866 925	2 272 506	2 403 801	
Razem hospitalizacje	23 582 478	23 467 607	23 939 541	
średniomiesięcznie	1 965 207	1 955 634	1 994 962	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W zestawieniu zwraca uwagę fakt, że na przestrzeni analizowanych lat poza Oddziałem Położniczo-Ginekologicznym daje się zauważyć stagnacja w dynamice rozwoju świadczeń hospitalizacyjnych. Uwzględniając roczne wahania wielkości sprzedaży usług i spadek



sprzedaży w 2017, w latach 2016 do 2018 łączny wzrost udzielonych świadczeń wyniósł zaledwie o 1,5%.

Największy wzrost zanotował Oddział Położniczo-Ginekologiczny (o 19%) oraz Oddział Obserwacyjno-Zakaźny (o 14%). Największy regres w ilości udzielonych świadczeń zanotował natomiast Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii (o 16%) oraz Oddział Internistyczno-Kardiologiczny (o 8%). Szczególnie ten drugi przypadek może stanowić dla Szpitala problem w kontekście planów strategicznych związanych z rozwojem świadczeń kardiologicznych. Największymi oddziałami w szpitalu są Oddział Chirurgii Ogólnej ze sprzedażą w wysokości przekraczającej 4,5 mln zł rocznie oraz Oddział Internistyczno-Kardiologiczny, który pomimo przechodzenia kryzysu uzyskuje podobny wynik wartości udzielonych świadczeń.

Analizując realizację umów na świadczenia zdrowotne zawartych przez Szpital z NFZ należy łącznie brać także pod uwagę wyniki działalności poradni specjalistycznych. Idea sieci Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia przewiduje bowiem, że obok oddziałów szpitalnych, szpital realizuje również analogiczne specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne. Rozwój tych świadczeń jest ponad to zgodny z ogólnymi światowymi trendami społecznej opieki medycznej i jest także zgodny z kierunkiem przyjętym przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Przyjrano się zatem wielkościom udzielanych przez AOS świadczeń, które wykonywane są w ramach Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia oraz w ramach świadczeń odrębnie kontraktowanych.

Tabela 25 Wykonanie świadczeń medycznych udzielonych przez poradnie AOS

Zakres	2016	2017	2018	trend
Poradnia Neurologiczna	112 219	105 253	113 847	
Poradnia Chorób Zakaźnych	154 442	176 071	168 388	
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	120 693	126 508	126 144	
Poradnia Diabetologiczna	45 342	49 629	87 074	
Poradnia Dermatologiczna	177 403	190 561	207 904	
Poradnia Laryngologiczna	105 894	104 696	135 506	
Poradnia Okulistyki	168 636	159 821	171 469	
Poradnia Ginekologiczna	405 887	385 687	373 722	
Poradnia Chirurgii Ogólnej	398 360	370 705	354 647	
Poradnia Alergologiczna	121 901	114 012	127 751	
Poradnia Rehabilitacyjna	82 916	89 373	88 180	
Poradnia Ortopedyczna	66 479	192 098	192 867	
Razem poradnie	1 960 132	2 072 344	2 147 499	
średniomiesięcznie	163 344	172 695	178 958	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Załączone zestawienie wskazuje na systematyczne poszerzanie przez poradnie AOS, na przestrzeni trzech ostatnich lat, swojej oferty medycznej i wartości świadczeń zdrowotnych. Wzrost udzielanych świadczeń w poradniach specjalistycznych w latach 2016 do 2018 wyniósł prawie 10%. Udział Porad ambulatoryjnych w udzielonych ogółem świadczeniach




wyniósł w 2018 roku 8,2%. Jest to dobry wynik i wskazuje na zdolność Szpitala do budowania właściwych relacji z całą populacją pacjentów. Jest to zjawisko pozytywne i daje nadzieję na dalsze umacnianie pozycji na rynku usług medycznych.

Z działających poradni, na wyróżnienie zasługuje wzrost świadczeń udzielanych w poradniach Ortopedycznej oraz Diabetologicznej. W pierwszym przypadku nastąpiło praktycznie potrojenie wielkości udzielanych porad, w drugim podwojenie. Pozytywną dynamikę wzrostową wykazuje również poradnia Laryngologiczna i Dermatologiczna. Martwić musi natomiast kryzys jaki spotkał poradnie reprezentujące specjalności największych oddziałów szpitalnych czyli Poradnię Ginekologiczną oraz Poradnię Chirurgii Ogólnej. W obu przypadkach zmniejszenie wartości świadczeń osiągnęło poziom około 10%.

Oddzielnym zagadnieniem są świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień aktualnie realizowane w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego.

Tabela 26 Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Zakres	2016	2017	2018	trend
Świadczenia psychiatryczne dla dorosłych	1 126 415	1 178 666	2 088 109	
Świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne	144 408	149 901	98 693	
Świadczenia dzienne psychiatryczne			3 254	
Razem	1 270 823	1 328 566	2 190 056	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Kontynuując rozwój świadczeń Szpital podjął się je realizować w ramach programu pilotażowego z psychiatrii. Pozwoliło to zdynamizować wzrost usług zdrowotnych w tym zakresie.

W zakresie lecznictwa szpitalnego zauważa się niekorzystne zjawisko stagnacji w rozwoju świadczeń. Szczególnie wyraźny regres notuje się w działalności Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego. Dynamiczny wzrost świadczeń natomiast wykazuje Oddział Położniczo-Ginekologiczny.

Patrząc na całość zagadnień związanych z działalnością Szpitala w ramach Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia, należy stwierdzić, że zachowuje on pozytywną dynamikę realizacji świadczeń medycznych. Utrzymywanie stabilnego wzrostu należy uznać za mocną stronę Szpitala.

3.3. Zarządzanie kontraktami

Jako że Szpital należy do kategorii publicznych zakładów leczniczych, głównym płatnikiem za wykonywane procedury jest Narodowy Fundusz Zdrowia. To zawierane z nim kontrakty wyznaczają rynkową przestrzeń dla działalności operacyjnej jednostki. Stąd, dla pełnego obrazu i oceny jej działalności, analizy powinny być przeprowadzane w kontekście wysokości zawartych umów kontraktowych z NFZ i stopnia ich realizacji.



Zgodnie z ustawą z dnia 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tzw. sieć szpitali. Rozliczanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach sieci szpitali od października 2017 roku odbywa się w formie ryczałtowej. Z kwoty ryczałtu wyodrębnione są środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń, wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania i odrębnej umowy z NFZ.

Zarządzanie realizacją kontraktów z Narodowym Funduszem Zdrowia jest jednym z najważniejszych zadań przed którymi stoi cała struktura zarządzająca Szpitalem. Na proces ten składa się planowanie, bieżące raportowanie o realizacji kontraktów oraz podejmowanie przez kadrę kierowniczą stosownych działań zmierzających do optymalizacji, także kosztowej, funkcjonowania jednostki. Stanowi ono ogniwo łączące cele narodowego płatnika z interesem jednostki leczniczej. Od skuteczności jego procesów zależy przyszły standing finansowy i wynik przyszłych bilansów Szpitala.

Szpital nie przedstawił do audytu pierwotnych wartości kontraktów dla poszczególnych lat lecz wartości uzupełnione aneksami na pokrycie znacznej części nadwykonań, stąd przeprowadzenie analizy zarządzania ich realizacją stało się niemożliwe. Aspekt ten został zbadany na podstawie realizacji zakontraktowanego z NFZ ryczałtu. Jest on stałym składnikiem wynagrodzenia szpitala, niezależnym od wielkości udzielonych świadczeń. Na ustalenie ryczałtu na następny rok ma jednak znaczący wpływ stopień jego realizacji w latach poprzednich. Skala tzw. tolerancji przez NFZ stopnia wykonania ryczałtu ogranicza się do przedziału 98% do 102%. Oznacza to, że wykonanie w stopniu zakreślonym tym przedziałem w zasadzie nie ma wpływu na ustalenie ryczałtów na następny okres rozliczeniowy.

Ryczałt jako sposób finansowania podstawowych świadczeń zdrowotnych został wprowadzony w trakcie trwania roku 2017, a więc funkcjonował zaledwie przez 3 miesiące. Do analizy dołączono także dane za trwający rok 2019. Nie mając do porównań całorocznych danych analizę przeprowadzono na podstawie średniomiesięcznych stawek ryczałtu.

Tabela 27 Realizacja ryczałtu w ramach PSZ w latach 2017, 2018 i 2019 na podstawie średniomiesięcznych stawek ryczałtowych

Ryczałt średniomiesięczny	2017	2018	2019
Ryczałt	1 616 345	1 593 046	1 658 787
Wykonanie	1 548 391	1 670 774	1 709 391
% wykonania	95,8%	104,9%	103,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Z przedstawionego zestawienia widać jak spadek świadczeń w 2017 roku wpłynął na stopień realizacji ryczałtu. Wykonanie ryczałtu w 95,8% wpłynęło bezpośrednio na obniżenie Szpitalowi ryczałtu w roku następnym. Tylko z powodu jego obniżenia w 2018 roku Szpital



poniósł stratę w kwocie prawie 300 tys. zł. Dopiero przekroczenie przyznanego ryczału w 2018 roku powyżej 102% umożliwiło jego podniesienie dla kolejnego, 2019 roku. Przekraczając jednak ryczałt o 4,9% szpital wykonał dodatkowe świadczenia o wartości 936 tys. zł za które nie dostał zapłaty. Straty poniesione z tego tytułu wyniosły co najmniej kolejne 340 tys. zł.

Należy ocenić, że wyraźnie negatywnym zjawiskiem było „odpuszczenie” przez Szpital realizacji świadczeń zakontraktowanych w 2017 roku w ramach ryczału co skutkowało obniżeniem przez NFZ ryczału na 2018 rok. Łączne straty jakie z tego tytułu poniósł Szpital w 2018 roku oraz na skutek wysiłku jaki poniósł w celu odzyskania utraconego poziomu ryczału należy ocenić łącznie na kwotę przeszło 600 tys. zł.

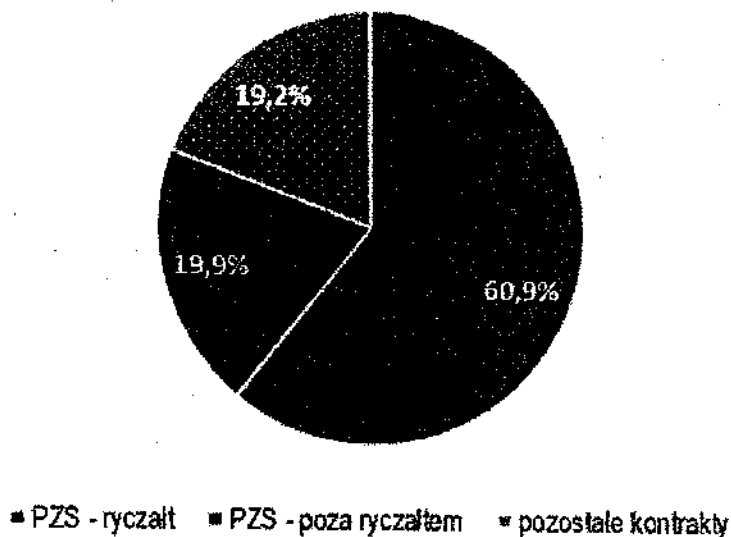
Wydaje się zatem zasadne aby zarekomendować Szpitalowi wdrożenie skuteczniejszych procedur zarządzania i monitorowania sposobu zarządzania realizacją kontraktów. Procedury te powinny obejmować Dyrekcję Szpitala, Ordynatorów, kierownictwo zespołu poradni specjalistycznych oraz komórki zajmujące się nadzorem i rozliczaniem świadczeń medycznych z NFZ.

Dane na rok 2019 wskazują, że wysokość przyznanego ryczału przekroczył już poziom z roku 2017. Daje to szansę na odbudowę potencjału wykonawczego jednostki. Nie należy jednak zapominać jak ważną sprawą jest także kontraktowanie i budowa pozycji w pozostałych obszarach funkcjonowania Szpitala.

Podstawowym interesem szpitala jest pełna realizacja zadań nałożonych przez NFZ poprzez ryczałtowe limity w ramach Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego. Jednak wiele korzyści Szpitalowi mogą przynieść także pozostałe kontrakty. Stąd postawienie sobie celów związanych z ich optymalizacją oraz realizacją może pozytywnie wpłynąć na finanse szpitala. Sprzedaż świadczeń zdrowotnych w ramach Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego stanowi dla Szpitala około 80% jego potencjału rynkowego (licząc na podstawie danych z 2018 roku), w tym sam ryczałt natomiast 61%. Sprzedaż w ramach kontraktów z zawartych poza PSZ stanowi 19,2%.



Wykres 11 Udział rodzajów kontraktów w ogólnej wartości sprzedaży Szpitala



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wpływ świadczeniodawców na ustalanie wysokości limitów w ramach ryczałtu jest z pewnością niewielki, a to ze względu na skomplikowaną naturę jego wyliczeń oraz utrudniony dostęp do informacji niezbędnych do jego wyliczenia. Natomiast wielkość pozostałych kontraktów, w przeważającej ilości przypadków, rządzi się dobrze znanymi z poprzedniego okresu zasadami. Stanowią one płaszczyznę na której Szpital ma szansę budować swoją własną strategię rozwojową i biznesową.

Udział kontraktów poza ryczałtem w ogólnej sprzedaży Szpitala wg ocen audytorów wydaje się być na stosunkowo dobrym poziomie. W innych porównywalnych jednostkach, z którymi w ostatnim okresie spotykali się audytorzy, ich udział oscyluje około wartości 30%. Sytuacja ta pokazuje, że szpital posiada potencjał zarówno organizacyjny jak i intelektualny do świadczeń specjalistycznych, który umożliwia mu funkcjonowanie w obszarach pozaryczałtowych. Należy jednak dokładać starań aby na każdym kroku budować pozycje dające szpitalowi argumenty i narzędzia do utrzymywania korzystnego portfela kontraktów.

Wydaje się zatem zasadne zarekomendowanie Dyrekcji Szpitala wprowadzenie procedur zarządzania jednostkami organizacyjnymi obejmujących zmiany w zakresach odpowiedzialności kierowników za realizację strategii sprzedażowej Szpitala, w tym szczególnie Z-cy dyr. ds. leczniczych i ordynatorów oddziałów szpitalnych.

3.4. Pozostała sprzedaż świadczeń

Poniżej przeanalizowano aktywność rynkową szpitala na rynku tzw. komercyjnym, czyli poza kontraktowaniem z NFZ. Sprzedaż ta prowadzona jest głównie przez zakłady i pracownie diagnostyczne ale także przez poradnie i oddziały szpitalne. Komórki te świadczą swe usługi



głównie na zlecenie innych jednostek należących do Szpitala lub w ramach kontraktów z NFZ. Sprzedaż usług dla podmiotów zewnętrznych zasadniczo wykonywana jest przez nie jako działalność dodatkowa. Przychody ze sprzedaży tych świadczeń pochodzą z innych źródeł niż NFZ, w tym zarówno prywatnych jak i instytucjonalnych. Analizę przeprowadzono na podstawie danych za rok 2018.

Tabela 28 Dane finansowe pozostałej sprzedaży świadczeń medycznych

Rodzaj działalności	Wartość sprzedaży
Usługi diagnostyczne	883 474
w tym	
badania laboratoryjne	667 269
usługi diagnostyki obrazowej	211 716
pozostałe usługi diagnostyczne	4 488
Sprzedaż oddziałów szpitalnych	152 336
w tym	
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	123 963
Oddział Chirurgii Ogólnej	20 842
pozostałe oddziały	7 531
Pozostałe świadczenia zdrowotne	153 966
w tym	
Poradnia Medycyny Pracy	99 237
Szpitalny Oddział Ratunkowy	28 414
pozostałe poradnie	26 316
Razem pozostała sprzedaż	1 189 776

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Roczny przychód z pozostałej sprzedaży usług medycznych wynosi prawie 1,2 mln zł. prawie ¾ tej sprzedaży realizują pracowni i zakłady diagnostyczne. Wielkość tej sprzedaży, w porównaniu z podobnymi szpitalami powiatowymi, nie należy do największych. Należy przyjąć, że w tym miejscu tkwią jeszcze niewykorzystane rezerwy. Sprzedaż komercyjna pracowni diagnostycznych jest dla kondycji finansowej Szpitala bardzo ważna. Z jednej strony dostarcza dodatkowych środków finansowych ale z drugiej wpływa na obniżenie kosztów jednostkowych świadczeń diagnostycznych, co przekłada się wprost na obniżenie kosztów pośrednich oddziałów szpitalnych.

Źródłem przychodów z tytułu świadczeń komercyjnych są głównie inne zakłady opieki zdrowotnej, zarówno publiczne jak i prywatne, które ze względu na potrzeby ich pacjentów są zainteresowane skorzystaniem z bezy diagnostycznej, którą dysponuje Szpital. Innym źródłem przychodów są osoby fizyczne zlecające badania bezpośrednio.



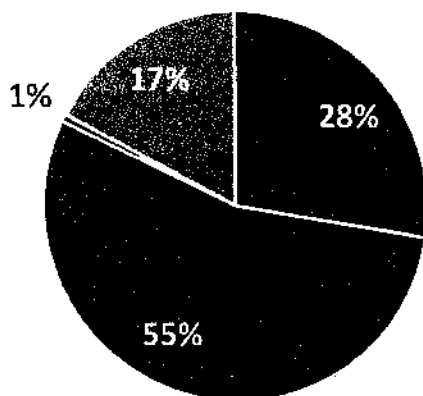
Tabela 29 Rodzaje klientów świadczeń komercyjnych

Rodzaj płatnika	Wartość sprzedaży
osoby fizyczne	327 366
Zakłady Opieki Zdrowotnej	650 584
firmy ubezpieczeniowe	6 982
pozostali klienci instytucjonalni	204 844
Razem pozostała sprzedaż	1 189 776

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Analiza rodzajów płatników wskazuje na tkwiące w rynku usług medycznych rezerwy. Wydaje się, że należy oczekiwać lepszego wykorzystania rynku świadczeń dla osób fizycznych oraz zwiększenia aktywności Szpitala na polu usług dla firm ubezpieczeniowych.

Wykres 12 Struktura płatników za świadczenia komercyjne



■ osoby fizyczne ■ Zakłady Opieki Zdrowotnej ■ firmy ubezpieczeniowe ■ pozostali klienci instytucjonalni

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Sytuacja ta pokazuje szansę jako szerokie pole do wzmożenia aktywności struktur szpitalnych do budowy coraz to silniejszej pozycji Szpitala na rynku usług zdrowotnych. Działania te powinny objąć swoim zasięgiem zarządzanie poradniami AOS, zakładami diagnostycznymi oraz strukturami marketingowymi i przede wszystkim kierowników komórek merytorycznych, od których powinniśmy oczekiwać profesjonalizmu w znajomości zarówno potrzeb pacjentów jak i biznesowego podejścia do rynku świadczeń. **Wydaje się zasadne dołożenie szczególnej uwagi w przygotowanie i rozwijanie koncepcji obecności jednostek Szpitala w świadomości pacjentów i budowanie prestiżu Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie jako skutecznego i przyjaznego centrum diagnostycznego, co może przełożyć się na zwiększenie przychodów w tym obszarze.** Efektem takiej działalności będzie lepsze wykorzystanie potencjału Szpitala i tym samym obniżenie kosztów jednostkowych badań wykonywanych także na zlecenie jednostek szpitalnych.



4. Działalność medyczna

4.1. Lecznictwo stacjonarne i pomoc doraźna

Podstawowym celem działania Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie jest świadczenie kompleksowej opieki zdrowotnej mającej na celu zachowanie, ratowanie, przywracanie i poprawę zdrowia pacjentów.

LECZNICTWO STACJONARNE

1. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 75 pacjentów, przy liczbie łóżek 6 i średnim obłożeniu na poziomie 54,1%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 15,8 dni.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych w roku 2018 zalicza się:

- Wprowadzenie na stałe cewnika do pęcherza moczowego (11%),
- Wymuszona przerywana wentylacja IMV (11%),
- RTG płuc – inne (10%),
- Założenie cewnika do żyły centralnej (10%),
- Intubacja dotchawicza (10%),
- Założenie cewnika do tętnicy (10%).

2. Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej

W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 1 621 pacjentów, przy liczbie łóżek 40 i średnim obłożeniu na poziomie 61,4%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 5,5 dni.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych w roku 2018 zalicza się:

- Porada lekarska, konsultacja, asysta (75%),
- RTG kości kończyny dolnej celowane lub czynnościowe (4%),
- RTG kości kończyny górnej celowane lub czynnościowe (4%),
- Usunięcie szwów, staplerów, gdzie indziej niewymienione (2%),
- Założenie opatrunku na ranę – inne (2%),
- Założenie innej szyny unieruchamiającej (2%).

3. Oddział Dziecięcy

W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 1017 pacjentów, przy liczbie łóżek 25 i średnim obłożeniu na poziomie 44,5%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 4,0 dni.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych w roku 2018 zalicza się:

- Wstrzyknięcie / infuzja elektrolitów (24%),
- Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie (18%),
- Badanie mikroskopowe materiału z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i stolca – parazytologia (14%),



- Badanie mikroskopowe materiału z dolnego odcinka przewodu pokarmowego i stolca – posiew (8%),
- USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej (6%),
- Nebulizacja (6%).

4. Oddział Internistyczno-Kardiologiczny

W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 1805 pacjentów, przy liczbie łóżek 50 i średnim obłożeniu na poziomie 62,4%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 6,3 dni.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych w roku 2018 zalicza się:

- Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami, z opisem (18%),
- RTG klatki piersiowej (12%),
- Echokardiografia (7%),
- USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej (7%),
- Wstrzyknięcie antykoagulanta (5%),
- Podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie (5%).

5. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny

W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 938 pacjentów, przy liczbie łóżek 30 i średnim obłożeniu na poziomie 62,9%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 6,3 dni.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych w roku 2018 zalicza się:

- Elektrokardiografia z 12 lub więcej odprowadzeniami, z opisem (15%),
- Badanie fizykalne – inne (14%),
- Wstrzyknięcie/ infuzja elektrolitów (8%),
- Pozostałe procedury – inne (8%),
- Farmakoterapia doustna (7%).

6. Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym

W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 1 467 pacjentów, przy liczbie łóżek 25 i średnim obłożeniu na poziomie 46,0%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 2,9 dni.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym w roku 2018 zalicza się:

- Badanie palpacyjne macicy (18%),
- Wlew dożylny innej substancji leczniczej (15%),
- Pozostałe procedury – inne (14%),
- Kardiotokografia (8%),
- USG macicy nieciążarnej i przydatków (6%),
- USG płodu (6%).

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych na Pododdziale Noworodkowym w roku 2018 zalicza się:



- Pulsoksymetria (19%),
- Badanie słuchu – inne (18%),
- Szczepienie nieokreślone (18%),
- Szczepienie przeciw gruźlicy (16%),
- Badanie mikroskopowe materiału z ucha, nosa, i krtani – posiew (7%).

Liczba porodów

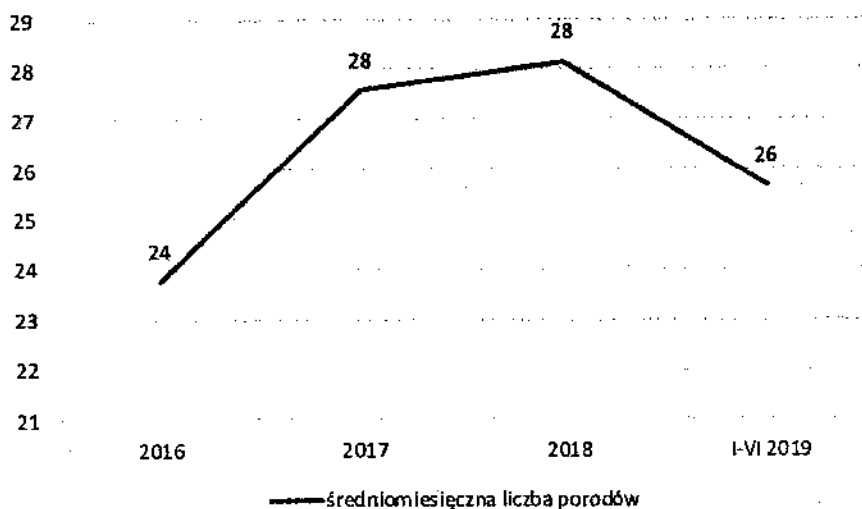
W okresie 2016 – 2018 w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie liczba porodów miała tendencję wzrostową. Liczbę porodów w analizowanych latach przedstawia poniższa tabela i wykres.

Tabela 30 Liczba porodów i cesarskich cięć w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019

Rodzaj Porodów	2016	2017	2018	I-VI 2019
Drogą naturalną	190	205	190	82
Cięcie cesarskie	95	126	148	72
Razem	285	331	338	154

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Wykres 13 Średniomiesięczna liczba porodów w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

W roku 2016 liczba porodów w Szpitalu ukształtowała się na poziomie 285 (średniomiesięcznie 24), z czego 95 stanowiły cesarskie cięcia (33% wszystkich porodów). W kolejnym roku liczba porodów wzrosła o 16%, tj. o 46 porodów i wyniosła 331 (średniomiesięcznie 28). W 2017 roku na oddziale wykonano 126 cesarskich cięć, co stanowiło 38% wszystkich porodów. W 2018 roku liczba porodów w porównaniu do roku 2017 zwiększyła się o 7 porodów i wyniosła 338 (średniomiesięcznie 28), z czego 44% stanowiły cesarskie cięcia (148 porodów). Od stycznia do czerwca 2019 roku odnotowano



154 porody (średniomiesięcznie 26), w tym przeprowadzono 72 cesarskie cięcia, które stanowiły 47% wszystkich porodów na oddziale.

Należy podkreślić, iż Oddział jest świeżo wyremontowany z bardzo wysokim standardem (np. na porodowce są 2 oddzielne pokoje z wanną). Co ważne – pacjentki mogą skorzystać tutaj z tzw. „pierwszej doby z mężem (lub inną bliską osobą)”. Ponadto Oddział na swoim wyposażeniu posiada m.in. nowy aparat USG 4D oraz nowy aparat do histeroskopii, które są wykonywane w gabinecie zabiegowym. Jednak rodzące pacjentki nie mogą skorzystać ze znieczuleń zewnątrzoponowych przy porodach. Niekorzystnym czynnikiem dla Oddziału jest również brak Poradni K w terenie.

7. Oddział Psychiatryczny

W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 379 pacjentów, przy liczbie łóżek 30 i średnim obłożeniu na poziomie 56,9%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 16,4 dni.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych w roku 2018 zalicza się:

- Opieka pielęgniarki lub położnej (25%),
- Psychiatryczna ocena stanu psychicznego (25%),
- Leczenie lekami psychiatrycznymi – inne (23%),
- Leczenie neuroleptykami (17%),
- Psychologiczna ocena stanu psychicznego - inne niż wymienione (2%).

Należy nadmienić, iż od 01.07.2018 roku Oddział Psychiatryczny Szpitala Ogólnego im. dr W. Gineła w Grajewie jest jedną z 27 placówek w Polsce, które realizują „Program pilotażowy psychiatrii środowiskowej w ramach Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego”. W ramach pilotażu powstało tutaj Centrum Zdrowia Psychicznego, które zapewnia kompleksową opiekę psychiatryczną dorosłej ludności:

- doraźną – także telefoniczną,
- ambulatoryjną – w poradni,
- środowiskową – w terenie,
- dzienną – dodatkowo funkcjonuje także Oddział Dzienny Psychiatryczny,
- całodobową.

8. Oddział Rehabilitacji

W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 511 pacjentów, przy liczbie łóżek 30 i średnim obłożeniu na poziomie 94,3%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 20,2 dnia.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych w roku 2018 zalicza się:

- Ćwiczenia izokinetyczne (17%),
- Ćwiczenia zespołowe (10%),
- Naświetlanie promieniami IR – miejscowe (10%),
- Ćwiczenia samowspomagane (9%),
- Ćwiczenia izometryczne (7%),
- Prądy TENS (7%).

9. Oddział Urazowo-Ortopedyczny



W 2018 roku na Oddziale leczono łącznie 530 pacjentów, przy liczbie łóżek 12 i średnim obłożeniu na poziomie 50,8%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 4,2 dni.

Do najczęstszych procedur ICD9 odnotowanych w roku 2018 zalicza się:

- Znieczulenie podpajęczynówkowe [do 2 godzin] (22%),
- Przeszczep kostny (autogenny, heterogenny) - kość udowa/ miednica (7%),
- Endoproteza pierwotna stawu kolanowego – dwuprzediałowa (6%),
- Operacja stawu kolanowego – oba elementy mocowane za pomocą cementu (6%),
- Znieczulenie splotów lub nerwów obwodowych [do 2 godzin] (5%),
- Porada lekarska, konsultacja, asysta (4%).

POMOC DORAŻNA

A. SOR

Szpitalny Oddział Ratunkowy odpowiada za udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących wstępną diagnostykę oraz podjęcie leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział zapewnia opiekę lekarsko-pielęgniarską przez całą dobę, dysponując 4 łózkami. Pomoc ambulatoryjna jest udzielana pacjentom, którzy nie zakwalifikowali się do leczenia szpitalnego, na miejscu wykonywane są drobne zabiegi z zakresu chirurgii ogólnej oraz urazowo-ortopedycznej. Oddział posiada szpitalną izbę przyjęć, na której przyjmowani są pacjenci zakwalifikowani do planowej hospitalizacji.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w 2018 roku zalicza się:

- Opieka pielęgniarki lub położnej (16%),
- Porada lekarska, konsultacja, asysta (16%),
- Założenie opatrunku na ranę – inne (5%),
- Sód (Na) (5%),
- Potas (K) (5%),
- Morfologia krwi 8-parametrowa (5%),
- Kreatynina (5%).

Tabela 31 Zestawienie liczby pacjentów obsłużonych na SOR w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	I-VI 2019
SOR	5 474	5 561	5 566	2 822
średniomiesięcznie	456	463	464	470

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W latach 2016 – 2018 liczba pacjentów obsłużonych na SOR w Szpitalu Ogólnym Gineła w Grajewie lekko rosła. W 2018 roku liczba ta wynosiła blisko 5,6 tys., jest to o 1,7% więcej niż w roku 2016. W pierwszym kwartale 2019 roku średniomiesięczna liczba pacjentów jest najwyższa dla całego badanego okresu.



5. Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna

Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane od poniedziałku do piątku, w godzinach od 18:00 do 8:00 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8:00 dnia danego do godziny 8:00 dnia następnego.

Tabela 32 Zestawienie liczby pacjentów obsługiwanych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	I-VI 2019
NiŚOZ	4 459	4 532	4 137	1 869
średniomiesięcznie	372	378	345	312

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W latach 2016 – 2018 liczba pacjentów obsługiwanych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej w Szpitalu Ogólnym w Grajewie wahała się. W 2017 roku liczba ta wzrosła o 73 osoby (1,6%) w porównaniu do roku 2016. Natomiast w roku 2018 spadła 395 osób (8,7%) w porównaniu do roku 2017. Średniomiesięczna liczba pacjentów przyjętych w NiŚOZ w roku 2018 wynosiła tylko 345. osób.

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie posiada dość bogatą ofertę leczenia szpitalnego, jak na szpital powiatowy. Jednostkę na tle podobnych placówek wyróżniają oddziały świeżo wyremontowane – Oddział Internistyczno-Kardiologiczny, oraz Oddział Położniczo-Ginekologiczny, a także Centrum Zdrowia Psychicznego. Pozytywnym zjawiskiem występującym w Szpitalu jest fakt, iż świadczenia medyczne udzielane w ramach poszczególnych oddziałów mogą być w późniejszym czasie kontynuowane w poradniach specjalistycznych. Jest to możliwe dzięki pokryciu w dużej mierze oferty usług oddziałów z ofertą poradni specjalistycznych. Większość pacjentów szpitalnych leczonych w Jednostce w roku 2018 pochodziło z województwa podlaskiego (91,3%) – głównie powiatu grajewskiego (85,7%). Jeśli chodzi o pacjentów z innych województw, to np. chorzy z województwa warmińsko-mazurskiego stanowili 7,4% obsługiwanych, zaś mieszkańcy województwa mazowieckiego stanowili tylko 0,5% wszystkich pacjentów.



LECZNICTWO STACJONARNE – STATYSTYKA MEDYCZNA

Przeprowadzona analiza wskaźników medycznych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie w obejmuje głównie okres 2016 – VI 2019 roku.

Tabela 33 Liczba leczonych (z ruchem międzyoddziałowym) w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku

Oddział	Liczba leczonych				
	2016	2017	2018	Trend	I-VI 2019
Internistyczno-Kardiologiczny	2 258	2 072	1 805		861
Chirurgia Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej	1 770	1 722	1 621		905
Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym	1 356	1 432	1 467		737
Dziecięcy	1 124	1 010	1 017		548
Obserwacyjno-Zakaźny	1 056	995	938		454
Urazowo-Ortopedyczny	393	551	530		244
Rehabilitacji	488	500	511		279
Psychiatryczny	360	396	379		178
AiIT	47	67	75		39
Oddziały ogółem	8 852	8 745	8 343		4 245
Średniomiesięcznie	738	729	695		708

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Oddziały z największą liczbą leczonych w roku 2018:

- Internistyczno-Kardiologiczny,
- Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej,
- Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym.

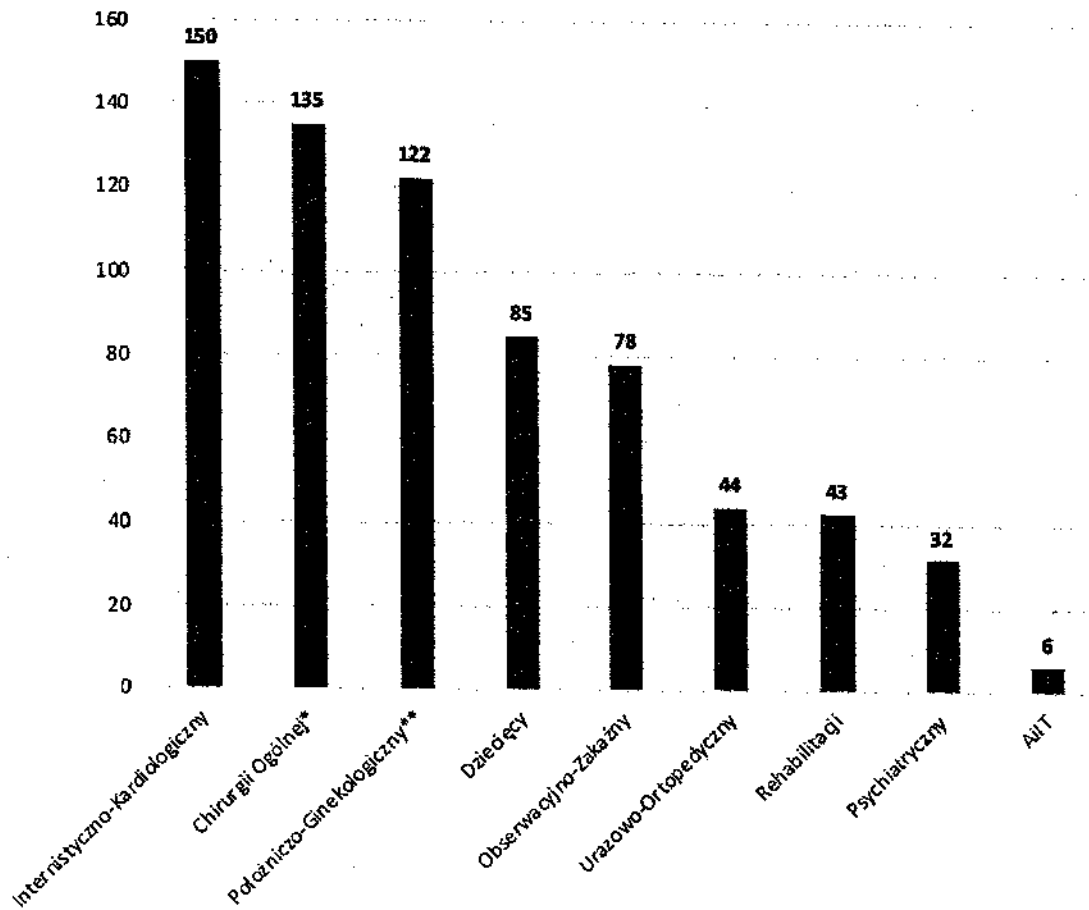
Oddziały z najmniejszą liczbą leczonych w roku 2018:

- AiIT,
- Psychiatryczny,
- Rehabilitacji.

W latach 2016 – 2018 widać stały spadek łącznej liczby leczonych. W roku 2018 leczono o 509 (6%) osób mniej, niż w roku 2016. Zjawisko to należy ocenić jako negatywne.



Wykres 14 Średniomiesięczna liczba leczonych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w roku 2018 w poszczególnych oddziałach



* z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej.

** z Pododdziałem Noworodkowym.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Tabela 34 Liczba osobodni w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku

Oddział	Liczba osobodni				
	2016	2017	2018	Trend	I-VI 2019
Internistyczno-Kardiologiczny	16 601	14 988	11 392		4 297
Rehabilitacji	10 032	10 321	10 324		5 424
Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej	9 019	9 044	8 957		4 652
Obserwacyjno-Zakaźny	7 499	7 539	6 883		3 258
Psychiatryczny	7 734	7 480	6 228		3 393
Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym	4 254	4 819	4 193		1 845
Dziecięcy	4 719	4 210	4 063		2 143
Urazowo-Ortopedyczny	1 839	2 422	2 224		1 284
AiIT	1 287	1 413	1 184		888
Oddziały ogółem	62 984	62 236	55 448		27 184
średniomiesięcznie	5 249	5 186	4 621		4 531

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Oddziały z największą liczbą osobodni:

- Internistyczno-Kardiologiczny,
- Rehabilitacji,
- Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej.

Oddziały z najmniejszą liczbą osobodni:

- AiIT,
- Urazowo-Ortopedyczny,
- Dziecięcy.

W badanym okresie liczba osobodni spadała. W roku 2017 spadła o 748 osobodni (1,2%) w porównaniu do roku 2016. Po czym spadła o prawie 6,8 tys. osobodni (10,9%) w roku 2018 (w porównaniu do 2017).

W okresie 2016 – VI 2019 roku liczba łóżek w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie zmniejszyła się zgodnie z poniższą tabelą.



Tabela 35 Liczba łóżek w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku

Oddział	Liczba łóżek			
	2016	2017	2018	I-VI 2019
Internistyczno-Kardiologiczny	50	50	50	35
Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej	40	40	40	32
Rehabilitacji	30	30	30	30
Obserwacyjno-Zakaźny	30	30	30	25
Psychiatryczny	30	30	30	30
Dziecięcy	25	25	25	20
Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym	25	25	25	21
Urazowo-Ortopedyczny	12	12	12	12
AiIT	6	6	6	6
Oddziały ogółem	248	248	248	211

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

W latach 2016 – 2018 liczba łóżek w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie nie zmieniła się. Dopiero w roku 2019 nastąpiły redukcje. Oddziały, na których została zmieniona liczba łóżek 2018 roku :

- Internistyczno-Kardiologiczny (-15 łóżek) – zmniejszenie to podyktowane było remontem i koniecznością zmiany organizacji tego Oddziału,
- Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej (-8 łóżek),
- Obserwacyjno-Zakaźny (-5 łóżek),
- Dziecięcy (-5 łóżek),
- Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym (-4 łóżka) – zmniejszenie to podyktowane było remontem i koniecznością zmiany organizacji tego Oddziału.



Tabela 36 Procentowy wskaźnik wykorzystania łóżek w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku

Oddział	Wskaźnik wykorzystania łóżek [%]				
	2016	2017	2018		I-VI 2019
Rehabilitacji	91,4%	94,3%	94,3%		99,9%
Obserwacyjno-Zakaźny	68,3%	68,9%	62,9%		72,0%
Internistyczno-Kardiologiczny	90,7%	82,1%	62,4%		67,8%
Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej	61,6%	62,0%	61,3%		80,3%
Psychiatryczny	70,4%	68,3%	56,9%		62,5%
AiIT	58,6%	64,5%	54,1%		81,8%
Urazowo-Ortopedyczny	41,9%	55,3%	50,8%		59,1%
Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym	46,5%	52,8%	46,0%		48,5%
Dziecięcy	51,6%	46,1%	44,5%		59,2%
Szpital ogółem	68,3%	68,8%	60,3%		69,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W badanym okresie wskaźnik wykorzystania łóżek wahał się. W 2017 wskaźnik ogólny dla Jednostki lekko wzrósł, jednak w 2018 spadł dużo poniżej średniej z 2016 (o 8%).

W latach 2017 – 2018 spadek wskaźnika odnotowały oddziały:

- Internistyczno-Kardiologiczny o -19,7% (podyktowane to było m.in. remontem Oddziału),
- Psychiatryczny o -11,4% (zmiana mogła wynikać z faktu powstania Centrum Zdrowia Psychicznego i nowej organizacji pracy),
- AiIT o -10,4% (wahania dla tego Oddziału są rzeczą normalną, wynikającą z jego specyfiki),
- Obserwacyjno-Zakaźny o -6,0% (wahania dla tego Oddziału są rzeczą normalną, wynikającą z jego specyfiki),
- Położniczo-Ginekologiczny o -6,9% (zjawisko może być następstwem remontu Oddziału)
- Urazowo-Ortopedyczny o -4,5% (zjawisko niepokojące, bo wskaźnik jest dużo poniżej średniej dla kraju).
- Dziecięcy o -1,6% (zjawisko niepokojące, bo wskaźnik jest poniżej średniej dla kraju).

W pierwszym półroczu wskaźniki uległy dużej poprawie i pozwalają optymistycznie rokować na przyszłość.



Tabela 37 Zestawienie wskaźników wykorzystania łóżek dla Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie, województwa podlaskiego i Polski

Oddział	Średnie wykorzystanie łóżek [wsk. w %]				
	SO w Grajewie (2018)	Woj. podlaskie 2017	Polska 2017	Różnica między wsk. SO w Grajewie (2018), a wsk. dla woj. podlaskiego (2017)	Różnica między wsk. SO w Grajewie (2018), a wsk. dla Polski (2017)
Rehabilitacji	94,3%	82,0%	75,2%	12,3%	19,1%
Obserwacyjno-Zakaźny	62,9%	64,9%	65,8%	-2,1%	-2,9%
Internistyczno-Kardiologiczny	62,4%	64,9%	73,1%	-2,5%	-10,7%
Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej	61,3%	54,1%	60,6%	7,2%	0,7%
Psychiatryczny	56,9%	80,4%	91,5%	-23,5%	-34,6%
AiIT	54,1%	68,0%	65,2%	-14,0%	-11,2%
Urazowo-Ortopedyczny	50,8%	60,1%	59,9%	-9,3%	-9,1%
Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym	48,0%	54,2%	59,2%	-8,2%	-13,3%
Dziecięcy	44,5%	49,2%	50,2%	-4,7%	-5,7%
Szpital ogółem	60,3%				

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie i <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r,1,8.html>

Zestawiając średnie wykorzystanie łóżek (dla poszczególnych oddziałów) w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie (za rok 2018) ze średnimi dla województwa podlaskiego średnimi dla całego kraju (w roku 2017) widzimy m.in., iż:

- Oddział Rehabilitacji ma wskaźnik, który aż o ponad 12% przewyższa średnią dla województwa i o ponad 19% średnią dla Polski;
- Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej ma wskaźnik wyższy od średniej dla województwa podlaskiego o 7,2% i o 0,7% od średniej dla kraju;
- wszystkie pozostałe oddziały mają wskaźniki niższe od średnich wojewódzkich i średnich dla kraju, z czego najbardziej odbiega Oddział Psychiatryczny (ma wskaźnik -23,5% poniżej średniej województwa i -34,6% od średniej dla kraju).



Tabela 38 Średni czas pobytu chorego w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku

Oddziały	Średni czas pobytu chorego				
	2016	2017	2018	Trend	I-VI 2019
Rehabilitacji	20,6	20,6	20,2		19,4
Psychiatryczny	21,5	18,9	16,4		19,1
AiIT	27,4	21,1	15,8		22,8
Obserwacyjno-Zakaźny	7,1	7,6	7,3		7,2
Internistyczno-Kardiologiczny	7,4	7,2	6,3		5,0
Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej	5,1	5,3	5,5		5,1
Urazowo-Ortopedyczny	4,7	4,4	4,2		5,3
Dziecięcy	4,2	4,2	4,0		3,9
Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym	3,1	3,4	2,9		2,5
OGÓŁEM	7,1	7,1	6,6		6,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Oddziały z najdłuższymi średnimi pobytami pacjentów w roku 2018:

- Rehabilitacji (20,2 dni),
- Psychiatryczny (16,4 dni),
- AiIT (15,8 dni).

Oddziały z najkrótszymi średnimi pobytami pacjentów w roku 2018:

- Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym (2,9 dni),
- Dziecięcy (4,0 dni),
- Urazowo-Ortopedyczny (4,2 dni).

W badanym okresie średni czas pobytu chorego dla całej Jednostki spadał. Jest to zjawisko pozytywne, gdyż trend spadkowy jest w tym obszarze pożądany. Porównując rok 2018 z 2016 najbardziej skrócił się pobyt na Oddziale AiIT o 11,6 dni oraz Oddziale Psychiatrycznym o 5,1 dni.



Tabela 39 Zestawienie średniego czasu pobytu chorego dla Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie, województwa podlaskiego i Polski

Oddział	Średni czas pobytu chorego				
	SO w Grajewie (2018)	Woj. podlaskie 2017	Polska 2017	Różnica między wsk. SO w Grajewie (2018), a wsk. dla woj. podlaskiego (2017)	Różnica między wsk. SO w Grajewie (2018), a wsk. dla Polski (2017)
Rehabilitacji	20,2	24,2	23,2	-4,0	-3,0
Psychiatryczny	16,4	22,6	28,5	-6,2	-12,1
AiIT	15,8	14,8	8,2	1,0	7,6
Obserwacyjno-Zakaźny	7,3	7,0	5,1	0,3	2,2
Internistyczno-Kardiologiczny	6,3	6,8	6,5	-0,3	-0,2
Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej	5,5	4,1	4,5	1,4	1,0
Urazowo-Ortopedyczny	4,2	4,0	4,8	0,2	-0,6
Dziecięcy	4,0	4,3	4,0	-0,3	0,0
Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym	2,9	3,1	3,5	-0,2	-0,6
Szpital ogółem	6,6				

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie i <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2017-r-,1,8.html>.

Z powyższego zestawienia wynika, iż część oddziałów w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie (w roku 2018) miała krótsze średnie pobyty chorych od średnich wojewódzkich i krajowych (za rok 2017).

W roku 2018 najbardziej wyróżniały się na tym tle:

- Oddział Psychiatryczny – miał aż o 6,2 dni krótszy pobyt od średniej dla województwa podlaskiego i 12,1 dni od średniej dla kraju,
- Oddział Rehabilitacyjny – miał krótszy średni pobyt chorego o 4 dni od średniej dla woj. podlaskiego (za rok 2017) i o 3 dni od średniej dla Polski,
- Oddział AiIT – miał pobyt dłuższy o 1,0 dzień od średniej wojewódzkiej i aż o 7,6 dni od średniej dla całego kraju. Oddział AiIT miał średni pobyt chorego o 0,8 dnia krótszy od średniej wojewódzkiej (za rok 2017) i o 0,5 dnia dłuższy od średniej krajowej (za rok 2017).



Tabela 40 Statystyki kolejek oczekujących na poszczególne zabiegi w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie na dzień 31.08.2019 roku

Oddziały	Przypadki stabilne		Przypadki pilne	
	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (dni)	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania (dni)
Rehabilitacji	240	195	17	65
Chirurgii Ogólnej	0	0	0	0
Chorób Wewnętrznych	0	0	0	0
Internistyczno-Kardiologiczny	0	0	0	0
Dziecięcy	0	0	0	0
Obserwacyjno-Zakaźny	0	0	0	0
Położniczo-Ginekologiczny	0	0	1	0
Psychiatryczny z Izbą Przyjęć	0	0	0	0
Urazowo-Ortopedyczny	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Na dzień 31.08.2019 roku w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie poza 1 osobą, która została wykazana jako przypadek pilny do oddziału Położniczo-Ginekologicznego, kolejkę posiadał tylko Oddział Rehabilitacji (240 osób oczekiwać miało ok. 195 dni – przypadki stabilne, zaś jako przypadki pilne zapisano 17 osób, które oczekiwać miały ok. 65 dni).

Małe kolejki są zjawiskiem pozytywnym, jednak dziwi fakt, iż nie ma chętnych do Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, bowiem kolejki na endoprotezy są w kraju duże i długie.

Tabela 41 Zestawienie zbiorcze rehospitalizacji w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019

Nazwa oddziału	2016	2017	2018	I-VI 2019
Położniczo-Ginekologiczny	15	7	10	8
internistyczno-Kardiologiczny	8	5	6	1
Chirurgii Ogólnej	8	6	4	7
Obserwacyjno-Zakaźny	1	0	1	0
Dziecięcy	0	1	0	0
Urazowo-Ortopedyczny	0	1	0	0
RAZEM	32	20	21	16
<i>średniomiesięcznie</i>	<i>3</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	<i>3</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Liczba rehospitalizacji wahała się. Wskaźnik spadł w roku 2017 o 12 szt., co jest pozytywnym zjawiskiem. Należy ten wskaźnik kontrolować i dążyć do



systematycznego obniżania, aby minimalizować ryzyko nieotrzymania zapłaty od NFZ.

Analizując łączną liczbę leczonych, widać, iż w latach 2016 – 2018 następował stały spadek liczby leczonych. W roku 2018 leczono o 509 (6%) osób mniej, niż w roku 2016, co należy uznać za zjawisko negatywne.

W roku 2018 najwięcej pacjentów leczyło się na Oddziale Internistyczno-Kardiologicznym (1 805), a najmniej na OAIIT (75). Liczba osobodni spadła w 2018 o ponad 7,5 tys. (12%) w porównaniu do roku 2016. W 2018 spadła jeszcze bardziej, bo o prawie 8,2 tys. (13,2%) w porównaniu do 2017. W latach 2016-2018 liczba łóżek była stała, dopiero w 2019 spadła (łącznie o 37 szt.) – m.in. w następstwie prowadzonych remontów i reorganizacji pracy.

W latach 2016 – 2018 wskaźnik wykorzystania łóżek wahał się. Ponieważ w roku 2018 liczba pacjentów spadła o ok. 0,5 tys. osób, a liczba łóżek pozostała na tym samym poziomie, nie dziwi spadek wskaźników dla poszczególnych oddziałów (i łącznie) dla tego właśnie roku. W roku 2018 Oddział Rehabilitacji miał wskaźnik, który aż o ponad 12% przewyższał średnią dla województwa I o ponad 19% średnią dla Polski (za rok 2017); Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej miał wskaźnik wyższy od średniej dla województwa podlaskiego o 7,2% i o 0,7% od średniej dla kraju; wszystkie pozostałe oddziały miały wskaźniki niższe od średnich wojewódzkich i średnich dla kraju, z czego najbardziej odbiegał Oddział Psychiatryczny (miał wskaźnik -23,5% poniżej średniej województwa i -34,6% od średniej dla kraju). Niskie wykorzystanie bazy łóżkowej w roku 2018 jest zjawiskiem niepokojącym, któremu należy przeciwdziałać. Poprawa wskaźników w pierwszym półroczu 2019 roku daje podstawy do optymistycznych rokowań, jednak wymaga kontroli ze strony Kierownictwa Placówki.

W badanym okresie średni czas pobytu chorego Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie spadał z 7,1 dni w roku 2016 i 2017 do 6,6 dni w 2018 roku, co należy uznać za zjawisko pozytywne. W roku 2018 Oddział Rehabilitacji miał najdłuższy średni pobyt pacjentów (20,2 dni), zaś najkrótsza średnia wystąpiła na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym (2,9 dni). Część oddziałów Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie (w roku 2018) miała krótsze średnie pobyty chorych od średnich wojewódzkich i krajowych (za rok 2017). Są to pozytywne zjawiska, które powinny przekładać się na większe zadowolenie pacjentów i zmniejszenie kosztów ponoszonych przez Jednostkę. Należy dążyć do dalszej optymalizacji w tym zakresie.

W jednostce praktycznie nie ma kolejek na Oddziały Szpitalne (poza Oddziałem Rehabilitacji), co świadczy o łatwej dostępności usług dla pacjentów. Jednak dziwi fakt, iż nie ma chętnych do Oddziału Urazowo-Ortopedycznego, bowiem kolejki na endoprotezy są w kraju duże i długie. Warto zaktywizować zatem jego pracę i pozyskać pacjentów, tym bardziej, że zabiegi te nie są limitowane przez NFZ.



4.2. Baza zabiegowa

Szpital posiada trzy oddziały zabiegowe Chirurgię Ogólną, Chirurgię Urazowo-Ortopedyczną oraz Oddział Położniczo-Ginekologiczny. Największym oddziałem jest Chirurgia Ogólna posiadająca 40 łóżek i świadcząca usługi zdrowotne w kwocie 4,6 mln zł. W 2018 roku przez Oddział przewinęło się przeszło 1,6 tys. pacjentów. Szczegółowe dane Umieszczono w tabeli poniżej.

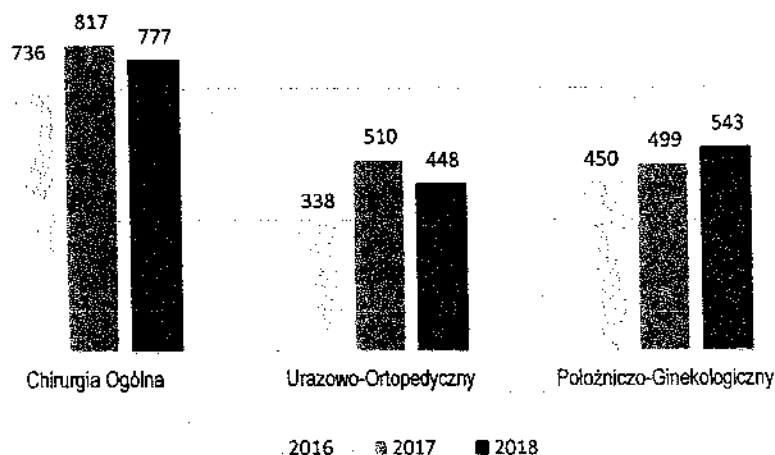
Tabela 42 Dane statystyczne oddziałów zabiegowych za 2018 rok

Parametr	Chirurgia Ogólna	Ortopedia	Położniczo-Ginekologiczny
Ilość łóżek	40	12	25
Ilość leczonych pacjentów	1 621	530	1 467
Wartość udzielanych świadczeń medycznych	4 593 822	2 990 242	3 585 336

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Największym oddziałem i wykonującym najwięcej zabiegów operacyjnych jest Oddział Chirurgii Ogólnej z ilością zabiegów oscylującą rocznie około liczby 800. Systematycznie zwiększa swoją operatywę Oddział Położniczo-Ginekologiczny. Poniżej przedstawiono jak kształtowała się ilość zabiegów operacyjnych na przestrzeni trzech ostatnich lat.

Wykres 15 Zabiegi operacyjne w latach 2016 do 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Jakkolwiek ilości zabiegów wykazują trend rosnący, to warunki techniczne jakimi dysponuje Blok Operacyjny nie są w pełni wykorzystane.

Blok operacyjny zajmuje powierzchnię 454,8 m². Posiada trzy sale operacyjne:



- **sala nr 1:** przeznaczona głównie do zabiegów ortopedycznych; wyposażona w aparat RTG „ramię C”, artroskop i nowy aparat do znieczuleń;
- **sala nr 2:** przeznaczona dla „czystych” zabiegów chirurgicznych i ginekologicznych; wyposażony w laparoskop;
- **sala nr 3:** sprawuje funkcję sali dyżurnej, jest również wykorzystywana do „brudnych” zabiegów chirurgicznych i ginekologicznych; dodatkowo jest wyposażona w histeroskop.

Dodatkowo załoga Bloku obsługuje zabiegi przeprowadzane na sali cięć cesarskich znajdującej się na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym. Blok dysponuje także salą wybudzeń (dwulóżkowa), służą dla pacjentów, służą materiałową oraz ubraniową. Przy każdej sali operacyjnej znajdują się pomieszczenia przygotowawcze dla personelu Bloku Operacyjnego. Pomieszczenia Bloku przeszły generalny remont w roku 2015, przez co Blok Operacyjny nie wykazuje pilnego zapotrzebowania na modernizację pomieszczeń oraz inwestycje w sprzęt medyczny.

W czasie normalnej ordynacji na Bloku równocześnie pracują 2 zespoły operacyjne. Harmonogram zabiegów ustalany jest z wyprzedzeniem tygodniowym (zabiegi ortopedyczne) oraz jednodniowym (zabiegi chirurgii ogólnej oraz ginekologiczne). Taka krótka perspektywa planistyczna utrudnia racjonalne gospodarowanie potencjałem organizacyjnym Bloku Operacyjnego. **Biorąc pod uwagę, że 80% zabiegów stanowią zabiegi planowe, wydaje się zasadne aby uzupełnić procedury szpitalne o wcześniejsze planowanie i uzgadnianie pracy zespołów operacyjnych z Pielęgniarką Oddziałową Bloku.**

Nieodzownym elementem Bloku operacyjnego jest **Centralna Sterylizatornia**. Wizja lokalna potwierdziła nieprawidłowości w stanie technicznym Komórki oraz konieczność jej modernizacji. Pomieszczenia Centralnej Sterylizatorni „umownie” podzielone są na trzy strefy: brudną, czystą i sterylną. Brak jest szluz umywalkowo-fartuchowych odgradzających poszczególne strefy, toalet oraz pomieszczenia do wydawania narzędzi sterylnych pomiędzy strefą sterylną, a ogólnodostępną. Brakuje również myjni-dezynfektora między strefą brudną i pomieszczeniem wydawania przeznaczonej do mycia wózków i innych elementów transportowych. Standardu nie trzymają także wykładziny podłóg i ścian, umożliwiających ich mycie i dezynfekcję.

Centralna Sterylizatornia wymaga przebudowy bądź remontu oraz doposażenia w sprzęt medyczny. Brakuje między innymi: myjni – dezynfektorów, autoklawu, minimum 1 dodatkowego sterylizatora parowego oraz drobnych sprzętów do sterylizacji (pistolety parowe, sprężone powietrze).

Ze względu na znaczącą rolę jaką odgrywa Centralna Sterylizatornia nie tylko na rzecz działalności bloku Operacyjnego, ale całego Szpitala konieczne jest powzięcie jak najszybszych działań pozwalających na dostosowanie Sterylizatorni do odpowiednich standardów funkcjonowania.



4.3. Świadczenia ambulatoryjne

Do zadań przychodni specjalistycznej należy w szczególności udzielanie w formie ambulatoryjnej specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie reprezentowanych specjalności. Świadczenia zdrowotne obejmują w szczególności badania i porady lekarskie oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub obowiązujących przepis prawa.

Rejestracja do poradni jest czynna w godzinach 7:00 – 14:35 (poniedziałek, wtorek, piątek) oraz 7:00 – 18:00 (środa) i można z niej skorzystać zarówno osobiście, telefonicznie oraz internetowo (dzięki Portalowi Pacjenta Podlaskiego Systemu Informacyjnego e-Zdrowie).

W strukturach Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie działają następujące poradnie:

- Alergologiczna,
- Chirurgii Dziecięcej,
- Chirurgii Ogólnej,
- Chorób Zakaźnych,
- Dermatologiczna,
- Diabetologiczna,
- Ginekologiczna,
- Medycyny Pracy,
- Medycyny Sportowej,
- Neurologiczna,
- Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej,
- Okulistyczna
- Ortopedyczna,
- Otolaryngologiczna,
- Preluksacyjna,
- Rehabilitacji,
- Zdrowia Psychicznego.

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w okresie 2016 – VI 2019.



Tabela 43 Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w okresie 2016 – VI 2019

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	Trend	I-VI 2019
Poradnia Chirurgii Ogólnej	9 610	9 544	8 213	↘	4 278
Poradnia Ginekologiczna	8 098	7 513	6 578	↘	3 383
Poradnia Ortopedyczna	1 749	4 785	5 156	↗	2 268
Poradnia Dermatologiczna	4 136	4 240	3 970	↘	2 035
Poradnia Okulistyki	3 313	3 245	3 282	↔	1 621
Poradnia Rehabilitacyjna	3 027	3 285	3 207	↔	1 745
Poradnia Laryngologiczna	2 409	2 427	2 978	↗	1 442
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	2 615	2 715	2 464	↘	1 271
Poradnia Chorób Zakaźnych	2 185	2 486	2 414	↔	1 278
Poradnia Medycyny Pracy*	2 363	2 199	2 102	↘	954
Poradnia Zdrowia Psychicznego	3 693	3 739	3 782	↔	2 066
Poradnia Neurologiczna	1 839	1 805	1 676	↘	1 139
Poradnia Alergologiczna	1 816	1 726	1 655	↘	801
Poradnia Diabetologiczna	831	907	1 509	↗	1 226
Poradnia Medycyny Sportowej*	201	202	179	↔	70
Poradnia Nefrologiczna*	134	79	70	↘	18
Poradnia Kardiologiczna*	393	264	0	↘	0
Poradnia Preluksacyjna	0	0	0	↔	67
Dział Fizjoterapii	3 450	3 727	3 537	↔	1 862
RAZEM	53 878	56 905	54 790		27 524
Średniomiesięcznie	4 490	4 742	4 566		4 587

* Poradnie komercyjne – funkcjonujące poza kontraktem z NFZ.

Źródło: opracowania własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W latach 2016 – 2018 ogólna liczba porad wahała się. Jednak w roku 2018 udzielono o 912 (1,7%) porad więcej niż w roku 2016, co jest zjawiskiem pozytywnym.

Warto zwrócić uwagę, iż 4 poradnie świadczyły w tym okresie usługi komercyjnie (Medycyny Pracy, Sportowo-Lekarska, Kardiologiczna i Nefrologiczna), co także należy ocenić pozytywnie. Ponadto w roku 2019 rozszerzono zakres oferty medycznej o Poradnię Preluksacyjną. W kontekście rozwijania Oddziału Położniczo-Ginekologicznego jest to działanie zasadne i pożądane. Audytorzy wskazują, iż Jednostka ze względu na planowane wydzielenie osobnego Oddziału Kardiologicznego i ekspansję w tym zakresie, powinna także pozyskać kontrakt z NFZ na funkcjonowanie Poradni Kardiologicznej.

Porównując dane z roku 2018 z danymi z roku 2016 widać, iż największe spadki przyjęć odnotowały poradnie:

- Ginekologiczna (-1 520 szt./-18,8%),
- Chirurgii Ogólnej (-1 331 szt./-14,%),
- Medycyny Pracy (-261 szt./-11,0%),
- Neurologiczna (-163 szt./-8,9%).

Spadki należy traktować jako zjawisko niepokojące, którym należy zapobiegać.



Porównując dane z roku 2018 z danymi z roku 2016 widać, iż największe wzrosty przyjęć odnotowały poradnie:

- Ortopedyczna (3 407 szt./194,8%),
- Poradnia Diabetologiczna (678 szt./81,6%),
- Poradni Laryngologiczna (569 szt./23,6%),
- Chorób Zakaźnych (229 szt./10,5%).

Wzrosty świadczą o poprawie aktywności w wyżej wspomnianych zakresach.

Dział fizjoterapii

Gabinety działają w systemie dwuzmianowym i czynne są w godzinach 7 – 19. Dziennie obsługują ok. 150 pacjentów, którzy korzystają z usług w ramach 2-tygodniowych cykli. Warto podkreślić, iż kolejka na zabiegi jest bardzo krótka, w porównaniu do innych Jednostek w kraju – dla przypadków pilnych wynosi ok. 10 dni (na dzień 31.08.2019 r. oczekiwała 1 osoba), zaś dla przypadków stabilnych ok. 19 dni (na dzień 31.08.2019 r. oczekiwało 186 osób).

Kolejki oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych stanowią wyraz nierównowagi między zgłoszonymi potrzebami zdrowotnymi, a możliwościami ich natychmiastowego zaspokojenia. Przyczyny występowania kolejek są wielorakie. Z jednej strony jest to wyraz racjonowania świadczeń. Z drugiej strony występowanie kolejek w znacznej części wyrazem niedofinansowania systemu. Niezależnie od przyczyny ich występowania, konieczna jest rejestracja sytuacji oczekiwania na świadczenia medyczne. Pozwala to zarówno na wprowadzenie uzasadnionego zarządzania kolejką, jak i możliwość likwidowania przyczyn ich powstawania – jeśli są wyrazem nieefektywności.

Tabela 44 Rejestr kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w AOS i Rehabilitacji

Poradnia	Przypadki stabilne		Przypadki pilne	
	Liczba oczekujących	Sredni czas oczekiwania (dni)	Liczba oczekujących	Sredni czas oczekiwania (dni)
Poradnia Okulistyczna	154	174	2	0
Poradnia Neurologiczna	125	106	3	23
Poradnia Rehabilitacyjna	68	60	2	18
Poradnia Alergologiczna	55	58	0	0
Poradnia Dermatologiczna	75	58	0	0
Poradnia Diabetologiczna	31	55	1	0
Poradnia Prełuksacyjna	8	29	0	0
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	0	0	0	0
Poradnia Chirurgii Ogólnej	0	0	0	0
Poradnia Chorób Zakaźnych	0	0	0	0
Poradnia Ginekologiczna	0	0	0	0
Poradnia Otolaryngologiczna	0	0	0	0



Poradnia	Przypadki stabilne		Przypadki pilne	
	Liczba oczekujących	Sredni czas oczekiwania (dni)	Liczba oczekujących	Sredni czas oczekiwania (dni)
Poradnia Zdrowia Psychicznego	0	0	0	0
Dział Fizjoterapii	186	19	1	10

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie na dzień 31.08.2019 r.

W zakresie AOS na wizytę najdłużej oczekiwali pacjenci (przypadki stabilne) w:

- Poradni Okulistycznej (174 dni),
- Poradni Neurologicznej (106 dni),
- Poradni Rehabilitacyjnej (60 dni).

W zakresie AOS najwięcej pacjentów oczekiwało w kolejce na wizytę w:

- Poradni Okulistycznej (154 osób),
- Poradni Neurologicznej (125 osób),
- Poradni Dermatologicznej (75 osób).

W Dziale Fizjoterapii w kolejce było 186 osób z uśrednionym czasem oczekiwania 19 dni.

Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie posiada szeroką ofertę ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wahająca się liczba przyjęć w poradniach, na przestrzeni ostatnich trzech lat, oraz nie najkrótsze kolejki oczekujących, wskazują na możliwość pewnych optymalizacji. Jednostka nie powinna dopuszczać do spadku przyjęć, bowiem może to skutkować obniżeniem ryczałtu z NFZ i przyczyniać się do uszczuplania dopływu pacjentów na oddziały szpitalne. Rozwijanie AOS ma szczególne znaczenie w kontekście, iż polityka płatnika zmierza do przenoszenia tutaj części środków (nakładów) z leczenia zamkniętego (szpitalnego) i rozwijania skoordynowanej opieki nad pacjentem.

4.4. Organizacja diagnostyki medycznej

W ramach struktury organizacyjnej Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie funkcjonują następujące pracownie diagnostyczne:

- Laboratorium Analityczne,
- Laboratorium Mikrobiologiczne,
- Pracownia RTG i USG,
- Pracownia Endoskopii,
- Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej.

Poniżej zostały przedstawione dane na temat zleczonych badań w roku 2018 lub w okresie 2016 – VI 2019 roku dla poszczególnych pracowni w różnym ujęciu.



DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA

Tabela 45 Liczba badań wykonanych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w Laboratorium analitycznym w roku 2018 w rozbięciu na komórki zlecające

Wyszczególnienie	Laboratorium analityczne	
	2018	Udział %
Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	32 904	14,0%
SOR	30 749	13,1%
Oddział Chirurgii Ogólnej	19 734	8,4%
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	18 349	7,8%
Oddział Dziecięcy	9 346	4,0%
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	5 257	2,2%
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	4 948	2,1%
Poradnia Ginekologiczna	4 930	2,1%
Poradnia Chorób Zakaźnych	3 836	1,6%
Poradnia Diabetologiczna	3 358	1,4%
Poradnia Medycyny Pracy	2 822	1,2%
Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	2 628	1,1%
Oddział Rehabilitacji	2 510	1,1%
OAIiT	2 136	0,9%
Oddział Psychiatryczny Z Izbą Przyjęć	1 958	0,8%
Pododdział Noworodkowy	1 318	0,6%
Oddział Psychiatryczny z Izbą Przyjęć – CZP	1 116	0,5%
Poradnia Chirurgii Ogólnej	582	0,2%
Poradnia Medycyny Sportowej	514	0,2%
Poradnia Alergologiczna	272	0,1%
Poradnia Dermatologiczna	149	0,1%
Poradnia Neurologiczna	140	0,1%
Poradnia Zdrowia Psychicznego	105	0,0%
Oddział Dzienny Psychiatryczny – CZP	90	0,0%
Poradnia Zdrowia Psychicznego – CZP	73	0,0%
Blok Porodowy	73	0,0%
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	64	0,0%
Poradnia Ortopedyczna	8	0,0%
Poradnia Otolaryngologiczna	8	0,0%
Razem badania na rzecz SO w Grajewie	149 977	64,0%
Badania odpłatne	84 510	36,0%
OGÓLEM	234 487	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Z zestawienia wynika, iż w roku 2018 najwięcej badań laboratoryjnych wykonano na podstawie skierowań z następujących komórek:

- Oddział Internistyczno-Kardiologiczny (14,0%),
- SOR (13,1%),
- Oddziału Chirurgii Ogólnej (8,4%).



Warto zwrócić uwagę na duży udział badań odpłatnych (36,0%), co należy ocenić pozytywnie.

Tabela 46 Liczba badań wykonanych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w Laboratorium mikrobiologicznym w roku 2018 w rozbićciu na komórki zlecające

Wyszczególnienie	Laboratorium mikrobiologiczne	
	2018	Udział %
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	1 775	15,7%
Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	1 759	15,5%
Oddział Dziecięcy	1 464	12,9%
Oddział Chirurgii Ogólnej	668	5,9%
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	528	4,7%
Poradnia Ginekologiczna	389	3,4%
Pododdział Noworodków*	308	2,7%
OAIIT	268	2,4%
Blok Operacyjny	203	1,8%
SOR	198	1,7%
Oddział Psychiatryczny Z Izbą Przyjęć	181	1,6%
Oddział Rehabilitacji	162	1,4%
Poradnia Chirurgii Ogólnej	154	1,4%
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	148	1,3%
Poradnia Chorób Zakaźnych	33	0,3%
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	24	0,2%
Poradnia Ortopedyczna	16	0,1%
Pracownia Endoskopii	14	0,1%
Poradnia Alergologiczna	13	0,1%
Blok Porodowy	9	0,1%
Poradnia Diabetologiczna	7	0,1%
Poradnia Dermatologiczna	3	0,0%
Poradnia Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	3	0,0%
Poradnia Kardiologiczna	2	0,0%
Poradnia Medycyny Sportowej	1	0,0%
Poradnia Zdrowia Psychicznego	1	0,0%
Razem badania na rzecz SO w Grajewie	8 331	73,5%
Badania odpłatne	2 999	26,5%
OGÓLEM	11 330	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Z zestawienia wynika, iż w roku 2018 najwięcej badań w Laboratorium mikrobiologicznym wykonano na podstawie skierowań z następujących komórek:

- Oddział Obserwacyjno-Zakaźny (15,7%),
- Oddział Internistyczno-Kardiologiczny (15,5%),
- Oddział Dziecięcy (12,9%).

Udział badań odpłatnych także był wysoki i wyniósł 26,5% w łącznej liczbie zleceń.



[Handwritten signature]

DIAGNOSTYKA OBRAZOWA

Ze względu na brak szczegółowej ewidencji w rozbiciu na wszystkie komórki zlecające zestawiono jedynie ogólną liczbę badań w okresie 2016 – VI 2019 roku.

Tabela 47 Liczba badań RTG i USG wykonanych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019

Oddział	Badania				
	2016	2017	2018	Trend	I-VI 2019
RTG	15 852	15 358	14 758		7 363
średniomiesięcznie	1 404	1 280	1 230		1 227
USG	6 748	6 275	11 010		2 682
średniomiesięcznie	562	523	918		447
Ogółem	23 600	21 633	25 768		10 045
średniomiesięcznie	1 967	1 803	2 147		1 674

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Z zestawienia wynika, iż w badanym okresie liczba badań RTG malała, zaś USG wahała się. W roku 2018 wykonano:

- 2 094 szt. mniej badań RTG (o 12%) w porównaniu do roku 2016,
- 4 262 szt. więcej badań (aż o 63%) w porównaniu do roku 2016,
- średniomiesięcznie 1 230 badań RTG,
- średniomiesięcznie 918 badań USG.



BADANIA ENDOSKOPOWE

Tabela 48 Liczba badań wykonanych w Pracowni Endoskopii Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019

Wyszczególnienie	Badania endoskopowe				
	2016	2017	2018	Trend	I-VI 2019
Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	284	384	404		221
Oddział Chirurgii Ogólnej	141	101	128		103
Oddział Dziecięcy	10	6	3		4
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	5	1	1		
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	272	261	248		115
OAIIT	2	5	7		5
Oddział Psychiatryczny z Izba Przyjęć	1	5	4		1
SOR	19	11	5		6
Razem badania na rzecz SO w Grajewie	734	774	798		455
Badani odpłatnie	34	37	19		0
Ogółem	768	811	817		455
średniomiesięcznie	64	68	68		76

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Z zestawienia wynika, iż w badanym okresie łączna liczba badań endoskopowych (gastroskopii i kolonoskopii) rośnie (o 49 szt. – 6,4% porównując rok 2018 do 2016). W roku 2018 najwięcej badań wykonano na podstawie skierowań z następujących komórek:

- Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego (404 szt.).
- Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego (248 szt.)
- Oddziału Chirurgii Ogólnej (126 szt.).

Niepokoici spadek ilości badań endoskopowych wykonanych odpłatnie. Zaleca się zwiększenie sprzedaży komercyjnej w celu optymalnego wykorzystania zasobów posiadanych przez Jednostkę.

4.5. Analiza rachunku kosztów oddziałów szpitalnych

Analizę kosztów wykonano bazując na procesowych kosztach procedur medycznych, zmiennych i stałych oraz na uzyskanych przez oddziały marżach na poszczególnych grupach kosztów. Wykorzystywano do tego celu dane za rok 2018 dostarczone przez księgowość oraz system controllingowy Szpitala.

Koszty bezpośrednio księgowane w ciężar oddziałów, jak i koszty pośrednie, którymi je obciążono zostały przeanalizowane w celu identyfikacji przede wszystkim kosztów zmiennych procedur medycznych takich jak: zastosowane materiały medyczne, diagnostyka czy wykonane zabiegi. W drugiej kolejności podjęto próbę podzielenia



pozostałych kosztów na trzy kategorie: koszty stałe utrzymania oddziałów (koszty wydziałowe), bezpośrednie koszty pobytu pacjentów w Szpitalu (koszty hotelowe) oraz nakłady na utrzymanie infrastruktury technicznej Szpitala tj. budynków, budowli, instalacji i systemów teleinformatycznych przypadające na poszczególne oddziały. Takie ujęcie kosztów pozwala analizować organizację i zarządzanie oddziałami poprzez pryzmat nowego spojrzenia controllingowego, w którym poszczególni kierownicy nie muszą być obciążani informacjami kosztowymi, na które bezpośrednio nie mają żadnego wpływu. Zagregowane informacje mogą być im przedstawiane w formie prostych i zrozumiałych parametrów. Np. Ordynator oddziału szpitalnego nie jest zainteresowany kosztami zatrudnienia kucharek w Kuchni, ani remontem parkingu czy dachu. Natomiast koszty utrzymania pacjentów, jako iloczyn kosztu osobodnia i długości pobytu pacjentów w Szpitalu, czy koszty zajmowanego przez niego lokalu, jako iloczyn stawki miesięcznej kosztu metra kwadratowego i powierzchni, są kategoriami, które niewątpliwie jego dotyczą, i na które ma wpływ.

Wyniki wskazanego powyżej podziału zaksięgowanych już kosztów są niestety obarczone błędem i należy traktować je jako przybliżone. Jest to spowodowane trudnościami w identyfikacji „czystości” kwalifikowania i księgowania kosztów, które to czynności były wykonywane w logice innego systemu podziałowego i rozliczeniowego. Jednak pomimo tego, skonstruowany w nowy sposób rachunek kosztów pozwala spojrzeć na organizację Szpitala w inny, procesowy sposób.

Zarówno wartość sprzedaży jak i koszty oddziałów skorygowane zostały o refundacje wynikające z zasad kontraktowania, tj. o refundacje kosztów leków w programach lekowych oraz o refundację części kosztów, wynikającą ze zobowiązań ministerialnych, odnoszącą się do wzrostu wynagrodzeń personelu medycznego.



N

Tabela 49 Zestawienie parametrów ekonomicznych oddziałów szpitalnych w 2018 roku

Leczenie szpitalne	Wartość wykonanych świadczeń	koszty zmienne procedur medycznych	koszty osobowe obowiązujące Szpital	pozostałe koszty oddziałowe	RAZEM KOSZTY OPERACYJNE	Marża na kosztach zmiennych procedur medycznych	Marża na kosztach operacyjnych	Rentowność na kosztach zmiennych procedur medycznych	Rentowność na kosztach operacyjnych
1 Oddział Chirurgii Ogólnej	4 593 822	1 843 297	1 466 383	645 260	3 950 019	2 750 525	638 883	60%	14% ✓
2 Oddział Urazowo-Ortopedyczny	2 990 242	1 475 722	1 366 866	199 381	3 039 515	1 514 520	-51 727	51%	-2%
3 Oddział Północno-Ginekologiczny	3 565 336	985 602	2 075 235	579 630	3 632 824	2 579 733	-75 131	46%	-2%
4 Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	4 473 552	1 742 755	2 258 247	853 914	4 848 501	2 730 797	-381 364	61%	-9% ☹
5 Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	2 721 547	712 524	1 191 835	456 353	2 355 962	2 009 023	360 835	74%	13% ✓
6 Oddział Psychiatryczny	2 091 478	85 952	1 339 592	424 152	1 833 259	2 005 526	241 781	96%	12% ✓
7 Oddział Rehabilitacji	1 276 212	234 538	912 013	436 745	1 580 534	1 041 674	-307 084	82%	-24% ☹
8 Oddział Dziecięcy	2 063 995	348 433	1 300 951	369 351	2 013 991	1 715 562	45 260	83%	2%
9 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2 403 801	422 091	1 853 660	287 832	2 562 186	1 991 710	-159 782	82%	-7%
10 Razem Leczenie szpitalne		7 850 914	13 764 781	4 252 619		18 329 072	3 111 672	66%	1%

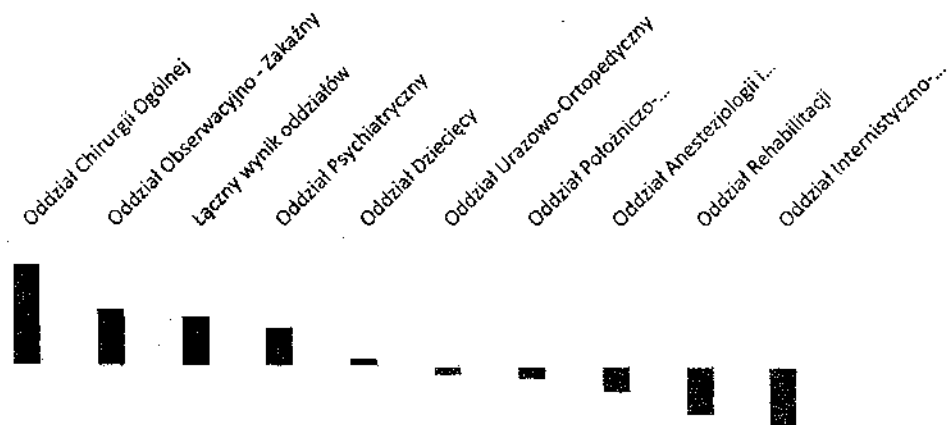
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Dla przejrzystości obrazu, z kosztów komórek wynikowych wyłączono koszty zarządzania Szpitalem, zakładając, że suma uzyskanych marż ma służyć na ich pokrycie. Stąd analizę wyniku finansowego przeprowadzono na podstawie marż rozumianych jako różnica wielkości sprzedaży i sumy zebranych w odpowiedni sposób kosztów dotyczących bezpośrednio działalności oddziałów. I tak w pierwszej kolejności wyliczono marżę na kosztach zmiennych procedur medycznych jako nadwyżkę wartości sprzedaży nad kosztami zmiennymi leków, materiałów medycznych, diagnostyki i kosztów zabiegów. Natomiast w drugim stopniu wyliczono marżę na wszystkich kosztach oddziałowych ukazanych jako koszty operacyjne (koszty zmienne procedur medycznych, koszty osobowe oraz pozostałe koszty, do których zaliczone zostały m.in. koszty hotelowe, utrzymania powierzchni, oddziałowe itp.).

Wszystkie oddziały szpitalne Szpitala Ogólnego w Grajewie osiągają dodatnie marże na zmiennych kosztach procedur medycznych. Uzyskane marże, dla wszystkich oddziałów, pozwalają pokryć koszty osobowe, jednak najlepiej w tej kwestii wypada oddział Chirurgii Ogólnej, natomiast najgorzej oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Rehabilitacji. Udział kosztów personelu w wartości wykonanych świadczeń dla Rehabilitacji wynosi odpowiednio 71%. Przyjmuje się, że udział ten nie powinien być wyższy niż 60%, a dla zupełnie zdrowych finansów, nie powinien przekraczać 50% wartości sprzedaży. Problem ten wymaga szybkiej interwencji menadżerskiej.

Wykres 16 Marża na działalności uzyskana przez oddziały szpitalne w 2018 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Oddziały, których całkowita marża nie starcza na pokrycie pozostałych kosztów oddziałowych, utrzymania pacjentów i powierzchni oddziału to: oddział Internistyczno-Kardiologiczny, oddział Rehabilitacji, oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, oddział Położniczo-Ginekologiczny oraz oddział Urazowo – Ortopedyczny. Oddziały, które na swojej działalności uzyskują dodatnie marże i tym samym uczestniczą w finansowaniu kosztów ogólnozakładowych to oddział Chirurgii Ogólnej, Obserwacyjno-Zakaźny, Psychiatryczny oraz Dziecięcy.

Oddziały szpitalne świadczą usługi lecznicze w ramach zakontraktowanego ryczałtu, kontraktów poza ryczałtem oraz poza umową z NFZ. Jednak głównym obszarem działalności



oddziałów są świadczenia wykonywane w ramach ryczałtu. Stanowią one 71% ogółu wartości świadczeń. Świadczenia kontraktowane poza ryczałtem stanowią 29% ich wartości ogólnej.

Świadczenia medyczne o największej wartości wykonują oddziały Chirurgii Ogólnej (4,6 mln zł), Internistyczno-Kardiologiczny (4,5 mln zł) oraz Położniczo-Ginekologiczny (3,6 mln zł), przy czym najbardziej efektywnie działa oddział Chirurgii Ogólnej (pozostałe dwa oddziały osiągają sprzedaż, która po opłaceniu kosztów procedur medycznych i personelu nie wystarcza na pokrycie kosztów utrzymania oddziału i obsługi pacjentów). Najmniejszą wartość świadczeń medycznych wnosi do wspólnego portfela oddział Rehabilitacji (1,3 mln zł).

Największy udział świadczeń wykonywanych poza ryczałtem wykazują oddziały: Urazowo-Ortopedyczny oraz Psychiatryczny.

Tabela 50 Wartość świadczeń medycznych wykonanych w 2018 roku

Leczenie szpitalne	Wykonanie kontraktu Ryczałt	Wykonanie kontraktów poza ryczałtem	Świadczenia medyczne poza NFZ	Razem wartość wykonanych świadczeń	Wartość świadczeń medycznych na 1 pacjenta
1 Oddział Chirurgii Ogólnej	4 572 980	0	20 842	4 593 822	2 834
2 Oddział Urazowo-Ortopedyczny	0	2 866 279	123 963	2 990 242	5 642
3 Oddział Położniczo-Ginekologiczny	2 260 810	1 304 526	0	3 565 336	2 430
4 Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	4 473 552	0	0	4 473 552	2 478
5 Oddział Obserwacyjno - Zakaźny	2 721 547	0	0	2 721 547	2 901
6 Oddział Psychiatryczny	0	2 088 109	3 369	2 091 478	5 518
7 Oddział Rehabilitacji	0	1 276 212	0	1 276 212	2 497
8 Oddział Dziecięcy	2 059 833	0	4 162	2 063 995	2 029
9 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2 403 801	0	0	2 403 801	32 051
10 Razem Leczenie szpitalne	18 492 524	7 535 126	152 336	26 179 986	3 138

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Najwyższą wartość świadczeń na jednego pacjenta wykonuje OAiIT, Oddział Urazowo-Ortopedyczny oraz oddział Psychiatryczny. Z tych oddziałów jedynie w przypadku Oddziału Psychiatrycznego jego przychody są wystarczające na pokrycie całkowitych kosztów jego funkcjonowania. Marża uzyskiwana przez OAiIT oraz oddział Urazowo-Ortopedyczny nie jest wystarczająca do pokrycia płac ich pracowników, co oznacza, że nie funkcjonują one w sposób efektywny.

Zestawienie nakładów na koszty zmienne procedur dostarcza informacji do analizy działalności oddziałów, które powinny być wykorzystane szczególnie przez te komórki, które uzyskują niski poziom wartości sprzedaży, a wysoki udział kosztów zmiennych w sprzedaży.



Grupę najwyższych kosztów zmiennych procedur medycznych stanowią koszty zabiegów, w tym świadczeń wykonanych na rzecz oddziałów przez Blok Operacyjny (2,5 mln zł). Spośród pozostałych kosztów wyróżniają się również koszty diagnostyki szpitalnej (1,8 mln zł).

Jednym z obszarów, który znajdował się w zainteresowaniu audytorów była gospodarka lekami, materiałami medycznymi i sprzętem jednorazowym. Ta kategoria nakładów, jak stwierdzili audytorzy, księgowana jest w koszty oddziałów w momencie wydania ich na oddział z apteki bądź magazynu, a nie w momencie zaaplikowania pacjentowi z apteczki oddziałowej.

Tabela 51 Koszty zmienne procedur medycznych poniesione w 2018 roku

	Leczenie szpitalne	Leki	Materiały i sprzęt medyczny jednorazowy	Diagnostyka szpitalna	Diagnostyka zewnętrzna	Koszty zabiegów / Bloku Operacyjnego	Razem koszty zmienne procedur medycznych	Udział kosztów w wartości udzielonych świadczeń
1	Oddział Chirurgii Ogólnej	353 078	105 732	251 433	195 714	937 339	1 843 297	40%
2	Oddział Urazowo-Ortopedyczny	87 394	635 210	60 757	10 293	682 068	1 475 722	49%
3	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	116 596	118 144	101 337	41 212	608 313	985 602	28%
4	Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	456 500	103 732	809 555	219 894	153 074	1 742 755	39%
5	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny	210 354	80 534	350 871	69 588	1 177	712 524	26%
6	Oddział Psychiatryczny	37 536	10 278	26 742	11 013	382	85 952	4%
7	Oddział Rehabilitacji	6 395	50 854	24 361	150	152 778	234 538	18%
8	Oddział Dziecięcy	62 435	148 067	135 371	2 005	555	348 433	17%
9	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	242 209	117 323	52 290	4 184	6 085	422 091	18%
10	Razem Leczenie szpitalne	1 572 496	1 369 876	1 812 718	554 053	2 541 771	7 850 914	30%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Do pozostałych kosztów oddziałowych zaliczono koszty hotelowe, koszty transportu medycznego, koszty utrzymania powierzchni zajmowanych przez oddziały oraz wydziałowe koszty stałe. Koszty hotelowe (zapewnienie pościeli i żywienia) zostały oszacowane jako iloczyn ilości osobodni przebywania pacjentów na oddziale oraz wyliczonej odrębnie stawki kosztu jednego dnia pobytu pacjenta w szpitalu. Analizując koszty pobytowe pacjentów wyliczono koszt dobowego ich pobytu na **29,71 zł** na osobodzień. Koszt ten obejmuje uśrednione koszty zapewnienia pościeli oraz żywienia pacjenta.



Tabela 52 Pozostałe koszty oddziałowe

	Leczenie szpitalne	Koszty hotelowe	Transport medyczny	Koszty utrzymania powierzchni	Pozostałe koszty oddziałowe	Razem koszty pozostałe
1	Oddział Chirurgii Ogólnej	251 194	53 812	173 605	166 649	645 260
2	Oddział Urazowo-Ortopedyczny	62 699	10 387	86 591	39 704	199 381
3	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	126 317	13 718	269 649	169 945	579 630
4	Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	311 298	112 053	226 304	204 259	853 914
5	Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	197 815	15 233	167 575	75 730	456 353
6	Oddział Psychiatryczny	214 262	10 696	121 029	78 164	424 152
7	Oddział Rehabilitacji	304 304	2 064	97 434	32 943	436 745
8	Oddział Dziecięcy	117 262	13 266	167 377	71 447	369 351
9	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	23 726	8 053	49 275	206 778	287 832
16	Razem Leczenie szpitalne	1 595 870	239 283	1 358 840	1 045 619	4 252 619

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Przy takim ujęciu kosztów hotelowych, w odróżnieniu od technik rozliczania kosztów stosowanych obecnie w Szpitalu, kierownictwa ośrodków kosztów jakimi są oddziały szpitalne mogą mieć wpływ na wysokość tych kosztów im przypisywanych poprzez zarządzanie długością hospitalizacji pacjentów czy zarządzaniem wielkością oddziałów.

Do ustalenia kosztu utrzymania powierzchni pomieszczeń użytkowanych przez oddziały przyjęto uśredniony miesięczny koszt utrzymania jednego metra kwadratowego powierzchni operacyjnej Szpitala. Z przeprowadzonych analiz kosztów utrzymania infrastruktury Szpitala (Rozdz. 7) wynika, że ustalony na podstawie danych za 2018 rok koszt miesięczny utrzymania jednego metra kwadratowego powierzchni operacyjnej, czyli tzw. powierzchni podstawowej służącej bezpośrednio realizacji przedmiotu działalności jednostki, wynosi łącznie z kosztami utrzymania czystości **38,17 zł/m²** miesięcznie. Na kwotę tę składa się techniczny koszt utrzymania infrastruktury odniesiony do powierzchni operacyjnej Szpitala w wysokości **19,09 zł/m²** oraz koszt utrzymania czystości także odniesiony do powierzchni operacyjnej, w wysokości **19,08 zł/m²** miesięcznie. Uwzględniając podaną przez Dział Techniczny powierzchnię zajmowaną przez poszczególne oddziały ustalono roczną wysokość kosztów jej utrzymania.

Obok miesięcznych kosztów utrzymania powierzchni pomieszczeń zajmowanych przez Oddziały szpitalne podano także jakie ilości tej powierzchni przypadają na jedno łóżko. Do tych wyliczeń wzięto pod uwagę liczbę łóżek na stan 30.06.2019 roku. Uwagę zwraca duża dysproporcja pomiędzy poszczególnymi oddziałami, np. dlaczego Oddział Internistyczno – Kardiologiczny potrzebuje przeszło trzykrotnie większej powierzchni na łóżko niż Rehabilitacji czy ponad dwukrotnie większej niż oddział Chirurgii Ogólnej. Wskaźniki te potwierdzają



wnioski zawarte także w innych częściach raportu z audytu o zasadności podjęcia działań racjonalizujących wykorzystanie powierzchni operacyjnej Szpitala.

Tabela 53 Miesięczne koszty utrzymania powierzchni oddziałów szpitalnych

Leczenie szpitalne	Powierzchnia zweryfikowana m ²	Koszt utrzymania powierzchni	Powierzchnia przypadająca na 1 łóżko
1 Oddział Chirurgii Ogólnej	700	173 605	22
2 Oddział Urazowo-Ortopedyczny	349	86 591	29
3 Oddział Położniczo-Ginekologiczny	1 087	269 649	52
4 Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	912	226 304	46
5 Oddział Obserwacyjno - Zakaźny	675	167 575	27
6 Oddział Psychiatryczny	488	121 029	16
7 Oddział Rehabilitacji	393	97 434	13
8 Oddział Dziecięcy	675	167 377	34
9 Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	199	49 275	33
10 Razem Leczenie szpitalne	5 477	1 358 840	28

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Trzecią kategorią kosztów przedstawioną w tabeli „Pozostałe koszty oddziałowe” są oddziałowe koszty stałe. Zaliczono do nich koszty biurowe, amortyzacji, inne koszty nie przypisane do pozostałych kategorii.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że działalność oddziałów szpitalnych dostarcza do wspólnego portfela wolne środki finansowe na pokrycie kosztów ogólnozakładowych. Nie jest to wielka kwota, zaledwie nieco powyżej 300 tys zł rocznie, ale należy podkreślić, że odbywa się to jedynie dzięki trzem oddziałom: Chirurgii Ogólnej, Obserwacyjno-Zakaźnemu oraz Psychiatrycznemu.

Oddziały, które ze względu na swoje wyniki finansowe stanowią dla Szpitala problem zarządczy to przede wszystkim Oddział Internistyczny oraz Rehabilitacji. Zaleca się podjęcie działań organizatorskich aby zmniejszyć ciężar tych komórek dla finansów Szpitala.

Podsumowując należy stwierdzić, że w Szpitalu brak jest prostego systemu informacji dla kierowników centrów kosztów. System taki powinien być prosty w swojej strukturze, przez nich zrozumiały i akceptowalny oraz powinien być powiązany z zadaniami stawianymi przed nimi przez kierownictwo Szpitala.



4.6. Analiza efektywności zarządzania materiałami medycznymi

Analiza efektywności gospodarowania materiałami medycznymi została przeprowadzona z punktu widzenia zasadności wielkości zużycia materiałów medycznych w następujących grupach:

- Leki,
- Płyny infuzyjne,
- Opatrunki,
- Materiały szewne,
- Materiały jednorazowego użytku.

W związku z powyższym został przeprowadzony audyt organizacyjno-funkcjonalny m.in. Apteki Szpitalnej oraz analiza danych finansowo-księgowych w zakresie wielkości zużycia materiałów medycznych według wskazanych wyżej grup.

Metodologia przeprowadzonej analizy dotyczącej oszczędności w gospodarowaniu materiałami medycznymi opiera się na analizie porównawczej (tzw. benchmarking). W pierwszej kolejności dokonywana jest kalkulacja kosztu zużycia materiałów medycznych według wskazanych wyżej grup w przeliczeniu na jeden punkt kontraktu. Otrzymywane wyniki są porównywane do oddziałów z tego samego zakresu wykonywanych świadczeń medycznych w innych Jednostkach. Różnice w kosztach zużycia materiałów medycznych na 1 zł są przeliczane według posiadanej umowy kontraktowej z NFZ przez Szpital, co stanowi potencjalne możliwe oszczędności do osiągnięcia przez jednostkę. Korzystając z narzędzia analizy porównawczej (benchmarking) ważne jest aby dokonywać porównań danych które są z tego samego zakresu. Dlatego przy doborze oddziałów porównawczych brana jest pod uwagę również wielkość Jednostki oraz wielkość kontraktu. Generalnie do przeprowadzenia badania wykorzystano system do analizy porównawczej podmiotów leczniczych Benchmarking. Polega on na porównywaniu głównych wskaźników ekonomicznych szpitala na tle podmiotów leczniczych z Polski o podobnym profilu działania, by wiedzieć co należy poprawić w stosunku do innych placówek. Celem Benchmarkingu jest poprawa procesów zarządczych przy wsparciu systemem rzetelnych, przydatnych zarządczo i istotnych kontrolingowo wskaźników, bazujących na dokonaniach kilkunastu szpitali, które – co ważne – zostały skutecznie zrestrukturyzowane, osiągają dobre wyniki i dzięki temu są szczególnie wartościowe benchmarkingowo.

Apteka obsługiwana jest przez Kierownika Apteki oraz jednego technika. Zapasy leków utrzymywane są na poziomie 1 tygodnia, natomiast zapasy materiałów jednorazowego użytku na około 1 miesiąc. Apteka produkuje leki recepturowe tj. kwasy bome, maści oraz proszki dla dzieci. Zamówienia składane i wydawane co 2 dzień. Zamówienia składane są komputerowo, ale kierownictwo Apteki wymaga, aby były też w formie papierowej. Kwitowanie odbioru w Aptece dokonywane jest przy samym odbiorze. Leki z Apteki odbierane są najczęściej przez pielęgniarki oddziałowe bezpośrednio z oddziałów.

W przypadku materiałów medycznych ewidencja ich księgowania odbywa się w momencie wyjścia z apteki głównej na apteczki oddziałowe, mimo posiadania systemu informatycznego posiadającego moduł apteczek oddziałowych. Jest to rozwiązanie nieoptymalne, ponieważ



nie pokazuje ono faktyczne zużycie materiałów medycznych przez dany oddział w określonym miesiącu. Zaleca się, aby szpital wyznaczył harmonogram wdrażania dla poszczególnych oddziałów w zakresie rozliczania zużycia materiałów medycznych w momencie wyjścia leku z oddziału poprzez wykorzystanie posiadanego modułu apteczek oddziałowych. Idealnym rozwiązaniem jest ewidencja zużycia leków na jednego pacjenta, co jest powiązane ze zleceniami lekarza.



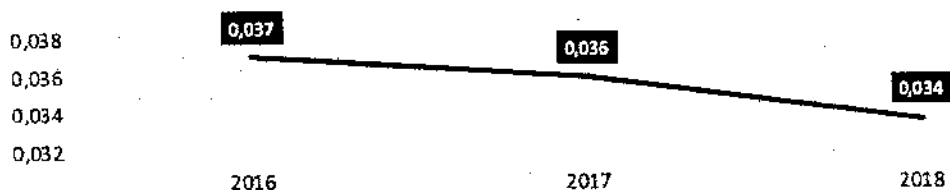
Tabela 54 Zużycie materiałów medycznych na poszczególne Oddziały

Wyszczególnienie	2016			2017			2018		
	Leki	Materiały jednorazowe	Opatrunki	Leki	Materiały jednorazowe	Opatrunki	Leki	Materiały jednorazowe	Opatrunki
Oddział Internistyczny - Kardiologiczny	287 696	66 310	8 101	287 636	73 270	6 805	244 956	68 937	10 577
Oddział Chirurgii Ogólnej	244 887	55 716	14 985	241 886	58 885	15 085	242 201	76 975	17 425
Pododdział Noworodkowy	4 652	12 082	655	6 519	6 148	572	6 839	11 349	3 085
Oddział Dziecięcy	46 082	17 023	2 870	44 449	18 902	2 132	48 016	21 163	3 470
Oddział Położniczo Ginekologiczny	72 102	17 023	11 311	57 296	28 177	10 789	61 755	36 770	12 229
Oddział Obserwacyjno - Zakazny	114 763	28 887	2 674	134 622	38 397	2 821	128 004	36 770	3 612
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	158 052	74 477	2 896	195 199	88 001	3 013	177 517	84 910	5 150
Oddział Rehabilitacji	4 333	3 601	560	6 292	4 663	646	4 783	4 831	645
Oddział Psychiatryczny z Izłą Przyjęć	31 818	6 158	727	37 056	6 915	720	15 902	3 008	552
Szpitalny Oddział Ratunkowy	58 323	51 372	9 041	50 859	57 389	8 726	48 016	59 444	10 898
Oddział Urazowo Ortopedyczny	37 981	48 372	2 502	43 441	49 584	3 555	41 734	41 610	4 158
Oddział Psychiatryczny z Izłą Przyjęć - CZP	-	-	-	-	-	-	13 038	3 262	675
Oddział Dzienny Psychiatryczny - CZP	-	-	-	-	-	-	2 618	913	16
Łącznie	1 060 589	378 030	56 322	1 075 265	430 330	54 865	1 035 368	449 941	72 503

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Jednostka na przestrzeni analizowanego okresu utrzymywała względnie stały poziom zużywanych kosztów leków, kształtujący się na poziomie około 1,1 mln zł. W 2018 roku, największe zużycie leków, odnosiło się do Oddziału Chirurgii Ogólnej oraz Oddziału Internistyczno – Kardiologicznego. Koszty leków przez cały okres stanowiły około 70% wartości ogólnego zużycia materiałów medycznych. Co do zasady przyjmuje się, że jest to sytuacja typowa w tego typu Jednostkach.

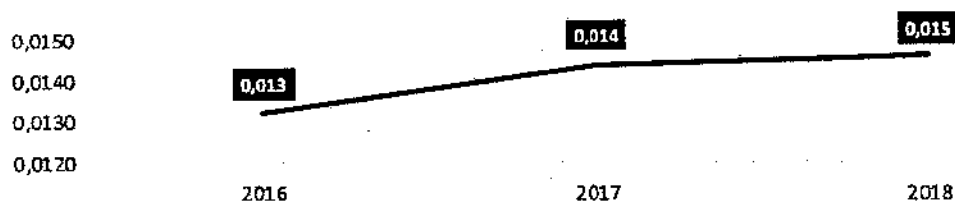
Wykres 17 Zużycie leków w latach 2016 – 2018 w przeliczeniu na złotówkę kontraktu



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Koszt materiałów jednorazowych na przestrzeni analizowanego okresu wzrosły. W 2018 roku, największe zużycie kosztów materiałów jednorazowych, odnosiły się do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Chirurgii Ogólnej. Koszty przedmiotowej pozycji przez cały okres stanowiły około 26% wartości ogólnego zużycia materiałów medycznych. Co do zasady przyjmuje się, że jest to sytuacja typowa w tego typu Jednostkach.

Wykres 18 Zużycie materiałów jednorazowych w latach 2016 – 2018 w przeliczeniu na złotówkę kontraktu

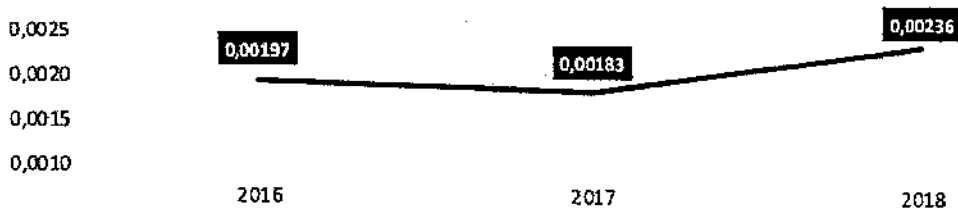


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Koszty opatrunków, stanowiły marginalną część ogólnych kosztów zużycia materiałów medycznych (około 3% wartości grupy). W 2018 roku, największe zużycie kosztów materiałów opatrunków odnosiło się do Oddziału Chirurgii Ogólnej oraz Pododdziału Położniczego.



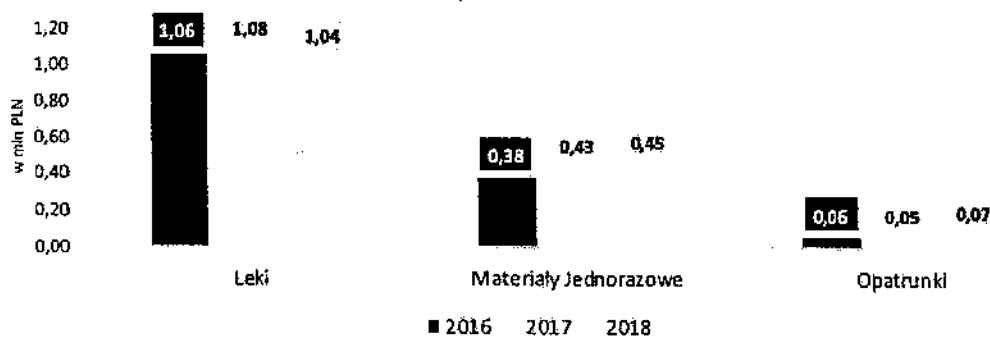
Wykres 19 Zużycie materiałów opatrunkowych w latach 2016 – 2018 w przeliczeniu na złotówkę kontraktu



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

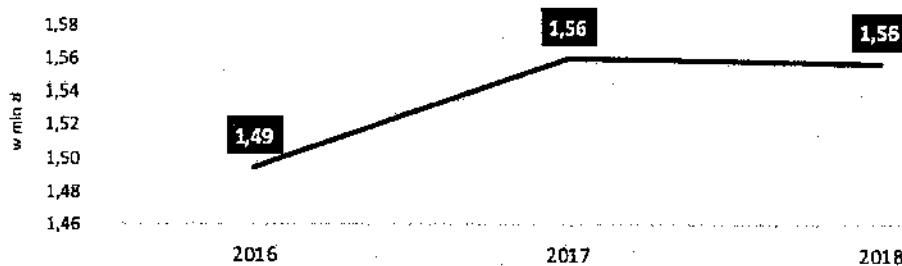
Po przeprowadzeniu analizy benchmarkingowej można stwierdzić, iż poziom ponoszonych kosztów w zakresie niektórych oddziałów kształtuje się na zbyt wysokim poziomie, nieracjonalnym w stosunku do wykonywanego kontraktu. W głównej mierze dotyczy to Oddziału Kardiologii, Oddziału Chirurgii. Może to być spowodowane tym, że obecny system monitorowania i gospodarowania materiałami medycznymi nie jest do końca optymalnym rozwiązaniem poprzez brak wprowadzonych limitów zużycia. W poniższej tabeli przedstawiono możliwe do osiągnięcia oszczędności w podziale na miejsce występowania (oddziały) oraz asortymenty.

Wykres 20 Zużycie poszczególnych grup materiałów medycznych w latach 2016 - 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Wykres 21 Dynamika zużycia materiałów medycznych w latach 2016 - 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.



Podsumowując, koszty ponoszone z tytułu zużywanych materiałów medycznych utrzymywały się na względnie stałym poziomie. Jednostka posiada moduł apteczek oddziałowych w oprogramowaniu, który nie wykorzystuje w zakresie ewidencji kosztów, w związku tym obraz ponoszonych kosztów jest nie znany. Analiza benchmarkingowa wykazała nieefektywności, głównie związane ze zużyciem leków. Może być to spowodowane brakiem ustalonych limitów dotyczących zużycia materiałów medycznych i leków na poszczególne komórki medyczne. Ponadto należy zwrócić uwagę na brak odpowiednio szczegółowej struktury analitycznej kont odnoszących się do zużycia materiałów medycznych, która co do zasady powinna wykazywać w osobnych grupach zużycie leków, antybiotyków, materiałów opatrunkowych, materiałów szewnych czy płynów infuzyjnych.



5. Organizacja obsługi gospodarczej

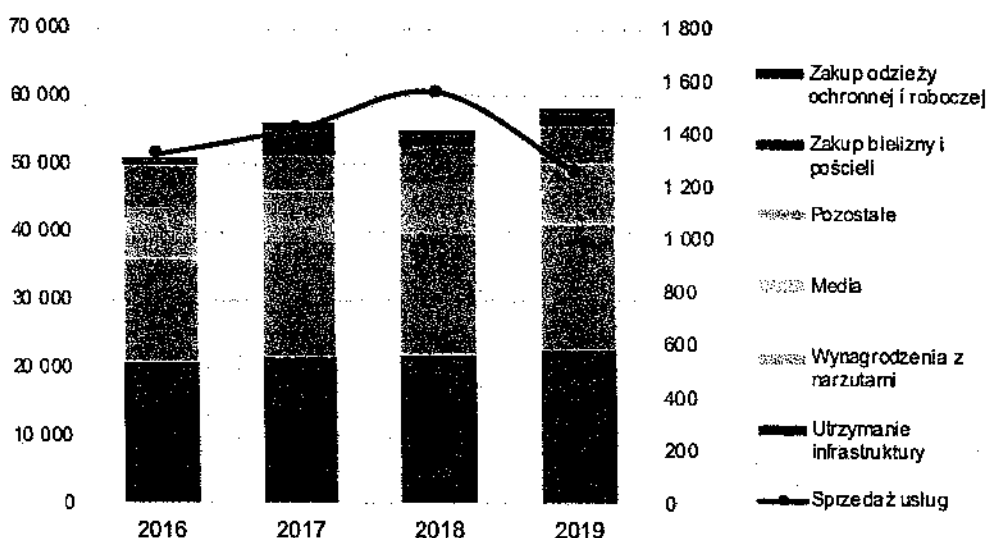
W niniejszym rozdziale przedstawione zostały rozwiązania organizacyjne stosowane w zakresie obsługi gospodarczej w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie. Część usług w zakresie działalności pomocniczej zlecana jest do wykonywania podmiotom zewnętrznym. Odpowiednia organizacja usług wspomagających działalność Szpitala niezbędna jest dla właściwego jego funkcjonowania. W niniejszym rozdziale przedstawione zostały sposoby organizacji: procesu prania, sprzątania, żywienia pacjentów, zarządzania odpadami medycznymi, transportu oraz dozoru obiektu. Analiza obejmowała lata 2016-2018 oraz I półrocze 2019 roku, ze szczególnym uwzględnieniem roku 2018.

5.1. Proces prania

Pranie w Szpitalu Ogólnym w Grajewie realizowane jest we własnym zakresie poprzez Komórkę Pralni. Do podstawowych zadań Pralni należy prowadzenie usług pralniczych na potrzeby Szpitala. W ramach działalności, Komórka realizuje również usługi dla podmiotów komercyjnych.

Na poniższym wykresie przedstawione zostały średniomiesięczne koszty funkcjonowania Pralni wraz z przychodami uzyskiwanymi ze sprzedaży usług obcym podmiotom za lata 2016-2018 oraz I półrocze 2019 roku. Do wyliczeń uwzględniono koszty funkcjonowania Komórki, koszty zakupu bielizny, pościeli oraz odzieży ochronnej i robotniczej wraz z kosztami utrzymania infrastruktury Pralni.

Wykres 22 Koszty procesu prania w latach 2016-2018 oraz I półroczu 2019 roku [średniomiesięcznie]



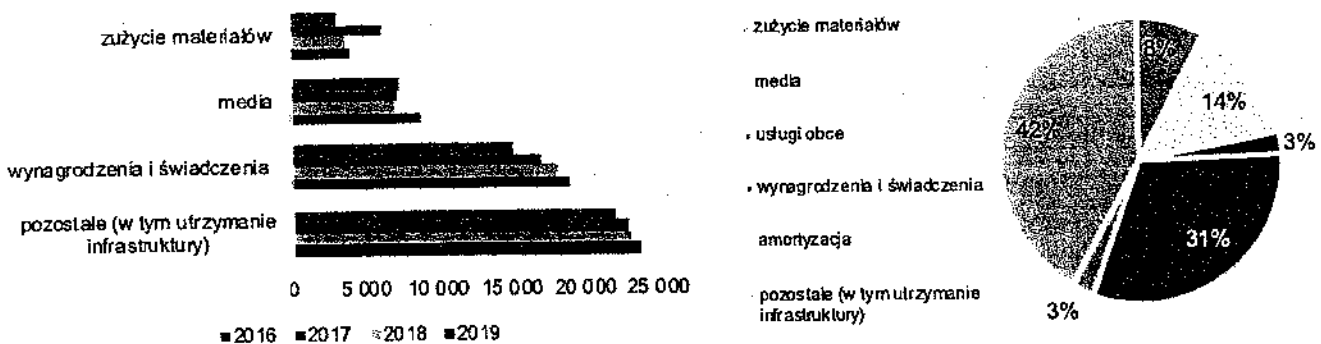
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Koszty procesu prania w analizowanym okresie kształtowały się na różnorodnym poziomie. Największe przyrosty kosztów widoczne są dla kosztów płacowych (około 3,7 tys. zł miesięcznie w roku 2019 w stosunku do roku 2016) oraz kosztów utrzymania infrastruktury Pralni (około 1,7 tys. zł miesięcznie w roku 2019 w stosunku do roku 2016). W I półroczu 2019 roku zwiększeniu uległy również koszty zakupu bielizny i pościeli, a także koszty związane z mediami. Średniomiesięczna sprzedaż usług pralniczych oscylowała w granicach 1 300-1 500 zł miesięcznie.

Największy udział w całkowitych kosztach związanych z procesem prania zajmują koszty płacowe (około 42%) oraz koszty utrzymania infrastruktury (około 31%). Wysoki przyrost związany z kosztami zużycia materiałów w roku 2017 wynika z zakupu w tym okresie bielizny i pościeli na kwotę 44 tys. zł oraz odzieży roboczej na kwotę 17 tys. zł.

Wykres 23 Koszty funkcjonowania Pralni w okresie 2016-2019 [średniomiesięcznie] oraz ich uśredniona struktura



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Uwzględniając koszty związane z procesem prania w roku 2018 oraz liczbę kg prania wykonanego w tym roku, jednostkowy koszt 1 kg prania wynosił 6,25 zł¹⁴. Odnosząc koszty procesu prania związane z pacjentami Szpitala oraz liczbę osobodni odnotowanych w Jednostce w roku 2018 koszt prania na 1 osobodzień wynosił 11,38 zł.

Rozwiązanie stosowane przez Jednostkę w zakresie prania jest dla niej zbyt kosztowne. Średnie stawki odnoszące się do usług prania realizowanych przez podmioty zewnętrzne kształtują się na poziomie około 5,00 zł/kg. Ponadto Pralnia mało intensywnie prowadzi działalność usługową dla podmiotów zewnętrznych, przez co osiągnięte przychody są znikome.

¹⁴ Przy wyliczaniu stawki wzięto pod uwagę koszty odnoszące się do procesu prania pomniejszone o przychody uzyskiwane z tego tytułu oraz liczbę kg prania wykonanych na rzecz Szpitala oraz podmiotów zewnętrznych.



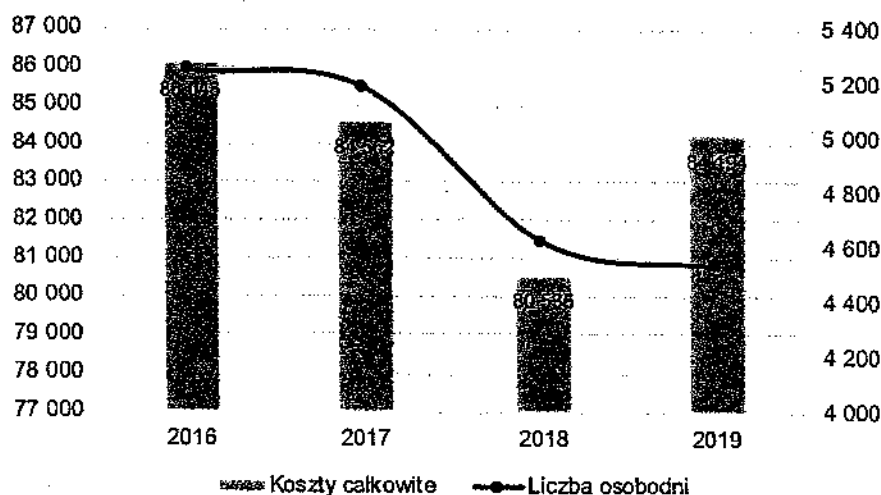
5.2. Żywnienie pacjentów

Usługi żywienia w Szpitalu Ogólnym w Grajewie realizowane są przez podmiot zewnętrzny Ekolex Sp. z o.o. Analizowana umowa obejmuje okres 16.07.2018-15.07.2021.

Wykonawca usług odpowiedzialny jest za zapewnienie całodziennego żywienia pacjentów Szpitala. W ramach umowy Podmiot odpowiedzialny jest za przygotowywanie posiłków. Wykonawca realizuje swoje zadania w ramach przyjętych w najem pomieszczeń należących do Szpitala.

Na wykresie poniżej przedstawione zostały średniomiesięczne koszty żywienia pacjentów w latach 2016-2018 oraz I półroczu 2019 roku.

Wykres 24 Koszty żywienia pacjentów oraz liczba osobodni [średniomiesięcznie] w latach 2016-2018 i I półroczu 2019 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Koszty żywienia kształtowały się na różnorodnym poziomie. Wartość kosztów skorelowana była z liczbą osobodni odnotowanych w Szpitalu w danym okresie. Na wzrost kosztów wpływ miały również zmieniające się stawki jednostkowe żywienia.

Aktualna stawka żywienia pacjentów (wg aneksu ww. umowy z dnia 03 kwietnia 2019 roku) dla Szpitala wynosi **19,54 zł/osobodzień¹⁵**, natomiast dla Dziennego Oddziału Psychiatrycznego **9,50 zł/osobodzień**.

Zgodnie ze zbiorczymi kosztami usług żywienia oraz liczbą wydanych posiłków (osobodni) za rok 2018 stawka żywienia za ten rok wynosiła **18,35 zł/posiłek/osobodzień**.

¹⁵ W umowie przyjęto, iż wydanie przez firmę śniadania i obiadu bądź kolacji i obiadu interpretowane jest jako 1 pełen osobodzień, natomiast wydanie jedynie śniadania lub kolacji nie jest uwzględniane w kalkulacji kosztów.



Tabela 55 Liczba osobodni/posiłków wydanych na oddziałach Szpitala w Grajewie w 2018 roku

Oddział	Liczba osobodni/posiłków
Wewnętrzny	9 912
Dziecięcy	3 875
Położniczo - Ginekologiczny	4 288
Chirurgiczny	8 144
Obserwacyjno-Zakaźny	6 519
OIT	560
Rehabilitacyjny	10 192
Psychiatryczny	7 112
Urazowo-Ortopedyczny	2 040
SOR	2
Dzienny Psychiatryczny	12
Razem	52 656

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Koszty żywienia oferowane przez podmiot Ekolex Sp. z o.o. są za wysokie. W Jednostkach o podobnej wielkości koszty te wynoszą około 17 zł/posiłek/osobodzień. Zaleca się renegocjację aktualnych stawek bądź zmianę Wykonawcy usług.

5.3. Koszt hotelowy

Szczególnie istotnym zagadnieniem w analizowaniu kosztów związanych z obsługą pacjentów są tzw. koszty hotelowe. Koszty hotelowe stanowią koszty pobytu pacjentów ponoszonych na oddziałach szpitalnych z wyłączeniem kosztów procedur medycznych i leków przypisywanych bezpośrednio do nich.

Na koszt hotelowy składają się 2 podstawowe koszty obsługi pacjenta, tj. koszt zapewnienia czystej pościeli (koszt zakupu pościeli, jej prania i obsługi transportowej) oraz koszt wyżywienia i obsługi żywienia w przeliczeniu na 1 osobodzień pobytu pacjenta na oddziale. Na koszty hotelowe bezpośrednio oddziałują więc przedstawione powyżej koszty usług prania bielizny szpitalnej oraz koszty wyżywienia pacjentów.

Koszty hotelowe Szpitala w Grajewie za rok 2018 przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 56 Koszty hotelowe pacjenta w Szpitalu Ogólnym w Grajewie w 2018 roku

Wyszczególnienie	2018
Koszt wyżywienia pacjenta [zł/posiłek]	18,35
Koszt zapewnienia pościeli dla pacjenta [zł/osobodzień]	11,38
Koszt hotelowy razem [zł/osobodzień]	29,74

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wyniki wskazane w powyższej tabeli mogą sugerować, iż koszty hotelowe Szpitala Ogólnego w Grajewie kształtują się na wysokim poziomie. Bezpośredni wpływ na przekroczenie optymalnej wartości ww. kosztów (około 20-23 zł) mają zbyt wysokie koszty zarówno procesu prania jak i żywienia pacjentów.



5.4. Sprzątanie

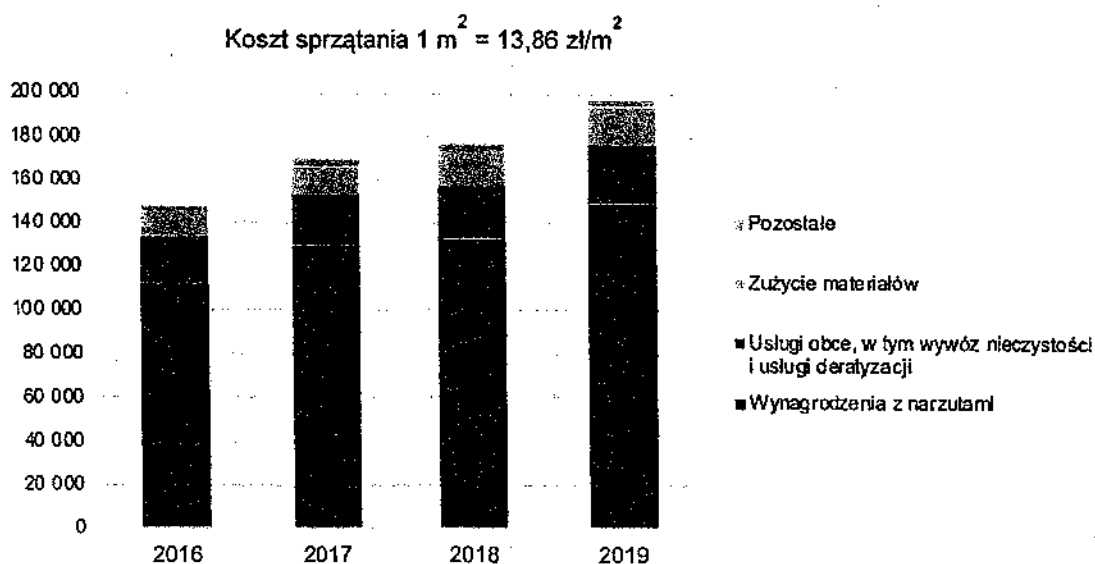
Sprzątanie w Szpitalu Ogólnym w Grajewie realizowane jest we własnym zakresie poprzez Dział Utrzymania Czystości.

Do podstawowych zadań Działu należą między innymi:

- utrzymanie czystości oraz porządku w obiektach Szpitala,
- dystrybucja posiłków, bielizny i odzieży,
- transport odpadów szpitalnych, zwłok.

Na poniższym wykresie przedstawione zostały średniomiesięczne koszty związane z funkcjonowaniem Działu, koszty bezpośrednio odnoszące się do obszaru sprzątania (koszty zużycia środków czystości, środków dezynfekcyjnych oraz usług związanych z wywozem nieczystości) w okresie 2016-2018 i I-VI 2019 roku oraz stawka jednostkowa sprzątania 1m^2 ¹⁶ dla roku 2018.

Wykres 25 Koszty sprzątania w Szpitalu Ogólnym w Grajewie w latach 2016-2018 oraz I półroczu 2019 roku [średniomiesięcznie]



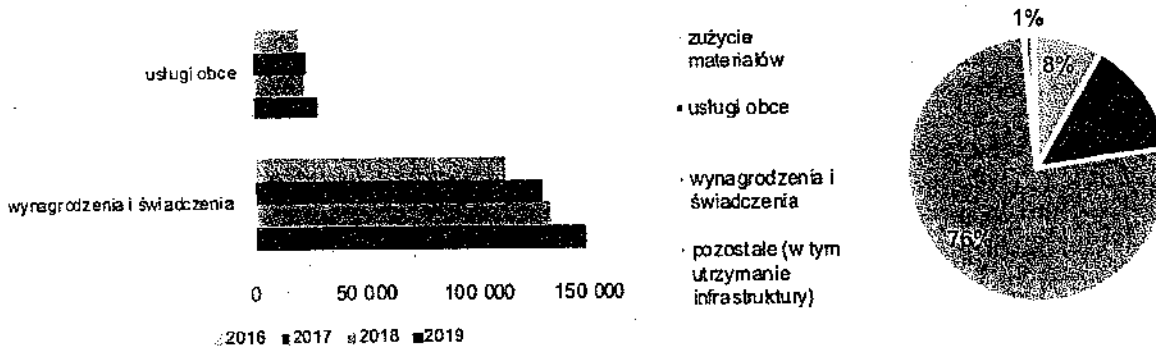
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Koszty funkcjonowania Działu Utrzymania Czystości w okresie 2018-2019 ulegały zwiększaniu. Największy udział w strukturze kosztów Działu zajmują koszty wynagrodzeń oraz usług obcych (wywóz nieczystości). Największe przyrosty kosztów w analizowanym okresie widoczne były dla kosztów wynagrodzeń (około 36 tys. zł miesięcznie). Informacje przedstawia poniższy wykres.

¹⁶ Odniesiona do całkowitej, sprzątej powierzchni użytkowej.



Wykres 26 Koszty funkcjonowania Działu Utrzymania Czystości w okresie 2016-2019 [średniomiesięcznie] oraz ich uśredniona struktura



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Rozwiązanie stosowane przez Jednostkę w zakresie sprzątnia jest korzystne ekonomicznie. Optymalne stawki za sprzątnie w wynoszą około 17-18 zł/m².

5.5. Utylizacja odpadów medycznych

Usługi utylizacji odpadów medycznych w Szpitalu Ogólnym w Grajewie realizowane są przez podmiot EMKA S.A. Do analiz przyjęta została umowa obowiązująca w okresie 05.12.2016-04.12.2019.

Wykonawca usług odpowiedzialny jest za odbiór, transport oraz utylizację odpadów medycznych wytworzonych przez Szpital w Grajewie. Stawka brutto za utylizację odpadów 1 kg odpadów medycznych wynosi 2,70 zł.

Analiza porównawcza stawek związanych z zarządzaniem odpadami medycznymi wykazała, iż cenniki zawarte przez Szpital Ogólny w Grajewie kształtują się na niskim poziomie w stosunku do tego samego rodzaju umów zawieranych przez Placówki w regionie województwa podlaskiego (3,30-3,60 zł/kg).

5.6. Obsługa transportu

W Szpitalu Ogólnym w Grajewie obsługa transportu realizowana jest przy udziale własnym oraz podmiotów zewnętrznych. Szpital posiada jeden samochód służbowy wykorzystywany do celów administracyjnych. Ponadto Jednostka w swojej działalności wykorzystuje podmioty zewnętrzne zarówno do celów transportu administracyjnego oraz transportu sanitarnego (pacjentów).

Średniomiesięczne koszty transportu własnego oraz obcego w podziale na transport pozostały i sanitarny w latach 2016-2018 oraz I półroczu 2019 roku przedstawiają poniższa tabela oraz wykres.

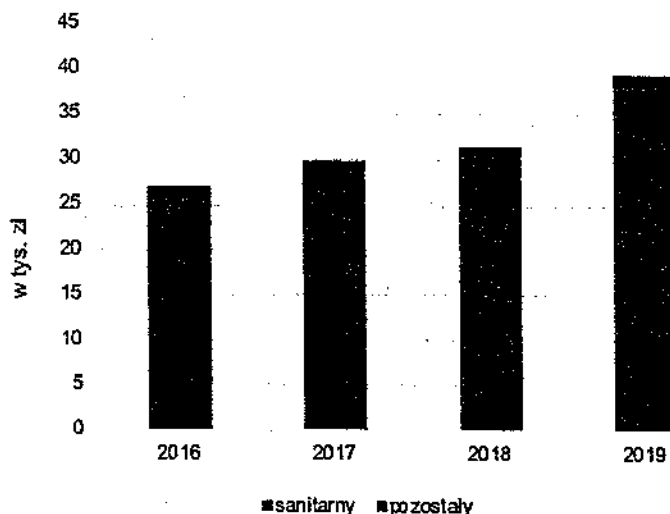


Tabela 57 Koszty transportu Szpitala Ogólnego w Grajewie w latach 2016-2018 i I półroczu 2019 roku [średniomiesięcznie]

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019
Transport obcy	27 132	29 801	31 596	39 265
sanitarny	25 648	28 672	30 276	38 040
pozostały	1 483	1 129	1 320	1 225
Transport własny	148	149	197	181
Razem	27 280	29 951	31 793	39 446

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wykres 27 Koszty transportu obcego Szpitala Ogólnego w Grajewie w latach 2016-2018 i I półroczu 2019 roku [średniomiesięcznie]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Koszty transportu ulegały zwiększeniu w całym analizowanym okresie. Większościowy udział w całkowitych kosztach transportowych zajmują koszty usług obcych, przy czym koszty transportu sanitarnego stanowią około 96%, natomiast pozostały transport to około 4%. Marginalny udział kosztów transportu własnego w całkowitych kosztach transportu świadczy o niskim wykorzystaniu samochodu służbowego. Szczegółowej analizie poddane zostały koszty usług transportowych – sanitarnych.

Usługi transportu sanitarnego w Szpitalu realizowane są przez podmioty: Ekolex Sp. z o.o. oraz przedsiębiorców świadczących usługi transportowe taksówkami: Stanisław Prostko „Taxi 11”, Jan Skorupa „Taxi” oraz Dariusz Dąbrowski „Taxi”.

Podmiot Ekolex Sp. z o.o. zajmuje się transportem pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Ogólnym w Grajewie. W ramach umowy firma zapewnia całodobową gotowość zespołu transportu sanitarnego na każde telefoniczne wezwanie Jednostki. W przypadku konieczności realizacji transportów medycznych personel do tego niezbędny zabezpieczany jest przez Szpital w Grajewie.



Trzy podmioty świadczące usługi transportu taksówkami odpowiedzialne są za przewóz pacjentów w pozycji siedzącej bez lekarza na badania i konsultacje do innych jednostek, do ich miejsc zamieszkania, wyjazdy po krew i preparaty krwiopochodne, a także przewóz pracowników Szpitala w celu załatwienia spraw służbowych.

W tabeli poniżej zawarte zostały aktualne cenniki usług ww. podmiotów (dane na koniec VI 2019 roku).

Tabela 58 Cenniki usług transportowych świadczonych przez podmioty zewnętrzne

Ekolex Sp. z o.o.	
ryczałt za zabezpieczenie 1 karetki	840 zł/doba
stawka za km	2,00 zł/km
Stanisław Prostko "Taxi 11", Jan Skorupa "Taxi", Dariusz Dąbrowski "Taxi"	
stawka za km - Grajewo	2,00 zł/km
stawka za km - poza Grajewem	1,30 zł/km
ryczałt postojowy	150 zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Średnie ceny za przejechanie 1 km możliwe do uzyskania w rejonie województwa podlaskiego kształtują się na poziomie około 2,0 zł/1 km. Koszty występujące w Szpitalu Ogólnym w Grajewie kształtują się na takim samym poziomie.

Analizie poddane zostało również rozwiązanie związane z opłatą dziennego ryczałtu za zabezpieczenie 1 karetki z zespołem do transportu sanitarnego oraz ryczałtu postojowego dla taksówek. Szpital opłaca ryczałt niezależnie od poziomu wykorzystania danych pojazdów. Biorąc pod uwagę np. stawkę ryczałtu za zabezpieczenie karetki z roku 2019 wynika, iż 1h pracy dla tego rodzaju transportu wynosi 35 zł, co jest wartością dość wysoką. W tym względzie bardziej szczegółowej analizie poddane zostały koszty wynagrodzeń związanych z zapłatą za ryczałt dobowy dla podmiotu Ekolex Sp. z o.o., taksówek oraz liczba przejechanych przez podmioty km. Do oceny wykorzystany został wskaźnik określający stosunek kosztów wynagrodzeń zespołu transportu sanitarnego do liczby przejechanych km, którego optymalna wartość powinna kształtować się na poziomie około 6,5. Do wyliczeń uwzględnione zostały dane z pełnego roku, 2018.

Tabela 59 Ocena wysokości opłat ryczałtowych w stosunku do liczby przejechanych km w roku 2018

Wyszczególnienie	Ekolex Sp. z o.o.	Taksówka
Roczna opłata ryczałtowa	218 270 zł	100 375 zł
Liczba przejechanych km	54 180	22 759
Wartość wskaźnika	4,0	4,4
Optymalna wartość wskaźnika	6,5	6,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Biorąc pod uwagę wyniki poniższej tabeli można stwierdzić, że koszty jakie Szpital ponosi w ramach opłat ryczałtowych nie są dostosowane do stopnia wykorzystania usług podmiotu.



Koszty obsługi transportu wewnętrznego stanowią marginalną część całkowitych kosztów przeznaczanych na transport szpitalny, co świadczy o niewielkim wykorzystaniu własnego pojazdu. Stawki odnoszące się do cen za przebyte km nie odbiegają od tych oferowanych na rynku. Sposób rozliczenia z podmiotem Ekolox Sp. z o.o. (ryczałt dobowy) oraz ryczałty postojowe dla taksówek generują nadmierne koszty, nieadekwatne do ich wykorzystania.

5.7. Dozór

Szpital Ogólny w Grajewie nie prowadzi dozoru Jednostki. Rozwiązanie pozwala na oszczędności środków pieniężnych w tym zakresie. Należy jednak szczegółowo określić konieczność dozoru Jednostki w celu uchronienia się od kradzieży oraz zapewnienia bezpieczeństwa osób przebywających w Placówce.



6. Polityka kadrowa

6.1. Dokumenty regulujące politykę kadrową

Polityka kadrowa Szpitala Ogólnego Im. Dr Witolda Ginela w Grajewie realizowana jest głównie w oparciu o następujące regulacje:

- Regulamin Pracy – z dnia 01.05.2001r. z późniejszymi aneksami,
- Regulamin Wynagradzania – z dnia 26.10.2009r. z późniejszymi aneksami,
- Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych – z dnia 27.03.1999r. z późniejszymi aneksami.

Regulamin Pracy ustala organizację i porządek wewnętrzny w procesie pracy oraz określa związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników, w tym w szczególności:

- obowiązki pracodawcy oraz pracownika,
- nagrody i wyróżnienia,
- odpowiedzialność porządkową pracowników,
- organizację pracy,
- czas pracy.

Okres rozliczeniowy wynosi 3 miesiące.

Zwracamy uwagę na **czas pracy pracowników**, których podstawowe obowiązki polegają na stosowaniu w celach diagnostycznych lub leczniczych źródeł promieniowania jonizującego, zatrudnionych w Prosektorium, gdzie czas pracy tych osób został określony na poziomie **5 godzin na dobę** i przeciętnie 25 godzin na tydzień. 2 lipca 2014 roku, weszły w życie przepisy ustawy o działalności leczniczej, które regulują czas pracy radiologów, radioterapeutów, fizykoterapeutów patomorfologów oraz pracowników prosektorii muszą na poziomie takim jak pozostali pracownicy medyczni. Rzadko w szpitalach spotyka się, żeby czas pracy tych grup zawodowych nie został zmieniony zgodnie z zapisami ustawy na 7 godzin i 35 minut na dobę i przeciętnie 37,5 godziny na tydzień. Należy dokonać zmiany, ze zwróceniem uwagi, by koszt pełnego etatu pozostał taki sam.

Realizowana w Szpitalu w Grajewie polityka wynagradzania opiera się na Regulaminie wynagradzania. **Regulamin Wynagradzania** określa zasady wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą personelowi zatrudnionemu w Jednostce. Dotyczy on osób posiadających umowę o pracę.

W Szpitalu na wynagrodzenie składają się:

- wynagrodzenie zasadnicze,
- dodatek za wysługę lat,
- dodatek funkcyjny,
- dodatek za szczególne kwalifikacje,
- dodatek za konsultacje specjalistyczne,
- dodatek za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz niedziele, święta,



- dodatek za pracę w pomocy doraźnej,
- dodatek za dyżur pod telefonem,
- premia.

Ponadto w ZOZ wypłacane są:

- nagrody jubileuszowe,
- odprawy emerytalno-rentowe, pośmiertne.

Wynagrodzenie zasadnicze ustalane jest na podstawie kategorii osobistego zaszerzgowania stanowiska pracy. Wynagrodzenie to ma postać stawki miesięcznej lub godzinowej.

Pracownikowi przysługuje **dodatek za wysługę lat** w wysokości wynoszącej po 5 latach pracy 5% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek ten wzrasta o 1% za każdy kolejny rok pracy, aż do osiągnięcia 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Do okresów pracy uprawniających do dodatku wlicza się okresy poprzedniego zatrudnienia.

Pracownikom zatrudnionym na stanowiskach kierowniczych przysługuje **dodatek funkcyjny** – określony w relacji kwotowej.

Tabela 60 Wykaz stawek dodatków funkcyjnych

Lp.	Stanowisko	Kwota dodatku
1.	Dyrektor Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa Ordynator	1 500 – 4 500
2.	Kierownik Stacji Dializ Z-ca Dyrektora ds. Techniczno-Eksploatacyjnych Z-ca Dyrektora ds. Ekonomicznych Główny księgowy Kierownik Apteki Zakładowej Kierownik Zakładu Rehabilitacji Leczniczej Kierownik Działu Diagnostyki Obrazowej Kierownik Laboratorium Analitycznego Kierownik Laboratorium Mikrobiologicznego	1 000 – 4 000
3.	Za-ca Ordynatora Kierownik Bloku Operacyjnego Kierownik Zespołu Poradni Specjalistycznych Kierownik Izby Przyjęć Kierownik Poradni Medycyny Pracy Radca Prawny Naczelną Pielęgniarką	500 – 2 500
4.	Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego Za-ca Głównego Księgowego Główny specjalista ds. BHP	250 – 2 000
5.	Główny specjalista Pielęgniarka epidemiologiczna Pielęgniarka oddziałowa Położna oddziałowa	200 – 1 750
6.	Kierownik Działu Utrzymania Czystości Kierownik Działu Techniczno-Eksploatacyjnego Kierownik Działu Kadrowo-Płacowego	150 – 1 500
7.	Kierownik Centralnej Rejestracji	100 – 1 300

127



Lp.	Stanowisko	Kwota dodatku
	Kierownik zespołu techników medycznych	
	Kierownik zespołu fizjoterapeutów	
	Inspektor ochrony radiologicznej	
	Pielęgniarka koordynująca	
	Położna koordynująca	
	Kierownik Biura RUM	
	Kierownik Działu Żywienia	
	Kierownik Prałni	
	Kierownik Centralnej Sterylizatorni	
	Kierownik Warsztatów	
	Starsza księgowa koordynująca	
	Starszy inspektor koordynujący	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W Regulaminie brak jest kryteriów przyznawania dodatków funkcyjnych. Wysokość dodatku funkcyjnego powinna zależeć od wielkości komórki organizacyjnej, stopnia trudności i złożoności wykonywanych prac.

Pracownikowi posiadającemu **podspecjalizację, stopień naukowy doktora, doktora habilitowanego bądź tytuł naukowy profesora** może być przyznany miesięczny dodatek w wysokości:

- podspecjalizacja – 250 zł,
- doktor – 250 zł,
- doktor habilitowany – 300 zł,
- profesor – 350 zł.

Lekarzowi zatrudnionemu w poradni przysługuje dodatek w wysokości 30 zł za każdą **konsultację specjalistyczną** wykonaną poza godzinami normalnego zatrudnienia.

Dodatek za pracę wykonywaną w porze nocnej oraz niedziele i święta, pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej, przysługuje w wysokości:

- co najmniej 65% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej,
- co najmniej 45% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

Za każdą godzinę pracy wykonywanej **w porze nocnej** pracownikowi przysługuje, dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 20% godzinowej stawki wynagrodzenia zasadniczego.

Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym **w pomocy doraźnej** przysługuje dodatek w wysokości 20% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy.



Za każdą godzinę pełnienia **dyżuru pod telefonem** przysługuje wynagrodzenie w wysokości 25% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego, lekarzom oraz innym posiadającym wyższe wykształcenie wykonującym zawód medyczny – 50%.

Pracownicy na stanowiskach kierowniczych mogą być objęci **czasowo-premiowym systemem wynagradzania**, gdzie przysługuje im premia za:

- utrzymanie kosztów komórki na określonym każdorazowo poziomie,
- wykonanie ilości usług zaplanowanych na dany okres rozliczeniowy,
- spełnienie standardów udzielania świadczeń ustalonych przez Kasy Chorych,
- spełnienie standardów akredytacyjnych,
- zapewnienie dyscypliny pracy w komórce.

Wysokość premii za wykonanie wszystkich zadań premiowych wynosi 30% wynagrodzenia zasadniczego.

Tworzy się **fundusz premiowy** dla pracowników szczególnie się wyróżniających. Wysokość funduszu wynosi 0,5% sumy wynagrodzeń osobowych wypłaconych w poprzednim miesiącu. Wysokość premii nie może być niższa niż 10% i wyższa niż 100% wynagrodzenia zasadniczego pracownika.

Pracownikowi może być wypłacona premia roczna, jeżeli sytuacja ekonomiczna Szpitala na to pozwoli.

Na wynagrodzenia w Szpitalu w Grajewie składa się bardzo wiele elementów. Składowe wynagrodzenia takie jak: dodatek za wysługę lat, dodatek do wynagrodzenia za pracę w porze nocnej, dodatek do wynagrodzenia za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedzielę i święta oraz w sobotę, wynagrodzenie za czas dyżuru, za gotowość do udzielania świadczeń są zgodne z obowiązującymi przepisami prawa. Z kolei dodatki dla pracowników w pomocy doraźnej, czy premie, przyznawane są uznaniowo – nie wynikają z przepisów.

Za długoletnią pracę pracownikowi przysługują **nagrody jubileuszowe** w wysokości:

- 75% wynagrodzenia miesięcznego po 20 latach pracy,
- 100% wynagrodzenia miesięcznego po 25 latach pracy,
- 150% wynagrodzenia miesięcznego po 30 latach pracy,
- 200% wynagrodzenia miesięcznego po 35 latach pracy,
- 300% wynagrodzenia miesięcznego po 40 latach pracy.

Pracownikowi przechodzącemu na **emeryturę lub rentę** z tytułu niezdolności do pracy przysługuje jednorazowa odprawa w wysokości:

- jednomiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli był zatrudniony krócej niż 15 lat,
- dwumiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli posiada staż pracy co najmniej 15 lat,
- trzymiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli posiada staż pracy co najmniej 20 lat.



Nagrody jubileuszowe oraz odprawy pieniężne funkcjonujące w SPZOZ w Grajewie są właściwe pod kątem obowiązkowej regulacji ustawowej dla pracowników SPZOZ.

Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych przeznaczony jest na dofinansowanie działalności socjalnej (nieodpłatne lub częściowo odpłatne usługi na rzecz różnych form wypoczynku, działalności kulturalno-oświatowej, sportowo-rekreacyjnej, a także udzielanie pomocy rzeczowej lub finansowej w wypadkach losowych, pomocy mieszkaniowej w formie udzielania pożyczek. Przyznawania świadczeń uzależnia się od sytuacji życiowej, rodzinnej i materialnej osoby uprawnionej do korzystania z Funduszu. Odpisy wynosiły od 410 do 450 tys. zł.

Łącznie w organizacjach związkowych Szpitala zrzeszonych jest 212 pracowników. Stanowi to ok. 55% ogółu pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w Szpitalu. W Szpitalu funkcjonuje 6 organizacji związkowych. Przedstawia to tabela poniżej.

Tabela 61 Wykaz organizacji związkowych

Lp.	Nazwa organizacji związkowej	Liczba członków
1.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Międzyzakładowa Organizacja Związkowa	115
2.	Związek Zawodowy Pracowników Ochrony Zdrowia	46
3.	Międzyzakładowa Organizacja Związkowa KNSZZ Solidarność	24
4.	Komisja Zakładowa NSZZ Solidarność	14
5.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Techników Medycznych Elektroradiologii	5
6.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy	8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Według stanu na koniec kwietnia 2019 roku Szpital zatrudniał 63 osoby na umowy na czas określony. Dla 31 osób umowy kończą się w roku 2019.

Na długotrwałych zwolnieniach od kwietnia do czerwca 2019 r. przebywało od 20 do 23 osób. Najwięcej osób było nieobecnych w wyniku choroby.

Według stanu na koniec kwietnia 2019 roku Szpital zatrudniał 17 osób posiadających orzeczoną stopień niepełnosprawności. W związku z czym wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych jest wysoki (minimalny wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych wynosi 6%), dlatego też na podstawie art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Szpital nie ponosi kosztów z tytułu PFRON.

Szpital zatrudnia 93 osoby posiadające uprawnienia do ochrony przedemerytalnej. W roku 2020. 26 osób nabędzie prawo do emerytury w roku 2020. W przypadku przerostu zatrudnienia przejścia na emeryturę można wykorzystać jako naturalny ruch zmniejszenia zatrudnienia – z jednej strony jest to bowiem element realizacji redukcji zatrudnienia w sposób minimalizujący skutki społeczne, z drugiej jednak strony należy uwzględnić kapitał kompetencyjny doświadczonych pracowników.

Analiza podstawowych dokumentów regulujących politykę kadrową w Szpitalu w Grajewie pokazała, iż są one zgodne z przepisami prawa - stawki dodatków za



dyżury, czy pracę w porze nocnej są zgodne z ustawą o działalności leczniczej. Zawierają one też elementy, które nie wynikają z przepisów – np. dodatki dla pracowników pomocy doraźnej oraz premie, które są przyznawane uznaniowo.

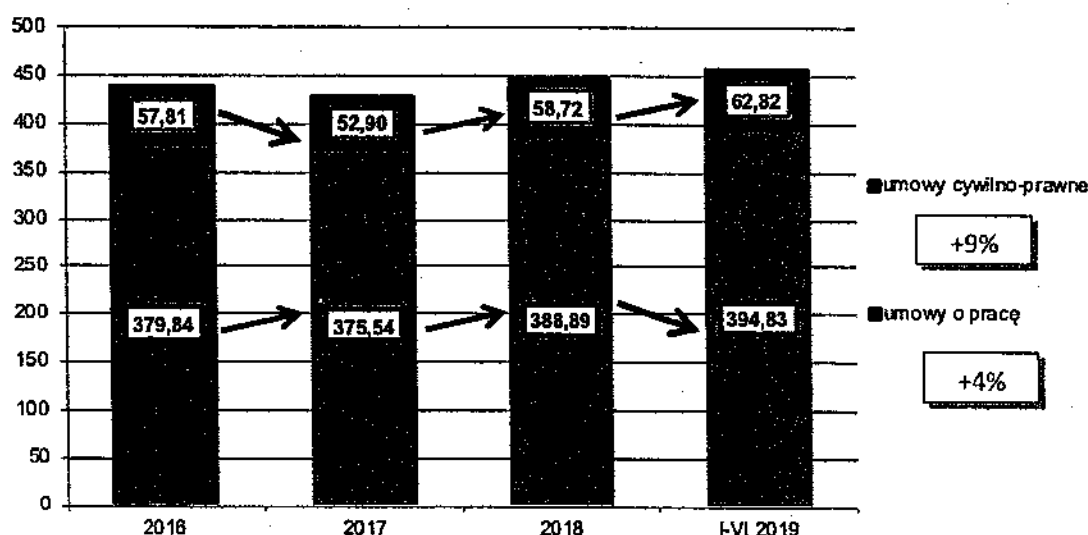
6.2. Struktura zatrudnienia

Liczba zatrudnionych pracowników Szpitala w Grajewie przedstawia liczbę pracowników, uwzględniając osoby na urloпах długoterminowych. Przeanalizowano stan i strukturę personelu Szpitala w latach 2016 – I-VI 2019 wg rodzajów umów, grup zawodowych oraz w poszczególnych komórkach organizacyjnych.

Szpital w Grajewie zatrudnia pracowników w oparciu o umowy o pracę, na kontrakty oraz umowy zlecenia. Szpital korzysta również z usług firm zewnętrznych na zabezpieczenie świadczeń lekarskich na oddziale Położniczo-Ginekologicznym i Urazowo-Ortopedycznym.

Na wykresie poniżej przedstawiona została liczba etatów z umów o pracę oraz liczba umów cywilno-prawnych w etatach przeliczeniowych.

Wykres 28 Liczba zatrudnionych pracowników w latach 2016 – VI 2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Dominującą formą zatrudnienia w Szpitalu są umowy o pracę. Pracownicy zatrudnieni na umowy o pracę stanowili od 86% do 88% ogółu zatrudnionych. Najwyższy poziom zatrudnienia w analizowanych latach był w VI 2019 roku – łącznie ponad 457 etatów. W analizowanym okresie nastąpił wzrost umów o pracę o 14,99 etatów oraz wzrost umów cywilno-prawnych o 5,01 etatów przeliczeniowych.

Poniżej w tabeli oraz na wykresie zaprezentowany został przeciętny stan zatrudnienia pracowników w oparciu o umowy o pracę w Szpitalu w latach 2016 – VI 2019.



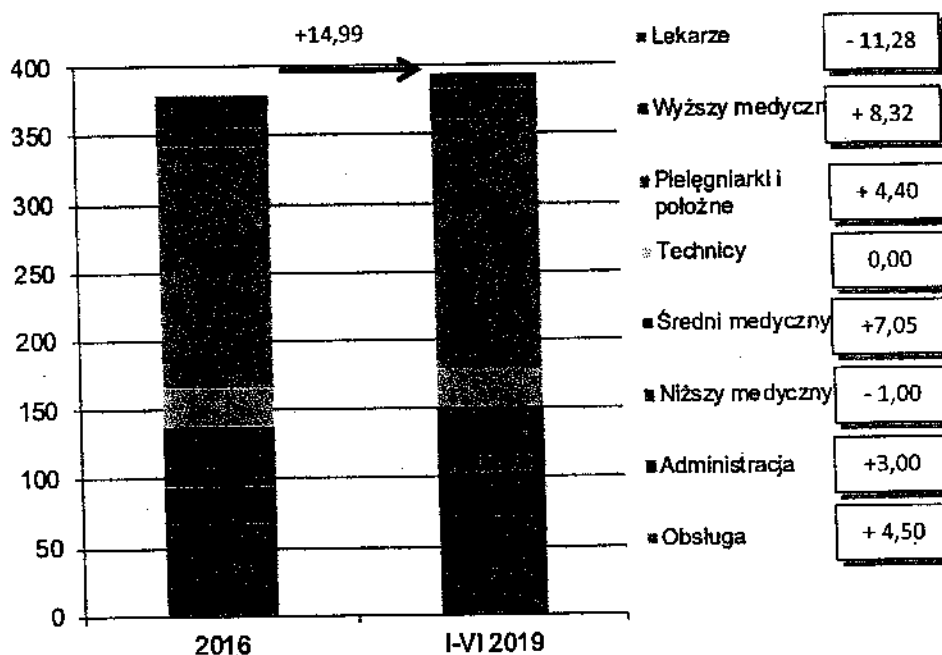
Pracowników podzielono na 8 grup zawodowych: lekarzy, wyższy medyczny, pielęgniarki i położne, techników, średni medyczny (sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna, statystyk medyczny, ratownik medyczny, terapeuta zajęciowy), techników, niższy medyczny (sanitariusz, operator urządzeń ciśnieniowych, przyuczony laborant), administrację oraz obsługę.

Tabela 62 Liczba pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w latach 2016 – IV 2019 (wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe

Grupa zawodowa	Zatrudnieni ogółem w latach				Dynamika			
	2016	2017	2018	VI 2019	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2019/2016
Lekarze	23,78	17,50	15,50	12,50	↓74%	↓89%	↓81%	
Wyższy medyczny	13,59	10,98	18,91	21,91	↓81%	↑172%	↑119%	
Pielęgniarki i położne	176,60	170,50	178,43	171,00	↓97%	↑105%	↑101%	
Technicy	28,23	28,89	28,89	28,23	↓95%	↑107%	↓98%	
Średni personel	28,40	36,43	34,42	35,45	↑128%	↓94%	↑103%	
Niższy personel	14,00	15,00	14,00	13,00	↑107%	↓93%	↓93%	
Administracja	27,25	27,75	28,25	30,25	↑102%	↑102%	↑107%	
Obsługa	68,00	70,50	70,50	72,50	↑104%	↑100%	↑103%	
RAZEM	373,91	375,54	388,89	388,90	100%	104%	100%	104%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wykres 29 Porównanie umów o pracę w roku 2016 i VI 2019 (wg grup zawodowych)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



osobę, która umowę taką zawarła z podmiotem trzecim, jednakże w ramach tej umowy cywilnoprawnej wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy.

NIK sygnalizuje od dawna problem zawierania przez podmioty lecznicze umów cywilnoprawnych na pełnienie dyżurów z własnym pracownikiem. Wydaje się jednak, że w świetle obecnie obowiązujących przepisów prawa pracy działanie powyższe, którego celem jest obejście przepisów dotyczących okresów odpoczynku, nie powinno być uznawane za prawnie dopuszczalne. W istocie działanie takie może wpływać na jakość udzielanych świadczeń, stanowiąc zagrożenie dla bezpieczeństwa i zdrowia pacjentów.

Szpital korzysta również z usług dwóch firm zewnętrznych na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

- **w zakresie położnictwa i ginekologii** – ze spółką Lekarze Specjaliści. Od 2016 roku za realizację usług będących przedmiotem umowy Szpital płacił: 26%, później 29% wartości kontraktu NFZ w kategorii leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Natomiast od 01.10. 2017 54 000,00 zł miesięcznie w zakresie hospitalizacji ginekologicznych i położniczych nie związanych z porodami, w zakresie hospitalizacji związanych z porodami 30% kwoty objętej fakturą, w zakresie opieki ambulatoryjnej 9 393,00 zł. Od 01 stycznia 2018 r. Szpital płacił 57 000,00 zł miesięcznie w zakresie hospitalizacji ginekologicznych i położniczych nie związanych z porodami, w zakresie hospitalizacji związanych z porodami 30% kwoty objętej fakturą, nie więcej niż 13 478,40 zł, w zakresie opieki ambulatoryjnej 9 393,46 zł. Od 01.07.2018r. Szpital płacił 59 200,00 zł miesięcznie w zakresie hospitalizacji ginekologicznych i położniczych nie związanych z porodami (32% ustalonego limitu), w zakresie hospitalizacji związanych z porodami 32% kwoty objętej fakturą, nie więcej niż 44 928 zł, w zakresie opieki ambulatoryjnej 32% kwoty 31 311,54 zł, tj. 10 019,69 zł. Od 01 września 2019 r. z tytułu wykonania umowy (za ten sam zakres) Szpital płaci 39% z kwoty 190 000, tj. 74 100,00 zł miesięcznie w zakresie hospitalizacji ginekologicznych i położniczych nie związanych z porodami, w zakresie hospitalizacji związanych z porodami 39% kwoty objętej fakturą, w zakresie opieki ambulatoryjnej 39% z kwoty 32 000,00 zł, tj. 12 480,00 zł.
- **w zakresie świadczeń lekarskich i kompleksowej opieki lekarskiej pacjentom Oddziału Urazowo-Ortopedycznego** – ze spółką ORTOTRAUMA. Wynagrodzenie w wysokości 52,39% kontraktu z NFZ. Umowa obejmuje zapewnienie obsady lekarskiej i opieki nad pacjentem oraz zapewnienie endoprotez, instrumentarium do zabiegów wszczepiania endoprotez oraz wszczepów dokręgosłupowych, zapewnienie we własnym zakresie i na własny koszt zespołu operacyjnego do wykonywania zabiegów planowych po godzinie 15tej.

Wg stanu na koniec czerwca 2019 roku Szpital Ogólny w Grajewie zatrudniał 392 osoby na umowy o pracę w wymiarze 384,83 etatów oraz 91 osób na umowy cywilnoprawne w wymiarze 62,82 etatów przeliczeniowych.

Poniżej w tabeli przedstawione zostało zatrudnienie pracowników Szpitala w podziale na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową (wg stanu na dzień 30.06.2019 roku) w przeliczeniu na etaty.



K

Na przestrzeni analizowanego okresu liczba pracowników w ramach umów o pracę wzrosła o 14,99 etatów. Największe zmiany w liczbie zatrudnionych miały miejsce w przypadku lekarzy – spadek o 11,28 etatów (spadła też liczba lekarzy z umów cywilno-prawnych o 1,66 etatu). Wzrost z kolei nastąpił w grupie wyższego i średniego personelu medycznego kolejno o 8,32 etatów i 7,05 etatów.

W tabeli poniżej przedstawiona została liczba umów cywilno-prawnych zawartych w Szpitalu w Grajewie w latach 2016 – VI 2019.

Tabela 63 Liczba pracowników zatrudnionych na umowy cywilno-prawne w latach 2016 – VI 2019

Grupa zawodowa	Zatrudnieni ogółem w etatach				Dynamika			
	2016	2017	2018	VI 2019	2017/2016	2018/2017	2019/2018	2019/2016
Lekarze	42,49	38,29	38,95	40,83	↓85%	↑107%	↑105%	↓96%
Wyższy medyczny	0,00	0,00	2,81	2,21	-	-	↓79%	-
Pielegniarki i położne	12,82	12,45	12,46	12,83	↓97%	*100%	↑103%	*100%
Technicy	0,00	0,00	0,00	0,50	-	-	-	-
Średni medyczny	2,50	4,16	4,50	4,25	↑166%	↑108%	↓94%	↑170%
Niższy medyczny	0,00	0,00	0,00	1,00	-	-	-	-
Administracja	0,00	0,00	0,00	1,20	-	-	-	-
RAZEM	57,31	62,90	58,72	62,82	92%	111%	107%	109%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Liczb umów cywilno-prawnych (kontrakty i zlecenia) na przestrzeni analizy wahała się i ostatecznie wzrosła w stosunku do roku bazowego (5,01 etatu). Z tej formy zatrudnienia korzystają głównie lekarze. Większość umów kontraktowych to umowy godzinowe lub ryczałtowe, gdzie lekarz dostaje wynagrodzenie bez względu na efekty swojej pracy.

W zestawieniu umów kontraktowych wykazani są również **lekarze zatrudnieni na umowę o pracę, dyżurujący w ramach umów kontraktowych**. Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie, zatrudnieni w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne mogą być zobowiązani do pełnienia w przedsiębiorstwie tego podmiotu dyżuru medycznego. Powierzenie własnym pracownikom wykonywania tych samych zadań służbowych poza normalnymi godzinami na podstawie umowy cywilnoprawnej powinno być zatem uznane za obejście przepisów o czasie pracy.

Szpital naraża się również na konsekwencje ze strony Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Konsekwencje w zakresie ubezpieczeń społecznych wynikają wprost z ustawy regulującej tą materię. Art. 8 ust. 2 a ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych wskazuje, że za pracownika, w rozumieniu ustawy, uważa się także osobę wykonującą pracę na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług, do której zgodnie z Kodeksem cywilnym stosuje się przepisy dotyczące zlecenia, albo umowy o dzieło, jeżeli umowę taką zawarła z pracodawcą, z którym pozostaje w stosunku pracy, lub jeżeli w ramach takiej umowy wykonuje pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostaje w stosunku pracy. Przepis rozszerza pojęcie pracownika dla celów ubezpieczeń społecznych poza sferę stosunku pracy o wykonywanie pracy na podstawie umowy cywilnoprawnej przez



K

Tabela 64 Liczba pracowników w etatach podziałe na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową (wg stanu na 30.06.2019r.)

Grupa zawodowa	Zatrudnieni w oparciu o		OGÓLEM
	umowy o pracę	umowy cywilno-prawne	
Lekarze	12,50	40,83	53,33
Wyższy medyczny	21,91	3,21	25,12
Pielęgniarki i położne	181,00	12,83	193,83
Technicy	28,23	0,50	28,73
Średni personel	35,45	3,25	38,70
Niższy personel	13,00	1,00	14,00
Administracja	30,25	1,20	31,45
Obsługa	72,50	0,00	72,50
Razem	394,83	62,82	457,65

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Najliczniejszą grupę zawodową w Szpitalu tworzą pielęgniarki i położne, które w 93% zatrudnione są w oparciu o umowy pracę. Z umów kontraktowych korzystają głównie lekarze – 3/4 lekarzy zatrudnionych jest w oparciu o umowy cywilno-prawne.

W tabeli poniżej został zaprezentowany szczegółowy wykaz osób zatrudnionych w Szpitalu wg stanu na koniec czerwca 2019 roku w podziale na poszczególne komórki organizacyjne, grupy zawodowe oraz rodzaj zawartej umowy.

Tabela 65 Wykaz pracowników w podziale na grupy zawodowe oraz poszczególne komórki organizacyjne w etatach (wg stanu na 30.06.2019 r.)

Komorówka organizacyjna	Grupa zawodowa	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne
Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	Lekarze	4,00	5,88
	Pielęgniarki i położne	28,00	1,00
	Średni medyczny	2,00	
	Niższy medyczny	2,00	
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarze	1,00	4,40
	Pielęgniarki i położne	16,00	
	Średni medyczny	3,00	
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	Lekarze	Firma zewn.	
	Pielęgniarki i położne	2,00	2,67
	Niższy medyczny	3,00	
Pododdział Noworodkowy	Lekarze	1,00	
	Pielęgniarki i położne	7,00	
Oddział Dziecięcy	Lekarze	2,00	6,05
	Pielęgniarki i położne	13,00	
	Średni medyczny	1,00	
	Lekarze	Firma zewn.	
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	Pielęgniarki i położne	16,00	1,00
	Średni medyczny	1,00	
	Lekarze	3,00	2,73
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	Pielęgniarki i położne	14,00	
	Średni medyczny	1,00	
	Niższy medyczny	1,00	



[Handwritten signature]

PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Lekarze		5,50
	Pielęgniarki i położne	15,00	3,36
	Lekarze	1,00	0,50
Oddział Rehabilitacji	Wyższy medyczny	1,00	
	Pielęgniarki i położne	13,00	
	Średni medyczny	1,00	
	Technicy	3,00	
Szpitalny Oddział Ratunkowy	Lekarze		4,90
	Pielęgniarki i położne	13,00	1,00
	Średni medyczny	7,00	2,50
	Niższy medyczny	1,00	
Oddział Psychiatryczny z Izbą Przyjęć	Lekarze		1,33
	Pielęgniarki i położne	9,50	
	Średni medyczny	4,95	
Oddział Dzienny Psychiatryczny - CZP	Lekarze		3,50
	Wyższy medyczny	1,00	2,21
	Pielęgniarki i położne	1,00	
	Średni medyczny	1,00	0,75
Blok Operacyjny z Salą Operacyjną Bloku Porodowego NPL	Obsługa	1,00	
	Pielęgniarki i położne	11,00	3,80
Centralna Rejestracja	Lekarze		2,84
	Pielęgniarki i położne	1,00	
Poradnia Diabetologiczna	Średni medyczny	3,00	
Poradnia Chorób Zakaźnych	Lekarze	0,50	
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	Pielęgniarki i położne	1,00	
Poradnia Otolaryngologiczna	Pielęgniarki i położne	1,00	
	Lekarze		0,50
Poradnia Okulistyczna	Pielęgniarki i położne	1,00	1,00
	Lekarze		
Poradnia Chirurgii Ogólnej	Pielęgniarki i położne	2,00	
Poradnia Ginekologiczna	Pielęgniarki i położne	2,00	
Poradnia Dermatologiczna	Lekarze		0,80
Poradnia Neurologiczna	Lekarze		0,50
Poradnia Ortopedyczna	Lekarze		0,60
	Średni medyczny	1,00	
Poradnia Medycyny Pracy	Pielęgniarki i położne	3,00	
Poradnia Zdrowia Psychicznego - CZP	Pielęgniarki i położne	2,00	
Zespół Leczenia Środowiskowego - CZP	Wyższy medyczny	2,00	
	Pielęgniarki i położne	1,00	
	Wyższy medyczny	6,59	1,00
Zakład Rehabilitacji Leczniczej	Technicy	4,98	
	Średni medyczny	1,00	
	Wyższy medyczny	6,00	
Laboratorium Analityczne	Technicy	9,00	
	Średni medyczny	1,00	
	Wyższy medyczny	2,00	
Laboratorium Mikrobiologiczne	Średni medyczny	1,00	
	Technicy	3,00	
	Wyższy medyczny	1,32	
Pracownia USG	Technicy	6,59	
Pracownia RTG			

136



Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne
Pracownia Endoskopii	Pielęgniarki i położne	2,00	
Pracownia Angiografii	Technicy		0,50
Pracownia zabiegowa angiografii	Pielęgniarki i położne	1,00	
Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej	Pielęgniarki i położne	2,00	
Prosektorium	Niższy medyczny		1,00
Apteka szpitalna	Wyższy medyczny	1,00	
	Technicy	1,00	
	Wyższy medyczny	1,00	
Sterylizatornia	Niższy medyczny	6,00	
	Administracja	1,00	
Dział Utrzymania Czystości	Obsługa	55,00	
	Administracja	1,00	
Pralnia	Obsługa	4,00	
	Administracja	3,25	1,00
Zarząd i stanowiska samodzielne	Pielęgniarki i położne	2,50	
	Lekarze		0,20
Dział Kadrowo-Pracowy	Administracja	5,00	
Dział Finansowo-Księgowy	Administracja	9,00	
	Administracja	3,00	
Dział Metodyczno-Organizacyjny z RUM	Średni medyczny	6,50	
	Administracja	6,00	
Dział Techniczno-Eksploatacyjny	Obsługa	12,50	
OGÓLEM		394,83	62,82

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

58% osób zatrudnionych w Szpitalu pracuje na oddziałach szpitalnych (razem z blokiem operacyjnym, SOR). Poradnie specjalistyczne obsługuje 5% ogółu pracowników. W komórkach pomocniczych medycznych pracuje 12% ogółu osób zatrudnionych w Szpitalu. Pracownicy obsługi i administracji stanowią łącznie 25% pracowników.

W Szpitalu w Grajewie dominują pracownicy zatrudnieni na umowy o pracę. Z umów cywilno-prawnych korzystają głównie lekarze. Należałoby wyłonić osoby z wysokimi zarobkami również w pozostałych grupach zawodowych i zachęcić ich do zmiany formy zatrudnienia. Umowy kontraktowe pozwalają pracodawcy na elastyczne zarządzanie czasem pracy pracowników oraz zwiększają ich dyspozycyjność przy niższym koszcie całkowitym Szpitala, dlatego należy dążyć do ich wzrostu.

6.3. Organizacja pracy

Niezmiernie istotnym aspektem w funkcjonowaniu każdego przedsiębiorstwa jest organizacja pracy jej pracowników. W opracowaniu prześledzono szczegółowo organizację pracy personelu zatrudnionego w Szpitalu Ogólnym.

Liczba lekarzy pracujących na poszczególnych oddziałach szpitalnych została przedstawiona w tabeli poniżej.



Tabela 66 Organizacja pracy lekarzy

Nazwa Oddziału	7:35 od poniedziałku do piątku	Dyżur od poniedziałku do piątku 15:35-8:00	24 godz. dyżur w soboty, niedziele i święta
Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	7	1	1
Oddział Chirurgii Ogólnej	4	1	1
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	zawarta jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez firmę zewnętrzną		
Pododdział Noworodkowy	1	1	1
Oddział Dziecięcy	4	zawarta jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez firmę zewnętrzną	
Oddział Położniczo-Ginekologiczna	dysponuje 1 lekarzem, który zabezpiecza Oddział		
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	3	Psychiatryczny	1
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	3	1	1
Oddział Rehabilitacji	2	zabezpiecza lekarz z innego oddziału	zabezpiecza lekarz z innego oddziału
Szpitalny Oddział Ratunkowy	1	1	1
Oddział Psychiatryczny z Izłą Przyjęć	3	zabezpiecza 1 lekarz z Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego	1
Oddział Dzienny Psychiatryczny - CZP	pracuje 1 lekarz od 8:00-11:00		

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W Szpitalu na oddziałach szpitalnych zatrudnionych jest 46,59 etatów przeliczeniowych lekarzy. Średnio w Szpitalu pracuje ok. 130 łóżek (bez ortopedii, ginekologii i położnictwa) – oznacza to, że na 1 lekarza przypada ok. 2,8 pacjentów. Organizacja pracy lekarzy nie budzi zastrzeżeń. Przy jej planowaniu należy wziąć pod uwagę plany w zakresie rozwoju świadczeń medycznych – uruchomienie Oddziału Kardiologii, zabezpieczenie ortopedii lekarzami własnymi.

Organizacja pracy pielęgniarek, położnych została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 67 Organizacja pracy pielęgniarek, położnych

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 7.35 h w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta
Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	4	7	7	2	2
Oddział Chirurgii Ogólnej	3	3	3	2	2
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	1	1	1	1	1
Pododdział Noworodkowy		2	2	2	2
Oddział Dziecięcy	1	5	2	2	2
Oddział Położniczo-Ginekologiczna	1	4	4	2	2
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	3	3	2	2	2
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	1	2	2	2	2
Oddział Rehabilitacji	1	2	2	2	2
Szpitalny Oddział Ratunkowy	1	3	3	2	2



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 7.35 h w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta
Oddział Psychiatryczny z Izłą Przyjęć	1	2	2	2	2
Oddział Dzienny Psychiatryczny - CZP	1				
Blok Operacyjny z Salą Operacyjną Bloku Porodowego	1	2	2	2	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Na oddziałach szpitalnych (razem z BO i SOR) pracuje ponad 177,31 etatów pielęgniarek i położnych, z czego ok. 4 osoby przebywają na długoterminowych zwolnieniach.

Z dniem 01.01.2019r. weszły w życie normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, jako warunku kontraktowania świadczeń przez NFZ w zakresie świadczenia lecznictwo szpitalne.

Szpital aby spełnić nowe normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych będące skutkiem Porozumienia z dnia 09 lipca 2018r. zawartego w Warszawie pomiędzy OZZPiP oraz NIPiP, a Ministrem Zdrowia i Prezesem NFZ, musiałby zwiększyć zatrudnienie na niektórych oddziałach szpitalnych – łącznie o ok. 10 etatów. Wg nowej normy obsadę należy zapewnić na każde łóżko – obłożone czy też nie. W Szpitalu w Grajewie nie pracuje ok. 70 łóżek. Należy obniżyć liczbę łóżek na niektórych oddziałach szpitalnych i dostosować do nich liczbę pielęgniarek i położnych.

Zasady wyliczenia norm opierają się o równoważniki zatrudnienia: 0,6 w oddziałach zachowawczych i 0,7 w oddziałach zabiegowych na łóżko, zaś dla oddziałów pediatrycznych równoważniki zatrudnienia będą wyższe – 0,8 w oddziałach zachowawczych i 0,9 w oddziałach zabiegowych na łóżko.

Poniżej przedstawiono liczbę osób zatrudnionych w Dziale Utrzymania Czystości.

Tabela 68 Liczba osób zatrudnionych w Dziale Utrzymania Czystości wg stanu na dzień 30.06.2019

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 8 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta	Liczba sprzętaczek	Liczba pracowników gosp.	Razem
Blok operacyjny	1	1	1	1	1	6	2	8
SOR	1							1
OIT	1							1
Oddział Dziecięcy	1	1		1		2	1	3
Oddział Internistyczno-Kardiologiczny	2	2		2		6	1	7
Oddział Psychiatryczny	1	1		1				3
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	1	2		2		4	1	5
Oddział Położniczo-Ginekologiczny i Oddział Rehabilitacji	1	2	1	2	1	8	2	10
Oddział Chirurgii Ogólnej, Oddział Urazowo-	1	2		2		5	1	6

139



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 8 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta	Liczba sprzątarek	Liczba pracowników gosp.	Razem
Ortopedyczny								
Administracja i poradnie	3					2	1	3
Laboratorium analityczne i bakteriologiczne, RTG, fizjoterapia	2							2
Myjnia	1							1
Zastępstwa	1						1	1
Dział Techniczny	4						4	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W Dziale Utrzymania Czystości zatrudnionych jest 55 osób (41 sprzątarek i 14 pracowników gospodarczych) plus Kierownik Działu. Z analizy organizacji pracy wynika, że na Bloku Operacyjnym oraz na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym i Oddziale Rehabilitacji liczba osób jest zbyt wysoka do organizacji pracy, z kolei na Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym należałoby dokonać korekty organizacji pracy. W Dziale tym 3 osoby przebywają na długoterminowych zwolnieniach.

Poniżej przedstawiono liczbę osób zatrudnionych w komórkach administracyjnych i technicznych.

Tabela 69 Liczba osób zatrudnionych w komórkach administracyjnych i obsługi wg stanu na dzień 30.06.2019

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Stanowisko	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne
Zarząd i stanowiska samodzielne		Zastępca Dyrektora do spraw Techniczno-Eksploatacyjnych		1,00
		Główny księgowy	1,00	
		specjalista BHP	0,50	
		Kapelan szpitalny	0,75	
Dział Kadrowo-Płacowy		Kierownik Działu Kadry i Płaca	1,00	
		Starszy inspektor	2,00	
		Starsza księgowa koordynująca	1,00	
		Księgowa	1,00	
Dział Finansowo-Księgowy		Z-ca głównego księgowego	1,00	
		starszy kasjer	1,00	
		Starsza księgowa koordynująca	2,00	
		starsza księgowa	3,00	
		Księgowa	2,00	
Dział Metodyczno-Organizacyjny z RUM		Kierownik Działu Metodyczno-Organizacyjnego	1,00	
		informatyk	2,00	
		Statystyk-medyczny	2,00	



Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Stanowisko	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne
		starszy statystyk medyczny	4,50	
		Kierownik Działu Technicznego	1,00	
		hydraulik	1,50	
		konserwator urządzeń klimatycznych	1,00	
		konserwator sprzętu medycznego	1,00	
Dział Techniczno-Eksploatacyjny		konserwator urządzeń elektrycznych	4,00	
		malarz	2,00	
		robotnik gospodarczy	1,00	
		telefonistka	1,00	
		starszy magazynier	1,00	
	Obsługa		13,50	
		OGÓŁEM	48,75	1,20

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W powyższych komórkach administracyjnych i obsługi (razem z personelem medycznym pracującym w tych komórkach) zatrudnieni są pracownicy w wymiarze pracy 49,95 etatów, z czego 55% to pracownicy Administracji, 27% stanowią pracownicy obsługi, zaś 18% to pracownicy medyczni.

ZUK Know How zwraca uwagę na odpowiednie kwalifikacje i umiejętności zatrudnionych w Szpitalu pracowników administracyjnych. Na lepszą organizację pracy oraz efekty pracy wpływa odpowiednie wykorzystanie w tym celu narzędzi informatycznych. Ważne jest, aby wyeliminować pracę wykonywaną „ręcznie”, która wydłuża znacznie czas wykonywanych zadań, rośnie przy tym ryzyko popełnienia błędu, a tym samym utrudniona zostaje wymiana informacji pomiędzy poszczególnymi komórkami organizacyjnymi. Ważne jest też umiejętne korzystanie z narzędzi informatycznych – takie aby uzyskane informacje były przydane i można było na ich podstawie wyciągnąć stosowne wnioski.

Analiza organizacji pracy personelu pracującego w Szpitalu Ogólnym w Grajewie pokazała, iż nie we wszystkich komórkach organizacyjnych jest ona optymalna – należy dokonać korekty liczby zatrudnionych. Zaleca się dostosowanie organizacji pracy do faktycznych potrzeb w zakresie realizacji bieżących zadań.

6.4. Absencja

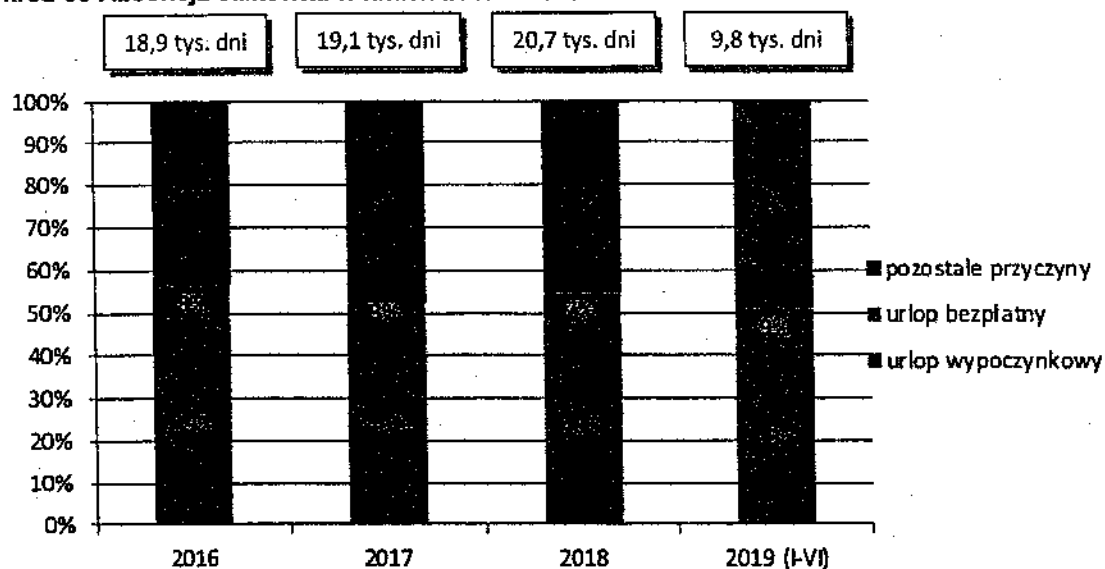
Analiza przyczyn i czasu absencji personelu zatrudnionego w Szpitalu w Grajewie została przeprowadzona za lata 2016 - 2018. Analiza absencji dotyczy tylko pracowników zatrudnionych w oparciu o umowy o pracę, gdyż tylko tym pracownikom przysługują płatne zwolnienia od świadczenia pracy (urlopy, chorobowe itp.). Zbadano najczęstsze przyczyny nieobecności pracowników w pracy w poszczególnych grupach zawodowych, które otrzymano.

Absencja to „każde niestawienie się w pracy lub wyjście z pracy w czasie, kiedy pracownik planowo powinien przebywać na swoim stanowisku. Analizie poddano absencję całkowitą, absencję oczyszczoną, czyli skorygowaną o urlopy wypoczynkowe pracowników oraz



absencję chorobową. Analiza dotyczy dni kalendarzowych absencji. Zbadano główne przyczyny nieobecności pracowników Szpitala w Grajewie.

Wykres 30 Absencja całkowita w latach 2017 – 2019



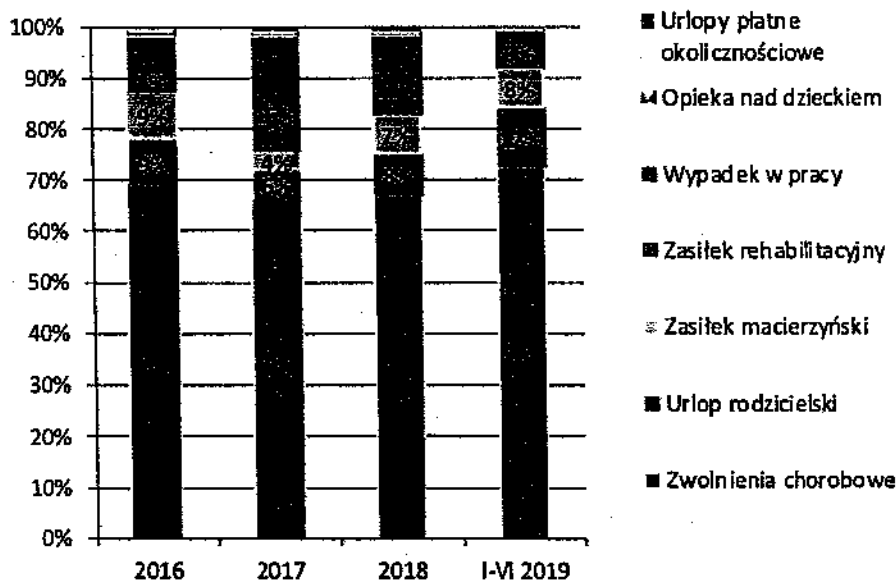
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Absencja całkowita wzrosła pomiędzy latami 2016 a 2018. Zwrócić uwagę należy na pozostałe przyczyny nieobecności pracowników, które ukształtowały się na poziomie 44-49%. Oznacza to, iż wynoszą one niemalże tyle co „drugi urlop” dla pracowników.

Poniżej na wykresie przedstawiono główne przyczyny nieobecności oczyszczonej z urlopów wypoczynkowych w Szpitalu w Grajewie.



Wykres 31 Przyczyny absencji oczyszczonej w latach 2016-2019 (I-VI)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie

Główną przyczyną absencji pracowników były zwolnienia chorobowe – stanowiły one od 66% do 72% ogółu nieobecności. Na kolejnych pozycjach były urlopy związane z rodzicielstwem

Absencja choroba wpływa na koszty osobowe ponoszone w Szpitalu. Do kosztów absencji chorobowej należy zaliczyć nie tylko koszt wynagrodzenia, ale również należy doliczyć wynagrodzenia za zastępstwa i nadgodziny wynikające z potrzeby wykonywania pracy za pracowników przebywających na zwolnieniu. Poza tym trzeba uwzględnić koszty pośrednie absencji – m.in. koszty administracyjne obsługi zwolnienia, znalezienia zastępstwa (rekrutacji, szkolenia), a także z obniżoną jakością i wydajnością pracy wykonywanej przez niedoświadczonych pracowników lub w nadgodzinach w zastępstwie za pracowników przebywających na zwolnieniu chorobowym.

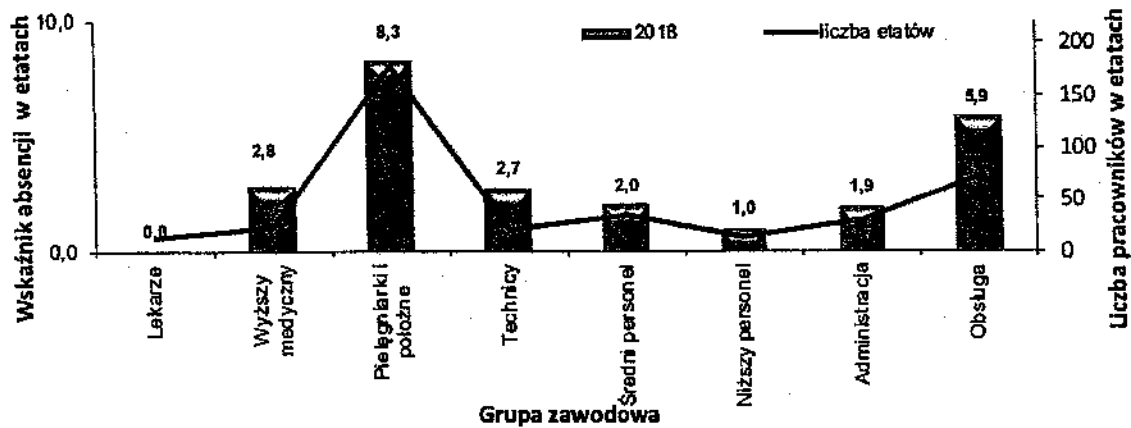
Analiza absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych w przeliczeniu na etat została przedstawiona na wykresie poniżej. Została ona obliczona wg następującego wzoru:

$$\text{wsk. absencji chorobowej} = \frac{\text{przeciętna liczba godzin absencji chorobowej w miesiącu}}{\text{przeciętna liczba godzin pracy w miesiącu}}$$

Do wyliczenia wskaźnika absencji uwzględniono absencję chorobową krótko i długoterminową.



Wykres 32 Wskaźnik absencji chorobowej w przeliczeniu na etaty



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Analiza wskaźnika absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych pokazała, iż wskaźniki te kształtowały się na zróżnicowanym poziomie w poszczególnych grupach zawodowych – zależnym od poziomu liczby zatrudnionych. Wskaźniki pokazują ile etatów należy dotrudnić, żeby zabezpieczyć pracę w wyniku absencji chorobowej pracowników. Łącznie w roku 2018 co miesiąc w wyniku nieobecności spowodowanej chorobą należało „dotrudnić”, znaleźć zastępstwo dla 24,7 etatów pracowników. W porównaniu do innych podmiotów działalności medycznej o podobnej liczbie zatrudnionych pracowników wskaźniki te kształtują się na wyższym poziomie.

Poniżej przedstawiono liczbę dni absencji chorobowej rocznej oraz miesięcznej w dniach w poszczególnych grupach zawodowych przypadającą na jeden zatrudniony etat.

Tabela 70 Liczba dni absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych na 1 etat w dniach

Grupa zawodowa	2018	
	roczna	miesięczna
Lekarze	0,6	0,1
Wyższy medyczny	32,0	2,7
Pielęgniarki i położne	11,8	1,0
Technicy	24,5	2,0
Średni personel	14,2	1,2
Niższy personel	19,2	1,6
Administracja	17,0	1,4
Obsługa	20,3	1,7
Ogółem	15,8	1,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wskaźnik absencji chorobowej przeliczony na średnią liczbę dni choroby w ciągu roku wyniósł 15,8 dni dla całej Jednostki. Oznacza to, że średnio każdy pracownik był nieobecny w roku 2018 w wyniku choroby prawie 16 dni. Jest to powyżej średniej benchmarkingowej



dla sektora ochrony zdrowia. W roku 2018 najdłużej chorowali technicy i wyższy personel – średnio na jeden zatrudniony etat przypadało kolejno 24,5 oraz 32 dni choroby w roku. Wysokie wskaźniki widoczne są również w przypadku obsługi oraz niższego personelu – kolejno na poziomie 20,3 i 19,2 dni.

Zjawisko absencji chorobowej jest zagadnieniem złożonym. Dotyczy często nie samej choroby pracownika (czyli aspektu czysto zdrowotnego), ale również otoczenia w którym funkcjonuje pracownik. Skłonność pracowników przebywających na zwolnieniu lekarskim do absencji wzrasta wraz ze zniechęceniem pracownika do pracy (brak motywacji, satysfakcji z pracy) lub poczuciu zagrożenia związanego z utratą pracy np. w sytuacji wprowadzania zmian restrukturyzacyjnych. Jest to negatywne zjawisko, dlatego trzeba stale monitorować absencję i starać się nie dopuścić do jej wzrostu.

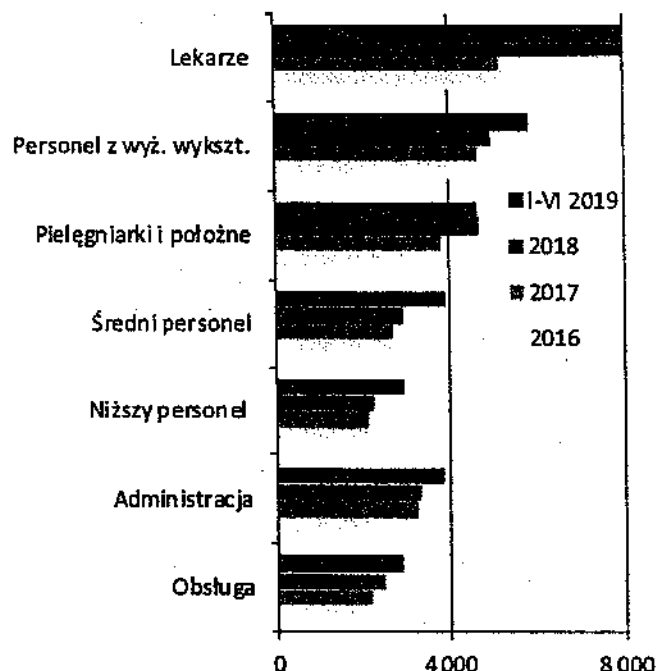
Podsumowując analizę absencji w Szpitalu w Grajewie należy stwierdzić, iż ogółem kształtuje się ona na wysokim poziomie. Najczęstszą przyczyną nieobecności w pracy pracowników były zwolnienia chorobowe, w wyniku których co miesiąc Szpital musi „dotrudnić” z tego tytułu prawie 24,7 etatów pracowników. Na obniżenie absencji wpłynąć może dywersyfikowanie formy zatrudnienia pracowników, dlatego też należy dążyć do wzrostu liczby umów cywilno-prawnych, co pomoże nie tylko ograniczyć koszty absencji, ale również wpłynąć pozytywnie na zahamowanie tego zjawiska wśród osób zatrudnionych na umowy o pracę. Zaleca się monitorowanie absencji pracowników w Szpitalu w Grajewie i reagowanie na jej zmiany.

6.5. Koszty osobowe

Poniżej przedstawione zostały przeciętne wynagrodzenia brutto z umów o pracę pracowników Szpitala w Grajewie w poszczególnych grupach zawodowych w latach 2016 – VI 2019.



Wykres 33 Przeciętne wynagrodzenia brutto w latach 2016 – 2019 (VI)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Generalnie średnie wynagrodzenie brutto w Szpitalu w Grajewie na przestrzeni analizowanych lat wzrosło. Średnie wynagrodzenie brutto dla całej Jednostki w roku 2016 wynosiło 3,3 tys. zł, z kolei w 2019 (VI) r. przeciętna płaca brutto ukształtowała się na poziomie 4,6 tys. zł. Najwyższy wzrost wystąpił w grupie pielęgniarek i położnych.

Średnie wynagrodzenia brutto pracowników w Szpitalu w Grajewie są nieco wyższe do wynagrodzeń Szpitali o podobnym profilu działalności – zwłaszcza w przypadku średniego personelu i pielęgniarek i położnych.

Część pracowników zatrudnionych w Szpitalu w Grajewie świadczy usługi w oparciu o umowy kontraktowe i zlecenie. Wynagrodzenie ich ma postać:

- stawki godzinowej – liczba godzin x stawka z umowy.

Stawki lekarzy z umów kontraktowych są to stawki godzinowe – czyli lekarz otrzymuje wynagrodzenie bez względu na efekt swojej pracy. Stawki godzinowe za dyżur zwykły wynoszą od 70 zł do 92 zł, zaś za dyżur świąteczny od 80 zł do 97 zł za godzinę pracy. Najwyższe dotyczą Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

Stawki dla pielęgniarek i ratowników medycznych wynoszą 30 zł za godzinę pracy.

Stawki te na przestrzeni analizowanych lat wzrosły od 40% do nawet 100%.



Średnia stawka godzinowa lekarzy zatrudnionych w oparciu o umowy cywilno-prawne wg Ministerstwa Zdrowia kształtuje się na poziomie:

- dla ordynatora – 63 zł,
- dla lekarza z II stopniem specjalizacji – 56 zł,
- dla lekarza z I stopniem specjalizacji – 52 zł,
- dla lekarza bez specjalizacji – 46 zł¹⁷.

Z raportu Ministerstwa Zdrowia wynika, że średnia stawka godzinowa lekarzy zatrudnionych w oparciu o umowy cywilno-prawne wg Ministerstwa Zdrowia kształtuje się na poziomie:

- Pediatria oddział – 59,42 zł
- Położnictwo i ginekologia oddział – 59,96 zł
- Interna oddział – 60,31 zł
- Neurologia oddział – 62,12 zł
- Szpitalny Oddział Ratunkowy – 65,52 zł
- Kardiologia oddział – 69,10 zł
- Neonatologia oddział – 69,79 zł
- Anestezjologia znieczulenia – 74,04 zł
- Chirurgia ogólna oddział – 80,39 zł
- Intensywna terapia oddział – 86,84 zł
- Ortopedia oddział – 130,23 zł¹⁸.

Porównując stawki godzinowe lekarzy z umów cywilno-prawnych w Szpitalu w Grajewie do średnich stawek rynkowych wnioskować można, iż stawki te, poza nielicznymi wyjątkami, są wyższe. Stawki w pozostałych grupach zawodowych są adekwatne do stawek rynkowych.

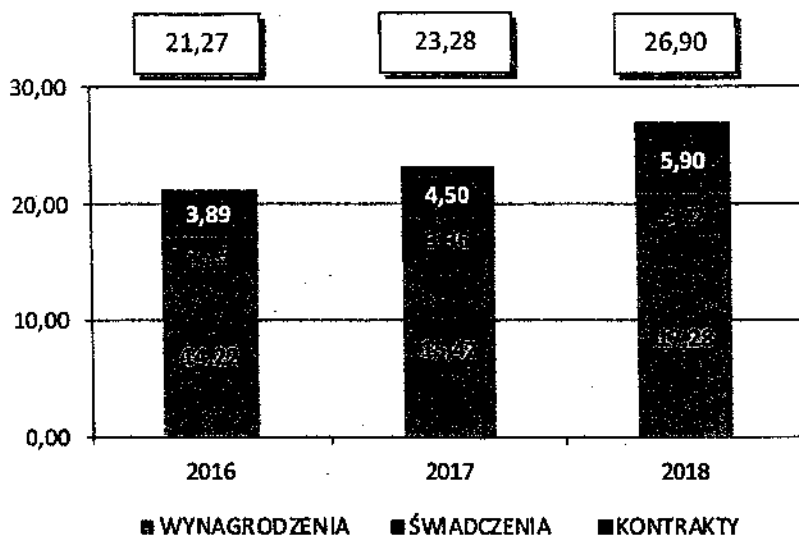
Poniżej na wykresie pokazano całkowite koszty osobowe poniesione w Szpitalu w Grajewie w latach 2016 – 2018.

¹⁷ <http://www.medicalnet.pl/>

¹⁸ <http://praca.interia.pl/zarobki/news-ile-zarabiaja-lekarze-znamy-raport-o-wynagrodzeniach-w-sluzb,nfd,2378752>



Wykres 34 Wysokość kosztów osobowych poniesionych w latach 2016 – 2018 [w mln zł]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Koszty osobowe w analizowanym okresie systematycznie wzrastały – po części za sprawą środków podwyżkowych dla pielęgniarek wypłacanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz za sprawą ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Koszty te będą dalej rosły w wyniku kolejnych obciążeń prawnych dla pracodawców (np. Pracowniczych Planów Kapitałowych).

Koszty osobowe poniesione w latach 2016 – I-VI 2019 w Szpitalu w Grajewie w stosunku do przychodów oraz kosztów z działalności podstawowej przedstawia tabela poniżej.

Tabela 71 Wskaźnik kosztów osobowych do przychodów oraz kosztów działalności podstawowej w latach 2016 – VI 2019

WYSZCZEGÓLNIENIE	2016	2017	2018	I-VI 2019
ko/k (wsk. I)	65,8%	65,4%	67,1%	68,1%
ko/k bez amortyzacji (wsk. II)	68,5%	67,9%	69,4%	70,8%
ko/p (wsk. III)	64,5%	67,2%	73,1%	83,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Udział kosztów osobowych (koszty umów o pracę, umów cywilno-prawnych, narzuty) w kosztach z działalności podstawowej oraz w przychodach Szpitala w Grajewie w badanym okresie kształtował się na dość wysokim poziomie. Koszty osobowe stanowiły ok. 68-71% kosztów z działalności podstawowej oczyszczonych z kosztów amortyzacji (wsk. II) oraz ok. 65-83% przychodów z działalności podstawowej. Wyższa wielkość wskaźnika III od II i I w latach 2018-VI 2019 świadczy z kolei o tym, iż Szpital w tym okresie był nierentowny na działalności podstawowej.



Na podstawie powyższych wielkości należy stwierdzić, że wysokość kosztów osobowych ponoszonych w jednostce kształtuje się powyżej wielkości pożądaných. Wynika to z wielu czynników: sztywnym opartym głównie na umowach o pracę modelu zatrudnienia, nieoptymalnej struktury zatrudnienia, zbyt wysokich stawek płacowych w niektórych przypadkach, zbyt wysokiej absencji w niektórych grupach zawodowych. Należy również zmienić model zatrudnienia – dążyć do zastąpienia umów o pracę w przypadku wysoko opłacanych osób umowami cywilno-prawnymi.

Analiza kosztów osobowych w Szpitalu pokazała, iż kształtują się one na zbyt wysokim poziomie, wynika to z wielu czynników, w wyniku których Szpital ponosił wysokie koszty pracodawcy.

Analiza polityki kadrowej w Szpitalu pokazała, iż są pewne obszary, które można ulepszyć i usprawnić. Zaliczyć do nich można zarówno działania o charakterze jakościowym oraz ilościowym, które mogłyby wpłynąć na obniżenie kosztów osobowych ponoszonych w Szpitalu, są to:

- optymalizacja struktury zatrudnienia i organizacji pracy,
- zwiększenie ilości umów kontraktowych na świadczenie usług medycznych zamiast wykonywać ich w oparciu o umowy o pracę,
- obniżenie oraz monitorowanie absencji chorobowej wśród pracowników.



7. Infrastruktura techniczna

7.1. Nieruchomości

Zdjęcie 1 Teren Szpitala Ogólnego w Grajewie



Źródło: <https://mapy.google.pl/>.

Szpital Ogólny im. dr Witolda Ginela w Grajewie, zwany Szpitalem Ogólnym jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Główne obiekty szpitalne znajdują się przy ulicy Konstytucji 3-go maja w Grajewie na działkach wyszczególnionych w tabeli poniżej. Budynki oraz grunty stanowią własność Powiatu Grajewskiego, a Szpital Ogólny w Grajewie otrzymał prawo do ich nieodpłatnego użytkowania na czas nieokreślony. Łącznie teren szpitala zajmuje obszar 4,43 ha.

W skład kompleksu wchodzi 15 budynków: kompleks główny składający się z 5 połączonych budynków, oznaczonych literami od A do E, budynek Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego (12), budynek Pralni (8), Prosektorium (2) oraz budynki o przeznaczeniu technicznym i gospodarczym. Szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych budynków przedstawia tabela poniżej.

Główne budynki służące bezpośredniej działalności podstawowej postrzegane są jako utrzymane w dobrym stanie technicznym, aczkolwiek w wielu miejscach istnieją potrzeby remontowe. W roku 2007 przeszły prace termomodernizacyjne. W wielu miejscach pomieszczenia nie spełniają wymogów bezpieczeństwa przeciwpożarowego oraz standardów wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.



A handwritten signature or mark in black ink, located in the bottom right corner of the page. It appears to be a stylized, cursive signature.

Tabela 72 Charakterystyka nieruchomości użytkowanych przez Szpital

Nr.	Adres	Funkcja budynku	Numerły księgi wieczystej	Numer geodezyjny i działki	Powierzchnia gruntu w m ²	Powierzchnia użytkowa budynku (lub jego części) w m ²	Forma władania
A	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Oddziały szpitalne, komórki medyczne pomocnicze	32036	1884/41	41 104	6 071,3	nieodpłatne użytkowanie
B	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Oddziały szpitalne, komórki medyczne pomocnicze	32036	1884/41		1 895,5	nieodpłatne użytkowanie
C	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Poradnie, administracja	32036	1884/41		2 080,1	nieodpłatne użytkowanie
A, B, C	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	łącznik pomiędzy budynkami A, B i C	32036	1884/41		178,1	nieodpłatne użytkowanie
D	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Oddziały szpitalne, administracja	32036	1884/41		1 643,7	nieodpłatne użytkowanie
E	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Kuchnia	32036	1884/41		1 344,0	nieodpłatne użytkowanie
F	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Budynek po hydrofoni	32036	1884/41		123,5	nieodpłatne użytkowanie
G	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Prosektorium	32036	1884/41		229,0	nieodpłatne użytkowanie
H	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Portiernia	32036	1884/41		33,1	nieodpłatne użytkowanie
I	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Tienownia	32036	1884/41		75,2	nieodpłatne użytkowanie
J	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Rozdzielnia SN, agregaty prądotwórcze	32036	1884/41		212,9	nieodpłatne użytkowanie
K	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Budynek magazynowy	32036	1884/41		48,9	nieodpłatne użytkowanie
L	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Pawilon po pogotowiu, niewykorzystany	32036	1884/41		28,7	nieodpłatne użytkowanie
M	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Pralnia	32036	1884/41		1 332,0	nieodpłatne użytkowanie
N	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	tunel doprowadzający	32036	1884/41		144,0	nieodpłatne użytkowanie
O	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Kotłownia, budynek magazynowy	32036	1884/41		348,2	nieodpłatne użytkowanie
P	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo		32036	1884/40	689		nieodpłatne użytkowanie
Q	ul. Konstytucji 3 Maja 34; Grajewo	Budynek Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego	32036	1884/38	2 549	827,8	nieodpłatne użytkowanie
Razem powierzchnie					44 342	16 616,0	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Zgodnie ze stwierdzeniem Podlaskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego w Białymstoku wiele pomieszczeń nie spełnia wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Istotne braki stwierdzono praktycznie na wszystkich oddziałach szpitalnych, poradniach oraz Sterylizatorni. Do głównych uchybień należą:

1. brak odpowiednich podłóg oraz właściwych połączeń ścian z podłogami umożliwiającymi mycie i dezynfekcję;
2. brak pomieszczeń porządkowych oraz braki w wyposażeniu brudowników w myjnię-dezynfekторы;
3. niewłaściwa organizacja sal pacjentów nie zapewniająca wymagany dostęp do łóżek chorych z trzech stron;



4. brak wyposażenia sal w podajniki na mydło i ręczniki jednorazowe;
5. braki w środkach do transportu żywności, bielizny, odpadów odpowiadające wymogom sanitarnym;
6. brak izolatek i śluz umywalkowo-fartuchowych.

Charakter uchybień w głównej mierze wskazuje na pilne potrzeby remontowe pomieszczeń, oraz na ich organizację. Szczegółowy wykaz uchybień przedstawiono na podstawie dokumentów przekazanych przez Dział Eksploatacyjno-Techniczny.

Tabela 73 Zestawienie uchybień stanu wyposażenia i pomieszczeń w stosunku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r.

Lp.	Komórka organizacyjna	Wyszczególnienie nie zrealizowanych wymagań	Uwagi
1.	Oddział Położniczo-Ginekologiczny	<ul style="list-style-type: none"> - brak odpowiednich podłóg, - połączenia ścian z podłogami nie jest wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (brak połączeń bezspoinowych), - brudownik nie posiada myjni- dezynfektora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej, - pomieszczenia higieniczno-sanitarne dla pacjentów nie są przystosowane dla osób niepełnosprawnych, - brak pomieszczenia porządkowego, - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - pokoje łóżkowe nie są wyposażone w dozownik na mydło w płynie oraz pojemnik na ręczniki jednorazowego użytku, - łóżka w pokojach pacjentów nie są dostępne z trzech stron w tym z dwóch dłuższych 	<ul style="list-style-type: none"> w trakcie realizacji w trakcie realizacji w trakcie realizacji w trakcie realizacji w trakcie realizacji w trakcie realizacji, wózki do transportu żywności zostały zakupione w trakcie realizacji w trakcie realizacji
2.	Pododdział Noworodkowy	<ul style="list-style-type: none"> - pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie są przystosowane dla osób niepełnosprawnych, - brak pomieszczenia porządkowego, - brak brudownika, - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, 	<ul style="list-style-type: none"> w trakcie realizacji w trakcie realizacji w trakcie realizacji w trakcie realizacji, zakupiono wózek do transportu żywności
3.	Biłok Porodowy	<ul style="list-style-type: none"> - brak pomieszczenia porządkowego, - punkt pielęgniarski nie posiada odrębnego pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego, - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - brudownik nie posiada myjni- dezynfektora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej, 	<ul style="list-style-type: none"> w trakcie realizacji w trakcie realizacji
4.	Oddział Rehabilitacji	<ul style="list-style-type: none"> - brak pomieszczenia porządkowego, - punkt pielęgniarski nie posiada odrębnego pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego, 	



Lp.	Komórka organizacyjna	Wyszczególnienie nie zrealizowanych wymagań	Uwagi
		<ul style="list-style-type: none"> - łóżka w pokojach pacjentów nie są dostępne z trzech stron w tym z dwóch dłuższych, - połączenie ścian z podłogami nie jest wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (brak połączeń bezspoinowych), - brak odpowiednich podłóg, - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - brudownik nie posiada myjni- dezynfektora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej, 	<p>Zakupiono wózek do transportu żywności</p>
5.	Oddział Chirurgii Ogólnej	<ul style="list-style-type: none"> - łóżka w pokojach pacjentów nie są dostępne z trzech stron w tym z dwóch dłuższych, - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - połączenie ścian z podłogami nie jest wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (brak połączeń bezspoinowych), - brak odpowiednich podłóg, - brudownik nie posiada myjni- dezynfektora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej, - brak pomieszczenia porządkowego, 	<p>zakupiono wózek do transportu żywności</p>
7.	Oddział Dziecięcy	<ul style="list-style-type: none"> - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - połączenie ścian z podłogami nie jest wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (brak połączeń bezspoinowych), - brak odpowiednich podłóg, - brak pomieszczenia porządkowego, - brudownik nie posiada myjni- dezynfektora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej, - brak izolatki, - brak wydzielonego pododdziału dla dzieci młodszych i starszych, - brak pomieszczenia higieniczno - sanitarnego wyposażonego dodatkowo w natrysk dla rodziców lub opiekunów, - brak zespołów łóżkowych wyposażonych w służbę fartuchowo-umywalkową i punkt pielęgniarstwa, - brak przeszkłonych drzwi w salach dzieci młodszych, - szkło do przeszklenia nie spełnia wymogów rozporządzenia, 	
8.	Oddział Psychiatryczny	<ul style="list-style-type: none"> - łóżka w pokojach pacjentów nie są dostępne z trzech stron w tym z dwóch dłuższych, - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie są przystosowane dla osób niepełnosprawnych, 	<p>zakupiono wózek do transportu posilków</p>



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

Lp.	Komórka organizacyjna	Wyszczególnienie nie zrealizowanych wymagań	Uwagi
9.	Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	<ul style="list-style-type: none"> - punkt pielęgniarski nie posiada odrębnego pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego, - brudownik nie posiada myjni- dezynfektora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej, - brak gabinetu przyjęć dla pacjentów z pobudzeniem psychoruchowym zagrażającym bezpośrednio sobie lub innym, - łóżka w pokojach pacjentów nie są dostępne z trzech stron w tym z dwóch dłuższych, - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - połączenie ścian z podłogami nie jest wykonane w sposób umożliwiający mycie i dezynfekcję (brak połączeń bezspoinowych), - brak odpowiednich podłóg, - brak pomieszczenia porządkowego, - brudownik nie posiada myjni- dezynfektora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej, - punkt pielęgniarski nie posiada odrębnego pokoju przygotowawczego pielęgniarskiego, - brak izolatek, - pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie są przystosowane dla osób niepełnosprawnych, - brak wejścia do oddziału prowadzącego przez służę umywalkowo-fartuchową bez możliwości otwarcia drzwi wewnętrznych, - brak szatni dla pracowników nie znajdującej się poza obrębem oddziału, - brak urządzeń audiowizualnych umożliwiających kontakt chorego z odwiedzającym, 	zakupiono wózek do transportu żywności
10.	Szpitalny Oddział Ratunkowy	<ul style="list-style-type: none"> - brak brudownika, - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - pomieszczenia higieniczno-sanitarne nie jest wyposażone w wózek-wannę, 	
11.	Oddział Urazowo-Ortopedyczny	<ul style="list-style-type: none"> - brak odpowiednich środków do transportu żywności, bielizny, odpadów, zwłok, które powinny posiadać odpowiednie zamknięcie przestrzeni ładunkowej, - brudownik nie posiada myjni- dezynfektora oraz wentylacji mechanicznej wyciągowej, 	zakupiono wózek do transportu żywności
12.	Centralna Sterylizatornia	<ul style="list-style-type: none"> - brak urządzenia do dezynfekowania wózków i pojemników służących do transportu materiałów poddawanych sterylizacji, - brak odpowiednich podłóg, - ściany nie są wykończone na całej wysokości materiałami umożliwiającymi ich mycie i dezynfekcję, - brak odrębnego pomieszczenia do pakietowania narzędzi i bielizny, 	



Lp.	Komórka organizacyjna	Wyszczególnienie nie zrealizowanych wymagań	Uwagi
		<ul style="list-style-type: none"> - brak śluz umywalkowo – fartuchowych pomiędzy poszczególnymi strefami, - brak ustępu przy śluzie między czysta i brudną, - brak pomieszczenia wydawania materiałów sterylnych między strefą sterylną, a ogólnodostępną, - brak przelotnej myjni dezynfektora między strefa i pomieszczeniem wydawania przeznaczonej do mycia wózków i innych elementów transportowych, - brak odpowiedniej wentylacji (nawiewno- wywiewnej), 	
13.	Pracownia badań endoskopowych	<ul style="list-style-type: none"> - brak pomieszczenia higieniczno-sanitarnego wyposażonego dodatkowo w bidet w gabinecie badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego, - brak zmywalni usytuowanej między pokojami badań, - brak odpowiednich podłóg, 	
14.	Poradnia Ginekologiczna	<ul style="list-style-type: none"> - brak pomieszczenia higieniczno – sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, - brak odpowiednich podłóg, - brak odpowiedniego połączenia ścian z podłogami umożliwiającego mycie i dezynfekcję, - gabinet badań nie posiada bezpośredniego połączenia z pomieszczeniem higieniczno - sanitarnym wyposażonym w bidet, 	<p>w trakcie realizacji</p> <p>w trakcie realizacji</p> <p>w trakcie realizacji</p> <p>w trakcie realizacji</p>
15.	Poradnia Chorób Zakaźnych	<ul style="list-style-type: none"> - brak pomieszczenia higieniczno – sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, - brak odpowiednich podłóg, - brak odpowiedniego połączenia ścian z podłogami umożliwiającego mycie i dezynfekcję, 	
16.	Zespół Poradni Specjalistycznych	<ul style="list-style-type: none"> - brak pomieszczenia higieniczno – sanitarnego przystosowanego dla osób niepełnosprawnych, - brak odpowiednich podłóg, - brak odpowiedniego połączenia ścian z podłogami umożliwiającego mycie i dezynfekcję, 	
17.	Szpital Ogólny	<ul style="list-style-type: none"> - brak pomieszczenia porządkowego umożliwiającego dodatkowo mycie i dezynfekcję środków transportu, - rezerwowe źródło zaopatrzenia szpitala w wodę nie zapewnia jej 12 godzinowego zapasu, 	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W zakresie ochrony przeciwpożarowej, jak wskazano w Decyzji Komendanta Powiatowego Państwowej straży Pożarnej w Grajewie, Szpital ma dodatkowo obowiązek zainstalować na klatkach schodowych oświetlenie awaryjne. Problemem o szerszym wymiarze jest stan pomieszczeń Budynku Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego. W całej swojej konstrukcji nie spełnia on standardów kwalifikujących go jako obiekt szpitalny. Brak jest sensownej



możliwości dostosowania ich do potrzeb osób niepełnosprawnych i organizacji ciągów transportu chorych, w tym montażu wind. Wydaje się koniecznym zmiana lokalizacji Oddziału i znalezienie inne przeznaczenie dla tego budynku.

Szpital nie posiada opracowanego planu dostosowania pomieszczeń do wymagań przepisów i obowiązujących standardów. Dysponuje natomiast wstępnymi szacunkami koniecznych dla tego celu nakładów. Szacowane konieczne nakłady inwestycyjne dla dostosowania pomieszczeń przedstawiają się następująco:

1. Oddział Rehabilitacji - 1 000 000,00 zł
2. Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej – 1 500 000,00 zł
3. Oddział Dziecięcy – 1 200 000,00 zł
4. Oddział Psychiatryczny – 550 000,00 zł
5. Centralna Sterylizatornia – 2 500 000,00 zł
6. Oddział Obserwacyjno – Zakaźny (bez zmiany lokalizacji) – 400 000,00 zł
7. Poradnie specjalistyczne – 500 000,00 zł
8. Prosektorium – 120 000,00 zł
9. Pomieszczenia na IV piętra – 1 500 000,00 zł
10. Hydrofornia ze stacją uzdatniania wody – 3 000 000,00 zł.

Łączne nakłady niezbędne na zrealizowanie programu dostosowawczego szacuje się na kwotę **12 mln zł.**

Koszty powierzchni operacyjnej Szpitala

Łączna powierzchnia operacyjna (tzn. bez ciągów komunikacyjnych i pomieszczeń infrastruktury technicznej, czyli ta część powierzchni użytkowej bezpośrednio służąca działalności podstawowej i gospodarczej) jaką Szpital ma do dyspozycji wynosi **12,3 tys. m²**. Z tego aktualnie wykorzystuje nieco powyżej **10,9 tys. m²**. Powierzchnia wynajęta zewnętrznym firmom wynosi ok. **1,4 tys. m²**.

Tabela 74 Wykaz aktualnych umów najmu i dzierżawy pomieszczeń Szpitala

Lp.	Nazwa najemcy	Działalność	Metraż m ²	Czynsz	Inne koszty eksploatacyjne *	Łączne opłaty za m ²	Uwagi
1	Da Vita Sp. z o.o.	medyczna - dializy	401,0	10 363,20	2 089,98	31,06	
2	PHU Adrian Chalamoński	handel art. gospodarczymi	7,2	184,55		25,63	
3	Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Grajewie	biura	41,0	421,27		10,27	
4	Ekolex Sp. z o.o.	kuchnia, żywienie	714,4	3 227,04	5 425,98	12,11	
5	Ekolex Sp. z o.o.	punkt gastronomiczny	29,0	648,20	50,76	24,10	
6	Ekolex Sp. z o.o.	usługi transportowe	15,8	203,25		13,03	



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

Lp.	Nazwa najemcy	Działalność	Metraż m ²	Czynsz	Inne koszty eksploatacyjne *	Łączne opłaty za m ²	Uwagi
7	Ekolox Sp. z o.o.	tomograf komputerowy	72,0	3 048,00	351,38	47,21	w usłudze sprzątanie
8	„LEMAR” E. Czyża, P. Bielań Spółka Jawna	handel art. medycznymi	32,2	849,78	92,77	29,27	
9	Praktyka Lekarska Ewa Maria Kuna	gab. dermatologiczny	32,2	393,11		12,21	w usłudze sprzątanie
10	Praktyka Lekarska Grzegorz Rakowski	handel art. optycznymi	13,9	303,32		21,79	
11	Praktyka Lekarska Grzegorz Rakowski	gab. okulistyczny	31,9	212,32		11,65	Gabinet prowadzony na zmianę. W usłudze sprzątanie
12	Praktyka Lekarska Małgorzata Czauż - Maksymczuk	gab. okulistyczny		159,25			
13	Agnieszka Mikulska	handel art. spożywczy	23,9	1 857,30	154,91	84,16	
14	Lar-Med Sp. z o.o.	aparaty słuchowe	21,3	439,85		20,65	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

W przedstawionej tabeli inne koszty eksploatacyjne zostały oszacowane na podstawie wystawionych faktur w miesiącu sierpniu 2018 r. W związku z tym kwoty „łącznej opłaty za m²” mają charakter liczb szacowanych. Szacunek został przeprowadzony aby możliwym było określenie jaki wpływ z 1 m² wynajętej powierzchni uzyskuje szpital i jak to się ma do kosztów jej utrzymania jakie ponosi.

Analiza kosztów ponoszonych przez Szpital na utrzymanie infrastruktury technicznej pozwoliła oszacować uśredniony miesięczny koszt utrzymania 1 m² powierzchni operacyjnej. Wartość ta zawiera wszystkie koszty technicznej obsługi i remontów oraz wydatki na zużycie mediów ponoszonych w związku z jej eksploatacją. I tak, techniczne koszty jakie szpital ponosi na utrzymanie 1 m² powierzchni operacyjnej wynosi 19,09 zł miesięcznie. Z analizy kosztów utrzymania czystości i higieny odniesionych także do powierzchni operacyjnej podlegającej sprzątaniu wynika, że wynoszą one 19,08 zł miesięcznie. Zatem łączny koszt utrzymania powierzchni Szpitala wraz ze sprzątaniem wynosi 38,17 zł/m². Tak wyliczony koszt jednostkowy, z jednej strony, służy do analiz ekonomicznych funkcjonowania oddziałów i innych komórek szpitalnych, a z drugiej ocenie rentowności wynajmów powierzchni zewnętrznym kontrahentom. Wynajem pomieszczeń bez usługi sprzątania za cenę poniżej 19,09 zł za metr skutkuje tym, że Szpital dopłaca do kosztów ich utrzymania, natomiast z usługą sprzątania koszt graniczny wynosi 38,17 zł/m² miesięcznie.

Z analizy danych benchmarkowych wynika, że koszty technicznego utrzymania powierzchni dla szpitali powiatowych o zbliżonej wielkości wynoszą około 30 zł/m², natomiast wraz z kosztami sprzątania w granicach 46 zł/m². Na podstawie powyższej analizy, można wyciągnąć wniosek, że Szpital w Grajewie bardzo oszczędnie zarządza swoją infrastrukturą techniczną, natomiast koszty sprzątania wypadają nieco powyżej uzyskiwanych w innych szpitalach.



Stosowany aktualnie w Szpitalu system informacji finansowej nie analizuje kosztów utrzymania powierzchni w obiektach szpitalnych. Przyjęta koncepcja centrów kosztów nie daje w prosty sposób informacji ile kosztuje utrzymanie 1 metra kwadratowego powierzchni. Powyższe fakty wskazują na zasadność dokonania odpowiednich modyfikacji w finansowym systemie informacji i przypisania tych kosztów do działu Eksploatacyjno-Technicznego. Dane te powinny posłużyć także do dokonania analizy kosztów i uzyskiwanych przychodów z umów najmu.

Analizując układ pomieszczeń i wykorzystanie jej przez komórki organizacyjne Szpitala można odnieść wrażenie, że powierzchnia operacyjna nie jest optymalnie wykorzystana. Kierownicy jednostek organizacyjnych Szpitala nie mając odpowiednich informacji nie uwzględniają kosztów utrzymania zajmowanych przez siebie pomieszczeń jako istotnego składnika kosztów oddziaływanych i to zależnych od nich. Nie sprzyja to racjonalnemu gospodarowaniu powierzchnią. Dział Obsługi, któremu podlegają kwestie techniczne ani żadna inna struktura wewnętrzna Szpitala nie ma poczucia, że jest gospodarzem powierzchni i nie czuje się uprawniona do podejmowania jakichkolwiek działań optymalizujących.

7.2. Instalacje infrastrukturalne

Dostawa ciepła

Szpital pobiera ciepło do celów co i cwu od lokalnego PECu. Na terenie Szpitala są zainstalowane 4 węzły ciepłownicze, z czego dwa kwalifikują się do wymiany (Pralnia i Oddział Obserwacyjno-Zakaźny). Szpital posiada kotłownię olejową na potrzeby produkcji pary technologicznej. Para zasila Pralnię oraz systemy klimatyzacji. System energetyczny uzupełniony jest także kolektorami słonecznymi, które dostarczają nieco powyżej 200 GJ energii cieplnej rocznie. Łącznie z ciepłem zakupionym w PEC, Szpital zużywa niecałe 11 tys. GJ energii cieplnej rocznie. Przy powierzchni operacyjnej wynoszącej niespełna 12,3 tys m² można stwierdzić, iż Szpital lokuje się w środku rankingu Szpitali powiatowych pod względem energochłonności.

Zaopatrzenie w wodę

Szpital nie ma własnego ujęcia wody, bazuje na wodociągach miejskich. Własne ujęcie, zbiornik zapasowy i hydrofornia są aktualnie zdewastowane i wyłączone z eksploatacji od około 30 lat. Z informacji przekazanych przez służby techniczne wynika, że awaryjna dostawa wody ma być zapewniona przez PEC na podstawie zawartej umowy. System zaopatrzenia Szpitala w wodę jest jego piętą achillesową. Brak zbiornika zapasowego zapewniającego 12 godzinny zapas wody stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów. Wątpliwą wydaje się także techniczna możliwość awaryjnej dostawy wody przez PEC. Taka stara instalacja z przed lat, bez okresowych przeglądów i testów musi budzić zastrzeżenia co do jej sprawności technicznej.

Zasilanie w energię elektryczną

Szpital zasilany jest z dwóch źródeł po średnim napięciu. Posiada 3 stacje transformatorowe SSN/NN, dwie stacjonarne, jedna transformatorowa.



Szpital posiada dwa agregaty awaryjne, 150 kVA i 50 kVA, duży agregat jest uruchamiany ręcznie, mały pracuje w automacie. Stacja UPS zabezpiecza zasilanie przez okres wystarczający do uruchomienia dużego agregatu. Istnieją trzy stacje UPS: jedna zabezpiecza OAiIT oraz Blok Operacyjny, druga Oddział Kardiologiczny (salę intensywnego nadzoru), trzeci Oddział Położniczo-Ginekologiczny.

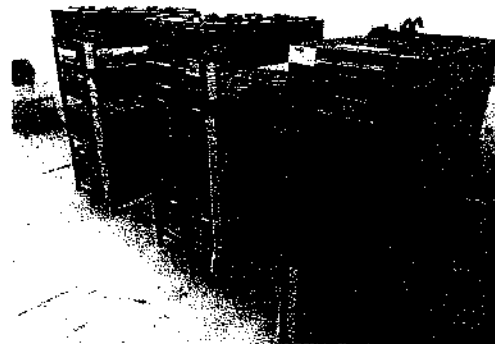
Urządzenia instalacji zasilania w energię elektryczną wydają się być utrzymane w bardzo dobrym stanie.

W trakcie audytu stwierdzono, że Szpital nie wykorzystuje możliwości jakie daje mu utrzymywanie infrastruktury SN/NN przy sprzedaży energii elektrycznej. Zgodnie z informacjami uzyskanymi od Działu Eksploatacyjno-Technicznego, Szpital refakturuje zużycie energii przez podmioty zewnętrzne stosując taryfy SN po których dokonuje zakupu energii.

Zdjęcie 2 Rozdzielnia NN



Zdjęcie 3 System podtrzymania napięcia UPS



Źródło: wykonanie własne.

Jako podmiot, który utrzymuje na swój koszt infrastrukturę techniczną przetworzenia energii zakupionej o średnim napięciu na energię o niskim napięciu oraz zespół elektryków dyżurnych, może energię odsprzedawać po wyższych taryfach odpowiadających energii o niskim napięciu. Takie podejście do sprzedaży energii pozwoli częściowo pokryć koszty utrzymania infrastruktury technicznej.

Systemy klimatyzacji

Szpital ma zainstalowaną baterię klimatyzatorów na potrzeby Bloku Operacyjnego, OAiIT oraz Sali cięć na Położnictwie. Dodatkowo W tym roku zainstalowano nowe centrale klimatyzacyjne podwieszane: jedna na potrzeby oddziału Położniczo-Ginekologicznego, druga Oddziału kardiologicznego (sali intensywnego nadzoru oraz pracowni angiografii). Urządzenia podwieszane zlokalizowane są nad wiszącymi sufitami w holu głównym. Urządzenia klimatyzacyjne są w bardzo dobrym stanie.



Zdjęcie 4 Centrale klimatu głównego systemu klimatyzacji



Źródło: wykonanie własne.

Pozostałe systemy energetyczne

Na potrzeby części medycznej Szpital posiada instalacje tlenową, próżni i sprężonego powietrza. Maszynownie sprężarek wraz z układem osuszania powietrza usytuowane są w budynku głównym. Oba systemy są zadbane i w dobrej kondycji technicznej.

Zdjęcie 5 System sprężonego powietrza



Źródło: wykonanie własne.



7.3. Stan środków trwałych, wyposażenie

Stan umorzenia, i co można przyjąć z pewnym przybliżeniem, stan zużycia środków trwałych będących do dyspozycji Szpitala został przedstawiony w poniższej tabeli. Zestawienie wykonano z podziałem na grupy środków trwałych w zależności od przeznaczenia.

Tabela 75 Stan środków trwałych na I półrocze 2019 roku

rodzaj	wartość brutto	umorzenie
Budynki i budowle	21 956 245	17%
Urządzenia infrastruktury technicznej	905 516	53%
Sprzęt, narzędzia i wyposażenie	15 076 056	49%
Systemy IT	2 005 233	93%
<i>w tym</i>		
<i>sprzęt komputerowy</i>	635 914	80%
<i>oprogramowanie</i>	1 369 318	100%
Razem	39 943 049	34%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Stan wyposażenia każdej jednostki najlepiej można ocenić na podstawie zestawienia umorzenia środków trwałych. Dla tego celu zestawiono dane dotyczące stanu umorzenia na półrocze 2019 roku kluczowych składników majątku dla poszczególnych komórek organizacyjnych. Zakładając, iż poziom zużycia księgowego odpowiada rzeczywistemu zużyciu środków trwałych, można dokonać oceny ich poziomu wyeksploatowania. Do oceny została zastosowana czterostopniowa skala, w zależności od stopnia zamortyzowania środków trwałych:

- 0% - 40% – bardzo niski poziom zużycia; sprzęt nowoczesny i bezawaryjny o niskich kosztach eksploatacji, w większości przypadków opierający się na najnowszej technologii;
- 41% - 70% – niski poziom zużycia; sprzęt o niskim stopniu awaryjności generujący niskie koszty eksploatacji;
- 71% - 85% – średni poziom zużycia; sprzęt o umiarkowanym stopniu awaryjności mogący generować wyższy poziom kosztów z tytułu serwisowania i eksploatacji;
- 86% - 100% – wysoki poziom zużycia; sprzęt w dużej mierze wyeksploatowany, charakteryzujący się rosnącym stopniem awaryjności i serwisowania oraz wysokimi kosztami eksploatacji.

Na podstawie tak określonych parametrów można stwierdzić, że generalnie majątek Szpitala Ogólnego w Grajewie jest wyeksploatowany w stopniu niskim. Jedynie systemy teleinformatyczne wykazują wysoki stopień zużycia co może wskazywać na ich zestarzenie technologiczne.

Najważniejszą dla bieżącej działalności grupą środków trwałych jest wyposażenie jednostek szpitalnych w sprzęt i aparaturę medyczną i technologiczną. Przeanalizowano stan tego wyposażenia wg jego przyporządkowania do poszczególnych procesów realizowanych w szpitalu.



Tabela 76 Stan umorzenia urządzeń, narzędzi i wyposażenia w poszczególnych jednostkach Szpitala

lokalizacja	wartość brutto	umorzenie
Oddział Dziecięcy	154 632	100%
Kuchnia Ogólna	22 065	100%
Pracownia RTG i USG	1 038 807	95%
Oddział Obserwacyjno - Zakaźny	269 480	92%
Oddział Psychiatryczny	40 822	92%
Apteka Szpitalna	41 674	86%
Pralnia	313 900	82%
Dział Utrzymania Czystości	19 414	81%
pracownie laboratoryjne	72 095	79%
Oddział Chirurgii Ogólnej	148 817	75%
Szpitalny Oddział Ratunkowy	1 978 824	74%
Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej	89 991	69%
Zakład Rehabilitacji Leczniczej	107 014	68%
Pracownia Endoskopii	545 049	66%
Pododdział Noworodkowy	244 693	63%
Stacja Dializ	59 804	58%
Oddział Położniczo - Ginekologiczny	317 992	57%
Blok Operacyjny	3 056 905	53%
OA i IT	1 322 496	52%
Sterylizatornia	401 853	48%
Dział Techniczno - Eksploatacyjny	69 661	48%
zespół poradni specjalistycznych	354 618	44%
Oddział Urazowo- Ortopedyczny	32 251	30%
Oddział Internistyczno - Kardiologiczny	1 026 772	16%
Pracownia zabiegowa angiografii	3 346 426	7%
Razem	15 076 056	49%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Z grupy jednostek o charakterze medycznym, największe zużycie wyposażenia, które można ocenić jako wysokie, wykazują oddziały Dziecięcy, Obserwacyjno-Zakaźny oraz Psychiatryczny. Z grupy pracowni diagnostycznych wysoki stopień zużycia urządzeń wykazuje Pracownia RTG. Należy oczekiwać, że z tych stron mogą pojawiać się sygnały o potrzebach związanych z wymianą sprzętu.

Pomimo że uśrednione umorzenie wskazuje na niski lub średni stan zużycia sprzętu i wyposażenia, to w niektórych grupach urządzeń obserwuje się jednak wysoki stopień jego wyeksploatowania. Taki przypadek występuje w na przykład w grupie sprzętu laboratoryjnego, gdzie wskaźnik średniego zużycia jest zaniżony poprzez zakup dwóch nowych urządzeń: mikroskopu i łaźni wodnej. Pozostałe urządzenia eksploatowane obecnie przez Laboratorium Analityczne i Mikrobiologiczne mają jednak już ponad dwadzieścia lat. Podobny przypadek występuje w Sterylizatorni, gdzie zakupiono nie dawno jeden nowy



sterylizator, natomiast pozostałe urządzenia są zamortyzowane już w 100%, najstarsze pracuje już od 36 lat.

Z pozostałych urządzeń, jak się wydaje, należy pochylić się nad aparatami do znieczulania, elektrokardiografami, pulsoksymetrami czy inkubatorami, które pracują już po dwadzieścia lat, a te ostatnie nawet po 25. Poniżej zestawiono sprzęt o większej wartości (powyżej 100 tys zł), który wykazuje bardzo wysoki stopień zużycia.

Tabela 77 Wykaz sprzętu o większej wartości i dużym stopniu zużycia

urządzenie	wartość brutto	umorzenie
Echokardiograf Sonas 1000	276 505	100%
Ultrasonograf Hitachi EUB-515A	214 021	100%
Laparoskop z pompą perestatyczną	146 874	100%
Sterylizator 446 ERCK	135 129	100%
Aparat do znieczulania Fabius	132 713	100%
Zestaw videoendoskopowy (Japonia)	120 230	100%
Aparat rtg wewnątrzustny HELIODENT	720 000	97%
System ucyfrowienia Konica Minolta	156 300	97%
System ucyfrowienia Konica Minolta	100 000	97%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Na podstawie przeprowadzonej analizy należy stwierdzić, że generalnie Szpital Ogólny w Grajewie posługuje się sprzętem i urządzeniami i niskim stopniu zużycia. Niemniej jednak istnieją potrzeby związane z odnawianiem stosowanych technologii medycznych, które wiążą się z koniecznością dokonywania sukcesywnej wymiany i uzupełniania sprzętu.

Największe jednak potrzeby mogą pojawiać się w zakresie infrastruktury informatycznej, zarówno po stronie potrzeb zakupowych sprzętu jak i stosowanych systemów i aplikacji. Stosowane oprogramowanie będzie miało szczególny wpływ na możliwość spełniania przez Szpital obowiązujących wymogów i standardów w zakresie e-dokumentacji i e-obslugi pacjentów.

7.4. Plany inwestycyjne i rozwojowe

Szpital Ogólny w Grajewie przedstawił program inwestycyjny obejmujący inwestycje o łącznej wartości przeszło 17 mln zł. Obejmuje on zakresy prac związane z wykonawstwem planowych sukcesywnych remontów pomieszczeń szpitalnych oraz z dostosowaniem standardów do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.



Tabela 78 Plan inwestycyjny na lata 2019 - 2023

Komórka	Koszt	Planowany termin wykonania	Źródła finansowania			
			Środki własne	Powiat	Dotacje	Kredyt BGK
Oddział Rehabilitacji	1 000 000	I-III kw. 2024r.	1 000 000			
Oddział Chirurgii Ogólnej	1 500 000	2021r				1 500 000.
Oddział Psychiatryczny	550 000	IV kw. 2023r.	550 000			
Poradnie specjalistyczne	400 000	I kw. 2023 r.	400 000			
Modernizacja ujęcia wody	3 680 000	I-IV kw. 2024 r.	3 680 000			
Prosektorium	120 000	I kw. 2022 r.	120 000			
Oddział Neurologiczny	1 100 000	III-IV kw. 2020r.				1 100 000
Modernizacja Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego (remont z doposażeniem)	3 048 583	2020 - 2021		1 563 618		1 482 965
Dokończenie programu termomodernizacji	2 024 158	III-IV kw. 2020			1 707 121	317 035
Oddział dziecięcy	1 200 000	2022 r.	1 200 000			
Sterylizacja	2 500 000	2024 r.	2 500 000			
Łącznie planowane nakłady	17 120 739		9 450 000	1 563 618	1 707 121	4 400 000

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego w Grajewie.

Z pozostałych ważnych inwestycji należy wymienić budowę alternatywnego (wymaganego przepisami prawa) zasilania w wodę pitną. Będzie to budowa nowego źródła wody z adaptacją i remontem własnej stacji uzdatniania. Do tego należy również pamiętać, iż w przyszłym roku przewidziana jest inwestycja w modernizację oddziału obserwacyjno - zakaźny. Wartość inwestycji bez dokumentacji technicznej szacowana jest na ok 3 mln zł brutto.

Analizując konstrukcję Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego wydaje się zasadne rozważenie koncepcji zmiany jego przeznaczenia. Biorąc pod uwagę intensywność wykorzystania budynków głównych Szpitala, przestrzeń zajmowana przez administrację i inne jednostki, możliwość wygospodarowania powierzchni pod Oddział Obserwacyjno-Zakaźny w głównym kompleksie szpitalnym wydaje się całkiem realna. Natomiast budynek ten można by było przeznaczyć dla administracji. Niezbędne na adaptację nakłady były by w tym przypadku dużo niższe.

Szpital przewiduje, że istotnym źródłem finansowania przedstawionych wyżej inwestycji będą dotacje przedmiotowe. Dodatkowo planuje się, że częściowy udział w nakładach inwestycyjnych będzie pochodzić z kredytu bankowego, wsparcia Starostwa Powiatowego oraz ze środków własnych.



Do opisanych powyżej inwestycji Szpital planuje także uzupełniające zakupy urządzeń i wyposażenia. Związane one są częściowo z wymianą zużytego sprzętu, częściowo z wymogami dostosowawczymi, a częściowo dla planowanych nowych kierunków działalności.

Tabela 79 Plan zakupów urządzeń i wyposażenia

Oddział	Nazwa sprzętu	Wartość brutto	Planowany termin realizacji
Pracownia Angiografii	Serwer do archiwizacji badań angiograficznych	10 000	I kw. 2020 r
	Program do odtwarzania plików DICOM	500	I kw. 2020 r
	Dodatkowy panel sterowniczy do strzykawkii wysokociśnieniowej	70 200	I kw. 2020 r
	Urządzenie do kompresji tkanki piersiowej	59 400	I kw. 2020 r
Oddział wewnętrzny	Ssak elektryczny	3 200	I kw. 2020 r
	Aparat EKG	12 284	I kw. 2020 r
	Defibrylator	8 000	I kw. 2020 r
	Wózek reanimacyjny	5 314	I kw. 2020 r
Oddział psychiatryczny	Łóżka szpitalne	45 000	I kw. 2021 r
	Szafki przyłóżkowe	8 400	I kw. 2021 r
OIT	Materac do aktywnej regulacji temperatury	102 000	II-III kw. 2020 r
	Monitor do bezpośredniego monitorowania ciśnienia wewnątrzczaszkowego	7 000	II-III kw. 2020 r
	Prowadnica światłowodowa do intubacji	12 000	II-III kw. 2020 r
	Kardiomonitor	19 360	II-III kw. 2020 r
	Aparat USG anestezyjologiczny	80 000	II-III kw. 2020 r
	Pompa do żywienia pacjentów dojelitowa	8 695	II-III kw. 2020 r
	Urządzenie do ogrzewania pacjenta	20 412	I kw. 2021 r
	Pompy infuzyjne strzykawkowe	20 866	I kw. 2021 r
	Prowadnica światłowodowa do intubacji	12 000	I kw. 2021 r
	Blok operacyjny	Dermatom	85 906
Aparat elektrochirurgiczny z oprzyrządowaniem		7 000	I kw. 2021 r
Lampa do fototerapii		4 000	III-IV kw. 2020 r
Pulsoksymetry		1 026	III-IV kw. 2020 r
Iluminator naczyniowy		20 000	III-IV kw. 2020 r
Lampa bilirubinowa łódeczkowa		8 000	III-IV kw. 2020 r
Rower poziomy magnetyczny		1 298	I kw. 2022 r
Poziomy rower treningowy rehabilitacyjny		699	I kw. 2022 r
Łóżko szpitalne z materacem		31 208	I kw. 2022 r
Szafka przyłóżkowa		5 600	I kw. 2022 r
Oddział Rehabilitacji	Krzesełko biurowe ISO	600	I kw. 2022 r
	Wózek inwalidzki	1 200	I kw. 2022 r
	Wózek do przewożenia chorych	10 000	IV kw. 2019 r
	Wózek reanimacyjny	4 700	IV kw. 2019 r
	Wózek zabiegowy 3-półkowy	6 000	IV kw. 2019 r
	Ssak elektryczny jezdny	7 278	IV kw. 2019 r
	Szafy medyczne	6 000	IV kw. 2019 r
	Sterylizator 4-jednostkowy	200 000	II kw. 2020 r
	Metkownica alfanumeryczna	1 200	2023 r.
	Sterylizatornia	Młynia przelotowa 10-cio tacowa, cztery wózki wsadowe	200 000
Wózek transportowy		6 000	2023 r.
Inkubator do szybkiego odczytu testów biologicznych		10 000	2023 r.
Oddział Urazowo – Ortopedyczny	Łóżka ortopedyczne	72 000	IV kw. 2020 r
	Kardiomonitor	20 909	IV kw. 2020 r



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

Oddział	Nazwa sprzętu	Wartość brutto	Planowany termin realizacji
	Szyna brauna	360	IV kw. 2020r
	Ssak elektryczny	13 662	IV kw. 2020r
	Zestawy komputerowe	6 000	IV kw. 2020r
	Lampa szczelnowa	20 000	I kw. 2021 r
Poradnia okulistyczna	Tonometr bezdotykowy z pachymetrem	42 000	I kw. 2021 r
	Pozostały drobny sprzęt medyczny i wyposażenie	35 000	I kw. 2021 r
	Gastroskop	75 000	II kw. 2020 r
Pracownia endoskopii	Kolonoskop	85 000	II kw. 2020 r
	Procesor	75 000	II kw. 2020 r
Pracownia USG	Aparat USG	260 000	2023 r.
	Pompa infuzyjna ze stojakiem	10 935	2024 r.
	łóżka dla pacjentek	40 445	II kw. 2020 r
	szafki przyłóżkowe	6 720	2024 r.
	stelaż do kroplówek	1 250	2024 r.
Oddział Ginekologiczny	stołek zabiegowy	4 000	2024 r.
	Wózek do przewożenia chorych	5 000	2024 r.
	iluminator naczyniowy	28 500	2024 r.
	narzędzia chirurgiczne	15 000	II kw. 2020 r
Oddział Neurologiczny	Wyposażenie sal łóżkowych	170 000	II kw. 2020
Razem plan zakupów		2 109 125	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego w Grajewie.

Przedstawiony plan potrzeb sprzętowych wynika z szerokiego spojrzenia na bieżące potrzeby poszczególnych komórek organizacyjnych. Wartość planowanych zakupów wynosi około 2,1 mln zł.

Biorąc pod uwagę roczne przepływy finansowe oraz konieczność spłaty zastanych zobowiązań i kredytów należy stwierdzić iż szpital przyjął na siebie bardzo ambitny plan inwestycyjny. Wydaje się, iż bez konkretnego wsparcia właściciela szanse jego realizacji należy ocenić jako niskie.



8. Analiza finansowa

8.1. Analiza bilansu

W poniższej tabeli przedstawiono skrócony bilans Szpitala Ogólnego w Grajewie.

Tabela 80 Skrócony bilans Szpitala Ogólnego w Grajewie

Aktywa	2016	2017	2018	2019 I - VI
Aktywa trwałe	20 531 648	21 179 746	25 499 957	30 183 546
WNiP	764 985	447 652	151 066	2 774
Rzeczowe aktywa trwałe	19 668 152	20 676 977	25 337 757	30 169 638
Należności długoterminowe	0	0	0	0
Inwestycje długoterminowe	0	0	0	0
Długoterminowe rozliczenia	98 511	55 117	11 134	11 134
Aktywa obrotowe	4 989 069	4 612 480	5 141 427	6 821 445
Zapasy	355 743	380 144	399 246	331 414
Należności krótkoterminowe	4 352 575	3 956 164	4 153 634	5 700 336
Inwestycje krótkoterminowe	173 948	174 199	479 412	510 845
Krótkoterminowe rozliczenia	106 803	101 974	109 135	278 850
Aktywa razem	25 520 717	25 792 226	30 641 385	37 004 991
Pasywa Razem	2016	2017	2018	2019 I - VI
Kapitał (fundusz) własny	-657 646	-1 147 940	-4 535 421	-6 533 082
Kapitał (fundusz) podstawowy	12 857 441	12 857 441	12 857 441	14 900 634
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-14 579 298	-13 521 570	-13 992 099	-17 392 863
Zysk i strata netto	1 064 211	-483 811	-3 400 764	-4 040 854
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	26 178 363	26 940 166	35 176 806	43 538 073
Rezerwy na zobowiązania	0	0	0	0
Zobowiązania długoterminowe	6 633 395	6 088 723	14 255 363	10 855 243
Zobowiązania krótkoterminowe	10 121 034	11 668 039	8 360 148	20 262 233
Rozliczenia międzyokresowe	9 423 934	9 183 404	12 561 294	12 420 597
Pasywa Razem	25 520 717	25 792 226	30 641 385	37 004 991

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Poniżej przedstawiono kluczowe elementy bilansu.

Rzeczowe aktywa trwałe

Tabela 81 Rzeczowe aktywa trwałe

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Rzeczowe aktywa trwałe	19,67	20,68	25,34	30,17
Środki trwałe	19,01	20,39	23,65	27,37
grunty	0,89	0,89	0,89	0,89
budynki, lokale i obiekty	13,20	14,78	15,33	18,19



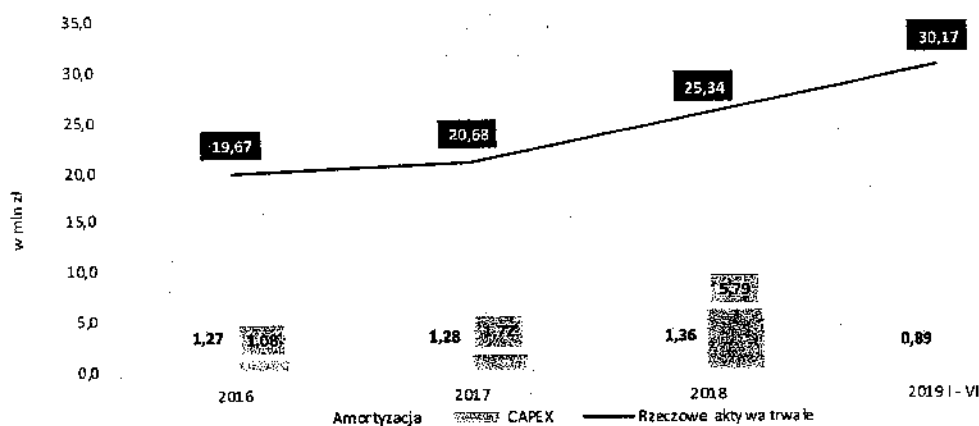
K

**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

urządzenia techniczne i maszyny	0,92	0,86	0,72	0,65
środki transportu	0,03	0,03	0,02	0,02
inne środki trwałe	3,96	3,84	6,69	7,62
Środki trwałe w budowie	0,66	0,28	1,68	2,80
Zaliczki na środki trwałe w budowie	0,00	0,00	0,00	0,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

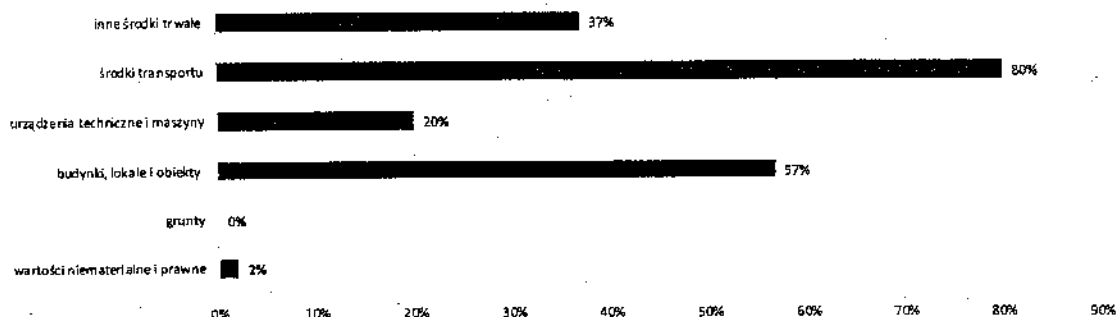
Wykres 35 Dynamika rzeczowych aktywów trwałych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wartość rzeczowych aktywów trwałych Jednostki, w analizowanym okresie wzrosła, ze względu na przeprowadzone inwestycje w 2018 roku (inwestycja dotyczyła m.in. przebudowy Oddziału Internistyczno – Kardiologicznego, termomodernizację, budowę Oddziału Obserwacyjno – Zakaźnego oraz zakup aparatury medycznej). Głównym składnikiem przedmiotowej pozycji były budynki i budowle, co jest sytuacją typową w Jednostkach tego typu.

Wykres 36 Stopień umorzenia majątku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Średnie umorzenie majątku Szpitala na koniec maja 2019 roku, wynosiło około 50%. Odnosząc się do wartości benchmarkowych jest to sytuacja znajdująca odzwierciedlenie w realiach funkcjonowania Szpitali w Polsce. Do środków trwałych w budowie na koniec czerwca 2019 roku, sklasyfikowano nakłady na budowę lądowiska dla śmigłowców oraz pozostałe, drobne prace remontowe.

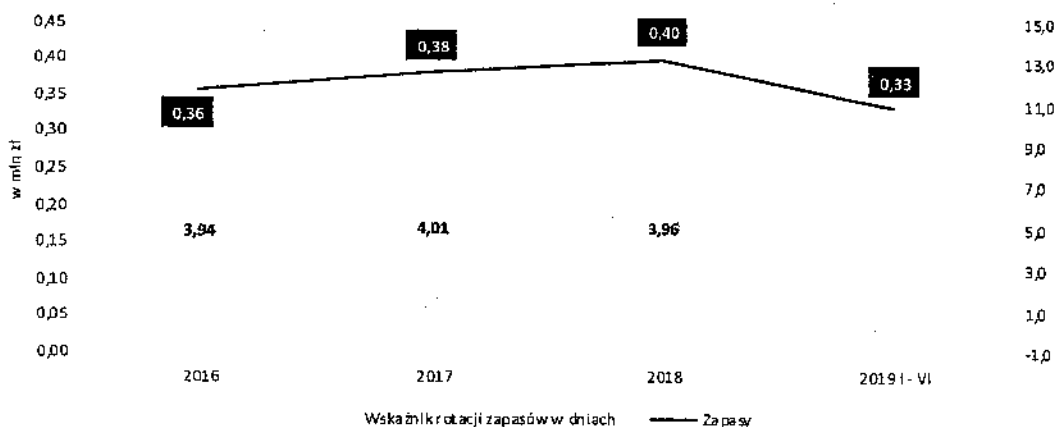
Zapasy

Tabela 82 Zapasy

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Zapasy	0,36	0,38	0,40	0,33
Materiały	0,36	0,38	0,40	0,33
Półprodukty i produkty w toku	0,00	0,00	0,00	0,00
Produkty gotowe	0,00	0,00	0,00	0,00
Towary	0,00	0,00	0,00	0,00
Zaliczki na dostawy	0,00	0,00	0,00	0,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wykres 37 Dynamika zapasów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Podstawowym aktywem obrotowym, poza środkami finansowymi na koncie, są zapasy materiałów medycznych. Wysoki stan zapasów daje poczucie bezpieczeństwa kierownictwu placówki, jednak z punktu widzenia ekonomicznego jest zazwyczaj niekorzystny. Są to środki zamrożone, które zazwyczaj ograniczają zdolność do regulowania bieżących zobowiązań. Kapitał taki w tym czasie nie generuje przychodów (nie jest oprocentowany), a często wręcz generuje koszty (pochodzi z zobowiązań placówki), w tym koszty magazynowania. Ewentualnym uzasadnieniem zwiększonych zapasów może być ekonomia skali związana z zakupami (im większy zakup, tym niższa cena). Powołując się na informację pozyskane od kierownictwa Jednostki, wzrost wartości utrzymywanych zapasów w czasie wynikał głównie z wzrostu zakupywanych materiałów oraz wzrostem cen na rynku Wskaźnik rotacji zapasów



(po wyłączeniu programów lekowych) utrzymywał się na stałym poziomie około 4 dni. Co do zasady, przyjmuje się, że w Jednostkach tego typu jest to wartość pożądana.

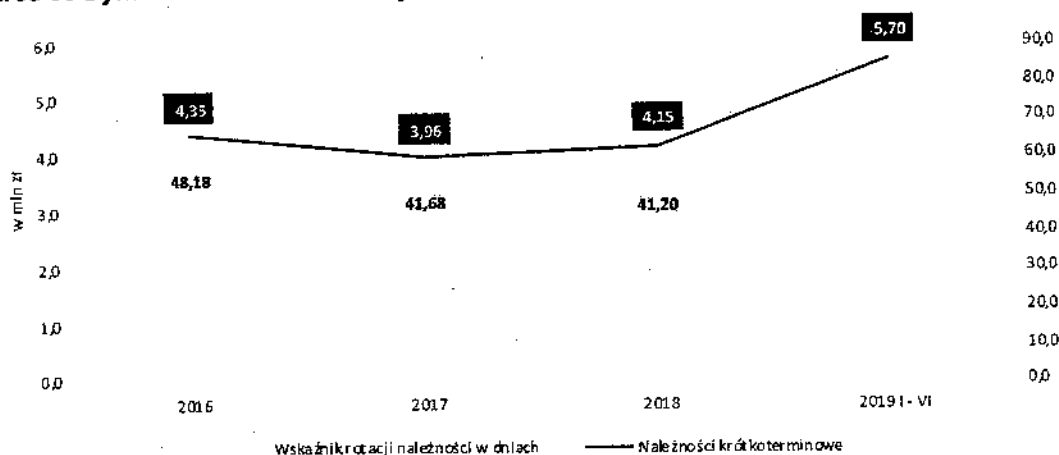
Należności krótkoterminowe

Tabela 83 Należności krótkoterminowe

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Należności krótkoterminowe	4,35	3,96	4,15	5,70
Należności od pozostałych jednostek	4,35	3,96	4,15	5,70
z tytułu dostaw i usług	3,88	3,47	3,69	3,16
z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń	0,01	0,02	0,01	0,00
inne	0,46	0,46	0,46	2,54
dochodzone na drodze sądowej	0,00	0,00	0,00	0,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wykres 38 Dynamika wskaźnika rotacji należności w dniach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Na wartość należności składały się głównie należności z tytułu dostaw i usług, które z kolei przy działalności opartej na realizacji świadczeń w ramach kontraktów z NFZ składają się w większości na rozliczenia z odpowiednim oddziałem NFZ. Należy również przytoczyć malejącą w czasie wartość wskaźnika rotacji należności, który z 48 dni w 2016 roku obniżył się do 41 dni. Co do zasady jest to zjawisko korzystne dla szpitala, gdyż może świadczyć o poprawie warunków płatności realizowanych przez płatnika. W przypadku analizowanej Jednostki, wartość należności na przestrzeni 3 lat uległa zmniejszeniu o około 0,2 mln zł. Związane jest to z przyspieszeniem przez NFZ trybu negocjacji końcowego kontraktu w zakresie tzw. nad limitów. W skład pozycji należności inne stan na (30 czerwca 2019) wchodziły należności od Powiatu Grajewskiego na pokrycie straty oraz odpisy na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych.



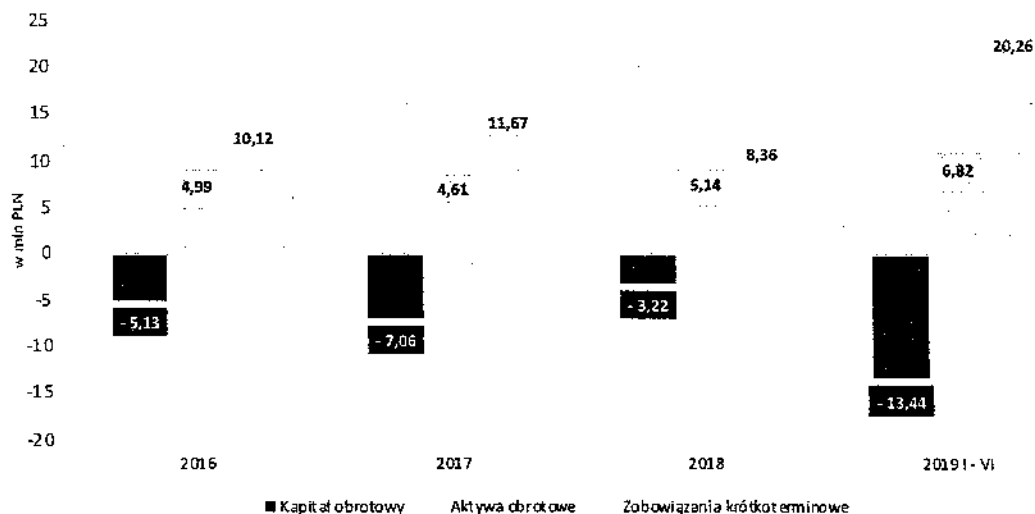
Kapitał pracujący

Tabela 84 Kapitał pracujący

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Kapitał obrotowy	-5,13	-7,06	-3,22	-13,44
Aktywa obrotowe	4,99	4,61	5,14	6,82
Zobowiązania krótkoterminowe	10,12	11,67	8,36	20,26

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wykres 39 Kapitał pracujący



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Przez cały analizowany okres, Szpital odnotowywała ujemne wartości kapitału obrotowego. Co do zasady, przyjmuje się, że nie jest to sytuacja korzystna dla jednostki, ponieważ sugeruje występowanie ryzyka utraty płynności finansowej. Należy mieć też na uwadze, fakt, iż majątek obrotowy Szpitala w postaci zapasów oraz należności, z reguły nie charakteryzuje się wysoką płynnością, w związku z czym, Jednostka prawdopodobnie wydłuża proces zapłaty za zobowiązania, aby finansować bieżącą działalność, czego następstwem jest występowanie zobowiązań przeterminowanych.

Kapitał własny

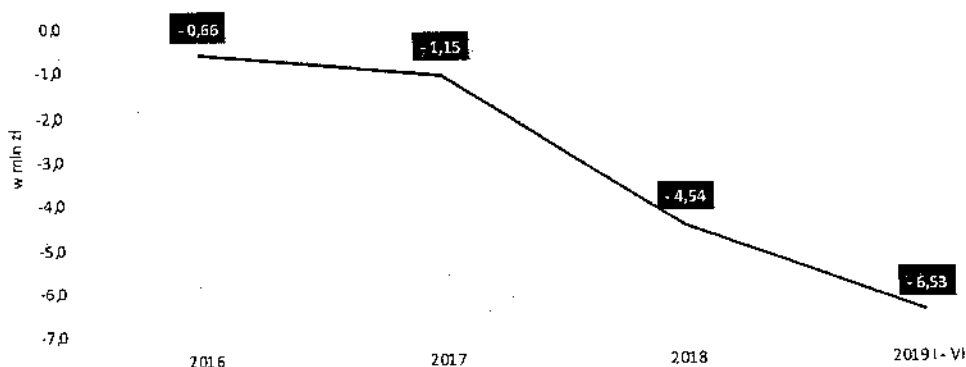
Tabela 85 Kapitał własny

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Kapitał (fundusz) własny	-0,66	-1,15	-4,54	-6,53
Kapitał (fundusz) podstawowy	12,86	12,86	12,86	14,90
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-14,58	-13,52	-13,99	-17,39
Zysk i strata netto	1,06	-0,48	-3,40	-4,04

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Wykres 40 Dynamika kapitału własnego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wartość kapitału własnego z roku na rok obniżała się, na skutek odnotowywania straty na wyniku netto. Należy mieć na uwadze, że malejąca, ujemna wartość kapitału własnego, w perspektywie długoterminowej, może stanowić sytuację zagrożenia kontynuacji działalności dla Jednostki.

Zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe

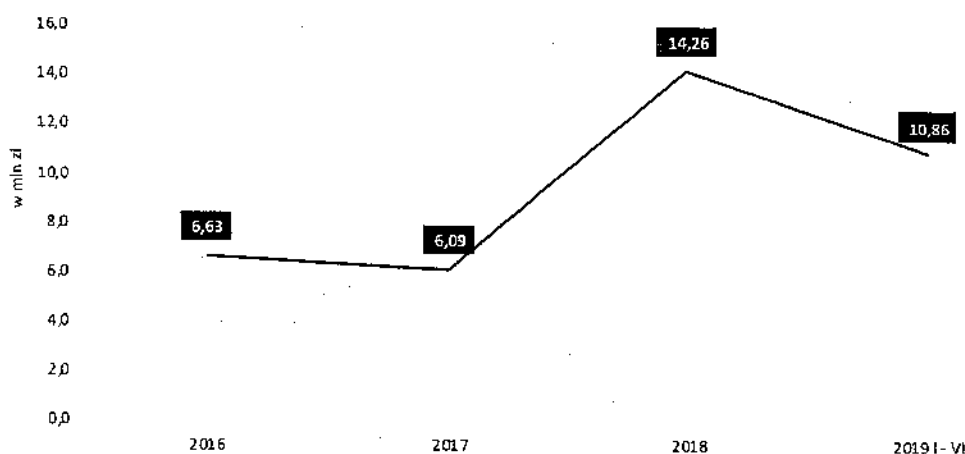
Tabela 86 Zobowiązania długoterminowe

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Zobowiązania długoterminowe	6,63	6,09	14,26	10,86
Wobec pozostałych jednostek	6,63	6,09	14,26	10,86
kredyty i pożyczki	6,63	6,09	14,26	10,86
z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0,00	0,00	0,00	0,00
inne zobowiązania finansowe	0,00	0,00	0,00	0,00
inne	0,00	0,00	0,00	0,00
pozostałe	0,00	0,00	0,00	0,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Wykres 41 Dynamika zobowiązań długoterminowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wartość przedmiotowej pozycji w latach 2016 – 2018, determinowana była wartością zaciąganych kredytów i pożyczek. Na dzień 30.06.2019r. Szpital Ogólny im. dr Witolda Gineła w Grajewie obciążony jest zobowiązaniami z tytułu zaciągniętych kredytów i pożyczek na łączną kwotę 19,6 mln zł w tym:

- 1) 5,8 mln zł. z tytułu kredytu zaciągniętego w NORDEA Bank Polska SA w Gdyni (obecnie PKO BP S. A.), wg Umowy Kredytowej Nr BKO-PLN-CBKGD-07-000019 o udzielenie długoterminowego kredytu złotowego zawartej w dniu 26.07.2007r., zmienionej Aneksem nr 1 zawartym w dniu 11.02.2008r., Aneksem nr 2 zawartym w dniu 01.07.2008r. i Aneksem nr 3 zawartym w dniu 08.12.2008r.,
- 2) 7,3 mln zł. z tytułu pożyczki odnawialnej z limitem do maksymalnej kwoty 8,1. zaciągniętej w BFF Polska S. A. w Łodzi (poprzednio Magellan S. A.), wg Umowy pożyczki Nr 211000085170515 zawartej w dniu 20.11.2015r., zmienionej Aneksem Nr 1 z dnia 11.08.2016 r., Aneksem Nr 2 z dnia 30.06.2017 r., Aneksem Nr 3 z dnia 26.03.2018 r. i Aneksem Nr 4 z dnia 12.04.2018 r.
- 3) 5,5 mln zł. z tytułu pożyczki odnawialnej z limitem do maksymalnej kwoty 5,6 mln zł. zaciągniętej w BFF Polska S. A. w Łodzi, wg Umowy pożyczki Nr 211000850531118 zawartej w dniu 23.11.2018 r.
- 4) 1 mln zł. z tytułu pożyczki krótkoterminowej zaciągniętej w organie założycielskim - Powiecie Grajewskim, wg Umowy z 02.01.2019 r.

Tabela 87 Zobowiązania krótkoterminowe

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Zobowiązania krótkoterminowe	13,20	16,98	12,31	27,40
kredyty i pożyczki	1,81	2,53	0,46	8,74
z tytułu emisji papierów wartościowych	0,00	2,02	2,18	3,62
inne zobowiązania finansowe	3,08	3,29	1,77	3,52
zobowiązanie rezonans krótkoterminowe	0,00	0,00	0,00	0,00
z tytułu dostaw i usług	4,63	5,32	3,95	7,14

173



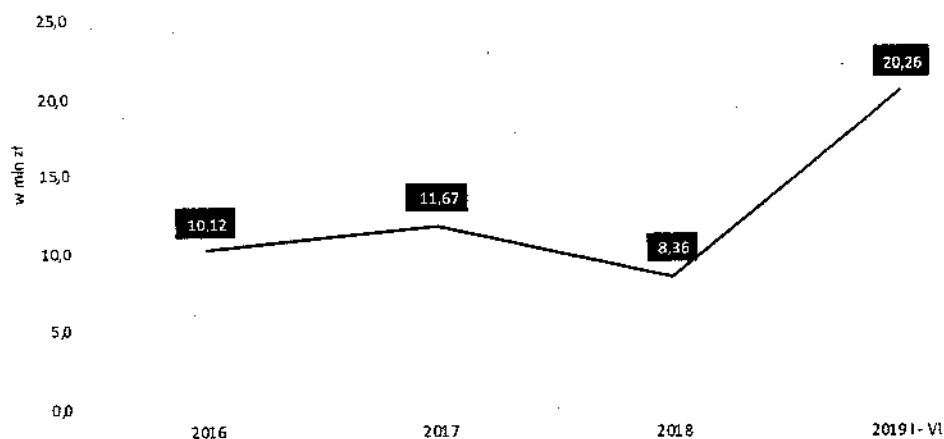
PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

zaliczki na otrzymane dostawy	0,00	0,00	0,00	0,00
zobowiązania wekslowe	0,00	0,00	0,00	0,00
z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń	1,11	1,18	1,45	1,54
z tytułu wynagrodzeń	0,89	1,09	1,30	1,30
inne	0,37	0,22	0,27	0,25
Fundusze specjalne	1,31	1,34	0,93	1,29

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wartość zobowiązań krótkoterminowych utrzymywała się na względnie stałym poziomie. Główną składową, determinującą wartość przedmiotowej pozycji były zobowiązania handlowe. Jednostka przez cały okres przedmiotowej analizy utrzymywała zobowiązania przeterminowane na poziomie oscylującym w granicach 4 mln PLN. Pozostałe pozycje kształtowały się na racjonalnym poziomie w odniesieniu do skali prowadzonej działalności. Kredyty oraz leasingi zostały omówione w podpunkcie: **zobowiązania długoterminowe**.

Wykres 42 Dynamika zobowiązań długoterminowych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Rozliczenia międzyokresowe

Tabela 88 Rozliczenia międzyokresowe

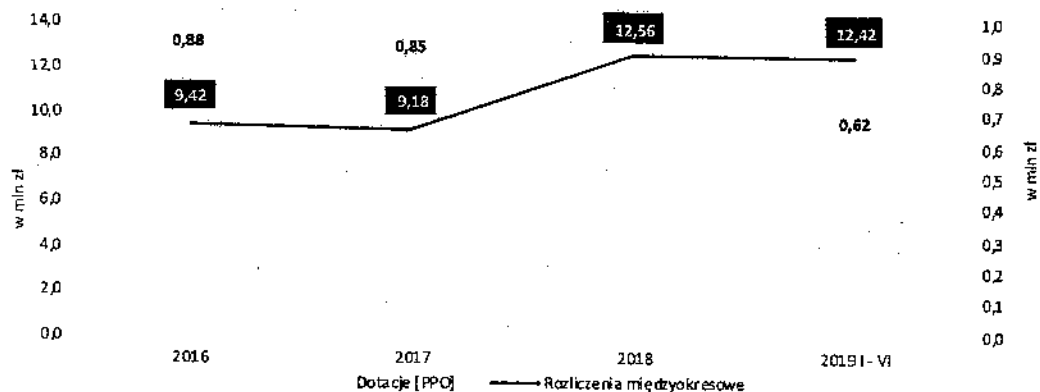
Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Rozliczenia międzyokresowe	9,42	9,18	12,56	12,42
Ujemna wartość firmy	0,00	0,00	0,00	0,00
Inne rozliczenia międzyokresowe	9,42	9,18	12,56	12,42
długoterminowa	8,56	8,34	11,55	11,50
krótkoterminowa	0,86	0,85	1,01	0,92

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Wysoka wartość rozliczeń międzyokresowych przychodów na koniec analizowanych okresów, ukazuje aktywność oraz zdolności Jednostki do pozyskiwania zewnętrznego, taniego kapitału, w formie różnego rodzaju dotacji, w celu finansowania działalności inwestycyjnej, m.in. i budowlano- modernizacyjnej czy wyposażeniowej. Środki ujmowane w owej pozycji nie są faktycznym zobowiązaniem, które Jednostka okresowo spłaca. Powstające odpisy amortyzacyjne od nowopowstałych bądź zmodernizowanych środków trwałych są równoważone odpisami biernych rozliczeń międzyokresowych, na pozostałe przychody operacyjne. Zastosowanie takiego zapisu, pozwala traktować przedmiotową pozycję jako faktyczne zwiększenie kapitałów własnych.

Wykres 43 Dynamika rozliczeń międzyokresowych przychodów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Pozycje te stanowią otrzymane dotacje głównie na zakup aparatury medycznej, sprzętu oraz modernizację budynków. Największa część dotacji pochodzi Urzędu Powiatowego oraz Ministerstwa Zdrowia.

Podsumowując – suma bilansowa w badanym okresie wzrosła z kwoty 25 mln zł do 30 mln zł. Przedmiotowy stan rzeczy wynikał z – po stronie aktywów dokonywania regularnych wydatków inwestycyjnych na majątek trwały, natomiast po stronie pasywów, z posiłkowania się zobowiązaniami dłużnymi w postaci kredytów obrotowych oraz rosnącej wartości rozliczeń międzyokresowych przychodów.

Szpital posiadał zadłużenie przeterminowane w wysokości około 2 mln zł. Należy zwrócić uwagę, że w 2018 roku, Jednostka poniosła dodatkowe koszty z tytułu obsługi przedmiotowego zadłużenia w wysokości 0,5 mln zł.



8.2. Analiza rachunku zysków i strat

W poniższej tabeli przedstawiono rachunek zysków i strat Szpitala Ogólnego.

Tabela 89 Rachunek zysków i strat Szpitala Ogólnego w Grajewie

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Przychody ze sprzedaży	32 977 000	34 643 665	36 796 215	19 098 562
Przychody netto ze sprzedaży produktów	32 977 000	34 643 665	36 796 215	19 098 562
Zmiana stanu produktów	0	0	0	0
Koszt wytworzenia produktów	0	0	0	0
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	0	0	0	0
Koszty działalności operacyjnej	32 319 061	35 587 079	40 100 062	23 330 793
Amortyzacja	1 266 698	1 282 160	1 357 570	887 435
Zużycie materiałów i energii	4 604 394	5 021 569	5 455 086	3 048 962
Usługi obce	8 297 414	9 762 499	11 503 879	6 904 656
Podatki i opłaty	138 407	137 553	137 983	69 124
Wynagrodzenia	14 589 403	15 778 741	17 677 249	10 208 251
Ubezpieczenia	3 154 033	3 364 479	3 722 161	2 099 079
Pozostałe koszty rodzajowe	268 712	240 078	246 134	113 285
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0	0	0	0
Zysk (strata) ze sprzedaży	657 939	-943 414	-3 303 847	-4 232 231
PPO	936 609	957 411	1 064 185	683 664
Dotacje	875 827	854 547	925 537	616 395
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	47 928	90 229	138 648	59 967
PKO	53 239	20 716	37 271	39 168
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	5 983	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	53 239	20 716	31 288	39 168
Zysk strata z działalności operacyjnej	1 541 309	-6 718	-2 276 933	-3 587 735
Przychody finansowe	14 856	30 211	31 550	14 979
Dywidendy udziały w zyskach	0	0	0	0
Odsetki	14 856	15 613	19 287	9 579
Inne	0	14 598	12 263	5 400
Koszty finansowe	483 328	507 304	1 155 380	463 784
Odsetki	456 195	469 344	1 019 910	450 540
Aktualizacja wartości	0	0	0	0
Inne	27 133	37 961	135 470	13 243
Zysk strata brutto	1 072 838	-483 811	-3 400 764	-4 036 540
Podatek dochodowy	8 627	0	0	4 314
Zysk (strata) netto	1 064 211	-483 811	-3 400 764	-4 040 854

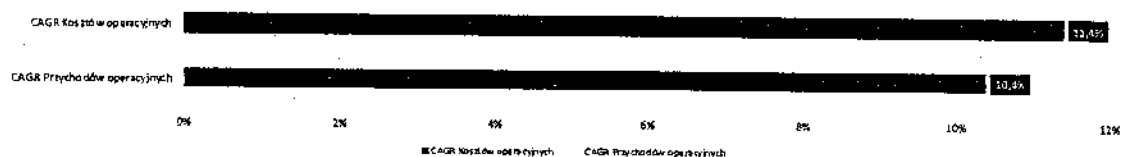
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Syntetyczna analiza rachunku zysków i strat

W badanym okresie wartość kosztów operacyjnych wykazywała umiarkowanie wyższą tendencję wzrostową niż wartość przychodów. Koszty operacyjne w badanym okresie rosły średnio o 10,4%, natomiast wartość przychodów ze sprzedaży o 11,4%¹⁹.

Wykres 44 Przychody ze sprzedaży vs. Koszty Operacyjne

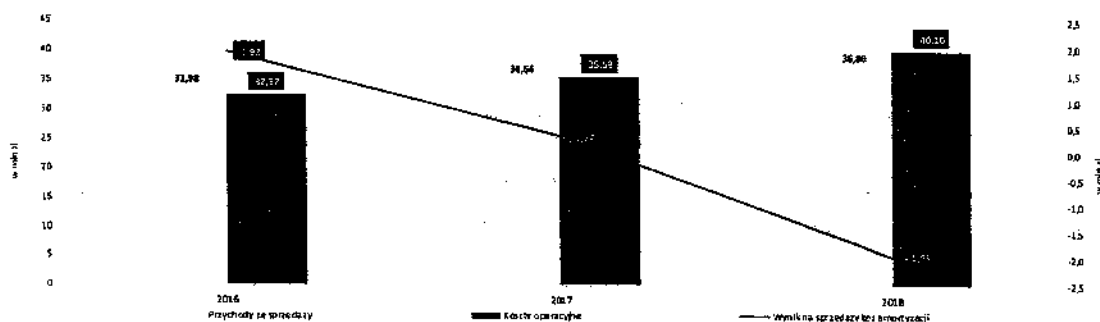


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Szpital w latach 2016 – 2017, odnotowywał ujemne wartości wyniku na sprzedaży, odpowiednio -0,38 mln zł i -1,09 mln zł.

Rok 2018 przyniósł poprawę standingu finansowego Jednostki w stosunku do lat ubiegłych. Wynik na sprzedaży w 2018 roku przyjął wartości dodatnie, kształtując się na poziomie 0,03 mln zł (odliczając koszty amortyzacji 2,41 mln zł).

Wykres 45 Przychody ze sprzedaży vs. Koszty Operacyjne



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Analiza przychodów i ich struktury

W poniższych tabelach przedstawiono przychodowe pozycje rachunku zysków i strat Szpitala w Grajewie.

¹⁹ Wykorzystano, skumulowany wskaźnik wzrostu CAGR



Przychody ze sprzedaży

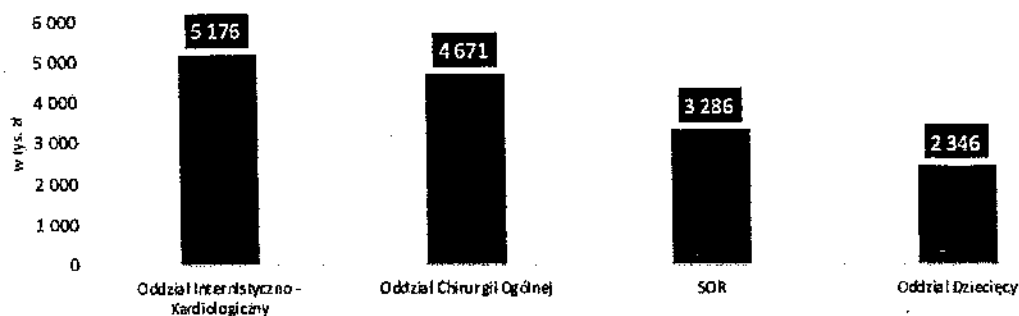
Tabela 90 Struktura przychodów ze sprzedaży

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Przychody ze sprzedaży	32,98	34,64	36,80	19,10
Przychody netto ze sprzedaży produktów	32,98	34,64	36,80	19,10
NFZ	30,67	32,16	33,72	15,88
Komercja	1,11	1,15	1,21	0,55
Pozostałe niemedyczna	0,33	0,44	0,43	0,24
Podwyżki	0,87	0,89	1,44	2,43
Zmiana stanu produktów	0,00	0,00	0,00	0,00
Koszt wytworzenia produktów	0,00	0,00	0,00	0,00
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	0,00	0,00	0,00	0,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wartość przychodów ze sprzedaży z roku na rok osiągała coraz wyższe wartości. W 2018 roku największą część przychodów Jednostka generowała dzięki Oddziałowi Internistyczno-Kardiologicznemu oraz Oddziałowi Chirurgii Ogólnej. Na poniższym wykresie, przedstawiono Oddziały generujące najwyższą wartość przychodów w 2018 roku.

Wykres 46 Przychody generowane przez kluczowe oddziały w 2018 roku



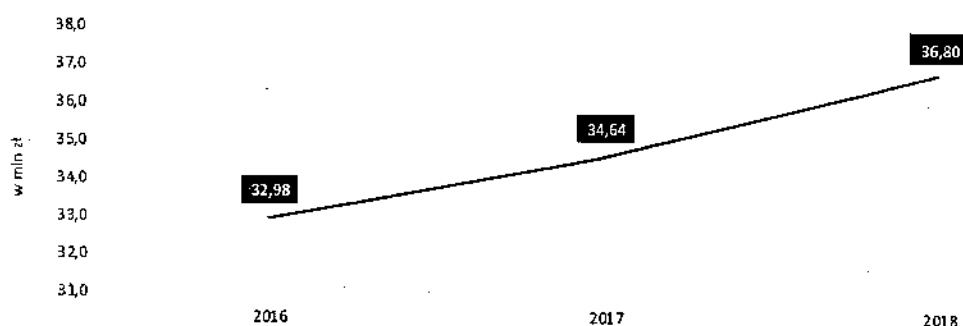
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Dynamika przychodów z NFZ w badanym okresie przyjęła stałą wartość na poziomie około 5%. Generalnie największy wzrost przychodów odnosił się do Oddziału Położniczo-Ginekologicznego oraz do Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego. Wartość przychodów z działalności „komercyjnej” utrzymała się w 2018 roku na zbliżonym poziomie do lat poprzednich. Dynamika przychodów ze sprzedaży została przedstawiona na poniższym wykresie.



R

Wykres 47 Dynamika przychodów ze sprzedaży



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Pozostałe przychody operacyjne

Tabela 91 Struktura pozostałych przychodów operacyjnych

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Pozostałe przychody operacyjne	0,94	0,96	1,06	0,68
Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0,01	0,01	0,00	0,01
Dotacje	0,88	0,85	0,93	0,62
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0,00	0,00	0,00	0,00
Inne przychody operacyjne	0,05	0,09	0,14	0,06

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wartość przedmiotowej utrzymywała się na względnie stałym poziomie utrzymując się na poziomie około 1 mln zł. W 2018 roku główną składową pozostałych przychodów operacyjnych były przychody uzyskiwane z tytułu otrzymanych darów oraz dotacji.

Przychody finansowe

Tabela 92 Struktura przychodów finansowych

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Przychody finansowe	0,01	0,03	0,03	0,01
Dywidendy udziały w zyskach	0,00	0,00	0,00	0,00
Odsetki	0,01	0,02	0,02	0,01
Inne	0,00	0,01	0,01	0,01

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Jednostka w analizowanym okresie utrzymywała wartość pozycji na poziomie około 0,02 mln zł. Wartość pozycji determinowana była otrzymywanymi odsetkami od kontrahentów oraz odsetkami wynikającymi z lokowania środków pieniężnych na rachunkach bankowych.



Analiza kosztów i ich struktury

W poniższych tabelach przedstawiono kosztowe pozycje rachunku zysków i strat Szpitala w Grajewie.

Koszty operacyjne

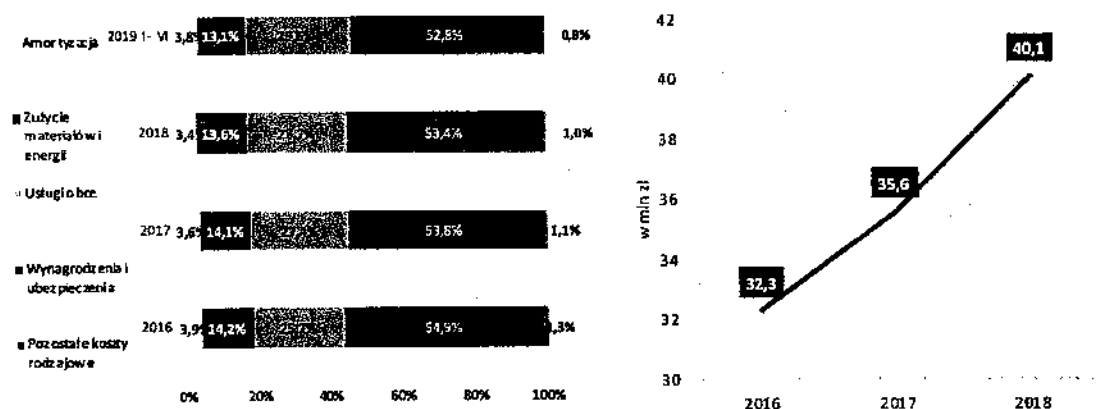
Tabela 93 Struktura kosztów operacyjnych

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I-VI
Koszty działalności operacyjnej:	32,32	35,59	40,10	23,33
Amortyzacja	1,27	1,28	1,36	0,89
Zużycie materiałów i energii	4,60	5,02	5,46	3,05
Usługi obce	8,30	9,76	11,50	6,90
Podatki i opłaty	0,14	0,14	0,14	0,07
Wynagrodzenia	14,59	15,78	17,68	10,21
Ubezpieczenia	3,15	3,36	3,72	2,10
Pozostałe koszty rodzajowe	0,27	0,24	0,25	0,11
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0,00	0,00	0,00	0,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wartość przedmiotowej pozycji wzrosła na przestrzeni analizowanego okresu o około 7,5 mln zł. Największy wzrost odnotowano w pozycji wynagrodzeń (około 3 mln zł) oraz usług obcych (około 3 mln zł) co jest pochodną licznych zawirowań płacowych odnoszących się do całego systemu służby zdrowia w Polsce jak i przedmiotowej Jednostki. Szczegółowa analiza pozycji kosztów operacyjnych została przeprowadzona poniżej.

Wykres 48 Struktura i dynamika kosztów operacyjnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Zużycie materiałów i energii. Wartość przedmiotowej pozycji wzrosła na przestrzeni analizowanego okresu o około 1 mln zł. Na przedmiotowy wzrost, główny wpływ miały wzrosty kosztów zużycia materiałów medycznych, co generalnie wynikało ze zwiększonej skali działalności Jednostki. W poniższej tabeli przedstawiono kluczowe pozycje zużycia materiałów i energii.

Tabela 94 Kluczowe pozycje zużycia materiałów i energii

Zużycie materiałów i energii - Kluczowe pozycje	2016	2017	2018
Leki (antybiotyki, cytostatyki itd.)	27%	27%	27%
Sprzęt medyczny jednorazowego użytku	14%	16%	16%
Odczynniki	13%	14%	15%
Pozostałe	45%	42%	42%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Główną grupą kosztów zużycia materiałów i energii były koszty leków (około 27%) koszty sprzętu medycznego jednorazowego użytku (około 15%) oraz koszty odczynników medycznych (około 14%). Analiza pozycji kosztów zużycia materiałów i energii, nie wykazała znacznych odchyłań poszczególnych pozycji kosztowych od norm.

Usługi obce. Wartość usług obcych na przestrzeni analizowanego okresu wzrosła o około 3 mln zł. Głównym czynnikiem wpływającym na wzrost przedmiotowej pozycji były wzrosty związane z wynagrodzeniem kontraktowym. Analiza dynamiki poszczególnych pozycji outsourcingowych nie wykazała nieracjonalnych wzrostów wartości ponoszonych kosztów. Niewielkie wzrosty należy przypisać zmianom makroekonomicznym w kraju, tj. wzrost wynagrodzenia minimalnego, ogólny wzrost wynagrodzeń, poprawa koniunktury. W poniższej tabeli przedstawiono kluczowe pozycje usług obcych.

Tabela 95 Kluczowe pozycje usług obcych

Usługi Obce - Kluczowe pozycje	2016	2017	2018
Usługi medyczne obce - kontrakty lekarskie	44%	41%	45%
Usługi medyczne obce - kontrakty pielęgniarские	21%	24%	22%
Żywnienie pacjentów	12%	10%	8%
Pozostałe	22%	25%	25%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Główną grupą kosztów usług obcych były koszty związane z kontraktami dla lekarzy i pielęgniarek, które na przestrzeni analizowanego okresu stanowiły około 65% wartości przedmiotowej pozycji. W skład pozostałych kluczowych pozycji usług obcych wchodziły usługi związane z utrzymaniem i konserwacją majątku Jednostki.

Podatki i opłaty. Zagregowane koszty do pozycji podatki i opłaty, utrzymywały się w badanym okresie na względnie stałym poziomie. Do kluczowych wartości definiujących pozycję należy zaliczyć podatek od nieruchomości oraz opłaty sądowe i inne. W poniższej tabeli przedstawiono kluczowe pozycje podatki i opłaty.



Tabela 96 Kluczowe pozycje podatków i opłat

Podatki i opłaty - Kluczowe pozycje	2016	2017	2018
Podatek od nieruchomości	100%	100%	99%
Opłaty sądowe i inne	0%	0%	0%
-	0%	0%	0%
Pozostałe	0%	0%	1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wynagrodzenia. Wartość przedmiotowej pozycji wzrosła na przestrzeni analizowanego okresu o około 3 mln zł. Głównymi czynnikami powodującymi wzrost wartości pozycji w czasie były wzrosty wynagrodzeń personelu medycznego (podwyżki NFZ) oraz ogólna koniunktura panująca w gospodarce narodowej, mająca bezpośredni wpływ na wzrost wartości wynagrodzeń w wielu sektorach gospodarki. W poniższej tabeli przedstawiono kluczowe pozycje wynagrodzenia.

Tabela 97 Kluczowe pozycje wynagrodzeń

Wynagrodzenia - Kluczowe pozycje	2016	2017	2018
Wynagrodzenia osobowe	97%	98%	98%
Umowy zlecenia i o dzieło	3%	2%	2%
-	0%	0%	0%
Pozostałe	0%	0%	0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Ubezpieczenia. Dynamika ponoszonych kosztów ubezpieczeń była silnie skorelowana z wartością wynagrodzeń. Największa część kosztów tej grupy wynikała z ponoszonych składek na ubezpieczenia społeczne. Koszty analizowanej grupy kształtowały się w racjonalny sposób, nie wykazując odchylenia od średniej historycznej. W poniższej tabeli przedstawiono kluczowe pozycje ubezpieczenia.

Tabela 98 Kluczowe pozycje ubezpieczeń

Ubezpieczenia - Kluczowe pozycje	2016	2017	2018
Składki na ubezpieczenie emerytalne - wynagrodzenia	41%	42%	43%
Składki na ubezpieczenie rentowe - wynagrodzenia	28%	28%	28%
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	13%	13%	12%
Pozostałe	18%	17%	17%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Pozostałe koszty rodzajowe. Na wartość pozostałych kosztów rodzajowych w głównej mierze składały się ubezpieczenia placówki, które stanowiły około 90% kosztów całej grupy. Ponadto do pozostałych kosztów rodzajowych zaliczono koszty podróży służbowych oraz reprezentacji i reklamy. W poniższej tabeli przedstawiono kluczowe pozycje pozostałych kosztów rodzajowych.



Tabela 99 Kluczowe pozycje pozostałych kosztów rodzajowych

Pozostałe koszty rodzajowe - Kluczowe pozycje	2016	2017	2018
Ubezpieczenia OC	74%	75%	73%
Ubezpieczenia majątkowe	12%	13%	14%
Podróże służbowe	13%	11%	12%
Pozostałe	1%	1%	1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Pozostałe koszty operacyjne

Tabela 100 Struktura pozostałych kosztów operacyjnych

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Pozostałe koszty operacyjne	0,05	0,02	0,04	0,04
Strata z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów	0,00	0,00	0,01	0,00
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0,00	0,00	0,00	0,00
Inne koszty operacyjne	0,05	0,02	0,03	0,04

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Wartość pozostałych kosztów operacyjnych w latach 2016 – 2018 kształtowała się na poziomie oscylującym w granicach 0,05 mln zł. Główną składową przedmiotowej pozycji były koszty związane z karami i grzywnami.

Koszty finansowe

Tabela 101 Struktura kosztów finansowych

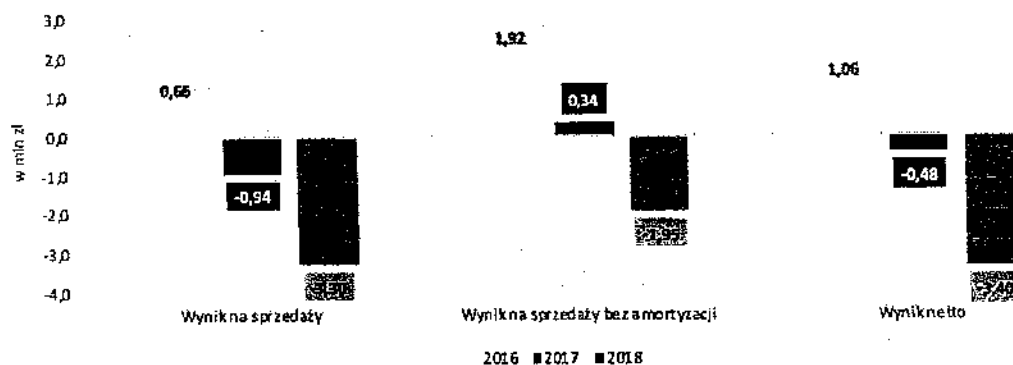
Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2019 I - VI
Koszty finansowe	0,48	0,51	1,16	0,46
Odsetki	0,46	0,47	1,02	0,45
Aktualizacja wartości	0,00	0,00	0,00	0,00
Inne	0,03	0,04	0,14	0,01

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie.

Na wartość kosztów finansowych składają się odsetki od płaconych kredytów i pożyczek a także koszty związane z ponoszonymi karami. Wzrost przedmiotowej pozycji w 2018 roku, wynikał z przyrostu zobowiązań wymagalnych, a co za tym idzie, Charakterystyka dłużnych instrumentów finansowych, wchodzących w skład struktury finansowej Szpitala, zostały szerzej omówione w analizie zobowiązań długoterminowych.



Wykres 49 Kluczowe wyniki finansowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Przeprowadzona analiza rachunku wyników wykazała, iż sytuacja finansowa Szpitala w przeciągu trzech analizowanych lat uległa pogorszeniu. Jednostka od 2017 roku, odnotowuje ujemne wyniki finansowe na wszystkich analizowanych płaszczyznach. Przedmiotowa sytuacja, jest spowodowana ponoszeniem nieracjonalnych kosztów operacyjnych w stosunku do osiągniętych przychodów. Wynika to z problemu rosnących kosztów wynagrodzeń (zarówno kontrakty jak i umowy o pracę).

Szpital mimo posiłkowania się kredytami, nie ponosi zbyt wysokich kosztów związanych z obsługą zadłużenia w stosunku do skali działalności. Wszystkie kredyty, charakteryzują się rynkowymi parametrami.

Należy zwrócić uwagę, że szczególnie w 2018 roku Jednostka, ponosiła wysokie koszty związane z obsługą zadłużenia przeterminowanego, przedmiotowa wartość wyniosła około 0,5 mln zł.

Analizując strukturę rachunku wyników, należy zwrócić uwagę na okrojona pozycje kosztów wynagrodzeń, gdzie brak rozróżnienia kosztów wynagrodzeń, na poszczególne grupy zawodowe. Co do zasady uszczegółowienie przedmiotowej pozycji pozwala na szerszą analizę kosztów, a co za tym idzie udoskonala przepływ informacji zarządczej, pozwalający na usprawnienie polityki m.in. zarządzania kosztami.

8.3. Analiza rachunku przepływów pieniężnych

W poniższej tabeli przedstawiono Cash Flow Szpitala w Grajewie.



Tabela 102 Cash Flow

Działalność operacyjna	2016	2017	2018
Zysk (strata) netto	1 064 211	-483 811	-3 400 764
Korekty razem	-816 103	1 688 459	-178 016
Amortyzacja	1 266 698	1 282 160	1 357 570
Odsetki i udziały w zyskach (dywidendy)	244 132	270 717	509 661
Zysk/strata z działalności inwestycyjnej	-888 681	-867 182	-919 554
Zmiana stanu rezerw	0	0	0
Zmiana stanu zapasów	-46 174	-24 401	-19 102
Zmiana stanu należności	-373 485	396 411	-197 470
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	-1 075 902	577 514	-1 116 445
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	81 883	48 223	36 822
Inne korekty	-24 574	5 017	170 503
Przepływy operacyjne	248 108	1 204 648	-3 578 779
Działalność inwestycyjna			
Wpływy	671 290	626 652	-4 241 133
Zbycie WNIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0
Zbycie inwestycji w nieruchomości oraz WNIP	0	0	0
Wydatki	1 103 293	1 721 949	5 838 995
Nabycie WNIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	1 079 463	1 721 949	5 787 615
Inwestycje w nieruchomości oraz WNIP	0	0	0
Przepływy inwestycyjne	-432 003	-1 095 297	-1 597 862
Działalność finansowa			
Wpływy	2 119 860	2 817 789	7 958 027
Wpływy inne	0	0	0
Kredyty i pożyczki	2 119 860	2 817 789	7 958 027
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0
Wydatki	1 863 138	2 926 890	2 476 173
Dywidendy i inne wypłaty na rzecz właścicieli	0	0	0
Inne niż wypłaty na rzecz właścicieli wydatki	0	0	0
Splata bieżących kredytów	1 606 333	2 644 673	1 860 673
Splata nowego kredytu	0	0	0
Z tytułu innych zobowiązań finansowych	0	0	0
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	0	0	0
Odsetki	244 132	270 717	509 661
Inne wydatki finansowe	12 674	11 500	105 840
Przepływy finansowe	256 722	-109 101	5 481 854
Przepływy pieniężne netto razem	72 827	251	305 213
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	72 827	251	305 213
Środki pieniężne na początek okresu	101 121	173 948	174 199
Środki pieniężne na koniec okresu	173 948	174 199	479 412

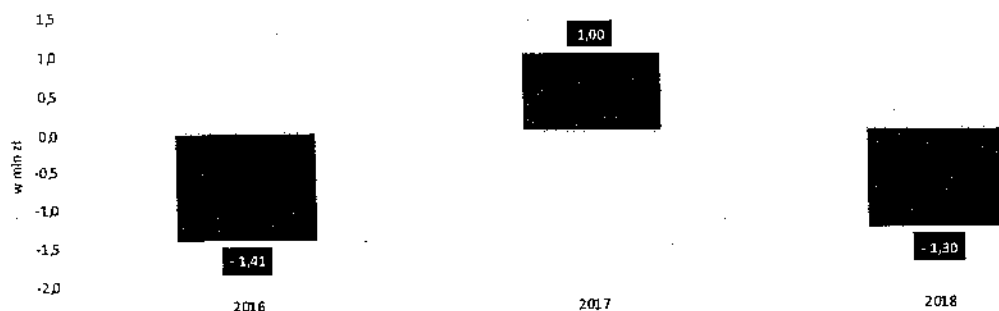
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Działalność operacyjna

Wartość przepływów operacyjnych w latach 2016 – 2017 kształtowała się na dodatnim poziomie, co do zasady należy ocenić pozytywnie, jednak w przypadku przedmiotowej Jednostki, w roku 2017 należy zauważyć wzrost zadłużenia przeterminowanego, które miało służyć finansowaniu działalności operacyjnej Szpitala. W 2018 roku, przepływy operacyjne wykazywały ujemne wartości, co jest pochodną pogorszenia sytuacji finansowej Jednostki.

Wykres 50 Zmiany w kapitale obrotowym



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Działalność inwestycyjna

Wartość przepływów inwestycyjnych w każdym z analizowanych lat, warunkowana była wyłącznie inwestycjami, które przeprowadzał Szpital. Analizując przedmiotową pozycję można stwierdzić, iż w latach 2016 – 2017 Jednostka przeprowadzała inwestycje odtworzeniowe, gdyż wartość wskaźnika CAPEX/ Rzeczowe aktywa trwałe kształtowała się na poziomie około 3%, co jest wartością typową dla tego typu działalności.

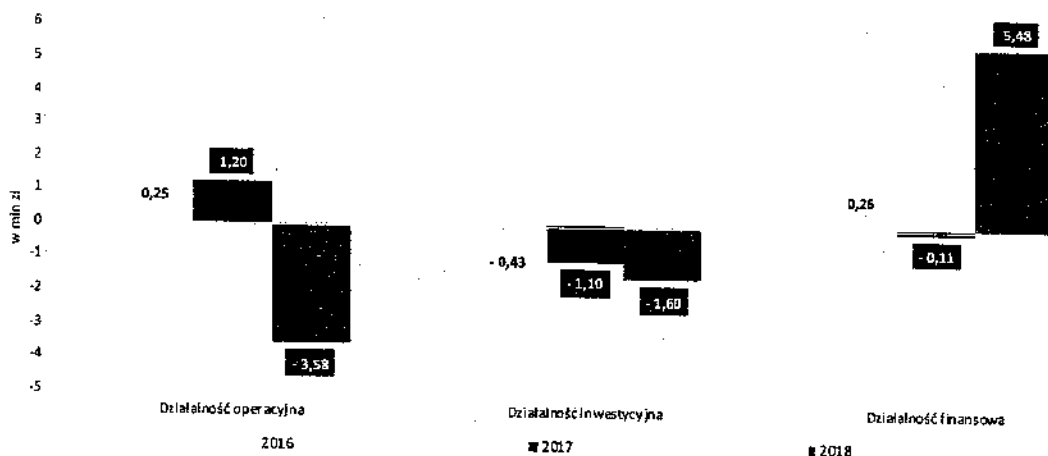
Działalność finansowa

Wartość przepływów pieniężnych z działalność finansowej warunkowana była działaniami Szpitala w zakresie pozyskiwania zewnętrznego kapitału. W latach 2016 – 2017 Jednostka pozyskała kapitał w formie pożyczki długoterminowej, natomiast w roku 2018, Szpital zaciągnął kredyt obrotowy w celu finansowania bieżącej działalności. Jednostka na bieżąco regulowała spłaty kapitałowo- odsetkowe.

Podsumowując – Szpital z roku na rok generowało przepływy pieniężne pozwalające na wygenerowanie minimalnej ilości gotówki na koniec roku. Działalność operacyjna Jednostki od 2017 roku wykazywała niepokojące tendencje – w 2017 roku działalność operacyjna finansowana była przy pomocy zwiększania zobowiązań, natomiast w 2018 roku, działalność operacyjna była ujemna.



Wykres 51 Cash Flow 2015 vs 2016 vs 2017 vs 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Szpital dokonywał regularnych inwestycji odtworzeniowych, pozwalających na utrzymanie wartości majątku na względnie stałym poziomie (niewielka tendencja wzrostowa).

Przez cały okres analizy, Szpital pozyskiwał zewnętrzny kapitał w postaci pożyczek długoterminowych (lata 2016 – 2017) natomiast w roku 2018 w postaci kredytu obrotowego. Jednostka na bieżąco regulowała spłaty kapitałowo – odsetkowe.



8.4. Analiza wyników finansowych komórek medycznych

W poniższej tabeli przedstawiono wyniki na komórki za lata 2016 -2018.

Tabela 103 Wyniki na komórki Szpitala w Grajewie

Wyszczególnienie	2016			2017			2018					
	Przychody	Koszty	Wynik	ROS	Przychody	Koszty	Wynik	ROS	Przychody	Koszty	Wynik	ROS
Oddział Internistyczno - Kardiologiczny	5 159	5 046	113	2%	4 139	5 455	-1 316	-32%	5 176	5 789	-613	-12%
Oddział Chirurgii Ogólnej	4 524	3 757	767	17%	2 220	4 129	-1 909	-86%	4 671	4 625	46	1%
Pododdział Noworodkowy	525	639	-114	-22%	594	730	-136	-23%	690	773	-83	-12%
Oddział Dziecięcy	2 136	2 082	54	3%	4 771	2 115	2 656	56%	2 346	2 575	-229	-10%
Oddział Położniczo - Ginekologiczny	2 604	2 992	-388	-15%	2 985	3 177	-192	-6%	3 058	3 708	-650	-21%
Oddział Obserwacyjno-Zakazny	2 194	2 372	-178	-8%	2 453	2 706	-253	-10%	2 900	2 951	-51	-2%
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2 950	2 402	548	19%	2 449	2 850	-401	-16%	2 132	3 121	-989	-46%
Oddział Rehabilitacji	1 283	1 584	-301	-23%	1 430	1 664	-234	-16%	1 497	1 898	-401	-27%
Oddział Psychiatryczny	0	0	0	0%	1 281	0	1 281	100%	294	1 056	-762	-259%
SOR	3 461	3 084	377	11%	3 225	2 984	241	7%	3 286	3 013	273	8%
Oddział Urazowo - Ortopedyczny	2 678	2 667	11	0%	3 083	3 155	-72	-2%	2 992	3 084	-92	-3%
Oddział Psychiatryczny z Izłą Przyjęć	1 133	1 756	-623	-55%	1 281	1 920	-639	-50%	1 705	1 587	118	7%
Łącznie	28 646	28 361	265	-6%	29 910	30 885	-975	-7%	30 745	34 180	-3 435	-31%

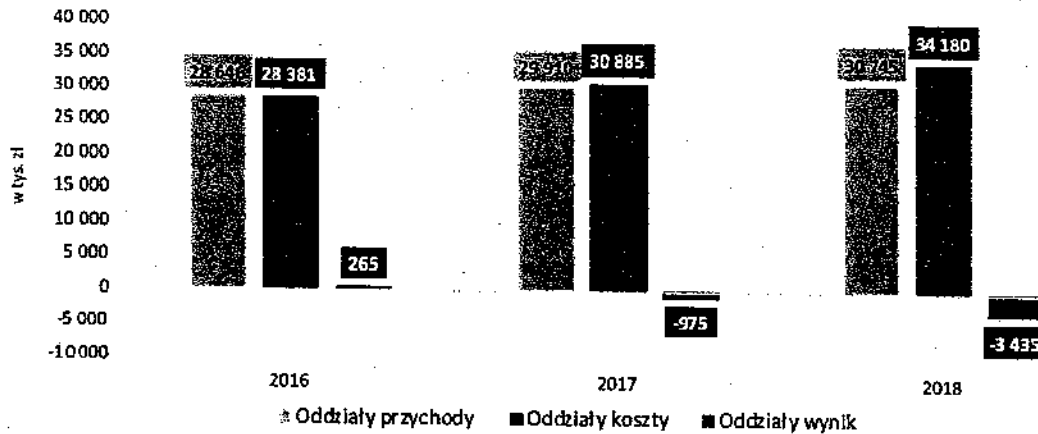
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Oddziały

Większość analizowanych Oddziałów odnotowywała ujemne wyniki finansowe, co potwierdzają wyniki finansowe ogółem na koniec okresów. Na koniec 2016 roku Oddziały odnotowały łączny zysk na poziomie około 0,3 mln zł, natomiast na koniec 2018, strata wyniosła około -3,5 mln zł.

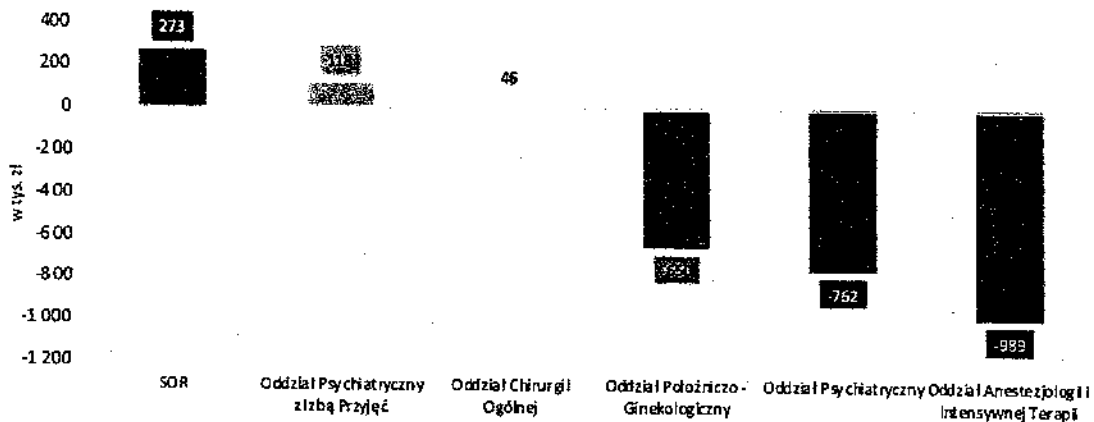
Wykres 52 Wyniki grup komórek



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Oddziały, które generowały największy zysk i największą stratę w 2018 roku, zostały przedstawione na wykresie poniżej.

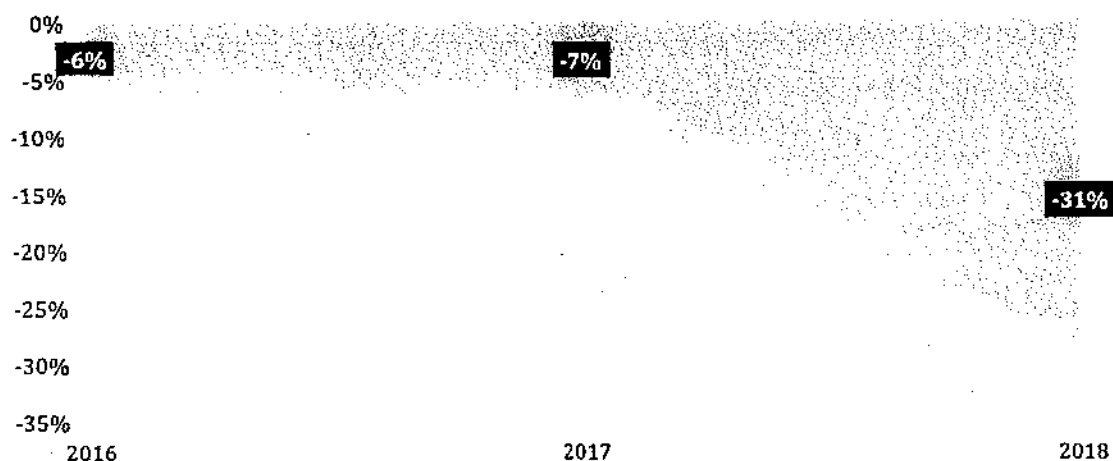
Wykres 53 Wyniki grup komórek



Źródło: opracowania własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Wykres 54 Wyniki grup komórek



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Podsumowując można stwierdzić, iż działalność komórek organizacyjnych (oddziały) jest nierentowna. Szpital w 2018 roku odnotował stratę na działalności oddziałów w wysokości około -3,5 mln zł. Należy podkreślić, że wynik finansowy badanych komórek z roku na rok obniżał się co jest niepokojącym zjawiskiem. Do komórek generujących największą stratę w analizowanym okresie zalicza się Oddział Położniczo- Ginekologiczny, Oddział Psychiatryczny oraz Oddział Anestezjologii.



9. Wnioski z audytu i Analiza SWOT

Analiza otoczenia

- ✦ Szpital Ogólny w Grajewie znajduje się w sieci szpitali PSZ i jest jednym z szesnastu szpitali I stopnia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego w regionie podlaskim oraz jedynym podmiotem leczniczym w Grajewie, który ma podpisaną umowę z NFZ w szerokim zakresie leczenia szpitalnego (na rok 2019).
- ➔ Starzejące się społeczeństwo zwiększa zapotrzebowanie na świadczenie różnego rodzaju usług medycznych. Zwiększająca się liczba ludności w wieku poprodukcyjnym determinuje konieczność dostosowania oferty medycznej m.in. w zakresie geriatry, chorób wewnętrznych, onkologii czy kardiologii, a także rehabilitacji, reumatologii i ortopedii.
- ➔ Przyrost naturalny na 1 000 ludności w 2018 roku, dla Grajewa wynosił -1,9, dla województwa podlaskiego -1, dla Polski -0,7.
- ➔ W roku 2017 w województwie podlaskim wskaźnik udzielonych porad ogółem na jednego mieszkańca wyniósł 8,1 przy średniej dla całej Polski 8,5.
- ➔ W roku 2017 wskaźnik leczonych na 1 łóżko dla województwa podlaskiego wynosił 46,3, zaś wskaźnik przeciętnego pobytu wyniósł 5,1.
- ➔ Zwiększona chorobowość szpitalna w zakresie położnictwa i ginekologii, chirurgii ogólnej, pediatrii, chirurgii urazowo-ortopedycznej, chorób zakaźnych, gruźlicy i chorób płuc w województwie podlaskim wymaga kształtowania oferty medycznej pod wymienione wyżej rodzaje świadczeń.
- ➔ W latach 2015 – 2017 w województwie podlaskim, jak i w całym kraju, liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek oraz farmaceutów, którzy posiadali prawo wykonywania zawodu wzrosła. Liczba pracujących bezpośrednio z pacjentem farmaceutów rosła, natomiast liczba pracujących bezpośrednio z pacjentem lekarzy, dentystów oraz pielęgniarek spadła.
- ➔ Najwięcej pacjentów Szpitala w Grajewie pochodziło z województwa podlaskiego 91,34% (w tym z powiatu grajewskiego 85,68%). Pacjenci z województwa warmińsko-mazurskiego stanowili 7,42% obsłużonych.
- ↓ Jednostka działa w regionie o dość sporym nasyceniu podmiotów leczniczych. Do największych „konkurentów” Szpitala zaliczyć możemy: Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku z 8 podobnymi oddziałami, 8 podobnymi poradniami, z kontaktem na ponad 390,3 mln zł (prawie 12 razy większy niż Szpitala Ogólnego w Grajewie), w odległości ok. 88,1 km, "PRO-MEDICA" w Ełku Sp. z o.o. z 6 podobnymi oddziałami, 11 podobnymi poradniami, z kontaktem na ponad ok. 55,2 mln zł (ponad półtora razy większym niż Szpitala Ogólnego w Grajewie), w odległości ok. 23,0 km, Szpital Wojewódzki w



Łomży z 11 podobnymi oddziałami, 11 podobnymi poradniami, z kontraktem ok. 114,3 mln zł, oddalony o ok. 67,5 km.



Kompleksowość w zakresie oferty leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Oferta medyczna z zakresu leczenia szpitalnego w większości pokrywa się z ofertą poradni specjalistycznych. Dzięki temu większość świadczeń medycznych udzielanych w ramach poszczególnych oddziałów Szpitala może być w późniejszym czasie kontynuowana w znajdujących się w Jednostce poradniach specjalistycznych. Daje to szpitalowi możliwość świadczenia kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem.



Ryzyko utraty kontroli nad wyższą kosztów wynikających z regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia. Istnieje ryzyko, że dla części wynagrodzeń wynikających z regulacji ogólnopolskich nie zostaną wskazane źródła finansowania oraz że wzrosną postawy roszczeniowe pozostałych grup pracowniczych, co będzie bezpośrednio obciążać budżet szpitala.



Dynamiczne zmiany systemowo-prawne w ochronie zdrowia. Zmiany legislacyjne bardzo mocno utrudniają prowadzenie i funkcjonowanie Szpitala. Wymaga to ciągłych poszukiwań nowych rozwiązań w celu dostosowywania organizacji szpitala do zmiennych realiów otoczenia systemowo-prawnego.

Organizacja



Dokumenty organizacyjne nie odzwierciedlają faktycznego sposobu zarządzania jednostką. Taki stan organizacji może tworzyć chaos organizacyjny i zdejmuje z przedstawicieli kadry kierowniczej poczucie odpowiedzialności za skutki działań menadżerskich.



Brak w Regulaminie jasno sformułowanego, adekwatnego dla współczesnych warunków funkcjonowania szpitali, zakresu odpowiedzialności kierownika oddziału szpitalnego/ordynatora.



Brak w dokumentach organizacyjnych zdefiniowania odpowiedzialnych za sprawność i efekty realizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach, poradniach i pracowniach diagnostycznych.



Nie efektywny sposób zarządzania sprzedażą świadczeń medycznych.



Brak jasnego przypisania odpowiedzialności za organizację Zaplecza Technicznego Szpitala, jego obsługę gospodarczą oraz za świadczenia pobytowe dla pacjentów.



Szpital posiada rozbudowany system ewidencji kosztów i przychodów, który może stanowić fundament dla przygotowania systemu budżetowania i raportowania szeroko pojętej kadry kierowniczej.



Brak jest właściwych procedur i zasad obróbki i przygotowywania dla poszczególnych kierowników



dedykowanych zestawów informacji, w tym finansowych, przydatnych w procesach zarządczych.

Działalność medyczna

- ↓ Analizując łączną liczbę leczonych, widać iż w latach 2016 – 2018 następował **stały spadek liczby leczonych**. W roku 2018 leczono 509 osób (6%) mniej, niż w roku 2016, co należy uznać za zjawisko negatywne.
- W roku 2019 liczba łóżek szpitalnych spadła o 37 szt. (do łącznej liczby 211), który wynika m.in. z tymczasowego ograniczenia działalności Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego.
- ↓ W roku 2018 **wskaźnik wykorzystania łóżek spadł o 8,5%** w porównaniu do roku 2016. Ponadto większość oddziałów miało wskaźniki poniżej średnich dla kraju i województwa podlaskiego, dlatego należy zadbać o efektywniejsze wykorzystanie bazy.
- ↑ W roku 2018 Oddział Rehabilitacji miał **wskaźnik wykorzystania łóżek, który aż o ponad 12% przewyższał średnią dla województwa i o 19% średnią dla Polski**.
- ↓ W roku 2018 Oddział Psychiatryczny miał wskaźnik o 23,5% poniżej średniej województwa i o 34,6% poniżej średniej dla kraju.
- ↑ W roku 2018 **średni czas pobytu chorego w SO w Grajewie spadł z 7,1 dni w roku 2016 i 2017 do 6,6 dni**.
- ↑ **Kolejki na oddziały szpitalne prawie nie występują**, co jest zjawiskiem pozytywnym z punktu widzenia pacjenta – łatwa dostępności do usług. Jednak zastanawia brak kolejek do oddziału Urazowo-Ortopedycznego, bowiem w wielu ośrodkach w kraju na endoprotezy czeka wiele osób, a terminy są bardzo długie.
- ↓ **Brak znieczuleń zewnątrzoponowych przy porodach oraz Poradni „K” w terenie.**
- **Liczba rehospitalizacji wahała się**. Wskaźnik spadł w roku 2017 o 12 szt., co jest pozytywnym zjawiskiem. Należy ten wskaźnik kontrolować i dążyć do systematycznego obniżania, aby minimalizować ryzyko nieotrzymania zapłaty od NFZ.
- ↓ W latach 2016 – 2018 **ogólna liczba porad wahała się**. Jednak w roku 2018 udzielono o 912 (1,7%) porad więcej niż w roku 2016, co jest zjawiskiem pozytywnym.
- ↑ **Bardzo krótki czas oczekiwania do Działu Fizjoterapii** (ok. 19 dni dla przypadków stabilnych i 10 dni dla pilnych), w porównaniu do wielu Jednostek w kraju.
- ↓ **Długie kolejki występują m.in. w Poradni Okulistycznej** (174 dni, 154 osoby) i Poradni Neurologicznej (106 dni, 125 osób).



- ↑ Szpital Ogólny w Grajewie posiada dość szeroką ofertę ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
- ↑ Spory udział badań odpłatnych wykonanych w roku 2018 w Laboratorium analitycznym (36%) i Laboratorium mikrobiologicznym (26,5%), co należy ocenić pozytywnie.
- ➔ W latach 2016 – 2018 ogólna liczba badań RTG malała (łącznie o 12% – 2 094 szt.), zaś liczba badań USG wahała się (jednak w roku 2018 nastąpił duży wzrost – aż 63% – 4 262 szt. w porównaniu do roku 2017).
- ➔ Z zestawienia wynika, iż w badanym okresie łączna liczba badań endoskopowych (gastroskopii i kolonoskopii) rosła (o 49 szt. – 6,4% porównując rok 2018 do 2016). Wzrost diagnostyki w tym zakresie jest tendencją ogólnopolską, dlatego warto rozwijać działalność tej pracowni.
- ↓ Nie efektywny sposób zarządzania sprzedażą świadczeń medycznych.
- ↑ Mocna pozycja AOS w realizacji kontraktów z NFZ. Dobra dynamika w rozwoju świadczeń.
- ↓ W zakresie leczenia szpitalnego zauważa się niekorzystne zjawisko stagnacji w rozwoju świadczeń.
- ↓ Niski stopień wzrostu zakontraktowanego ryczałtu na skutek nie zrealizowania świadczeń ryczałtowych w 2017 roku.
- ↑ Dodatnia marża na kosztach operacyjnych oddziałów szpitalnych.
- ↑ Efektywny w działaniu Oddział Chirurgii Ogólnej oraz Obserwacyjno-Zakaźny. Dynamiczny rozwój świadczeń na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym.
- ↓ Słaba efektywność działania Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego oraz Oddziału Rehabilitacji.
- ↓ Wysokie koszty utrzymania bazy lokalowej Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego i Położniczo-Ginekologicznego.
- ↑ Pozytywnie rozwijająca się branża świadczeń z dziedziny psychiatrii i leczenia uzależnień.
- ↓ Problemy z obsadą Poradni Kardiologicznej.
- ↑ Udział kontraktów pozaryczałtowych w ogólnej sprzedaży Szpitala jest na stosunkowo wysokim poziomie. Sytuacja ta stwarza warunki do wzmożenia aktywności struktur szpitalnych do budowy coraz to silniejszej pozycji Szpitala na rynku usług zdrowotnych.



- ↑ **Stabilny poziom płatnych świadczeń diagnostycznych i okołomedycznych dla podmiotów zewnętrznych i osób fizycznych.**
- ↑ **Pomieszczenia i wyposażenie Bloku Operacyjnego są wysokiego standardu.**
- ↓ **Nie w pełni wykorzystywany potencjał Bloku Operacyjnego, dający z drugiej strony możliwości rozwojowe świadczeń zabiegowych.**
- ↓ **Procedury planowania zabiegów operacyjnych utrudniające optymalizację pracy i kosztów Bloku Operacyjnego.**
- ↓ **Sterylizatornia nie spełnia obowiązujących wymogów sanitarnych i konstrukcyjnych.**

Obsługa gospodarcza

- ↓ **Niekorzystne rozwiązanie w zakresie organizacji prania.** Utrzymanie własnej Pralni wiąże się z wysokimi kosztami. Ponadto Komórka nieefektywnie działa w zakresie sprzedaży usług zewnętrznych.
- ↓ **Wysokie koszty związane z żywnością pacjentów.** Koszty usług żywienia oferowane przez firmę zewnętrzną znajdują się powyżej średnich rynkowych.
- ↓ **Wysokie koszty hotelowe.** Dobowe koszty utrzymania pacjenta kształtują się powyżej optymalnych wartości. Bezpośredni wpływ na ten stan rzeczy mają zbyt wysokie koszty prania oraz żywienia.
- ↑ **Korzystne ekonomicznie rozwiązanie w zakresie sprzątnięcia.** Znajdujący się w strukturach Szpitala Dział Utrzymania Czystości generuje koszty dostosowane do skali działalności jaką wykonuje.
- ↑ **Korzystne stawki w zakresie utylizacji odpadów medycznych.** Koszty usług związanych z utylizacją odpadów medycznych kształtują się poniżej średnich rynkowych dostępnych w regionie województwa podlaskiego.
- ↓ **Nieefektywna organizacja obsługi transportu.** Szpital ponosi nadmierne koszty związane z opłacaniem ryczałtu dobowego za wykorzystanie środków transportu od podmiotu Ekolox Sp. z o.o. oraz ryczałtu postojowego dla taksówek. Ponadto posiadany przez Szpital pojazd własny jest wykorzystywany w bardzo małej skali.

Polityka kadrowa

- ↓ **Podstawowe dokumenty regulujące politykę kadrową powstały ponad 10 lat temu, zawierają liczne aneksy, które utrudniają czytelny odbiór kwestii, które regulują.**
- ↓ **5-cio godzinny czas pracy w niektórych grupach zawodowych.**
- ↓ **Brak kryteriów przyznawania dodatków funkcyjnych.**



- ↓ **Dodatki do wynagrodzenia** ustalane uznaniowo przez Pracodawcę, nie wynikające z przepisów prawa – dodatki w pomocy doraźnej, premie.
- ↑ **Trzymiesięczny okres rozliczeniowy.**
- ↓ **Nieoptymalna organizacja pracy pracowników** zarówno w komórkach medycznych, jak i pomocniczych.
- ↓ **Nieodpowiednia liczba pielęgniarek i położnych** w stosunku do nowych norm zatrudnienia w tej grupie zawodowej.
- ↓ **Wysokie koszty osobowe** – wynikające z modelu zatrudnienia opartego głównie na umowach o pracę, gdzie Szpital ponosi wysokie koszty pracodawcy. Wzrost kosztów osobowych wynika głównie z podwyżek będących w większości konsekwencją decyzji podejmowanych centralnie.
- ↓ **Zbyt mała liczba umów cywilno-prawnych** – model zatrudnienia oparty głównie o umowy o pracę, zaleca się szkolenie personelu celem zachęcania do zawierania umów kontraktowych – zwłaszcza dla osób zarabiających najwięcej.
- ↓ **Lekarze zatrudnieni na umowę o pracę, dyżurujący w ramach umów kontraktowych** – jest to proceder niebezpieczny ze względu na obejście przepisów o czasie pracy oraz narażenie się na konsekwencje ze strony Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.
- ↓ **Wysoka absencja pracowników** – należy podjąć działania zmierzające do ograniczenia absencji oraz wprowadzić zarządzanie absencją.
- ↑ **Szpital nie ponosi kosztów PFRON.**

Infrastruktura

- ↑ **Główne budynki służące bezpośredniej działalności podstawowej są utrzymane w dobrym stanie technicznym**, aczkolwiek w wielu miejscach istnieją pilne potrzeby remontowe i adaptacyjne
- ↓ **Szpital w wielu miejscach nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. dotyczącym standardów pomieszczeń.** Istnieją także zastrzeżenia Straży Pożarnej co do bezpieczeństwa przeciwpożarowego.
- ↓ **Brak środków finansowych na prace dostosowawcze pomieszczenia do obowiązujących standardów.**
- ↓ **Bieżące potrzeby remontowe i zakupy odtworzeniowe przewyższają możliwości finansowe Szpitala.**
- ↓ **Nieoptymalne wykorzystanie powierzchni operacyjnej Szpitala**, w powierzchni szpitalnej audytorzy dostrzegają niewykorzystane rezerwy związane z działalnością leczniczą.



- ↓ Brak analizy kosztów utrzymania powierzchni szpitalnych i analizy zasadności cen stosowanych w przypadku jej wynajmu lub dzierżawy.
- ↑ Niskie koszty technicznego utrzymania powierzchni operacyjnej Szpitala.
- ↓ Brak właściwych i zgodnych z przepisami źródeł zasilania Szpitala w wodę.
- ↑ Pozostałe systemy infrastrukturalne i energetyczne są utrzymane w dobrej kondycji technicznej.
- ➔ Wątpliwa możliwość realizacji planów inwestycyjnych bez wsparcia właściciela i zewnętrznego finansowania.

Sytuacja finansowa

- ↓ Szpital w całym badanym okresie charakteryzował się brakiem płynności.
- ↓ Szpital posiada w strukturze majątkowej, zadłużenie przeterminowane, którego wartość w okresie badania kształtowała się na poziomie około 2 mln zł
- ↓ Szpital charakteryzował się brakiem rentowności, na każdej płaszczyźnie funkcjonowania.
- ↓ Wartość kosztów operacyjnych, kształtuje się na nieracjonalnym poziomie w odniesieniu do generowanych przychodów. Główną pozycją kosztową, przyczyniającą się do braku rentowności były wynagrodzenia.
- ↑ Szpital regularnie przeprowadza inwestycje odtworzeniowe majątku, dzięki czemu suma bilansowa utrzymuje się na względnie stałym poziomie
- ↓ Jednostka w 2018 roku wykazywała zapotrzebowanie na kapitał obrotowy.
- ↓ Jednostka charakteryzowała się ujemnymi przepływami z działalności operacyjnej.
- ↓ Po odliczeniu kosztów amortyzacji, Szpital wykazuje ujemną rentowność na sprzedaży
- ↑ Wysoka wartość środków w pozycji rozliczenia międzyokresowe przychodów, w znacznym stopniu poprawia stan kapitału pracującego oraz bilansowy wizerunek Szpitala.
- ↓ Zdecydowana większość Oddziałów i Poradni Szpitala odnotowywała ujemne wyniki finansowe.
- ↓ Plan kont nie jest rozbudowany w sposób pozwalający uzyskać szczegółową informację zarządczą. Przedmiotowa kwestia odnosi się m.in. do pozycji wynagrodzeń, gdzie brak jest wyszczególnienia pozycji kosztowych w odniesieniu do poszczególnych grup pracowniczych



ANALIZA SWOT

Skuteczne i efektywne funkcjonowanie każdej placówki medycznej w gospodarce rynkowej narzuca konieczność określenia szans i zagrożeń dla dalszego jej rozwoju. Zatem planowanie bieżącej, jak i przyszłej strategii działania powinno opierać się na rzetelnej analizie otoczenia bliższego i dalszego Jednostki.

Jedną z najchętniej stosowanych metod służących do analizy otoczenia oraz ustalenia pozycji strategicznej jest analiza SWOT. W metodzie tej wykorzystywana jest analiza otoczenia przedsiębiorstwa oraz diagnoza jego wnętrza. Jest ona oparta na prostej klasyfikacji czynników do jednej z dwóch grup (diagnozujących stan przedsiębiorstwa oraz analizujących sytuację otoczenia zewnętrznego dla danego podmiotu). Z zestawienia tych dwóch podziałów powstają cztery kategorie czynników: szanse i zagrożenia wynikające z analizy otoczenia zewnętrznego oraz mocne i słabe strony będące rezultatem diagnozy wewnętrznego stanu przedsiębiorstwa.

W ramach analizy SWOT Szpitala Ogólnego zostały zidentyfikowane silne i słabe strony jednostki (czynniki wewnętrzne) na tle szans i zagrożeń płynących z otoczenia (czynników zewnętrznych) celem wsparcia wyboru najlepszej strategii działania.

Dokónano gradacji poszczególnych elementów, które wpływają na powodzenie działalności, w formie punktacji ważności danego elementu w skali od 1 do 5.

Przyjęta skala punktacji jest następująca:

- 5 – bardzo ważny,
- 4 – ważny,
- 3 – dostatecznie ważny,
- 2 – mało ważny,
- 1 – najmniej ważny.

W tabelach poniżej przedstawiono zidentyfikowane silne i słabe strony jednostki, a także szanse i zagrożenia zewnętrzne.

Tabela 104 Zidentyfikowane silne strony jednostki

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Przynależność jednostki do PSZ (sieć szpitali)	5
2	Jedyny podmiot leczniczy w Grajewie	5
3	Kompleksowość świadczonych usług, szeroki zakres leczenia szpitalnego oraz świadczeń ambulatoryjnych	5
4	Doświadczona i wykwalifikowana kadra medyczna	5
5	Budynki działalności podstawowej utrzymane w dobrym stanie technicznym	4
6	Strategia rozwoju medycznego Szpitala zgodna z oczekiwaniami otoczenia	4
	Łącznie	28

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 105 Zidentyfikowane słabe strony jednostki

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Nieoptymalna organizacja pracy.	4
2	Niekorzystny model zabezpieczenia lekarskiego przez firmę zewnętrzną na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym	4
3	Wysokie obciążenie Szpitala w zakresie spłaty zadłużenia na koniec 2019 roku	4
4	Mimo wdrożenia kompleksowego systemu informatycznego występują duże trudności z uzyskaniem informacji statystyczno-medycznej	4
5	Brak rentowności na poziomie działalności podstawowej, brak płynności finansowej	5
6	Duża ilość zakresów medycznych o stosunkowo niskiej wielkości kontraktu z NFZ	5
Łącznie		26

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 106 Zidentyfikowane szanse

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Pozyskanie kontraktów z NFZ w zakresie kardiologii, neurologii	5
2	Rozwój e-medycyny	4
3	Możliwość rozwoju świadczeń komercyjnych	5
4	Członkostwo Polski w UE, możliwość pozyskiwania relatywnie dużych środków rozwojowych	4
5	Rosnące zapotrzebowanie na usługi medyczne	5
Łącznie		23

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 107 Zidentyfikowane zagrożenia

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Niestabilność systemowych rozwiązań organizacyjno-prawnych w ochronie zdrowia	4
2	Brak stabilnej polityki rządu w zakresie ochrony zdrowia	4
3	Ryzyko utraty kontroli nad zwykłą kosztów wynikających z regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia	4
4	Rosnąca ewentualna konkurencja na rynku usług medycznych	4
5	Uzależnienie realizacji inwestycji od dostępności dotacyjnych środków zewnętrznych	4
Łącznie		20

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonej analizy SWOT uzyskano wyniki czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

W pierwszej grupie czynników organizacyjnych silne strony Jednostki otrzymały łącznie 28 pkt., natomiast słabe strony uzyskały 26 pkt. W związku z tym należy przyjąć, iż silne strony przeważały słabe, ale przewaga jest niewielka. Szpital świadczy szeroki zakres usług (zwłaszcza ambulatoryjnych), posiada doświadczoną kadrę medyczną i duży udział w rynku



lokalnym. Jednostka powinna realizować strategię ekspansywną, ukierunkowującą ją na rozwój i budowanie przewagi konkurencyjnej.

W drugiej grupie czynników szanse ukształtowały się na poziomie 23 pkt., a zagrożenia osiągnęły poziom – 20 pkt. Te drugie to czynniki zewnętrzne, które postrzegamy jako bariery dla rozwoju Szpitala, utrudnienia we wdrożeniu działań naprawczych i możliwe ryzyka niepowodzenia przedsięwzięcia. Szanse to zjawiska i tendencje w otoczeniu, które odpowiednio wykonane staną się impulsem do wprowadzenia zmian i rozwoju oraz osłabiają zagrożenia.

Podsumowując analizę SWOT można zauważyć, iż w Szpitalu w Grajewie przeważają pozytywne czynniki wewnętrzne (Jednostki) oraz zewnętrzne (otoczenia). Zatem Szpital powinien przyjąć strategię silnej ekspansji i zdywersyfikowanego rozwoju. Strategia agresywna dąży do wykorzystania szans pojawiających się w otoczeniu bazując na mocnych stronach organizacji, jest to strategia silnej ekspansji rozwojowej, wchodzenia w nowe rynki, inwestowania i dalszego budowania przewagi konkurencyjnej. Ważne jest, aby kadra zarządzająca potrafiła wykorzystać silne strony, które powinny być stale wzmacniane i szanse do dynamicznego rozwoju oraz zniwelować słabe strony i zagrożenia, na które częściowo można się przygotować i dążyć do minimalizacji ich potencjalnych skutków.



10. Kierunki rozwoju w zakresie oferty medycznej i okołomedycznej

Poniżej przedstawione zostały propozycje związane z ofertą medyczną i rozwojem działalności Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie, które przygotowano w oparciu o przeprowadzony audyt Jednostki.

1. Utworzenie Pracowni Angiografii (Hemodynamiki) ³ oraz Oddziału Kardiologicznego

Choroby układu krążenia stanowią jedno z największych zagrożeń zdrowia i życia w dzisiejszych czasach. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego są one główną przyczyną zgonów w Polsce. Starzejące się społeczeństwo i prognozowany wzrost udziału grupy poprodukcyjnej w całej populacji wymaga dostosowywania oferty medycznej pod tym kątem.

W latach 2014 – 2016 najczęstszą przyczyną śmierci w województwie podlaskim oprócz chorób onkologicznych (22,4%) były właśnie choroby kardiologiczne (20,1% – ok. 203,6 na 100 tys. mieszkańców). Ponadto w roku 2019 w województwie podlaskim tylko 5 ośrodków medycznych podpisało umowę z NFZ na hospitalizacje w zakresie Kardiologii. Zestawiając te dane z faktem, iż w Szpitalu Ogólnym w Grajewie bardzo prężnie działał Oddział Internistyczno-Kardiologiczny, zasadnym było podjęcie rozmów z NFZ o wyłączeniu i utworzeniu osobnego Oddziału Kardiologicznego oraz wydłużeniu dyżuru Pracowni Angiografii (do całej doby).

Po uzyskaniu deklaracji od NFZ, iż jest przychylnym tym działaniom, Szpital w Grajewie dokonał ostatnio prac remontowych i stworzył w strukturze szpitala Pracownię Angiografii, która działa w ramach umowy kontraktowej z NFZ. Ponadto Szpital od 15.12.2019 roku realizuje program kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), co poskutkowało wydłużeniem godzin funkcjonowania Pracowni Angiografii i wprowadzeniem tzw. dyżuru całodobowego.

Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji wyniku finansowego Pracowni Angiografii przedstawia poniższa tabela.

Tabela 108 Efekt ekonomiczny uruchomienia całodobowej Pracowni Angiografii

Pracownia Hemodynamiki	2020	2021	2022	2023
Przychody	1 703 410	1 932 020	2 160 630	2 389 240
Koszty	1 621 874	1 660 875	1 699 875	1 738 876
<i>Koszty osobowe</i>	<i>1 299 072</i>	<i>1 299 072</i>	<i>1 299 072</i>	<i>1 299 072</i>
<i>Koszty procedury medycznej</i>	<i>299 628</i>	<i>336 252</i>	<i>372 876</i>	<i>409 500</i>
<i>Pozostałe koszty (koszty hotelowe)</i>	<i>23 174</i>	<i>25 551</i>	<i>27 927</i>	<i>30 304</i>
WYNIK OPERACYJNY	81 536	271 145	460 755	650 364

Źródło: opracowanie własne.



Handwritten signature

Wartość przychodów została oszacowana na podstawie statystyki medycznej ilości pacjentów z ostrą niewydolnością serca, którzy trafili do Szpitala w Grajewie w poprzednich latach (w roku 2018 Jednostka musiała odesłać do innych placówek ok. 120 takich przypadków), wymagających interwencji w zakresie kardiologii inwazyjnej (koronografia, angioplastyka).

Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji przychodów zostały zaprezentowane w kolejnej tabeli, gdzie wartość kosztów została oszacowana z podziałem na trzy grupy kosztów: koszty procedury medycznej, koszty osobowe oraz pozostałe koszty, w tym przede wszystkim koszty hotelowe.

Koszty procedury medycznej zostały obliczone jako iloczyn ceny zestawów jakie stosowane są do wykonywania procedur z zakresu koronografii lub angioplastyki oraz ilość planowanych procedur. Koszty osobowe wynikają z oszacowania dodatkowego zespołu (lekarz, technik, pielęgniarka) obsługującego Pracownicę Angiografii przez całą dobę w godzinach dyżurowych. Natomiast personel obsługujący w godzinach ordynacji dziennej jest obecnie zatrudniony w szpitalu.



Tabela 109 Kalkulacja przychodów dot. Pracowni Angiografii

Kod grupy	Kod produktu	Nazwa grupy	Wartość punktowa - hospitalizacja	Cena za 1 pkt.	Ilość 2020	Łącznie przychód 2020	Ilość 2021	Łącznie przychód 2021	Ilość 2022	Łącznie przychód 2022	Ilość 2023	Łącznie przychód 2023
KORONAROGRAFIA												
E27	5.51.01.0005027	Koronarografia i inne zabiegi inwazyjne *	2349	1 zł	40	93 960	40	93 960	40	93 960	40	93 960
ANGIOPLASTYKA - STENTY DES												
E23G	5.51.01.0005092	Angioplastyka wiercowa z implantacją jednego stentu *	5092	1 zł	20	101 840	20	101 840	20	101 840	20	101 840
ANGIOPLASTYKA - STENTY DES												
E11	5.51.01.0005011	OZW - leczenie inwazyjne dwuetapowe > 3 dni *	15277									
E12G	5.51.01.0005090	OZW - leczenie inwazyjne złożone *	9610									
E15	5.51.01.0005015	OZW - leczenie inwazyjne > 7 dni z pw *	13342	1 zł	130	1 485 965	150	1 714 575	170	1 943 185	190	2 171 795
E24G	5.51.01.0005093	Angioplastyka wiercowa z implantacją nie mniej niż 2 stentów lub wielonaczyniowa *	7493									
Średnia liczba punktów			11430,5									
ANGIOPLASTYKA BALONOWA												
E26	5.51.01.0005026	Angioplastyka wleńcowa balonowa *	4329	1 zł	5	21 645	5	21 645	5	21 645	5	21 645

Źródło: opracowanie własne.



Funkcjonowanie Pracowni Angiografii w Szpitalu w Grajewie będzie miało pozytywny wpływ na sytuację ekonomiczną szpitala poprzez osiągnięcie zysków wskazanych w kalkulacji.

Kolejnym etapem rozwoju w zakresie kardiologii będzie wydzielenie osobnego Oddziału Kardiologicznego ze struktury obecnie funkcjonującego Oddziału Internistyczno-Kardiologicznego z liczbą łóżek 44. Obecnie został wyremontowany Oddział Kardiologiczny, (z łączną liczbą łóżek 24 – w tym 5 stanowisk intensywnej kardiologii) który będzie funkcjonował w ramach obecnie posiadanego kontraktu z NFZ z zakresu internistycznego. Natomiast od lipca 2020 roku zakłada się, iż Narodowy Fundusz Zdrowia zakontraktuje dodatkowo świadczenia z zakresu kardiologicznego poprzez wydzielenie częściowo z zakresu internistycznego oraz pozyskanie dodatkowego kontraktu 2 mln zł (w skali roku). Dzięki temu szpital w Grajewie będzie mógł świadczyć usługi medyczne w pełni dla pacjentów z ostrą niewydolnością serca.

Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji wyniku finansowego Oddziału Kardiologicznego przedstawia poniższa tabela.

Tabela 110 Efekt ekonomiczny utworzenia Oddziału Kardiologicznego

Oddział Kardiologii	2020	2021	2022
Przychody - dodatkowe	1 000 000	2 000 000	2 500 000
Koszty - dodatkowe	910 399	1 820 798	2 056 637
<i>Koszty osobowe</i>	<i>438 720</i>	<i>877 440</i>	<i>877 440</i>
<i>Koszty procedur medycznych</i>	<i>389 568</i>	<i>779 137</i>	<i>973 921</i>
<i>Pozostałe koszty</i>	<i>82 110</i>	<i>164 221</i>	<i>205 276</i>
WYNIK OPERACYJNY	89 601	179 202	443 363

Źródło: opracowanie własne.

Od lipca 2020 zakłada się, iż szpital pozyska dodatkowy kontrakt na zakres kardiologiczny, poza wydzieleniem części kontraktu z zakresu internistycznego, na poziomie 1 mln zł, w 2021 roku – 2 mln zł, natomiast w 2022 roku – 2,5 mln zł.

Koszty oddziału kardiologicznego w większości zostaną przeniesione w ramach obecnego Oddziału Wewnętrzny proporcjonalnie do przeniesionego kontraktu z NFZ. Jednakże w ramach dodatkowego kontraktu z NFZ pojawią się dodatkowe koszty, takie jak: koszty osobowe, koszty procedur medycznych oraz pozostałe koszty. Generalnie dodatkowe koszty zostały skalkulowane adekwatnie do nowego przychodu.

Koszty osobowe dotyczą w głównej mierze wyodrębnionego dyżuru lekarskiego na Oddziale Kardiologicznym, wyodrębnienie funkcji Ordynatora oraz dodatkowego etatu lekarskiego na Oddziale Wewnętrznym po rozdzieleniu się na dwa odrębne oddziały.

Nakłady inwestycyjne na utworzenie Oddziału Kardiologicznego wraz z Pracownią Angiografii zostały poniesione przez szpital w pierwszej połowie 2019 roku.



2. Utworzenie Oddziału Neurologiczno-Udarowego

Zapotrzebowania na świadczenia medyczne związane z leczeniem i opieką pacjentów ze schorzeniami układu nerwowego stale wzrasta. Według raportu WHO z 2014 roku udar na przestrzeni lat 2000 – 2012 stanowił drugą na świecie, po chorobach serca przyczynę zgonów osób dorosłych²⁰. Na wystąpienie chorób neurologiczno-udarowych szczególnie narażone są osoby po 60. roku życia, co przy postępującym procesie starzenia się społeczeństwa rodzi zwiększone zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi. W tym względzie w strukturach Szpitala Ogólnego w Grajewie proponuje się utworzenie Oddziału Neurologiczno-Udarowego.

Zakłada się otwarcie 16 łóżkowego oddziału (12 łóżek neurologicznych, 4 udarowe) przy kontrakcie w wysokości 3 – 3,5 mln zł.

Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji wyniku finansowego oddziału przedstawia poniższa tabela.

Tabela 111 Efekt ekonomiczny działania

Oddział Neurologiczny z Udarami	2021	2022 i dalej
Przychody [zł]	3 000 000	3 500 000
Koszty [zł]	2 886 425	3 041 293
<i>Koszty zmienne</i>	<i>818 614</i>	<i>955 050</i>
<i>Koszty osobowe</i>	<i>1 704 061</i>	<i>1 704 061</i>
<i>Pozostałe koszty</i>	<i>363 750</i>	<i>382 182</i>
Wynik finansowy [zł]	113 575	458 707

Źródło: opracowania własne.

Wartość kontraktu oszacowana została za pomocą iloczynu liczby łóżek oraz wartości przychodów przypadających na 1 łóżko, bazując na danych porównawczych Jednostek posiadających w swojej strukturze opisywany oddział.

Wartość kosztów została oszacowana na podstawie danych finansowych Szpitali zajmujących się działalnością neurologiczno-udarową. W kosztach zmiennych znajdują się koszty zużycia leków, materiałów i sprzętu medycznego jednorazowego oraz koszty diagnostyki. Koszty osobowe odnoszą się do planowanego do zatrudnienia personelu (bez wartości ustawowych środków podwyżkowych) przy założeniu następującej obsady:

- 2 lekarzy + 1 lekarz na dyżurze,
- 12 pielęgniarek,
- 1 sekretarka medyczna,
- ½ etatu fizjoterapeuty.

W pozostałych kosztach ujęte zostały natomiast między innymi: koszty pobytu pacjenta (wyżywienie, zapewnienie pościeli), koszty transportu medycznego itp.

²⁰ Raport NIK nr ewid. 43/2016/P/15/072/LKA.



Szacuje się, że nakłady inwestycyjne uwzględniające między innymi zakup specjalistycznych łóżek, szafek przyłóżkowych, wózków wyniosą ok. 170 tys. zł i powinny zostać poczynione w roku 2020. Podobnie jak remont, który wyceniono na ok. 1 mln zł.

Proponowany termin wdrożenia działania: styczeń 2021 roku.

3. Rozwój Oddziału Urazowo-Ortopedycznego poprzez zabiegi endoprotezoplastyki biodra

Szpital w Grajewie w ramach swojej struktury posiada Oddział Urazowo-Ortopedyczny, który od pewnego czasu nie świadczy usług medycznych z zakresu endoprotezoplastyki biodra. Powyższa sytuacja ma wpływ na ograniczenie działalności oddziału w tym zakresie i pomniejszenie wielkości kontraktu z NFZ. W związku z powyższym zakłada się, iż Szpital Ogólny w Grajewie w roku 2020 wykona 60 zabiegów endoprotezoplastyki biodra, co pozwoli mu na odzyskanie kontraktu od 2021 roku. W kolejnym roku planuje się, iż Szpital wykona ponad 90 zabiegów endoprotezoplastyki biodra, co pozwoli osiągnąć wskaźnik 1,2 przeliczenia umowy kontraktowej z NFZ.

Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji odtworzenia kontraktu z zakresu endoprotezoplastyki biodra przedstawia poniższa tabela.

Tabela 112 Efekt ekonomiczny odtworzenia kontraktu z NFZ z zakresu endoprotezoplastyki biodra

Endoprotezoplastyka biodra	2020	2021	2022	2023
Przychody		311 680	1 461 024	1 461 024
Koszty	695 140	695 140	1 042 710	1 042 710
<i>Koszty osobowe</i>	<i>340 906</i>	<i>340 906</i>	<i>511 358</i>	<i>511 358</i>
<i>Endoprotezy</i>	<i>225 000</i>	<i>225 000</i>	<i>337 500</i>	<i>337 500</i>
<i>Koszty procedur medycznych - zmienne bloku operacyjnego</i>	<i>119 446</i>	<i>119 446</i>	<i>179 169</i>	<i>179 169</i>
<i>Pozostałe koszty (koszty hotelowe)</i>	<i>9 788</i>	<i>9 788</i>	<i>14 682</i>	<i>14 682</i>
WYNIK	-695 140	116 540	418 314	418 314

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w tabeli należy stwierdzić, iż w roku 2020 Szpital Ogólny w Grajewie poniesie koszty wykonania 60 zabiegów endoprotezoplastyki biodra w wysokości ok. 695 tys. zł. W kolejnym roku po odzyskaniu kontraktu z NFZ szpital będzie osiągał zysk na poziomie ok. 117 tys. zł. Od 2022 zakłada się, iż wykonanie 90 zabiegów endoprotezoplastyki biodra spowoduje wzrost kontraktu z NFZ, a tym samym zwiększenie zysku do poziomu ok. 418 tys. zł.

Kalkulacja przychodów została założona na podstawie iloczynu ilości procedury H14 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego, która wyceniana jest stawką 13 528 zł.



Wartość kosztów została oszacowana na podstawie danych finansowych Szpitala zajmujących się działalnością zabiegów endoprotezoplastyki biodra w ramach Oddziału Ortopedycznego. W kosztach procedury medycznej znajdują się koszty zużycia leków, materiałów i sprzętu medycznego jednorazowego oraz koszty diagnostyki. Koszty osobowe odnoszą się do wynagrodzenia dla lekarzy jako premię za wykonanie zabiegów endoprotezoplastyki biodra. W pozostałych kosztach ujęte zostały natomiast między innymi: koszty pobytu pacjenta (wyżywienie, zapewnienie pościeli), koszty transportu medycznego itp.

Dzięki temu działaniu Oddział Urazowo-Ortopedyczny wykorzysta w pełni obecne posiadane zasoby (m.in. na 12 łóżek pracuje tylko 7) oraz zwiększy się wykorzystanie bloku operacyjnego, gdzie zabiegi ortopedyczne wykonywane są tylko dwa razy w tygodniu.

4. Zwiększenia ilości wykonywanych procedur endoprotez kolana

Zgodnie z informacją uzyskaną w Szpitalu planowane jest zwiększenie ilości wykonywanych endoprotez kolana z 8 do 12 miesięcznie. Szacowany miesięczny wzrost przychodów z tego tytułu to 52 tys. zł, przy wzroście kosztów ok. 29,7 tys. zł (przy średnim pobycie pacjenta 4 dni).

Tabela 113 Kalkulacja dla zwiększenia ilości wykonywanych procedur endoprotez kolana

Endoprotezy kolan	1 m-c	2020 i dalej
Przychody	52 000	624 000
Liczba endoprotez kolan x stawka za 1 endoprotezę	4 x 13 000	12 x (4 x 13 000)
Koszty	29 658	355 898
<i>Usługi obce (kontrakty)</i>	21% x 52 000	131 040
<i>Koszty endoprotez</i>	4 x 4 000	192 000
<i>Koszty hotelowe</i>	4 x 163	7 515
<i>Koszty zmienne bloku operacyjnego</i>	2 086	25 034
WYNIK	41 442	268 102

Źródło: opracowanie własne.

5. Zwiększenie ilości porodów oraz utworzenie zamiejscowej Poradni „K”

Szpital w Grajewie posiada Oddział Położniczo-Ginekologiczny z Pododdziałem Noworodkowym, których zasoby nie są w pełni wykorzystywane.

Na rynku medycznym szpitali powiatowych można zaobserwować, iż działalność Oddziałów Położniczo-Ginekologicznych wraz z Pododdziałami Noworodkowymi jest likwidowana ze względu na stosunkowo niską i malejącą ilość porodów, co jest niebezpieczne z punktu widzenia medycznego dla pacjentek oraz ekonomicznego dla finansów szpitali.

W świetle posiadanego potencjału przez Szpital w Grajewie w tym zakresie zaleca się, aby stała ilość porodów (utrzymująca się na dość niskim poziomie) uległa zwiększeniu w określonym czasie, co powinno uzasadnić istnienie tej działalności, zarówno z punktu widzenia medycznego, jak i ekonomicznego.



Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji zwiększenia ilości porodów przedstawia poniższa tabela.

Tabela 114 Efekt ekonomiczny zwiększenia ilości porodów

Zwiększenie ilości porodów	2020	2021	2022	2023
Przychody	332 399	531 838	598 317	664 797
Koszty	82 617	132 187	148 710	165 234
<i>Koszty procedur medycznych</i>	<i>63 612</i>	<i>101 779</i>	<i>114 502</i>	<i>127 224</i>
<i>Pozostałe koszty (koszty hotelowe)</i>	<i>19 005</i>	<i>30 408</i>	<i>34 209</i>	<i>38 009</i>
WYNIK	249 782	399 651	449 607	499 563

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w tabeli należy stwierdzić, iż zwiększenie ilości każdego porodu będzie miało wpływ na poprawę sytuacji finansowej szpitala.

Kalkulacja przychodów została założona na podstawie iloczynu wyceny procedury N01, N20, N25 oraz ilości procedur wykonywanych w każdym roku:

- 2020 – 75 porodów
- 2021 – 120 porodów
- 2022 – 135 porodów
- 2021 i dalej – 150 porodów

Wartość kosztów została oszacowana na podstawie danych finansowych Szpitali zajmujących się działalnością medyczną z zakresu położnictwa i neonatologii. W kosztach procedury medycznej znajdują się koszty zużycia leków, materiałów i sprzętu medycznego jednorazowego oraz koszty diagnostyki. W pozostałych kosztach ujęte zostały natomiast między innymi: koszty pobytu pacjentki (wyżywienie, zapewnienie pościeli), koszty transportu medycznego itp. Pozostałe koszty stałe jakie ponosi obecnie szpital w ramach działalności Oddziału Położniczo-Ginekologicznego z Pododdziałem Noworodkowego utrzymają się na stałym poziomie niezależnie do zwiększonej ilości porodów.

Jedną z strategii pozyskania pacjentek do szpitala w celu świadczenia usług medycznych z zakresu położniczego i neonatologicznego powinno być utworzenie zamiejscowej Poradni „K”.

Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji uruchomienia zamiejscowej Poradni K przedstawia kolejna tabela.

Tabela 115 Kalkulacja utworzenia zamiejscowej Poradni K

Poradnie K poza miejscowa	2020 i dalej
Przychód	138 000
Koszty	137 396
Koszty osobowe	116 064
lekarz	93 600
pielęgniarka	22 464
Koszty materiałów medycznych	10 532



Koszty dzierżawy	10 800
WYNIK	604

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w tabeli należy stwierdzić, iż Szpital w celu pozyskania pacjentek na Oddział Położniczy powinien uruchomić zamiejscową Poradnię K, która powinna osiągać przychód co najmniej na poziomie 138 tys. zł, aby pokryć koszty funkcjonowania.

Ponadto zaleca się zwiększenie liczby zabiegów laparoskopowych, które pozwalają skrócić czas pobytu pacjenta, zapewniając mu jednocześnie mniejszą inwazyjność, podwyższony komfort i przyspieszony proces zdrowienia, a w następstwie zwiększoną ilość przyjętych chorych.

Audytorzy wskazują także na ważny aspekt utrzymywania ścisłej współpracy ze Szkołą Rodzenia, która działa na terenie Grajewa, a stanowi bardzo dobre źródło stałego dopływu pacjentek do SO w Grajewie.

Ponadto warto nadmienić, iż Jednostka podjęła już wstępną współpracę z SP ZOZ w Mońkach, który ma w planach likwidację oddziału Położniczego, aby przejąć opiekę nad ich pacjentkami.

6. Pozyskanie nowego kontraktu z NFZ dot. pilotażowego programu „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”

Od 01.12.2019 r. Szpital przez 2 lata realizować będzie pilotażowy program „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”, który ma na celu:

- 1) podniesienie jakości żywienia pacjentek;
- 2) zwiększenie satysfakcji pacjentek z hospitalizacji;
- 3) zwiększenie wiedzy pacjentek dotyczącej zasad zdrowego żywienia;
- 4) wyrobienie dobrych nawyków pacjentek w zakresie właściwego odżywiania;
- 5) spełnienie przez świadczeniodawców określonych wytycznych przygotowywania posiłków.

Wstępna liczba zakontraktowanych osobodni to 3 756, jednak w związku z podjęciem współpracy ze Szkołą Rodzenia działającą w Grajewie i nieformalnymi grupami zrzeszającymi młode mamy, poprawą jakości żywienia i warunków bytowych na oddziale, a także otwarciem Poradni K w terenie przewiduje się praktycznie podwojenie tej liczby, do 7 500 osobodni. W związku z tym działaniem planuje się dotrudnienie na umowę zlecenie dietetyka z wynagrodzeniem 800 zł brutto (ok. 960 zł z kosztami pracodawcy).

Tabela 116 Kalkulacja dla programu „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”

Dieta Mamy	XII 2019	2020	I-XI 2021
Przychody	5 697	68 250	62 563
Liczba osobodni x stawka za 1 osobdzień	313 x 18,20	3 750 x 18,20	3 437 x 18,20
Koszty	960	11 520	10 560
Koszty osobowe	960	11 520	10 560



WYNIK	4 737	56 730	52 003
-------	-------	--------	--------

Źródło: opracowanie własne.

7. Badanie Kliniczne

SO w Grajewie posiada bogate doświadczenie w przeprowadzaniu badań klinicznych m.in. z zakresu ortopedii, diabetologii oraz chirurgii. Ośrodek wielokrotnie otrzymywały status „high recruiter”, a prowadzony monitoring oraz audyty wykazywały najwyższą jakość w realizowanych projektach badawczych.

Od 01.11.2019 roku Szpital prowadzi w Poradni Chirurgicznej badania kliniczne dotyczące stopy cukrzycowej. Szacowany przychód z tego tytułu to 60 000 zł (20 pacjentów x 3 000 zł). Okres trwania badań to ok. 2 lata. Działanie to nie generuje dodatkowych kosztów dla Jednostki.

Tabela 117 Kalkulacja dla badania klinicznego dot. stopy cukrzycowej

Stopa cukrzycowa	XI-XII 2019	2020	I-X 2021
Przychody	6 000	30 000	24 000
Liczba pacjentów x stawka za pacjenta	2 x 3 000	10 x 3 000	8 x 3 000
Koszty	0	0	0
WYNIK	6 000	30 000	24 000

Źródło: opracowanie własne.

W planach na rok 2020 szpital ma uruchomienie kolejnych 3 badań klinicznych, tym razem leków przeciwzakrzepowych i diabetologicznych. Szacuje się, iż badania rozpoczną się w lipcu i potrwać ok. 2 lata, a przychód każdego z nich kształtować się będzie na poziomie ok. 80 tys. zł. Daje to łączną kwotę 240 tys. zł (wartość ta jest przybliżona i bazuje na danych historycznych) bez ponoszenia dodatkowych kosztów.

Tabela 118 Kalkulacja dla 3 badań klinicznych leków przeciwzakrzepowych i diabetologicznych

Leki przeciwzakrzepowe i diabetologiczne (3 osobne badania kliniczne)	VII-XII 2020	2021	I-VI 2022
Przychody	60 000	120 000	60 000
Koszty	0	0	0
WYNIK	60 000	120 000	60 000

Źródło: opracowanie własne.

8. Zwiększenie aktywności działalności Medycyny Pracy

Szpital jest na etapie weryfikacji i optymalizacji zatrudnienia personelu pielęgniarskiego oraz lekarskiego w Poradni Medycyny Pracy, a także w poradniach współpracujących. Jednocześnie prowadzi działania w celu poszerzenia bazy przedsiębiorców korzystających z usług Poradni MP. Szacuje się wzrost liczby wydanych zaświadczeń o około 21 % (500 szt.), co pozwoli zwiększyć przychody o ok. 30 tys. zł.



K

Mimo zwiększenia liczby porad lekarskich, ich wynagrodzenia pozostaną na zbliżonym poziomie, bowiem Szpital zmieni organizację czasu pracy w tej komórce organizacyjnej. Pozwoli to na lepsze, ale nadal racjonalne, wykorzystanie zasobów i nie ponoszenie dodatkowych kosztów z tytułu tego działania.

Tabela 119 Kalkulacja dla optymalizacji działalności Poradni Medycyny Pracy

Medycyna Pracy	2020	2021 i dalej
Przychody	30 000	30 000
Koszty	0	0
WYNIK	30 000	30 000

Źródło: opracowanie własne.

9. Optymalizacja ilości zleczanych wysokocennych badań diagnostycznych. rezonansu magnetycznego

Decyzją Dyrektora zalecono Ordynatorom dokonywanie dodatkowych selekcji pacjentów kierowanych na RM, aby zweryfikować ich zasadność i konieczność wykonania.

Na badania RM nie są kierowani pacjenci bez pilnych wskazań życiowych. Od listopada 2019 roku nastąpiło zmniejszenie ilości badań RM z 5 do średnio 2 miesięcznie. Średni koszt badania RM to 400 zł, zatem dało to oszczędność na poziomie 1,2 tys. zł miesięcznie (14,4 tys. zł rocznie)

Tabela 120 Kalkulacja dla redukcji ilości zleczanych badań RM

Optymalizacja ilości RM	XI-XII 2019	2020	2021 i dalej
Przychody	0	0	0
Koszty	-2 400	-14 400	-14 400
WYNIK	2 400	14 400	14 400

Źródło: opracowanie własne.

10. Utworzenia własnej Pracowni Tomografii Komputerowej

Szpital prowadzi działania w celu pozyskania funduszy z rezerw budżetu obywatelskiego oraz dofinansowania ze starostwa na zakup nowego aparatu TK Ponadto planuje starać się o dofinansowanie w ramach konkursu RPO 8.4.1, który ma być ogłoszony w kwietniu 2020 roku (poziom dofinansowania – 85 %). Koszt zakupu nowego tomografu to ok 1,5 mln zł brutto.

Szpital zapewni kadre do funkcjonowania pracowni TK w ramach obecnie istniejących etatów. Dodatkowy dla szpitala koszt stanowić będzie koszt radiologa lub teleradiologa do opisu badań oraz koszty materiałów (ok. 274 tys. zł rocznie).

Obecnie funkcjonujący podmiot (Ekolex Sp. z o.o.) posiada kontrakt z NFZ na badania TK w kwocie około 550 tys zł rocznie, ponad to świadczy usługi komercyjne na poziomie ok. 40 tys. zł.

Planowany termin uruchomienia pracowni to rok 2021.



Tabela 121 Kalkulacja dla własnej Pracowni TK

TK	2021 i dalej
Przychody	590 000
<i>Kontrakt z NFZ</i>	<i>550 000</i>
<i>Usługi komercyjne</i>	<i>40 000</i>
Koszty	274 000
<i>Koszty osobowe lek. radiologa/teleradiologa</i>	<i>105 000</i>
<i>Koszty pozostałe</i>	<i>169 000</i>
WYNIK	316 000

Źródło: opracowanie własne.

Otworzenie własnej pracowni tomografii pozwoli zmniejszyć koszty badań własnych szpitala o średnio 42 tys. zł miesięcznie co pozwoli na oszczędność w kwocie 504 tys. zł rocznie.

Tabela 122 Kalkulacja zakończenia umowy z firmą Ekolox Sp. z o.o.

Ekolox	2021
Przychody	0
Koszty	-504 000
WYNIK	504 000

Źródło: opracowanie własne.

11. Utworzenia Oddziału Ortopedii Dziecięcej

W roku 2019 w województwie podlaskim tylko jeden świadczeniodawca (Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny im. L. Zamenhofs w Białymstoku) miał podpisany kontrakt z NFZ na hospitalizacje w zakresie „ORTOPEDIA I TRAUMAT. NARZ. RUCHU DZIECIĘCA”. Dlatego poszerzenie działalności Jednostki o ten profil jest zasadne i pożądane z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej, a także interesów ekonomicznych Szpitala podjął działania w celu pozyskania nowego kontraktu z NFZ, aby w roku 2022 otworzyć Oddział Ortopedii Dziecięcej. W kalkulacji przyjęto następujące założenia:

- wartość kontraktu – 160 tys. zł miesięcznie,
- ilość łóżek – 10
- średni pobyt pacjenta – 4 dni
- średnia ilość procedur 31

Tabela 123 Kalkulacja dla nowego Oddziału Ortopedii Dziecięcej

Ortopedia dziecięca	1 m-c	2022 i dalej
Przychody	160 000	1 920 000
Koszty	125 063	1 500 768
<i>Materiały medyczne</i>	<i>20 000</i>	<i>240 000</i>
<i>Koszty osobowe</i>	<i>80 000</i>	<i>960 000</i>
<i>Koszty zmienne Bloku Operacyjnego</i>	<i>10 333</i>	<i>124 000</i>



Ortopedia dziecięca	1 m-c	2022 i dalej
Koszty hotelowe	5 729	68 751
Koszty infrastruktury	7 448	89 377
Koszty energii elektrycznej	683	8 198
Koszty energii ciepłej	870	10 442
WYNIK	34 937	419 232

Źródło: opracowanie własne.

Koszty zmienne Bloku Operacyjnego (m.in.: leki, środki opatrunkowe, sprzęt medyczny jednorazowy, tlen, środki czystości i wywóz śmieci) oraz koszty energii elektrycznej i ciepłej zostały oszacowane na podstawie danych historycznych. Koszt hotelowy obliczono mnożąc średnią stawkę za osobodzień (46,20 zł) ze średnią liczbą procedur (31) i średnim pobytem pacjenta (4 dni), zaś koszt infrastruktury wyliczono mnożąc średnią stawkę za osobodzień (60,06 zł) ze średnią liczbą procedur (31) i średnim pobytem pacjenta (4 dni).

Kalkulacja ta nie uwzględnia dodatkowego zespołu na Bloku Operacyjnym, bowiem procedury będą wykonywane w ramach obecnej, niewykorzystanej w pełni, bazy.

12. Oddział Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Chirurgii Dziecięcej

Oddział wymaga pilnego remontu i dostosowania do obowiązujących przepisów. Bezpieczeństwo pacjentów w dużej mierze, obok kwalifikacji kadry medycznej, zależy także od spełnienia przez bazę techniczną norm zaleceń wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Ponadto z informacji uzyskanych od Kierownictwa Oddziału do pilnych potrzeb zaliczyć należy:

- dermaton (koszt ok. 14 tys. zł; zgłaszany także przez Blok Operacyjny),
- aparat do zaopatrzenia odmy płucnej (pompa wielorazowa do drenażu jamy płucnej),
- monitory – min. 2 szt.,
- łóżka i wyposażenie sal chorych.

13. Oddział Obserwacyjno-Zakaźny

Oddział wymaga pilnego remontu i dostosowania do obecnych przepisów. Należy rozważyć zmianę lokalizacji Oddziału.

Wśród zgłoszonych potrzeb Kierownictwo Oddziału wymieniło:

- podnośniki,
- pompy infuzyjne,
- defibrylator.

14. Oddział Rehabilitacji



Oddział wymaga pilnego remontu. Audytorzy wskazują zasadność rozważenia także zmiany lokalizacji, bowiem jest na nim bardzo ciasno. Może to zagrażać zdrowiu już ograniczonych ruchowo pacjentów.

15. Centrum Zdrowia Psychicznego

Ideą uruchomionego programu pilotażowego w CZP (na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. – Dz. U. 2018.852 ze zm.) jest wdrożenie nowoczesnego modelu leczenia chorób i zaburzeń psychicznych opartego na finansowaniu kapitacyjnym, które promuje pośrednie i otwarte formy leczenia ograniczając rolę uciążliwej, mało efektywnej i kosztochłonnej hospitalizacji psychiatrycznej.

W ramach Centrum Zdrowia Psychicznego funkcjonuje:

- Oddział Psychiatryczny,
- Oddział Dzienny Psychiatryczny,
- Zespół Leczenia Środowiskowego (ZLS),
- Poradnia Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynującym.

Dodatkowo Szpital posiada podpisaną umowę z podwykonawcą (NZOZ MEDICUS) w ramach, której podwykonawca udziela świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych w ramach Poradni Zdrowia Psychicznego. Obecnie w wyniku prac szpitalnej Komisji ds. Analizy Kosztów udało się renegocjować warunki uczestnictwa ww. podwykonawcy w programie pilotażowym i zmniejszyć jego wynagrodzenie od stycznia 2020 roku o 2,5 tys. zł miesięcznie (30 tys. zł rocznie).

Ponadto Szpital podjął rozmowy o podjęciu współpracy z SP ZOZ w Mońkach, aby od połowy 2020 roku włączyć mieszkańców powiatu monieckiego do obszaru działania CZP SO w Grajewie. Umożliwi to Poradni Zdrowia Psychicznego w Mońkach udział w programie pilotażowym jako podwykonawca Szpitala Ogólnego w Grajewie. Rozliczenie współpracy miałyby nastąpić na podstawie ilości faktycznie wykonanych przez podwykonawcę świadczeń. Dzięki temu populacja biorąca udział w pilotażu zwiększyłaby się z około 38 tys. do około 70 tys. osób, przy stawce półrocznej za każdego mieszkańca 39,61 zł. Kalkulację przychodu i kosztów przedstawiono w poniższych tabelach. Warto nadmienić, iż Szpital jest już po wstępnej rozmowie i akceptacji ze strony Departamentu Zdrowia w Urzędzie Marszałkowskim Województwa Podlaskiego.

Tabela 124 Kalkulacja przychodu wynikającego ze zwiększenia populacji CZP o mieszkańców powiatu monieckiego Oddziału Ortopedii Dziecięcej

CZP + powiat moniecki	6 m-cy – 2020	2021 i dalej
Przychody	1 267 520	2 535 040
Populacja powiatu monieckiego zakwalifikowana do programu x stawka na świadczeniobiorcę (na 6 miesięcy)	32 000 x 39,61	

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 125 Kalkulacja kosztów dot. rozszerzenia populacji CZP o mieszkańców powiatu monieckiego

CZP + powiat moniecki	1 m-c	2020	2021 i dalej
Koszty	76 390	564 016	1 128 031
Koszty osobowe	57 700	346 200	692 400
Koszty paliwa (obsługa ZLŚ)	6 000	36 000	72 000
Koszty podwykonawcy (PZP w Mońkach)	13 000	78 000	156 000
Koszty hotelowe	272,7 x 40,62	66 460	132 919
Pozostałe koszty	3 113	37 356	74 712

Źródło: opracowanie własne.

W kalkulacji kosztów osobowych założono zwiększenie zatrudnienia w CZP z 36 do 44 osób, przy średnim wynagrodzeniu na poziomie 8,2 tys. zł. W kosztach hotelowych założono wzrost obłożenia na Oddziale Psychiatrycznym o ok. 50% (średniomiesięcznie dodatkowo o ok.273 osobodni).

Tabela 126 Kalkulacja przychodów i kosztów dot. rozszerzenia populacji CZP o mieszkańców powiatu monieckiego

CZP + powiat moniecki	2020	2021 i dalej
Przychody	1 267 520	2 535 040
Koszty	564 016	1 128 031
WYNIK	703 504	1 407 009

Źródło: opracowanie własne.

Działanie pozwoli poprawić wynik Jednostki o ok.0,7 mln w roku 2020 i o ok. 1,4 mln zł w kolejnych latach.

16. RTG

Warto rozważyć zakup pełnocyfrowego aparatu RTG oraz dokupienie drugiego aparatu USG ze względu na dużą eksploatację obecnego sprzętu.

17. Pracownia Endoskopii

Warto zwiększyć ilość badań komercyjnych i rozszerzyć usługi pracowni o pozyskanie kontraktu z NFZ na badania ambulatoryjne. Działanie to będzie wymagać remontu i wydzielania osobnych pomieszczeń (w tym toalety oraz sali do wyburzeń dla pacjentów, którzy skorzystali ze znieczuleń). Potrzebne będą nowe aparaty i 2 myjnie.

Audytorzy wskazują ponadto, że brakuje dedykowanego kierownika do pracowni, bowiem obecnie podlega ona pod Kierownika Pracowni RTG i USG.

18. Dział Fizjoterapii



Pomieszczenia nie wymagają remontu, jednak nadają się już do odświeżenia. Ponadto zgłoszono zapotrzebowanie na przewody i elektrody do aparatów.

19. AOS

Zgodnie z informacją uzyskaną podczas audytu od listopada przy Oddziale Dziecięcy ma działać **Poradnia Dziecięca**, która ma pozwolić na skoordynowaną opiekę nad młodym pacjentem. Ponadto ma powstać również **Poradnia Chorób Wewnętrznych**. W kontekście planowanego wydzielenia Oddziału Kardiologii, ważne jest także utworzenie **Poradni Kardiologicznej**.

20. Centralna Sterylizatornia

Centralna Sterylizatornia wymaga pilnego remontu, dostosowania do obecnych przepisów oraz dosprzętowania (o 1 autoklaw, 2 myjnie, drobne sprzęty do sterylizacji – pistolety parowe, sprzężone powietrze – oraz jeszcze min. 1 sterylizator).

21. Laboratorium Analityczne i Mikrobiologiczne

W związku z postępującą cyfryzacją społeczeństwa proponuje się wprowadzić możliwość odbioru wyników badań on-line oraz zamieścić na stronie internetowej ofertę z cennikiem, aby ułatwić potencjalnym pacjentom/klientom dostęp do informacji. Powinno to skutkować zwiększeniem zainteresowania usługobiorców, a co za tym idzie, również zwiększeniem przychodu dla Szpitala.

Ponadto pomieszczenia tych pracowni wymagają remontu.

22. Strona internetowa

Według danych za rok 2017 w Polsce 82% gospodarstw domowych posiada dostęp do Internetu. W obecnych czasach to właśnie ten kanał stał się głównym źródłem informacji, dlatego tak ważne jest, aby „funkcjonować” także w tej przestrzeni. W związku z tym audytorzy zalecają bieżące aktualizowanie już istniejącej (przyjaznej dla użytkowników) strony internetowej Szpitala (<https://www.szpital-grajewo.pl/>). Takie działanie w sposób pośredni przyczyniać się będzie do budowania aktywnych relacji Jednostka-Pacjent.

23. Zmiana warunków współpracy z firmą obsługującą obsadę lekarską na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym

Na koniec listopada 2019 roku Szpital wystosował pismo z propozycją zmian w umowie z firmą Ortotrauma Sp. z o.o., w którym:

- zobowiązał się do zapewnienia lekarza pełniącego dyżur medyczny w godzinach 15:00 – 7.25;
- postanowił przejąć obowiązek zapewnienia we własnym zakresie endoprotez, instrumentarium do zabiegów wszczepiania endoprotez oraz wszczepów dokręgosłupowych;
- zaproponował obniżenie wynagrodzenia z tytułu wykonania umowy do wysokości 21% kwoty przekazanej Szpitalowi przez POW NFZ za dany miesiąc kalendarzowy.



Tabela 127 Kalkulacja miesięczna dla starej i nowej organizacji pracy z firmą ORTOTRAUMA Sp. z o.o.

ORTOTRAUMA	Przed wprowadzeniem zmian do umowy	Po wprowadzeniu zmian do umowy	BILANS ZMIAN
<i>Liczba endoprotez średniomiesięcznie</i>	0	8,2	-
<i>Koszt materiału jedna endoproteza brutto</i>	0	4 500	-
<i>Koszt endoprotez średniomiesięczny brutto</i>	0	36 900	36 900
<i>Liczba godzin do zabezpieczenia przez naszych chirurgów</i>	0	544	-
<i>Stawka zabezpieczenia</i>	0	20	-
<i>Kwota zabezpieczenia</i>	0	10 880	10 880
<i>Stawka procentowa dla ORTOTRAUMA</i>	52%	21%	-
<i>Koszt Ortotrauma średniomiesięczny</i>	116 069	46 525	-69 544
Łącznie koszty dot. umowy ORTOTRAUMA	116 069	94 865	-21 764

Źródło: opracowanie własne.

Nowe warunki współpracy pozwolą wygenerować oszczędność miesięczne na poziomie blisko 21,8 tys. zł (ok. 261,2 tys. zł rocznie), co pozwoli wygenerować dodatni bilans tego Oddziału.

24. Działanie w zakresie pozyskania akredytacji CMJ

Akredytacja CJM to usystematyzowany proces zewnętrznej oceny jednostek ochrony zdrowia prowadzony w oparciu o dostępne i opublikowane standardy. Ocena dotyczy szpitala jako funkcjonalnej całości: przeglądowi podlega pełne spektrum działalności klinicznej, zarządzania i administracji. Potwierdzeniem udzielenia akredytacji (wydania pozytywnej oceny rówieśniczej) jest certyfikat, podpisywany przez Ministra Zdrowia na okres 3 lat.

Akredytacji CMJ, to nie tylko prestiż dla szpitala, który może się pochwalić wiarygodnym potwierdzeniem jakości świadczonych usług, ale także szansa na wyższy kontrakt z NFZ.

Szpital planuje uzyskanie akredytacji w roku 2021.

25. Wprowadzenie regulacji materiałami medycznymi

Na podstawie przeprowadzonego audytu Szpitala w Grajewie można stwierdzić, iż obecny system zarządzania i gospodarowania materiałami medycznymi nie jest optymalny. Zaleca się zatem wprowadzenie limitów zużycia materiałów medycznych na poszczególne komórki medyczne.

Pod pojęciem limitów na materiały medyczne rozumie się miesięczne wartości limitów zużycia środków farmaceutycznych oraz sprzętu jednorazowego użytku w poszczególnych



komórkach organizacyjnych ustalane na początku każdego roku kalendarzowego. Za przestrzeganie zgodności zużycia materiałów medycznych odpowiedzialni powinni być Kierownicy komórek organizacyjnych, Kierownik apteki oraz Dyrekcja.

W gospodarce materiałami medycznymi istotne jest również rozważne i przemyślane dobieranie odpowiedniego zestawu materiałów medycznych do każdego leczonego pacjenta, np. stosowanie zamienników drogich, markowych leków tańszymi, równie skutecznymi.

Do analizy wysokości limitów i faktycznego zużycia materiałów medycznych w odniesieniu do zrealizowanych świadczeń medycznych powinna być wyznaczona odpowiednia osoba, która w formie raportów będzie opracowywać spostrzeżenia dla Dyrekcji. Wszystkie informacje o gospodarce lekowej powinny być zapisywane w systemie informatycznym. Inwentaryzacja apteki szpitalnej powinna odbywać się przynajmniej raz na kwartał. Podręczne apteczki oddziałowe powinny być inwentaryzowane raz w miesiącu.

Zaleca się, aby szpital wyznaczył harmonogram wdrażania poszczególnych oddziałów w zakresie rozliczania zużycia materiałów medycznych w momencie wyjścia leku z oddziału poprzez wykorzystanie posiadanego modułu apteczek oddziałowych. Idealnym rozwiązaniem jest ewidencja zużycia leków na jednego pacjenta, co jest powiązane ze zleceniami lekarza.

W związku z tym, na podstawie analizy porównawczej (tzw. Benchmarking), polegającej na porównaniu zużycia materiałów medycznych na poszczególnych oddziałach Szpitala w Grajewie do innych Jednostek o podobnym zakresie świadczonych usług medycznych oszacowano następujące oszczędności w poszczególnych grupach materiałów medycznych.

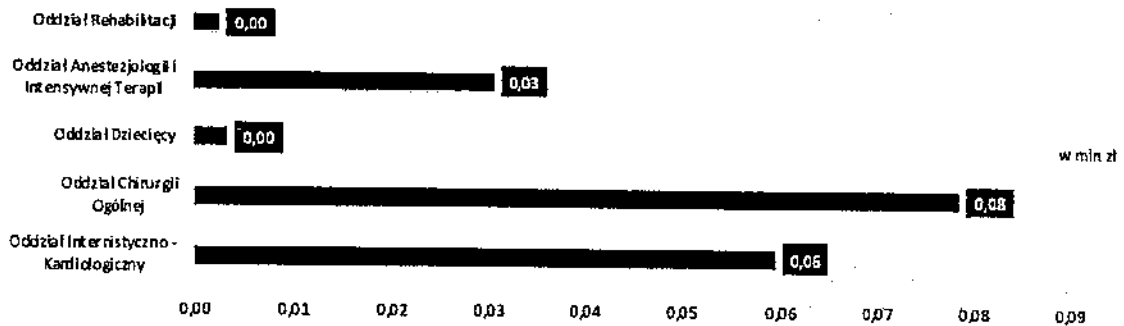
Wykres 55 Szacowane oszczędności z tytułu wprowadzenia regulacji w gospodarce materiałowej



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Wykres 56 Oszczędności w zakresie zużycia materiałów medycznych na poszczególne oddziały



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Roczne oszczędności z tytułu realizacji opisywanego działania zostały oszacowane na poziomie około 200 tys. zł.

Warto nadmienić, iż w celu lepszego wykorzystania posiadanych zasobów i zarządzania poszczególnymi komórkami Szpital powołał pod koniec roku specjalną Komisję ds. Analizy Kosztów. Następstwem jej funkcjonowania było przekazanie kierującemu Oddziałem Chirurgii Ogólnej uwag dotyczących konieczności zwiększenia kontroli nad wykorzystaniem materiałów i racjonalnością gospodarki lekami. Szpital planuje analogiczną i systematyczną kontrolę pozostałych komórek.



11. Działania w zakresie obsługi gospodarczej

Niezwykle ważne dla właściwego funkcjonowania podmiotów leczniczych jest odpowiednie zarządzanie procesami pośrednio związanymi z leczeniem pacjentów, czyli tzw. obsługą gospodarczą. Procesy z nią związane mają bowiem odzwierciedlenie w wysokości kosztów obciążających placówki medyczne. W niektórych sferach obsługi gospodarczej Szpitala Ogólnego w Grajewie wymagana jest optymalizacja kosztów. Jej wdrożenie przyczyni się do poprawy sytuacji finansowej badanej Jednostki.

Analiza sfery obsługi gospodarczej w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie, przedstawiona w części audytowej opracowania pozwoliła na zidentyfikowanie szczegółowych problemów występujących w Placówce. Dotyczą one poszczególnych zakresów:

- organizacji procesu prania,
- kosztów żywienia,
- kosztów transportu sanitarnego.

W dalszej części rozdziału przedstawione zostały możliwe do osiągnięcia oszczędności wynikające z optymalizacji kosztów poszczególnych zakresów obsługi gospodarczej.

A. Optymalizacja kosztów związanych z praniem

Pranie w Szpitalu Ogólnym w Grajewie realizowane jest we własnym zakresie poprzez Komórkę Pralni. Analiza dokonana w części audytowej opracowania wykazała, iż koszty jednostkowe prania (6,25 zł/kg) kształtują się na poziomie wyższym niż w porównywalnych placówkach – średni koszt prania w jednostkach regionu województwa podlaskiego – 5,00 zł/kg.

Pralnia funkcjonująca w Szpitalu naraża Jednostkę na nadmierne koszty. Skala działalności Pralni nie jest dostosowana do potrzeb pokrycia jej kosztów bieżącego funkcjonowania. W ramach działań naprawczych zaleca się:

- podjęcie działań marketingowych mających na celu rozpropagowanie działalności komercyjnej Pralni w regionie,
- rozszerzenie oferty usług prania dla pracowników Szpitala,
- optymalizację kosztów utrzymania budynku Pralni w zakresie jej infrastruktury technicznej.

Symulacja oszczędności wynikających z proponowanych działań przedstawiona została w poniższej tabeli. Porównanie do danych z obecnego rozwiązania odnosi się do wartości z roku 2018.



Tabela 128 Symulacja oszczędności wynikających z optymalizacji kosztów prania

Wyszczególnienie	Obecne rozwiązanie	Nowe rozwiązanie
Koszty [zł]	660 286	652 286
Przychody [zł]	18 705	111 000
Oszczędność roczna		100 295
Oszczędność [%]		16%

Źródło: opracowanie własne.

Dane przedstawione w tabeli uwzględniają zwiększenie przychodów z tytułu komercyjnej działalności Pralni. Na wysokość zwiększonych przychodów składają się:

- zwiększenie sprzedaży asortymentu do poziomu 15 tys. kg rocznie po cenie jednostkowej 5 zł/kg,
- sprzedaż usług pralniczych w zakresie odzieży roboczej dla lekarzy kontraktowych w zryczałtowanej stawce 100 zł/miesięcznie.

Zmniejszenie kosztów związane jest z redukcją opłat za zużycie energii cieplnej oraz ciepłej wody użytkowej w związku z przeprowadzeniem termomodernizacji budynków Szpitala.

Szpital poprzez optymalizację kosztów oraz zwiększenie strony sprzedażowej Pralni może zaoszczędzić około 100 tys. zł rocznie.

B. Optymalizacja kosztów związanych z żywieniem pacjentów

Usługi żywienia w Szpitalu Ogólnym w Grajewie realizowane są przez podmiot zewnętrzny Ekolox Sp. z o.o. Analiza dokonana w części audytowej opracowania wykazała, iż koszty jednostkowe żywienia kształtują się na poziomie wyższym niż w porównywalnych placówkach – średni koszt żywienia w jednostkach regionu województwa podlaskiego – 17 zł/posiłek/osobodzień. W tym względzie zaleca się renowację stawek żywieniowych z obecnym Wykonawcą usług bądź jego zmianę.

Symulacja oszczędności wynikających z optymalizacji kosztów żywienia oparta została o koszty żywienia z roku 2018, liczbę wydanych posiłków tego roku oraz średnią stawkę żywienia dostępną na rynku.

Tabela 129 Symulacja oszczędności wynikających z optymalizacji kosztów żywienia

Wyszczególnienie	Obecne rozwiązanie	Nowe rozwiązanie
Koszty [zł]	966 422	895 152
Oszczędność roczna [zł]		71 270
Oszczędność [%]		7%

Źródło: opracowanie własne.

Szpital poprzez zmianę dostawcy usług żywieniowych może zaoszczędzić około 70 tys. zł rocznie.



C. Optymalizacja kosztów związanych z transportem sanitarnym

W Szpitalu Ogólnym w Grajewie obsługa transportu realizowana jest przy udziale własnego pojazdu oraz podmiotów zewnętrznych. Szpital posiada jeden samochód służbowy wykorzystywany do celów administracyjnych. Ponadto Jednostka w swojej działalności wykorzystuje podmioty zewnętrzne zarówno do celów transportu administracyjnego oraz transportu sanitarnego (pacjentów).

Koszty transportu własnego stanowią marginalną część całości kosztów transportu, co świadczy o niewielkim wykorzystaniu własnego pojazdu w działalności Placówki. Transport obcy prowadzony jest przez podmioty świadczące usługi przewozu taksówkami oraz przez firmę Ekolex Sp. z o.o.

Organizacja transportu w Szpitalu Ogólnym w Grajewie nie jest efektywna. Posiadany przez Jednostkę pojazd własny nie jest w pełni wykorzystywany. Placówka korzysta z dodatkowych usług taksówek (3 odrębne umowy) oraz podmiotu Ekolex Sp. z o.o., świadczącego usługi transportu sanitarnego. W ramach umowy firma Ekolex zapewnia całodobową gotowość zespołu transportu sanitarnego na każde telefoniczne wezwanie Jednostki wraz z ambulansem. W przypadku konieczności realizacji transportów medycznych personel do tego niezbędny zabezpieczany jest przez Szpital w Grajewie. Analiza przedstawiona w części audytowej opracowania, dotycząca kosztów obsługi podmiotów zewnętrznych w stosunku do ich faktycznego wykorzystania wykazała, że jest to rozwiązanie zbyt kosztowne dla tej wielkości Szpitala. W ramach optymalizacji kosztów Szpital podjął już następujące działania:

- rezygnacja z usług świadczonych przez podmioty zewnętrzne (Ekolex Sp. z o.o., taksówki),
- współfinansowany ze źródeł zewnętrznych zakup własnego ambulansu do przewozu pacjentów,
- dostosowanie organizacji pracy w zakresie transportu do faktycznych potrzeb Szpitala wraz z pełnym wykorzystaniem własnego pojazdu.

Symulacja oszczędności wynikających z zaproponowanych działań przedstawiona została w poniższej tabeli. Porównanie do danych z obecnego rozwiązania odnosi się do wartości z roku 2018.

Tabela 130 Symulacja oszczędności wynikających z optymalizacji kosztów transportu

Wyszczególnienie	Obecne rozwiązanie	Nowe rozwiązanie
usługa transportu	379 154	-
koszty eksploatacji pojazdów	2 366	10 000
koszty zużycia paliwa pojazdów	-	86 263
dodatkowe koszty osobowe	-	207 360
razem	381 520	303 623
oszczędność [zł]		77 897
oszczędność [%]		20%

Źródło: opracowanie własne.

Dane przedstawione w tabeli uwzględniają koszty eksploatacji oraz zużycia paliwa zakupionego do własnego użytku ambulansu oraz znajdującego się w strukturze majątku



Szpitala samochodu osobowego. Koszty wyliczone zostały w oparciu o dane dotyczące przejechanych km w roku 2018 przez podmioty zewnętrzne oraz średnie ceny zakupu paliwa. Nowa organizacja pracy wymagać będzie zwiększenia kosztów zatrudnienia odnoszących się do obszaru transportu o około 207 tys. zł.

Do danych przedstawionych w tabeli doliczyć należy jednorazowy koszt zakupu ambulansu do przewozu pacjentów w wysokości 56 tys. zł. Zakup sfinansowany częściowo ze środków własnych oraz z dotacji.

Szpital w ramach reorganizacji obsługi transportu może zaoszczędzić około 80 tys. zł rocznie, czyli 20% obecnie ponoszonych kosztów.

D. Dodatkowe działania naprawcze dotyczące sfery gospodarczej

1. Obsługa zamówień publicznych

Szpital Ogólny w Grajewie jest w trakcie wprowadzania zmian związanych z przygotowaniem specyfikacji odnoszących się do postępowań o udzielanie zamówień publicznych. Zmiany mają na celu wzrost efektywności w zakresie weryfikacji poszczególnych postępowań przetargowych, dążąc do zwiększenia konkurencyjności zgłaszających się podmiotów, a tym samym uzyskania korzystniejszych cen produktów i usług dla Szpitala.

Symulacja oszczędności bazuje na ostatnim, poddanym szczegółowej kontroli i weryfikacji postępowaniu przetargowym na zakup środków dezynfekcyjnych. Dzięki działaniom kontrolnym wartość przetargu założonego na okres 2 lat została obniżona z 396 752 zł do 313 842 zł, co daje efekt oszczędności w wysokości około 42 tys. zł rocznie. Efekt widoczny będzie w roku 2020.

W związku z planem przetargowym Szpitala, w roku 2020 ma on przeprowadzić nie mniej niż 10 postępowań, których skutki związane ze wzmożoną kontrolą i weryfikacją szacuje się ostrożnie na poziomie około 20 tys. zł/przetarg w skali roku, co oznacza oszczędność dla Placówki na poziomie nie mniej niż 200 tys. zł rocznie.

Szpital poprzez działania mające na celu zwiększenie weryfikacji i kontroli postępowań przetargowych może zaoszczędzić około 200 tys. zł rocznie.

2. Zwiększenie sprzedaży biletów parkingowych

W związku ze stałym wzrostem kosztów bieżącej działalności Szpitala w Grajewie, Placówka podjęła decyzję o podwyższeniu opłaty parkingowej z 2 zł do 3,50 zł.

Wskazana podwyżka obowiązuje do listopada 2019 roku. Przychody z tytułu opłat parkingowych w stosunku do analogicznego okresu z roku 2018 zwiększyły się o około 1000 zł, stąd szacuje się, że zwiększenie wpływów z tego tytułu wyniesie około 12 000 zł w skali roku.

Podwyżka opłaty parkingowej pozwoli na zwiększenie przychodów o około 12 tys. zł rocznie.



12. Działania w zakresie polityki kadrowej

Polityka kadrowa jest jednym z najważniejszych obszarów zarządzania w każdym podmiocie działalności leczniczej. Profesjonalna polityka kadrowa oraz jej konsekwentna realizacja warunkują sprawne funkcjonowanie, właściwą realizację zadań oraz wypełnianie misji danego podmiotu.

W podmiocie leczniczym misją jest utrzymanie i poprawa stanu zdrowia ludzi, dlatego też należy pamiętać, że uzyskiwane wyniki zależą przede wszystkim od kwalifikacji, zaangażowania i dojrzałości zawodowej zatrudnionych w niej pracowników. Odpowiednio prowadzona polityka kadrowa powinna prowadzić do zatrudniania nieodzownej liczby osób z odpowiednim poziomem wiedzy, umiejętności czy zdolności do realizacji podstawowej jego misji.

Działania w zakresie poprawy polityki zatrudnienia w Szpitalu Ogólnym w Grajewie wskazane w niniejszym dokumencie, dotyczą z jednej strony optymalizacji stanu i struktury zatrudnienia, z drugiej zaś zwracają uwagę na działania jakościowe zmierzające do wzrostu satysfakcji z pracy personelu, co w bezpośredni sposób powinno przełożyć się na wzrost jakości opieki nad pacjentem. Polityka kadrowa powinna być jednym z najważniejszych elementów strategii danej jednostki, na którą składać się powinny: procedury i zwyczaje dotyczące postępowania z pracownikiem. Powinna ona zapewniać zaspokojenie potrzeb, ambicji, aspiracji zawodowych, jednocześnie realizując cele i zadania statutowe Szpitala.

Realizacja polityki kadrowej powinna w szczególności dążyć do:

- tworzenia w podmiocie profesjonalnego, rzetelnego zespołu pracowników,
- zapewnienia efektywnej obsady kadrowej poszczególnych komórek organizacyjnych,
- zapewnienia stabilizacji zawodowej, przeciwdziałanie odchodzeniu pracowników o wysokich kwalifikacjach,
- rozwoju specjalistycznych kwalifikacji zawodowych koniecznych do realizacji zadań w podmiocie, w szczególności zwiększenie liczby specjalistów,
- rozwoju systemu motywacyjnego opartego na właściwym kształtowaniu warunków i stosunków pracy, powiązaniu wynagradzania, awansowania i nagradzania z profesjonalizmem i efektywnością świadczonej pracy oraz rozwojem kwalifikacji zawodowych pracowników,
- stosowania metod i technik zarządzania kadrami zgodnie z przyjętymi standardami i praktykami w służbie zdrowia.

Analiza aktualnej sytuacji sfery zatrudnienia w Szpitalu pozwoliła na zidentyfikowanie szczegółowych problemów występujących w Jednostce. Dotyczyły one:

- nieoptymalnej organizacji pracy,
- zbyt małej ilości umów kontraktowych na świadczenie usług medycznych,
- wysokiej absencji chorobowej pracowników.



A. Optymalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy

Stan, struktura zatrudnienia oraz organizacja pracy personelu medycznego i niemedycznego w Szpitalu w Grajewie wymagają optymalizacji. Proponuje się dostosowanie liczby i struktury zatrudnienia we wskazanych komórkach organizacyjnych do rzeczywistych potrzeb wynikających z realizacji bieżących zadań.

Organizację pracy należy dostosować do natężenia pracy, wynikającego z liczby leczonych pacjentów, przeprowadzanych badań itp. Uwzględnić przy tym należy również rozkład funkcjonalno-organizacyjny oraz powierzchnię oddziałów, ilość sal, wartość kontraktu jaki dany oddział musi wykonać, wskaźniki operatywy oraz wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizowania poszczególnych działalności.

Optymalizacji zatrudnienia dokonano w porównaniu do stanu zatrudnienia z dnia 30.06.2019 roku. Przy określeniu optymalnej struktury zatrudnienia uwzględniono urlopy wypoczynkowe (założono, iż każdej osobie przysługuje 26 dni urlopu w roku) oraz wskaźniki absencji pozostałej (chorobowej, szkoleniowej itp.) na poziomie 10 dni przy wybranych grupach zawodowych. W koncepcji nie założono natomiast długoterminowych urlopów chorobowych, macierzyńskich i wychowawczych ze względu na trudność ich przewidzenia w Szpitalu. Przedstawiona koncepcja wykazuje tylko osoby, które powinny fizycznie pracować w Szpitalu.

Propozycja etatyzacji bazuje na analizie benchmarkingowej kilku podobnych jednostek (szpitale powiatowe), uwzględnia wymogi prawa i wymagania NFZ, wykorzystuje doświadczenie innych jednostek, opiera liczbę pracowników nie o bazę łóżkową, a o obciążenie pracą liczone np. stopniem wykorzystania łóżek.

Zaproponowana koncepcja docelowego zatrudnienia w Jednostce nie zakłada godzin nadliczbowych. Zakłada, że personel będzie pracował w pełnym wymiarze czasu pracy, nie będzie wcześniej wychodził z pracy, a wskaźniki absencji chorobowej będą utrzymywały się na poziomie racjonalnym (tzn. nie większym niż średnia krajowa).

Podkreślić również należy, że możliwe są drobne korekty do zaproponowanej etatyzacji. Mogą one wynikać z większej liczby obowiązków lub ze szczególnych zadań wykonywanych przez pracowników, o których konsultanci ZUK Know How nie zostali poinformowani oraz ze wzrostu absencji chorobowej pracowników. Uważamy jednak, że odchylenia te nie powinny być wyższe niż 5%.

Założono iż do końca roku 2019 Dyrekcja Szpitala zweryfikuje osoby zatrudnione w Szpitalu celem wyznaczenia osób do redukcji oraz ustali ze związkami zawodowymi cały proces redukcji pracowników. Proces optymalizacji zatrudnienia (skutek ekonomiczny) zaplanowany został od początku II kwartału roku 2020.

Docelową liczbę łóżek, przy optymalizacji obecnej struktury organizacyjnej Szpitala, przedstawia tabela poniżej.



Tabela 131 Docelowa liczba łóżek

Oddział	Przed zmianą	Po zmianie
Oddział Dziecięcy	20	16
Oddział Internistyczny		20
Oddział Kardiologiczny	35	24
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	25	20
Oddział Chirurgii Ogólnej	32	28
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	12	12
Oddział Położniczo-Ginekologiczną	21	21
Oddział Rehabilitacji	30	30
Oddział Psychiatryczny z Izbą Przyjęć	30	30
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	6	6
Szpitalny Oddział Ratunkowy	4	4
	215	211

Źródło: opracowanie własne.

Sumarycznie zmiana jest niewielka – wynika to z faktu, iż obecnie Oddział Internistyczno-Kardiologiczny działa w ograniczonym zakresie. De facto liczba łóżek na pozostałych oddziałach jest niższa o 13 łóżek.

Koszty związane z odprawami dla pracowników redukowanych wyniosą 127 tys. zł.

Dla bezpieczeństwa założono wypłatę trzymiesięcznych odpraw dla wszystkich zwalnianych pracowników. Zatem koszty te mogą ulec zmniejszeniu w zależności od wysokości odprawy jaką trzeba będzie wypłacić pracownikowi. Koszty te mogą dodatkowo ulec zmniejszeniu, jeżeli osobom zatrudnionym na umowy na czas określony nie zostaną przedłużone umowy. Dopuszczalne to jest tylko w sytuacji, kiedy osoby takie będą miały gorsze kwalifikacje i predyspozycje do pracy od osób zatrudnionych na umowy na czas nieokreślony. Dodatkowo nie wszystkie osoby będzie można od razu zredukować, gdyż część przebywa na długoterminowych zwolnieniach. Będzie można je zwolnić lub osoby, które je zastępują w momencie ich powrotu do pracy.

Poniżej w tabelach zostały przedstawione ruchy kadrowe w zakresie umów o pracę w poszczególnych grupach zawodowych.

Tabela 132 Ruchy kadrowe

Grupa zawodowa	Przed optymalizacją		Po optymalizacji		Różnica	
	Um. o pr.	Um. cyw.-pr.	Um. o pr.	Um. cyw.-pr.	Um. o pr.	Um. cyw.-pr.
Lekarze	12,50	40,83	10,50	43,11	4,00	4,28
Wyższy medyczny	21,91	3,21	22,00	3,21	0,09	0,00
Pielęgniarki i położne	181,00	12,83	177,00	12,80	-3,00	-0,23
Technicy	28,23	0,50	27,00	0,50	-1,23	0,00
Średni medyczny	35,45	3,25	34,05	6,75	-1,40	3,50
Niższy medyczny	13,00	1,00	9,00	1,00	-4,00	0,00
Administracja	30,25	1,20	29,25	1,20	-1,00	0,00
Obsługa	72,50	0,00	64,50	0,00	-8,00	0,00
Ogółem	394,83	62,82	380,30	70,37	-13,53	7,55

Źródło: opracowanie własne.



Docelowy model funkcjonowania Szpitala będzie oparty o zasoby ludzkie oraz rzeczowe obecnie funkcjonującej Jednostki. W etatyzacji została ujęta zmiana organizacji pracy pielęgniarek i położnych oraz korekty w pozostałych komórkach organizacyjnych. Etatyzacja zawiera uruchomienie Oddziału Kardiologicznego z Pracownią Hemodynamiki.

Docelowa liczba zatrudnionych z umów o pracę w Szpitalu wynieść powinna 379,30 etatów z umów o pracę, 70,37 etatów przeliczeniowych z umów cywilno-prawnych,

Należy zaznaczyć, że łączna liczba redukowanych pracowników w ramach umów o pracę może zostać zmniejszona o ruchy naturalne – przejście na emeryturę oraz zakończenie umów na czas określony. Należy również pamiętać, że nie wszystkie osoby będzie można „od razu” zwolnić, dlatego że część osób przebywa na długoterminowych zwolnieniach, dlatego też poziom redukcji należy skorygować o te osoby. Osoby te (lub je zastępujące) będzie można zwolnić w momencie powrotu do pracy. Z uwagi, iż wynagrodzenie tych osób nie stanowi kosztu dla Szpitala, gdyż zasiłki wypłaca im ZUS, w prognozach finansowych nie zostały ujęte oszczędności z tego tytułu.

W tabelach poniżej została zaprezentowana docelowa organizacja lekarzy oraz pracy pielęgniarek i położnych.

Tabela 133 Docelowa organizacja pracy lekarzy

Nazwa Oddziału	7:35 od poniedziałku do piątku	Dyżur od poniedziałku do piątku 15:35-8:00	24 godz. dyżur w soboty, niedziele i święta
Oddział Internistyczny	4	1	1
Oddział Kardiologiczny z Pracownią Hemodynamiki	4	2	2
Oddział Chirurgii Ogólnej	4	1	1
Oddział Urazowo-Ortopedyczny		firma zewnętrzna	
Pododdział Noworodkowy	1		
Oddział Dziecięcy	4	1	1
Oddział Położnicho-Ginekologiczna	zawarta jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez firmę zewnętrzną		
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	3	dyżuruje 1 lekarz, który zabezpiecza Oddział Psychiatryczny	1
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	3	1	1
Oddział Rehabilitacji	2	zabezpiecza lekarz z innego oddziału	zabezpiecza lekarz z innego oddziału
Szpitalny Oddział Ratunkowy	1	1	1
Oddział Psychiatryczny z Izbą Przyjęć	3	zabezpiecza 1 lekarz z Oddziału Obserwacyjno- Zakaźnego	1
Oddział Dzienny Psychiatryczny - CZP		pracuje 1 lekarz od 8:00-11:00	

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 134 Docelowa organizacja pracy pielęgniarek i położnych

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 7,35 h w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta
Oddział Internistyczny	1	2	2	2	2
Oddział Kardiologiczny	1	3	3	3	3
Pracownia Hemodynamiki		1	1	1	1
Oddział Chirurgii Ogólnej	3	3	3	3	3
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	2	1/2	1	1/2	1
Pododdział Noworodkowy	1	1	1	1	1
Oddział Dziecięcy	2	2	2	2	2
Oddział Położniczo-Ginekologiczna	2	3	2/3	3	2/3
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	1	2	2	2	2
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2	3	3	3	3
Oddział Rehabilitacji	1	2	2	2	2
Szpitalny Oddział Ratunkowy	1	2	2	2	2
Szpitalny Oddział Ratunkowy - ratownicy		1	1	1	1
Oddział Psychiatryczny z Izbą Przyjęć	1	2	2	2	2
Oddział Dzienny Psychiatryczny - CZP	1				
Blok Operacyjny z Salą Operacyjną Bloku Porodowego	3	2	2	2	2

Źródło: opracowanie własne.

Powyższa organizacja pracy dla pielęgniarek i położnych została opracowana mając na względzie to, iż zmiany nie pogorszą jakości opieki nad pacjentem. Rekomendacje dotyczą zmian w zakresie organizacji pracy personelu pielęgniarskiego dostosowanej do potrzeb wynikających z realizacji rzeczywistych zadań uwzględniając propozycje nowej liczby łóżek oraz odpowiednią dla nich liczbę osób podyktowaną nową normą zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Są oddziały na których organizacja pracy nie została zmieniona, a planowana jest redukcja liczby osób. Wynika to z tego, iż na oddziale zatrudnionych było za dużo osób w stosunku do zapotrzebowania wynikającego z organizacji pracy oddziału.

Optymalizacja zatrudnienia pozwoli przede wszystkim na poprawę rentowności Jednostki. Jednocześnie należy podkreślić, iż jest to poziom zabezpieczający wykonywanie obecnie realizowanych świadczeń medycznych z rezerwą dla rozwoju usług w ramach obecnej działalności Szpitala.

Opisywane działanie będzie w bezpośredni sposób wpływać na poprawę sytuacji finansowej Jednostki poprzez zmniejszenie kosztów zatrudnienia. Wprowadzanie nowej organizacji pracy oszczędność na poziomie 0,7 mln zł rocznie w zakresie kosztów osobowych (w tym kosztów świadczeń).

W tabeli poniżej przedstawiona została tabela z ruchami kadrowymi w poszczególnych komórkach Szpitala i grupach zawodowych.



Tabela 135 Ruchy kadrowe

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		UWAGI
		Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne			
Oddział Internistyczny	Lekarze	4,00	5,68	4,00	3,52	0,00	2,16			
	Pielęgniarki i położne	23,00	1,00	13,00	1,00	17,00			Przeniesienie pielęgniarek z Oddziału Kardiologicznego	
	Średni medyczny	2,00		1,00		1,00			Przeniesienie lekarza z Oddziału Kardiologicznego	
	Niższy medyczny	2,00				2,00				
Oddział Kardiologiczny	Lekarze			4,00	5,25	4,00		7,04		
	Pielęgniarki i położne			17,00		17,00				
	Średni medyczny			1,00		1,00				
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarze	1,00	4,40	1,00	4,40					
	Pielęgniarki i położne	16,00		20,00		4,00				
	Średni medyczny	3,00		3,00						
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	Lekarze	2,00	2,67	5,00	3,40	3,00		0,73		
	Pielęgniarki i położne	3,00		1,00		2,00				
	Niższy medyczny	1,00		1,00						
Pododdział Noworodkowy	Lekarze	2,00	6,05	2,00	6,05					
	Pielęgniarki i położne	13,00		13,00						
	Średni medyczny	1,00		1,00						
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	Lekarze									
	Pielęgniarki i położne	16,00	1,00	16,00	1,00				Firma zewnętrzna	
	Średni medyczny	1,00		1,00						
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	Lekarze	3,00	2,73	3,00	2,73					
	Pielęgniarki i położne	14,00		12,00		2,00				
	Średni medyczny	1,00		1,00						
	Niższy medyczny	1,00		1,00						



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją		Po optymalizacji		Różnica		UWAGI
		Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Lekarze	15,00	3,50	15,00	3,50		-0,16	
	Pielęgniarki i położne	1,00	0,50	1,00	0,50			
	Lekarze	1,00		1,00				
Oddział Rehabilitacji	Wyższy medyczny	13,00		13,00				
	Pielęgniarki i położne	1,00		1,00				
	Średni medyczny	3,00		3,00				
Szpitalny Oddział Ratunkowy	Technicy		4,90		4,90			
	Lekarze	13,00	1,00	14,00	1,00		-2,00	
	Pielęgniarki i położne	7,00	2,50	7,00	2,50		3,50	
	Średni medyczny	1,00		1,00				
Oddział Psychiatryczny z Izłą Przyjęć	Niższy medyczny		1,33		1,33			
	Lekarze	9,50		9,50				
	Pielęgniarki i położne	4,95		4,95				
Oddział Dzienny Psychiatryczny - CZP	Średni medyczny		3,55		3,55			
	Lekarze	1,00	2,21	1,00	2,21			
	Wyższy medyczny	1,00		1,00				
	Pielęgniarki i położne	1,00		1,00				
	Średni medyczny	1,00	0,75	1,00	0,75			
Blok Operacyjny z Salą Operacyjną Bloku Porodowego NPL	Obsługa	1,00		2,00				
	Pielęgniarki i położne	11,00	3,80	1,00				
	Lekarze		2,84		2,84			
Centralna Rejestracja	Lekarze	1,00		1,00				
	Pielęgniarki i położne	3,00		3,00				
	Średni medyczny	0,50		0,50				
Poradnia Diabetologiczna	Lekarze	1,00		0,50			-0,50	
	Pielęgniarki i położne	1,00		0,50				
	Pielęgniarki i położne	1,00		0,60			-0,40	
Poradnia Otolaryngologiczna	Lekarze		0,50		0,50			
	Pielęgniarki i położne	1,00		0,50			-0,50	



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR. WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją		Po optymalizacji		Różnica		UWAGI
		Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	
Poradnia Okulistyczna	Lekarze	1,00	1,00	0,40	0,40	-0,60	-0,60	
Poradnia Chirurgii Ogólnej	Pielęgniarki i położne	2,00		1,00		-1,00		
Poradnia Ginekologiczna	Pielęgniarki i położne	2,00		1,00		-1,00		
Poradnia Dermatologiczna	Lekarze		0,80		0,80	0,00	0,00	
Poradnia Neurologiczna	Lekarze		0,50		0,50	0,00	0,00	
Poradnia Ortopedyczna	Lekarze		0,60		0,60	0,00	0,00	
Poradnia Medycyny Pracy	Średni medyczny	1,00		0,80		-0,40	0,00	
Poradnia Zdrowia Psychicznego - CZP	Pielęgniarki i położne	3,00		1,00		-2,00	0,00	
Poradnia Zdrowia Psychicznego - CZP	Pielęgniarki i położne	2,00		2,00		0,00	0,00	
Zespół Leczenia Środowiskowego - CZP	Wyższy medyczny	2,00		2,00				
	Pielęgniarki i położne	1,00		1,00				
	Wyższy medyczny	6,59	1,00	7,00	1,00	0,41		Zmiana systemu czasu pracy z 5-cio godzinnego na 7:35, spowoduje to redukcję 4 osób
Zakład Rehabilitacji Leczniczej	Technicy	4,98		5,00		0,02		
	Średni medyczny	1,00		1,00				
Laboratorium Analityczne	Wyższy medyczny	6,00		6,00				
	Technicy	9,00		7,00		-2,00		
	Średni medyczny	1,00		1,00				
Laboratorium Mikrobiologiczne	Wyższy medyczny	2,00		2,00				
	Średni medyczny	1,00		1,00				
	Technicy	3,00		3,00				
Pracownia USG	Wyższy medyczny	1,32		1,00		-0,32		Zmiana systemu czasu pracy z 5-cio godzinnego na 7:35, spowoduje to redukcję 1 osoby
Pracownia RTG	Technicy	6,59		8,00		0,75		Zmiana systemu czasu pracy z 5-cio godzinnego na 7:35, spowoduje to redukcję 2 osób
Pracownia Endoskopii	Pielęgniarki i położne	2,00		1,00		-1,00		
Pracownia Angiografii	Technicy		0,50		0,50			
Pracownia zabiegowa angiografii	Pielęgniarki i położne	1,00		1,00				



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR. WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją		Po optymalizacji		Różnica		UWAGI
		Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	Umowy o pracę	Umowy cywilno-prawne	
Pracownia Diagnostyki Kardiológicznej Prosektorium	Pielęgniarki i położne	2,00		2,00				
	Niższy medyczny		1,00		1,00			
	Wyższy medyczny	1,00		1,00				
	Technicy	1,00		1,00				
Apteka szpitalna	Wyższy medyczny	6,00		6,00				
	Niższy medyczny	1,00		1,00				
Sterylizatoria	Administracja							
	Obsługa	55,00		47,00		-8,00		Redukcja 4 osób, przeniesienie 4 osób do Działu Technicznego
Dział Utrzymania Czystości	Administracja	1,00				-1,00		Oddanie Pralni firmie zewnętrznej
	Obsługa	4,00				-4,00		
Pralnia	Administracja	3,25		3,25				
	Obsługa	2,50		2,50				
Zarząd i stanowiska samodzielne	Pielęgniarki i położne		1,00		1,00			
	Lekarze		0,20		0,20			
Dział Kadrowo-Płacowy	Administracja	5,00		5,00				
	Administracja	9,00		9,00				
Dział Finansowo-Księgowy	Administracja	3,00		3,00				
	Administracja	6,50		6,50				
Dział Metodczno-Organizacyjny z RUM	Średni medyczny	6,00		6,00				
	Administracja	12,50		16,50		4,00		
Dział Techniczno-Eksploatacyjny	Obsługa	394,83	62,82	380,30	70,37	-13,53	7,55	
OGÓLEM								

Źródło: opracowanie własne.

Powyższa tabela zawiera działania optymalizacyjne w zakresie obecnej struktury zatrudnienia uwzględniając uruchomienie Oddziału Kardiológicznego z Pracownią Hemodynamiki. Dodatkowe zatrudnienie wynikające z uruchomienia nowych działalności medycznych zostało opisane w części dotyczącej kierunków medycznych.



B. Zróźnicowanie form zatrudnienia

Obecnie Szpital zatrudnia na umowy o pracę 86% ogółu pracowników. Liczba umów cywilnoprawnych (kontraktowych) mogłaby być wyższa. Szpital nie korzysta w pełni z możliwości tańszej formy finansowania usług profesjonalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarek, magistrów, techników i innych) – zwłaszcza w przypadku osób zarabiających najwięcej.

Zaleca się zatem **szkolenie personelu medycznego celem zachęcania do zawierania umów kontraktowych** na świadczenie usług medycznych zamiast wykonywania ich w oparciu o umowę o pracę.

Zalet umów kontraktowych jest wiele, jednak jedna z nich jest najważniejsza: są one korzystne zarówno dla podmiotu jak i dla samego pracownika. Sytuacja taka ma miejsce po przekroczeniu określonego pułapu wynagrodzenia. Najkorzystniejsze jest to w przypadku osób zarabiających najwięcej.

W przypadku zmiany formy zatrudnienia przez personel medyczny następuje zmiana stosunku prawnego między stronami umowy. Zaletą dla lekarzy i pielęgniarek w tym zakresie będzie to, iż pracodawca i zatrudniony na kontrakcie staną się równorzędnymi partnerami pod względem prawnym. Z kolei dla Szpitala oznaczać to może obniżenie kosztów zatrudnienia o składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz uproszczone mechanizmy wynagrodzeń.

Zmieniając formę zatrudnienia na kontrakty zlikwiduje się ograniczenia w czasie pracy personelu medycznego. Dla lekarzy i pielęgniarek wpłynie to na większą samodzielność w organizacji czasu własnej pracy. Natomiast Szpital uniknie problemu deficytu lekarzy specjalistów, a osoby pracujące na kontraktach charakteryzować się będą większą dyspozycyjnością.

Zawierając umowę kontraktową sugerujemy zwrócić szczególną uwagę na zapisy znajdujące się w umowie. Dzisiejsze umowy kontraktowe są zdecydowanie bardziej dopracowane niż te sprzed kilku lat. Podpisując umowę kontraktową można osiągnąć ten sam efekt jak przy umowie o pracę, dając tym samym poczucie bezpieczeństwa i stabilności dla pracowników, jednocześnie zachowując dużą swobodę i elastyczność. Dobre ubezpieczenie komercyjne zabezpiecza (na wypadek choroby) o wiele lepiej niż ubezpieczenie obowiązkowe, które jest gwarantowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wszystko w umowie kontraktowej jest kwestią negocjacji. Można rozwiązać również problem dotyczący urlopów poprzez zagwarantowanie płatnych dni wolnych od pracy.

Realizacja powyższego działania w bezpośredni sposób wpłynie na poprawę sytuacji finansowej Jednostki poprzez zmniejszenie kosztów wynagrodzeń osobowych wraz z pochodnymi świadczeniami na rzecz pracowników.

Korzyścią zmiany formy zatrudniania na kontrakty dla personelu medycznego mogłyby być przede wszystkim wyższe wynagrodzenia netto, mimo ponoszenia kosztów samodzielnie opłacanych składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, a także zmniejszanie podstawy opodatkowania podatkiem dochodowym (możliwość odliczania kosztów prowadzonej działalności od przychodów), przy jednocześnie niższych kosztach osobowych ponoszonych przez Szpital.



Przykładowo lekarz, który jest zatrudniony na umowę o pracę z wynagrodzeniem brutto 5 000 zł, otrzymuje po odliczeniu wszelkich składek i zaliczek na podatek dochodowy około 68% w postaci wynagrodzenia netto. Pracownik zatrudniony na kontrakcie przy takim samym wynagrodzeniu brutto otrzymuje netto około 86% kwoty wyjściowej. Wzrost wynagrodzenia zwiększa różnicę kosztu ponoszonego przez płatnika w obu wariantach formalno-prawnych, przy takim samym efekcie uzyskiwanym przez zainteresowanego „na rękę”. Ważne dla płatnika jest to, że zapewnia oczekiwaną korzyść finansową dla pracownika przy zoptymalizowanych – w sposób zgodny z prawem – kosztach. Jest to szczególnie ważne w obecnej sytuacji niedoboru kadr i rosnącej presji płacowej w ochronie zdrowia.

Szpital mogłaby zaoszczędzić przy założeniu zarobków dla tych pracowników „na rękę” na obecnym poziomie. Nawet podnosząc zarobki do pewnego poziomu mógłby dalej czerpać korzyści z oszczędności z tego tytułu.

C. Monitoring absencji pracowników

Analiza absencji w Szpitalu w Grajewie pokazała, iż kształtuje się ona powyżej średniej benchmarkingowej w sektorze ochrony zdrowia. W sytuacji wprowadzania zmian naprawczych w Szpitalu absencja chorobowa w Szpitalu może wzrosnąć. Dlatego też należy ją monitorować i starać się nie dopuścić do jej wzrostu.

Do kosztów absencji chorobowej należy zaliczyć nie tylko koszt wynagrodzenia, ale również należy doliczyć wynagrodzenia za zastępstwa i nadgodziny wynikające z potrzeby wykonywania pracy za pracowników przebywających na zwolnieniu. Poza tym trzeba uwzględnić koszty pośrednie absencji – m.in. koszty administracyjne obsługi zwolnienia, znalezienia zastępstwa (rekrutacji, szkolenia), a także obniżona jakość i wydajność pracy wykonywanej przez niedoświadczonych pracowników lub w nadgodzinach w zastępstwie za pracowników przebywających na zwolnieniu chorobowym.

Pomocnym rozwiązaniem może być wprowadzenie nagród (upominków, nagród pieniężnych) dla osób/komórek organizacyjnych o najniższym poziomie absencji. Nieobecność pracownika to koszt dla Szpitala warto zatem nagradzać tych, którzy tego kosztu nie generują. W bezpiecznej granicy, aby nie przesadzać, żeby pracownicy nie przychodzili przeziębieni do pracy i zarażali innych. Dlatego też trzeba obserwować skutki wprowadzanych rozwiązań i na bieżąco je korygować.

Ważne jest nie tyle monitorowanie nieobecności pracowników i straszenie ich konsekwencjami, ale także próba zbadania przyczyn nieobecności. Wiele nieobecności może wynikać z niewłaściwego zarządzania w organizacji. Napięta atmosfera w pracy, stres i niekorzystne warunki fizyczne w miejscu pracy mogą znacząco przyczynić się do zwiększenia liczby zwolnień. Innym powodem może być: brak motywacji, nadmiar obowiązków, monotonia pracy czy problemy w życiu osobistym. Absencje pojawiają się także wówczas, gdy występuje konflikt w zespole lub gdy któryś z pracowników jest szykanowany. Także i w tych sytuacjach lepiej sprawdzi się efektywne zarządzanie niż piętnowanie nieobecnych.

Wiele absencji wynika z doznawanego przez pracowników stresu. Dlatego też ważnym krokiem w redukcji nieobecności jest nauczanie podwładnych sposobów radzenia sobie z presją poprzez organizację szkoleń, ustalanie pracownikom regularnych przerw czy budowanie pozytywnych relacji w zespole. To właśnie dobra atmosfera w pracy i poczucie



posiadania wpływu na kierunek rozwoju Szpitala sprawić może, że pracownicy poczują się zaangażowani i niechętnie będą opuszczać miejsce pracy.

Zaleca się zatem wprowadzić w Szpitalu w Grajewie tzw. zarządzanie absencją, gdyż przynieść to może wymierne korzyści dla Szpitala. Obniżenie absencji chorobowej oraz zahamowanie jej wzrostu mogłoby doprowadzić do poprawy wyniku finansowego.



13. Strategia finansowa - harmonogram wdrożenia planu naprawczego

W poniższej tabeli przedstawiono harmonogram wdrożenia planu naprawczego dla Szpitala w Grajewie. Oprócz działań naprawczych ujęte zostało planowane zaciągnięcie kredytu długoterminowego od Banku Gospodarstwa Krajowego w kwocie 25,0 mln zł na okres spłaty – 25 lat, o preferencyjnym oprocentowaniu 3,50% w skali roku.

Tabela 136 Harmonogram działań naprawczych

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
	Optymalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy Weryfikacja kwalifikacji, doświadczenia, efektywności pracy pracowników celem wytypowania osób do zwolnienia (w tym rozmowy ze związkami zawodowymi) Włączenie wypowiedzeń pracowników z tytułu optymalizacji zatrudnienia Wypłata odpraw dla zwalnianych pracowników				optymalizacja zatrudnienia redukcja personelu ustalonego ze związkami zawodowymi redukcja liczby pracowników
1		do 31.01.2020	-	-	
		do 28.02.2020	-	-	
		do 31.03.2020	127 541,16 zł	-	
	Wprowadzenie nowej organizacji pracy	od 01.04.2020	-	oszczędność 755 621,57 zł w skali roku	obniżenie kosztów zatrudnienia, poprawa organizacji pracy personelu
2	Optymalizacja kosztów prania	od 07.2020	-	oszczędność 100 295 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego Jednostki
3	Optymalizacja kosztów żywienia	od 08.2021	-	oszczędność 71 270 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego Jednostki
4	Optymalizacja kosztów transportu	od 01.2020	56 000 zł	oszczędność 77 897 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego Jednostki
5	Obsługa zamówień publicznych	od 01.2020	-	oszczędność 41 455 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego Jednostki
		od 01.2021	-	oszczędność 200 000 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego Jednostki
6	Zwiększenie sprzedaży parkingu	od 11.2019	-	dodatkové przychody 12 000 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego Jednostki



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
7	Zwiększenie efektywności energetycznej budynków	od 07.2020	2 050 000 zł	oszczędność 80 000 zł w skali roku	zmniejszenie kosztów działalności
8	Wprowadzenie regulacji w gospodarce materiałami medycznymi	od 07.2020	-	oszczędność 279 522 zł w skali roku wynik finansowy: 2020 – 81 536 zł 2021 – 271 145 zł 2022 – 460 755 zł 2023 i dalej – 650 364 zł w skali roku	zwiększenie efektywności gospodarki materiałami medycznymi
9	Uruchomienie Pracowni Angiografii (Hemodynamiki)	od 2020	-	wynik finansowy: 2020 – 89 601 zł 2021 – 179 202 zł 2022 i dalej – 443 363 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i zwiększenie oferty medycznej
10	Uruchomienie Oddziału Kardiologii	od 07.2020	-	wynik finansowy: 2020 – 89 601 zł 2021 – 179 202 zł 2022 i dalej – 443 363 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i zwiększenie oferty medycznej
11	Utworzenie Oddziału Neurologiczno - Udarowego	od 01.2021	okolo 1,2 mln zł	wynik finansowy: 2021 – 113 575 zł, 2022 i dalej – 458 707 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i zwiększenie oferty medycznej
12	Rozwój Oddziału Urazowo-Ortopedycznego poprzez zabiegi endoprotezoplastyki biodra	od 2020	-	wynik finansowy: 2020 – -695 140 zł 2021 – 116 540 zł 2022 i dalej – 418 314 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i zwiększenie oferty medycznej
13	Zwiększenie ilości wykonywanych procedur endoprotez kolana	od 2020	-	wynik finansowy: 268 102 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i efektywności działania Placówki
14	Zwiększenie ilości porodów	od 2020	-	wynik finansowy:	poprawa wyniku



PROGRAM NAPRAWICZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR. WITOLDA GINIELA W GRAJEWIE

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakosciowy
				2020 - 249 782 zł 2021 - 389 651 zł 2022 - 449 607 zł 2023 i dalej - 499 563 zł w skali roku	finansowego i efektywności działania Placówki
15	Uruchomienie Poradni K zamiejscowej	od 2020	-	wynik finansowy 604 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i zwiększenie oferty medycznej
				wynik finansowy: 2019 -- 4 737 zł 2020 -- 56 730 zł 2021 -- 52 003 zł	poprawa wyniku finansowego i zwiększenie oferty medycznej
16	Pozyskanie nowego kontraktu z NFZ dot. pilotażowego programu „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”	od 12.2019	-	dodatkové przychody: 2019 – 6 000 zł 2020 – 30 000 zł 2021 – 24 000 zł	zwiększenie przychodów i oferty medycznej
17	Badania kliniczne – stopa cukrzycowa	od 11.2019	-	dodatkové przychody: 2020 – 60 000 zł 2021 – 120 000 zł 2022 – 60 000 zł	zwiększenie przychodów i oferty medycznej
18	Badania kliniczne – leki przeciwwzkrzepowe i diabetologiczne	od 07.2020	-	dodatkové przychody: 2020 – 60 000 zł 2021 – 120 000 zł 2022 – 60 000 zł	zwiększenie przychodów i oferty medycznej
19	Zwiększenie aktywności działalności Medycyny Pracy	od 2020	-	dodatkové przychody 30 000 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i efektywności działania Placówki
20	Optymalizacja ilości zlecanych wysokocennych badań diagnostycznych rezonansu magnetycznego	od 11.2019	-	oszczędność: 2019 – 2 400 zł 2020 – 14 400 zł w skali roku	redukcja kosztów i poprawa efektywności działalności Placówki
21	Utworzenia własnej Pracowni Tomografii Komputerowej	od 2021	1 500 000 zł	wynik finansowy: 2021 i dalej –	poprawa wyniku finansowego i zwiększenie

PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR. WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
22	Zakończenie współpracy z firmą Ekolex Sp. z o.o.	od 2021	-	316 000 zł w skali roku oszczędność: 504 000 zł w skali roku	oferty medycznej poprawa wyniku finansowego
23	Utworzenie Oddziału Ortopedii Dziecięcej	od 2021	-	wynik finansowy: 2021 – 34 937 zł; 2022 i dalej – 419 232 zł w skali roku 419 232 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i zwiększenie oferty medycznej
24	Wzrost efektywności działalności Centrum Zdrowia Psychicznego	od 2020	-	wynik finansowy: 2020 – 703 504 zł 2021 – 1 407 009 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i efektywności działania Placówki
25	Zmiana warunków współpracy z firmą obsługującą obsadę lekarską na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym	od 2020	-	oszczędność 261 168 zł w skali roku	poprawa wyniku finansowego i efektywności działania Placówki

Źródło: opracowanie własne.



14. Metody pozyskania dodatkowych źródeł finansowania i zachowania płynności finansowej

Zarządzanie płynnością finansową

Wszystkie Jednostki funkcjonujące w sektorach prywatnych jak i publicznych powinny charakteryzować się efektywnym zarządzaniem w działaniach operacyjnych, taktycznych i strategicznych. Działalność gospodarcza to nie tylko sprzedaż usług i szukanie możliwości rozwoju. Sukces gospodarczy związany jest ze sprzedażą produktów finalnych lub usług i skróceniem czasu zamiany należności na gotówkę, co wiąże się z problemem ich windykacji, a w konsekwencji z rzeczywistą płynnością finansową.

Jedną z najważniejszych dziedzin zarządzania finansami w Jednostce jest zarządzanie płynnością finansową. Jego znaczenie rośnie zwłaszcza w okresach dekoniunktury. Utrzymanie płynności finansowej staje się wtedy podstawowym celem Jednostki, ważniejszym nawet od zysku. W dzisiejszych czasach kluczową sprawą dla funkcjonowania szpitala jest posiadanie bieżącej płynności finansowej, co wymaga stosowania narzędzi modelu w zakresie zarządzania płynnością finansową.

Płynność finansowa, rozumiana jako zdolność jednostki do regulowania bieżących zobowiązań i koniecznych wydatków, jest wyjątkowo istotnym elementem zarządzania finansami jednostki. W krótkim okresie czasu to płynność, a nie rentowność, decyduje o istnieniu podmiotu na rynku. Należy zwrócić także uwagę na aspekt majątkowo-kapitałowy płynności, gdyż dotyczy on wzajemnych relacji między majątkiem, który stanowi zabezpieczenie spłaty zobowiązań w terminie, a zobowiązaniami finansującymi ten majątek. Płynność finansowa jest w dużym stopniu determinowana przez tempo zamiany poszczególnych elementów majątku na gotówkę (płynność majątkowa). Sytuacja będzie tym lepsza, im większy będzie udział aktywów o wysokim stopniu płynności w całym majątku. Utrzymanie płynności wymaga posiadania nie tylko środków pieniężnych i aktywów szybko zbywalnych, ale także odpowiedniego udziału zobowiązań w długim terminie wymagalności.

Proces utrzymania płynności jednostki na właściwym poziomie należy do podstawowych zadań zarządzających i wymaga ciągłego podejmowania działań w tym kierunku. W pierwszej kolejności powinno się zdiagnozować poziom płynności w jednostce, a następnie określić strategię właściwą dla uzyskania zaplanowanego poziomu płynności. W przypadku zakładów opieki zdrowotnej powszechnym problemem jest zbyt niska płynność i zagrożenie brakiem płynności.

W przypadku badanej Jednostki audytorzy nie stwierdzili, aby Placówka stosowała narzędzia czy modele mających na celu zarządzaniem szeroko rozumianą płynnością. Zaprezentowane raporty stosowane przez Szpital nie poruszają tematyki zarządzania płynnością finansową Jednostki, którego zadaniem jest bieżąca kontrola relacji między majątkiem a zobowiązaniami finansującymi ten majątek. Na dzień dzisiejszy w analizowanym Szpitalu występują dość poważne problemy w zakresie utrzymania bieżącej płynności, Jednostka przez cały okres utrzymywała przeterminowane zobowiązania handlowe w wysokości około 2 mln zł, co było pochodną braku rentowności na działalności podstawowej Szpitala.



W przypadku Szpitala, proces zarządzania płynnością powinien być prowadzony za pomocą dwóch podejść:

- 1) po pierwsze Szpital na bieżąco powinien prowadzić raportowanie odnośnie wykonania kontraktu,
- 2) po drugie, wprowadzenie raportowania odnośnie zarządzania płynnością.

Zmiana zasad finansowania Jednostek, doprowadziła do sytuacji, w której Szpital zobowiązany jest do kontroli przedmiotowego zagadnienia. Niewykonanie pierwotnego kontraktu, niesie za sobą ryzyko, zmniejszenia finansowania w roku następnym.

Ograniczenie dopływu gotówki przez NFZ w przypadku analizowanej Jednostki, może nieść za sobą poważne konsekwencje. Analiza płynności wykazała, że przez cały badany okres Jednostka już posiadała wskaźniki płynności wskazujące na niepokojącą sytuację, co potwierdzały również ujemne wyniki na sprzedaży.

Drugim proponowanym rozwiązaniem jest wprowadzenie bieżącego planowania płynności finansowej. Należy wyróżnić dwa modele planowania:

- 1) planowanie strategiczne,
- 2) planowanie operacyjne.

Planowanie strategiczne jest sformalizowanym procesem tworzenia długofalowej taktyki ukierunkowanej na określanie i realizację celów organizacji. Zazwyczaj opracowywane są na okres dłuższy niż 5 lat. Jest działalnością najwyższego szczebla w tym znaczeniu, że musi w nim czynnie uczestniczyć kierownictwo naczelne, gdyż tylko ono ma dostateczne zasoby wiedzy i doświadczenia, aby uwzględnić wszystkie aspekty funkcjonowania danej organizacji. Jego zaangażowanie jest ponadto konieczne dla wywołania i podtrzymania zaangażowania na niższych szczeblach.

Planowanie operacyjne określa sposób realizowania planów strategicznych. Jest to szczegółowy opis konkretnych zadań i działań, który określa m.in. skład osobowy, czas potrzebny na wykonanie planu, warunki zewnętrzne czy wymagane środki. Rola planu to nie tylko instrument wspomagający realizację celów ustalonych przez plan wyższego szczebla, ale również wyznaczanie celów do osiągnięcia przez plany niższego szczebla.

Planowanie operacyjne jest planowaniem krótkookresowym, zazwyczaj obejmuje jeden rok gospodarczy. Określa się w nim wszystkie cele i zadania, jakie powinny być zrealizowane, aby osiągnąć plany strategiczne, zachowując jednocześnie płynność finansową. Plan powinien zawierać opis co należy zrobić, aby osiągnąć założony cel, kiedy należy to zrobić, kto jest za to odpowiedzialny oraz szacunkowe koszty realizacji tych działań.

Podmiotem zarządzającym w procesie planowanie operacyjnego jest kierownictwo wszystkich szczebli oraz inne podmioty, zależnie od strategii i obowiązujących zasad prowadzenia polityki. Przedmiotem zarządzania są działania zarządcze operacyjne, których celem jest rozwinięcie i uzupełnienie strategii.

Na etapie planowania operacyjnego należy wyróżnić także:



- 1) **metodę pośrednią** planowania płynności polega na wyznaczeniu stanu środków pieniężnych poprzez określenie przepływów pieniężnych na działalności operacyjnej, inwestycyjnej i finansowej. Przepływy pieniężne na działalności operacyjnej wyznacza się poprzez korygowanie wyniku finansowego netto o koszty i przychody, któremu nie towarzyszą wydatki bądź wpływy, jak również o zmianę aktywów obrotowych i zobowiązań o charakterze operacyjnym. Mała przydatność dla potrzeb planowania, brak bezpośredniego związku między wpływami i wydatkami.
- 2) **metodę bezpośrednią** planowania płynności podobna do metoda pośredniej. Określenie przepływów pieniężnych na działalności operacyjnej wiąże się jednak z zestawieniem wpływów i wydatków występujących w zadanym okresie planistycznym
- 3) **preliminarz obrotów gotówkowych** jest elementem planu finansowego. Obejmuje on planowanie przewidywanych wpływów i wydatków gotówkowych (w odpowiednich przedziałach czasowych). Przedstawia zatem okresy ewentualnych niedoborów i nadwyżek gotówkowych.

Tworzenie preliminarza obrotów gotówkowych należy przeprowadzać w dwóch okresach:

1. planowanie wpływów i wydatków w ujęciu tygodniowym
2. planowanie wpływów i wydatków w ujęciu miesięcznym

W całym procesie zarządzania płynnością istotną rolę jest weryfikacja planu w stosunku do faktycznego wykonania w wyznaczonych odstępach czasowych. Dzięki temu pozwala jednostce racjonalnie zarządzać płynnością finansową szpitala oraz ustalać strategię działania.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na fakt, iż Jednostka w momencie pozyskania środków finansowych może przystąpić do przeprowadzenia w pełni procesu restrukturyzacji zobowiązań przeterminowanych. Proces ten będzie polegał na zawarciu ugód z wierzycielami w stosunku do której Szpital posiada zobowiązania przeterminowane. Działanie to przyniesie oczekiwane skutki w postaci:

- odstąpienia od odsetek
- umorzenia części kwoty głównej wierzytelności,
- rozłożenia spłat zobowiązań na raty,
- redukcji tzw. toksycznego zadłużenia.

Kluczowym elementem całego procesu będzie przeprowadzenie negocjacji ze wszystkimi wierzycielami. Cały proces restrukturyzacji zobowiązań wpłynie na polepszenie sytuacji Płacówki i zwiększy płynność finansową. Istotnym elementem przeprowadzenia procesu restrukturyzacji zobowiązań jest pozyskanie przez Szpital środków finansowych od powiatu oraz innych jednostek samorządowych, a także instytucji finansujących.

Należy zaznaczyć, że restrukturyzacja zobowiązań przeterminowanych zajmuje bardzo istotne miejsce w całym procesie restrukturyzacji. Jednostka powinna zająć się negocjowaniem umów ze swoimi wierzycielami. Restrukturyzacja zobowiązań będzie polegała na zawarciu ugód z podmiotami w stosunku do których Szpital posiada wierzytelności przeterminowane. Skutkiem wskazanych działań będzie odstąpienie od odsetek, redukcja części kwoty głównej zadłużenia, rozłożenie spłat zobowiązań na raty, co



wpływie pozytywnie na wynik Szpitala w postaci obniżenia kosztów obsługi z tytułu tzw. toksycznego zadłużenia.

Koncepcja zarządzania zadłużeniem Szpitala

Stopień zadłużenia szpitali jest jednym z największych problemów systemu finansowego w Polsce. Brak możliwości sfinansowania wszystkich potrzeb zgłaszanych przez społeczeństwo pokazuje, iż nie został wypracowany idealny system, który z jednej strony w 100% służyłby społeczeństwu, a z drugiej nie generował nadmiernych obciążeń budżetowych. Co do zasady, w większości Szpitali problem ten wywołuje trudności związane z bieżącym funkcjonowaniem, na skutek czego pojawia się zadłużenie przeterminowane wobec dostawców. Szpital w Grajewie w strukturze zobowiązań, posiada zobowiązania przeterminowane w wysokości około 4 mln PLN (stan na czerwiec 2019).

Jednym z zaproponowanych działań naprawczych jest zaciągnięcie kredytu restrukturyzacyjnego w wysokości 24,5 mln PLN, w celu spłaty przeterminowanego zadłużenia oraz konsolidacji obecnie posiadanych instrumentów finansowych w jeden. Kredyt ma zostać wypłacony w dwóch transzach:

I transza w kwocie 20 mln zł: uruchomienie w marcu 2020 roku – przeznaczona na konsolidację zadłużenia, w tym:

Pożyczki o łącznej kwocie 16 mln zł:

- pożyczka odnawialna (Umowa pożyczki 211000085170515 z 20.11.2015r., zmieniona Aneksami: Nr 1 z 11.08.2016r., Nr 2 z 30.06.2017r., Nr 3 z 26.03.2018r. i Nr 4 z 12.04.2018r.)
- pożyczka odnawialna (Umowa pożyczki 211000850531118 z 23.11.2018r., zmieniona Aneksem Nr 1 z 22.11.2019r.)
- pożyczka odnawialna (Umowa pożyczki 211000850220919 z 27.09.2019r., zmieniona Aneksem Nr 1 z 16.12.2019r.)

Dodatkowe zobowiązania o łącznej kwocie 4 mln zł:

- ZFŚS za 2018r
- ekwiwalent za 2018r
- z tytułu dostaw i usług

II transza w kwocie 4,5 mln zł: uruchomiona w styczniu 2021 – przeznaczona na działania inwestycyjne.

Kluczowe parametry kredytu zostały przedstawione w tabeli poniżej.

Tabela 137 Podstawowe (zakładane) parametry kredytu w Wariacie Naprawczym – I Transza

Parametry	
Kwota kredytu [PLN]	20 mln zł
Częstotliwość spłat rat kredytu	miesięczna
Okres spłaty [lata]	25



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

Okres karencji [lata] 2
 Oprocentowanie 3,5%
 Data zaciągnięcia Marzec 2020

Źródło: opracowanie własne.

Poniżej przedstawiono symulację przedmiotowego kredytu – Transza I.

Tabela 138 Harmonogram spłat kredytu restrukturyzacyjnego – Transza I

Data spłaty	Kapitał	Ciek%	Saldo	Rata leczenia
31.03.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.04.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.05.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.06.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.07.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.08.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.09.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.10.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.11.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.12.2020	0	58 333	20 000 000	58 333
01.01.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.02.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.03.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.04.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.05.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.06.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.07.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.08.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.09.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.10.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.11.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.12.2021	0	58 333	20 000 000	58 333
01.01.2022	0	58 333	20 000 000	58 333
01.02.2022	0	58 333	20 000 000	58 333
01.03.2022	72 464	58 333	20 000 000	130 797
01.04.2022	72 464	58 122	19 927 536	130 586
01.05.2022	72 464	57 911	19 855 072	130 374
01.06.2022	72 464	57 699	19 782 609	130 163
01.07.2022	72 464	57 488	19 710 146	129 952
01.08.2022	72 464	57 277	19 637 681	129 740
01.09.2022	72 464	57 065	19 565 217	129 529
01.10.2022	72 464	56 854	19 492 754	129 318
01.11.2022	72 464	56 643	19 420 290	129 106
01.12.2022	72 464	56 431	19 347 826	128 895
01.01.2023	72 464	56 220	19 275 362	128 684
01.02.2023	72 464	56 008	19 202 899	128 472
01.03.2023	72 464	55 797	19 130 435	128 261
01.04.2023	72 464	55 586	19 057 971	128 050
01.05.2023	72 464	55 374	18 985 507	127 838
01.06.2023	72 464	55 163	18 913 043	127 627
01.07.2023	72 464	54 952	18 840 580	127 415
01.08.2023	72 464	54 740	18 768 116	127 204
01.09.2023	72 464	54 529	18 695 652	126 993
01.10.2023	72 464	54 318	18 623 188	126 781
01.11.2023	72 464	54 106	18 550 725	126 570
01.12.2023	72 464	53 895	18 478 261	126 359
01.01.2024	72 464	53 684	18 405 797	126 147
01.02.2024	72 464	53 472	18 333 333	125 936
01.03.2024	72 464	53 261	18 260 870	125 725
01.04.2024	72 464	53 050	18 188 406	125 513
01.05.2024	72 464	52 838	18 115 942	125 302
01.06.2024	72 464	52 627	18 043 478	125 091
01.07.2024	72 464	52 415	17 971 014	124 879
01.08.2024	72 464	52 204	17 898 551	124 668
01.09.2024	72 464	51 993	17 826 087	124 457
01.10.2024	72 464	51 781	17 753 623	124 245
01.11.2024	72 464	51 570	17 681 159	124 034
01.12.2024	72 464	51 359	17 608 696	123 822
01.01.2025	72 464	51 147	17 536 232	123 611
01.02.2025	72 464	50 936	17 463 768	123 400
01.03.2025	72 464	50 725	17 391 304	123 188
01.04.2025	72 464	50 513	17 318 841	122 977
01.05.2025	72 464	50 302	17 246 377	122 766
01.06.2025	72 464	50 091	17 173 913	122 554
01.07.2025	72 464	49 879	17 101 449	122 343
01.08.2025	72 464	49 668	17 028 986	122 132
01.09.2025	72 464	49 457	16 956 522	121 920
01.10.2025	72 464	49 245	16 884 058	121 709



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

01.11.2025	72 464	49 034	16 811 594	121 498
01.12.2025	72 464	48 822	16 738 130	121 286
01.01.2026	72 464	48 611	16 666 667	121 075
01.02.2026	72 464	48 400	16 594 203	120 864
01.03.2026	72 464	48 188	16 521 739	120 652
01.04.2026	72 464	47 977	16 449 275	120 441
01.05.2026	72 464	47 766	16 376 812	120 229
01.06.2026	72 464	47 554	16 304 348	120 018
01.07.2026	72 464	47 343	16 231 884	119 807
01.08.2026	72 464	47 132	16 159 420	119 595
01.09.2026	72 464	46 920	16 086 957	119 384
01.10.2026	72 464	46 709	16 014 493	119 173
01.11.2026	72 464	46 498	15 942 029	118 961
01.12.2026	72 464	46 288	15 869 565	118 750
01.01.2027	72 464	46 075	15 797 101	118 539
01.02.2027	72 464	45 864	15 724 638	118 327
01.03.2027	72 464	45 652	15 652 174	118 116
01.04.2027	72 464	45 441	15 579 710	117 905
01.05.2027	72 464	45 229	15 507 246	117 693
01.06.2027	72 464	45 018	15 434 783	117 482
01.07.2027	72 464	44 807	15 362 319	117 271
01.08.2027	72 464	44 596	15 289 856	117 059
01.09.2027	72 464	44 384	15 217 391	116 848
01.10.2027	72 464	44 173	15 144 928	116 636
01.11.2027	72 464	43 961	15 072 464	116 425
01.12.2027	72 464	43 750	15 000 000	116 214
01.01.2028	72 464	43 538	14 927 538	116 002
01.02.2028	72 464	43 327	14 855 072	115 791
01.03.2028	72 464	43 116	14 782 609	115 580
01.04.2028	72 464	42 905	14 710 145	115 368
01.05.2028	72 464	42 693	14 637 681	115 157
01.06.2028	72 464	42 482	14 565 217	114 946
01.07.2028	72 464	42 271	14 492 754	114 734
01.08.2028	72 464	42 059	14 420 290	114 523
01.09.2028	72 464	41 848	14 347 826	114 312
01.10.2028	72 464	41 636	14 275 362	114 100
01.11.2028	72 464	41 425	14 202 899	113 889
01.12.2028	72 464	41 214	14 130 435	113 678
01.01.2029	72 464	41 002	14 057 971	113 466
01.02.2029	72 464	40 791	13 985 507	113 255
01.03.2029	72 464	40 580	13 913 043	113 043
01.04.2029	72 464	40 368	13 840 580	112 832
01.05.2029	72 464	40 157	13 768 116	112 621
01.06.2029	72 464	39 946	13 695 652	112 409
01.07.2029	72 464	39 734	13 623 188	112 198
01.08.2029	72 464	39 523	13 550 725	111 987
01.09.2029	72 464	39 312	13 478 261	111 775
01.10.2029	72 464	39 100	13 405 797	111 564
01.11.2029	72 464	38 889	13 333 333	111 353
01.12.2029	72 464	38 678	13 260 870	111 141
01.01.2030	72 464	38 468	13 188 406	110 930
01.02.2030	72 464	38 255	13 115 942	110 719
01.03.2030	72 464	27 174	13 043 478	98 638
01.04.2030	72 464	27 023	12 971 014	99 487
01.05.2030	72 464	26 872	12 898 551	99 336
01.06.2030	72 464	26 721	12 826 087	99 185
01.07.2030	72 464	26 570	12 753 623	99 034
01.08.2030	72 464	26 419	12 681 159	98 883
01.09.2030	72 464	26 268	12 608 696	98 732
01.10.2030	72 464	26 117	12 536 232	98 581
01.11.2030	72 464	25 966	12 463 768	98 430
01.12.2030	72 464	25 815	12 391 304	98 279
01.01.2031	72 464	25 664	12 318 841	98 128
01.02.2031	72 464	25 513	12 246 377	97 977
01.03.2031	72 464	25 362	12 173 913	97 826
01.04.2031	72 464	25 211	12 101 449	97 675
01.05.2031	72 464	25 060	12 028 986	97 524
01.06.2031	72 464	24 909	11 956 522	97 373
01.07.2031	72 464	24 758	11 884 058	97 222
01.08.2031	72 464	24 607	11 811 594	97 071
01.09.2031	72 464	24 457	11 739 130	96 920
01.10.2031	72 464	24 306	11 666 667	96 769
01.11.2031	72 464	24 155	11 594 203	96 618
01.12.2031	72 464	24 004	11 521 739	96 467
01.01.2032	72 464	23 853	11 449 275	96 316
01.02.2032	72 464	23 702	11 376 812	96 165
01.03.2032	72 464	23 551	11 304 348	96 014
01.04.2032	72 464	23 400	11 231 884	95 864
01.05.2032	72 464	23 249	11 159 420	95 713
01.06.2032	72 464	23 098	11 086 957	95 562
01.07.2032	72 464	22 947	11 014 493	95 411
01.08.2032	72 464	22 796	10 942 029	95 260
01.09.2032	72 464	22 645	10 869 565	95 109
01.10.2032	72 464	22 494	10 797 101	94 958
01.11.2032	72 464	22 343	10 724 638	94 807



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

01.12.2032	72 464	22 192	10 652 174	94 656
01.01.2033	72 454	22 041	10 579 710	94 505
01.02.2033	72 464	21 890	10 507 246	94 354
01.03.2033	72 464	21 739	10 434 783	94 203
01.04.2033	72 464	21 588	10 362 319	94 052
01.05.2033	72 464	21 437	10 289 856	93 901
01.06.2033	72 464	21 286	10 217 391	93 750
01.07.2033	72 464	21 135	10 144 928	93 599
01.08.2033	72 464	20 984	10 072 464	93 448
01.09.2033	72 464	20 833	10 000 000	93 297
01.10.2033	72 464	20 682	9 927 536	93 146
01.11.2033	72 464	20 531	9 855 072	92 995
01.12.2033	72 464	20 380	9 782 608	92 844
01.01.2034	72 464	20 229	9 710 145	92 693
01.02.2034	72 464	20 079	9 637 681	92 542
01.03.2034	72 464	19 928	9 565 217	92 391
01.04.2034	72 464	19 777	9 492 754	92 240
01.05.2034	72 464	19 626	9 420 290	92 089
01.06.2034	72 464	19 475	9 347 826	91 938
01.07.2034	72 464	19 324	9 275 362	91 787
01.08.2034	72 464	19 173	9 202 899	91 636
01.09.2034	72 464	19 022	9 130 435	91 486
01.10.2034	72 464	18 871	9 057 971	91 335
01.11.2034	72 464	18 720	8 985 507	91 184
01.12.2034	72 464	18 568	8 913 043	91 033
01.01.2035	72 464	18 418	8 840 580	90 882
01.02.2035	72 464	18 267	8 768 116	90 731
01.03.2035	72 464	18 116	8 695 652	90 580
01.04.2035	72 464	17 965	8 623 188	90 429
01.05.2035	72 464	17 814	8 550 725	90 278
01.06.2035	72 464	17 663	8 478 261	90 127
01.07.2035	72 464	17 512	8 405 797	89 976
01.08.2035	72 464	17 361	8 333 333	89 825
01.09.2035	72 464	17 210	8 260 870	89 674
01.10.2035	72 464	17 059	8 188 406	89 523
01.11.2035	72 464	16 908	8 115 942	89 372
01.12.2035	72 464	16 757	8 043 478	89 221
01.01.2036	72 464	16 606	7 971 014	89 070
01.02.2036	72 464	16 455	7 898 551	88 919
01.03.2036	72 464	16 304	7 826 087	88 768
01.04.2036	72 464	16 153	7 753 623	88 617
01.05.2036	72 464	16 002	7 681 159	88 466
01.06.2036	72 464	15 851	7 608 696	88 315
01.07.2036	72 464	15 700	7 536 232	88 164
01.08.2036	72 464	15 550	7 463 768	88 013
01.09.2036	72 464	15 399	7 391 304	87 862
01.10.2036	72 464	15 248	7 318 841	87 711
01.11.2036	72 464	15 097	7 246 377	87 560
01.12.2036	72 464	14 946	7 173 913	87 409
01.01.2037	72 464	14 795	7 101 449	87 258
01.02.2037	72 464	14 644	7 028 986	87 107
01.03.2037	72 464	14 493	6 956 522	86 957
01.04.2037	72 464	14 342	6 884 058	86 806
01.05.2037	72 464	14 191	6 811 594	86 655
01.06.2037	72 464	14 040	6 739 130	86 504
01.07.2037	72 464	13 889	6 666 667	86 353
01.08.2037	72 464	13 738	6 594 203	86 202
01.09.2037	72 464	13 587	6 521 739	86 051
01.10.2037	72 464	13 436	6 449 275	85 900
01.11.2037	72 464	13 285	6 376 812	85 749
01.12.2037	72 464	13 134	6 304 348	85 598
01.01.2038	72 464	12 983	6 231 884	85 447
01.02.2038	72 464	12 832	6 159 420	85 296
01.03.2038	72 464	12 681	6 086 957	85 145
01.04.2038	72 464	12 530	6 014 493	84 994
01.05.2038	72 464	12 379	5 942 029	84 843
01.06.2038	72 464	12 228	5 869 565	84 692
01.07.2038	72 464	12 077	5 797 101	84 541
01.08.2038	72 464	11 926	5 724 638	84 390
01.09.2038	72 464	11 775	5 652 174	84 239
01.10.2038	72 464	11 624	5 579 710	84 088
01.11.2038	72 464	11 473	5 507 246	83 937
01.12.2038	72 464	11 322	5 434 783	83 786
01.01.2039	72 464	11 171	5 362 319	83 635
01.02.2039	72 464	11 021	5 289 855	83 484
01.03.2039	72 464	10 870	5 217 391	83 333
01.04.2039	72 464	10 719	5 144 928	83 182
01.05.2039	72 464	10 568	5 072 464	83 031
01.06.2039	72 464	10 417	5 000 000	82 880
01.07.2039	72 464	10 266	4 927 536	82 729
01.08.2039	72 464	10 115	4 855 072	82 578
01.09.2039	72 464	9 964	4 782 608	82 427
01.10.2039	72 464	9 813	4 710 145	82 276
01.11.2039	72 464	9 662	4 637 681	82 125
01.12.2039	72 464	9 511	4 565 217	81 975

246



Zakład Usług Konsultingowych KNOW HOW Sp. z o.o.
71-610 Szczecin, ul. Dubois 27, tel./fax. 091/4892270, 4892280;
e-mail: knowhow@knowhow.com.pl
www.knowhow.com.pl

PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

01.01.2040	72 464	9 360	4 492 754	81 824
01.02.2040	72 464	9 209	4 420 290	81 673
01.03.2040	72 464	9 058	4 347 826	81 522
01.04.2040	72 464	8 907	4 275 362	81 371
01.05.2040	72 464	8 756	4 202 899	81 220
01.06.2040	72 464	8 605	4 130 435	81 069
01.07.2040	72 464	8 454	4 057 971	80 918
01.08.2040	72 464	8 303	3 985 507	80 767
01.09.2040	72 464	8 152	3 913 043	80 616
01.10.2040	72 464	8 001	3 840 580	80 465
01.11.2040	72 464	7 850	3 768 116	80 314
01.12.2040	72 464	7 699	3 695 652	80 163
01.01.2041	72 464	7 548	3 623 188	80 012
01.02.2041	72 464	7 397	3 550 725	79 861
01.03.2041	72 464	7 246	3 478 261	79 710
01.04.2041	72 464	7 095	3 405 797	79 559
01.05.2041	72 464	6 944	3 333 333	79 408
01.06.2041	72 464	6 793	3 260 870	79 257
01.07.2041	72 464	6 643	3 188 406	79 106
01.08.2041	72 464	6 492	3 115 942	78 955
01.09.2041	72 464	6 341	3 043 478	78 804
01.10.2041	72 464	6 190	2 971 014	78 653
01.11.2041	72 464	6 039	2 898 551	78 502
01.12.2041	72 464	5 888	2 826 087	78 351
01.01.2042	72 464	5 737	2 753 623	78 200
01.02.2042	72 464	5 586	2 681 159	78 050
01.03.2042	72 464	5 435	2 608 696	77 899
01.04.2042	72 464	5 284	2 536 232	77 748
01.05.2042	72 464	5 133	2 463 768	77 597
01.06.2042	72 464	4 982	2 391 304	77 446
01.07.2042	72 464	4 831	2 318 841	77 295
01.08.2042	72 464	4 680	2 246 377	77 144
01.09.2042	72 464	4 529	2 173 913	76 993
01.10.2042	72 464	4 378	2 101 449	76 842
01.11.2042	72 464	4 227	2 028 986	76 691
01.12.2042	72 464	4 076	1 956 522	76 540
01.01.2043	72 464	3 925	1 884 058	76 389
01.02.2043	72 464	3 774	1 811 594	76 238
01.03.2043	72 464	3 623	1 739 130	76 087
01.04.2043	72 464	3 472	1 666 667	75 936
01.05.2043	72 464	3 321	1 594 203	75 785
01.06.2043	72 464	3 170	1 521 739	75 634
01.07.2043	72 464	3 019	1 449 275	75 483
01.08.2043	72 464	2 868	1 376 812	75 332
01.09.2043	72 464	2 717	1 304 348	75 181
01.10.2043	72 464	2 566	1 231 884	75 030
01.11.2043	72 464	2 415	1 159 420	74 879
01.12.2043	72 464	2 264	1 086 957	74 728
01.01.2044	72 464	2 114	1 014 493	74 577
01.02.2044	72 464	1 963	942 029	74 426
01.03.2044	72 464	1 812	869 565	74 275
01.04.2044	72 464	1 661	797 101	74 124
01.05.2044	72 464	1 510	724 638	73 973
01.06.2044	72 464	1 359	652 174	73 822
01.07.2044	72 464	1 208	579 710	73 671
01.08.2044	72 464	1 057	507 246	73 521
01.09.2044	72 464	906	434 783	73 370
01.10.2044	72 464	755	362 319	73 219
01.11.2044	72 464	604	289 855	73 068
01.12.2044	72 464	453	217 391	72 917
01.01.2045	72 464	302	144 928	72 766
01.02.2045	72 464	151	72 464	72 615
01.03.2045	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 139 Podstawowe (zakładane) parametry kredytu w Wariancie naprawczym – II Transza

Parametry	
Kwota kredytu [PLN]	4,5 mln zł
Częstotliwość spłat rat kredytu	miesięczna
Okres spłaty [lata]	25
Okres karencji [lata]	2
Oprocentowanie	3,5%
Data zaciągnięcia	Styczeń 2021

Źródło: opracowanie własne.

Poniżej przedstawiono symulację przedmiotowego kredytu – Transza II.

Tabela 140 Harmonogram spłat kredytu restrukturyzacyjnego – Transza II

Data spłaty	Kapitał	Oprocent	Saldo	Rata (łącznie)
31.01.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.02.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.03.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.04.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.05.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.06.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.07.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.08.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.09.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.10.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.11.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.12.2021	0	13 125	4 500 000	13 125
01.01.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.02.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.03.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.04.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.05.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.06.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.07.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.08.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.09.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.10.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.11.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.12.2022	0	13 125	4 500 000	13 125
01.01.2023	16 304	13 125	4 500 000	29 429
01.02.2023	16 304	13 077	4 483 696	29 382
01.03.2023	16 304	13 030	4 467 391	29 334
01.04.2023	16 304	12 982	4 451 087	29 287
01.05.2023	16 304	12 935	4 434 783	29 239
01.06.2023	16 304	12 887	4 418 478	29 192
01.07.2023	16 304	12 840	4 402 174	29 144
01.08.2023	16 304	12 792	4 385 870	29 096
01.09.2023	16 304	12 745	4 369 565	29 049
01.10.2023	16 304	12 697	4 353 261	29 001
01.11.2023	16 304	12 649	4 336 957	28 954
01.12.2023	16 304	12 602	4 320 652	28 906
01.01.2024	16 304	12 554	4 304 348	28 859
01.02.2024	16 304	12 507	4 288 043	28 811
01.03.2024	16 304	12 459	4 271 739	28 764
01.04.2024	16 304	12 412	4 255 435	28 716
01.05.2024	16 304	12 364	4 239 130	28 668
01.06.2024	16 304	12 317	4 222 826	28 621
01.07.2024	16 304	12 269	4 206 522	28 573
01.08.2024	16 304	12 221	4 190 217	28 526
01.09.2024	16 304	12 174	4 173 913	28 478
01.10.2024	16 304	12 126	4 157 609	28 431
01.11.2024	16 304	12 079	4 141 304	28 383
01.12.2024	16 304	12 031	4 125 000	28 336
01.01.2025	16 304	11 984	4 108 696	28 288
01.02.2025	16 304	11 936	4 092 391	28 240
01.03.2025	16 304	11 889	4 076 087	28 193
01.04.2025	16 304	11 841	4 059 783	28 145



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

01.05.2025	16 304	11 793	4 043 478	28 098
01.06.2025	16 304	11 746	4 027 174	28 050
01.07.2025	16 304	11 698	4 010 870	28 003
01.08.2025	16 304	11 651	3 994 565	27 955
01.09.2025	16 304	11 603	3 978 261	27 908
01.10.2025	16 304	11 556	3 961 957	27 860
01.11.2025	16 304	11 508	3 945 652	27 813
01.12.2025	16 304	11 461	3 929 348	27 765
01.01.2026	16 304	11 413	3 913 043	27 717
01.02.2026	16 304	11 365	3 896 739	27 670
01.03.2026	16 304	11 318	3 880 435	27 622
01.04.2026	16 304	11 270	3 864 130	27 575
01.05.2026	16 304	11 223	3 847 826	27 527
01.06.2026	16 304	11 175	3 831 522	27 480
01.07.2026	16 304	11 128	3 815 217	27 432
01.08.2026	16 304	11 080	3 798 913	27 385
01.09.2026	16 304	11 033	3 782 609	27 337
01.10.2026	16 304	10 985	3 766 304	27 289
01.11.2026	16 304	10 938	3 750 000	27 242
01.12.2026	16 304	10 890	3 733 696	27 194
01.01.2027	16 304	10 842	3 717 391	27 147
01.02.2027	16 304	10 795	3 701 087	27 099
01.03.2027	16 304	10 747	3 684 783	27 052
01.04.2027	16 304	10 700	3 668 478	27 004
01.05.2027	16 304	10 652	3 652 174	26 957
01.06.2027	16 304	10 605	3 635 870	26 909
01.07.2027	16 304	10 557	3 619 565	26 861
01.08.2027	16 304	10 510	3 603 261	26 814
01.09.2027	16 304	10 462	3 586 957	26 766
01.10.2027	16 304	10 414	3 570 652	26 719
01.11.2027	16 304	10 367	3 554 348	26 671
01.12.2027	16 304	10 319	3 538 043	26 624
01.01.2028	16 304	10 272	3 521 739	26 576
01.02.2028	16 304	10 224	3 505 435	26 529
01.03.2028	16 304	10 177	3 489 130	26 481
01.04.2028	16 304	10 129	3 472 826	26 433
01.05.2028	16 304	10 082	3 456 522	26 386
01.06.2028	16 304	10 034	3 440 217	26 338
01.07.2028	16 304	9 986	3 423 913	26 291
01.08.2028	16 304	9 938	3 407 609	26 243
01.09.2028	16 304	9 891	3 391 304	26 196
01.10.2028	16 304	9 844	3 375 000	26 148
01.11.2028	16 304	9 796	3 358 696	26 101
01.12.2028	16 304	9 749	3 342 391	26 053
01.01.2029	16 304	9 701	3 326 087	26 005
01.02.2029	16 304	9 654	3 309 783	25 958
01.03.2029	16 304	9 606	3 293 478	25 910
01.04.2029	16 304	9 558	3 277 174	25 863
01.05.2029	16 304	9 511	3 260 870	25 815
01.06.2029	16 304	9 463	3 244 565	25 768
01.07.2029	16 304	9 416	3 228 261	25 720
01.08.2029	16 304	9 368	3 211 957	25 673
01.09.2029	16 304	9 321	3 195 652	25 625
01.10.2029	16 304	9 273	3 179 348	25 577
01.11.2029	16 304	9 226	3 163 043	25 530
01.12.2029	16 304	9 178	3 146 739	25 482
01.01.2030	16 304	9 130	3 130 435	25 435
01.02.2030	16 304	9 083	3 114 130	25 387
01.03.2030	16 304	9 035	3 097 826	25 340
01.04.2030	16 304	8 988	3 081 522	25 292
01.05.2030	16 304	8 940	3 065 217	25 245
01.06.2030	16 304	8 893	3 048 913	25 197
01.07.2030	16 304	8 845	3 032 609	25 149
01.08.2030	16 304	8 798	3 016 304	25 102
01.09.2030	16 304	8 750	3 000 000	25 054
01.10.2030	16 304	8 702	2 983 696	25 007
01.11.2030	16 304	8 655	2 967 391	24 959
01.12.2030	16 304	8 607	2 951 087	24 912
01.01.2031	16 304	8 559	2 934 783	24 864
01.02.2031	16 304	8 511	2 918 478	24 817
01.03.2031	16 304	8 463	2 902 174	24 769
01.04.2031	16 304	8 416	2 885 870	24 722
01.05.2031	16 304	8 368	2 869 565	24 674
01.06.2031	16 304	8 321	2 853 261	24 627
01.07.2031	16 304	8 273	2 836 957	24 579
01.08.2031	16 304	8 226	2 820 652	24 532



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

01.09.2031	16 304	5 842	2 804 348	22 147
01.10.2031	16 304	5 808	2 788 043	22 113
01.11.2031	16 304	5 774	2 771 739	22 079
01.12.2031	16 304	5 740	2 755 435	22 045
01.01.2032	16 304	5 707	2 739 130	22 011
01.02.2032	16 304	5 673	2 722 826	21 977
01.03.2032	16 304	5 639	2 706 522	21 943
01.04.2032	16 304	5 605	2 690 217	21 909
01.05.2032	16 304	5 571	2 673 913	21 875
01.06.2032	16 304	5 537	2 657 609	21 841
01.07.2032	16 304	5 503	2 641 304	21 807
01.08.2032	16 304	5 469	2 625 000	21 773
01.09.2032	16 304	5 435	2 608 696	21 739
01.10.2032	16 304	5 401	2 592 391	21 705
01.11.2032	16 304	5 367	2 576 087	21 671
01.12.2032	16 304	5 333	2 559 783	21 637
01.01.2033	16 304	5 299	2 543 478	21 603
01.02.2033	16 304	5 265	2 527 174	21 569
01.03.2033	16 304	5 231	2 510 870	21 535
01.04.2033	16 304	5 197	2 494 565	21 501
01.05.2033	16 304	5 163	2 478 261	21 467
01.06.2033	16 304	5 129	2 461 957	21 433
01.07.2033	16 304	5 095	2 445 652	21 399
01.08.2033	16 304	5 061	2 429 348	21 365
01.09.2033	16 304	5 027	2 413 043	21 332
01.10.2033	16 304	4 993	2 396 739	21 298
01.11.2033	16 304	4 959	2 380 435	21 264
01.12.2033	16 304	4 925	2 364 130	21 230
01.01.2034	16 304	4 891	2 347 826	21 196
01.02.2034	16 304	4 857	2 331 522	21 162
01.03.2034	16 304	4 823	2 315 217	21 128
01.04.2034	16 304	4 789	2 298 913	21 094
01.05.2034	16 304	4 755	2 282 609	21 060
01.06.2034	16 304	4 721	2 266 304	21 026
01.07.2034	16 304	4 687	2 250 000	20 992
01.08.2034	16 304	4 654	2 233 696	20 958
01.09.2034	16 304	4 620	2 217 391	20 924
01.10.2034	16 304	4 586	2 201 087	20 890
01.11.2034	16 304	4 552	2 184 783	20 856
01.12.2034	16 304	4 518	2 168 478	20 822
01.01.2035	16 304	4 484	2 152 174	20 788
01.02.2035	16 304	4 450	2 135 870	20 754
01.03.2035	16 304	4 416	2 119 565	20 720
01.04.2035	16 304	4 382	2 103 261	20 686
01.05.2035	16 304	4 348	2 086 957	20 652
01.06.2035	16 304	4 314	2 070 652	20 618
01.07.2035	16 304	4 280	2 054 348	20 584
01.08.2035	16 304	4 246	2 038 043	20 550
01.09.2035	16 304	4 212	2 021 739	20 516
01.10.2035	16 304	4 178	2 005 435	20 482
01.11.2035	16 304	4 144	1 989 130	20 448
01.12.2035	16 304	4 110	1 972 826	20 414
01.01.2036	16 304	4 076	1 956 522	20 380
01.02.2036	16 304	4 042	1 940 217	20 346
01.03.2036	16 304	4 008	1 923 913	20 313
01.04.2036	16 304	3 974	1 907 609	20 279
01.05.2036	16 304	3 940	1 891 304	20 245
01.06.2036	16 304	3 906	1 875 000	20 211
01.07.2036	16 304	3 872	1 858 696	20 177
01.08.2036	16 304	3 838	1 842 391	20 143
01.09.2036	16 304	3 804	1 826 087	20 109
01.10.2036	16 304	3 770	1 809 783	20 075
01.11.2036	16 304	3 736	1 793 478	20 041
01.12.2036	16 304	3 702	1 777 174	20 007
01.01.2037	16 304	3 668	1 760 870	19 973
01.02.2037	16 304	3 635	1 744 565	19 939
01.03.2037	16 304	3 601	1 728 261	19 905
01.04.2037	16 304	3 567	1 711 957	19 871
01.05.2037	16 304	3 533	1 695 652	19 837
01.06.2037	16 304	3 499	1 679 348	19 803
01.07.2037	16 304	3 465	1 663 043	19 769
01.08.2037	16 304	3 431	1 646 739	19 735
01.09.2037	16 304	3 397	1 630 435	19 701
01.10.2037	16 304	3 363	1 614 130	19 667
01.11.2037	16 304	3 329	1 597 826	19 633
01.12.2037	16 304	3 295	1 581 522	19 599



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

01.01.2038	16 304	3 281	1 565 217	19 565
01.02.2038	16 304	3 227	1 548 913	19 531
01.03.2038	16 304	3 193	1 532 809	19 497
01.04.2038	16 304	3 159	1 516 304	19 463
01.05.2038	16 304	3 125	1 500 000	19 429
01.06.2038	16 304	3 091	1 483 696	19 395
01.07.2038	16 304	3 057	1 467 391	19 361
01.08.2038	16 304	3 023	1 451 087	19 327
01.09.2038	16 304	2 989	1 434 783	19 293
01.10.2038	16 304	2 955	1 418 478	19 259
01.11.2038	16 304	2 921	1 402 174	19 226
01.12.2038	16 304	2 887	1 385 870	19 192
01.01.2039	16 304	2 853	1 369 565	19 158
01.02.2039	16 304	2 819	1 353 261	19 124
01.03.2039	16 304	2 785	1 336 957	19 090
01.04.2039	16 304	2 751	1 320 652	19 056
01.05.2039	16 304	2 717	1 304 348	19 022
01.06.2039	16 304	2 683	1 288 043	18 988
01.07.2039	16 304	2 649	1 271 739	18 954
01.08.2039	16 304	2 615	1 255 435	18 920
01.09.2039	16 304	2 582	1 239 130	18 886
01.10.2039	16 304	2 548	1 222 826	18 852
01.11.2039	16 304	2 514	1 206 522	18 818
01.12.2039	16 304	2 480	1 190 217	18 784
01.01.2040	16 304	2 448	1 173 913	18 750
01.02.2040	16 304	2 412	1 157 609	18 716
01.03.2040	16 304	2 378	1 141 304	18 682
01.04.2040	16 304	2 344	1 125 000	18 648
01.05.2040	16 304	2 310	1 108 696	18 614
01.06.2040	16 304	2 276	1 092 391	18 580
01.07.2040	16 304	2 242	1 076 087	18 546
01.08.2040	16 304	2 208	1 059 783	18 512
01.09.2040	16 304	2 174	1 043 478	18 478
01.10.2040	16 304	2 140	1 027 174	18 444
01.11.2040	16 304	2 106	1 010 870	18 410
01.12.2040	16 304	2 072	994 565	18 376
01.01.2041	16 304	2 038	978 261	18 342
01.02.2041	16 304	2 004	961 957	18 308
01.03.2041	16 304	1 970	945 652	18 274
01.04.2041	16 304	1 936	929 348	18 240
01.05.2041	16 304	1 902	913 043	18 206
01.06.2041	16 304	1 868	896 739	18 172
01.07.2041	16 304	1 834	880 435	18 138
01.08.2041	16 304	1 800	864 130	18 104
01.09.2041	16 304	1 766	847 826	18 070
01.10.2041	16 304	1 732	831 522	18 036
01.11.2041	16 304	1 698	815 217	18 002
01.12.2041	16 304	1 664	798 913	17 968
01.01.2042	16 304	1 630	782 609	17 934
01.02.2042	16 304	1 596	766 304	17 900
01.03.2042	16 304	1 563	750 000	17 866
01.04.2042	16 304	1 529	733 696	17 832
01.05.2042	16 304	1 495	717 391	17 798
01.06.2042	16 304	1 461	701 087	17 764
01.07.2042	16 304	1 427	684 783	17 730
01.08.2042	16 304	1 393	668 478	17 696
01.09.2042	16 304	1 359	652 174	17 662
01.10.2042	16 304	1 325	635 870	17 628
01.11.2042	16 304	1 291	619 565	17 594
01.12.2042	16 304	1 257	603 261	17 560
01.01.2043	16 304	1 223	586 957	17 526
01.02.2043	16 304	1 189	570 652	17 492
01.03.2043	16 304	1 155	554 348	17 458
01.04.2043	16 304	1 121	538 043	17 424
01.05.2043	16 304	1 087	521 739	17 390
01.06.2043	16 304	1 053	505 435	17 356
01.07.2043	16 304	1 019	489 130	17 322
01.08.2043	16 304	985	472 826	17 288
01.09.2043	16 304	951	456 522	17 254
01.10.2043	16 304	917	440 217	17 220
01.11.2043	16 304	883	423 913	17 186
01.12.2043	16 304	849	407 609	17 152
01.01.2044	16 304	815	391 304	17 118
01.02.2044	16 304	781	375 000	17 084
01.03.2044	16 304	747	358 696	17 050
01.04.2044	16 304	713	342 391	17 016



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

01.05.2044	16 304	679	326 087	16 984
01.06.2044	16 304	645	309 783	16 950
01.07.2044	16 304	611	293 478	16 916
01.08.2044	16 304	577	277 174	16 882
01.09.2044	16 304	543	260 870	16 848
01.10.2044	16 304	510	244 565	16 814
01.11.2044	16 304	476	228 261	16 780
01.12.2044	16 304	442	211 957	16 746
01.01.2045	16 304	408	195 652	16 712
01.02.2045	16 304	374	179 348	16 678
01.03.2045	16 304	340	163 043	16 644
01.04.2045	16 304	306	146 739	16 610
01.05.2045	16 304	272	130 435	16 576
01.06.2045	16 304	238	114 130	16 542
01.07.2045	16 304	204	97 826	16 508
01.08.2045	16 304	170	81 522	16 474
01.09.2045	16 304	136	65 217	16 440
01.10.2045	16 304	102	48 913	16 406
01.11.2045	16 304	68	32 609	16 372
01.12.2045	16 304	34	16 304	16 338
01.01.2046	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne.

Szpital „poszukując” na rynku instrumentów finansowych, kredytu, który pozwoli na spłatę zobowiązań wymagalnych, powinien oprócz komercyjnych kredytodawców, rozważyć złożenie wniosku do Banku Gospodarstwa Krajowego. Owy podmiot charakteryzuje się wieloletnim doświadczeniem przy prowadzeniu przedmiotowego procesu restrukturyzacji zadłużenia. Dodatkowym aspektem, działającym na korzyść uzyskania kredytu w BGK, może być wynegocjowanie preferencyjnego oprocentowania oscylującego w granicach 3% - 3,5%.

W koncepcji próby „oddłużenia” Szpitala należy rozważyć alternatywne rozwiązania do których mogą należeć między innymi emisja obligacji. Przewaga emisji obligacji nad instrumentem jakim jest kredyt finansowy, odnosi się głównie do elastyczności terminów oraz kwot pozyskiwanych do sfinansowania konkretnego działania przez samorząd. Generalnie emisja obligacji niesie za sobą również inne korzyści jak: rozproszenie właścicieli wyemitowanych obligacji, czy brak obowiązku stosowania ustawy Prawo zamówień publicznych do zamówień.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na fakt, iż Jednostka w momencie pozyskania środków finansowych może przystąpić do przeprowadzenia w pełni procesu restrukturyzacji zobowiązań przeterminowanych. Proces ten będzie polegał na zawarciu ugód z wierzycielami w stosunku do której Szpital posiada zobowiązania przeterminowane. Działanie to przyniesie oczekiwane skutki w postaci:

- odstąpienia od odsetek,
- rozłożenia spłat zobowiązań na raty,
- redukcji tzw. toksycznego zadłużenia.

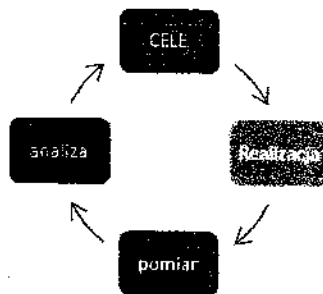
Kluczowym elementem całego procesu będzie przeprowadzenie negocjacji ze wszystkimi wierzycielami. Cały proces restrukturyzacji zobowiązań wpłynie na polepszenie sytuacji Placówki i zwiększy płynność finansową. Istotnym elementem przeprowadzenia procesu restrukturyzacji zobowiązań jest pozyskanie przez Szpital środków finansowych od powiatu oraz innych jednostek samorządowych, a także instytucji finansujących.



15. Działania w zakresie zarządzania, controllingu i efektywnego zarządzania finansami

Kontrola i zarządzanie finansami stanowią jeden z elementów operacyjnego zarządzania Szpitalem. Z racji na swój wymierny i liczbowy charakter łatwo poddają się metodom controllingowym. Controlling rozumiemy tu jako kompleksowy system zarządzania organizacją, składający się z powiązanych ze sobą procedur dotyczących wyznaczania celów -planowania, wdrażania, pomiarów oraz analizy i ocen realizacji wyznaczonych celów.

Rysunek 8 Istota controllingu

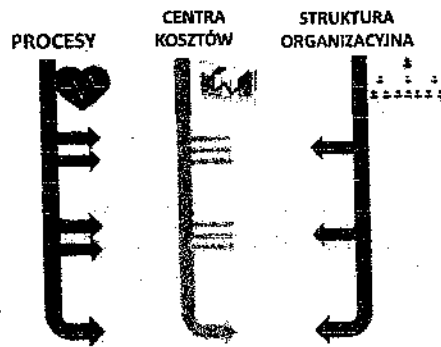


Z szerokiego spektrum problematyki finansowej, to co najbardziej jest przydatne w kierowaniu szpitalami to zarządzanie sprzedażą świadczeń, kosztami oraz płynnością finansową. Jakkolwiek zarządzanie płynnością sprawdza się przy realizacji na szczeblu dyrekcji szpitala, to nie sposób mówić o efektywności sprzedaży i kosztach jej uzyskania bez udziału kierowników komórek realizujących. Wykorzystując controlling do integracji całej załogi i kierowników różnych szczebli wokół wspólnych celów wyznaczonych dla całej organizacji należy zbudować system który spełni poniższe warunki:

1. Wyraźnie zdefiniowane ośrodki zarządzania kosztami, tożsame z realizowanymi procesami i zgodne ze strukturą organizacyjną, na czele których stoją kierownicy z adekwatnie określonymi zakresami odpowiedzialności;
2. Funkcjonujący system bieżącego planowania i wyznaczania indywidualnych zadań dla poszczególnych obszarów funkcjonowania organizacji, oddzielnie dla każdego ośrodka kosztów;
3. Funkcjonujący system informacji zarządczych obejmujący swym zasięgiem wszystkich kierowników ośrodków kosztów, powiązanych z ewidencją zdarzeń gospodarczych i dostarczający im bieżące raporty dostosowane do potrzeb i zakresów ich odpowiedzialności.



Rysunek 9 Budowa struktury zarządczej



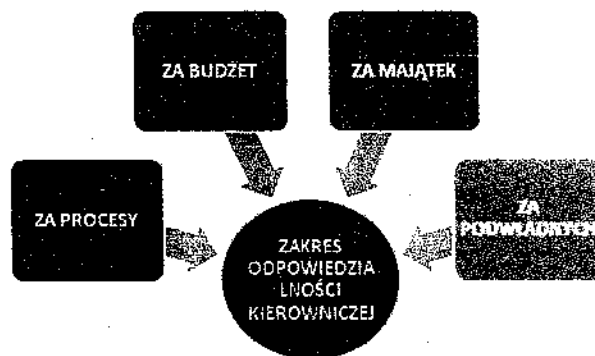
Źródło: opracowanie własne

Załączony schemat przedstawia istotę powiązań pomiędzy procesami, centrami kosztów, w tym także ewidencją księgową oraz ze strukturą organizacyjną.

Kluczowa jednak w tym procesie będzie rola Kadry kierowniczej. Aby włączyć szeroko rozumianą kadrę kierowniczą w skuteczny proces zarządzania należy określić i zdefiniować ich zakresy odpowiedzialności poprzez:

1. powiązanie zakresów zadań z odpowiedzialnością menadżerską za ich skutki wraz ze ścisłym zdefiniowaniem zarządzanego obszaru,
2. doprecyzowanie i wyraźne rozgraniczenie zakresów odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi obszarami zarządczymi (gdy kilka osób odpowiada za to samo, to de facto nie odpowiada nikt),
3. uzupełnienie zakresów odpowiedzialności o elementy związane z realizacją zadań wynikających z zawartych kontraktów jak i ze strategii rynkowych podjętych przez Szpital,
4. uzupełnienie zakresów czynności o zarządzanie kosztami i odpowiedzialności za efekty ekonomiczne działalności komórki,

Rysunek 10 Zakresy odpowiedzialności kierowniczej



Źródło: opracowanie własne



Zatem w celu przygotowania i wdrożenia systemu controllingowego, a tym samym procesów zarządzania kosztami rekomenduje się podjęcie następujących działań

1. przeprowadzenie szczegółowej analizy i dokonanie korekt schematu organizacyjnego Szpitala w zakresie uporządkowania obszarów odpowiedzialności, określając spójny i prosty system centrów kosztów;
2. skorygowanie dla takiej struktury sposobu ewidencji finansowej, wyrażającej się poprzez aktualizację planu kont, zarówno w obszarze kosztów rodzajowych jak i przede wszystkim miejsc powstawania kosztów;
3. wdrożenie systemu budżetowania opartego na prognozowaniu i planowaniu procesów zarządczych w odniesieniu do poszczególnych centrów kosztów;
4. przygotowanie koncepcji uproszczenia całego szpitalnego systemu rozliczenia kosztów, weryfikacji listy nośników kosztów, proponuje się rozważenie w pierwszej kolejności możliwości wprowadzenia tzw. wewnętrznej sprzedaży usług (komórka klient wewnętrzny- komórka usługodawca); tzn. nie rozliczać poszczególnych składowych kosztów oddzielnie takich jak na przykład środki czystości i innych składowych, tylko dopiero zbiorczy koszt sprzątnia 1 m².
5. przygotowanie zestawów bieżących informacji zarządczych, dostosowanych dla każdej komórki organizacyjnej i dla każdego szczebla zarządzania indywidualnie, obejmującej pomiary realizacji krótko i długoterminowych zadań i celów;
6. przeprowadzenie adekwatnych szkoleń kadry kierowniczej w zakresie zrozumienia zmian w strukturach zarządczych oraz operowania informacją controllingową;
7. dostosowanie stosowanego w szpitalu oprogramowania IT do nowego stylu zarządzania oraz do przygotowywania i dystrybucji nowych pakietów informacji;

Nieco odmienną formę przyjmują zasady zarządzania płynnością finansową. Zarządzanie płynnością rozumiane jest tu jako okresowe zestawianie planowanych przychodów i koniecznych wydatków i bilansowanie wolnych środków płatniczych, w sposób i w terminie umożliwiające podejmowanie przez centrum zarządzania decyzji dotyczących realizacji płatności. Zarówno częstotliwość sporządzania zestawienia, jak i perspektywa planistyczna zależą od celów i poziomu zarządzania. Dla celów zarządzania strategicznego stosuje się perspektywę roczną i dłuższe, natomiast dla celów operacyjnych stosowane perspektywy obejmują okresy od jednodniowych do miesięcznych. Dla szpitala borykającego się z problemami finansowymi rekomendujemy perspektywę tygodniową i zestawieniami wykonywanym co tydzień, za każdym razem dla czterech najbliższych tygodni.

Dla uzyskania zakładanego celu procedur zarządzania płynnością należy spełnić następujące warunki:

1. uporządkowana struktura dotycząca zakresów kompetencji i odpowiedzialności kierowników;
2. przyporządkowanie każdemu kierownikowi w ramach jego uprawnień zarządzania procesami, grupy współpracujących dostawców i usługodawców;
3. ustalenie z kierownikami zasad i priorytetów dotyczących płatności dla określonych grup dostawców;
4. przygotowanie terminów i trybu obiegu informacji dotyczących planowanych wpływów i potrzeb w zakresie płatności;
5. wdrożenie procedur decyzyjnych i obiegu informacji dotyczących zaakceptowanych i planowanych płatności;



6. przygotowanie odpowiednich wzorów zestawień, raportów i rozwiązań w zakresie użytecznych technologii IT.

W związku z tym, że część rekomendowanych działań związanych jest z wprowadzeniem korekt w systemach ewidencji księgowych, zakłada się, że działania przygotowawcze powinny zostać zakończone do końca roku kalendarzowego i nowe rozwiązania powinny być wdrażane od początku nowego roku.



16. Wariantowe prognozy finansowe z uwzględnieniem efektów restrukturyzacji w okresie kredytowania

W celu przeprowadzenie prognozy finansowej dla Jednostki, przyjęto, iż symulacja wyników finansowych zostanie przeprowadzona w dwóch wariantach:

- WARIANT 0 – model dotychczasowego funkcjonowania Szpitala bez działań naprawczych z obecną organizacją, z uruchomienia pracowni Hemodynamiki, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi,
- WARIANT NAPRAWCZY – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej, organizacyjnej i finansowej – kredyt restrukturyzacyjny 24,5 mln zł, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.

W wariantcie zerowym (który stanowi wariant bazowy) przeprowadzono symulację rachunku zysków strat, bilansu, rachunku przepływów pieniężnych Jednostki na okres 2019 - 2045 przy założeniu, iż Szpital będzie funkcjonował w ramach dotychczasowej struktury organizacyjnej bez przeprowadzania procesu restrukturyzacji. Opiera się on na podstawie historycznych sprawozdań finansowych. Poniżej przedstawiono kluczowe założenia modelu finansowego.

Założenia przychodowe modelu:

Przychody z NFZ:

- Wartości kontraktu z NFZ na 2019 rok założono na podstawie otrzymanej umowy z NFZ w wysokości 34,1 mln zł.
- Wartość środków podwyżkowych na 2019 rok, została oszacowana w wysokości 5,5 mln zł.
- W okresie 2020 - 2025 w prognozach przychodów z NFZ uwzględniono wzrost nakładów na ochronę zdrowia wynikający z Ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W modelu finansowym założono coroczny procentowy wzrost przychodów z NFZ Jednostki. Opiera się on na prognozach zmian wartości PKB w kolejnych latach. Ostrożnie przyjęto, że wzrost finansowania Szpitala stanowić będzie połowę dynamiki zmian Produktu Krajowego Brutto. Uzasadnieniem takiego poziomu wskaźników wzrostowych są historyczne plany finansowe NFZ, gdzie koszty świadczeń leczenia szpitalnego stanowiły około 50% całości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Ponadto ewentualne niedoszacowanie zmieni „in plus” sytuację Szpitala.

Art. 131c pkt. 1 ww. Ustawy wskazuje, że na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczone zostanie nie mniej niż:

- 2018 r. - 4,67% PKB,
- 2019 r. - 4,84% PKB,
- 2020 r. - 5,03% PKB,
- 2021 r. - 5,22% PKB,



- 2022 r. - 5,41% PKB,
- 2023 r. - 5,60% PKB,
- 2024 r. - 5,80% PKB,
- 2025 r. - 6,00% PKB.

Uwzględniając opisaną powyżej metodologię prognozowania przychodów z NFZ przyjęto następujące wskaźniki wzrostowe:

- 2020 r. - 3,62%,
- 2021 r. - 5,54%,
- 2022 r. - 4,86%,
- 2023 r. - 4,64%,
- 2024 r. - 3,56%.

W okresie 2025 – 2045 wartość przychodów została zaprognozowana na podstawie roku 2025 z bardzo ostrożnym uwzględnieniem 1% wskaźnika wzrostowego.

Pozostałe przychody:

Przychody komercyjne oraz sprzedaż pozostałych usług zostały zaprognozowane na rok 2019 na podstawie średniej z lat ubiegłych. W kolejnych latach przedmiotowa pozycja została zaprognozowana na poziomie 2019 roku z uwzględnieniem ostrożnego 1% wskaźnika wzrostowego.

Główną wartość pozostałych przychodów operacyjnych stanowią przychody z tytułu rozliczania otrzymanych dotacji. W prognozie założono kontynuację rozliczania dotacji wynikającą z poziomu amortyzacji aktywów zakupionych w ramach tych dotacji. Pozostała część przychodów została znormalizowana tj. nastąpiło wyłączenie przychodów incydentalnych, aby w jak najdokładniejszy sposób oddać realność wyników. Od roku 2019 pozostałe przychody operacyjne za wyjątkiem dotacji będą wzrastać o 1%.

Przychody finansowe zostały zaprognozowane na podstawie średniej z lat 2016 – 2018 za wyjątkiem pozycji występujących incydentalnie. Od 2019 roku przychody finansowe będą wzrastać o 1%.

Założenia kosztowe modelu:

Koszty operacyjne:

Poszczególne koszty rodzajowe Szpitala zaprognozowane zostały na podstawie danych za lata 2016 – 2018 przy uwzględnieniu następujących wskaźników wzrostowych oraz założeń przedstawionych w poniższej tabeli:



Tabela 141 Wskaźniki wzrostowe kosztów zastosowane w modelu finansowym

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Źródło
Amortyzacja	Na podstawie planu amortyzacji wraz z uwzględnieniem działań inwestycyjnych.						
Zużycie materiałów i energii	2,5%	2,9%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	OECD Inflation Forecast
Usługi obce	2,5%	2,9%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	OECD Inflation Forecast
Podatki i opłaty	2,5%	2,9%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	OECD Inflation Forecast
Wynagrodzenia	1,0%	1,0%	6,0%	6,0%	5,4%	6,0%	NBP
Ubezpieczenia społ.	1,0%	1,0%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	NBP
Pozostałe koszty rodzajowe	2,5%	2,9%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	OECD Inflation Forecast
Wartość sprzedanych towarów	2,5%	2,9%	2,8%	2,8%	2,8%	2,8%	OECD Inflation Forecast

Źródło: opracowanie własne.

Ponadto w modelu finansowym założono następujące zmienne, które odnoszą się bezpośrednio do wzrostów kosztów wynagrodzeń, wynikających zarówno z polityki prowadzonej przez NFZ jak i zmian zachodzących w gospodarce:

- W prognozach założono wzrost wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny wynikający z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Przedmiotowe założenie przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 142 Wzrost wynagrodzenia pracownika medycznego w pierwszych latach prognozy

Wzrost Wynagrodzenia Pracownika Medycznego w mln zł	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Wynagrodzenia	0,05	0,16	0,35	0,37	0,39	0,41	0,42
Ubezpieczenia	0,01	0,04	0,08	0,09	0,09	0,10	0,10
Łącznie	0,06	0,20	0,43	0,45	0,48	0,51	0,51

Źródło: opracowanie własne.

- Wzrost wynagrodzeń i pochodnych wynikających z wprowadzenia Pracowniczych Planów Kapitałowych założono od lipca 2021 roku. Przedmiotowe założenie przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 143 Pracownicze plany kapitałowe w pierwszych latach prognozy

Wyszczególnienie w mln zł	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Pracownicze Plany Kapitałowe	0,00	0,00	0,17	0,18	0,19	0,20	0,20

Źródło: opracowanie własne.

- Wzrost wynagrodzeń i pochodnych wynikających z wprowadzenia podwyżki płacy minimalnej założono od W modelu uwzględniono także, zapowiadaną podwyżkę płacy minimalnej od 2019 roku. Przedmiotowe założenie przedstawiono w tabeli poniżej.



Tabela 144 Podwyżka płacy minimalnej w pierwszych latach prognozy

Wzrost Wynagrodzenia Zasadniczego w mln zł	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
Wynagrodzenia	0,00	0,27	0,28	0,30	0,32	0,34	0,34
Ubezpieczenia	0,00	0,06	0,07	0,07	0,07	0,08	0,08
Łącznie	0,00	0,33	0,35	0,37	0,39	0,42	0,42

Źródło: opracowanie własne.

Dodatkowo dla celów szczegółowej prognozy koszty rodzajowe podzielone zostały na odpowiednie podgrupy, który były prognozowane na odmiennych zasadach. Wyszczególniono następujące grupy kosztowe:

- koszty zmienne (poziom jest zależny od wysokości przychodów) – koszty prognozowane na podstawie wskaźnika przeliczającego wartość kosztu na jednostkę przychodu (średnie zużycie za rok 2018, w przypadku występowania znacznych różnic, zastosowano średnią za lata 2016 - 2018). Do tej grupy zaliczono następujące pozycje: leki, krew, itp.,
- koszty na podstawie średniej za okres historyczny. Do tej grupy zaliczono następujące pozycje: materiały do konserwacji i napraw urządzeń technicznych, materiały biurowe, usługi informatyczne itp.,
- koszty sezonowe – do tej grupy zaliczono następujące pozycje: energia elektryczna, energia cieplna, woda,
- koszty zaewidencjonowane w całej wysokości na początku 2018, korygowaną poprzez zmianę stanu produktów, tj. podatek od nieruchomości, odpis na ZFŚS, ubezpieczenie OC i majątkowe,
- koszty wynagrodzeń oraz kontraktów personelu medycznego zostały zaprognozowane na podstawie średniej wartości za rok 2018 oraz dane za I połowę 2019 roku, uwzględniono również wzrost wynagrodzeń dla personelu pielęgniarskiego i ratowników medycznych wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia,
- pochodne wynagrodzeń, ustalane na podstawie średniego procentowego udziału w odpowiednich kosztach z tytułu wynagrodzeń, tj. składka ZUS, FP, FEP, składka emerytalna.

Pozostałe koszty rodzajowe w okresie 2018 oraz I – VI 2019 roku zostały podzielone na odpowiednie podgrupy, który były prognozowane na odmiennych:

Pozostałe koszty operacyjne i finansowe:

Pozostałe koszty operacyjne zostały zaprognozowane na podstawie roku 2018 z zastosowaniem metody normalizacji tj. nastąpiło wyłączenie kosztów incydentalnych, aby w jak najdokładniejszy sposób oddać realność wyników. Od roku 2019 koszty te będą wzrastać o 1%.

Koszty finansowe w postaci odsetek od zaciągniętych pożyczek, kredytów i leasingów zostały zaprognozowane na podstawie harmonogramu spłat przy oprocentowaniu zgodnym z treścią zawartych umów. Pozostałe koszty za wyjątkiem kosztów incydentalnych zaprognozowano na podstawie średniej z całego analizowanego okresu. Od 2019 roku



koszty te będą wzrastać o 1%. Dodatkowo zostały uwzględnione koszty finansowe w postaci odsetek od zobowiązań wymagalnych zgodnie ze stawką ustawową 9,5%.

Zapasy

Wartość zapasów została zaprognozowana na podstawie wskaźnika rotacji zapasów, który został ustalony na poziomie 4 dni.

Należności

Należności z tytułu dostaw i usług ze względu na wysoką fluktuację tej pozycji w czasie, zostały zaprognozowane na poziomie 40 dni,

Należności z tytułów budżetowych zostały zaprognozowane na stałym poziomie,

Inne należności, w części składającej się na pożyczki z ZFŚS, zostały zaprognozowane na poziomie średniego udziału za okres 2016-2018 w stosunku do wartości funduszy specjalnych, pozostałe pozycje zostały zaprognozowane na stałym poziomie.

Rozliczenia międzyokresowe

Bierne rozliczenia międzyokresowe w prognozowanym okresie są stopniowo zmniejszane i wpisywane w pozostałe przychody operacyjne w wysokości planu amortyzacji środków trwałych, zakupionych z dotacji lub otrzymanych darowizn,

Czynne rozliczenia międzyokresowe dot. roku 2018 zostały sprowadzone do wartości wynikających ze wstępnych sprawozdań finansowych na rok 2018, natomiast koszty występujące na przełomie roku dot. w głównej mierze kosztów inwentaryzacyjnych zostały zaprognozowane na podstawie średniej wartości za lata 2016-2018 w stosunku do wartości kosztów działalności operacyjnej.

Zobowiązania

Kredyty i pożyczki – w prognozie założono spłatę obecnie zaciągniętych pożyczek zgodnie z harmonogramem dołączonym do umowy.

Wartość zobowiązań handlowych wobec dostawców i usług została zaprognozowana na podstawie wskaźnika rotacji zobowiązań handlowych, ustalonego na poziomie 20 dni.

Zobowiązania z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych składających się w głównej mierze na zobowiązania wobec ZUS zostały zaprognozowane na podstawie średniego stosunku do kosztów wynagrodzeń za lata 2016-2018.

Zobowiązania z tytułu wynagrodzeń zostały zaprognozowane na podstawie średniego stosunku do kosztów wynagrodzeń za lata 2016-2018.

Inne zobowiązania (o ile nie zawierały leasingów) zostały zaprognozowane na stałym poziomie na podstawie roku 2018.

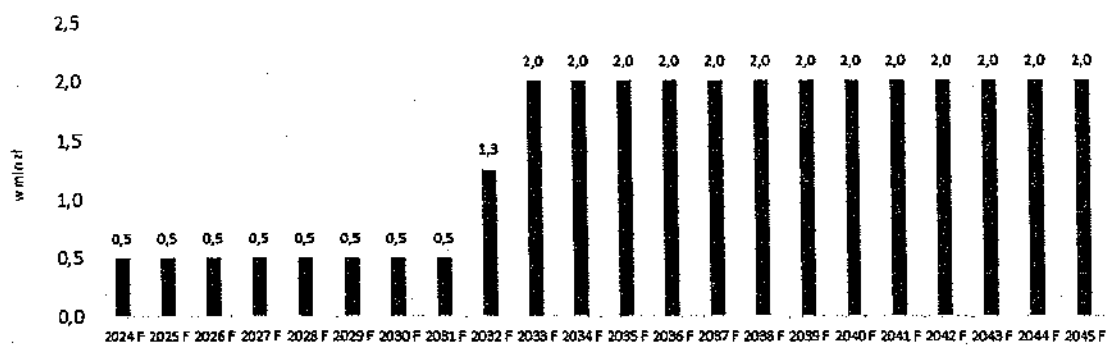


Inwestycje

Założone inwestycje zostały przedstawione w rozdziale 7.3.

Dodatkowo założono inwestycje odtworzeniowe, których wartość przedstawiono poniżej.

Wykres 57 Nakłady odtworzeniowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Tabela 145 Skrócony rachunek zysków i strat Jednostki w Wariancie 0

	2019 F	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2041 F	2042 F	2043 F	2044 F	2045 F
Wyszczególnienie										
Przychody ze sprzedaży	41 175 904	44 330 054	46 849 817	49 200 661	51 554 608	63 104 997	63 736 047	64 373 408	65 017 442	65 667 313
Przychody netto ze sprzedaży produktów	41 175 904	44 330 054	46 849 817	49 200 661	51 554 608	63 104 997	63 736 047	64 373 408	65 017 442	65 667 313
Zmiana stanu produktów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koszty wytworzenia produktów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koszty działalności operacyjnej	46 515 142	49 681 115	52 576 840	55 218 758	57 842 459	71 130 647	71 867 934	72 512 043	72 635 374	73 281 226
Amortyzacja	1 742 858	1 861 762	2 240 744	2 593 442	2 811 663	2 802 927	2 957 027	3 072 027	2 339 358	2 282 260
Zużycie materiałów i energii	6 588 645	7 102 518	7 331 351	7 565 498	7 805 110	9 502 448	9 597 473	9 693 448	9 790 382	9 868 286
Usługi obce	12 679 315	13 176 761	13 545 711	13 924 990	14 314 800	17 427 877	17 602 156	17 778 177	17 955 959	18 135 519
Podatki i opłaty	137 994	141 996	145 972	150 059	154 261	187 807	189 685	191 582	193 498	195 433
Wynagrodzenia	20 938 876	22 730 397	24 188 275	25 561 627	27 017 381	33 916 512	34 255 778	34 598 336	34 944 319	35 288 762
Ubezpieczenia	4 271 467	4 404 270	4 854 001	5 144 774	5 452 992	6 645 483	6 913 938	6 983 077	7 052 908	7 123 437
Pozostałe koszty rodzajowe	255 987	263 411	270 786	278 368	288 163	348 393	351 877	355 396	358 950	362 539
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) ze sprzedaży	-5 339 238	-5 351 061	-5 727 023	-6 018 097	-6 287 852	-8 025 650	-8 131 886	-8 239 635	-7 618 232	-7 613 913
PPO	1 318 937	1 388 157	1 395 417	1 718 283	1 841 580	757 427	743 582	745 392	259 681	186 414
Dotacje	1 167 715	1 242 828	1 248 604	1 570 001	1 691 815	578 287	562 651	562 651	75 113	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	143 921	145 360	146 813	148 282	149 764	179 140	180 932	182 741	184 568	186 414
PKO	68 902	69 591	70 287	70 990	71 700	85 763	86 621	87 487	88 362	89 246
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	68 902	69 591	70 287	70 990	71 700	85 763	86 621	87 487	88 362	89 246
Zysk strata z działalności operacyjnej	-4 082 203	-4 032 455	-4 401 693	-4 370 804	-4 517 972	-7 353 988	-7 474 925	-7 580 730	-7 448 913	-7 516 744
Przychody finansowe	24 913	25 163	25 414	25 668	25 925	31 010	31 320	31 633	31 950	32 269
Dywidendy udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odssetki	15 870	16 028	16 189	16 351	16 515	19 754	19 952	20 151	20 353	20 555
Inne	9 043	9 134	9 225	9 317	9 410	11 256	11 369	11 482	11 597	11 713
Koszty finansowe	633 636	368 096	408 316	443 472	460 053	32 969	33 298	33 631	33 966	34 307
Odssetki	807 349	341 345	381 297	416 182	432 491	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	26 487	26 752	27 019	27 289	27 562	32 969	33 298	33 631	33 968	34 307
Zysk (strata) brutto	-4 698 125	-4 375 399	-4 784 795	-4 788 608	-4 952 100	-7 355 945	-7 475 903	-7 582 728	-7 448 931	-7 518 782
Podatek dochodowy	4 314	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) netto	-4 702 439	-4 375 399	-4 784 795	-4 788 608	-4 952 100	-7 355 945	-7 475 903	-7 582 728	-7 448 931	-7 518 782

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Tabela 146 Skrócony bilans Jednostki w Wariantcie 0

	2019 F	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2041 F	2042 F	2043 F	2044 F	2045 F
Aktywa										
Aktywa trwałe	28 474 666	29 975 326	33 591 844	34 659 007	33 474 544	13 659 937	12 601 910	11 589 983	11 250 524	10 968 274
WNIP	2 219	1 664	1 109	555	0	0	0	0	0	0
Rzeczowe aktywa trwałe	28 461 313	29 962 529	33 579 600	34 647 318	33 463 410	13 647 803	12 599 775	11 578 748	11 239 390	10 957 140
Należności długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Investycje długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Długoterminowe rozliczenia	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134
Aktywa obrotowe										
Zapasy	451 243	485 809	513 423	539 185	584 982	691 562	699 477	705 462	712 517	719 642
Należności krótkoterminowe	4 200 865	4 336 507	4 551 575	4 750 661	4 950 025	5 067 088	6 022 181	6 077 824	6 134 024	6 190 785
Investycje krótkoterminowe	263 114	120 249	145 535	151 602	170 178	1 230 107	1 251 263	1 271 701	1 291 977	1 317 127
Krótkoterminowe rozliczenia	109 135	109 135	109 135	109 135	109 135	109 135	109 135	109 135	109 135	109 135
Aktywa razem:	33 499 023	35 027 027	38 911 511	40 409 590	39 268 864	21 566 829	20 682 965	19 754 005	19 498 176	19 304 963
Pasywa										
Kapitał (fundusz) własny	-7 194 668	-8 610 485	-10 881 643	-13 126 201	-15 883 135	-64 098 627	-67 121 612	-70 184 465	-73 062 695	-75 471 904
Kapitał (fundusz) podstawowy	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634
Kapitał (fundusz) zakładowy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Należne wpłaty na kapitał podstawowy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kapitał (fundusz) zapasowy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-17 392 863	-19 195 721	-20 997 483	-23 238 227	-25 831 669	-71 643 317	-74 545 344	-77 502 371	-80 514 398	-82 853 756
Zysk i strata netto	-4 702 439	-4 375 399	-4 784 795	-4 788 608	-4 962 100	-7 355 945	-7 476 903	-7 582 728	-7 448 931	-7 518 782
Opisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	40 693 691	43 637 512	49 793 155	53 535 790	55 151 999	85 655 456	87 604 578	89 938 469	92 580 871	94 776 857
Rezerwy na zobowiązania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania długoterminowe	5 180 000	4 729 565	4 279 131	3 828 696	3 378 261	0	0	0	0	0
Zobowiązania krótkoterminowe	23 982 609	25 562 338	31 392 133	36 648 916	40 064 306	85 655 456	87 604 578	89 938 469	92 580 871	94 776 867
Rozliczenia międzyokresowe	11 531 082	13 355 608	14 121 891	13 053 179	11 709 432	0	0	0	0	0
Pasywa Razem:	33 499 023	35 027 027	38 911 511	40 409 590	39 268 864	21 566 829	20 682 965	19 754 005	19 498 176	19 304 963

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR. WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Tabela 147 Skrócony rachunek przepływów pieniężnych jednostki w Wariancie 0

	2019 F	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2041 F	2042 F	2043 F	2044 F	2045 F
Działalność operacyjna										
Zysk (strata) netto	-4 702 439	-4 375 399	-4 784 795	-4 788 608	-4 952 100	-7 355 945	-7 476 903	-7 592 728	-7 448 931	-7 518 782
Korekty razem	-27 748	22 309 146	8 987 042	6 979 487	5 087 274	5 052 450	5 045 120	5 085 289	4 900 523	4 438 397
Amoniacja	1 742 858	1 891 762	2 240 744	2 693 442	2 811 663	2 902 027	2 957 027	3 012 027	2 339 358	2 292 250
Odsetki i udziały w zyskach (dywidendy)	608 922	342 934	382 902	417 804	434 128	1 959	1 978	1 998	2 018	2 038
Zysk/strata z działalności inwestycyjnej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zmiana stanu rezerw	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zmiana stanu zapasów	-51 996	-34 566	-27 614	-25 763	-25 797	-6 847	-6 916	-6 965	-7 055	-7 125
Zmiana stanu należności	-47 231	-135 642	-215 068	-199 086	-199 364	-54 547	-55 092	-55 643	-56 200	-56 782
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	-1 250 088	-18 450 131	5 639 795	5 258 782	3 415 390	2 219 859	2 149 122	2 133 892	2 622 421	2 215 996
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-1 050 213	1 824 527	766 282	-1 063 712	-1 348 747	0	0	0	0	0
Przebiegły operacyjny	-4 730 187	17 933 747	4 202 247	2 193 959	135 174	-2 293 494	-2 439 783	-2 497 440	-2 546 408	-3 082 365
Działalność inwestycyjna										
Wpływy	2 043 193	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	2 043 193	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	4 777 587	3 362 424	5 857 261	3 860 605	1 427 200	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Nabycie WNIP oraz rzeczonych aktywów trwałych	4 717 567	3 362 424	5 857 261	3 860 605	1 427 200	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Przebiegły inwestycyjne	-2 874 374	-3 362 424	-5 857 261	-3 860 605	-1 427 200	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000
Działalność finansowa										
Wpływy	11 272 533	2 984 744	2 539 051	2 569 719	2 221 091	4 347 670	4 485 238	4 551 509	4 602 651	5 141 842
Wpływy inne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	11 247 620	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy finansowe	24 913	2 984 744	2 539 051	2 569 719	2 221 091	4 347 670	4 485 238	4 551 509	4 602 651	5 141 842
Wydatki	4 084 271	17 638 933	858 751	893 907	910 488	32 959	33 298	33 631	33 968	34 307
Spłata bieżących kredytów	450 435	450 435	450 435	450 435	450 435	0	0	0	0	0
Spłata kredytów obrotowych + powiatowych	3 000 000	16 880 401	0	0	0	0	0	0	0	0
Wykup dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z tytułu innych zobowiązań finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	533 836	368 096	408 316	443 472	460 653	32 969	33 298	33 631	33 968	34 307
Inne wydatki finansowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przebiegły finansowe	7 188 263	-14 714 189	1 680 299	1 675 812	1 310 603	4 314 701	4 451 939	4 517 878	4 568 683	5 107 535
Przebiegły pieniężne netto razem	-216 298	-142 865	-25 286	-6 067	18 577	21 207	21 156	20 438	20 275	25 160
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-216 298	-142 865	-25 286	-6 067	18 577	21 207	21 156	20 438	20 275	25 160
Środki pieniężne na początek okresu	479 412	263 114	120 249	145 535	151 602	1 208 900	1 230 107	1 251 263	1 271 701	1 291 977
Środki pieniężne na koniec okresu	263 114	120 249	145 535	151 602	170 178	1 230 107	1 251 263	1 271 701	1 291 977	1 317 127

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Girela w Grajewie.



Zakład Usług Konsultingowych KNOW HOW Sp. z o.o.
71-610 Szczecin, ul. Dubois 27, tel./fax. 091/4892276, 4892280;
e-mail: knowhow@knowhow.com.pl
www.knowhow.com.pl

Tabela 148 Analiza wskaźnikowa Jednostki w Wariancie 0

Wyszczególnienie	2019 F	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2041 F	2042 F	2043 F	2044 F	2045 F
PLYNNOSC										
Wskaźnik bieżącej płynności	0,2	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Wskaźnik płynności szybkiej	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Wskaźnik płynności gotówkowej	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
SPRAWNOŚĆ DZIAŁANIA										
Wskaźnik rotacji zapasów	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Wskaźnik rotacji należności	37	35	35	35	35	34	34	34	34	34
Wskaźnik rotacji zobowiązań handlowych	20	166	199	226	237	448	456	463	472	479
Wskaźnik cyklu środków pieniężnych	21	-127	-160	-167	-199	-410	-418	-425	-434	-441
RENTOWNOŚĆ										
ROS	-0,114	-0,099	-0,102	-0,097	-0,096	-0,117	-0,117	-0,118	-0,115	-0,114
ROA	-0,140	-0,125	-0,123	-0,119	-0,126	-0,341	-0,362	-0,384	-0,382	-0,389
ROE	0,654	0,508	0,440	0,365	0,312	0,115	0,111	0,108	0,102	0,100
ZADLUŻENIE										
Wskaźnik ogólnego zadłużenia	1,2	1,2	1,3	1,3	1,4	4,0	4,2	4,6	4,7	4,9
Wskaźnik zadłużenia długoterminowego	-0,7	-0,5	-0,4	-0,3	-0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Wskaźnik zadłużenia kapitału własnego	-5,7	-5,1	-4,6	-4,1	-3,5	-1,3	-1,3	-1,3	-1,3	-1,3
Wskaźnik pokrycia odsetek		-6,5	-11,0	-10,8	-9,9	-221,1	-223,1	-224,5	-225,4	-219,2

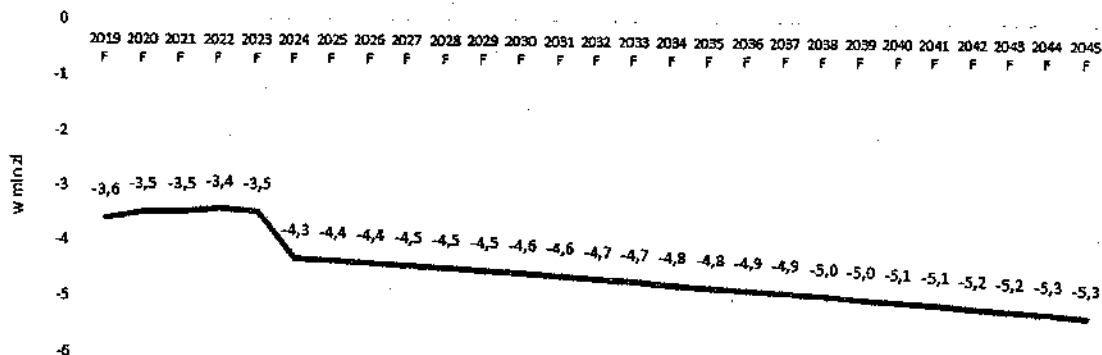
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Podsumowanie Wariantu 0

Przeprowadzona symulacja finansowa wykazuje, że działalność Szpitala w sytuacji, gdzie nie zostaną podjęte żadne kroki restrukturyzacyjne będzie wysoce nierentowna. Brak rentowności wynika głównie z ponoszenia nieracjonalnie wysokich kosztów operacyjnych w stosunku do skali uzyskiwanych przychodów. Główne pozycje kosztowe mające znaczący wpływ na pogorszenie się wyniku finansowego odnoszą się do pozycji wynagrodzeń oraz kontraktów. Działalność na sprzedaży po wyłączeniu kosztów amortyzacji na koniec prognozowanego okresu tj. 2045 rok ustabilizuje się na poziomie oscylującym w granicach około -5,3 mln zł.

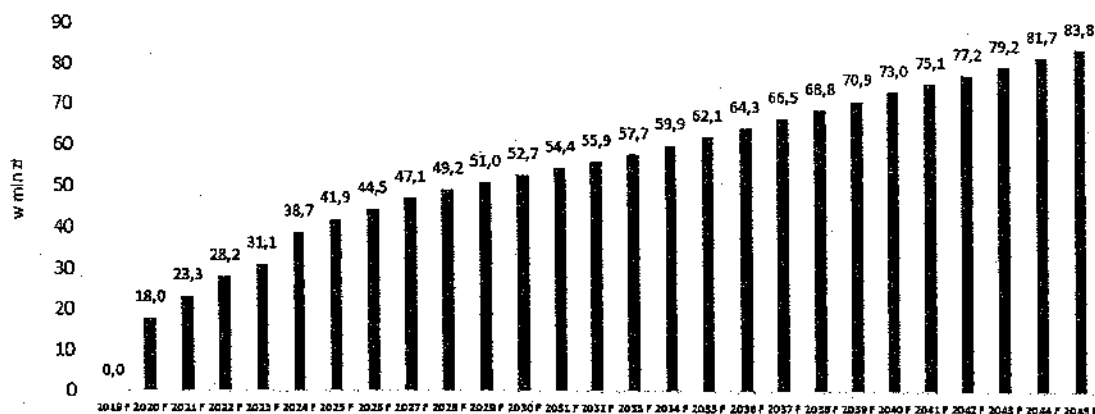
Wykres 58 Wynik na działalności podstawowej – Wariant 0



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wartość zadłużenia przeterminowanego w związku z osiągnięciem ujemnych wyników finansowych powinna wzrosnąć w 2020 roku do kwoty około 18 mln zł – ze względu na konieczność spłaty zaciągniętego wcześniej zadłużenia obrotowego, prognozuje się, że na koniec prognozowanego okresu tj. 2045, prawdopodobnie kształtować się będzie na poziomie w granicach 80 mln zł.

Wykres 59 Stan zadłużenia przeterminowanego – Wariant 0



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Podsumowując – wariant 0 ukazuje dużą skalę problemów związanym z funkcjonowaniem Jednostki. Sytuacja finansowa w całym badanym okresie jest zła. Jednostka nie posiada rentowności na żadnej analizowanej płaszczyźnie a osiągnane wyniki finansowe wpływają na konieczność posilkowania się zadłużeniem przeterminowanym, którego skumulowana wartość na koniec prognozy, tj. 2045 osiąga wartości mogące kształtować się na poziomie około 80 mln zł. KNOW HOW rekomenduje jak najszybsze podjęcie działań naprawczych, gdyż działalność Szpitala w przyszłości może być zagrożona.



Tabela 149 Skrócony rachunek zysków i strat Jednostki w Wariacie Naprawczym

	2019 F	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2041 F	2042 F	2043 F	2044 F	2045 F
Wyszczególnienie										
Przychody ze sprzedaży	41 187 601	47 880 223	57 315 938	63 157 042	65 517 469	80 229 169	81 031 461	81 841 775	82 650 193	83 466 795
Przychody netto ze sprzedaży produktów										
Zmiana stanu produktów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koszty wytworzenia produktów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koszty działalności operacyjnej	46 509 782	51 229 394	57 380 155	62 175 317	64 755 846	79 662 344	80 484 947	81 315 226	81 425 589	82 159 343
Amortyzacja	1 742 858	1 661 162	2 240 744	2 593 442	2 811 663	2 902 027	2 957 027	3 012 027	2 339 358	2 282 250
Zużycie materiałów i energii	6 586 245	8 075 164	9 704 905	11 048 180	11 287 878	13 742 996	13 880 022	14 018 822	14 159 011	14 300 601
Usługi obce	12 677 315	12 626 526	12 721 231	13 054 921	13 440 692	16 358 282	16 521 865	16 687 083	16 853 954	17 022 494
Podatki i opłaty	137 994	141 996	145 972	150 059	154 261	187 807	189 685	191 582	193 498	195 433
Wynagrodzenia	20 837 816	23 898 779	27 524 541	29 987 176	31 410 483	39 395 924	39 789 884	40 187 782	40 589 660	40 995 557
Ubezpieczenia	4 271 467	4 361 766	4 771 986	5 063 172	5 364 707	6 727 314	6 794 687	6 862 533	6 931 159	7 000 470
Pozostałe koszty rodzajowe	255 887	263 411	270 786	278 368	286 163	348 393	351 877	355 396	358 950	362 539
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) ze sprzedaży	-5 322 181	-3 349 171	-33 227	861 725	761 623	566 825	546 514	526 549	1 234 604	1 327 452
PPD	1 318 937	1 368 187	1 395 417	1 718 283	1 841 580	757 427	743 862	745 392	259 661	186 414
Dotacje	1 167 715	1 242 828	1 248 604	1 570 001	1 681 815	578 287	562 651	562 651	75 113	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	143 921	145 360	146 813	148 282	149 764	179 140	180 932	182 741	184 568	186 414
PKO	68 992	17 398	17 572	17 747	17 925	21 441	21 655	21 872	22 090	22 311
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	68 902	17 398	17 572	17 747	17 925	21 441	21 655	21 872	22 090	22 311
Zysk (strata) z działalności operacyjnej	-4 072 146	-1 978 382	-1 314 618	2 682 260	2 585 217	1 302 841	1 268 441	1 250 669	1 472 194	1 491 554
Przychody finansowe	24 913	25 163	25 414	25 668	25 925	31 010	31 320	31 633	31 950	32 269
Dywidendy udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odssetki	15 870	16 029	16 189	16 351	16 515	19 754	19 952	20 151	20 353	20 556
Inne	9 043	9 134	9 225	9 317	9 410	11 256	11 369	11 482	11 597	11 713
Koszty finansowe	607 949	744 927	1 005 580	982 557	936 104	102 831	76 200	49 570	22 939	3 102
Odssetki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości	26 487	26 752	27 019	27 289	27 562	32 969	33 298	33 631	33 968	34 307
Inne	-4 681 058	-2 724 898	-307 433	-1 698 082	-1 647 536	-1 198 022	-1 190 253	-1 198 501	-1 447 237	-1 486 414
Zysk (strata) brutto	4 314	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Podatek dochodowy	-4 685 382	-2 724 898	-307 433	-1 698 082	-1 647 536	-1 198 022	-1 190 253	-1 198 501	-1 447 237	-1 486 414
Zysk (strata) netto	-4 681 068	-2 724 898	-307 433	-1 698 082	-1 647 536	-1 198 022	-1 190 253	-1 198 501	-1 447 237	-1 486 414

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Giniela w Grajewie.



PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Tabela 150 Skrócony bilans Jednostki w Wariacie Naprawczym

	2019 F	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2041 F	2042 F	2043 F	2044 F	2045 F
Aktywa										
Aktywa trwałe	23 474 666	29 975 328	33 591 844	34 859 007	33 474 544	13 568 937	12 601 910	11 589 863	11 250 524	10 968 274
WNIP	2 219	1 864	1 109	555	0	0	0	0	0	0
Rzeczowe aktywa trwałe	28 461 313	29 962 529	33 579 600	34 847 318	33 463 410	13 547 803	12 590 775	11 578 748	11 239 390	10 957 140
Należności długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Investycje długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Długoterminowe rozliczenia	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134	11 134
Aktywa obrotowe	5 042 037	9 077 311	12 624 660	11 585 776	12 180 755	22 368 578	23 572 950	24 841 784	25 637 920	27 242 009
Zapasy	451 371	524 715	628 131	692 132	718 000	879 224	888 016	896 896	905 865	914 924
Należności krótkoterminowe	4 200 865	4 336 507	4 551 575	4 750 661	4 950 025	5 967 088	6 022 161	6 077 824	6 134 024	6 190 785
Investycje krótkoterminowe	280 666	4 106 954	7 336 019	6 033 848	6 403 595	16 413 131	16 553 618	17 757 929	18 538 896	20 027 165
Krótkoterminowe rozliczenia	109 435	109 435	109 435	109 435	109 435	109 435	109 435	109 435	109 435	109 435
Aktywa razem	33 516 703	39 052 638	46 216 704	46 444 783	45 655 299	35 927 515	36 174 860	36 431 666	36 938 444	38 210 284
Pasywa										
Kapitał (fundusz) własny	-7 177 611	-8 959 984	-5 789 416	-4 091 334	-2 443 798	20 161 308	21 351 570	22 550 072	23 987 309	25 483 723
Kapitał (fundusz) podstawowy	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634	14 900 634
Kapitał (fundusz) zakładu	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Należna wpłaty na kapitał podstawowy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kapitał (fundusz) zapasowy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	-17 392 863	-19 135 721	-20 987 483	-20 690 050	-18 991 968	4 962 651	5 250 674	6 450 936	7 649 437	9 096 674
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-4 685 382	-2 724 898	307 433	1 698 082	1 647 536	1 198 022	1 190 263	1 198 501	1 447 237	1 466 414
Zysk i strata netto	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Opisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego	40 694 313	46 012 622	52 006 120	50 535 116	48 039 036	15 765 207	14 823 289	13 681 594	12 941 135	12 726 561
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rezerwy na zobowiązania	5 180 000	24 729 565	28 054 493	26 536 841	25 023 189	2 471 014	1 405 797	340 580	0	0
Zobowiązania długoterminowe	23 983 232	7 927 449	9 829 736	10 939 097	11 366 476	13 295 192	13 417 492	13 541 015	12 941 135	12 726 561
Zobowiązania krótkoterminowe	11 531 082	13 355 608	14 121 891	13 058 179	11 709 432	0	0	0	0	0
Rozliczenia międzyokresowe	33 516 703	39 052 638	46 216 704	46 444 783	45 655 299	35 927 515	36 174 860	36 431 666	36 938 444	38 210 284
Pasywa razem										

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE**

Tabela 151 Skrócony rachunek przepływów pieniężnych w Wariancie Naprawczym

	2019 F	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2041 F	2042 F	2043 F	2044 F	2045 F
Działalność operacyjna										
Zysk (strata) netto	-4 685 382	-2 724 898	307 433	1 698 082	1 647 536	1 198 022	1 190 263	1 198 501	1 447 237	1 486 414
Korekty razem	-27 253	5 048 438	4 873 378	3 019 801	2 602 805	3 064 853	3 093 621	3 122 894	2 473 505	2 347 576
Korekty										
Amortyzacja	1 742 858	1 861 762	2 250 744	2 593 442	2 811 663	2 902 027	2 957 027	3 072 027	2 339 358	2 282 280
Odektki i udziały w zyskach (dywidendy)	608 922	746 516	1 007 185	984 178	937 742	104 789	78 178	51 568	24 967	5 140
Zysk i strata z działalności inwestycyjnej	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zmiana stanu rezerw	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zmiana stanu zapasów	-52 125	-73 344	-103 416	-64 001	-25 868	-8 705	-8 792	-8 880	-8 969	-9 059
Zmiana stanu należności	-47 231	-136 642	-215 068	-199 086	-199 364	-54 547	-55 062	-55 643	-56 200	-56 762
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	-1 249 465	824 618	1 177 650	768 781	427 379	121 089	122 300	123 623	124 758	126 006
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-1 030 213	1 824 527	766 282	-1 063 712	-1 348 747	0	0	0	0	0
Inne korekty	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przebiegi operacyjne	-4 712 635	2 323 540	5 180 871	4 717 683	4 250 341	4 262 675	4 263 863	4 321 095	3 871 142	3 833 980
Działalność inwestycyjna										
Wpływy	2 043 193	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	2 043 193	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	4 717 667	3 362 424	5 857 261	3 860 605	1 427 200	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Nabywanie WNIPII oraz rzeczowych aktywów trwałych	4 717 667	3 362 424	5 857 261	3 860 605	1 427 200	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Przebiegi inwestycyjne	-2 674 374	-3 362 424	-5 857 261	-3 860 605	-1 427 200	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000	-2 000 000
Działalność finansowa										
Wpływy	11 272 633	22 967 687	5 388 650	28 668	25 925	31 010	31 320	31 633	31 950	32 269
Wpływy inne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	11 247 620	20 000 000	4 500 000	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy finansowe	24 813	2 967 687	888 650	28 668	25 925	31 010	31 320	31 633	31 950	32 269
Wydatki	4 084 271	18 102 515	1 483 034	2 184 918	2 479 319	1 201 017	1 174 716	1 148 418	1 122 424	377 889
Splata bieżących kredytów	450 435	450 435	450 435	450 435	450 435	0	0	0	0	0
Splata kredytów obrotowych + powiatowych	3 000 000	16 880 401	0	0	0	0	0	0	0	0
Splata nowego kredytu	633 836	771 679	1 032 600	1 009 846	963 667	135 799	109 489	83 201	56 907	37 410
Odektki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wydatki finansowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przebiegi finansowe	-1 811 638	-15 134 828	-644 384	-2 156 250	-2 453 394	-1 170 007	-1 143 396	-1 116 785	-1 090 475	-345 720
Przebiegi pieniężne netto razem	-198 746	3 826 288	3 229 065	-1 302 171	369 747	1 092 669	1 140 487	1 204 310	780 967	1 486 269
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-198 746	3 826 288	3 229 065	-1 302 171	369 747	1 092 669	1 140 487	1 204 310	780 967	1 486 269
Środki pieniężne na początek okresu	479 412	280 668	4 106 954	7 336 019	8 033 848	14 320 462	15 413 131	16 553 616	17 757 929	18 538 896
Środki pieniężne na koniec okresu	280 666	4 106 954	7 336 019	6 033 848	8 403 595	15 413 131	16 553 616	17 757 929	18 538 896	20 027 465

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Girela w Grajewie.



PROGRAM NAPRAWICZY
SZPITALA OGÓLNEGO IM. DR WITOLDA GINELA W GRAJEWIE

Tabela 152 Analiza wskaźnikowa Jednostki w Wariancie Naprawczym

Wyszczególnienie	2019 F	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2041 F	2042 F	2043 F	2044 F	2045 F
PLYNNOSC										
Wskaźnik bieżącej płynności	0,2	1,1	1,3	1,1	1,1	1,7	1,8	1,8	2,0	2,1
Wskaźnik płynności szybkiej	0,2	1,1	1,2	1,0	1,0	1,6	1,7	1,8	1,9	2,1
Wskaźnik płynności gotówkowej	0,0	0,5	0,7	0,8	0,6	1,2	1,2	1,3	1,4	1,6
SPRAWNOSC DZIAŁANIA										
Wskaźnik rotacji zapasów	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Wskaźnik rotacji należności	37	33	29	27	27	27	27	27	27	27
Wskaźnik rotacji zobowiązań handlowych	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
Wskaźnik cyklu środków pieniężnych	21	17	13	11	11	11	11	11	11	11
RENTOWNOSC										
ROS	-0,114	-0,057	0,005	0,027	0,025	0,015	0,015	0,015	0,018	0,018
ROA	-0,140	-0,070	0,007	0,037	0,036	0,033	0,033	0,033	0,039	0,039
ROE	0,653	0,392	-0,053	-0,415	-0,574	0,059	0,056	0,053	0,060	0,058
ZADŁUŻENIE										
Wskaźnik ogólnego zadłużenia	1,2	1,2	1,1	1,1	1,1	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3
Wskaźnik zadłużenia długoterminowego	-0,7	-3,6	-4,8	-6,5	-10,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0
Wskaźnik zadłużenia kapitału własnego	-6,7	-6,6	-9,0	-12,4	-19,7	0,8	0,7	0,6	0,5	0,5
Wskaźnik pokrycia odsetek	-	-6,4	-2,6	1,3	2,7	8,3	9,6	11,6	15,0	25,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Podsumowanie Wariantu Naprawczego

Wariant Naprawczy został opracowany w oparciu o Wariant 0. Dodatkowymi założeniami definiującymi przedmiotowy wariant jest ujęcie działań naprawczych, które zostały przedstawione w tabeli poniżej oraz kredytu restrukturyzacyjnego, którego charakterystyka została przedstawiona w rozdziale 14. Przedmiotowy wariant uwzględnia wprowadzenie działań naprawczych których wartość oscyluje na poziomie około 1,8 mln zł oraz działań związanych z prowadzeniem nowej działalności przez Jednostkę, których skutki oszacowano na około 4,7 mln zł w skali roku (po pełnym wprowadzeniu wszystkich działań).

Tabela 153 Oszczędności - Wariant Naprawczy

Działania zaproponowane przez Know How Wariant Naprawczy	Wartość
Sektor wynagrodzeń	0,76
Odprawy	0,13
Sektor gospodarowania materiałami medycznymi	0,28
Oszczędności z tytułu żywienia	0,07
Oszczędności z tytułu prania	0,10
Oszczędności z tytułu transportu	0,08
Oszczędności z tytułu audytu energetycznego	0,08
Oszczędność z tytułu organizacji oddziałów Szpitalnych (ortopedia)	0,21
Oszczędność z tytułu obsługi zamówień publicznych	0,20
Oszczędność z tytułu reorganizacji działania parkingu	0,01

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Tabela 154 Skutki działań - Wariant Naprawczy

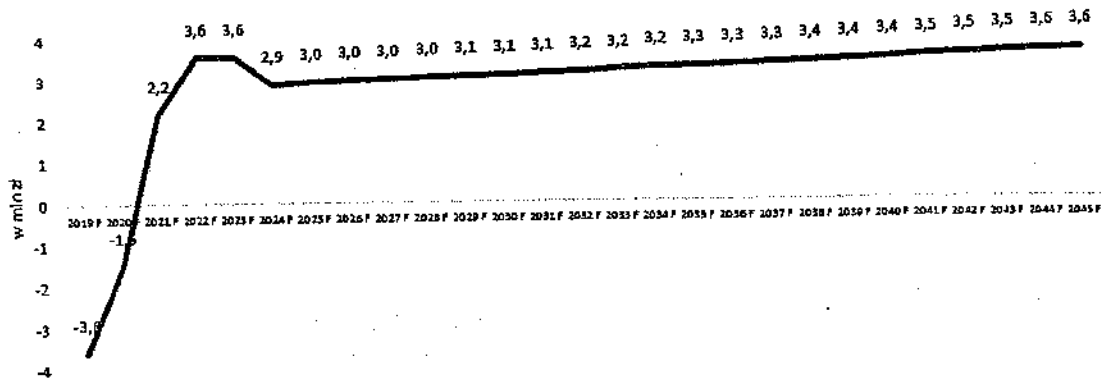
Podsumowanie	2019	2020	2021	2022	2023
Przychody	11 697	3 550 169	10 467 121	13 958 381	13 962 861
Koszty	-1 440	2 872 713	7 052 163	9 297 171	9 313 693
ZME	-2 400	1 358 135	2 944 565	4 069 680	4 086 202
Usługi Obce		261 168	261 168	261 168	261 168
Wynagrodzenia	960	1 253 410	3 846 431	4 966 323	4 966 323
Wynik	13 137	677 456	3 414 958	4 659 210	4 649 168

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Przeprowadzona symulacja finansowa wykazuje, że działalność Szpitala dzięki wprowadzeniu działań naprawczych będzie rentowna. Dodatkowo przedmiotowy wariant zakłada wprowadzenie działań związanych z wprowadzeniem nowych działalności, owe założenie pozwala w wariantcie naprawczym na wygenerowanie dodatkowych 4,7 mln zł. Dzięki wyżej opisanym założeniom Jednostka generuje na koniec okresu prognozy tj. 2045, dodatni wynik na poziomie około 3,5 mln zł.



Wykres 60 Wynik na działalności podstawowej bez amortyzacji – Wariant Naprawczego



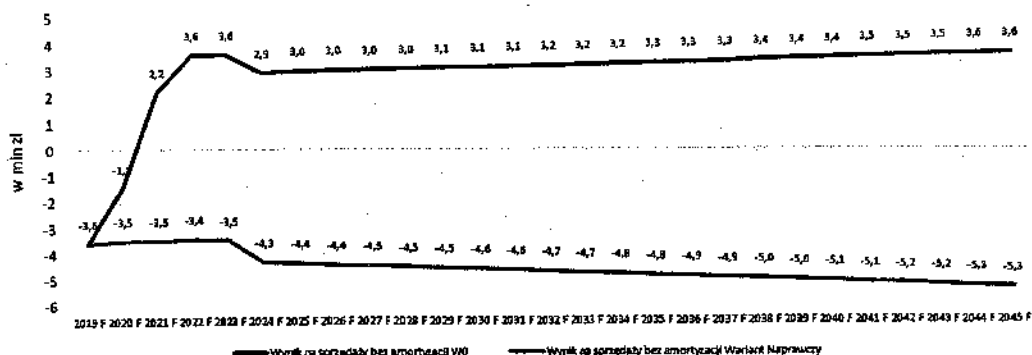
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Wprowadzone działania, które zapewniają osiągnięcie dodatniego wyniku finansowego na poziomie przekraczającym 4 mln zł, są na racjonalnym poziomie w stosunku do skali problemu Szpitala. Dzięki uzyskiwanej rentowności na sprzedaży Szpital, jest w stanie wykluczyć konieczności korzystania z zadłużenia przeterminowanego.

Podsumowując – sytuacja finansowa Szpitala w stosunku do Wariantu 0, uległa zdecydowanej poprawie. Przedmiotowa sytuacja jest spowodowana uwzględnieniem oszczędności z tytułu korekty zatrudnienia, obsługi gospodarczej oraz gospodarowania materiałami medycznymi. Owe działania wraz z zaciągnięciem kredytu restrukturyzacyjnego oraz wprowadzeniem działań menadżerskich mających na celu zwiększenie kompleksowości oferowanych usług, wpływają na zdecydowaną obniżkę kosztów operacyjnych.

Dzięki zdecydowanej poprawie rentowności Jednostki, Szpital w dalszym nie boryka się problemem korzystania z przeterminowanych zobowiązań handlowych. Przeprowadzona symulacja finansowa wykazała, iż wprowadzone działania naprawcze, są wystarczające w stosunku do faktycznej sytuacji Szpitala.

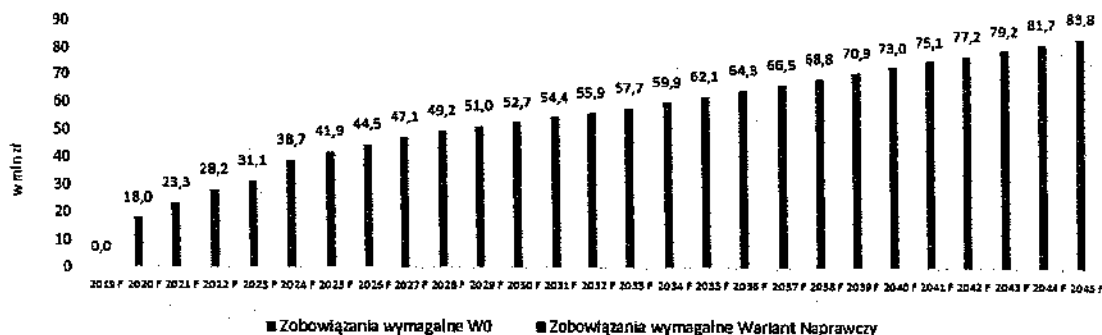
Wykres 61 Wynik na sprzedaży bez amortyzacji – podsumowanie wariantów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.



Wykres 62 Stan zadłużenia przeterminowanego – podsumowanie wariantów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie.

Podsumowując – przeprowadzona analiza wariantów restrukturyzacji, pokazała, iż sytuacja finansowa Jednostki jest w złym stanie. Dopiero podjęte działania w wariantcie naprawczym, są w stanie doprowadzić do „zdrowego” funkcjonowania Szpitala. Szpital wskazuje jako wariant naprawczy jako wariant optymalny i niezbędny, w celu przeprowadzenia pełnej i modelowej restrukturyzacji Jednostki. Wprowadzenie przedmiotowego wariantu, pozwoli na uzyskanie optymalnych marż, charakteryzujących „zdrowe” Jednostki oraz w długim terminie pozwoli na brak konieczności posługiwania się zadłużeniem przeterminowanym w celu finansowania działalności operacyjnej.



17. Identyfikacja głównych ryzyk

W niniejszym rozdziale dokonano analizy ryzyka dla planu naprawczego Szpitala w Grajewie. W pierwszym etapie zidentyfikowano charakterystyczne ryzyka dla tego procesu, następnie określono prawdopodobieństwa ich wystąpienia, wpływu na sytuację Jednostki oraz scharakteryzowano metody zapobiegania ryzykom bądź neutralizacji ich negatywnych skutków.

Lista ryzyk związanych z projektem jest następująca:

Ryzyko związane z realizacją programu i działań naprawczych – zakładane działania naprawcze są realne do wprowadzenia, jednak istnieje ryzyko opóźnienia ich wprowadzenia (na skutek oporu pracowników Szpitala lub organizacji związkowych) oraz ryzyko niższych oszczędności niż przewidywano w planie (np. w przypadku optymalizacji zatrudnienia, materiałów medycznych, likwidacji liczby łóżek).

Ryzyko związane z robotami budowlanymi – opóźnienia postępowań przetargowych planowanych remontów i inwestycji, zwiększeniem kosztów remontu, modernizacji.

Ryzyko związane z konkurencją – Szpital Ogólny w Grajewie znajduje się w sieci szpitali PSZ i jest jednym z szesnastu szpitali I stopnia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego w regionie podlaskim oraz jedynym podmiotem leczniczym w Grajewie, który ma podpisaną umowę z NFZ w szerokim zakresie leczenia szpitalnego (na rok 2019). Do największych „konkurentów” Szpitala zaliczyć możemy: Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku z 8 podobnymi oddziałami, 8 podobnymi poradniami, z kontaktem na ponad 390,3 mln zł (prawie 12 razy większy niż Szpitala Ogólnego w Grajewie), w odległości ok. 88,1 km, "PRO-MEDICA" w Ełku Sp. z o.o. z 6 podobnymi oddziałami, 11 podobnymi poradniami, z kontaktem na ponad ok. 55,2 mln zł (ponad półtora razy większym niż Szpitala Ogólnego w Grajewie), w odległości ok. 23,0 km, Szpital Wojewódzki w Łomży z 11 podobnymi oddziałami, 11 podobnymi poradniami, z kontraktem ok. 114,3 mln zł, oddalony o ok. 67,5 km.

Ryzyko związane z zarządzaniem Jednostką – nieefektywne zarządzanie Jednostką może prowadzić do ciągłego generowania strat, a ostatecznie do upadłości Placówki.

Ryzyko związane z poziomem przychodów – funkcjonowanie Szpitala jest w głównej mierze uzależnione od dostępności źródeł finansowania z NFZ. Możliwe jest, iż w dalszej perspektywie czasu zmieni się polityka finansowania świadczeń, co wpłynie bezpośrednio na działalność Szpitala w przyszłych latach.

Ryzyka makroekonomiczne – inflacja, wysokość stóp procentowych, kursy walut, tempo wzrostu gospodarczego, poziom stawki składki na ubezpieczenia społeczne, wejście Polski do strefy euro.

W tym etapie oszacowano prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka oraz wagi dla projektu restrukturyzacji:

1. Prawdopodobieństwa danego czynnika – czy dojdzie do skutku:



- a. prawdopodobieństwo 0%-30% – niska możliwość wystąpienia danego zdarzenia;
- b. prawdopodobieństwo 30%-70% – średni poziom możliwości wystąpienia danego zdarzenia;
- c. prawdopodobieństwo 70% - 100% – wysoki poziom możliwości wystąpienia danego zdarzenia;

2. Waga danego czynnika dla Projektu – w skali punktowej od 0 do 100 pkt.

Podsumowaniem tej części analizy jest tabela poniżej wraz z wykresem.

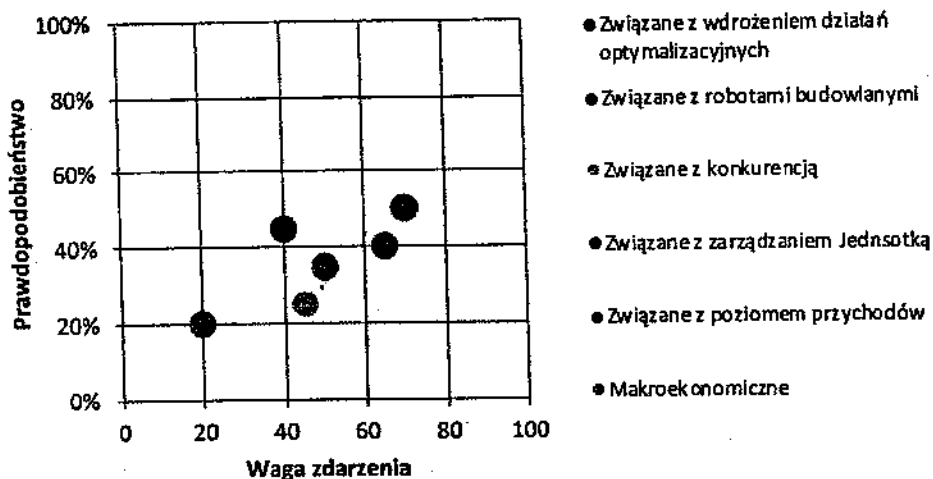
Tabela 155 Ocena ryzyka

Ryzyko	Waga zdarzenia	Prawdopodob.	Komentarz/ sposób zapobiegania/ sposób neutralizacji negatywnych skutków
Związane z wdrożeniem programu i działań optymalizacyjnych	70	50%	Wprowadzenie działań naprawczych jest trudnym zadaniem wymagającym zrealizowania wielu nietrywialnych decyzji, przedsięwzięć. Zakładana jest średnia możliwość wystąpienia zdarzenia. Waga zdarzenia jest wysoka. Sposobem zapobiegania jest przede wszystkim szczegółowy plan działań restrukturyzacyjnych i harmonogram przedsięwzięć, przekazywanie informacji o zamiarach ruchów dla załogi, wspólne działania i wsparcie JST. Główne budynki służące bezpośredniej działalności podstawowej postrzegane są jako utrzymane w dobrym stanie technicznym, aczkolwiek majątek Szpitala trzeba stale odnawiać. W związku z tym trzeba będzie ponieść nakłady finansowe z tym związane. Może zatem wystąpić ryzyko z wzrostem nakładów inwestycyjnych w porównaniu do zakładanych, opóźnienia realizacji inwestycji, wydatki nieprzewidziane itp. Prawdopodobieństwo wystąpienia tego ryzyka jest niskie. Skutki tego zdarzenia są umiarkowane. W przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia należy dokonać wizji potrzeb remontowych przez pracowników oraz Dyrekcję celem ponownej kalkulacji kosztów i terminów wykonania planowanych etapów prac.
Związane z robotami budowlanymi	40	45%	Szpital w Grajewie jedynym podmiotem leczniczym w Grajewie, który ma podpisaną umowę z NFZ w szerokim zakresie leczenia szpitalnego. Największą konkurencję stanowią: Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, "PRO-MEDICA" w Elku Sp. z o.o, Szpital Wojewódzki w Łomży. Aby ograniczyć to ryzyko należy sukcesywnie wzbogacać ofertę medyczną Jednostki i dbać o wysoki poziom obsługi Pacjentów.
Związane z konkurencją	45	25%	Nieefektywne zarządzanie Jednostką może prowadzić do ciągłego generowania przez nią strat, a ostatecznie do upadłości Placówki. Waga zdarzenia została jest znaczna, natomiast prawdopodobieństwo zaistnienia ryzyka jest średnie.
Związane z zarządzaniem Jednostką	50	35%	Przychody Szpitala są uzależnione głównie od płatnika świadczeń. Prawdopodobieństwo wystąpienia tego zdarzenia jest niskie. Waga tego zdarzenia jest znaczna. Zaleca się prowadzenie racjonalnej polityki w zakresie kontraktu z NFZ.
Związane z poziomem przychodów	65	40%	Wpływ na to ryzyko mają głównie ogólnokrajowe czynniki, które nie mają bezpośredniego wpływu na powodzenie projektu. Prawdopodobieństwo i waga wystąpienia tego zdarzenia są niskie.
Makroekonomiczne	20	20%	

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 63 Mapa ryzyk



Źródło: opracowanie własne.

Wdrożenie programu naprawczego ponosi ze sobą wiele zagrożeń i ryzyk, które mogą skutkować niepowodzeniem przedsięwzięcia. Do najgroźniejszych i najbardziej prawdopodobnych zaliczyć można ryzyka związane z:

- wdrożeniem programu i działań naprawczych – ryzyko to jest głównie związane z oporem związków zawodowych i pracowników Szpitala, którzy nie chcą zgodzić się na planowane zmiany, opóźnią cały proces, bądź sprawią, że nie zostanie on wprowadzony w 100%,
- poziomem przychodów – ryzyko to zależy od polityki NFZ, który poprzez nowe regulacje może wpłynąć na wysokość osiąganych przez Jednostkę przychodów – może obniżyć aktualny poziom kontraktu z NFZ, jak i również nie zakontraktować nowych zakresów usług – ograniczając tym samym możliwość rozwoju Szpitala,
- zarządzaniem Jednostką – kierowanie dużą Jednostką jest zadaniem bardzo trudnym, szczególnie w okresie wprowadzania gruntownych zmian naprawczych, nieumiejętne pokierowanie Placówką w tym czasie może doprowadzić do generowania strat, a w ostateczności do upadłości Szpitala.



Wnioski i rekomendacje

Szpital Ogólny w Grajewie znajduje się w sieci szpitali PSZ i jest jednym z szesnastu szpitali I stopnia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego w regionie podlaskim oraz jedynym podmiotem leczniczym w Grajewie, który ma podpisaną umowę z NFZ w szerokim zakresie lecznictwa szpitalnego (na rok 2019). Szpital działa w regionie o małym nasyceniu podmiotów leczniczych.

Szpital znajduje się w trudnej sytuacji finansowej. Sytuacja finansowa Szpitala w przeciągu trzech analizowanych lat uległa pogorszeniu. Jednostka od 2017 roku, odnotowuje ujemne wyniki finansowe na wszystkich analizowanych płaszczyznach. Przedmiotowa sytuacja, jest spowodowana ponoszeniem nieracjonalnych kosztów operacyjnych w stosunku do osiągniętych przychodów. Wynika to z problemu rosnących kosztów wynagrodzeń (zarówno kontrakty jak i umowy o pracę). Skutkuje to pogarszającą się sytuacją w płynnością finansową oraz przyrastającym zadłużeniem przeterminowanym.

W niniejszym opracowaniu dokonano szczegółowej analizy działalności Szpitala za lata 2016 – VI 2019 oraz na tej podstawie wskazano propozycję działań w sferach, które wymagają poprawy, tj. medycznej, organizacyjnej, polityki zatrudnienia, infrastrukturalnej oraz finansowej. Obszary te wymagają uregulowania i wprowadzenia działań naprawczych.

Wprowadzanie zmian powinno być procesem świadomym, dobrze zorganizowanym i jednocześnie kontrolowanym przez zarządzającego. Sukces we wprowadzaniu zmian zależy przede wszystkim od odpowiedniego zdiagnozowania potrzeb oraz od odpowiedniego przygotowania projektu wprowadzania zmian. Podwaliny do tego procesu stanowi niniejsze opracowanie, w którym dokonano symulacji zjawisk ekonomicznych dla różnych wariantów dalszego funkcjonowania Szpitala.

WARIANT 0 – model dotychczasowego funkcjonowania Szpitala bez działań naprawczych z obecną organizacją, z wyjątkiem uruchomienia pracowni Hemodynamiki, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi,

WARIANT NAPRAWCZY – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej, organizacyjnej i finansowej – kredyt restrukturyzacyjny 24,5 mln zł, wraz z działaniami menadżerskimi oraz działaniami naprawczymi, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.

Dokonana analiza przedstawionych projekcji finansowych wykazała, iż Szpital bez przeprowadzania żadnych działań naprawczych będzie pogarszał swoją sytuację finansową – jego działalność będzie wysoce nierentowna, zadłużenie będzie wzrastało. Wysokie wartości zadłużenia długoterminowego sprawiają, iż większość środków pieniężnych przeznaczana będzie na ich spłatę. Spowoduje to niskie wartości środków pieniężnych, które nie wystarczają na finansowanie działalności inwestycyjnej oraz regulację zobowiązań wobec kontrahentów.

Szpital w Grajewie musi w jak najszybszym czasie wprowadzić działania naprawcze, aby przeciwdziałać ryzykom i poprawić swoją sytuację finansowo-ekonomiczną. Przeprowadzona symulacja prognoz kondycji finansowej Jednostki wykazała, że najlepszym scenariuszem dla Jednostki jest wariant naprawczy, który pozwoli Placówce być rentownym na działalności



podstawowej. Wariant ten pozwoli generować nadwyżki gotówkowe, które pozwolą na spłatę zadłużenia oraz uczestniczyć w procesie odtworzeniowym lub inwestycyjnym majątku szpitala. Tylko gruntownie przeprowadzona reorganizacja funkcjonowania Jednostki, może przyczynić się do uratowania sytuacji w teraźniejszości i stabilizacji w przyszłości.

ZUK Know How Sp. z o.o. rekomenduje szybkie podjęcie decyzji i konieczność wprowadzenia działań naprawczych zgodnie z wariantem naprawczym, który pozwoli w sposób racjonalny przejść przez proces zmian i ustabilizować sytuację finansową jednostki przy jednoczesnym zrównoważonym rozwoju medycznym szpitala.



Spis tabel

Tabela 1 Ludność w Grajewie, powiatach ościennych i województwie podlaskim	8
Tabela 2 Prognozowana liczba ludności w powiecie grajewskim i województwie podlaskim w latach 2020 – 2050	8
Tabela 3 Ludność powiatu grajewskiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2016 – 2018 ..	9
Tabela 4 Prognozowana liczba ludności powiatu grajewskiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2020 – 2050	10
Tabela 5 Liczba pacjentów oraz ogólna liczba łóżek szpitali umiejscowionych w Grajewie w 2016 roku	11
Tabela 6 Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności dla szpitali stacjonarnych ogólnych w województwie podlaskim oraz w Polsce w 2018 roku	11
Tabela 7 Podstawowe wskaźniki medyczne dotyczące leczenia szpitalnego w województwie podlaskim w roku 2017	12
Tabela 8 Zestawienie liczby przychodni, praktyk lekarskich i stomatologicznych oraz podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. ludności w województwie podlaskim i Polsce w roku 2017	14
Tabela 9 Zestawienie liczby porad ambulatoryjnych udzielonych w latach 2016 – 2017 w województwie podlaskim i w Polsce	14
Tabela 10 Zestawienie liczby porad specjalistycznych udzielonych w latach 2016 – 2017 w województwie podlaskim w Polsce	15
Tabela 11 Współczynniki chorobowości szpitalnej w 2016 roku wg oddziałów w województwie podlaskim i w Polsce	18
Tabela 12 Liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek i farmaceutów pracujących w Polsce i województwie podlaskim w latach 2015 – 2017	20
Tabela 13 Liczba lekarzy specjalistów i dentystów pracujących w Polsce i województwie podlaskim w latach 2015 – 2017	21
Tabela 14 Liczba lekarzy pracujących w Polsce i w województwie podlaskim w latach 2015 – 2017 ..	22
Tabela 15 Liczba pielęgniarek pracujących w Polsce i w województwie podlaskim w latach 2015 – 2017	22
Tabela 16 Liczba położnych pracujących w Polsce i w województwie podlaskim w latach 2015 – 2017	23
Tabela 17 Grupy wiekowe lekarzy, pielęgniarek oraz położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie podlaskim w roku 2017	23
Tabela 18 Struktura geograficzna pacjentów Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Gineła w Grajewie przyjętych w 2018 roku	24
Tabela 19 Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ w województwie podlaskim	25
Tabela 20 Zestawienie kontraktów z NFZ wybranych jednostek Szpitala Ogólnego w Grajewie za rok 2018	27
Tabela 21 Wykaz oddziałów szpitalnych Szpitala Ogólnego w Grajewie oraz w wybranych jednostkach	30
Tabela 22 Wykaz poradni specjalistycznych Szpitala Ogólnego w Grajewie i w konkurencyjnych jednostkach	33



Tabela 23 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń medycznych w latach 2016 – 2018, w ramach kontraktów z NFZ	69
Tabela 24 Udzielanie świadczeń przez oddziały szpitalne w latach 2016 – 2018	70
Tabela 25 Wykonanie świadczeń medycznych udzielonych przez poradnie AOS	71
Tabela 26 Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	72
Tabela 27 Realizacja ryczału w ramach PSZ w latach 2017, 2018 i 2019 na podstawie średniomiesięcznych stawek ryczałtowych	73
Tabela 28 Dane finansowe pozostałej sprzedaży świadczeń medycznych	76
Tabela 29 Rodzaje klientów świadczeń komercyjnych	77
Tabela 30 Liczba porodów i cesarskich cięć w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019	80
Tabela 31 Zestawienie liczby pacjentów obsługiwanych na SOR w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019	82
Tabela 32 Zestawienie liczby pacjentów obsługiwanych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019	83
Tabela 33 Liczba leczonych (z ruchem międzyoddziałowym) w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku	84
Tabela 34 Liczba osobodni w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku	86
Tabela 35 Liczba łóżek w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku	87
Tabela 36 Procentowy wskaźnik wykorzystania łóżek w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku	88
Tabela 37 Zestawienie wskaźników wykorzystania łóżek dla Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie, województwa podlaskiego i Polski	89
Tabela 38 Średni czas pobytu chorego w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019 roku	90
Tabela 39 Zestawienie średniego czasu pobytu chorego dla Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie, województwa podlaskiego i Polski	91
Tabela 40 Statystyki kolejek oczekujących na poszczególne zabiegi w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie na dzień 31.08.2019 roku	92
Tabela 41 Zestawienie zbiorcze rehospitalizacji w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019	92
Tabela 42 Dane statystyczne oddziałów zabiegowych za 2018 rok	94
Tabela 43 Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w okresie 2016 – VI 2019	97
Tabela 44 Rejestr kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w AOS i Rehabilitacji	98
Tabela 45 Liczba badań wykonanych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w Laboratorium analitycznym w roku 2018 w rozbięciu na komórki zlecające	100
Tabela 46 Liczba badań wykonanych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w Laboratorium mikrobiologicznym w roku 2018 w rozbięciu na komórki zlecające	101
Tabela 47 Liczba badań RTG i USG wykonanych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019	102



Tabela 48 Liczba badań wykonanych w Pracowni Endoskopii Szpitala Ogólnego im. dr Witolda Ginela w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019	103
Tabela 49 Zestawienie parametrów ekonomicznych oddziałów szpitalnych w 2018 roku	105
Tabela 50 Wartość świadczeń medycznych wykonanych w 2018 roku.....	107
Tabela 51 Koszty zmienne procedur medycznych poniesione w 2018 roku	108
Tabela 52 Pozostałe koszty oddziałowe	109
Tabela 53 Miesięczne koszty utrzymania powierzchni oddziałów szpitalnych	110
Tabela 54 Zużycie materiałów medycznych na poszczególne Oddziały	113
Tabela 55 Liczba osobodni/posiłków wydanych na oddziałach Szpitala w Grajewie w 2018 roku	120
Tabela 56 Koszty hotelowe pacjenta w Szpitalu Ogólnym w Grajewie w 2018 roku	120
Tabela 57 Koszty transportu Szpitala Ogólnego w Grajewie w latach 2016-2018 i I półroczu 2019 roku [średniomiesięcznie].....	123
Tabela 58 Cenniki usług transportowych świadczonych przez podmioty zewnętrzne.....	124
Tabela 59 Ocena wysokości opłat ryczałtowych w stosunku do liczby przejechanych km w roku 2018	124
Tabela 60 Wykaz stawek dodatków funkcyjnych.....	127
Tabela 61 Wykaz organizacji związkowych	130
Tabela 62 Liczba pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w latach 2016 – IV 2019 (wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe	132
Tabela 63 Liczba pracowników zatrudnionych na umowy cywilno-prawne w latach 2016 – VI 2019	133
Tabela 64 Liczba pracowników w etatach podziale na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową (wg stanu na 30.06.2019r.)	135
Tabela 65 Wykaz pracowników w podziale na grupy zawodowe oraz poszczególne komórki organizacyjne w etatach (wg stanu na 30.06.2019 r.).....	135
Tabela 66 Organizacja pracy lekarzy	138
Tabela 67 Organizacja pracy pielęgniarek, położnych.....	138
Tabela 68 Liczba osób zatrudnionych w Dziale Utrzymania Czystości wg stanu na dzień 30.06.2019	139
Tabela 69 Liczba osób zatrudnionych w komórkach administracyjnych i obsługi wg stanu na dzień 30.06.2019.....	140
Tabela 70 Liczba dni absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych na 1 etat w dniach	144
Tabela 71 Wskaźnik kosztów osobowych do przychodów oraz kosztów działalności podstawowej w latach 2016 – VI 2019	148
Tabela 72 Charakterystyka nieruchomości użytkowanych przez Szpital.....	151
Tabela 73 Zestawienie uchybień stanu wyposażenia i pomieszczeń w stosunku do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r.	152
Tabela 74 Wykaz aktualnych umów najmu i dzierżawy pomieszczeń Szpitala.....	156
Tabela 75 Stan środków trwałych na I półrocze 2019 roku	161
Tabela 76 Stan umorzenia urządzeń, narzędzi i wyposażenia w poszczególnych jednostkach Szpitala	162



Tabela 77 Wykaz sprzętu o większej wartości i dużym stopniu zużycia.....	163
Tabela 78 Plan inwestycyjny na lata 2019 - 2023.....	164
Tabela 79 Plan zakupów urządzeń i wyposażenia	165
Tabela 80 Skrócony bilans Szpitala Ogólnego w Grajewie	167
Tabela 81 Rzeczowe aktywa trwałe	167
Tabela 82 Zapasy.....	169
Tabela 83 Należności krótkoterminowe	170
Tabela 84 Kapitał pracujący	171
Tabela 85 Kapitał własny	171
Tabela 86 Zobowiązania długoterminowe.....	172
Tabela 87 Zobowiązania krótkoterminowe.....	173
Tabela 88 Rozliczenia międzyokresowe	174
Tabela 89 Rachunek zysków i strat Szpitala Ogólnego w Grajewie	176
Tabela 90 Struktura przychodów ze sprzedaży	178
Tabela 91 Struktura pozostałych przychodów operacyjnych	179
Tabela 92 Struktura przychodów finansowych.....	179
Tabela 93 Struktura kosztów operacyjnych	180
Tabela 94 Kluczowe pozycje zużycia materiałów i energii	181
Tabela 95 Kluczowe pozycje usług obcych.....	181
Tabela 96 Kluczowe pozycje podatków i opłat.....	182
Tabela 97 Kluczowe pozycje wynagrodzeń	182
Tabela 98 Kluczowe pozycje ubezpieczeń	182
Tabela 99 Kluczowe pozycje pozostałych kosztów rodzajowych	183
Tabela 100 Struktura pozostałych kosztów operacyjnych	183
Tabela 101 Struktura kosztów finansowych.....	183
Tabela 102 Cash Flow	185
Tabela 103 Wyniki na komórki Szpitala w Grajewie	188
Tabela 104 Zidentyfikowane silne strony jednostki.....	198
Tabela 105 Zidentyfikowane słabe strony jednostki.....	199
Tabela 106 Zidentyfikowane szanse	199
Tabela 107 Zidentyfikowane zagrożenia.....	199
Tabela 108 Efekt ekonomiczny uruchomienia całodobowej Pracowni Angiografii	201
Tabela 109 Kalkulacja przychodów dot. Pracowni Angiografii.....	203
Tabela 110 Efekt ekonomiczny utworzenia Oddziału Kardiologicznego	204
Tabela 111 Efekt ekonomiczny działania.....	205
Tabela 112 Efekt ekonomiczny odtworzenia kontraktu z NFZ z zakresu endoprotezoplastyki biodra.....	206
Tabela 113 Kalkulacja dla zwiększenia ilości wykonywanych procedur endoprotez kolana	207



Tabela 114	Efekt ekonomiczny zwiększenia ilości porodów.....	208
Tabela 115	Kalkulacja utworzenia zamiejscowej Poradni K.....	208
Tabela 116	Kalkulacja dla programu „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”	209
Tabela 117	Kalkulacja dla badania klinicznego dot. stopy cukrzycowej.....	210
Tabela 118	Kalkulacja dla 3 badań klinicznych leków przeciwzakrzepowych i diabetologicznych	210
Tabela 119	Kalkulacja dla optymalizacji działalności Poradni Medycyny Pracy.....	211
Tabela 120	Kalkulacja dla redukcji ilości zlecanych badań RM.....	211
Tabela 121	Kalkulacja dla własnej Pracowni TK.....	212
Tabela 122	Kalkulacja zakończenia umowy z firmą Ekolox Sp. z o.o.	212
Tabela 123	Kalkulacja dla nowego Oddziału Ortopedii Dziecięcej.....	212
Tabela 124	Kalkulacja przychodu wynikającego ze zwiększenia populacji CZP o mieszkańców powiatu monieckiego Oddziału Ortopedii Dziecięcej	214
Tabela 125	Kalkulacja kosztów dot. rozszerzenia populacji CZP o mieszkańców powiatu monieckiego	215
Tabela 126	Kalkulacja przychodów i kosztów dot. rozszerzenia populacji CZP o mieszkańców powiatu monieckiego	215
Tabela 127	Kalkulacja miesięczna dla starej i nowej organizacji pracy z firmą ORTOTRAUMA Sp. z o.o.....	217
Tabela 128	Symulacja oszczędności wynikających z optymalizacji kosztów prania	221
Tabela 129	Symulacja oszczędności wynikających z optymalizacji kosztów żywienia	221
Tabela 130	Symulacja oszczędności wynikających z optymalizacji kosztów transportu.....	222
Tabela 131	Docelowa liczba łóżek.....	226
Tabela 132	Ruchy kadrowe.....	226
Tabela 133	Docelowa organizacja pracy lekarzy	227
Tabela 134	Docelowa organizacja pracy pielęgniarek i położnych.....	228
Tabela 135	Ruchy kadrowe.....	229
Tabela 136	Harmonogram działań naprawczych.....	236
Tabela 137	Podstawowe (zakładane) parametry kredytu w Wariancie Naprawczym – I Transza	243
Tabela 138	Harmonogram spłat kredytu restrukturyzacyjnego – Transza I	244
Tabela 139	Podstawowe (zakładane) parametry kredytu w Wariancie naprawczym – II Transza	248
Tabela 140	Harmonogram spłat kredytu restrukturyzacyjnego – Transza II	248
Tabela 141	Wskaźniki wzrostowe kosztów zastosowane w modelu finansowym	259
Tabela 142	Wzrost wynagrodzenia pracownika medycznego w pierwszych latach prognozy	259
Tabela 143	Pracownicze plany kapitałowe w pierwszych latach prognozy	259
Tabela 144	Podwyżka płacy minimalnej w pierwszych latach prognozy	260
Tabela 145	Skrócony rachunek zysków i strat Jednostki w Wariancie 0	263
Tabela 146	Skrócony bilans Jednostki w Wariancie 0	264
Tabela 147	Skrócony rachunek przepływów pieniężnych Jednostki w Wariancie 0	265



Tabela 148 Analiza wskaźnikowa Jednostki w Wariancie 0	266
Tabela 149 Skrócony rachunek zysków i strat Jednostki w Wariancie Naprawczym	269
Tabela 150 Skrócony bilans Jednostki w Wariancie Naprawczym	270
Tabela 151 Skrócony rachunek przepływów pieniężnych Jednostki w Wariancie Naprawczym	271
Tabela 152 Analiza wskaźnikowa Jednostki w Wariancie Naprawczym	272
Tabela 153 Oszczędności - Wariant Naprawczy	273
Tabela 154 Skutki działań - Wariant Naprawczy	273
Tabela 155 Ocena ryzyka	277

Spis wykresów

Wykres 1 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny na 1 000 ludności w Grajewie w latach 2016 – 2018	9
Wykres 2 Struktura ludności powiatu grajewskiego w 2020 i 2050 roku	10
Wykres 3 Struktura udzielonych porad w ramach świadczeń AOS w województwie podlaskim w roku 2017 (łącznie z danymi MON i MSWiA)	16
Wykres 4 Liczba przychodni województw Polski w 2018 roku	17
Wykres 5 Odległość porównywanych jednostek medycznych od Szpitala Ogólnego w Grajewie [km] 27	
Wykres 6 Porównanie kontraktów z NFZ wybranych jednostek oraz Szpitala Ogólnego w Grajewie w roku 2018	29
Wykres 7 Stopień „pokrycia” oddziałów wybranych jednostek w odniesieniu do Szpitala Ogólnego w Grajewie	31
Wykres 8 Wskaźnik konkurencyjności oddziałów wybranych jednostek do Szpitala Ogólnego w Grajewie	32
Wykres 9 Stopień pokrycia poradni wybranych jednostek do Szpitala Ogólnego w Grajewie	34
Wykres 10 Wskaźnik konkurencyjności poradni wybranych jednostek do Szpitala Ogólnego w Grajewie	35
Wykres 11 Udział rodzajów kontraktów w ogólnej wartości sprzedaży Szpitala	75
Wykres 12 Struktura płatników za świadczenia komercyjne	77
Wykres 13 Średniomiesięczna liczba porodów w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w okresie 2016 – VI 2019	80
Wykres 14 Średniomiesięczna liczba leczonych w Szpitalu Ogólnym im. dr Witolda Gineła w Grajewie w roku 2018 w poszczególnych oddziałach	85
Wykres 15 Zabiegi operacyjne w latach 2016 do 2018	94
Wykres 16 Marża na działalności uzyskana przez oddziały szpitalne w 2018 roku	106
Wykres 17 Zużycie leków w latach 2016 – 2018 w przeliczeniu na złotówkę kontraktu	114
Wykres 18 Zużycie materiałów jednorazowych w latach 2016 – 2018 w przeliczeniu na złotówkę kontraktu	114
Wykres 19 Zużycie materiałów opatrunkowych w latach 2016 – 2018 w przeliczeniu na złotówkę kontraktu	115
Wykres 20 Zużycie poszczególnych grup materiałów medycznych w latach 2016 - 2018	115



Wykres 21 Dynamika zużycia materiałów medycznych w latach 2016 - 2018	115
Wykres 22 Koszty procesu prania w latach 2016-2018 oraz I półroczu 2019 roku [średniomiesięcznie]	117
Wykres 23 Koszty funkcjonowania Pralni w okresie 2016-2019 [średniomiesięcznie] oraz ich uśredniona struktura.....	118
Wykres 24 Koszty żywienia pacjentów oraz liczba osobodni [średniomiesięcznie] w latach 2016-2018 i I półroczu 2019 roku	119
Wykres 25 Koszty sprzątnięcia w Szpitalu Ogólnym w Grajewie w latach 2016-2018 oraz I półroczu 2019 roku [średniomiesięcznie].....	121
Wykres 26 Koszty funkcjonowania Działu Utrzymania Czystości w okresie 2016-2019 [średniomiesięcznie] oraz ich uśredniona struktura	122
Wykres 27 Koszty transportu obcego Szpitala Ogólnego w Grajewie w latach 2016-2018 i I półroczu 2019 roku [średniomiesięcznie].....	123
Wykres 28 Liczba zatrudnionych pracowników w latach 2016 – VI 2019.....	131
Wykres 29 Porównanie umów o prace w roku 2016 i VI 2019 (wg grup zawodowych).....	132
Wykres 30 Absencja całkowita w latach 2017 – 2019	142
Wykres 31 Przyczyny absencji oczyszczonej w latach 2016-2019 (I-VI).....	143
Wykres 32 Wskaźnik absencji chorobowej w przeliczeniu na etaty.....	144
Wykres 33 Przeciętne wynagrodzenia brutto w latach 2016 – 2019 (VI)	146
Wykres 34 Wysokość kosztów osobowych poniesionych w latach 2016 – 2018 [w mln zł]	148
Wykres 35 Dynamika rzeczowych aktywów trwałych	168
Wykres 36 Stopień umorzenia majątku.....	168
Wykres 37 Dynamika zapasów	169
Wykres 38 Dynamika wskaźnika rotacji należności w dniach.....	170
Wykres 39 Kapitał pracujący	171
Wykres 40 Dynamika kapitału własnego.....	172
Wykres 41 Dynamika zobowiązań długoterminowych	173
Wykres 42 Dynamika zobowiązań długoterminowych	174
Wykres 43 Dynamika rozliczeń międzyokresowych przychodów	175
Wykres 44 Przychody ze sprzedaży vs. Koszty Operacyjne	177
Wykres 45 Przychody ze sprzedaży vs. Koszty Operacyjne	177
Wykres 46 Przychody generowane przez kluczowe oddziały w 2018 roku	178
Wykres 47 Dynamika przychodów ze sprzedaży	179
Wykres 48 Struktura i dynamika kosztów operacyjnych	180
Wykres 49 Kluczowe wyniki finansowe.....	184
Wykres 50 Zmiany w kapitale obrotowym	186
Wykres 51 Cash Flow 2015 vs 2016 vs 2017 vs 2018	187
Wykres 52 Wyniki grup komórek.....	189
Wykres 53 Wyniki grup komórek.....	189



Wykres 54 Wyniki grup komórek	190
Wykres 55 Szacowane oszczędności z tytułu wprowadzenia regulacji w gospodarce materiałowej ..	218
Wykres 56 Oszczędności w zakresie zużycia materiałów medycznych na poszczególne oddziały ...	219
Wykres 57 Nakłady odtworzeniowe	262
Wykres 58 Wynik na działalności podstawowej – Wariant 0	267
Wykres 59 Stan zadłużenia przeterminowanego– Wariant 0	267
Wykres 60 Wynik na działalności podstawowej bez amortyzacji – Wariant Naprawczego	274
Wykres 61 Wynik na sprzedaży bez amortyzacji – podsumowanie wariantów	274
Wykres 62 Stan zadłużenia przeterminowanego – podsumowanie wariantów	275
Wykres 63 Mapa ryzyk	278

Spis rysunków

Rysunek 1 Położenie powiatu Grajewskiego na mapie województwa Podlaskiego	7
Rysunek 2 Elektroniczna platforma do składania wniosków IOWISZ	41
Rysunek 3 Poziomy systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	43
Rysunek 4 Rodzaje map potrzeb zdrowotnych	44
Rysunek 5 Nakłady na ochronę zdrowia do 2025 roku [% PKB]	46
Rysunek 6 Projekty realizowane przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w ramach e-zdrowia	50
Rysunek 7 Elementy tworzące strukturę organizacyjną w Szpitala Ogólnego w Grajewie	60
Rysunek 8 Istota controllingu	253
Rysunek 9 Budowa struktury zarządczej	254
Rysunek 10 Zakresy odpowiedzialności kierowniczej	254

Spis zdjęć

Zdjęcie 1 Teren Szpitala Ogólnego w Grajewie	150
Zdjęcie 2 Rozdzielnia NN Zdjęcie 3 System podtrzymania napięcia UPS	159
Zdjęcie 4 Centrale klimatu głównego systemu klimatyzacji	160
Zdjęcie 5 System sprężonego powietrza	160

