

PROGRAM NAPRAWCZY SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE

Opracowano w:

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

ul. Dubois 27, 71-610 Szczecin

www.knowhow.com.pl

Szczecin, kwiecień-czerwiec 2022

Spis treści

Wstęp	5
1. Analiza otoczenia	6
1.1. Populacja	6
1.2. Epidemiologia, zdrowotna polityka regionalna	11
1.3. Konkurencja	19
1.4. Uwarunkowania prawne	32
2. Organizacja	38
2.1. Dokumenty statutowe	38
2.2. Struktura organizacyjna	39
2.3. Organizacja, zadania oraz sposób kierowania Szpitalem w świetle Regulaminu Organizacyjnego	45
2.4. Charakterystyka narzędzi controllingowych	49
3. Świadczenia medyczne	52
3.1. Realizacja świadczeń medycznych – charakterystyka ogólna	52
3.2. Realizacja świadczeń medycznych w obszarze Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego	53
3.3. Aktywność oddziałów i poradni szpitalnych w sprzedaży świadczeń medycznych ..	56
3.4. Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych	59
4. Działalność medyczna	62
4.1. Lecznictwo stacjonarne i pomoc doraźna	63
4.2. Baza zabiegowa	75
4.3. Świadczenia ambulatoryjne	80
4.4. Organizacja diagnostyki medycznej	83
4.5. Analiza efektywności zarządzania materiałami medycznymi	87
5. Organizacja obsługi gospodarczej	90



5.1.	Utrzymanie higieny.....	90
5.2.	Utylizacja odpadów komunalnych i medycznych.....	92
5.3.	Żywnienie pacjentów	92
5.4.	Zabezpieczenie bielizny szpitalnej.....	94
5.5.	Dozór	96
5.6.	Transport medyczny.....	96
6.	Polityka kadrowa.....	100
6.1.	Dokumenty regulujące politykę kadrową	100
6.2.	Struktura zatrudnienia.....	105
6.3.	Organizacja pracy.....	109
6.4.	Absencja	114
6.5.	Koszty osobowe.....	118
7.	Infrastruktura techniczna	123
7.1.	Budynki i budowle.....	123
7.2.	Instalacje infrastrukturalne	128
7.3.	Utrzymanie i eksploatacja infrastruktury technicznej Szpitala.....	131
7.4.	Stan środków trwałych, wyposażenie.....	132
7.5.	Systemy teleinformatyczne	135
7.6.	Plany inwestycyjne i rozwojowe	138
8.	Analiza obecnej sytuacji finansowej	140
8.1.	Analiza bilansu	140
8.2.	Analiza rachunku zysków i strat	150
8.2.1.	Analiza przychodów	151
8.2.2.	Analiza kosztów	154
8.2.3.	Analiza rentowności	158



8.3.	Analiza rachunku przepływów pieniężnych	160
8.4.	Analiza wyników finansowych komórek medycznych	164
9.	Wnioski z audytu i Analiza SWOT	172
10.	Kierunki rozwoju w zakresie oferty medycznej	180
11.	Działania w zakresie obsługi gospodarczej	182
12.	Działania w zakresie polityki kadrowej	184
13.	Działania naprawcze w zakresie organizacji, zarządzania i controllingu	199
14.	Optymalizacja w zakresie zasobów majątkowych	200
15.	Strategia finansowa - harmonogram wdrożenia planu naprawczego	202
16.	Restrukturyzacja zadłużenia	204
17.	Prognozy finansowe	206
17.1.	Prognoza przychodów	206
17.2.	Prognoza kosztów	207
17.3.	Planowane inwestycje i źródła finansowania (dotacje/ udział własny/ dług)	207
17.4.	Prognozowane sprawozdania finansowe (bilans, rachunek zysków i strat, przepływy)	210
17.5.	Prognoza rentowności poszczególnych obszarów działalności	220
18.	Identyfikacja głównych ryzyk	221
	Wnioski i rekomendacje	225
	Spis tabel	227
	Spis wykresów	231
	Spis rysunków	233
	Spis zdjęć	233



Wstęp

Program naprawczy Szpitala Powiatowego w Sochaczewie został opracowany na zlecenie Szpitala na podstawie umowy z dnia 17 marca 2022 roku.

Dokument został opracowany przez specjalistów Zakładu Usług Konsultingowych Know How Sp. z o. o. w Szczecinie. Firma od prawie 30 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. 2019 – 2021 oraz za okres styczeń – luty 2022 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 działania Szpitala, z obecną organizacją, bez działań naprawczych, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.

WARIANT 1 – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej i organizacyjnej, 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. Populacja

Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie świadczy usługi głównie na rzecz mieszkańców Sochaczewa oraz całego powiatu sochaczewskiego. Szpital zlokalizowany jest przy ul. Batalionów Chłopskich 3/7, w lewobrzeżnej części miasta, stosunkowo blisko centrum.

Rysunek 1 Sochaczew i województwo mazowieckie



Źródło: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Mazowieckie-administracja.png>; autor: Aotearoa, CC BY-SA 3.0

Sochaczew leży w centralnej Polsce, w zachodniej części województwa mazowieckiego. Miasto znajduje się w odległości 75 km na północny wschód od Łodzi i 53 km na zachód od Warszawy. Warto nadmienić, iż Sochaczew wchodzi w skład Obszaru Metropolitalnego Warszawy (OMW). Otaczające miasto gminy tworzą odrębną jednostkę administracyjną – powiat sochaczewski.

W skład powiatu sochaczewskiego wchodzi:

- miasto: Sochaczew;
- gminy wiejskie: Teresin, Sochaczew, Iłów, Nowa Sucha, Młodzieszyn, Brochów, Rybno.

Rysunek 2 Powiat sochaczewski



Źródło: <https://powiatsochaczew.pl/>

Powiat sochaczewski zajmuje obszar 735 km². Krzyżują się w tu ważne szlaki komunikacyjne – szlak kolejowy Moskwa - Berlin oraz drogi Moskwa - Berlin (nr 2), czy Płońsk - Wyszogród - Grójec (nr 50), co stwarza dobre warunki rozwoju gospodarczego. Takie położenie sprzyja lokalizacji baz transportowych, składów celnych, firm logistycznych, czy dużych przedsiębiorstw. Ponadto powiat sochaczewski znany jest również z produkcji wysokiej jakości owoców i warzyw.

Znajomość tendencji demograficznych społeczeństwa ma fundamentalne znaczenie dla kierunków kreowania polityki zdrowotnej w kraju, jak i w jego regionach. Liczba ludności

w mieście Sochaczew wg danych GUS wynosiła pod koniec 2021 roku 35 684 osób, natomiast powiatu sochaczewskiego 84 621 osób. Populacja miasta Sochaczew, powiatu Sochaczewskiego, powiatów ościennych oraz województwa mazowieckiego w latach 2016-2020 przedstawiona została w poniższej tabeli.

Tabela 1 Ludność w mieście Sochaczew, powiecie sochaczewskim, powiatach ościennych i województwie mazowieckim w latach 2016-2020*

Jednostka terytorialna	2016	2017	2018	2019	2020	Różnica (2020-2016)	Dynamika (%) 2020/2016
M. Sochaczew	36 971	36 790	36 462	36 282	35 891	-1 080	-2,9%
Powiat sochaczewski	85 175	85 175	85 105	85 045	84 804	-371	-0,4%
Powiat gostyński	45 682	45 461	45 203	44 899	44 581	-1 101	-2,4%
Powiat grodziski	91 647	92 847	94 091	95 963	97 462	5 815	6,3%
Powiat nowodworski	79 024	79 298	79 291	79 378	79 265	241	0,3%
Powiat plocki	111 170	111 226	111 088	110 952	110 742	-428	-0,4%
Powiat płoński	87 903	87 662	87 409	87 054	86 671	-1 232	-1,4%
Powiat żyrardowski	76 164	76 056	75 848	75 749	75 370	-794	-1,0%
Powiat warszawski zachodni	114 079	115 466	117 007	118 613	120 144	6 065	5,3%
Powiat łowicki	79 340	78 994	78 616	78 099	77 614	-1 726	-2,2%
Powiat skierniewicki	38 198	38 224	38 195	38 174	38 173	-25	-0,1%
MAZOWIECKIE	5 365 898	5 384 617	5 403 412	5 423 168	5 425 028	59 130	1,1%

*dane przedstawione w tabeli uwzględniają liczbę ludności wg. miejsca zamieszkania.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Na przestrzeni lat 2016-2020 zarówno populacja miasta Sochaczew, jak i powiatu sochaczewskiego spadła. Jednak w mieście spadek ten był największy procentowo i wyniósł 2,9% (1 080 osób), zaś w powiecie był bardzo delikatny 0,4% (371 osób). Sytuacja ta może wskazywać m.in. na emigrację ludności z miasta do okolicznych wsi. Powiaty, które zanotowały duże spadki to – powiat gostyński spadek o 2,4% (1 101 osób) oraz powiat łowicki spadek o 2,2% (1 726 osób). Tylko trzy powiaty ościenne zanotowały wzrosty liczby mieszkańców, z czego największy miał miejsce w powiecie grodziskim – wzrost o 6,3% (5 815 osób). Spory wzrost zanotował też powiat warszawski zachodni – wzrost o 5,3% (6 065 osób). Całkowita populacja województwa mazowieckiego także uległa zwiększeniu – wzrost o 2,6% (136 340 osób).

Prognozowana liczba ludności powiatu sochaczewskiego w latach 2025-2040 utrzymuje aktualne tendencje, tj. stały spadek populacji. Porównując rok 2040 z 2025 populacja powiatu sochaczewskiego ma spaść o 3,9% (o 3 326 osób), zaś województwa mazowieckiego ma spaść o 0,8% (o 41 341 osób).



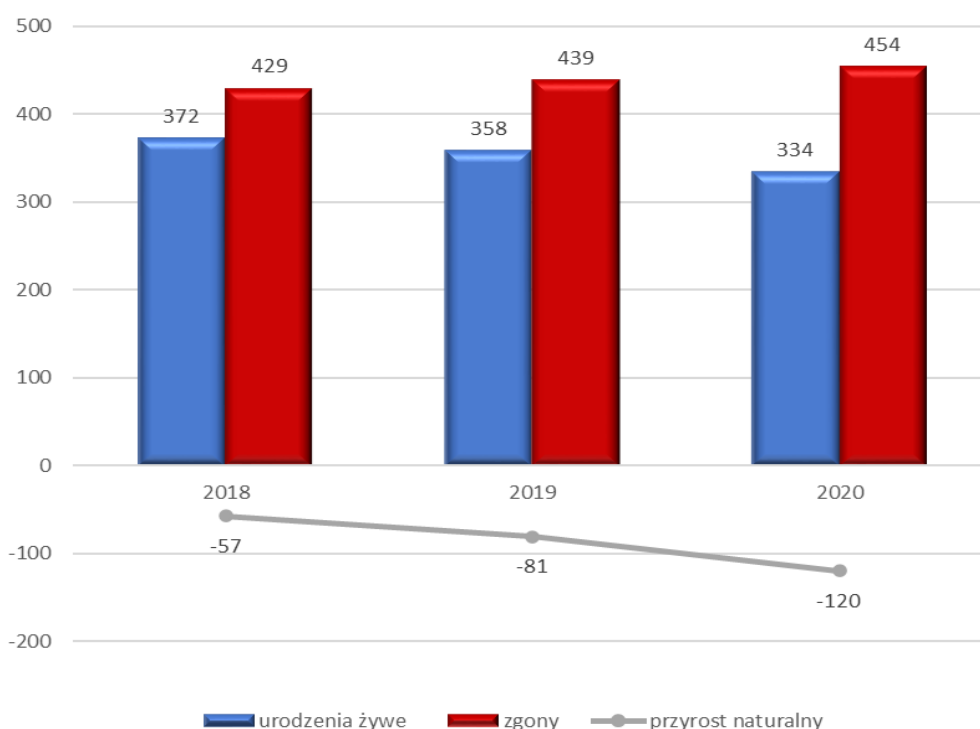
Tabela 2 Prognozowana liczba ludności w powiecie Sochaczewskim i województwie mazowieckim w latach 2025 – 2040

Jednostka terytorialna	2025	2030	2035	2040	Różnica (2040-2025)	Dynamika (%) 2040/2025
Powiat Sochaczewski	84 766	84 044	82 915	81 440	-3 326	-3,9%
MAZOWIECKIE	5 416 012	5 418 305	5 400 884	5 374 671	-41 341	-0,8%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Spadek liczby ludności miasta Sochaczew poza emigracją mieszkańców do okolicznych wsi spowodowany jest również ujemnym przyrostem naturalnym.

Wykres 1 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny mieście Sochaczew w latach 2018 – 2020



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Ujemny przyrost naturalny jest tendencją ogólnopolską. Przyrost naturalny w Polsce w poszczególnych latach wyniósł -26 022 w roku 2018, -34 755 w roku 2019 oraz -122 046 w roku 2020. Drastyczny skok odnotowany w roku 2020 był m.in. pokłosiem panującej pandemii COVID-19.

Zmniejszanie się całkowitej liczby ludności powiatu sochaczewskiego przy jednoczesnej tendencji do zwiększania się liczby ludności w wieku poprodukcyjnym (dane przedstawione w dalszej części rozdziału) jednoznacznie wskazują na postępujące starzenie się społeczeństwa.

Poza wielkością populacji ważnym elementem jest również jej struktura wiekowa, która ma bezpośredni wpływ na popyt na usługi medyczne. Średni wiek mieszkańców Sochaczewa to 42,5 lat, natomiast powiatu sochaczewskiego 41,1 lat. Średni wiek mieszkańców Sochaczewa jest wyższy, natomiast powiatu Sochaczewskiego niższy niż średni wiek mieszkańców województwa mazowieckiego (41,6 lat).

Tabela 3 Ludność miasta Sochaczew oraz powiatu Sochaczewskiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2018 – 2020

Wiek	2018	Udział %	2019	Udział %	2020	Udział %
przedprodukcyjny	16 184	19,02%	16 229	19,08%	16 276	19,19%
produkcyjny	51 521	60,54%	50 977	59,94%	50 324	59,34%
poprodukcyjny	17 400	20,45%	17 839	20,98%	18 204	21,47%
Ogółem	85 105	100,00%	85 045	100,00%	84 804	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Ogólnopolskim i ogóźnieuropejskim trendem jest starzenie się społeczeństwa. Jest to pochodna przede wszystkim wzrostu przeciętnej długości życia ludności i ujemnego przyrostu naturalnego. Tendencje te widoczne są również dla regionu sochaczewskiego. W latach 2018-2020 liczba ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększyła się o 1,02%, podczas gdy liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym jedynie o 0,17%. Liczba ludności w wieku produkcyjnym zmalała o 1,20%.

Prognozy GUS wskazują, że w roku 2040 (w stosunku do roku 2025) o około 6,7% wzrośnie liczebność grupy w wieku poprodukcyjnym, przy jednoczesnym spadku ludności w wieku produkcyjnym o około 3,5% i aż o 18,5% grupy w wieku przedprodukcyjnym.

Tabela 4 Prognozowana liczba ludności powiatu sochaczewskiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2025 – 2040

Wiek	2025	2030	2035	2040
przedprodukcyjny	14 819	13 499	12 748	12 081
produkcyjny	51 907	51 712	51 150	50 103
poprodukcyjny	18 040	18 833	19 017	19 256
Ogółem	84 766	84 044	82 915	81 440

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

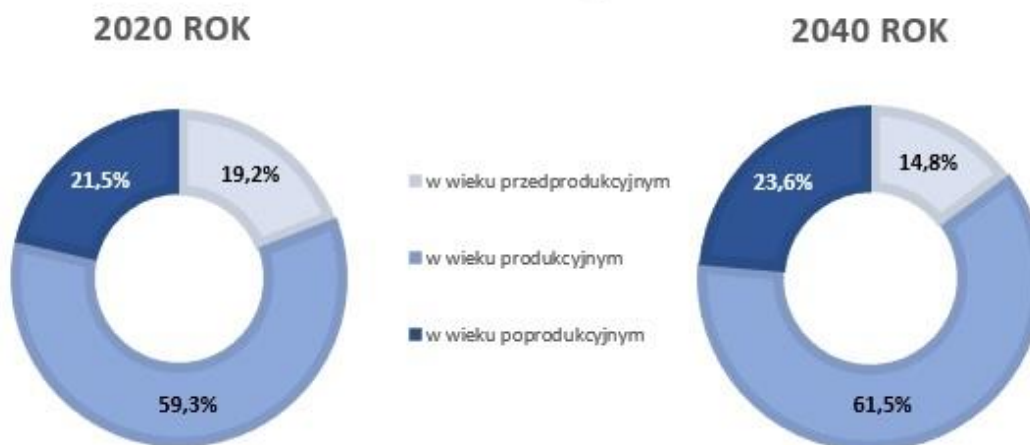
Wzrost ludności w wieku poprodukcyjnym w większym stopniu narażonych na prawdopodobieństwo wystąpienia problemów zdrowotnych oraz niepełnosprawności niż ludność pozostałych grup wiekowych powodować będzie zmiany zapotrzebowania na różnego rodzaju świadczenia oraz usługi zdrowotne, w tym zwiększenie zapotrzebowania na usługi skierowane m.in. na schorzenia wieku podeszłego, układu naczyniowego, schorzeń neurologicznych, rehabilitacji, opiekę przewlekłą.

Starzejące się społeczeństwo generować będzie zwiększone zapotrzebowanie na personel medyczny, w szczególności w zakresie geriatry, chorób wewnętrznych, neurologicznych czy kardiologii. Bezpośrednim skutkiem starzenia się społeczeństwa



będzie konieczność zmian nakierowanych na potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i socjalnej – w tym wzrost udziału wydatków w tym zakresie.

Wykres 2 Struktura ludności powiatu sochaczewskiego w 2020 i 2040 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

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

Zjawisko migracji ludności z miast na tereny wiejskie w powiązaniu z wydłużającym się okresem trwania życia będzie szczególnie trudne dla osób starszych mieszkających w oddaleniu od centrów medycznych i opiekuńczych, przy jednoczesnym pogorszeniu się mobilności tych osób.

1.2. Epidemiologia, zdrowotna polityka regionalna

Analizy uwarunkowań zdrowotnych dokonano na podstawie danych oraz informacji zawartych w Urzędzie Statystycznym, Narodowym Funduszu Zdrowia, Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą, Mapach potrzeb zdrowotnych oraz dokumentach regulujących krajową ochronę zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem województwa mazowieckiego oraz miasta Sochaczew i powiatu sochaczewskiego.

Według Informatora o umowach NFZ w roku 2022 w województwie mazowieckim znajduje się 115 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, z czego w Sochaczewie występuje tylko 1 taka jednostka.

W poniższej tabeli zestawione zostały wartości dotyczące liczby pacjentów szpitalnych w powiecie sochaczewskim i województwie mazowieckim w 2020 roku.

Tabela 5 Liczba pacjentów szpitalnych w powiecie sochaczewskim i województwie mazowieckim w 2020 roku*

Jednostka	Liczba pacjentów
Powiat sochaczewski	12 045
MAZOWIECKIE	1 023 983

* Dane nie uwzględniają hospitalizacji dotyczących COVID-19

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa mazowieckiego.

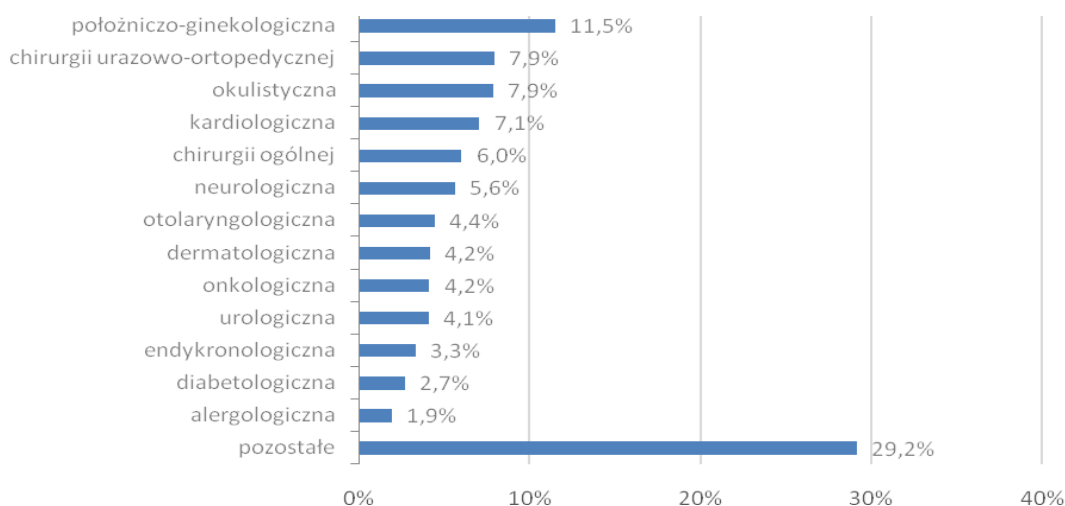
Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie stanowi jedyny ośrodek szpitalny regionu sochaczewskiego działający w oparciu o kontrakt z NFZ.

W województwie mazowieckim w roku 2020 odnotowano 1 023 983 leczonych pacjentów szpitalnych (1. miejsce w Polsce). Przeciętny pobyt chorego w szpitalu stacjonarnym wyniósł 4,48 dnia (12. miejsce w kraju). Wskaźnik wykorzystania łóżek wyniósł tylko 54,0%, co było pokłosiem panującej pandemii COVID-19.

W województwie mazowieckim w 2020 roku, publiczne świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane były przez 3 097 przychodnie oraz 256 praktyk lekarskich i stomatologicznych. W tym samym okresie udzielono blisko 40,5 mln porad lekarskich oraz blisko 4,6 mln porad stomatologicznych. Ponad 86% porad udzielonych zostało w miastach¹.

Na poniższym wykresie zaprezentowano strukturę specjalistycznych porad lekarskich w roku 2020 ze względu na rodzaj.

Wykres 3 Struktura porad specjalistycznych według rodzaju w 2020 roku [%]



Źródło: Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych – dane dla województwa mazowieckiego za 2020 rok.

¹ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 roku.

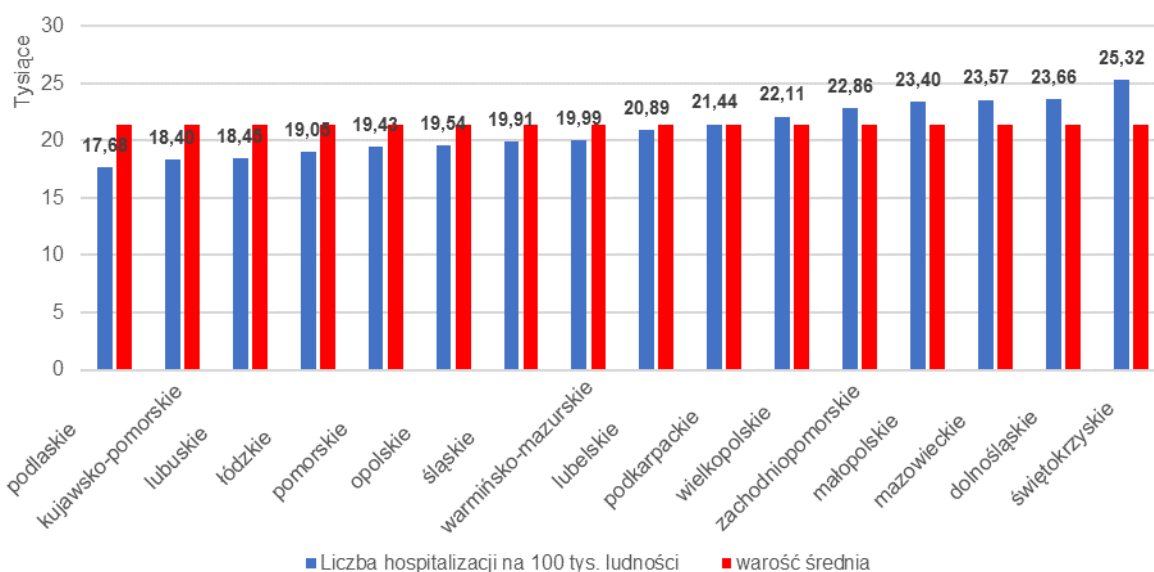


Największa liczba porad specjalistycznych w województwie mazowieckim w 2020 roku udzielona została w poradniach położniczo-ginekologicznych (11,5%) i poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej (7,9%) oraz okulistycznych (7,9%).

Chorobowość

Współczynnik chorobowości szpitalnej² w Polsce w 2020 roku wynosił ok. 21,4 (ok. 21 386 osób hospitalizowanych na 100 000 ludności). Dla 7 województw przyjmował on wartości powyżej średniej krajowej, w tym dla województwa mazowieckiego, gdzie wyniósł 23,57 (ok. 23 571 osób hospitalizowanych na 100 000 ludności).

Wykres 4 Współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności we wszystkich województwach w 2020 roku



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa mazowieckiego.

Szczegółowa analiza wskaźników chorobowości szpitalnej dla oddziałów występujących w strukturze Szpitala Powiatowego w Sochaczewie przedstawiona została w tabeli poniżej.

² 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 ludności.



Tabela 6 Współczynniki chorobowości szpitalnej w 2020 roku w oddziałach i pododdziałach analizowanego Szpitala

Oddziały i pododdziały Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	Współczynnik chorobowości szpitalnej		
	woj. mazowieckie	Polska	pow. sochaczewski
O. Anestezjologii i Intensywnej Terapii	217,07	185,56	167,44
O. Chirurgii Ogólnej	1 433,36	1 490,31	1 301,83
O. Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	946,58	877,33	1 782,93
O. Ginekologiczno-Położniczy	1 720,36	1 816,45	1 489,32
O. Pediatryczny	622,12	637,31	906,8
P. Neonatologiczny	1 068,86	756,58	682,75
O. Rehabilitacji Diennej	bd	bd	bd
SOR	6 796,22	5 981,32	9 889,86
O. Wewnętrzny	1 406,55	1 564,24	1 753,46
P. Kardiologiczny	1 118,50	990,54	bd

Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa mazowieckiego.

Kolorem niebieskim oznaczone zostały oddziały, dla których wartości w województwie mazowieckim były wyższe w stosunku do danych ogólnopolskich. Największe różnice wystąpiły na:

- Oddziale Neonatologii (współczynnik chorobowości wyższy o 312,28 – 41,3%);
- Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (współczynnik chorobowości wyższy o 31,51 – 17,0%);
- SOR (współczynnik chorobowości wyższy o 814,90 – 13,6%).

Kolorem ciemnoniebieskim oznaczone zostały oddziały, dla których wartości współczynnika chorobowości odnotowane w powiecie sochaczewskim były wyższe zarówno w stosunku do danych wojewódzkich jak i danych ogólnopolskich. Były to oddziały:

- Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (współczynnik chorobowości wyższy aż o 905,60 – 103,2,3%);
- Pediatryczny (współczynnik chorobowości wyższy o 269,49 – 42,3%);
- SOR (współczynnik chorobowości wyższy aż o 3 908,54,28 – 65,3%);
- Wewnętrzny (współczynnik chorobowości wyższy o 189,22– 12,1%).

Zwiększona chorobowość szpitalna powiatu sochaczewskiego, w szczególności w zakresie ortopedii, pediatrii i chorób wewnętrznych wymaga kształtowania oferty medycznej pod wymienione wyżej rodzaje świadczeń.

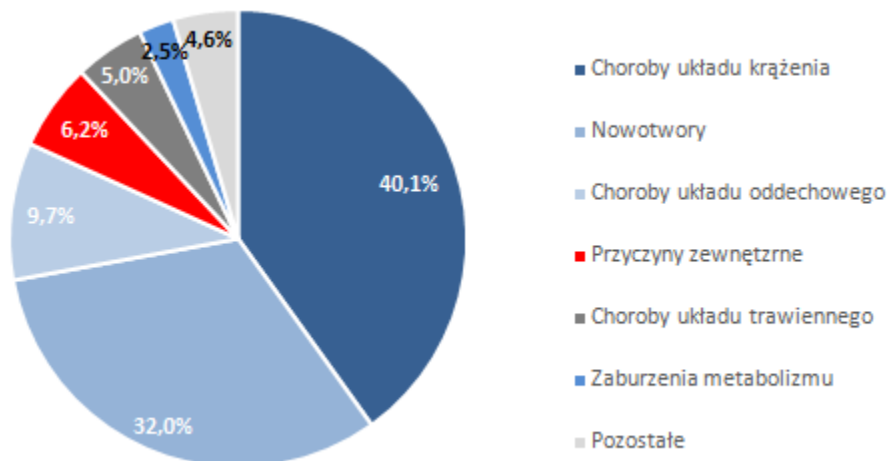


Umieralność

W województwie mazowieckim w roku 2019 najwięcej zgonów odnotowanych zostało z powodu chorób układu krążenia (40,1%). Drugą najczęstszą przyczyną zgonów były choroby onkologiczne (32,0%).

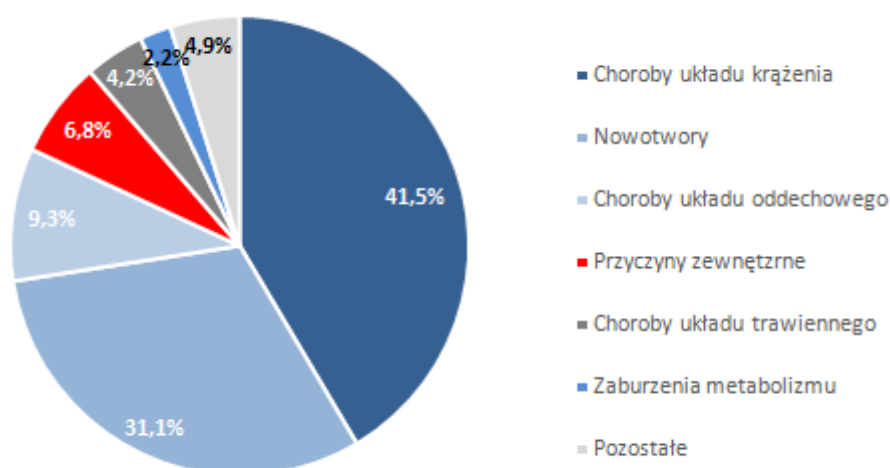
Podobna sytuacja była w powiecie sochaczewskim – najczęstszymi przyczynami zgonów w roku 2019 były choroby układu krążenia (41,5%) oraz choroby nowotworowe (31,1%).

Wykres 5 Przyczyny zgonów województwa mazowieckiego w roku 2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wykres 6 Przyczyny zgonów w powiecie sochaczewskim w roku 2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Kadra medyczna

Zgodnie z informacjami zawartymi w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia 2020 najmniej liczną grupą lekarzy w województwie mazowieckim w roku 2019 byli medycy z zakresu dermatologii i wenerologii oraz diabetologii.

Najliczniejszą grupę medyków województwa mazowieckiego stanowili zaś specjaliści z dziedziny chirurgii ogólnej oraz ginekologii-położnictwa.

Tabela 7 Liczba lekarzy, pielęgniarek i położnych pracujących w Polsce, województwie mazowieckim oraz województwach ościennych w latach 2017-2019

Liczba lekarzy pracujących	2017	2018	2019	Trend
Polska	88 351	87 749	89 119	
w oj. mazowieckie	13 704	14 088	14 421	
w oj. lubelskie	5 191	5 134	5 221	
w oj. podlaskie	2 856	2 988	2 839	
w oj. warmińsko-mazurskie	2 847	2 659	2 929	
w oj. kujawsko-pomorskie	5 010	5 068	5 122	
w oj. łódzkie	6 510	6 359	6 888	
w oj. świętokrzyskie	2 937	2 876	2 929	

Liczba pielęgniarek i położnych pracujących	2017	2018	2019	Trend
Polska	205 944	205 043	205 387	
w oj. mazowieckie	29 132	29 788	29 912	
w oj. lubelskie	13 294	13 070	13 355	
w oj. podlaskie	6 508	6 448	6 563	
w oj. warmińsko-mazurskie	6 879	6 565	6 953	
w oj. kujawsko-pomorskie	11 474	11 591	11 629	
w oj. łódzkie	12 981	12 587	12 958	
w oj. świętokrzyskie	7 731	7 827	8 062	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2018, 2019, 2020.

W latach 2017-2019 liczba lekarzy pracujących w Polsce wahała się. W roku 2018 spadła o 0,7% (602 lekarzy), zaś w roku 2019 była wyższa od tej z 2017 roku o 0,9% (768 lekarzy). W województwie mazowieckim widać natomiast stały wzrost liczby pracujących lekarzy. W roku 2019 było ich więcej o 5,2% (717 medyków) w porównaniu do roku 2017. W województwie łódzkim było podobnie, choć w dużo mniejszej skali – w roku 2018 przybyło 58 pracujących lekarzy (wzrost o 1,2%), zaś w roku 2019 było 112 pracujących lekarzy (wzrost o 112 medyków w porównaniu do roku 2017). W województwie lubelskim i warmińsko-mazurskim liczba pracujących lekarzy najpierw spadła w roku 2018, a w roku 2019 wzrosła powyżej liczby z roku 2017. Natomiast w województwie świętokrzyskim liczba



pracujących spadła o 61 medyków (2,1%), zaś w roku 2019 nieco wzrosła, ale nadal była niższa od o 8 lekarzy (0,3%) w porównaniu do roku 2017.

W latach 2017-2019 liczba pracujących pielęgniarek i położnych w Polsce wahała się. W roku 2018 spadła o 0,4% (901 osób), zaś w roku 2019 była niższa od tej z 2017 roku o 0,3% (557 osób). W województwie mazowieckim widać natomiast stały wzrost liczby pracujących pielęgniarek i położnych. W roku 2019 było ich więcej o 2,7% (780 osób) w porównaniu do roku 2017. Wzrosty zanotowały też województwa: kujawsko –pomorskie (o 1,4% - 155 osób) oraz świętokrzyskie (tu wzrost był znaczący, gdyż liczba pracujących pielęgniarek i położnych zwiększyła się o 331 osób(4,3%) w porównaniu do roku 2017. Wahania miały miejsce w województwach: lubelskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim. Tylko w województwie łódzkim liczba pracujących pielęgniarek i położnych była niższa w 2019 roku w porównaniu do roku 2017 (o 0,2% - 23 osoby).

Wzrastający stopień zapotrzebowania na usługi zdrowotne wynikający z procesu starzenia się społeczeństwa, wymagać będzie zwiększonego zapotrzebowania zarówno na personel lekarski oraz pielęgniarski i położniczy.

Udział poszczególnych grup wiekowych lekarzy oraz pielęgniarek i położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie mazowieckim na koniec roku 2019 przedstawia tabela poniżej.

Tabela 8 Grupy wiekowe lekarzy oraz pielęgniarek i położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie mazowieckim na koniec roku 2019

Grupa wiekowa	poniżej 35	35-44	45-54	55-64	65 i więcej
lekarze	18,98%	15,34%	19,88%	19,25%	26,55%
pielęgniarki	12,63%	8,30%	31,94%	28,81%	18,33%
położne	22,93%	9,77%	28,02%	25,38%	13,90%

Źródło: opracowanie własne na podstawie „Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.”

Ponad 65% lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu znajdowała się w wieku powyżej 45 roku życia, przy czym najwięcej lekarzy było w grupie 65 lat i więcej. Ponad 79% pielęgniarek i pielęgniarzy uprawnionych do wykonywania zawodu znajdowało się w wieku powyżej 45 roku życia, przy czym najwięcej znajdowało się w grupie wiekowej 45-54 lat oraz 55-64 lat. Ponad 67% położnych uprawnionych do wykonywania zawodu znajdowała się w wieku powyżej 45 roku życia, przy czym najwięcej położnych było w grupie 45-54 lat oraz 55-64.

„Mapa potrzeb zdrowotnych dla województwa mazowieckiego” wskazuje, iż całkowita liczba pielęgniarek i położnych, które nabyły lub nabędą uprawnienia emerytalne w latach 2016-2022 stanowi **30,61%** liczby pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w województwie w 2016 roku.

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



Ochrona zdrowia w strategiach krajowych i wojewódzkich

Szpital Powiatowy w Sochaczewie podczas kształtowania oferty medycznej powinien uwzględnić trendy demograficzne regionu, uwarunkowania zdrowotne odnoszące się do chorobowości populacji województwa, umieralności pacjentów, zasobów kadrowych. Kształt oferty medycznej powinien wpisywać się także w podstawowe ogólnopolskie priorytety zdrowotne oraz priorytety dla danego regionu.

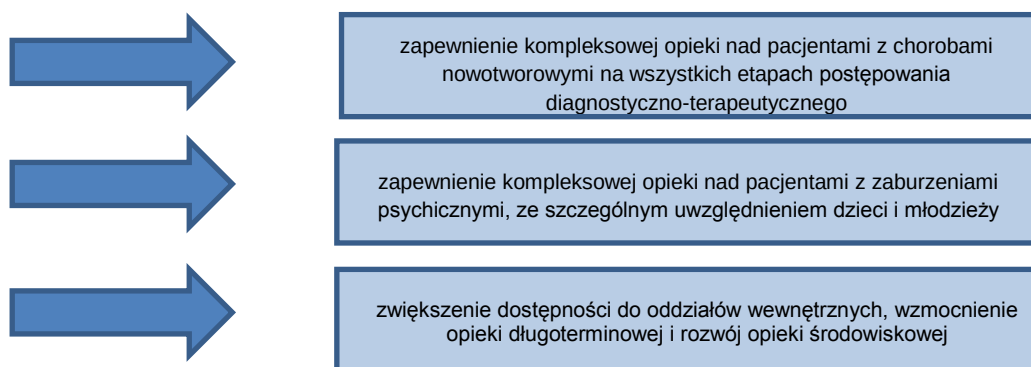
Problemy ochrony zdrowia, cele i kierunki tego obszaru zostały uwzględnione w wielu dokumentach zasadniczych, przy czym główny z nich to Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju Polska 2030.

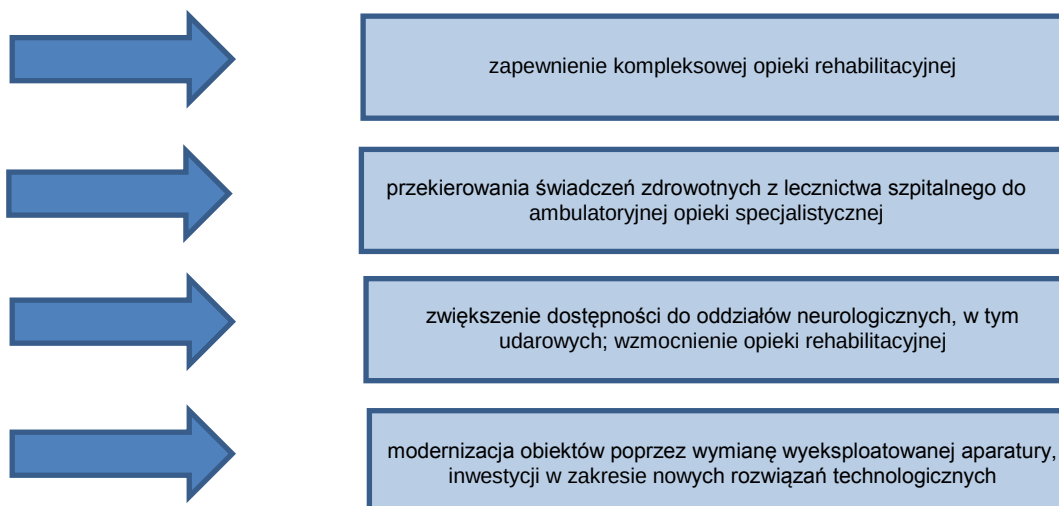
Głównym celem Długookresowej Strategii Rozwoju Kraju Polska 2030 jest poprawa jakości życia Polaków. Inwestycje w ochronę zdrowia według strategii traktowane są jako kluczowe, umożliwiające wydłużenie życia w zdrowiu. Szczególnie ważne, z punktu widzenia całego kraju są: poprawa wskaźników dzietności oraz modernizacja struktury wydatków publicznych, w tym wydatków na zdrowie. Zgodnie z zapisami Strategii niezbędne jest zintensyfikowanie działań profilaktycznych mających na celu promocję zdrowego stylu życia, wprowadzenie działań eliminujących różnice w zdrowiu, będące wynikiem uwarunkowań społecznych oraz poprawa dostępu do wysokiej jakości usług zdrowotnych. Długookresowa Strategia Rozwoju Kraju 2030 zaleca:

- wdrożenie instrumentów mających na celu zwiększenie jakości świadczonych usług zdrowotnych,
- dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanych zmian demograficznych, w szczególności wzmocnienie działań nad rozwojem obszaru opieki nad matką i dzieckiem (położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria, specjalistyczna medycyna dziecięca) oraz osobami starszymi (geriatria, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze).
- zwiększenie dostępności do usług priorytetowych dla danego regionu kraju, wynikających z uwarunkowań epidemiologicznych,
- opracowanie działań zwiększenia dostępności do programów zdrowotnych w celu zmniejszenia zachorowalności oraz umieralności.

Szczególnie ważne dla obszaru zdrowia są uwarunkowania istniejące w danym regionie Polski. Na rysunku poniżej zaprezentowane zostały podstawowe priorytety zdrowotne obowiązujące od roku 2019 w województwie mazowieckim.

Rysunek 3 Podstawowe priorytety zdrowotne województwa mazowieckiego obowiązujące od 2019 roku





Źródło: opracowanie własne na podstawie bip.mazowieckie.pl.

Profilaktyka oraz ochrona zdrowia w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie powinny uwzględniać zmiany w strukturze wiekowej ludności poprzez rozwój opieki geriatrycznej oraz opieki nad matką i dzieckiem. Należy silnie rozszerzać zakres i dostępność specjalistycznych usług medycznych. Szczególnie ważne są również działania profilaktyczne, w tym promocja zdrowia. W tym celu pomocne będą bazy rekreacyjno-sportowe wzmacniające wzrost aktywności ruchowej mieszkańców regionu.

1.3. Konkurencja

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

Aby uchwycić właściwy kontekst funkcjonowania Szpitala Powiatowego w Sochaczewie w pierwszej kolejności przeanalizowano kierunki napływu pacjentów, którzy leczyli się w Placówce w roku 2019.

Tabela 9 Struktura geograficzna pacjentów obsługiwanych w oddziałach Szpitala Powiatowego w Sochaczewie w 2019 roku

Wyszczególnienie	Udział procentowy
Woj. mazowieckie:	94,9%
Pow. sochaczewski	76,0%
Pow. warszawski zachodni	5,6%
Pow. żyrardowski	3,1%
Pow. płocki	2,8%

Wyszczególnienie	Udział procentowy
<i>Pow. pruszkowski</i>	2,1%
<i>Pow. grodziski</i>	1,8%
<i>Warszawa (miasto stołeczne, na prawach powiatu)</i>	1,5%
<i>Pow. gostyński</i>	1,2%
<i>Pow. sierpecki</i>	0,3%
<i>Pozostałe powiaty z woj. mazowieckiego</i>	0,5%
Woj. łódzkie	2,8%
<i>Pow. łowicki</i>	1,6%
<i>Pow. skierniewicki</i>	0,5%
<i>Skierniewice (miasto na prawach powiatu)</i>	0,3%
<i>Pozostałe powiaty z woj. łódzkiego</i>	0,4%
Pozostałe powiaty z innych województw - występujące incydentalnie	2,3%
SUMA	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W roku 2019 najliczniejszą grupą leczonych na oddziałach szpitalnych SPwS byli pacjenci z województwa mazowieckiego (94,9%), z czego mieszkańcy powiatu sochaczewskiego stanowili 76,0% wszystkich obsługiwanych. Drugi w kolejności byli mieszkańcy powiatu warszawskiego zachodniego (5,6%), a trzeci mieszkańcy powiatu żyrardowskiego (3,1%). Mieszkańcy województwa łódzkiego stanowili 2,8% obsługiwanych pacjentów, zaś pacjenci z pozostałych województw stanowili 2,3%.

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

Tabela 10 Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ w województwie mazowieckim

Nazwa placówki	Adres zakładu leczniczego	Stopień
Szpital Specjalistyczny "Inflancka" im. Krysi Niżyńskiej "Zakurzonej" w Warszawie Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Warszawa	Szpital I stopnia
Centrum Medyczne im. Bitwy Warszawskiej 1920 r. w Radzyminie - Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej	Radzymin	Szpital I stopnia
Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim	Nowy Dwór Mazowiecki	Szpital I stopnia
Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie	Sochaczew	Szpital I stopnia
Szpital Wolski im. dr Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Warszawa	Szpital I stopnia
Centrum Medyczne "Żelazna" Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Warszawa	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	Pruszków	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żurominie	Żuromin	Szpital I stopnia
Szpital Specjalistyczny im. Świętej Rodziny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Warszawa	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszowie	Wyszów	Szpital I stopnia



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Nazwa placówki	Adres zakładu leczniczego	Stopień
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów	Ostrów Mazowiecka	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu	Przasnysz	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej	Ostrów Mazowiecka	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim	Sokołów Podlaski	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Garwolinie	Garwolin	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Siedlcach	Siedlce	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej	Mińsk Mazowiecki	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Węgrowie	Węgrów	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Łosice	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Zwoleniu	Zwolen	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach	Pionki	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lipsku	Lipsko	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przysusze	Przysucha	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpital w Ilży	Ilża	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą	Nowe Miasto nad Pilicą	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mławie	Mława	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego w Płońsku	Płońsk	Szpital I stopnia
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu	Sierpc	Szpital I stopnia
Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.	Płock	Szpital I stopnia
Arion Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Gorzewo	Szpital I stopnia
Powiatowe Centrum Medyczne W Grójcu Spółka z o.o.	Grójec	Szpital I stopnia
Szpital Solec Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Warszawa	Szpital I stopnia
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital św. Anny w Piasecznie	Piaseczno	Szpital I stopnia
Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Żyrardów	Szpital I stopnia
Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Restrukturyzacji	Otwock	Szpital I stopnia
Szpital Grochowski Im. Dr Med. Rafała Masztaka Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Warszawa	Szpital I stopnia
Szpital Powiatowy Gajda-Med Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Pułtusk	Szpital I stopnia
Szpital Czerniakowski Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Warszawa	Szpital II stopni
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II	Grodzisk Mazowiecki	Szpital II stopni
Szpital Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie	Wołomin	Szpital II stopni
Międzyleski Szpital Specjalistyczny w Warszawie	Warszawa	Szpital II stopni
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Kozienicach	Kozienice	Szpital II stopni
Mazowiecki Szpital wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.	Siedlce	Szpital II stopni
Mazowieckie Centrum Rehabilitacji Stocer Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Konstancin-Jeziorna	Szpital II stopni
Wojewódzki Szpital Zakaźny w Warszawie	Warszawa	Szpital III stopnia
Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Warszawa	Szpital III stopnia
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce	Ostrołęka	Szpital III stopnia
Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego	Radom	Szpital III stopnia
Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie	Ciechanów	Szpital III stopnia
Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku	Płock	Szpital III stopnia
Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Radom	Szpital III stopnia
Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp. z o.o.	Warszawa	Szpital III stopnia
Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego	Warszawa	Szpital III stopnia
Mazowieckie Centrum Leczenia Chorób Płuc i Gruzlicy	Warszawa	Szpital onkologiczne lub



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Nazwa placówki	Adres zakładu leczniczego	Stopień
		pulmonologiczne
Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. Św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.	Rudka	Szpital onkologiczne lub pulmonologiczne
Magodent Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Warszawa	Szpital onkologiczne lub pulmonologiczne
Europejskie Centrum Zdrowia Otwock Sp. z o.o.	Otwock	Szpital onkologiczne lub pulmonologiczne
Kliniki Neuroradiochirurgii Sp. z o.o.	Radom	Szpital onkologiczne lub pulmonologiczne
Mazowiecki Szpital Onkologiczny Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	Wieliszew	Szpital onkologiczne lub pulmonologiczne
Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. "Dzieci Warszawy" w Dziekanowie Leśnym	Dziekanów Leśny	Szpital pediatryczne
Szpital Dziecięcy im. prof. dr. med. Jana Bogdanowicza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	Warszawa	Szpital pediatryczne
Warszawski Szpital dla Dzieci SPZOZ	Warszawa	Szpital pediatryczne
Instytut Psychiatrii i Neurologii	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Centralny Szpital Kliniczny MSWiA w Warszawie	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Adama Grucy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego	Otwock	Szpital ogólnopolskie
Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Narodowy Instytut Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji im. prof. dr hab. med. Eleonory Reicher	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Instytut Matki i Dziecka	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. prof. Witolda Orłowskiego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Instytut Hematologii i Transfuzjologii	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Narodowy Instytut Kardiologii Stefana Kardynała wyszyńskiego - Państwowy Instytut Badawczy	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie - Państwowy Instytut Badawczy	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Szpital Kliniczny im. ks. Anny Mazowieckiej	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Wojskowy Instytut Medyczny	Warszawa	Szpital ogólnopolskie
Uniwersyteckie Centrum Zdrowia Kobiety i Noworodka Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego Sp. z o.o.	Warszawa	Szpital ogólnopolskie

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

Łącznie w sieci szpitali (PSZ) województwa mazowieckiego znajduje się 81 placówek. Szpital Powiatowy w Sochaczewie jest jednym z 37 szpitali I stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia.

Badanie konkurencji oparto o trzy główne czynniki:

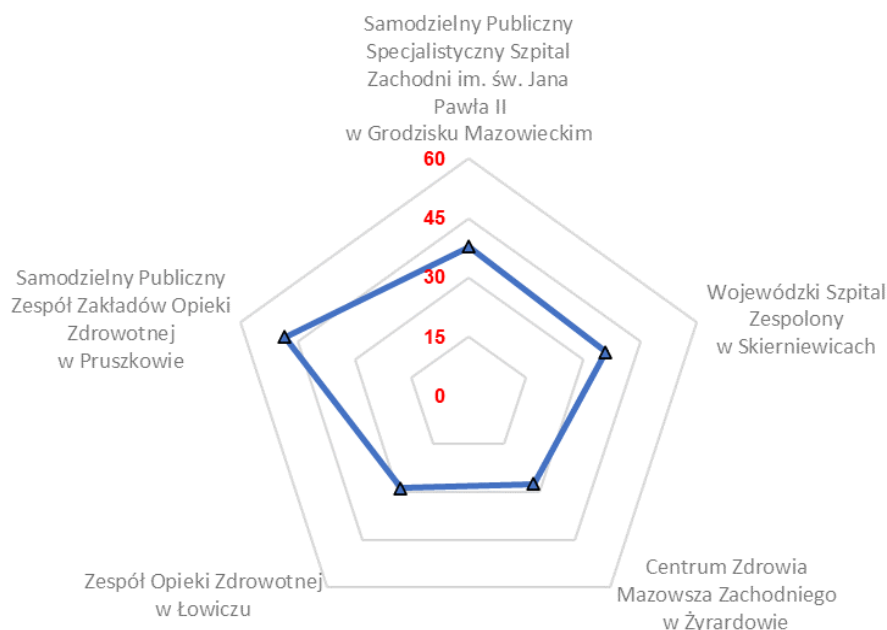
- wielkość kontraktu z NFZ,
- odległość innych jednostek od Szpitala Powiatowego w Sochaczewie,
- ilość podobnych komórek medycznych.

Ostatecznie do oceny przyjęto następujące jednostki:



- Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim,
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach,
- Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego w Żyrardowie,
- Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu,
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie.

Wykres 7 Odległość porównywanych jednostek medycznych od Szpitala Powiatowego w Sochaczewie [km]



Źródło: opracowanie własne.

Najbliższą placówką dla Szpitala Powiatowego w Sochaczewie jest Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego w Żyrardowie – ok. 27,6 km, a najdalej położoną Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie – ok. 48,3 km.

W wybranych do analizy jednostkach widzimy dość duże zróżnicowanie wielkości kontraktów z NFZ. Wynika ono z różnej skali i profilu ich działalności. Przedstawione w tym rozdziale dane pochodzą m.in. z Informatora o umowach z NFZ (<https://aplikacje.nfz.gov.pl/umowy>) pobrane na dzień 20.04.2022 roku.

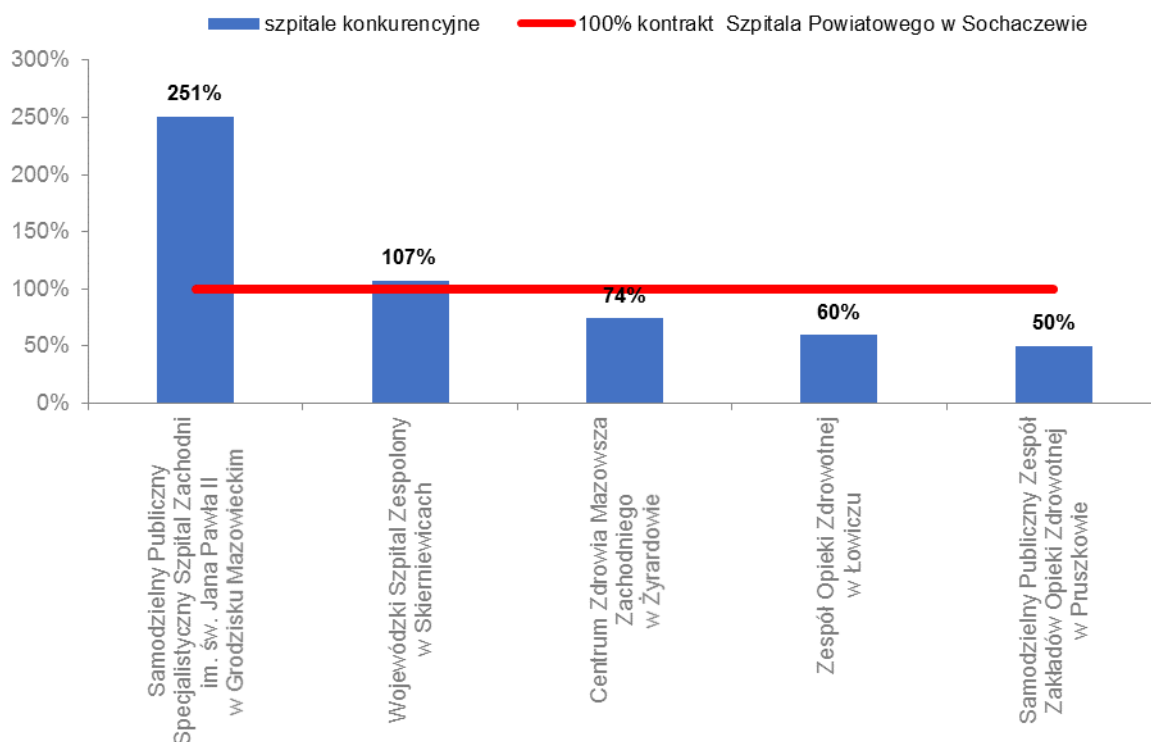
Tabela 11 Zestawienie kontraktów z NFZ wybranych jednostek i Szpitala Powiatowego w Sochaczewie w roku 2021

Jednostka	Wartość kontraktu z NFZ	Współczynnik wielkości kontraktu NFZ
Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim	150 685 265	2,51
Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach	64 435 018	1,07
Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego w Żyrardowie	44 413 785	0,74
Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu	35 884 575	0,60
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie	29 943 496	0,50
Zespół Opieki Zdrowotnej "Szpitala Powiatowego" w Sochaczewie	60 075 255	1,00

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ 20.04.2022 r.

Pośród zestawianych podmiotów 3 miały mniejszy kontrakt z NFZ od Szpitala Powiatowego w Sochaczewie, a 2 jednostki większy. Największy kontrakt z NFZ posiadał Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim (150,7 mln zł).

Wykres 8 Porównanie kontraktów z NFZ wybranych jednostek oraz Szpitala Powiatowego w Sochaczewie w roku 2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ 20.04.2022 r.



Porównanie w zakresie leczenia szpitalnego

Analiza działalności poszczególnych jednostek z otoczenia badanego szpitala została przeprowadzona w zakresie specjalności występujących w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie. Poniżej przyjęto następujące skróty: Oddział – O.; Pododdział – P.

Tabela 12 Wykaz oddziałów szpitalnych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie i porównanie zbieżności oferty w wybranych jednostkach

Oddziały Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim	Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach	Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego w Żyrardowie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie
O. Anestezjologii i Intensywnej Terapii	X	X		X	X
O. Chirurgii Ogólnej	X	X	X	X	X
O. Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	X	X			
O. Ginekologiczno-Położniczy		X	X	X	X
O. Pediatriczny	X	X	X	X	
P. Neonatologiczny		X	X	X	X
O. Rehabilitacji Diennej	X			X	
SOR	X	X			
O. Wewnętrzno-Kardiologiczny	X	X	X	X	X
P. Kardiologiczny	X	X			
Liczba podobnych oddziałów/pododdziałów	8	9	5	7	5

Źródło: opracowanie własne.

Kolorem ciemnoniebieskim zaznaczono oddziały, które występują najliczniej:

- Chorób Wewnętrznych – występuje we wszystkich wybranych placówkach,
- Chirurgii Ogólnej – występuje we wszystkich wybranych placówkach.

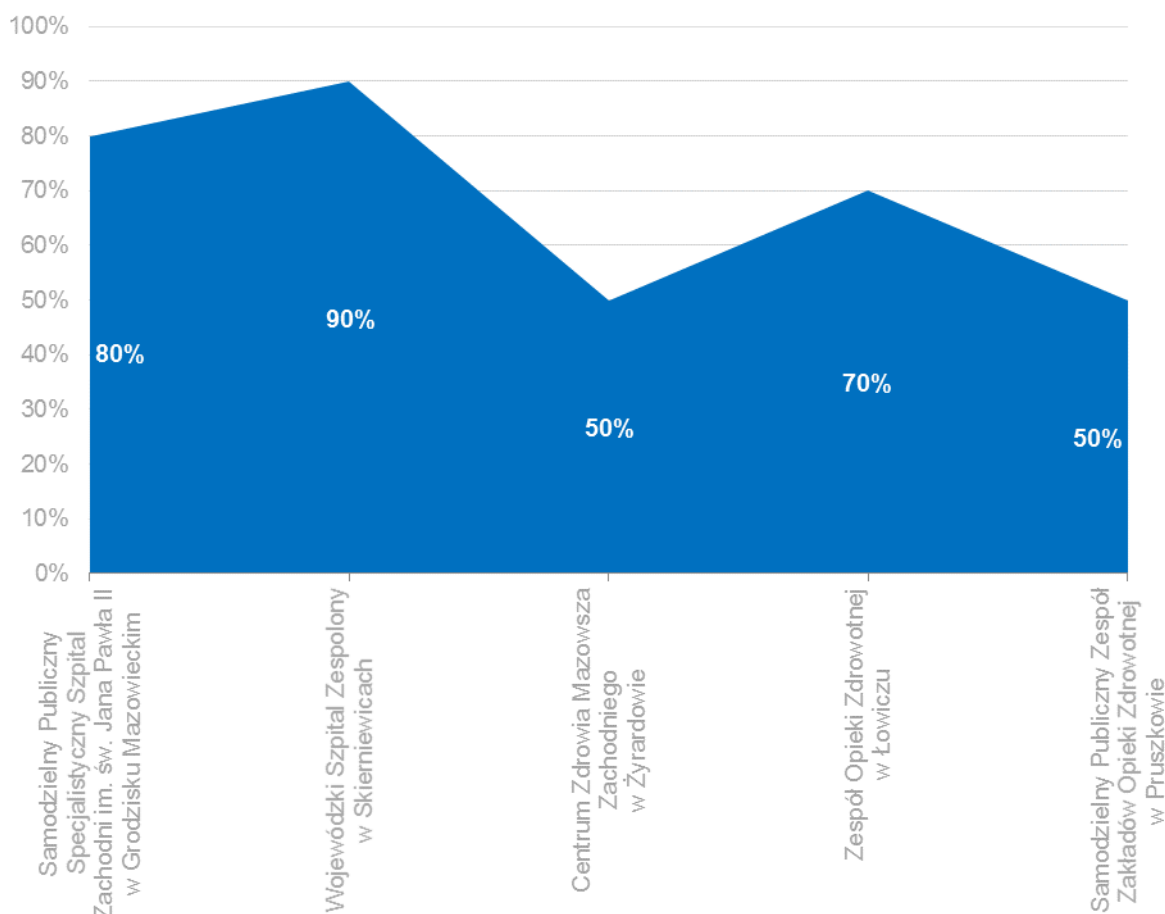


Kolorem ciemnoszarym zaznaczono oddziały, które występują najrzadziej:

- Rehabilitacji Diennej – znajduje się w 2 konkurencyjnych placówkach,
- Szpitalny Oddział Ratunkowy – znajduje się w 2 konkurencyjnych placówkach,
- Kardiologiczny – znajduje się w 2 konkurencyjnych placówkach.

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 Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 9 Stopień „pokrycia” oddziałów wybranych jednostek w odniesieniu do Szpitala Powiatowego w Sochaczewie



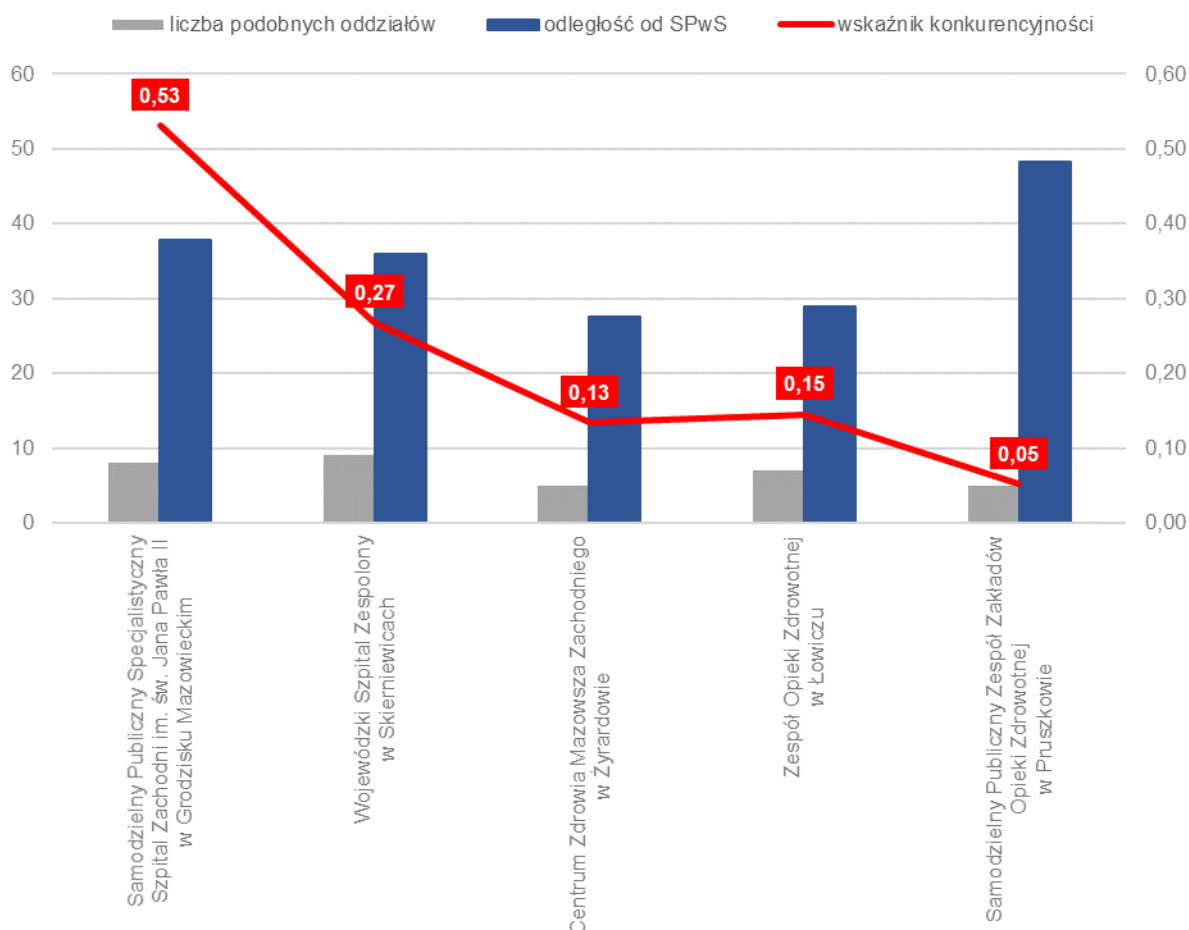
Źródło: opracowanie własne.

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:

$$\text{wskaźnik konkurencyjności} = \frac{\text{suma oddziałów zbieżnych z ofertą Szpitala Powiatowego w Sochaczewie}}{\text{odległość w kilometrach}} \cdot \frac{\text{współczynnik wielkości kontraktu z NFZ}}{\text{kontrakt z NFZ}}$$

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

Wykres 10 Wskaźnik konkurencyjności oddziałów wybranych jednostek do Szpitala Powiatowego w Sochaczewie



Źródło: opracowanie własne.

Największym stopniem pokrycia oddziałów (w odniesieniu do oferty Szpitala Powiatowego w Sochaczewie) spośród analizowanych jednostek charakteryzuje się Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach (90% pokrycia oddziałów). Na drugim miejscu znalazł się Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim (80%), a potem Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu (70%).

Biorąc pod uwagę wskaźnik konkurencyjności, który dodatkowo uwzględnia wielkość kontraktu z NFZ i położenie danej jednostki, najbardziej konkurencyjnym (z uwzględnieniem skali działalności) jest Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim (0,53) z kontraktem blisko 150,7 mln zł (za rok 2021), który jest oddalony ok. 37,8 km. Kolejno mamy się Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach (0,27) z kontraktem ok. 64,4 mln zł,

oddalony o ok. 35,9 km i Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu (0,15) z kontraktem blisko 35,9 mln zł, oddalony o ok. 28,9 km.

Porównanie w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Aby określić podobieństwa i różnice w ramach AOS, zestawiliśmy listę czynnych poradni Szpitala Powiatowego w Sochaczewie z wykazami poradni wybranych wcześniej jednostek.

Tabela 13 Wykaz poradni specjalistycznych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie i porównanie zbieżności oferty w jednostkach konkurencyjnych

Poradnie Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim	Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach	Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego w Żyrardowie	Zespół Opieki Zdrowotnej w Łowiczu	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie
Chirurgii Dziecięcej			X		
Chirurgii Ogólnej	X	X	X	X	X
Chirurgii Przewodu Pokarmowego					
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	X	X	X	X	X
Chirurgii Stomatologicznej	X				
Chorób Płuc	X		X		
Chorób Wewnętrznych					
Diabetologiczna	X			X	
Endokrynologiczna	X				
Ginekologiczno-Położnicza	X	X	X	X	
Kardiologiczna	X	X	X	X	X
Kardiologii Dziecięcej			X		
Leczenia Uzależnień	X	X		X	
Medycyny Pracy	X	X	X	X	
Neonatologiczna					
Neurologiczna	X	X	X		
Onkologiczna	X	X		X	
Pediatryczna					
Rehabilitacji z PK*		X	X		
Reumatologiczna			X		
Stomatologii Ogólnej	X				
Urologiczna	X		X	X	
Zdrowia Psychicznego	X	X	X		
Liczba podobnych poradni	15	10	13	9	3

Źródło: opracowanie własne.



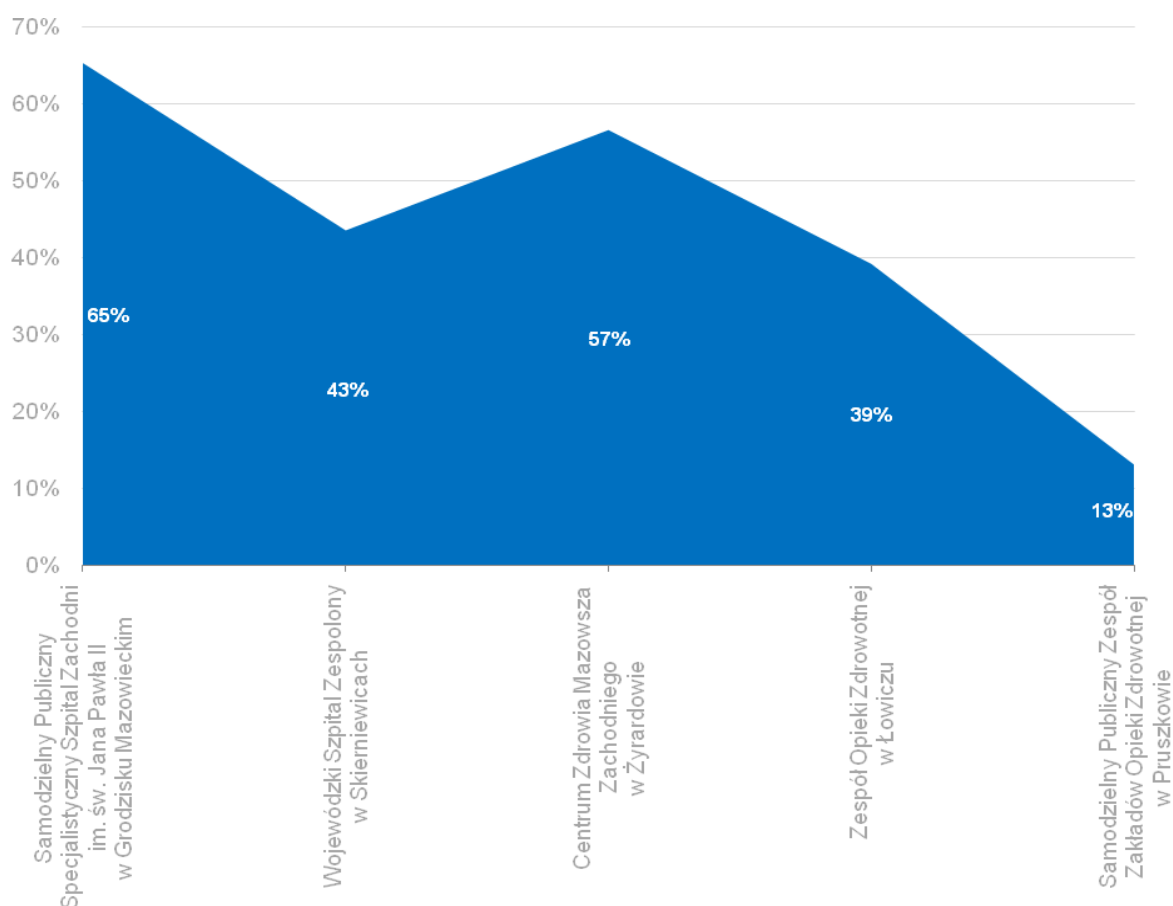
Kolorem ciemnoniebieskim zaznaczono poradnie, które występują najliczniej:

- Chirurgii ogólnej – występuje we wszystkich wybranych placówkach,
- Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – występuje we wszystkich wybranych placówkach,
- Kardiologiczna – występuje we wszystkich wybranych placówkach.

Kolorem ciemnoszarym zaznaczono poradnie, które nie wystąpiły w żadnej z konkurencyjnych placówek:

- Chirurgii Przewodu Pokarmowego,
- Neonatologiczna,
- Pediatria.

Wykres 11 Stopień pokrycia poradni wybranych jednostek w odniesieniu do oferty Szpitala Powiatowego w Sochaczewie



Źródło: opracowanie własne.

Spośród analizowanych jednostek największy stopień pokrycia oferty medycznej w odniesieniu do poradni specjalistycznych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie miał Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim (65% – 15 podobnych poradni). Następnymi jednostkami w kolejności były:

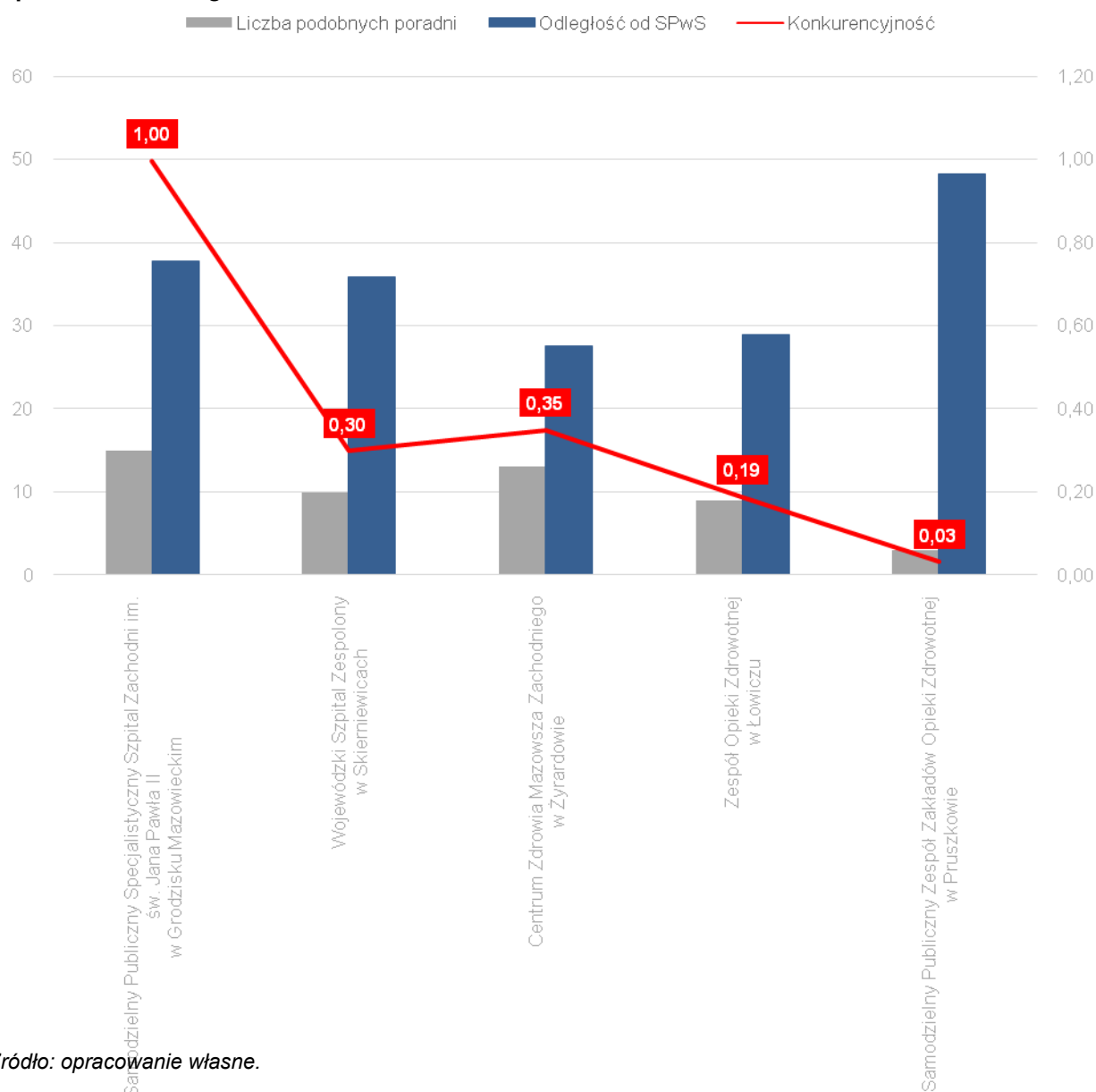


Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego w Żyrardowie (59% – 13 podobnych poradni) oraz Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach (43% – 10 podobnych poradni).

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

$$\text{wskaźnik konkurencyjności} = \frac{\text{suma poradni zbieżnych z ofertą Szpitala Powiatowego w Sochaczewie}}{\text{odległość w kilometrach}} \cdot \text{współczynnik wielkości kontraktu z NFZ}$$

Wykres 12 Wskaźnik konkurencyjności poradni wybranych jednostek w odniesieniu do Szpitala Powiatowego w Sochaczewie



Źródło: opracowanie własne.



Wskaźnik konkurencyjności poradni jest najwyższy również dla Samodzielnego Publicznego Specjalistycznego Szpitala Zachodniego im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim (1,0). Znajdziemy tu 15 podobnych poradni do Szpitala Powiatowego w Sochaczewie. Następne są: Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego w Żyrardowie także z 13 podobnymi poradniami (0,35) oraz Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach z 10 podobnymi poradniami (0,30).

Reasumując z analizy przeprowadzonej w tym rozdziale wynika, iż Szpital Powiatowy w Sochaczewie działa w regionie (województwie mazowieckim) z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o stosunkowo małym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych.

Do największych „konkurentów” Szpitala Powiatowego w Sochaczewie zaliczyć możemy:

- Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim z 8 podobnymi oddziałami, 15 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 150,7 mln zł, w odległości zaledwie ok. 37,8 km,
- Centrum Zdrowia Mazowsza Zachodniego w Żyrardowie z 5 podobnymi oddziałami, 13 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 44,4 mln zł, w odległości ok. 27,6 km,
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach z 9 podobnymi oddziałami, 10 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 64,4 mln zł, w odległości ok. 35,9 km.

Warto jeszcze zwrócić uwagę, iż na wstępie przeprowadzenia analizy konkurencji audytorzy mieli problem z ustaleniem, które oddziały i poradnie faktycznie funkcjonują w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie, gdyż wykaz komórek z Regulaminu organizacyjnego, dane zawarte w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz informacje o zakresach umów z NFZ były niespójne.

Rozważając konkurencyjność Szpitala Powiatowego w Sochaczewie 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 szybkość i kompleksową opiekę. Dlatego warto rozważyć rozszerzenie np. oferty płatnych porad i zabiegów, oraz wprowadzenie opieki 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.



1.4. Uwarunkowania prawne

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano najważniejsze akty prawne, projekty lub plany i założenia związane bezpośrednio z działalnością podmiotów leczniczych, które mogą lub mają bezpośredni wpływ na działalność tych podmiotów.

PODSTAWOWE AKTY PRAWNE REGULUJĄCE ZASADY WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

1. ustawa z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2021.711, tj. z dnia 2021.04.16),
2. ustawa z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz.U.2020.849, tj. z dnia 2020.05.13),
3. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285 tj. z dnia 2021.07.14),
4. ustawa z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2021.423, tj. z dnia 2021.03.08),
5. ustawa z dnia 5.12.1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2021.790, tj. z dnia 2021.04.28),
6. ustawa z dnia 15.07.2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2021.479, tj. z dnia 2021.03.17),
7. ustawa z dnia 25.09.2015r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U.2021.553, tj. z dnia 2021.03.26),
8. ustawa z dnia 22.12.2015r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, (Dz.U.2021.1646, tj. z dnia 2021.09.08),
9. ustawa z dnia 08.09.2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2020.882, tj. z dnia 2020.05.18),
10. ustawa z dnia 28.04.2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2021.666, tj. z dnia 2021.04.09),
11. ustawa z dnia 17.02.2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U.2021.670, tj. z dnia 2021.04.12),
12. ustawa z dnia 6.09.2001r. prawo farmaceutyczne (Dz.U.2021.974, tj. z dnia 2021.05.28),
13. ustawa z dnia 22.08.1997r. o publicznej służbie krwi (Dz.U.2020.1777, tj. z dnia 2020.10.13),
14. ustawa z dnia 29.11.2000r. prawo atomowe (Dz.U.2021.623, tj. z dnia 2021.04.06),
15. ustawa z dnia 06.03.2018r. prawo przedsiębiorców (Dz.U.2021.162, tj. z dnia 2021.01.26),
16. ustawa z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2021.1565, tj. z dnia 2021.08.26),
17. ustawa z dnia 26.06.1974r. Kodeks pracy (Dz.U.2020.1320, tj. z dnia 2020.07.30),
18. ustawa z dnia 27.07.2001r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U.2021.866, tj. z dnia 2021.05.07),
19. ustawa z dnia 22.11.2013r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U.2021.268, tj. z dnia 2021.02.11),
20. ustawa z dnia 5.12.2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845, tj. z dnia 2020.10.20),
21. ustawa z dnia 02 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U.2020.1842, tj. z dnia 2020.10.20),
22. ustawa z dnia 11.09.2015r. o zdrowiu publicznym (Dz.U.2021.183, tj. z dnia 2021.01.28),



23. ustawa z dnia 12.05.2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2021.523, tj. z dnia 2021.03.23).

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY ORAZ PROJEKTY I ZAPOWIEDZI ZMIAN PRZEPISÓW PRAWA MAJĄCYCH BEZPOŚREDNI WPŁYW NA DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ:

Ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

Od dnia 24 lutego 2022 r. w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy wprowadzone zostały przepisy regulujące pobyt obywateli tego kraju na terytorium Polski. W związku z tym wprowadzono również regulację wpływającą na działalność podmiotów medycznych. Zgodnie ze wskazaną ustawą każdy obywatel Ukrainy którego pobyt na terytorium Polski jest uznawany za legalny zgodnie z przepisami zawartymi w specustawie, jest uprawniony do opieki medycznej udzielanej na terytorium Polski obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, a także podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Na podstawie ustawy dopuszczono także możliwość wykonywania przez obywateli Ukrainy zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej.

Obowiązkowe szczepienia dla służb medycznych od 01 marca 2022 r.

Zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia z 20 marca 2020 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii (Dz.U. z 2022 r. poz. 340), obowiązkowi szczepień przeciwko COVID-19 podlegają przede wszystkim:

- 1) osoby wykonujące zawód medyczny w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz osoby wykonujące czynności zawodowe w tych podmiotach, inne niż wykonywanie zawodu medycznego;
- 2) osoby zatrudnione oraz osoby realizujące usługi farmaceutyczne, zadania zawodowe lub czynności fachowe w aptece ogólnodostępnej lub punkcie aptecznym.

Osoby te są zobowiązane być poddać się szczepieniu przeciwko COVID-19 w terminie nie późniejszym niż do 1 marca 2022 r.

Rozszerzenie świadczeń objętych e-skierowaniem.

Od stycznia 2022 r. rozszerzeniu uległ katalog świadczeń, na które skierowanie może zostać u tylko w formie e-skierowania. Od 9 stycznia 2022 r. skierowanie na rehabilitację leczniczą może zostać wystawione wyłącznie w formie e-skierowania.



ZMIANY PLANOWANE

Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

Zgodnie z zapowiedziami Ministra Zdrowia, na dzień 1 stycznia 2022 planowane było wejście w życie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Jednak w związku liczbą zgłoszonych uwag termin ten uległ przesunięciu. Ministerstwo zdrowia wskazuje, że ukończony projekt ustawy zostanie skierowany do sejmu w I kwartale 2022 r., zaś obecnie znajduje się w Komitecie Rady Ministrów do Spraw Cyfryzacji. Podstawowymi założeniami planowanej regulacji jest wprowadzenie rozwiązań prawo-organizacyjnych podnoszących jakość ochrony zdrowia. Zgodnie z projektem, placówki, które będą miały lepszą jakość na trzech poziomach - klinicznym, konsumenckim i zarządczym - będą mogły liczyć na dodatkowe współczynniki podnoszące finansowanie. W projekcie umieszczono również wymóg autoryzacji szpitali w zakresie udzielania przez nie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Aby uzyskać autoryzację konieczne będzie spełnienie wszystkich kryteriów autoryzacji wskazanych w niniejszej ustawie. Dodatkowo projekt ustawy zakłada uporządkowanie procesu akredytacji oraz utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych. W zakresie zdarzeń niepożądanych projekt ustawy przewiduje wprowadzenie braku sankcji wobec personelu za jego zgłoszenie. Oprócz tego, projekt przewiduje wprowadzenie dwuinstancyjnego pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych obsługiwanego przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa

Projekt znajduje się obecnie na etapie konsultacji społecznych, a jego wprowadzenie w ostatecznym kształcie szacuje się na II kwartał 2022 r. Deklarowanym celem wprowadzenia ustawy jest modernizacja i poprawa efektywności działalności oraz poprawa sytuacji ekonomiczno-finansowej szpitali, dodatkowo również wsparcie rozwoju podmiotów szpitalnych, optymalizacja ich działalności, dostosowanie działalności szpitali do regionalnych potrzeb zdrowotnych, wprowadzanie lub ulepszanie procesowego modelu zarządzania podmiotami szpitalnymi, a w razie potrzeby, naprawa ich działalności oraz restrukturyzacja. Podstawową zmianą jaką wprowadza projekt jest podział szpitali na cztery kategorie:

A – podmiot szpitalny w dobrej sytuacji ekonomiczno-finansowej, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii A;

B – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań optymalizacyjnych, który tworzy plan rozwojowy podmiotu szpitalnego kategorii B albo w stosunku, do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe, na jego wniosek;

C – podmiot szpitalny wymagający wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku, do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe;

D – podmiot szpitalny wymagający pilnego wdrożenia działań naprawczo-rozwojowych, w stosunku, do którego Prezes Agencji wszczyna postępowanie naprawczo-rozwojowe oraz uzyskuje uprawnienie do powoływania i odwoływania kierownika tego podmiotu szpitalnego.

Kategoria będzie nadawana na podstawie oceny. Ocena będzie odbywała się na podstawie jasno określonych wskaźników i będzie przeprowadzana regularnie, co 3 lata. Skutkiem przypisania do danej kategorii jest wprowadzenie określonych planów: albo rozwojowych, albo naprawczo-rozwojowych. Organem, który będzie sprawował nadzór nad wykonaniem założeń wskazanych w ustawie jest powołana na jej mocy Agencja Rozwoju Szpitali. To zapowiadany podmiot państwowy, o osobowości, której działalność zgodnie z projektem ma polegać na:



- ocenie i kategoryzacji podmiotów szpitalnych;
- inicjowaniu, wspieraniu i monitorowaniu procesów rozwojowych i postępowań naprawczo-rozwojowych podmiotów szpitalnych;
- dostosowaniu działalności podmiotów szpitalnych do regionalnych potrzeb zdrowotnych
- nadzorze nad procesami rozwojowymi i postępowaniami naprawczo-rozwojowymi podmiotów szpitalnych;
- wsparciu rozwoju podmiotów szpitalnych przez udzielanie pożyczek, bezzwrotne wsparcie finansowe, wsparcie merytoryczne lub doradztwo eksperckie;
- organizowaniu i koordynowaniu wspólnych zakupów dla podmiotów szpitalnych;
- wdrażaniu i nadzorowaniu zarządzania procesowego w podmiotach szpitalnych przez rozwijanie modeli zarządzania procesowego;
- monitorowaniu funkcjonowania podmiotów szpitalnych i ich sytuacji ekonomiczno-finansowej;

W związku z zapowiadaną reformą, na kierowników podmiotów szpitalnych nałożonyby obowiązek składania Agencji Rozwoju Szpitali rocznego sprawozdania finansowego oraz sprawozdania z badania (jeżeli szpital podlegał akurat badaniu) oraz uchwały lub postanowienia organu o zatwierdzeniu rocznego sprawozdania finansowego i podziale zysku lub pokryciu straty. Ponadto w ustawie zawarto szczegółowe zagadnienia dotyczące kategorii i kryteriów dokonywania oceny podmiotu szpitalnego oraz sposobu jej przyznawania i zmiany. Obok tego także zasady oraz warunki tworzenia planów rozwojowych i planów naprawczo-rozwojowych (w zależności od kategorii), a także ich realizacji, wprowadzono osoby nadzorcy i zarządcy, którzy mieliby wdrażać w życie wykonanie ww. planów, a także kryteria jakie musi spełniać osoba ubiegająca się o te stanowiska, wskazano również na środki, jakie miałyby pomóc w realizacji planów.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Projekt znajduje się obecnie na etapie konsultacji publicznych. Wejście w życie szacuje się na II kwartał 2022 r. Podstawową zmianą jaką przewiduje niniejszy projekt jest nowy podział na grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku pracy oraz nowe wysokości współczynników pracy. Podział ten ustalony został zgodnie ze stanowiskiem Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r. Doprowadzić ma to do wzrostu wynagrodzeń osób pracujących w podmiotach medycznych od dnia 01 lipca 2022 r. Oprócz tego projekt ustawy nakłada na podmiot leczniczy zobowiązany jest do określenia w umowie o pracę informacji o grupie zawodowej, do której powinien zostać przypisany w związku z kwalifikacjami wymaganymi na zajmowanym stanowisku pracy. Ponadto projekt przewiduje powiązanie wynagrodzenia pracowników niemedycznych ze średnim wzrostem wynagrodzeń. Również określono termin na dokonanie odpowiednich modyfikacji umów oraz porozumień w związku z wprowadzonymi zmianami. Dodatkowo w projekcie ustalono sposób ustalania wynagrodzeń zasadniczych lekarzy i lekarzy dentyków stażystów i rezydentów. Wskazano, iż w odniesieniu do przedmiotowych wynagrodzeń nie będą miały zastosowania przepisy ustawy, a płace tych osób będą określane przez ministra właściwego do spraw zdrowia.



Procedury dokonywania zgłoszeń przez sygnalistów w podmiotach leczniczych

Do 17 grudnia 2021 r. Polska miała czas na implementację Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 roku w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii - tzw. dyrektywę o sygnalistach. W związku z koniecznością wdrożenia postanowień dyrektywy, do sejmu skierowano projekt ustawy o ochronie osób zgłaszających naruszenia prawa. Projekt znajduje się obecnie na etapie opiniowania. Przepisy mają na celu ochronę osoby dokonującej zgłoszenia, ujawnienia informacji lub uzasadnionych podejrzeń naruszenia prawa związanego z pracą, a obowiązki związane z wdrożeniem procedury ochrony sygnalistów będą dotyczyły również podmiotów medycznych jako pracodawców. Ustawa ma dawać realne narzędzia, wyłączające możliwość narażenia zgłaszającego na jakikolwiek uszczerbek lub możliwość postawienia zarzutu z powodu dokonania zgłoszenia wewnętrznego lub ujawnienia publicznego. Sygnalista nie będzie mógł być zatem niekorzystnie traktowany. Projekt ustawy zakłada trzy kanały zgłoszeń: wewnętrzny, zewnętrzny i ujawnienie publiczne. W związku z ustawą pracodawca, w zależności od kryteriów zobowiązany będzie m.in. do przyjęcia regulaminu zgłoszeń naruszania prawa, utworzenia kanałów zgłoszeń, prowadzenia rejestru zgłoszeń i prowadzenia tzw. działań następnych poprzez uruchomienie procedur wyjaśniających i dochodzeń wewnętrznych.

Ustawa o Krajowej Sieci Onkologicznej

Trwają prace nad ustawą o Krajowej Sieci Onkologicznej, której wprowadzenie planowane jest na rok 2022, a obecnie znajduje się na etapie konsultacji publicznych. Projekt ustawy wprowadza nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną, który ma usprawnić organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie. Szpitale, spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie, utworzą Krajową Sieć Onkologiczną. Będzie to struktura funkcjonalna w zakresie organizacji i zarządzania opieką onkologiczną w zakresie onkologii dorosłych na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Struktura będą tworzyły Specjalistyczne Ośrodki Leczenia Onkologicznego podzielone na trzy poziomy wraz z Centrami Kompetencji i Ośrodkami Satelitarnymi, jak również Ośrodki Kooperacyjne. Tylko podmioty lecznicze wchodzące w skład Struktury będą uprawnione do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki onkologicznej finansowanych ze środków publicznych. Kwalifikacja na poszczególne poziomy zabezpieczenia opieki onkologicznej będzie procesem wystandaryzowanym, opartym na obiektywnych kryteriach odnoszących się do liczby i kwalifikacji personelu medycznego, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, możliwości diagnostyczno-terapeutycznych, w określonej dziedzinie medycyny, zapewniających odpowiednią jakość i bezpieczeństwo udzielanych świadczeń gwarantowanych, liczby leczonych pacjentów oraz wykonywanych procedur medycznych w ustalonych zakresach.

Cyfryzacja ochrony zdrowia i rozwój telemedycyny

Zgodnie z krajowym planem transformacji, rok 2022 jest pierwszym rokiem, z którym mają zostać wprowadzone wskazane w nim zmiany. W obecnym roku zgodnie z pojawiającymi się informacjami mają zostać rozpoczęte prace nad rozszerzeniem katalogu usług cyfrowych. Jako potencjalne zmiany, które mogłyby zostać przedstawione w 2022 r. wskazuje się m.in. wprowadzenie e-rejestracji do specjalistów w przychodniach, dalsza cyfryzacja dokumentacji medycznej i jej standaryzacja oraz rozwijanie systemu wymiany e-dokumentacji oraz informacji pomiędzy podmiotami medycznymi, a także wprowadzenie dokumentacji



medycyny szkolnej do systemu e-zdrowie. Oprócz tego możliwe jest podjęcie regulacji w zakresie rozwoju usług telemedycznych, poprzez ich wdrożenie w zakresie diabetologii, geriatry, kardiologii, położnictwa, psychiatrii, a także opieki paliatywnej oraz u pacjentów z chorobami przewlekłymi.

Zdrowie w programie „Polski Ład”

W związku z ogłoszonym programem „Polski Ład”, zwanym również „Nowym Ładem”, planowane są również dalsze zmiany w zakresie prawa medycznego oraz regulacji związanych z ochroną zdrowia. Jednym z podstawowych postulatów jest zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia do poziomu 7% PKB, co zgodnie z założeniami miałyby zostać osiągnięte w 2027 r. Zwiększenie dochodów wiązać będzie się ze zmianą sposobu opłacania składek zdrowotnych przez przedsiębiorców, którzy mają opłacać składkę podobnie jak osoby fizyczne, tj. proporcjonalnie od uzyskanego dochodu. Kolejną propozycją jest uruchomienie programu badań profilaktycznych dla osób powyżej 40 roku życia. Dodatkowo zniesione mają zostać limity przyjęć u specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny. Wzrosnąć mają również minimalne wynagrodzenia dla pracowników medycznych, a oprócz tego ma zostać wprowadzona możliwość pobierania stypendiów i kredytów na niestacjonarne studia medyczne oraz stypendiów. Poczynione mają zostać również kroki w celu modernizacji infrastruktury szpitalnej, poprzez utworzenie Funduszu Modernizacji Szpitali i Funduszu Medycznego. Kolejnym założeniem jest ustanowienie Krajowej Sieci Onkologicznej i Kardiologicznej, co ma umożliwić łatwiejszy dostęp do tych specjalistów. Duży nacisk został położony na rozwój technologii w służbie zdrowia, a realizacja tego aspektu ma nastąpić przede wszystkim poprzez powstanie Centrum Obsługi Pacjenta, a także dalszy rozwój Systemu Informacji Medycznej, a o wizytach lekarskich mają przypominać nam wiadomości SMS. Obok tego usprawniona ma zostać nocna pomoc lekarska, zagwarantowany ma zostać powszechny i bezpłatny dostęp do badań prenatalnych oraz wprowadzona ma zostać darmowe podawanie szczepionki przeciwko wirusowi HPV. Wsparcie mają również otrzymać polskie zespoły badawcze, które prowadzą badania nad lekami i szczepionkami przeciwko COVID -19.

Zmianami, które również są częścią „Polskiego Ładu” są wyżej opisane reforma szpitali oraz uchwalenie ustawy o jakości w ochronie zdrowia.



2. Organizacja

2.1. Dokumenty statutowe

Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie 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 Powiatowego w Sochaczewie zawiera m.in. takie elementy jak:

- firmę i siedzibę,
- cele, zadania,
- organy i strukturę organizacyjną,
- formę gospodarki finansowej.

Regulamin Organizacyjny Szpitala Powiatowego w Sochaczewie jest wewnętrznym aktem normatywnym regulującym sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Zawiera on m.in. następujące zagadnienia:

- cele i zadania podmiotu,
- strukturę organizacyjną,
- rodzaj działalności leczniczej oraz zakres udzielania świadczeń zdrowotnych,
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- warunki współdziałania z innymi podmiotami wykonującymi działalność leczniczą,
- wysokość opłaty za udostępnienie dokumentacji medycznej,
- organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku pobierania opłat i ich wysokość oraz wysokość opłat za udzielane świadczeń zdrowotnych, które mogą być udzielane za częściową lub całkowitą odpłatnością.,
- wysokość opłaty za przechowywanie zwłok pacjenta,
- sposób kierowania jednostkami lub komórkami organizacyjnymi.

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 Sochaczewie zawiera niezbędne minimum z tego zakresu.



Podmiotem tworzącym dla Szpitala jest Powiat Sochaczewski.

Siedziba Szpitala mieści się w mieście Sochaczew przy ulicy Batalionów Chłopskich 3/7.

Miejszem udzielania świadczeń zdrowotnych jest Sochaczew, ul. Batalionów Chłopskich 3/7.

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

Celem Szpitala jest wykonywanie działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, promocji zdrowia, realizacja zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją 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):

- Lecznictwo Stacjonarne,
- Lecznictwo Ambulatoryjne.

2.2. Struktura organizacyjna

Każdy szpital pod względem organizacyjnym jest skomplikowanym organizmem. 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 pożądanych 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 Powiatowego w Sochaczewie jest odzwierciedleniem organizacji pracy, specjalizacji i współdziałania komórek organizacyjnych. Tworzą ją:

- zakłady lecznicze,
- oddziały szpitalne,
- poradnie specjalistyczne,
- zakłady i pracownie diagnostyczne,
- komórki i stanowiska usługowe niemedyce:
 - *komórki ekonomiczno-finansowe,*
 - *komórki techniczno-logistyczne*
 - *samodzielne komórki i stanowiska pracy.*



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.

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:

W skład Szpitala Powiatowego w Sochaczewie wchodzi następujące jednostki i komórki organizacyjne:

MEDYCZNE:

I. Szpital:

1. Oddział Pediatriczny:
 - Pododdział Neonatologiczny,
2. Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny:
 - Pododdział Kardiologiczny,
 - Pododdział Gastroenterologiczny – komórka wykazana w RO, niezarejestrowana w RPWDL,
3. Oddział Chirurgii Ogólnej:
 - Pododdział Urologiczny – komórka wykazana w RO, niezarejestrowana w RPWDL,
4. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej;
5. Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
6. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
7. Szpitalny Oddział Ratunkowy,
8. Blok Operacyjny,
9. Zespoły Transportu Sanitarnego,
10. Oddział Chirurgii Jednego Dnia-Chirurgia Oka – komórka wykazana w RO i zarejestrowana w RPWDL, brak podpisanej umowy z NFZ,
11. Oddział Medycyny Paliatywnej – komórka wykazana w RO, niezarejestrowana w RPWDL,

II. AOS:

1. Poradnia Neurologiczna,
2. Poradnia Neurologii Dziecięcej – komórka wykazana w RO i zarejestrowana w RPWDL, nie funkcjonuje – umowy z NFZ rozwiązana z dniem 31.03.2022 roku,



3. Poradnia Zdrowia Psychicznego,
4. Poradnia Leczenia Uzależnień,
5. Poradnia Chirurgii Ogólnej,
6. Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
7. Poradnia Ginekologiczno-Położnicza,
8. Poradnia Diabetologiczna,
9. Poradnia Kardiologiczna,
10. Poradnia Kardiologii Dziecięcej,
11. Poradnia Chorób Płuc,
12. Poradnia Medycyny Pracy,
13. Poradnia Urologiczna,
14. Poradnia Reumatologiczna,
15. Poradnia Endokrynologiczna,
16. Poradnia Neonatologiczna,
17. Poradnia Onkologiczna,
18. Poradnia Chirurgii Dziecięcej,
19. Poradnia Chirurgii Przewodu Pokarmowego,
20. Poradnia Chorób Wewnętrznych - posiada kontrakt z NFZ lecz nigdy nie została uruchomiona,
21. Poradnia Pediatria,
22. Poradnia Anestezjologiczna – komórka wykazana w RO i zarejestrowana w RPWDL, brak podpisanej umowy z NFZ,
23. Poradnia Okulistyczna – komórka wykazana w RO i zarejestrowana w RPWDL, brak podpisanej umowy z NFZ,
24. Poradnia Otorinolaryngologiczna – komórka wykazana w RO i zarejestrowana w RPWDL, brak podpisanej umowy z NFZ,
25. Poradnia Alergologiczna – komórka wykazana w RO, niezarejestrowana w RPWDL,,
26. Poradnia Dermatologiczna – komórka wykazana w RO, niezarejestrowana w RPWDL,
27. Poradnia Gastroenterologiczna – komórka wykazana w RO, niezarejestrowana w RPWDL,
28. Poradnia Hepatologiczna – komórka wykazana w RO, niezarejestrowana w RPWDL,
29. Poradnia Chorób Zakaźnych – komórka wykazana w RO, niezarejestrowana w RPWDL.

III. Stomatologia:

1. Poradnia Stomatologii Ogólnej,
2. Poradnia Chirurgii Stomatologicznej.

IV. Rehabilitacja:

1. Poradnia Rehabilitacyjna z Pracownią Kinezyterapii,
2. Pracownia Fizjoterapii,
3. Oddział Rehabilitacji Diennej,
4. Oddział Rehabilitacji (tzw. Stacjonarny Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej) – komórka wykazana w RO i zarejestrowana w RPWDL, brak podpisanej umowy z NFZ.

V. Diagnostyka:



1. Pracownia RTG, Tomografii Komputerowej, Mammografii,
2. Pracownia Rezonansu Magnetycznego – umowa współpracy z firmą Voxel,
3. Pracownia USG,
4. Pracownia Endoskopii,
5. Pracownia EEG,
6. Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej,
7. Pracownia Spirometryczna,

VI. Zakład Diagnostyki Laboratoryjnej – firma zewnętrzna ALAB

VII. POZ:

1. Poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
2. Poradnia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
3. Poradnia położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
4. Gabinet diagnostyczno-zabiegowy,
5. Punkt szczepień.

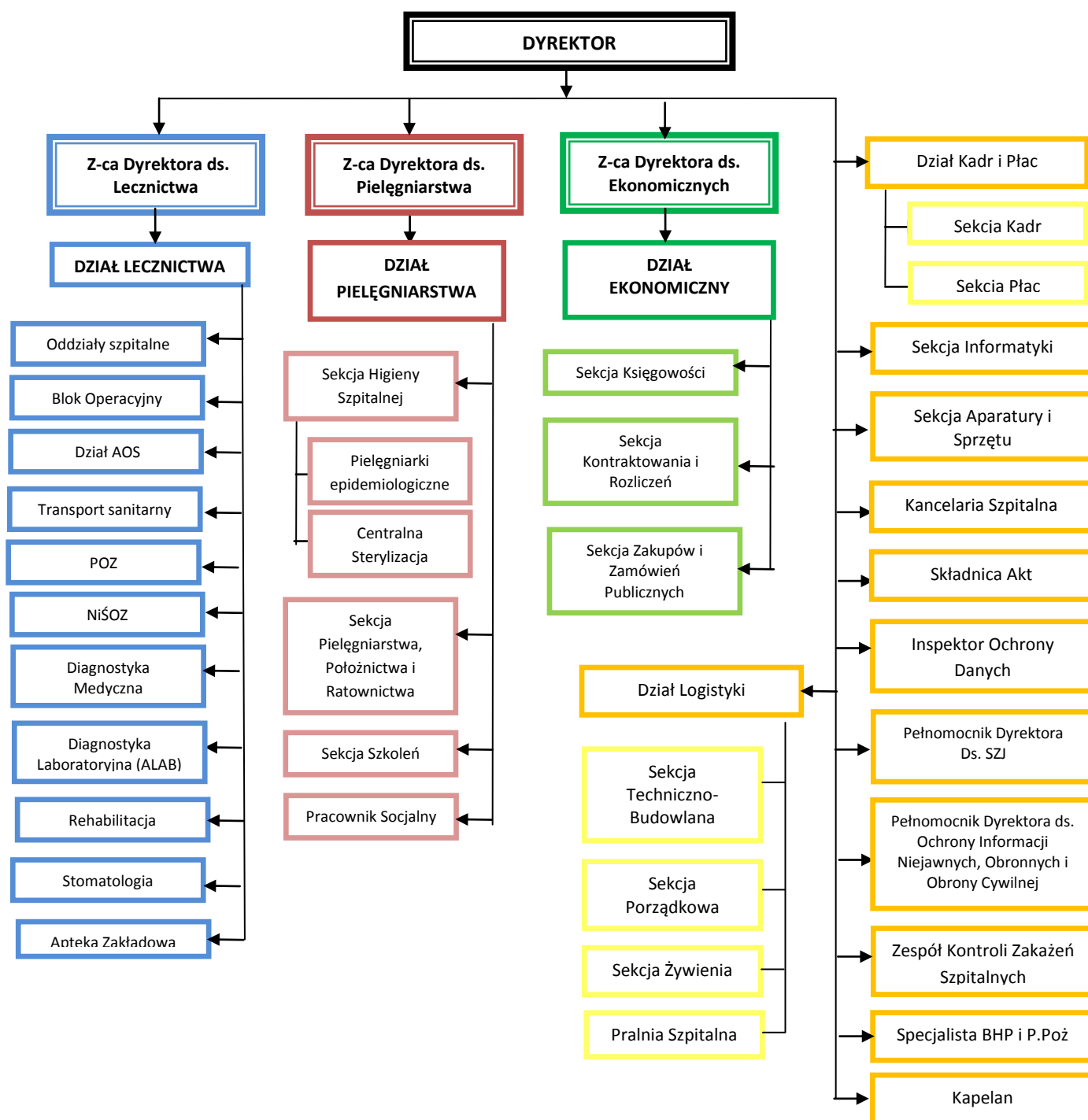
NIEMEDYCZNE:

1. Dział Ekonomiczny:
 - Sekcja Księgowości,
 - Sekcja Kontraktowania i Rozliczeń,
 - Sekcja Zakupów i Zamówień Publicznych
2. Dział Kadr i Płac:
 - Sekcja Kadr,
 - Sekcja Płac,
3. Dział Logistyki:
 - Sekcja Techniczno-Budowlana,
 - Sekcja Porządkowa,
 - Sekcja Żywienia,
 - Pralnia Szpitalna,
4. Kancelaria Szpitalna,
5. Sekcja Informatyki,
6. Sekcja Sprzętu i Aparatury,
7. Składnica Akt,
8. Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych,
9. Stanowiska Samodzielne:
 - Inspektor Ochrony Danych,
 - Pełnomocnik Dyrektora ds. Systemu Zarządzania Jakością,
 - Pełnomocnik Dyrektora ds. Ochrony Informacji Niejawnych, Obronnych i Obrony Cywilnej,
 - Specjalista ds. BHP i ppoż.,
 - Kapelan.

Uproszczoną strukturę organizacyjną Szpitala. przedstawia poniższy schemat.



Rysunek 4 Uproszczony schemat organizacyjny Szpitala Powiatowego w Sochaczewie



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Struktura organizacyjna Szpitala w Sochaczewie ma charakter pionowej struktury funkcjonalnej. Charakteryzuje się ona systemem zależności oraz bardzo rozbudowaną liczbą komórek organizacyjnych.

Schemat organizacyjny Szpitala Sochaczewskiego dzieli się na cztery zasadnicze piony:

- pion medyczny – pion organizacyjny, w skład którego wchodzi w szczególności medyczne komórki organizacyjne z zakresu zamkniętej (szpital) i otwartej (poradnie specjalistyczne) opieki medycznej; na czele tego pionu stoi Zastępca Dyrektora ds. Lecznictwa,
- pion Naczelnej Pielęgniarki – na czele pionu stoi Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, podlegają jej zespół pielęgniarsko-położniczo-ratowniczy oraz pracownik socjalny, a także komórki zabezpieczające sprzątanie i sterylizację.
- pion Ekonomiczny – pion organizacyjny, w skład którego wchodzi ekonomiczno-finansowe komórki organizacyjne o szczególnym znaczeniu dla funkcjonowania Szpitala – Dział Ekonomiczny: Sekcja Księgowości, Sekcja Kontraktowania i Rozliczeń, Sekcja Zakupów i Zamówień Publicznych. Na czele całego pionu stoi Zastępca Dyrektora ds. Ekonomicznych,
- pion komórek i stanowisk samodzielnych – pozostałe komórki i stanowiska podległe bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

Pracę poszczególnych pionów koordynuje Dyrektor Szpitala.

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:

- krótsze drogi przepływu informacji, a co za tym idzie mniejsze prawdopodobieństwo ich zniekształcania
- mniejsze koszty kadry kierowniczej

Wadą z kolei mogą być:

- trudności koordynacji współdziałania licznych jednostek organizacyjnych,
- ryzyko nadmiernej centralizacji decyzji.

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

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



2.3. Organizacja, zadania oraz sposób kierowania Szpitalem w świetle Regulaminu Organizacyjnego

Obowiązujący obecnie Regulamin Organizacyjny został wprowadzony do stosowania Zarządzeniem nr 25 Dyrektora ZOZ „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie w dniu 05.09.2019 roku. W ramach audytu przeprowadzono analizę zapisów w zakresie sposobów zarządzania Jednostką i organizacji procesów decyzyjnych. Skupiono się na zapisach dotyczących kluczowych z punktu widzenia celów audytu, komórek i struktur organizacyjnych.

W wyniku analizy należy stwierdzić, że Regulamin Organizacyjny w jego obecnej formie reguluje procesy zarządcze w sposób kompleksowy. O sprawowaniu funkcji kierowniczych szczegółowo mówi §66, ale też i zapisy zadań konkretnych kierowników poszczególnych pionów i struktur organizacyjnych. Opisy sprawowania funkcji kierowniczych uwypuklają ich istotne elementy (§58):

- odpowiedzialność za realizację kierowanych procesów, w regulaminie nazywanych zadaniami;
- racjonalność gospodarki finansowej jako odpowiedzialność za racjonalność zarządzania kosztami oraz, jak dodaje §61, zadanie maksymalizacji sprzedaży usług;
- odpowiedzialność za podległy personel, jego rozwój i bezpieczeństwo pracy;
- racjonalne zarządzanie powierzonymi zasobami.

Wszystkie najważniejsze grupy procesów realizowanych w Szpitalu znalazły swoje właściwe miejsce w charakterystyce zależności i zadań. Każda z nich jest zarządzana zgodnie z odrębnie dobranymi procedurami:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych w trzech obszarach: leczenia szpitalnego, leczenia ambulatoryjnego oraz usług diagnostycznych (§11, 61, 62, 68, 69);
- udzielanie świadczeń niemedyceńskich dla pacjentów, tzw. „usługi hotelowe”, związane z zapewnieniem odpowiednich standardów pobytu i wyżywienia (§70, 78);
- zarządzanie infrastrukturą techniczną Szpitala czyli budynkami, instalacjami i urządzeniami technicznymi służącymi ich prawidłowej eksploatacji, w tym administrowanie i udostępnianie sprawnych technicznie pomieszczeń poszczególnym komórkom i podmiotom współpracującym (§78);
- ogólne procesy zarządcze i zarządzania finansami (§60, 63).

Na szczególną uwagę zasługuje nowatorskie ujęcie organizacji pionu Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa. Faktyczne kierowanie częścią procesów związanych z leczeniem pacjentów w systemach zdrowotnych wielu krajów powierza się obecnie w coraz to szerszym zakresie pielęgniarkom. Takie obszary jak stan higieny, stan techniczny urządzeń i instalacji na oddziale, czy gospodarka materiałami medycznymi przestają faktycznie absorbować lekarzy. Dochodzi do tego również organizacja procedur diagnostycznych i leczniczych. Te wszystkie elementy zostały w obecnym Regulaminie formalnie uwzględnione. W strukturze Pionu Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa przewiduje się Sekcję Pielęgniarstwa, Położnictwa i Ratownictwa (§70), której powierza się odpowiedzialność za zarządzanie istotną częścią funkcjonowania oddziałów szpitalnych. Także zarządzanie procedurami diagnostycznymi w Dziale Diagnostyki Medycznej zostało powierzone Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa



poprzez przypisanie mu funkcji organizacji i nadzoru nad realizacją zadań realizowanych przez techników elektroradiologii.

Takie ujęcie organizacji zarządzania procesami ochrony zdrowia należy uznać za nowoczesne, gdyż odpowiadają ogólnym tendencjom przekształceń organizacyjnych, nie tylko w warunkach krajowych. Poniżej natomiast przedstawiono jedynie niektóre aspekty organizacji Szpitala, które wzbudziły wątpliwości audytorów.

1. W zakresie zadań Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa brak jest odpowiedzialności za racjonalną gospodarką finansową i za sprzedaż usług medycznych. Jeżeli jakiś obszar zagadnień nie interesuje lub nie dotyczy kierownika, to zapisy przypisujące te zadania jego podwładnym są zazwyczaj martwymi. Jeżeli szef nie interesuje się tymi zagadnieniami i nie sprawdza ich, to podwładni też takie zagadnienia lekceważą.
2. W odróżnieniu od Pionu Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, którego zadania i kompetencje zostały precyzyjnie zdefiniowane, opis Działu Lecznictwa (§61), jak i kierującego nim Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa wydaje się być lapidarny i ogólnikowy. Nie wynika z niego jaki obszar odpowiedzialności zarządczej jest mu przypisany i jaki jest podział zadań i odpowiedzialności na styku kompetencji z Działem Pielęgniarstwa. Przekładając to na poziom oddziału szpitalnego, nie jest jasne jaki jest faktyczny podział odpowiedzialności za jego funkcjonowanie i za ponoszone w związku z tym koszty pomiędzy ordynatorem/kierownikiem, a pielęgniarką oddziałową/koordynującą. Dla przykładu, jeżeli jeden z oddziałów Szpitala generuje bardzo duże, nieuzasadnione straty, to za jaką ich część odpowiedzialność ponosi Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa, jako przełożona Działu Pielęgniarstwa, a jaką Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa nadzorujący kierowników i ordynatorów?
Podobnie jak wyżej sprawy dotyczą odpowiedzialności zarządczej za funkcjonowanie Działu Diagnostyki Medycznej. Przy konkretnym opisie zadań i kompetencji jednego Działu i miękkiej charakterystyce drugiego mogło by się wydawać jakoby Dział Lecznictwa funkcjonuje przy Dziale Pielęgniarstwa.
Procesy zarządcze dotyczące realizacji procedur medycznych zostały Regulaminem podzielone na dwa Działy Lecznictwa i Pielęgniarstwa. Natomiast schematy i algorytmy rachunkowości zarządczej stosowane w Szpitalu funkcjonują wg. starych wzorców. Regulamin w §70 pkt 3 faktycznie definiuje Sekcję Pielęgniarek jako strukturę, która w pełni spełnia kryteria ośrodka powstawania kosztów. Jest to o tyle istotne, że zebrane dane z ewidencji księgowej poszczególnych MPK charakteryzują działalność konkretnych kierowników, muszą mieć po prostu swojego adresata. W przeciwnym wypadku nie spotykają się z należną uwagą i nie budują poczucia odpowiedzialności za skutki decyzji kierowniczych.
3. Regulamin w §63 pkt 1 przypisuje Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych odpowiedzialność za całokształt spraw związanych z ekonomiczno-finansowym funkcjonowaniem Szpitala. Oczywiście – formalnie (i nie tylko) główna odpowiedzialność spoczywa na barkach Dyrektora – podkreślamy jednak potrzebę ścisłej i jak najlepszej współpracy całego zespołu zarządzającego Szpitalem, zwłaszcza osób kluczowych. Podział zadań ma na celu jak najlepsze „ogarnięcie” wszystkich obszarów zarządczych, ale ma sens wtedy, gdy w pełni wykorzystuje się wyniki pracy współpracowników.
4. Do zadań Sekcji Księgowości §65 przypisano m.in. odpowiedzialność za zapewnienie płynności finansowej. Zapis ten jest nierealny do zrealizowania. Głównym zadaniem księgowości jest rejestracja zdarzeń gospodarczych i dostarczanie informacji wynikających z tej ewidencji. Zapewnienie płynności, inaczej zarządzanie płynnością finansową wymaga kompetencji do podejmowania decyzji o wydatkach i kosztach. Kompetencje takie należą wyłącznie do Dyrektora Szpitala. To on, korzystając jedynie z



- danych dostarczanych przez księgowość (lub wyspecjalizowaną komórkę wspomagającą zarządzanie płynnością finansową) zarządza finansami Jednostki.
5. Do zadań Sekcji kontraktowania i rozliczeń określonych w §66 m.in. należy nadzorowanie realizacji kontraktów, nadzór nad dokumentacją medyczną oraz nadzorowanie organizacji udzielania świadczeń. Wszystkie te zadania, do nadzorowania których jest ona zobowiązana należą do zadań i kompetencji kierowników komórek medycznych. Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa i Pielęgniarstwa są obligatoryjnie zobowiązani do nadzoru tych zagadnień. Zapisy Regulaminu oznaczają, że Kierownik Sekcji jest upoważniony do kontrolowania tych procedur, kadry kierowniczej Działu Lecznictwa i Działu Pielęgniarstwa, w tym Zastępców Dyrektora. Wydaje się, że pełnienie tych funkcji przez pracowników sekcji jest trudne do realizacji tym bardziej, że dokument pt. „Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności” takich czynności nie przewiduje.
 6. Wydaje się ponad to, że w pionie Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych brakuje zespołu zajmującego się bieżącymi ekonomicznymi analizami i wspomaganie systemu controllingu. Zarządzanie Jednostką bez stosowania bieżącego monitorowania realizacji planów i wyznaczonych celów jest nieefektywne i po prostu ryzykowne.

Podstawą regulującą procesy zarządcze w Jednostce jest oczywiście Regulamin Organizacyjny. Jednak dokumentami, które precyzują i personifikują jego zapisy są karty stanowiskowe, nazywane tu „Zakresami obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności”. Określają one m.in. usytuowanie poszczególnych kierowników w organizacji i definiują ich obszar działania. Krótko mówiąc, aby zapewnić efektywność zarządzania należy zapewnić każdemu kierownikowi możliwość kierowania podległymi procedurami i procesami zorganizowanymi w operacyjną i techniczną całość oraz przypisać mu odpowiedzialność za ich skutki. Przeanalizowano zatem karty stanowiskowe dla kluczowych funkcji kierowniczych w Szpitalu. Poniżej krótka charakterystyka wyniku ich przeglądu.

Po przeanalizowaniu najważniejszych dokumentów stanowiskowych można odnieść wrażenie, że nie mają one w praktyce organizacyjnej Szpitala dużego znaczenia. W wielu miejscach są niezgodne z zapisami Regulaminu. Głównym zadaniem pracowników na najważniejszych kierowniczych stanowiskach w Szpitalu, wymienianym w punkcie pierwszym Zakresów Obowiązków jest *„Na podstawie zapisów Kodeksu Pracy wykonywać pracę sumiennie i starannie oraz stosować się do poleceń przełożonych...”*. Punkt drugi natomiast zwraca uwagę na przestrzeganie przepisów i zasad bezpieczeństwa i higieny pracy. Dopiero trzeci punkt zbliża się do głównych zadań, lecz odnosi się tylko do kierowania pracownikami. Przypisany im zakres odpowiedzialności może natomiast stosować się do każdego szeregowego pracownika. Ani słowa o odpowiedzialności za organizację i sprzedaż świadczeń medycznych, ani słowa o odpowiedzialności za zarządzanie kosztami, przychodami, w konsekwencji – za osiągnięte wyniki.

W żadnym z przedstawionych dokumentów nie stwierdzono zapisów o odpowiedzialności za:

- organizację i jakość szpitalnych świadczeń medycznych;
- zapewnienie warunków do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz utrzymanie niezbędnej bazy technicznej;
- wyniki finansowe osiągnięte przez oddział;
- bezpieczeństwo pacjentów i podległego personelu w trakcie realizacji świadczeń medycznych.



W zakresach zadań kierowników komórek medycznych padają stwierdzenia o koordynowaniu pracy podległych pracowników, co w kontekście funkcjonowania dwóch Działów w Pionie Medycznym wymagałoby uściślenia. Tylko w jednym przypadku osoby kierującej oddziałem szpitalnym było wyraźne stwierdzenie „Koordynowanie pracy podległego zespołu lekarzy”.

Zakresy obowiązków pracowników etatowych bardzo pobieżnie traktują merytoryczną i menedżerską stronę zakresów zadań kierowniczych. Natomiast kontrakt cywilno-prawny z osobą zatrudnioną do kierowania oddziałem skupia się właściwie tylko na wykonywaniu obowiązków lekarza, całkowicie pomijając aspekty odpowiedzialności menedżerskiej.

Powyższe spostrzeżenia pokrywają się także z wnioskami ze spotkań z kierownikami komórek organizacyjnych odbytych w trakcie wizytacji. Powszechnym wydał się brak poczucia obowiązku kierowników do przejmowania się wynikami finansowymi. Spotkano się także z przypadkami braku świadomości niektórych pracowników w następujących kwestiach:

- komu podlegam,
- kto jest faktycznym ostatecznym klientem moich działań,
- kto odpowiada za moje koszty.

Z powyższych spostrzeżeń wypływa wniosek, że sposób definiowania obszarów odpowiedzialności i rozgraniczenie ich pomiędzy kluczowymi elementami zarządzania wydaje się być niewystarczające. Warunki otoczenia stawiają przed kadrą kierowniczą coraz to nowe zadania i priorytety. Stąd wydaje się wartym zachodu aby Regulamin Organizacyjny i regulacje związane z zarządzaniem jednostką, a przede wszystkim Zakresy Obowiązków, Uprawnień i Odpowiedzialności skorygować o następujące elementy:

- rozdzielenie odpowiedzialności wynikających z ustawy dnia 05-12-1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej z odpowiedzialnością menedżerską i administracyjną, jako podstawy funkcjonowania każdego kierownika, wniosek dotyczy szczególnie umów kontraktowych osób kierujących oddziałami,
- doprecyzowanie i wyraźne rozgraniczenie zakresów odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi obszarami zarządczymi (gdy kilka osób odpowiada za to samo, to de facto nie odpowiada nikt),
- uzupełnienie zakresów odpowiedzialności o elementy związane z realizacją zadań wynikających z zawartych kontraktów, jak i ze strategii rynkowych podjętych przez Szpital,
- uzupełnienie zakresów czynności o zarządzanie kosztami i odpowiedzialności za efekty ekonomiczne działalności komórki,
- powiązanie zakresów zadań z odpowiedzialnością menedżerską za ich skutki wraz ze ścisłym zdefiniowaniem zarządzanego obszaru,

Najprostszy schemat odpowiedzialności kierowniczej przedstawia poniższy diagram:



Rysunek 5 Zakresy odpowiedzialności kierowniczej



Źródło: opracowanie własne.

Współczesna struktura zarządcza powinna identyfikować najważniejsze procesy jakie zachodzą w organizacji szpitala i podporządkowywać je konkretnym kierownikom. Ich odpowiedzialność może być wtedy ukierunkowana na sprawne funkcjonowanie oraz na optymalizację kosztów tych procesów. Jako uzupełnienie dla tworzenia struktury organizacyjnej ważnym wydaje się kształtowanie świadomości, że celem zarządzania przydzielonymi procesami dla komórek wynikowych jest oczywiście leczenie pacjenta, ale też zaspokojenie potrzeb odpowiednich struktur szpitala przy zachowaniu racjonalnych parametrów finansowych. Każda komórka organizacyjna ma swoich wewnętrznych klientów, dla nich pracuje i w efekcie przez nich jest finansowana.

2.4. Charakterystyka narzędzi controllingowych

Kłopoty finansowe większości publicznych jednostek ochrony zdrowia w Polsce spowodowane są nie tylko niedostatecznymi nakładami środków publicznych na ochronę zdrowia, często także niedostatkami stosowania optymalnych technik zarządzania przychodami, kosztami oraz płynnością finansową. Jednym z problemów jest brak skutecznych **narzędzi** kontroli kosztów generowanych przez podmioty lecznicze oraz zarządzania przychodami, a także wykorzystywania tych narzędzi do bieżącego zarządzania jednostką medyczną.

Controlling, jako jedna z metod zarządzania organizacją, w skrócie, polega na :

- wyznaczaniu zadań,
- pomiarze ich realizacji,
- analizowaniu odchyleń w celu podejmowania działań naprawczych.

Elementami takiego systemu zarządzania są struktury na wszystkich jej szczeblach. Controlling daje narzędzia komunikacji całej załogi i kierowników różnych szczebli oraz ich integracji wokół jednostkowych i strategicznych celów wyznaczonych dla organizacji.

Zadaniem audytorów w niniejszym rozdziale było poddanie analizie stosowanych narzędzi controllingowych służących wspomaganiu systemu zarządzania w Szpitalu w Sochaczewie. W ramach audytu dokonano przeglądu narzędzi i procedur, ewidencji zdarzeń gospodarczych, systemów informowania kierownictwa oraz narzędzi i praktyk analitycznych służących ocenie realizacji stawianych zadań i celów.

W Szpitalu nie funkcjonuje wyodrębniona organizacyjnie komórka zajmująca się bieżącymi ekonomicznymi analizami i wspomaganiem systemu controllingu. Zadania należące do sfery analiz i raportowania w Szpitalu należą do obowiązków sekcji księgowości w pionie Zastępcy Dyrektora ds. Ekonomicznych.

Obecnie sekcja księgowości zajmuje się głównie wdrażaniem nowego standardu rachunku kosztów, narzuconego jednostkom medycznym przez Ministerstwo Zdrowia, sfera raportowania analiz jest w trakcie reorganizacji i dostosowania systemów. Z uzyskanych podczas audytu informacji wynika, że – „normalne” raportowanie ma wrócić po dostosowaniu systemu do raportowania po zmianach planu kont w związku z wprowadzaniem nowego standardu rachunku kosztów.

W Jednostce w naszej ocenie funkcjonuje rozbudowany system rachunkowości finansowej, który jest zdolny do dostarczania odpowiednich zestawów informacji do budowania i praktycznego funkcjonowania systemu controllingowego. System księgowania na OPK przyjął się, wszystkie moduły (FK, płace, kadry, sprzedaż, środki trwale itp.) pracują w jednym środowisku IT, jest to dobra podstawa do budowania efektywnego systemu rachunkowości zarządczej i wprowadzania controllingowych technik zarządzania.

W sekcji sporządzany jest obligatoryjny roczny plan gospodarczy, na podstawie danych historycznych z uwzględnieniem bieżących korekt. Nie ma ten dokument charakteru **Planu budżetu** z wyznaczonymi **zadaniami** sporządzanego dla każdej jednostki w Szpitalu, ma charakter raczej formalny, choć na wyróżnienie zasługuje fakt, że Szpital posiada ustalone limity dotyczące zużycia materiałów medycznych i leków na poszczególne komórki medyczne, co może być efektywnym narzędziem do zarządzania kosztami. Przekroczenie wyznaczonego na dany okres limitu kosztów wymaga indywidualnej zgody Dyrektora Szpitala, po opinii wydanej przez Głównego Księgowego. Ustalono, że zdarzają się odmowy, zatem system spełnia funkcje kontrolne.

Udostępniono audytorom przykładowy raport ze sporządzanych w przeszłości analiz podstawowych parametrów finansowych (przychody, koszty, wynik) i medycznych (ilość i struktura wykonanych procedur, wykorzystanych łóżek, kosztu osobodnia, realizacja umów, kontraktu, itp.).

W Sekcji Kontraktowania i Rozliczeń na bieżąco prowadzi także się analizę poziomu realizacji umów z NFZ.

Generowane raporty, przy założeniu prawidłowości stosowanych algorytmów i adekwatności danych mogłyby być efektywnym narzędziem do zarządzania określonymi obszarami.

Odbiorcami przedmiotowych raportów są Dyrekcja i kierownicy poszczególnych komórek Szpitala. Stwierdzono jednak brak obowiązku „reagowania” na dane z controllingu przez kierowników jednostek. Mają one zatem nikłą przydatność jako rzeczywiste narzędzie do podejmowania bieżących działań korygujących. Kierownicy OPK w praktyce nie są rozliczani



z efektów swojej pracy. Audytorzy spotkali się z kilkoma świadomymi odbiorcami informacji controllingowej, jednak to zjawisko występuje nie jako norma, a jako wyjątek.

Warunki zmieniającego się otoczenia stawiają przed kadrą kierowniczą coraz to nowe zadania i priorytety. Stąd wydaje się wartym zachodu, aby Regulamin Organizacyjny i regulacje związane z zarządzaniem jednostką skorygować o następujące elementy:

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), usunięcie konfliktów i niezgodności;
3. uzupełnienie zakresów czynności o zarządzanie kosztami, przychodami, odpowiedzialność za efekty ekonomiczne działalności komórki;
4. przygotowanie mechanizmów controllingowych obejmujących zarówno planowanie na poziomie głównych komórek organizacyjnych, jak i wdrożenie systemu informacji menedżerskiej, dostosowanego do potrzeb i charakteru działalności szpitalnej;

Włączenie osób kierujących komórkami w świadomy proces zarządzania jest bardzo istotne, ponieważ to te osoby **mają rzeczywisty wpływ na konkretne działania**, wybór metod pracy, w konsekwencji m.in. na ilość i rodzaj używanych materiałów, leków, czyli – koszty oraz przychody w toku realizacji procesów składających się na działalność operacyjną Szpitala.

W praktyce w Szpitalu w Sochaczewie nie funkcjonuje kultura bieżącego, systemowego, kompleksowego używania i wykorzystywania informacji controllingowych do podejmowania decyzji zarządczych, opartych o prospektywne zadaniowanie (budżetowanie) przychodów i kosztów, spodziewane wpływy itp., czyli efektywnego zaangażowania kierowników poszczególnych komórek do zarządzania swoimi odcinkami.



3. Świadczenia medyczne

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.

Analizując realizację świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych nie brano pod uwagę płaconych przez NFZ środków przeznaczonych na refundację skutków wzrostu wynagrodzeń poszczególnych kategorii pracowników szpitala. Środki te nie są zapłatą za realizowane świadczenia medyczne, ani nie są z nimi związane lecz są refundacją regulowanych przez Szpital ustaleń Ministerstwa Zdrowia, uzgodnionych pomiędzy nim a związkami i korporacjami zawodowymi, z tytułu zadekretowanych przez Ministerstwo wzrostów wynagrodzeń w poszczególnych grupach zawodowych.

Okres ostatnich dwóch lat dla całej ochrony zdrowia był naznaczony skutkami pandemii covidowej. Angażowanie części jej struktur w działania o charakterze doraźnym i nadzwyczajnym miało wpływ na wiele wskaźników opisujących parametry procedur medycznych, co utrudnia przeprowadzanie bieżących analiz. Jednak po włączeniu przychodów ze sprzedaży świadczeń covidowych do standardów komórek organizacyjnych daje najbardziej miarodajne analizy.

Tabela 14 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń medycznych w latach 2019 – 2021, w ramach kontraktów z NFZ

Rodzaj świadczenia	2019	2020	2021
świadczenia szpitalne	40 267 478	28 321 961	38 056 502
AOS	5 632 401	5 192 001	6 477 957
Pomoc doraźna (SOR)	5 206 896	5 717 957	6 148 670
POZ i NiŚOZ	2 843 732	3 060 588	3 233 100
świadczenia kosztochłonne (endoskopia i TK)	1 234 468	940 490	1 735 836
Oddział Rehabilitacji Diennej	1 479 162	1 272 880	1 824 395
Pozostałe świadczenia COVID	0	1 669 161	4 530 119
Razem wykonanie świadczeń	56 664 136	46 175 038	62 006 580

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



W 2021 roku Szpital Powiatowy w Sochaczewie sprzedał do NFZ wykonane przez siebie świadczenia medyczne o łącznej wartości **62 mln zł**. Około **61%** udzielanych przez Szpital świadczeń medycznych jest związanych z hospitalizacją i należy do typu leczenia szpitalne. Prawie **26%** świadczeń związanych jest z działalnością ambulatoryjną w skład której wchodzi przede wszystkim poradnie Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej, POZ oraz pomoc doraźna realizowana przez Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz przez Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną. W roku 2021, pomimo trwania pandemii, Szpital odbudowuje swoją sprzedaż po covidowym kryzysie i w ten sposób uzyskał dziesięcioprocentowy wzrost sprzedaży (**9,4%**) w stosunku do okresu z przed pandemii. Wszystkie obszary działalności zanotowały wyraźne wzrosty wartości udzielanych świadczeń poza oddziałami szpitalnymi. Przyczyniła się do tego całkowita likwidacja w 2020 roku Oddziału Psychiatrycznego.

W okresie pandemii, tj. w stosunku do 2019 roku, wzrosła wartość udzielanych świadczeń przez zespół poradni specjalistycznych AOS. Wzrost przekroczył poziom **15%**. Wynik ten należy ocenić bardzo wysoko, tym bardziej, że sprzedaż świadczeń AOS przez cały okres pandemii była w porównaniu do innych szpitali powiatowych na bardzo wysokim poziomie i jej udział w ogólnej sprzedaży świadczeń zdrowotnych Szpitala wynosił powyżej **10%**.

Tabela 15 Udział sprzedaży AOS w ogólnej wartości sprzedaży świadczeń zdrowotnych

Rodzaj świadczenia	2019	2020	2021
Udział świadczeń AOS w całości udzielanych świadczeń przez Szpital w Sochaczewie	9,9%	12,2%	10,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Świadczy to o mocnej pozycji AOS w strukturach Szpitala, co jest istotnym czynnikiem kształtującym sposób postrzegania Szpitala przez pacjentów. Z punktu widzenia budowania nowoczesnego systemu opieki medycznej i poczucia bezpieczeństwa wśród lokalnej społeczności, bardzo ważnym jest funkcjonowanie sprawnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Potwierdzają to także ogólne trendy światowe i polityka NFZ. W nowoczesnej medycynie świadczenia AOS obejmują po części procedury wykonywane dotychczas w ramach opieki szpitalnej. Przez poradnie i pracownie świadczące usługi medyczne w trybie ambulatoryjnym przewija się znacznie więcej (zazwyczaj powyżej 10 razy więcej) pacjentów niż w przypadku hospitalizacji. To oni w znacznym stopniu kształtują opinie i sposób w jaki Szpital jest oceniany w regionie. AOS jest także jednym z narzędzi zarządzania przez Szpital swoim rynkiem usług medycznych.

Nie można tutaj także pominąć utrzymywania na stosunkowo wysokim poziomie wartości sprzedaży świadczeń przez szpitalną rehabilitację. Plusuje ona Szpital na wysokiej pozycji w stosunku do danych benchmarkowych.

3.2. Realizacja świadczeń medycznych w obszarze Podstawowego Zabezpieczenia Szpitalnego

Szpital zawiera z Narodowym Funduszem Zdrowia kontrakty w ramach kilku grup kategorii świadczeń i przedmiotów finansowania ze środków publicznych. Należy do tego przede wszystkim finansowanie świadczeń wykonywanych w ramach sieci Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia, w tym w formie opłaty ryczałtowej oraz rodzajów świadczeń kontraktowanych poza siecią. Dodatkowo kontrakty obejmują refundację kosztów wzrostu



wynagrodzeń wynegocjowanych z Ministrem Zdrowia przez związki korporacyjne pracowników ochrony zdrowia. Łączna wartość zrealizowanych kontraktów wyniosła w 2021 roku prawie **79 mln zł**. W powyższej kwocie sprzedaż świadczeń medycznych stanowiła **79%**, wartość ryczału natomiast wynosiła **30%** całej sumy kontraktów zawartych z NFZ.

W roku 2020 zmalała wartość zawartych i zrealizowanych kontraktów, spadek wyniósł prawie **17%**, co musiało mocno wpłynąć na sytuację finansową Szpitala. W roku 2021 natomiast Szpital odbudował swoją pozycję i uzyskał wzrost wartości kontraktów o **33%**, co daje łączny wzrost w stosunku do okresu z przed pandemii o **11%**. Jest to niestety poziom odbiegający od średniej krajowej. Miała na to wpływ m.in. likwidacja Oddziału Psychiatrycznego.

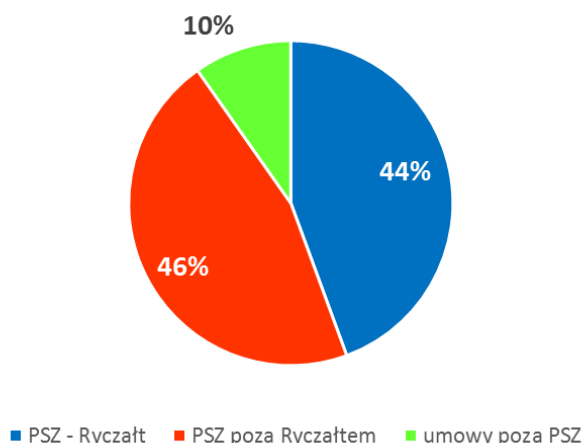
Tabela 16 Zestawienie wysokości kontraktów z NFZ w latach 2019 do 2021

Rodzaj świadczenia	2019	2020	2021
Ryczałt PSZ	29 029 763	20 936 156	23 229 027
Świadczenia w ramach PSZ	15 831 570	17 847 998	23 983 052
Świadczenia poza PSZ	11 802 803	3 816 290	5 113 500
Świadczenia COVID	0	3 574 593	9 681 000
Razem wykonanie świadczeń	56 664 137	46 175 038	62 006 580
Refundacja kosztów wzrostu wynagrodzeń	6 762 974	6 709 345	8 226 101
Dodatek Covid	-	2 769 219	8 629 792
Razem realizacja kontraktów z NFZ	63 427 111	55 653 601	78 862 473

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wartość kontraktów zawartych w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia nieznacznie w czasie pandemii wzrosła i nastąpiło częściowe przesunięcie wartości ryczału na świadczenia pozaryczałtowe. Dotyczy to świadczeń ambulatoryjnych wyjętych w zeszłym roku spod kontraktów zryczałtowanych.

Wykres 13 Udział rodzajów kontraktów w ogólnej wartości sprzedaży świadczeń medycznych w 2021 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W analizowanym okresie największy spadek notują kontrakty zawarte poza podstawowym szpitalnym zabezpieczeniem. Obecnie wynoszą one **10%** realizacji świadczeń. W stosunku do zestawień benchmarkowych, Szpital w Sochaczewie plasuje się na średnim poziomie.

Wpływ świadczeniodawców na wielkość ryczału jest znikomy i uzależniony od szeregu zmiennych. Natomiast pozostałe kontrakty stanowią płaszczyznę, na której Szpital ma szansę budować swoją własną strategię rozwojową i biznesową. Szczególnie faktyczną pozycję na rynku specjalistycznych świadczeń medycznych Szpital ma szansę budować w sferze kontraktów spoza Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia. Ma ku temu korzystne warunki techniczne. **Możliwość wykorzystania pozostałej po Oddziale Psychiatrycznym infrastruktury daje istotne możliwości rozwoju nowych obszarów działalności bez ponoszenia dużych nakładów inwestycyjnych.**

Jednak głównym elementem finansowania szpitali ze środków publicznych jest ryczałt ustalany w ramach sieci podstawowego szpitalnego zabezpieczenia. Rozliczanie świadczeń w ramach ryczału opiera się na odmiennych zasadach niż pozostałych kontraktów. Jest on stałym składnikiem wynagrodzenia szpitala, w mniejszym stopniu zależnym od wielkości udzielonych świadczeń. Na ustalenie ryczału na następny rok ma jednak znaczący wpływ stopień jego realizacji w latach poprzednich. Skala tzw. tolerancji przez NFZ stopnia wykonania ryczału ogranicza się do przedziału od 98% do 102%. Oznacza to, że wykonanie w stopniu zakreślonym tym przedziałem w zasadzie nie ma wpływu na ustalenie wysokości ryczału na następny okres rozliczeniowy. Wykonanie poniżej 98% może skutkować zmniejszeniem finansowania Szpitala przez NFZ. Realizacja świadczeń ustalonych ryczałtowymi ramami jest ponad to znaczącym barometrem do oceny zarządzania realizacją kontraktów. Poniżej przedstawiono zestawienie ustalonych limitów oraz ich wykonanie przez Szpital w latach 2019 do 2021.

Tabela 17 Realizacja ryczału w ramach PSZ w latach 2019, 2020 i 2021

Rodzaj świadczenia	2019	2020	2021
PSZ - Ryczałt	29 507 366	29 239 001	24 182 001
Wykonanie	29 029 763	20 936 156	23 229 027
% wykonania ryczału	98,4%	71,6%	96,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wynik roku 2019 pozwala przypuszczać, że Szpital w pełni kontrolował zarządzanie realizacją kontraktów. Okres pandemii jako czas stosowania doraźnych rozwiązań zaburzył stosowanie przez NFZ normalnej logiki stosowania kontraktowania ryczałtowego, lecz nie podjęto jeszcze ostatecznych decyzji jak mają być ostatecznie potraktowane rozliczenia ryczałtowe ze szpitalami. Tak więc niewykonanie bliskie **30%**, jakie miało miejsce w roku 2020, może stanowić zagrożenie dla realizacji prowadzonej przez Szpital polityki sprzedażowej. **Wyniki roku 2021 wskazują, że Szpital jeszcze nie odzyskał pełnej kontroli nad realizacją kontraktów realizowanych przez oddziały szpitalne. Wydaje się, że będzie to jedno z najważniejszych zadań Dyrekcji na bieżący rok.**



3.3. Aktywność oddziałów i poradni szpitalnych w sprzedaży świadczeń medycznych

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 pracownice 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 ryczału oraz wynikające z umów zawartych poza ryczałem, w tym także świadczenia covidowe.

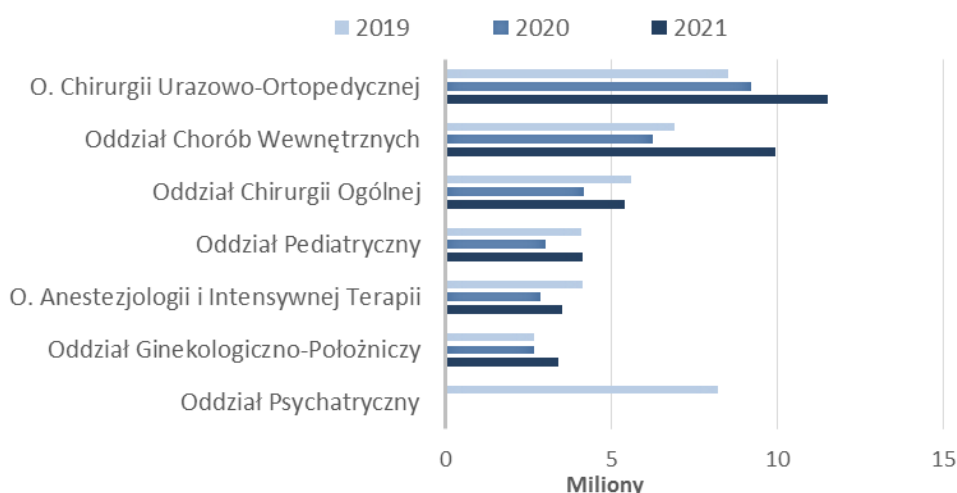
Tabela 18 Udzielanie świadczeń przez oddziały szpitalne w latach 2019 – 2021

Leczenie szpitalne	2019	2020	2021
O. Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	8 519 103	9 235 799	11 552 463
Oddział Chorób Wewnętrznych	6 911 136	6 270 165	9 970 907
Oddział Chirurgii Ogólnej	5 631 466	4 204 295	5 432 434
Oddział Pediatriczny	4 117 892	3 025 848	4 134 146
O. Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4 153 804	2 892 962	3 528 228
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	2 703 532	2 692 893	3 438 325
Oddział Psychiatryczny	8 230 545	0	0
Razem Leczenie szpitalne	40 267 478	28 321 961	38 056 502

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Największe wzrost sprzedaży świadczeń w analizowanym okresie notowały oddziały Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (**36%**) oraz Wewnętrzno-Kardiologiczny (**44%**). Jakkolwiek wzrost sprzedaży Oddziału Wewnętrznego może wynikać m.in. także z prowadzonych usług związanych z pandemią, to wynik uzyskany przez ortopedów może budzić uznanie.

Wykres 14 Wartość sprzedaży świadczeń medycznych przez oddziały szpitalne



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Niewątpliwie można uznać, że Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej ze swoją sprzedażą przekraczającą **11,6 mln zł** rocznie stał się w ostatnich latach wizytówką Szpitala. Stosunkowo w dobrej pozycji pod względem utrzymania poziomu przychodów przetrwał także Oddział Ginekologiczny z Pododdziałem Położniczym. Uzyskał on w ciągu ostatnich dwóch lat wzrost wartości udzielanych świadczeń o **27%** lecz nadal pozostaje najmniejszym oddziałem w Szpitalu. W tym czasie pewne oznaki stagnacji wykazuje aktywność oddziałów Chirurgii Ogólnej i Pediatrii.

Generalnie należy ocenić, że poziom świadczeń hospitalizacyjnych w okresie pandemii został utrzymany na dobrym poziomie, a większość oddziałów zanotowało nawet wyraźne wzrosty sprzedaży. Z pominięciem zlikwidowanego Oddziału Psychiatrycznego, wielkość sprzedaży świadczeń medycznych w zakresie hospitalizacji zwiększyła się w analizowanym okresie o prawie **19%**.

Tabela 19 Wykonanie świadczeń medycznych udzielonych przez poradnie AOS

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2019	2020	2021	dynamika
Poradnia Zdrowia Psychicznego	670 183	1 200 028	1 202 704	
Poradnia Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej	801 525	904 132	1 110 947	
Leczenie stomatologiczne	652 149	364 363	565 036	
Poradnia Ginekologiczno - Położnicza	392 387	345 260	507 848	
Poradnia Onkologiczna	462 842	342 345	471 375	
Poradnia Endokrynologiczna	331 945	371 006	407 011	
Poradnia Chirurgii Ogólnej	354 593	279 283	370 935	
Poradnia Neurologiczna	443 119	233 435	295 403	
Poradnia Kardiologiczna	226 205	202 465	259 178	
Poradnia Urologiczna	148 982	16 118	244 346	
Poradnia Leczenia Uzależnień	166 730	168 118	230 977	
Poradnia Reumatologiczna	192 200	164 898	202 693	
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	144 637	125 549	193 028	
Poradnia Chirurgii Przewodu Pokarmowego	213 507	148 123	179 922	
Poradnia Chorób Płuc	239 338	174 985	118 955	
Poradnia Kardiologii Dziecięcej	87 197	61 622	68 162	
Poradnia Neonatologiczna	32 080	20 676	22 820	
Poradnia Diabetologiczna	70 872	64 702	18 809	
Poradnia Pediatryczna	1 911	4 193	5 917	
Razem AOS	5 632 401	5 191 301	6 476 066	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

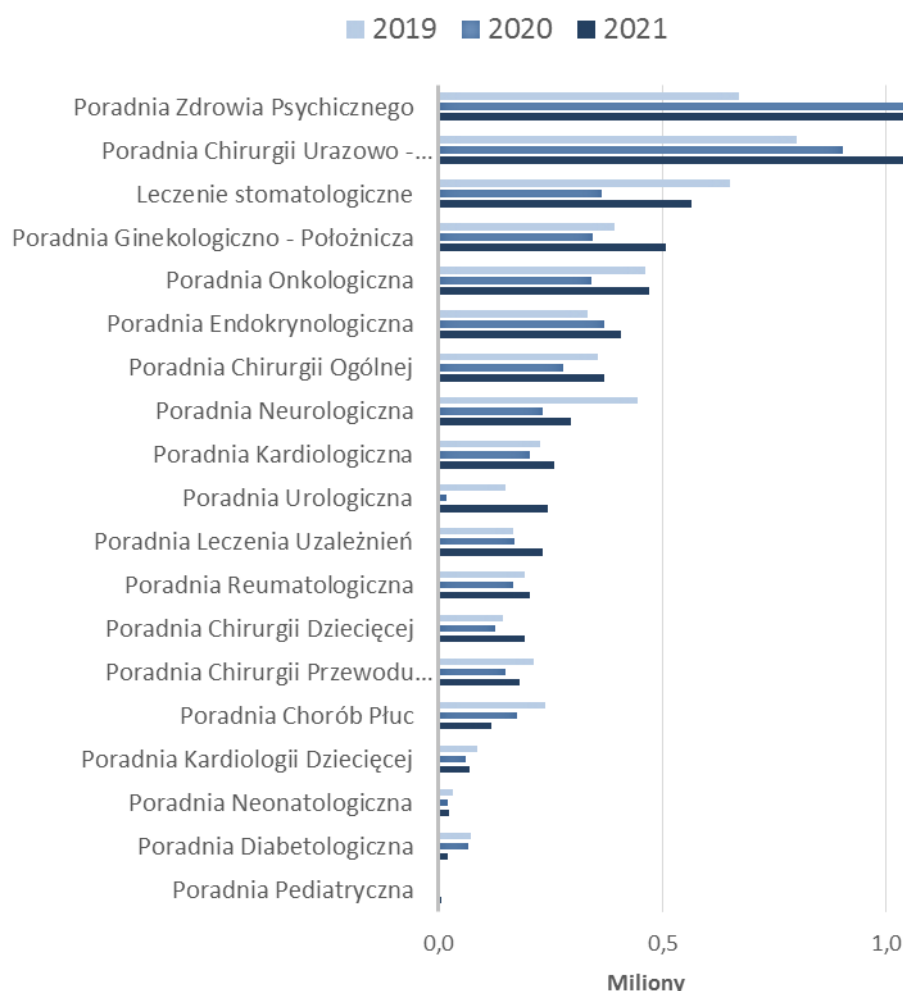
Analizując realizację umów na świadczenia zdrowotne zawartych przez Szpital z NFZ należy łącznie brać także pod uwagę wyniki działalności poradni specjalistycznych. Idea sieci Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia przewiduje bowiem, że obok oddziałów szpitalnych, szpital realizuje również analogiczne 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.

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 2019 do 2021 wyniósł **15%**. Główny udział we wzroście (powyżej **71%**) miały poradnie związane ze zdrowiem psychicznym i leczeniem uzależnień. Ich sprzedaż przekracza **22%** sprzedaży pozostałych osiemnastu poradni. Te które notowały w tym okresie największe wzrosty sprzedaży to Poradnia Urologiczna (**64%**), Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (**38%**) oraz Chirurgii Dziecięcej (**33%**). Pozytywną dynamikę uzyskała także Poradnia Ginekologiczno-Położnicza (**29%**), co od razu przełożyło się na wzrost sprzedaży Oddziału.

Wykres 15 Dynamika zmian sprzedaży świadczeń medycznych przez poradnie AOS



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Największe spadki natomiast cechują poradnie Diabetologiczną (**74%**), Chorób Płuc (**50%**) oraz Neurologiczną (**33%**). Można przypuszczać, że personel tych poradni był szczególnie



zaangażowany w procedury związane z pandemią i teraz będzie miał możliwość odbudowy swojej pozycji.

Generalnie należy stwierdzić, że oferta zespołu poradni specjalistycznych przedkładana przez Szpital swoim pacjentom jest szeroka i przekracza zakres przeciętnego szpitala powiatowego. Udział porad ambulatoryjnych w udzielonych ogółem świadczeniach wyniósł w 2021 roku ponad **10%**. Jest to dobry wynik i wskazuje na wysoką zdolność Szpitala do budowania właściwych relacji z całą populacją pacjentów. **Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna jest mocnym atutem Szpitala powiatowego w Sochaczewie** i daje nadzieję na dalsze umacnianie pozycji Szpitala na rynku usług medycznych. Stąd rekomendujemy Dyrekcji sprawowanie szczególnej pieczy nad strukturami organizacyjnymi AOS i ich sprawnością w zarządzaniu sprzedażą świadczeń.

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.

3.4. Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych

Poniżej przeanalizowano aktywność rynkową szpitala na rynku tzw. komercyjnym, czyli poza kontraktowaniem z NFZ. Sprzedaż ta prowadzona jest głównie przez zakłady i pracownie diagnostyczne, pracownie rehabilitacji, ale także przez poradnie i oddziały szpitalne. Sprzedaż usług dla podmiotów zewnętrznych zasadniczo wykonywana jest przez nie jako działalność dodatkowa.

Tabela 20 Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych

Komórka	2019	2020	2021
Pracownie RTG	473 613	302 907	622 277
Pracownia RM	-	93 075	313 475
Pracownia CT	26 580	61 476	150 307
Pracownia USG	74 770	51 120	84 870
Szpitalny Oddział Ratunkowy	39 360	47 255	53 640
Oddział Rehabilitacji Diennej	32 907	24 790	24 000
Oddziały szpitalne	17 136	24 233	18 937
Pracownia Mammografii	4 765	7 535	13 145
Pracownia EEG	7 325	7 185	12 190
Pozostałe	15 301	9 402	7 235
Ogółem	691 757	628 978	1 300 077

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Roczny przychód z pozostałej sprzedaży usług medycznych wynosi **1,3 mln zł**. Przeszło **90%** tej sprzedaży realizują pracownie i zakłady diagnostyki obrazowej. Wielkość tej sprzedaży, w porównaniu z podobnymi szpitalami powiatowymi, należy do wyróżniających



się. 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 własnych badań 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 bazy diagnostycznej, którą dysponuje Szpital. Innym źródłem przychodów są osoby fizyczne zlecające badania bezpośrednio lub poprzez swoje zakłady pracy.

Tabela 21 Sprzedaż świadczeń komercyjnych wg segmentów klientów

Segment rynku	2019	2020	2021
podmioty medyczne	526 502	341 157	685 830
osoby fizyczne	122 728	239 819	559 799
pozostałe	42 527	48 002	54 448
Ogółem	691 757	628 978	1 300 077

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Bardzo pozytywnym zjawiskiem jest tu gwałtowny wzrost sprzedaży usług medycznych osobom fizycznym. W ciągu ostatnich dwóch lat zwiększył się czterokrotnie. Duże zasługi w tym względzie wniosło uruchomienie Pracowni Rezonansu Magnetycznego i aktywizacja Pracowni Tomografii Komputerowej.

Pomimo, że wartość sprzedawanych komercyjnie usług medycznych plasuje Szpital w Sochaczewie w górnych rejonach rankingu szpitali powiatowych, to dostrzega się rezerwy i szanse, które, jak się wydaje, nie są jeszcze w pełni wykorzystane. Wciąż małą aktywnością na rynku osób fizycznych charakteryzuje się Pracownia USG sprzedając swoje usługi praktycznie tylko dla innych podmiotów medycznych. Rezerwy dostrzega się także w potencjale szpitalnej rehabilitacji – tu jak wnika z audytu jest zainteresowanie i pacjentów i personelu, potrzebne są tylko stosowne uzgodnienia z Dyrekcją, dające pracownikom możliwość „dorobienia”.

Tabela 22 Największe uzyskane wzrosty sprzedaży komercyjnych usług medycznych

Komórka	2019	2020	2021
na rynku osób fizycznych			
Pracownia RM	-	93 075	313 475
Pracownia CT	26 580	61 276	150 307
Ogółem	26 580	154 351	463 782
na rynku podmiotów medycznych			
Pracownie RTG	440 168	279 382	582 605
Pracownia USG	74 380	51 060	84 805
Pracownia Mammografii	4 050	6 820	11 000
Ogółem	518 598	337 262	678 410

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



W celu stworzenia możliwości podnoszenia efektywności sprzedaży komercyjnej usług medycznych rekomenduje się Dyrekcji prowadzenie działań mających na celu wzmocnienie struktur zarządczych zajmujących się sprzedażą usług medycznych i ukierunkowanie ich aktywności na zwiększenie obecności Szpitala na tym rynku. 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 Powiatowego w Sochaczewie 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

Szpital Powiatowy w Sochaczewie świadczy usługi medyczne w zakresie opieki krótko i długoterminowego leczenia zamkniętego, pomocy doraźnej stacjonarnej i wyjazdowej, diagnostyki, ambulatoryjnych porad specjalistycznych, rehabilitacji oraz stomatologii dla około 85 000 mieszkańców powiatu sochaczewskiego.

Poniżej zestawienie z decyzji Wojewody Mazowieckiego ws. obowiązku utworzenia łóżek dla pacjentów COVID-owych w Szpitalu w Sochaczewie.

Tabela 23 Zestawienie z decyzji Wojewody Mazowieckiego ws. obowiązku utworzenia łóżek dla pacjentów COVID-owych w Szpitalu w Sochaczewie

Lp.	Data decyzji	okres obowiązywania		Liczba łóżek	Uwagi
		od	do		
1.	03.09.2020	15.09.2020	odwołania	20	20 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2
2.	14.09.2020	15.09.2020	odwołania	5	5 łóżek dla pacjentów z podejrzeniem zakażenia SARS-CoV-2
3.	05.10.2020	05.10.2020	odwołania	23	23 łóżek wydzielonych z Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego, dla pacjentów z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem SARS CoV 2, w tym 2 łóżek intensywnej terapii
4.	07.10.2020	07.10.2020	odwołania	23	23 łóżek wydzielonych z Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego, dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS CoV 2, w tym 2 łóżek intensywnej terapii
5.	13.10.2020	07.10.2020	odwołania	23	23 łóżek wydzielonych z Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego, dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS CoV 2, w tym 2 łóżek intensywnej terapii- nadanie ostatecznego brzmienia poleceniu
6.	13.10.2020	13.10.2020	odwołania	25	25 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 23 łóżek wydzielonych z Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego i 2 łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
7.	15.03.2021	13.10.2020	14.03.2021	25	25 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 23 łóżek wydzielonych z Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego i 2 łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
		15.03.2021	odwołania	40	40 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 38 łóżek wydzielonych z Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego i 2 łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
8.	18.03.2021	15.03.2021	21.03.2021	40	40 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 38 łóżek wydzielonych z Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego i 2 łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii
		22.03.2021	odwołania	80	80 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 5 łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.
9.	24.03.2021	22.03.2021	25.03.2021	80	80 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 5 łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej
		26.03.2021	odwołania	100	100 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 5 łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej.



Lp.	Data decyzji	okres obowiązywania		Liczba łóżek	Uwagi
		od	do		
10.	23.04.2021	26.03.2021	25.04.2021	100	100 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 5 łóżek intensywnej terapii, z kardiomonitorem oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej
		26.04.2021	odwołania	53	łóżek dla osób z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz 50 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 5 łóżek respiratorowych z dostępem do kardiomonitora oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej
11.	12.05.2021	26.04.2021	13.05.2021	53	3 łóżek dla osób z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz 50 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 5 łóżek respiratorowych z dostępem do kardiomonitora oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej
		14.05.2021	odwołania	28	3 łóżek dla osób z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz 25 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 3 łóżek respiratorowych z dostępem do kardiomonitora oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej
12.	20.05.2021	14.05.2021	31.05.2021	28	łóżek dla osób z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2 oraz 25 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 3 łóżek respiratorowych z dostępem do kardiomonitora oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej, przeznaczonych od dnia 21 maja 2021 r. do dalszego leczenia obecnie hospitalizowanych pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2
		01.06.2021	odwołania	3	3 łóżek dla osób z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2
13.	25.11.2021	01.06.2021	24.11.2021	3	3 łóżek dla osób z podejrzeniem zakażenia wirusem SARS-CoV-2
		25.11.2021	27.11.2021	3	3 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 3 łóżek respiratorowych z dostępem do kardiomonitora oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej
		28.11.2021	odwołania	25	25 łóżek dla pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2, w tym 3 łóżek respiratorowych z dostępem do kardiomonitora oraz możliwością prowadzenia tlenoterapii i wentylacji mechanicznej
14.	08.03.2022	X	16.03.2022	x	uchylenie powyższych decyzji w całości, Szpital, ze względu na dużą liczbę pacjentów, złożył odwołanie od decyzji
15.	17.03.2022	X	31.03.2022	x	ostateczne uchylenie powyższych decyzji Wojewody

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

4.1. Lecznictwo stacjonarne i pomoc doraźna

LECZNICTWO STACJONARNE

1. Oddział Chirurgii Ogólnej

W Oddziale Chirurgii Ogólnej wykonuje się szeroki wachlarz zabiegów operacyjnych – w zakresie chirurgii ogólnej: zabiegi w obrębie przewodu pokarmowego (żołądka, jelit), kamicy żółciowej z wykorzystaniem laparoskopu, z zakresu chirurgii chorób sutka, operacje żyłaków kończyn dolnych z wykorzystaniem krio, operacje przepuklin z zastosowaniem siatek, operacje tarczycy oraz innego rodzaju zabiegi w sytuacjach nagłych – obrażenia wielonarządowe. W oddziale realizowane są procedury ECPW (Endoskopowa Cholangiopankreatografia Wsteczna) – diagnostyki i bezoperacyjnego leczenia pacjentów z chorobami dróg żółciowych i trzustki. Realizowane są też zabiegi bariatryczne – wykonuje je najmłodszy lekarz z zespołu, wychowanek tego oddziału.



Oddział liczy 19 łóżek.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęściej na oddziale leczone były:

- Ostre zapalenie trzustki – 8,9%,
- Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii – 8,6%,
- Jednostronna lub nieokreślona przepuklina pachwinowa bez niedrożności lub zgorzeli – 7,6%,
- Żyłaki kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia – 6,0%,
- Kamica pęcherzyka żółciowego bez zapalenia pęcherzyka żółciowego – 6,0%,
- Kamica pęcherzyka żółciowego z innym zapaleniem pęcherzyka żółciowego – 4,3%,
- Kamica przewodu żółciowego bez zapalenia pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych – 3,3%.

Oddział wypada słabo na tle innych – mało operuje. Widoczny też jest konflikt z ortopedią – tłem jest utrudniony zdaniem ordynatora dostęp do sal operacyjnych. Oddział wymaga odświeżenia kadry – potrzebna jest świeża krew, która nada tempa i kierunku rozwoju. Oddział wymaga remontu. Wskazane byłoby większe wykorzystanie atutu Oddziału – możliwość realizacji zabiegów bariatrycznych.

2. Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej

W Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wykonywane jest spektrum zabiegów w zakresie chirurgii układu kostno-mięśniowego: zabiegi zespołów z użyciem tradycyjnie stosowanych zespołów płytkowych, gwoździ śródszpikowych stabilizowanych, stabilizatorów zewnątrznych, a także zabiegów wszczepiania endoprotez stawów biodrowych, kolanowych.

Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej prowadzi:

- leczenie operacyjne i nieoperacyjne chorych pourazowych w zakresie urazów narządu ruchu,
- leczenie w zakresie ortopedii operacyjnej (endoprotezoplastyka biodra i kolana oraz osteotomia, a także operacyjne leczenie w zakresie tkanek miękkich), • leczenie obrażeń wielonarządowych i wielomiejscowych w obrębie narządu ruchu,
- leczenie powikłań pourazowych uszkodzeń narządu ruchu,
- profilaktykę przeciwzakrzepową oraz antybiotykoterapię,

Oddział liczy 33 łóżka.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęściej na oddziale leczone było:

- Zespół cieśni nadgarstka – 12,2%,
- Inne uszkodzenia łąkotki – 8,1%,
- Nerwoból [neuralgia] i zapalenie nerwów, nieokreślone – 6,6%,
- Inne pierwotne gonartrozy – 5,1%,
- Inne pierwotne koksartrozy – 4,9%,
- Pierwotna obustronna gonartroza – 4,1%,
- Zabiegi niewykonane z powodu przeciwwskazań – 3,8%.



Oddział wyróżnia się wysoką jakością opieki oraz wysoko wykwalifikowaną, doświadczoną i chętną załogą lekarską i pielęgniarską. Oddział prężnie działa i cieszy się dobrą renomą. Oddział zlokalizowany w dwóch lokalizacjach – zaleca się zorganizowanie oddziału na 1 piętrze.

3. Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny

W Oddziale hospitalizowani są pacjenci bez ustalonego wstępnie rozpoznania oraz pacjenci z przewlekłymi i powikłanymi chorobami wielu narządów. Najczęściej są to: choroba niedokrwienna serca, zawał mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze, niedokrwienie mózgu wraz z udarem, przewlekła obturacyjna choroba płuc, cukrzyca, choroby przewodu pokarmowego.

Oddział liczy 59 łóżek, w tym 4 łóżka intensywnego nadzoru kardiologicznego.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęściej na oddziale leczona była:

- Niewydolność serca, nieokreślona – 19,8%,
- COVID-19, wirus zidentyfikowany – 16,5%,
- Zapalenie płuc wywołane innymi bakteriami – 6,8%,
- Ostra niewydolność nerek, nieokreślona – 5,6%,
- Niewydolność serca zastoinowa – 3,3%,
- Nieokreślona niedokrwistość – 3,1%,
- Niewydolność serca lewokomorowa – 3,1%,
- Inne określone zaburzenia układu moczowego – 3,1%.

Oddział charakteryzuje się wysoką jakością opieki oraz wysoko wykwalifikowanym i stale podnoszącym swoje kwalifikacje zespołem lekarskim i pielęgniarskim. Oddział wyposażony jest w wysokiej jakości klasy aparaturę medyczną. Problemem jaki pojawia się na oddziale są złe warunki bytowe – sale bez węzłów sanitarnych połatana podłoga, wąskie futryny – z podcięciami na wysokość łóżek szpitalnych bokami, by te mieściły w otworach drzwi sal.

4. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Oddział posiada drugi poziom referencyjności, jak i również akredytację na prowadzenie specjalizacji.

Personel oddziału świadczy całodobowo pełny zakres znieczuleń do zabiegów ostrych i planowych z zakresu chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii, ginekologii i położnictwa, chirurgii endoskopowej oraz znieczuleń do elektrowstrząsów i drobnych zabiegów w SOR.

Prowadzi również terapię p-bólową u wszystkich chorych poddanych zabiegom operacyjnym oraz konsultacje polegające na przygotowaniu chorego do nagłych i planowych zabiegów, jak również zajmuje się reanimacją i interwencjami w stanach zagrożenia życia na terenie całego szpitala.

Oddział liczy 8 łóżek.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęstsze przypadki leczone w oddziale to:



- COVID-19, wirus zidentyfikowany – 17,4%,
- Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc – 10,9%,
- Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona – 6,5%,
- Inne postacie zatkania jelita – 6,5%,
- Posocznica, nieokreślona – 4,3%,
- Uogólniona i nieokreślona miażdżycy – 4,3%,
- Urazowy krwotok podtwardówkowy – 4,3%.

Oddział charakteryzuje się wykwalifikowanym i doświadczonym personelem medycznym, wyposażeniem w nowoczesny sprzęt oraz dobrą współpracą z Blokiem Operacyjnym.

5. Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Oddział Ginekologiczno-Położniczy dysponuje 8 łózkami ginekologicznymi i 8 łózkami położniczymi w systemie rooming-in, które znajdują się w salach 1-, 2 osobowych i sale 3-osobowe z oddzielnymi węzłami sanitarnymi. W Oddziale wyodrębniony jest oddzielny blok porodowy i sala I-go okresu porodu. W skład bloku porodowego wchodzi sala operacyjna do cięć cesarskich i 3 sale porodowe. Każda z sal jest przystosowana do odbywania porodów rodzinnych w kameralnych warunkach. Prowadzony jest pełen monitoring ciąży (USG, KTG przed- i śródpodrodowe, amnioskop).

W oddziale ginekologicznym przebywają pacjentki ze schorzeniami kobiecego narządu rodowego, gdzie prowadzone jest leczenie zachowawcze i operacyjne, przy czym wykonywany jest pełen profil operacji ginekologicznych oraz uro-ginekologicznych w przypadkach ostrych oraz planowanych.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęściej na oddziale wykonywany był:

- Poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym – 22,4%,
- Polip trzonu macicy – 11,1%,
- Poród przez cięcie cesarskie z wyboru (planowany) – 7,0%,
- Poród przez cięcie cesarskie ze wskazań nagłych – 5,4%,
- Ból w okolicy miednicy i krocza – 5,2%,
- Nieprawidłowe krwawienia maciczne i pochwowe, nie określone – 4,3%,
- Poronienie chybione – 4,3%,
- Ból zlokalizowany w innych okolicach podbrzusza – 3,6%.

Liczba porodów

W latach 2019-2021 oraz w okresie od stycznia do lutego 2022 roku liczba porodów w sochaczewskim Szpitalu kształtowała się na zmiennym poziomie, co przedstawione zostało w tabeli poniżej.



Tabela 24 Liczba porodów i cięć cesarskich w Szpitalu w Sochaczewie w latach 2019-2021 oraz w okresie I-II 2022 roku

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	I-II 2022
zwykłe - drogą naturalną	379	352	310	36
cesarskie cięcia	169	205	221	34
przy użyciu próżniociągu/kleszczy	19	24	11	1
poród w domu	0	0	1	1
Porody razem	567	581	543	72
Średniomiesięcznie	47	48	45	36
Odsetek cięć cesarskich	30%	35%	41%	47%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W analizowanym okresie najwięcej porodów w Szpitalu w Sochaczewie odbyło się w roku 2020. W kolejnym roku rodziło się średnio w miesiącu o 3 dzieci mniej. W okresie od stycznia do lutego 2022 roku nastąpił gwałtowny spadek liczby porodów do 36 w miesiącu, czyli o 9 mniej dzieci miesięcznie niż w roku poprzednim. Odsetek cięć cesarskich wzrósł z poziomu 30% do aż 47%.

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia odsetek cięć cesarskich nie powinien przekraczać 15% liczby wszystkich porodów w danym roku. W sochaczewskim Szpitalu, w całym analizowanym okresie poziom wykonanych cięć cesarskich przekroczył trzykrotnie odsetek operacji rekomendowany przez WHO.

Ogólnopolskie wskaźniki odsetka cięć cesarskich w ostatnich latach odnotowują stały ich wzrost, z poziomu 34,0% w roku 2010 do poziomu 44,8% w roku 2020. Z kolei w województwie mazowiecki wskaźnik w roku 2020 wyniósł 42%.

Oddział posiada wykształcony i doświadczony zespół lekarski i położniczy. Dobrym krokiem było stworzenie gabinetu zabiegowego na oddziale, co dało możliwość wykonywania drobnych procedur operacyjnych bez konieczności angażowania Bloku Operacyjnego. Minusem, że pacjentki z Oddziału nie korzystają ze znieczuleń zewnątrzoponowych przy porodach. Zagrożeniem dla Oddziału jest malejąca liczba porodów

6. Oddział Pediatryczny z Pododdziałem Neonatologicznym

Oddział Pediatryczny wraz z Pododdziałem Neonatologicznym otrzymały tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku” przyznany przez WHO i UNICEF. Oddział oferuje pełen zakres badań diagnostycznych i leczenia dzieci w wieku od 0-18 roku życia w zakresie I poziomu referencji. Zapewnia również konsultacje specjalistyczne z zakresu innych dziedzin medycyny: chirurgii dziecięcej, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej, psychologii dziecięcej, laryngologii, okulistyki i dermatologii.

Oddział Pediatryczny liczy 28 łóżek, zaś Pododdział Neonatologiczny 8 łóżek.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęściej w Oddziale Pediatrycznym leczone było:



- Zapalenie płuc wywołane wirusem RS – 10,9%,
- Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu – 10,0%,
- Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli – 8,8%,
- Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami – 8,2%,
- Ostre zapalenie oskrzelików wywołane wirusem RS – 3,3%,
- Omdlenie i zapaść – 3,3%.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęściej w Pododdziale Neonatologicznym leczone były:

- Pojedynczo urodzone w szpitalu – 81,2%
- Żółtaczka noworodków, nieokreślona – 5,0%
- Zakażenie swoiste dla okresu okołoporodowego, nieokreślone – 3,7%
- Stan płodu i noworodka spowodowany zastosowaniem próżniociągu – 1,4%
- Inne przypadki wcześniactwa – 1,4%.

Oddział Pediatryczny to typowy powiatowy oddział, bez konkretnej specjalizacji. Oddział wymaga remontu – sale bez węzłów sanitarnych. Pododdział Neonatologiczny jest zagrożony z powodu małej ilości porodów.

7. Oddział Rehabilitacji Diennej

Oddział Rehabilitacji Diennej udziela świadczeń polegających na kompleksowej rehabilitacji wielonarządowej, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji ze wskazań ortopedycznych (po urazach, po zabiegach operacyjnych, w przypadkach schorzeń przewlekłych), neurologicznych, reumatologicznych, onkologicznych.

W ramach świadczeń wykonywane są: kompleksowa rehabilitacja - fizjoterapia, badania diagnostyczne oraz świadczenia towarzyszące. Czas trwania rehabilitacji ogólnoustrojowej w oddziale dziennym wynosi od 3 do 6 tygodni, przez 5 dni w tygodniu, nie mniej niż 5 zabiegów dziennie u każdego pacjenta.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęściej na oddziale leczony był:

- Inne choroby krążka międzykręgowego – 23,4%
- Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa – 13,1%
- Zwyrodnienia wielostawowe – 11,2%
- Następstwa chorób naczyń mózgowych – 5,4%
- Choroby kręgów szyjnych – 5,0%
- Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych – 3,4%
- Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych [Koksartroza] – 3,3%.



POMOC DORAŻNA

A. SOR

Szpitalny Oddział Ratunkowy jest komórką szpitala, która ma za zadanie udzielanie świadczeń zdrowotnych całodobowo osobom dorosłym i dzieciom w stanie nagłego zachorowania lub zagrożenia życia, a w szczególności w razie wypadku, urazu lub zatrucia.

Oddział dokonuje zabezpieczenia medycznego pacjentów przed przyjęciem ich do oddziałów szpitalnych oraz organizuje transport do innych zakładów opieki zdrowotnej w razie konieczności leczenia specjalistycznego.

Wg klasyfikacji ICD-10 w roku 2021 najczęściej w SOR leczone było:

- Ból w okolicy brzucha i miednicy – 2,9%
- Powierzchnowy uraz nadgarstka i ręki – 2,8%
- Migotanie i trzepotanie przedsionków – 2,8%
- Powierzchnowy uraz stawu skokowego i stopy – 2,7%
- COVID-19, wirus zidentyfikowany – 2,6%
- Ból w gardle i w klatce piersiowej – 2,2%
- Otwarta rana nadgarstka i ręki – 2,2%
- Powierzchnowy uraz głowy – 2,2%
- Otwarta rana głowy – 2,1%
- Omdlenie i zapaść – 2,0%

Tabela 25 Zestawienie liczby pacjentów obsługiwanych na SOR w Szpitalu w Sochaczewie w okresie 2019 – II 2022

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	I-II 2022
SOR	18 097	12 432	13 556	1 918
średniomiesięcznie	1508	1036	1130	959
średniodziennie	50	35	38	32

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W latach 2019 – 2022 liczba pacjentów obsługiwanych na SOR w Szpitalu w Sochaczewie malała. W 2019 roku liczba ta wynosiła ponad 18 tys. (50 osób dziennie). W pierwszych dwóch miesiącach roku 2022 było to ok. 32 pacjentów średnio dziennie.

B. 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 26 Zestawienie liczby pacjentów obsługiwanych w Nocnej i Świątecznej Opiece Medycznej w Szpitalu w Sochaczewie w okresie 2019 – II 2022

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	I-II 2022
NiŚOZ dorośli	6 973	5 931	6 262	886
średniomiesięcznie	581	494	522	443
NiŚOZ dzieci	4 481	1 842	2 074	289
średniomiesięcznie	373	154	173	145

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W latach 2019 – II 2022 liczba pacjentów obsługiwanych w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej w Szpitalu w Sochaczewie wahała się. Ostatecznie była dużo niższa niż w roku bazowym. Wpływa na to poniekąd ma pandemia COVID-19.

Szpital w Sochaczewie posiada standardową ofertę leczenia szpitalnego szpitala powiatowego. Jednostkę na tle podobnych placówek wyróżnia m.in. Oddział Urazowo-Ortopedyczny. 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 oferty usług oddziałów z ofertą poradni specjalistycznych.

LECZNICTWO STACJONARNE – STATYSTYKA MEDYCZNA

Przeprowadzona analiza wskaźników medycznych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie obejmuje lata 2019 – II 2022 roku.

Tabela 27 Liczba łóżek na oddziałach szpitalnych

Oddział szpitalny	2019	2020	2021	I-II 2022
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	73	73	59	59
Oddział Chirurgii Ogólnej	19	19	19	19
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	19	19	33	33
Oddział Pediatryczny	17	17	17	17
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	położnictwo	8	8	8
	ginekologia	8	8	8
Oddział Psychiatryczny I	46	0	0	0
Oddział Psychiatryczny II	63	0	0	0
Pododdział Detoksykacji	17	0	0	0
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	8	8	8	8
Ogółem	278	152	152	152
Pododdział Neonatologiczny	8	8	8	8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



W analizowanym okresie liczba łóżek zarejestrowanych w Szpitalu zmalała. W roku 2019 Szpital liczył 278 łóżek (liczba bez SOR). Od roku 2020 liczba łóżek została zmniejszona do poziomu 152. W tym czasie zlikwidowano Oddział Psychiatryczny I i II oraz Pododdział Detoksykacji. W roku 2021 na Oddziale Chorób Wewnętrznych liczba łóżek spadła o 14 łóżek, zaś na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym wzrosła o 14 łóżek.

Tabela 28 Procentowy wskaźnik wykorzystania łóżek

Oddział szpitalny		2019	2020	2021	I-II 2022
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny		75,5%	48,8%	78,8%	77,1%
Oddział Chirurgii Ogólnej		72,3%	54,8%	63,9%	55,4%
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej		92,9%	91,0%	70,5%	69,0%
Oddział Pediatryczny		73,9%	41,2%	57,8%	46,1%
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	położnictwo	78,0%	68,2%	64,3%	44,3%
	ginekologia	57,0%	43,1%	53,7%	54,9%
Oddział Psychiatryczny I		76,1%	-	-	-
Oddział Psychiatryczny II		75,4%	-	-	-
Pododdział Detoksykacji		174,4%	-	-	-
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii		70,4%	50,7%	56,4%	62,7%
Ogółem		81,9%	54,8%	69,5%	65,5%
Pododdział Neonatologiczny		68,4%	58,7%	54,1%	37,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W badanym okresie wskaźnik wykorzystania łóżek wahał się. Najwyższy był w roku 2019. Negatywny wpływ pandemii w roku 2020 najbardziej widoczny był na Oddziale Pediatrycznym oraz Wewnętrzno-Kardiologicznym – tutaj spadek wskaźnika był najwyższy. Na Oddziale Pediatrycznym wskaźnik nie wrócił do poziomu sprzed pandemii. Z kolei na Wewnętrzno-Kardiologicznym wzrósł, ale za sprawą obniżenia liczby łóżek na oddziale. Warto zwrócić uwagę na Oddział Urazowo-Ortopedyczny, który notuje dosyć wysokie wskaźniki obłożenia łóżek, które wydają się niższe ale trzeba mieć na uwadze, że wzrosła liczba łóżek na oddziale. Słabo wypada Oddział Chirurgiczny oraz Ginekologiczny. Podkreślamy, że utrzymanie wysokiej liczby łóżek pociąga za sobą konsekwencje w zakresie obowiązków zabezpieczenia na wszystkie łóżka (nawet niepracujące) etatów pielęgniarskich.

Tabela 29 Liczba leczonych

Oddział szpitalny		2019	2020	2021	I-II 2022
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny		2 555	1 782	2 027	377
Oddział Chirurgii Ogólnej		1 236	1 173	1 180	203
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej		1 475	1 584	2 280	361
Oddział Pediatryczny		1 252	782	1 155	173
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	położnictwo	619	621	582	81
	ginekologia	1 029	738	962	164
Oddział Psychiatryczny I		772	-	-	-
Oddział Psychiatryczny II		572	-	-	-



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Pododdział Detoksykacji	684	-	-	-
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	240	187	176	34
Ogółem	10 434	6 867	8 362	1 393
średniomiesięcznie	870	572	697	697
Pododdział Neonatologiczny	574	586	542	75

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Średniomiesięczna liczba leczonych najwyższa była w roku 2019, w roku 2020 najniższa. Najwięcej pacjentów hospitalizowanych było na Oddziale Urazowo-Ortopedycznym oraz Wewnętrzno-Kardiologicznym (po 24%-27% ogółu pacjentów). Na Chirurgii, Pediatrii i Ginekologii liczba pacjentów oscylowała w granicy 12-15% ogółu pacjentów. Uwagę zwraca niska liczba pacjentów na Oddziale Położniczym.

Tabela 30 Liczba osobodni

Oddział szpitalny	2019	2020	2021	I-II 2022
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	20 110	13 027	16 961	2 683
Oddział Chirurgii Ogólnej	5 013	3 811	4 434	621
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	6 440	6 330	8 489	1 344
Oddział Pediatriczny	4 586	2 561	3 589	462
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	położnictwo	2 277	1 998	1 878
	ginekologia	1 663	1 263	1 567
Oddział Psychiatryczny I	12 777	-	-	-
Oddział Psychiatryczny II	17 339	-	-	-
Pododdział Detoksykacji	10 823	-	-	-
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2 055	1 484	1 647	296
Ogółem	83 083	30 474	38 565	5 874
średniomiesięcznie	6 924	2 540	3 214	2 937
Pododdział Neonatologiczny	1 997	1 720	1 580	179

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Średniomiesięczna liczba osobodni najwyższa była w roku 2019 (nawet po wyłączeniu oddziałów psychiatrycznych i Detoksykacji). W roku kiedy zaczęła się pandemia liczba osobodni była najniższa. Jedynie Oddział Urazowo-Ortopedyczny powrócił do aktywności sprzed pandemii, a nawet znacznie ją zwiększył. Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny zanotował największy spadek aktywności w stosunku do roku bazowego.



Tabela 31 Średni okres pobytu

Oddział szpitalny	2019	2020	2021	I-II 2022
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	7,9	7,3	8,4	7,1
Oddział Chirurgii Ogólnej	4,1	3,2	3,8	3,1
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	4,4	4,0	3,7	3,7
Oddział Pediatryczny	3,7	3,3	3,1	2,7
Oddział Położniczy	3,7	3,2	3,2	2,6
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	położnictwo	1,6	1,7	1,6
	ginekologia	16,6	-	-
Oddział Psychiatryczny II	30,3	-	-	-
Pododdział Detoksykacji	15,8	-	-	-
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	8,6	7,9	9,4	8,7
Ogółem	8,0	4,4	4,6	4,2
Pododdział Neonatologiczny	3,5	2,9	2,9	2,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Najkrótszy okres pobytu pacjentów Szpital zanotował w okresie I-II 2022r. W kolejnych latach średni czas pobytu chorego oscylował na nieco wyższym poziomie. Przeglądając się poszczególnym oddziałom widać jednak pozytywny trend na Oddziale Położniczym, Pediatrycznym oraz Chirurgii Ogólnej – gdzie średnie okresy pobytu zmalały o 1 dzień. Najdłuższy okres pobytu chorego notuje Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – tu wynika to ze stanu pacjentów oraz Oddział Chorób Wewnętrznych.

Porównanie działalności Szpitala w Sochaczewie z odpowiadającym im dziedzinom działalności szpitalnej w kraju wygląda następująco:

Tabela 32 Porównanie średniej długości hospitalizacji w Szpitalu w Sochaczewie i w Polsce w 2020 roku

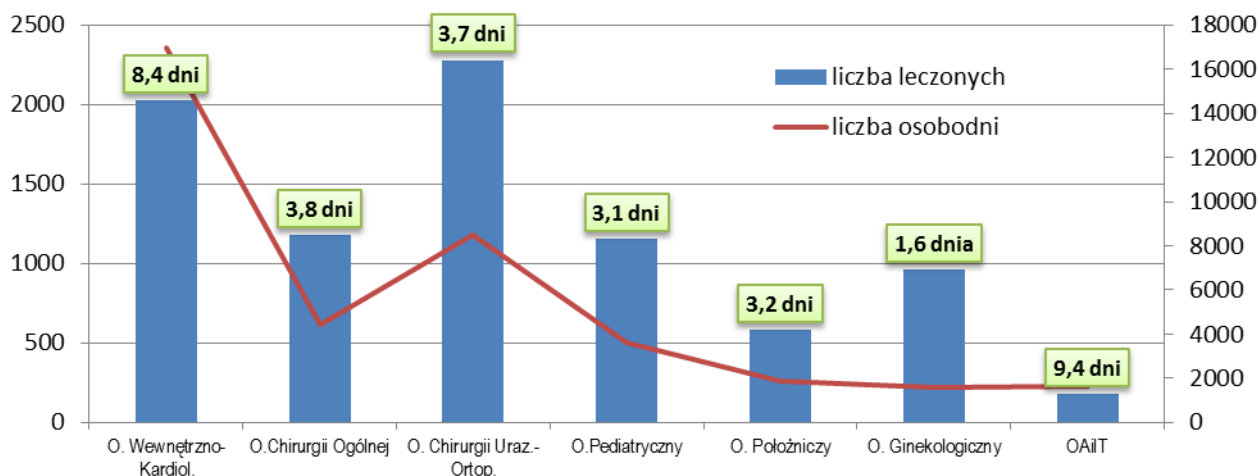
Oddział szpitalny	Szpital w Sochaczewie	Polska	Różnica
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	7,3	6,7	0,6
Oddział Chirurgii Ogólnej	3,2	4,5	-1,3
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	4,0	4,5	-0,5
Oddział Pediatryczny	3,3	3,6	-0,3
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	2,4	3,4	-1,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala w Sochaczewie oraz danych <https://stat.gov.pl/>.

Jeden oddział szpitalny ma znacznie dłuższy średni okres pobytu chorego niż analogiczne oddziały w innych polskich szpitalach – Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny. Dłuższe pobyty generują wyższe koszty leków, pobytu (wyżywienia itp.). Z kolei Oddział Chirurgii Ogólnej oraz Położniczo-Ginekologiczny mają znacznie krótsze okresy pobytu chorego niż średnia długość w innych szpitalach.



Wykres 16 Liczba leczonych, liczba osobodni średni okres pobytu chorego na oddziałach szpitalnych w roku 2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W roku 2021 Oddział Urazowo-Ortopedyczny leczył największą liczbę pacjentów w Szpitalu w Sochaczewie. Słabo z kolei wypadł w tym czasie Oddział Położniczy, który – poza AiIT, niewziętym tu pod uwagę ze względu na specyfikę swojej działalności, posiadał najmniejszą liczbę pacjentów.

Kolejki oczekujących na hospitalizację

Kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych stanowią wyraz nierównowagi między zgłoszonymi potrzebami zdrowotnymi, a możliwościami ich natychmiastowego zaspokojenia. Występowanie kolejek w sektorze zdrowotnym jest zjawiskiem często występującym.

Przyczyny występowania kolejek są wielorakie. Do popularnego ośrodka o wysokiej renomie będzie większa kolejka niż do ośrodka gorszego. Pamiętać należy o ograniczeniach wynikających ze sposobu finansowania świadczeń – z reguły występuje tu limit wysokości finansowania. Z jednej strony jest to wyraz racjonowania świadczeń. Zarządzanie kolejkami pozwala bowiem na kontrolowanie zasadności – z medycznego punktu widzenia – udzielania świadczeń i zmniejszania tendencji do ich nadużywania. Z drugiej strony występowanie kolejek może być wyrazem niedofinansowania systemu. Świadczeniodawcy uzyskują środki tylko na określoną liczbę procedur i/albo nie mają zasobów: kadr, materiałów, sprzętu i pomieszczeń, aby móc udzielać ich więcej. Kolejki mogą być też wyrazem nieefektywności działania; złej organizacji pracy, słabego dostosowywania się do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych, nieumiejętności restrukturyzacyjnych itp. W konkretnej rzeczywistości możemy mieć do czynienia z występowaniem wszystkich przyczyn jednocześnie. W krajach z dobrze zarządzanym sektorem zdrowotnym kolejki wynikają bardziej z potrzeby racjonowania świadczeń, a w krajach biedniejszych i zarządzanych gorzej – bardziej z powodów niskiego poziomu finansowania oraz niższej efektywności działania. Niezależnie od przyczyny występowania kolejek, konieczna jest rejestracja sytuacji oczekiwania na świadczenia medyczne. Pozwala to zarówno na wprowadzenie uzasadnionego zarządzania kolejką, jak i likwidowanie przyczyn ich powstawania, jeśli są wyrazem nieefektywności.

Poniższa tabela przedstawia zestawienie liczby osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego w Szpitalu w Sochaczewie. Należy podkreślić, że przedstawione zostały jedynie te oddziały, w których wystąpiły kolejki.

Tabela 33 Statystyka czasu oczekiwania oraz liczby pacjentów oczekujących na poszczególne typy zabiegów i świadczeń – oddziały

Nazwa komórki organizacyjnej	Nazwa świadczenia	Pierwszy wolny termin	Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie medyczne
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	2022-06-01	31
	operacje przepukliny pachwinowej	2022-05-23	11
	operacje usunięcia żyłaków kończyny dolnej	2022-05-24	6
ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	artroskopia lecznicza stawu kolanowego	2022-06-27	171
	artroskopowa rekonstrukcja więzadeł krzyżowych	2022-04-01	5
	plastyka więzadeł pobocznych kolana	2022-04-01	5
	leczenie operacyjne zespołu cieśni nadgarstka	2022-05-05	69
	operacje palucha koślawego	2022-10-31	192
	endoprotezoplastyka stawu biodrowego	2023-09-28	270
	endoprotezoplastyka stawu kolanowego	2024-03-28	330
ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	wycięcie macicy (histerektomia)	2022-04-04	2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W marcu 2022 roku największa kolejka oczekujących dotyczyła Oddziału Urazowo-Ortopedycznego. Na udzielenie świadczeń czekało tam 1 042 osoby. Liczba oczekujących na Oddziale Chirurgicznym wynosiła 48 osób, zaś na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym 2 osoby. Najdłużej się czeka na endoprotezoplastykę stawu kolanowego i biodrowego.

4.2. Baza zabiegowa

Blok Operacyjny posiada trzy sale operacyjne. Sale mają właściwie charakter uniwersalny lecz organizacyjnie są dedykowane pod potrzeby poszczególnych kategorii zabiegów:

sala A – sala tzw. czysta – dedykowana zabiegom ortopedycznym;
sala B i C – posiadają profil chirurgiczny ogólny – wykorzystywane są przez wszystkie trzy oddziały zabiegowe.

Blok jest zorganizowany w sposób funkcjonalny, aczkolwiek nie spełnia wszystkich współczesnych standardów. Każda sala operacyjna poprzedzona jest salą przygotowania lekarzy, natomiast tylko jedna sala posiada pomieszczenie dla przygotowania pacjenta. Blok posiada salę wybudzeń zaspakajającą potrzeby realizowanych zabiegów. Drogi komunikacyjne „czysta” i „brudna” w głównej części są oddzielne, natomiast architektura Bloku uniemożliwia całkowite ich rozdzielanie. Brakuje także właściwych śluz dla transportu



materiałów i pacjentów. Instalacje Bloku operacyjnego są kompletne i sprawne, chociaż system klimatyzacji nie ma automatycznego zdalnego sterowania.

Poza brakami wyszczególnionymi powyżej oraz ogólną potrzebą odświeżenia stanu pomieszczeń, kondycja infrastruktury technicznej Bloku wydaje się być w dobrym stanie. Jednak z uwagi na brakujące elementy współczesnych standardów oraz bardzo duże obciążenie sal przeprowadzanymi zabiegami jego remont kapitalny w najbliższym czasie może okazać się konieczny.

Z informacji uzyskanych od kierownictwa Bloku wynika, że przygotowana jest już koncepcja remontu i przebudowy Bloku. Początek remontu planowany jest na okres jesienny bieżącego roku, chociaż kierownictwo Szpitala nie potwierdziło tego terminu.

Wyposażenie Bloku w urządzenia i narzędzia chirurgiczne nie budzi zastrzeżeń. Blok wyposażony jest w dwa laparoskopy, dwa artroskopy, zestaw do trepanacji oraz ramię C. Dostępne są także na zasadach dzierżawy zestawy do implantów. Blok otrzymał stosunkowo niedawno nowe stoły oraz lampy operacyjne. W tych okolicznościach wyposażenie wydaje się być zadowalające i kierownictwo Bloku nie zgłasza żadnych istotnych dodatkowych potrzeb.

Oddziały zabiegowe

Na bloku operują głównie trzy oddziały zabiegowe tj. Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, Chirurgii Ogólnej oraz Oddział Ginekologiczno-Położniczy. Największą ilość zabiegów wykonuje Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. W ubiegłym roku wykonał przeszło 2 tysiące zabiegów operacyjnych, w tym głównie związanych ze zwichnięciami i złamaniami (nieco ponad 20%) oraz z diagnostyką, rekonstrukcją czy endoprotezoplastyką stawów (ok. 40%). Zabiegi ortopedyczne wykonuje się głównie na sali A, duża część zabiegów odbywa się także na sali C.

Pomimo pandemii, Szpital notuje wysoki wzrost ilości zabiegów ortopedycznych. W okresie od 2019 roku wzrost ten sięgnął poziomu 60%, z czego 10% wzrostu nastąpiło w najbardziej newralgicznym okresie roku 2020. Pod tym względem Szpital w Sochaczewie wyróżnia się z pośród innych równoważnych szpitali powiatowych w Polsce.

Drugim pod względem ilości zabiegów jest Oddział Chirurgii Ogólnej. Jest on jedynym, który w okresie ostatnich dwóch lat zanotował spadek swojej operatywy. W roku 2021 Oddział wykonał 764 zabiegi operacyjne co stanowiło spadek w stosunku do okresu z przed pandemii o 6%.

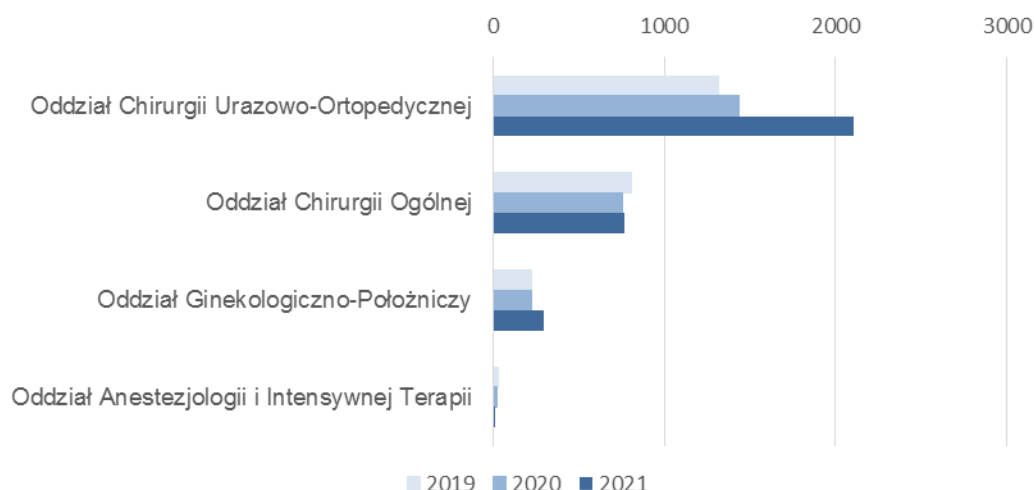
Tabela 34 Zabiegi operacyjne w latach 2019 do 2021

Oddział szpitalny	2019	2020	2021
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	1318	1438	2108
Oddział Chirurgii Ogólnej	810	759	764
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	227	227	296
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	34	27	13
Razem	2 389	2 451	3 181

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Wykres 17 Zabiegi operacyjne w poszczególnych oddziałach szpitalnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Salę operacyjną B wraz z Chirurgią dzieli Oddział Ginekologiczny. W zeszłym roku zanotował 30% wzrost ilości zabiegów operacyjnych dochodząc do prawie 300 zabiegów rocznie wykonanych na Bloku Operacyjnym.

Na podstawie powyższych zestawień można pokusić się o stwierdzenie, że Szpital wykazuje dynamiczny wzrost sprzedaży procedur zabiegowych wykonywanych na Bloku Operacyjnym. Liderem jest tu Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Jedynie Oddział Chirurgii Ogólnej nie wpisuje się w tę tendencję.

Organizacja pracy Bloku Operacyjnego

W celu przeanalizowania pracy Bloku Operacyjnego oparto się na danych z trzech wybranych przez Szpital miesięcy z ostatniego roku, które dają w efekcie reprezentatywne dla całego roku dane i z pewnym przybliżeniem pozwalają na interpolację wyników analizy dla całego roku kalendarzowego. Zestawione poniżej dane pochodziły z miesiąca października 2021, lutego i marca 2022 i obejmowały łącznie 64 dni roboczych.

Tabela 35 Zabiegi na Bloku Operacyjnym wykonane w trzech analizowanych miesiącach

Oddział	w badanym okresie			średnio dziennie	
	Czas zabiegów	ilość zabiegów	ilość dni roboczych	Czas zabiegów	ilość zabiegów
Zabiegów łącznie	1092:30	771	64	17:04	12,0
Zabiegi w dni robocze	1076:55	760	64	16:49	11,9
Zabiegi w godzinach 7.30 do 15.00	995:00	720	64	15:32	11,3
Zabiegi w trybie nagłym	185:05	117	64	02:53	1,83

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie

Ze względu na bardzo małą ilość zabiegów wykonywanych w soboty i niedziele całość danych została dla porównania odniesiona do dni roboczych. Jak pokazuje powyższa analiza, w badanym okresie trzech wybranych miesięcy, w trakcie przeciętnego dnia roboczego, na Bloku wykonywane było prawie 12 zabiegów operacyjnych, które łącznie trwały prawie 17 godzin. Z tej liczby nieco ponad 11 zabiegów, o łącznym czasie trwania 15 i pół godziny wykonywane było w godzinach normalnej ordynacji. Zabiegi w trybie nagłym występowały stosunkowo w niewielkiej liczbie (niecałe dwa zabiegi dziennie), ale przy Bloku, na którym pracują trzy sale operacyjne to i tak powodowało konieczność częstego weryfikowania planów zabiegowych.

Poniżej przeprowadzono analizę obciążenia sal operacyjnych w godzinach normalnej ordynacji Szpitala, to jest w godzinach pomiędzy 7.30 a 15.00.

Tabela 36 Obłożenie sal Operacyjnych

Sala operacyjna	w badanym okresie			średnio dziennie		
	Czas zabiegów	ilość zabiegów	ilość dni roboczych	Czas zabiegów	ilość zabiegów	Czas skorygowany o sprzątanie
Sala A	340:20	253	64	05:19	4,0	07:05
Sala B	330:20	235	64	05:09	3,7	06:43
Sala C	324:20	232	64	05:04	3,6	06:46
Łącznie:	995:00	720	64	15:32	11,3	20:36
Średnio na jedną salę operacyjną	331:40	240	64	05:10	3,75	06:52

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Czasy trwania zabiegów skorygowano o czas niezbędny na posprzątanie sali i przygotowanie jej na przyjęcie kolejnego pacjenta. Przyjęto tu zasadę pół godziny na każdy zabieg zakończony przed godziną 15.00.

W dzień powszedni, w godzinach normalnej ordynacji, średnio na jedną salę operacyjną przypadają prawie cztery zabiegi operacyjne (dokładnie 3,75). Średnie dzienne obłożenie pracą jednej sali operacyjnej wynosi przeszło 5 godzin i 10 minut. Uwzględniając natomiast czas na sprzątanie po zabiegach, każda sala jest dziennie średnio zajęta przez prawie 7 godzin bez ośmiu minut. Czas ten wskazuje także na obciążenie pracą zespołów instrumentariuszek, które uczestniczą w prowadzonych zabiegach, a następnie przy sprzątanii i przygotowywaniu sali i sprzętu do następnego zabiegu.

Organizacja pracy instrumentariuszek zapewnia obsadę trzech dwuosobowych zespołów operacyjnych w czasie normalnej ordynacji Szpitala, tj. w godzinach od 7.30 do 15.00, oraz jednego pełnego zespołu do godziny 18.00. W pozostałym czasie w celu zapewnienia całodobowej gotowości Bloku Operacyjnego obsada jest jednoosobowa uzupełniona dyżurem telefonicznym.



Obsadę lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych zapewnia Oddział Anestezjologii i Intensywnej terapii. Zabezpiecza ona możliwość operowania trzema zespołami w godzinach normalnej ordynacji oraz jednym zespołem w pozostałym czasie.

Biorąc przy tym pod uwagę, że każdego statystycznego dnia przynajmniej jeden zabieg przeciąga się jeszcze poza graniczną godzinę 15.00 można stwierdzić, że Blok pracuje pod dużym obciążeniem. Ilość dostępnych sal operacyjnych stanowi obecnie główną barierę w rozwijaniu udzielania i sprzedaży zabiegowych świadczeń medycznych.

Analiza nakładów pracy Bloku wskazuje na ilość niezbędnych zespołów operacyjnych, które Blok jest zobowiązany postawić do dyspozycji oddziałów zabiegowych. W przypadku Szpitala Powiatowego w Sochaczewie należy stwierdzić, że zespoły operacyjne są wykorzystane w pełny i optymalny sposób.

Koszty Bloku Operacyjnego

Na potrzeby niniejszego audytu przeprowadzono analizę kosztów Bloku Operacyjnego za 2021 rok przy zastosowaniu zasady procesowego ujęcia kosztów. Wyniki należy traktować jako przybliżone, gdyż korzystano z ewidencji księgowej prowadzonej dla innego sposobu prezentacji kosztów.

Łączne koszty Bloku Operacyjnego w roku 2021 wyniosły nieco ponad 3,7 mln zł. Uwzględniając oszacowane koszty całodobowej gotowości Bloku do świadczenia usług (warunek konieczny posiadania kontraktu z NFZ) - w kwocie 376 tys. zł, obliczono koszt poniesiony przez Blok Operacyjny na świadczenie usług dla oddziałów zabiegowych w zakresie udostępniania sal operacyjnych i obsługi prowadzonych zabiegów. Koszt ten wyniósł 3,4 mln zł

Wg zestawień statystycznych przygotowanych przez szpital wynika, że łączny czas przeprowadzonych w roku 2021 na Bloku operacyjnym zabiegów wynosi prawie 6 tys. godzin. Mając te dane można wyliczyć, że jedna godzina udostępnienia oddziałom zabiegowym sali operacyjnej wraz z obsługą kosztowała w ubiegłym roku 561 zł.

Kwota ta stanowi średnią cenę po jakiej odbywała się wewnętrzna sprzedaż usługi Bloku Operacyjnego dla Oddziałów.

Tabela 37 Koszty Bloku Operacyjnego w 2021 roku

Rodzaj kosztu	Kwota	Uwagi
koszty leków	43 097	wraz z kosztami logistyki
materiały medyczne	760 065	
koszty sterylizacji narzędzi	779 248	
koszty personelu	1 672 093	wraz z kosztami świadczeń pracowniczych
utrzymanie czystości	155 139	
utrzymanie infrastruktury technicznej	128 127	463 m ² x koszt miesięczny 23,07 zł/m ²
pozostałe koszty wydziałowe	191 924	np. amortyzacja wyposaż., mat. biurowe itp.
Razem całkowite koszty Bloku	3 729 694	



Rodzaj kosztu	Kwota	Uwagi
w tym koszty czuwania	376 340	oszacowane koszty personelu dyżurnego
koszty obsługi zabiegów operacyjnych	3 353 354	koszty świadczenia usług dla oddziałów zabiegowych (TKW)
czas trwania zabiegów w roku	5 977,60	godzin
koszt 1 godziny pracy Bloku	560,99	zł / godz.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Korzystając z zestawień benchmarkowych należy stwierdzić, że w porównaniu z innymi szpitalami wyliczona stawka kosztu jednej godziny pracy Bloku jest bardzo niska. **Wskazuje to na wysoką efektywność wykorzystania posiadanego potencjału zabiegowego Szpitala.**

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 przepisów prawa.

W strukturach Szpitala Sochaczewskiego działają następujące poradnie:

- Poradnia Neurologiczna
- Poradnia Reumatologiczna
- Poradnia Chirurgii Ogólnej
- Poradnia Chirurgii Naczyniowej (nie funkcjonuje od 2021 roku)
- Poradnia Chirurgii Dziecięcej
- Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
- Poradnia Zdrowia Psychicznego
- Poradnia Leczenia Uzależnień
- Poradnia Ginekologiczno-Położnicza
- Poradnia Kardiologiczna
- Poradnia Kardiologiczna - dziecięca
- Poradnia Chorób Płuc
- Poradnia Endokrynologiczna
- Poradnia Diabetologiczna
- Poradnia Chirurgii Przewodu Pokarmowego
- Poradnia Onkologiczna
- Poradnia Urologiczna
- Poradnia Rehabilitacyjna
- Poradnia Pediatryczna
- Poradnia Neonatologiczna
- Poradnia Stomatologii Ogólnej
- Protetyka Stomatologiczna
- Poradnia Chirurgii Stomatologicznej
- Poradnia Medycyny Pracy.



W poniższej tabeli przedstawiono liczbę porad udzielonych w poradniach specjalistycznych szpitala sochaczewskiego w latach 2019 – 2021 oraz w okresie styczeń – luty 2022 roku.

Tabela 38 Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych Szpitala w latach 2019-I-II 2022

Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	2019	2020	2021	I-II 2022
Poradnia Neurologiczna				
<i>ul. Chodakowska - do 31.12.2019</i>	3 521			
<i>ul. Batalionów Chłopskich</i>	3 536	2 999	3 310	614
Poradnia Reumatologiczna	2 594	2 174	2 343	448
Poradnia Chirurgii Ogólnej	7 152	5 480	6 169	964
Poradnia Chirurgii Naczyniowej	314	26		
Poradnia Chirurgii Dziecięcej	2 049	1 378	1 726	250
Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	16 031	14 560	17 862	2 861
Poradnia Zdrowia Psychicznego	11 627	17 960	18 166	2 760
Poradnia Leczenia Uzależnień	2 906	2 998	4 103	717
Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	5 998	5 046	6 626	994
Poradnia Kardiologiczna	3 195	2 556	2 796	298
Poradnia Kardiologiczna - dziecięca	590	342	439	82
Poradnia Chorób Płuc	2 404	1 763	1 242	419
Poradnia Endokrynologiczna	3 515	3 316	3 182	418
Poradnia Diabetologiczna	1 152	1 185	330	44
Poradnia Chirurgii Przewodu Pokarmowego	5 204	3 293	3 601	546
Poradnia Onkologiczna	3 789	2 722	3 777	616
Poradnia Urologiczna	1 688	1 671	2 402	346
Poradnia Rehabilitacyjna	1 035	824	1 338	241
Poradnia Pediatria	26	71	89	8
Poradnia Neonatologiczna	276	106	119	14
Poradnia Stomatologii Ogólnej	7 261	4 356	5 562	1 421
Protetyka stomatologiczna	55	12	51	0
Poradnia Chirurgii Stomatologicznej	753	427	600	105
Razem:	86 671	75 265	85 833	14 166
średniomiesięcznie	7 223	6 272	7 153	7 083
Poradnia Medycyny Pracy	710	385	381	56

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Łączna liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych charakteryzowała się tendencją zmienną. W 2019 roku w poradniach udzielono łącznie 86,7 tys. porad. W 2020 roku wielkość ta spadła o 11,4 tys. (zamknięto też 1 poradnię). W roku 2021 liczba porad wzrosła o 10,5 tys. w stosunku do roku poprzedniego, mimo zamknięcia dwóch kolejnych poradni. W okresie od stycznia do lutego Szpital udzielił 14,2 tys. Wynik ten również jest niski (średniomiesięczna liczba badań była niższa niż w roku poprzednim oraz bazowym).

Najwięcej porad w 2021 roku udzielono w:



- Poradni Zdrowia Psychicznego – 18 166 porad, tj. 21,1% łącznej liczby porad udzielonych w poradniach,
- Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 17 862 porad, tj. 20,7% porad wszystkich poradni,
- Poradni Ginekologiczno-Położniczej – 6 626 porad, tj. 7,7% łącznej liczby porad.

Najmniej porad w 2021 roku udzieliły natomiast Poradnia Stomatologiczna (51 porad), Poradnia Pediatria (89 porad) i Poradnia Neonatologiczna (119 porad).

W okresie covidowym większość poradni zanotowała spadek liczby porad. Najbardziej widoczny jest on w Poradni Stomatologii Ogólnej (spadek o 1,6 tys. porad 2021/2019), Poradni Chirurgii Przewodu Pokarmowego (spadek o 1,6 tys. porad) oraz w Poradni Chorób Płuc (spadek o 1,1 tys. porad). Kilka poradni w tym okresie zanotowało wzrost liczby porad – największy zanotowała Poradnia Zdrowia Psychicznego (wzrost o 6,5 tys. porad 2021/2019), Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (wzrost o 1,8 tys. porad) oraz Poradnia Leczenia Uzależnień (wzrost o 1,2 tys. porad).

Kolejki oczekujących na poradę

Poniższa tabela przedstawia zestawienie liczby osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Szpitalu w Sochaczewie. Należy podkreślić, że przedstawione zostały jedynie te poradnie, w których wystąpiły kolejki.

Tabela 39 Statystyka czasu oczekiwania oraz liczby pacjentów oczekujących na poszczególne typy zabiegów i świadczeń - poradnie

Nazwa komórki organizacyjnej świadczeniodawcy/Nazwa świadczenia	Pierwszy wolny termin	Liczba pacjentów oczekujących na świadczenie medyczne
PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ	2022-10-05	459
PORADNIA CHIRURGII PRZEWODU POKARMOWEGO	2022-09-05	522
PORADNIA CHIRURGII DZIECIĘCEJ	2022-06-28	126
PORADNIA CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	2022-09-05	2797
PORADNIA CHOROBY PŁUC	2022-06-21	328
PORADNIA DIABETOLOGICZNA	2022-12-12	209
PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA	2022-12-27	1255
PORADNIA KARDIOLOGICZNA	2022-11-23	487
PORADNIA KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ	2022-09-06	100
PORADNIA NEUROLOGICZNA SZPITAL	2022-08-18	845
PORADNIA ONKOLOGICZNA	2022-09-08	802
PORADNIA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA	2022-09-08	340
PORADNIA REHABILITACYJNA	2022-08-07	82
PORADNIA REUMATOLOGICZNA	2022-06-24	511
PORADNIA UROLOGICZNA	2022-06-29	375
PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO	2022-04-08	155

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



W marcu 2022 roku największa kolejka oczekujących dotyczyła Poradni Urazowo-Ortopedycznej. Na udzielenie świadczeń czekały 2 797 osób. Liczba oczekujących w Poradni Endokrynologicznej wynosiła 1 255 osób, zaś w Poradni Neurologicznej 845 osób.

Szpital dysponuje bogatą ofertą świadczeń ambulatoryjnych. Należy dążyć do powrotu do aktywności z przed pandemii, w tych komórkach które zanotowały spadki liczby pacjentów.

4.4. Organizacja diagnostyki medycznej

W ramach struktury organizacyjnej Szpitala w Sochaczewie funkcjonują następujące zakłady i pracownie diagnostyczne:

1. Pracownia RTG, Tomografii Komputerowej, Mammografii,
2. Pracownia Rezonansu Magnetycznego – umowa współpracy z firmą Voxel,
3. Pracownia USG,
4. Pracownia Endoskopii,
5. Pracownia EEG,
6. Pracownia Diagnostyki Kardiologicznej,
7. Pracownia Spirometryczna.

Poniżej zostały przedstawione dane na temat wykonywanych badań w okresie poddanym ocenie.

Tabela 40 Badania diagnostyczne w latach 2019 – 2021

Nazwa badania	Poradnie			Oddziały		
	2019	2020	2021	2019	2020	2021
RTG	5 885	4 617	5 307	13 390	8 648	9 713
USG	5 623	4 068	3 679	3 492	2 161	2 794
ECHO SERCA	1 215	511	892	728	614	481
POZOST.DIAGN.KARDIOLOGICZNA	611	417	458	74	26	17
GASTROSKOPIA	933	496	618	369	216	298
KOLONOSKOPIA	714	393	417	101	90	85
TOMOGRAFIA	1 393	976	1 208	4 960	4 461	6 609
BADANIE SPIROMETRYCZNE	2 151	737	1 054	118	51	34
BADANIE MAMMOGRAFICZNE	1 320	1 229	1 336	0	0	4
BADANIE EEG	320	162	130	23	4	3
OGÓŁEM	20 165	13 606	15 099	23 255	16 271	20 038

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W roku 2019 Szpital w Sochaczewie wykonał 20,1 tys. badań diagnostycznych dla poradni oraz 23,2 tys. badań dla oddziałów szpitalnych. W roku kolejnym, w wyniku pandemii, nastąpił ich gwałtowny spadek dla poradni o 33%, dla oddziałów o 30%. W roku 2021 liczba w przypadku poradni wzrosła o 11% w stosunku do roku poprzedniego, zaś dla oddziałów o 23%, ale nie były to poziomy sprzed pandemii.



Dla Poradni najwięcej badań wykonywanych było w zakresie RTG (29%-2019, 34%-2020, 35%-2021 ogółu badań dla poradni). Kolejno dominowały badania USG (2019-28%, 2020-30%, 2021-24% ogółu badań diagnostycznych). Wśród oddziałów dominują badania RTG (58%-2019, 53%-2020, 48%-2021 ogółu badań dla oddziałów) oraz Badania TK (2019-21%, 2020-27%, 2021-33% ogółu wszystkich badań).

Tabela 41 Badania RTG wykonane w Szpitalu w roku 2021

Oddziały	RTG	Udział
SOR	7 051	72,59%
O. Chirurgii Uraz.- Ortop.	1 573	16,19%
O. Wewn. -Kardiol.	411	4,23%
O. Pediatryczny	363	3,74%
OAIIT	187	1,93%
O. Chirurgii Ogólnej	100	1,03%
O. Ginekologiczno-Położniczy	21	0,22%
Pododdz. Neonatologiczny	7	0,07%
Razem oddziały	9 713	100,00%
Poradnie	RTG	Udział
P. Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	3 689	69,51%
P. Chirurgii Dziecięcej	324	6,11%
P. Gruźlicy i Chorób Płuc	203	3,83%
P. Neurologiczna	189	3,56%
P. Stomatologiczna	177	3,34%
P. Reumatologiczna	173	3,26%
Gab.NPL i Pielęgniarskiej	157	2,96%
P. Chirurgii Ogólnej	149	2,81%
P. Medycyny Pracy	86	1,62%
P. Rehabilitacyjna	63	1,19%
P. Onkologiczna	42	0,79%
P. Kardiologiczna	25	0,47%
P. Urologiczna	13	0,24%
P. Endokrynologiczna	7	0,13%
Rehabilitacja -Poradnia	3	0,06%
P. Kardiologii Dziecięcej	2	0,04%
P. Pediatryczna	2	0,04%
P. Ginekologiczno-Położnicza	1	0,02%
P. Chirurgii Przewodu Pokarmowego	1	0,02%
P. Zdrowia Psychicznego	1	0,02%
Razem poradnie	5 307	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W roku 2021 Szpital wykonał na rzecz oddziałów szpitalnych 9,7 tys. badań RTG, z czego 73% stanowiły badania dla SOR, a dla Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznego 16%. Dla poradni wykonano 5,3 tys. badań RTG, z czego 70% dla Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.



Tabela 42 Badania USG wykonane w Szpitalu w roku 2021

Oddziały	USG	Udział
O. Pediatryczny	1 277	45,71%
O. Wewn. -Kardiol.	640	22,91%
SOR	609	21,80%
O. Chirurgii Ogólnej	141	5,05%
OAIiT	79	2,83%
O. Chirurgii Uraz.- Ortop.	34	1,22%
O. Ginekologiczno-Położniczy	9	0,32%
Pododdz. Neonatologiczny	5	0,18%
Razem oddziały	2 794	100,00%
Poradnie	USG	Udział
P. Endokrynologiczna	900	24,46%
P. Chirurgii Ogólnej	832	22,61%
P. Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	798	21,69%
P. Onkologiczna	484	13,16%
P. Neurologiczna	259	7,04%
P. Chirurgii Przewodu Pokarmowego	131	3,56%
P. Neonatologiczna	96	2,61%
P. Chirurgii Dziecięcej	69	1,88%
P. Reumatologiczna	66	1,79%
P. Pediatryczna	15	0,41%
P. Rehabilitacyjna	12	0,33%
P. Kardiologiczna	11	0,30%
P. Diabetologiczna	4	0,11%
P. Urologiczna	2	0,05%
Razem poradnie	3 679	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W roku 2021 Szpital wykonał na rzecz oddziałów szpitalnych 2,7 tys. badań USG, z czego 46% stanowiły badania dla Oddziału Pediatrycznego, 23% dla Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego oraz 22% dla SOR. Dla poradni wykonano 3,6 tys. badań USG, z czego 25% dla Poradni Endokrynologicznej, 23% dla Poradni Chirurgii Ogólnej oraz 22% dla Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.



Tabela 43 Badania TK wykonane w Szpitalu w roku 2021

Oddziały	TK	Udział
SOR	5 168	78,20%
O. Wewn. -Kardiol.	1 052	15,92%
O. Chirurgii Ogólnej	173	2,62%
O. Chirurgii Uraz.- Ortop.	73	1,10%
O. Pediatriczny	60	0,91%
OAIT	43	0,65%
O. Ginekologiczno-Położniczy	40	0,61%
Razem oddziały	6 609	100,00%
Poradnie	TK	Udział
P. Neurologiczna	298	24,67%
P. Urologiczna	233	19,29%
P. Gruźlicy i Chorób Płuc	158	13,08%
P. Chirurgii Ogólnej	143	11,84%
P. Chirurgii Przewodu Pokarmowego	118	9,77%
P. Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	92	7,62%
P. Endokrynologiczna	67	5,55%
P. Reumatologiczna	27	2,24%
P. Onkologiczna	25	2,07%
P. Kardiologiczna	18	1,49%
P. Zdrowia Psychicznego	13	1,08%
P. Ginekologiczno-Położnicza	10	0,83%
P. Rehabilitacyjna	6	0,50%
Razem poradnie	1 208	100,00%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W roku 2021 Szpital wykonał na rzecz oddziałów szpitalnych 6,6 tys. badań TK, z czego 78% stanowiły badania dla SOR, 16% dla Oddziału Wewnętrzno-Kardiologicznego. Dla poradni wykonano 1,2 tys. badań TK, z czego 25% dla Poradni Neurologicznej, 20% dla Poradni Urologicznej oraz 13% dla Poradni Gruźlicy i Chorób Płuc.

Szpital powinien dążyć do odbudowy poziomu liczby badań diagnostycznych sprzed pandemii.



4.5. Analiza efektywności zarządzania materiałami medycznymi

Analiza efektywności gospodarowania materiałami medycznymi została przeprowadzona z punktu widzenia zasadności wielkości zużycia materiałów medycznych.

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

Do kadry apteki zalicza się 1 kierownik, 3 techników farmacji oraz 1 pracownik do sprzątania. Zamówienie na leki składane jest mailowo, w wyjątkowych sytuacjach telefonicznie, leki zamawiane są praktycznie każdego dnia. Materiały opatrunkowe i dezynfekcyjne 1-2 razy w miesiącu, materiały szewne 2-3 razy w miesiącu, natomiast stapery średnio raz w tygodniu.

Standardowa inwentaryzacja w Aptece jest co dwa lata, jednakże w ostatnim czasie ze względu na zmianę systemu, zmianę Kierownika była przeprowadzana co roku, jeżeli chodzi o Apteczki Oddziałowe inwentaryzacja dokonywana jest raz w roku na koniec grudnia, do tego Apteka raz na kwartał dokonuje kontroli apteczek oddziałowych, w tym czasie sprawdzane są między innymi daty ważności oraz ilości leków. Apteka ma zapas na okres 2 tygodni, ze względu na pandemię i duże braki, zapas zabezpiecza 2-4 tygodnie

W szpitalu każdy Oddział (Wewnętrzno-Kardiologiczny, Intensywna Terapia, Anestezjologia, SOR, Chirurgia Ogólna, Chirurgia Urazowo-Ortopedyczna, Pediatria, Neonatologia, Ginekologia, Położnictwo, Blok Porodowy, Blok Operacyjny, POZ) posiada apteczkę oddziałową na której stan „wchodzą” leki zamówione z Apteki po zrealizowaniu zamówienia.

Koszty obciążane są w momencie wydania leków na oddział. Szpital jest w trakcie wdrażania oprogramowania dla apteczek oddziałowych, po ostatecznym wdrożeniu z (zlecenia lekarskie i ich realizacja) koszty będą obciążane na podstawie wydań na pacjenta.

Co do zasady, optymalnym rozwiązaniem jest wprowadzenie systemu rozliczania apteczek oddziałowych, gdzie faktyczny koszt odnotowywany będzie w momencie podania leku na pacjenta, co jest rozwiązaniem bardziej precyzyjnym i wymagającym w ramach nowego standardu rachunku kosztów.

Jednostka stosuje miesięczne limity zużycia leków dla poszczególnych oddziałów. Generalną zasadą jest utrzymanie wykonania limitu rocznego (sezonowość zachorowań, np. Oddział Pediatryczny, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, mniejsza liczba zabiegów wykonywana w miesiącach upalnych itp.). Każdorazowo przekroczenie limitu miesięcznego wymaga zgody Dyrektora. Zazwyczaj wyrażana jest zgoda na przesunięcie środków finansowych z limitów następnych miesięcy.

Poniżej przedstawiono wartość zużytych materiałów medycznych w podziale na leki, materiały jednorazowe, opatrunki, nici oraz płyny infuzyjne. Ze względu na zmianę sposobu księgowania poszczególnych pozycji (rozbudowa planu kont w 2021) oraz pandemię COVID-19 w roku 2020 r. porównanie poszczególnych pozycji na przestrzeni lat 2019 – 2021 r. może dać zaburzony wyniki, w związku z czym odstąpiono od takiej analizy. Poniżej przedstawiono zużycie poszczególnych pozycji materiałów medycznych w roku 2021, w przeliczeniu na 1 PLN kontraktu.



Tabela 44 Koszty zużycia leków

Wyszczególnienie	Leki Ogółem w tym:	na 1 PLN kontraktu	Antybiotyk i	Heparyn y	Narkotyk i	Pozostałe leki
O. Wewnętrzno-Kardiologiczny	602 869	0,066	216 661	107 518	923	277 769
O. Chirurgii Ogólnej	107 088	0,016	34 002	22 160	35	50 890
O. Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	119 049	0,013	44 147	37 438	24	37 440
PO. Ginekologiczny	62 289	0,031	9 004	5 242	15	48 028
PO. Położniczy	22 803	0,013	3 625	2 034	0	17 144
O. Pediatryczny	53 708	0,014	12 039	119	0	41 551
PO. Neonatologiczny	15 996	0,011	2 778	0	0	13 218
O. Anestezjologii i Intensywnej Terapii	316 781	0,065	98 593	11 906	5 986	200 296

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Tabela 45 Koszty zużycia materiałów jednorazowych

Wyszczególnienie	Razem	na 1 PLN kontraktu	Igły, strzykawki, wenflony	Obłożenia i podkłady jednoraz.	Bielizna i pościel jednoraz.	Odzież jednoraz.	Rękawice jednoraz.	Niewszc. jednoraz. sprzęt	Poz. materiały med. do badań diagnost.	Pozostały jednoraz. sprzęt i materiały med.	Pozostały jednoraz. sprzęt i materiały med.
O. Wew.-Kardio	497 611	0,054	45 778	13 758	2 162	129 768	155 892	7 575	546	71 066	71 066
O. Chirurgii Og.	288 165	0,043	13 968	478	376	4 566	39 687	3 331	75	112 841	112 841
O. Chir. Uraz-Ortoped.	211 743	0,023	15 649	1 609	1 354	7 804	40 600	1 323	215	71 595	71 595
PO Ginekol.	76 774	0,038	12 174	16 027	1 153	7 284	19 727	2 696	1 134	8 289	8 289
PO Położniczy	25 076	0,015	1 566	5 403	441	3 381	10 998	89	272	1 463	1 463
O. Pediat.	56 273	0,014	11 053	473	996	3 653	20 023	2 824	1 076	8 088	8 088
PO Neonatolog.	5 127	0,004	1 521	6 349	186	(18)	7 708	413	0	(5 516)	(5 516)
O. Anestezj. Inten. Terapii	284 948	0,059	24 972	5 388	677	37 849	77 543	17 421	40	60 529	60 529

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Tabela 46 Koszty zużycie opatrunków

Wyszczególnienie	Opatrunki - koszt	na 1 PLN kontraktu
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	23 485	0,003
Oddział Chirurgii Ogólnej	10 918	0,002
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	19 652	0,002
Pododdział Ginekologiczny	4 465	0,002
Pododdział Położniczy	4 485	0,003
Oddział Pediatryczny	2 247	0,001
Pododdział Neonatologiczny	1 169	0,001
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	13 402	0,003

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Tabela 47 Koszty zużycia nici

Wyszczególnienie	Materiały szewne - koszt	na 1 PLN kontraktu
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	225	0,000
Oddział Chirurgii Ogólnej	213	0,000
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	0	0,000
Pododdział Ginekologiczny	2 064	0,001
Pododdział Położniczy	5 212	0,003
Oddział Pediatriczny	0	0,000
Pododdział Neonatologiczny	0	0,000
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	807	0,000

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Tabela 48 Koszty zużycie płynów infuzyjnych

Wyszczególnienie	Płyny infuzyjne w tym:	na 1 PLN kontraktu	Płyny	Preparaty do żyw. Pozajelit., dojelit.
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	103 560	0,011	96 295	7 265
Oddział Chirurgii Ogólnej	27 147	0,004	22 877	4 269
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	17 220	0,002	17 220	0
Pododdział Ginekologiczny	6 895	0,003	6 895	0
Pododdział Położniczy	2 830	0,002	2 830	0
Oddział Pediatriczny	8 344	0,002	8 344	0
Pododdział Neonatologiczny	1 277	0,001	1 277	0
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	85 800	0,018	79 135	6 665

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

PODSUMOWANIE: Szpital w Sochaczewie posiada prawidłową informację dotyczącą zużycia leków i materiałów medycznych na poszczególne apteczki oddziałowe w danych miesiącach, w ramach asortymentu rozchodowanego przez aptekę szpitalną, co stanowi narzędzie do przeprowadzenia stosownych analiz. Niemniej jednak szpital nie prowadzi ewidencji zużycia leków i materiałów medycznych na pacjenta, tzw. „zlecenie na pacjenta”, co jest bardziej precyzyjną informacją, wymaganą przez nowy standard rachunku kosztów. Wartym odnotowania jest także fakt, że Szpital posiada ustalony limitów dotyczących zużycia materiałów medycznych i leków na poszczególne komórki medyczne, jako narzędzie do zarządzania kosztami.



5. Organizacja obsługi gospodarczej

W rozdziale dokonano analizy w zakresie obsługi gospodarczej w Szpitalu w Sochaczewie. Wiąże się ona z dwoma z głównych procesów funkcjonowania Szpitala, tj. utrzymaniem infrastruktury technicznej oraz niemedycznymi świadczeniami dla pacjentów czyli tzw. działalnością hotelową. Niniejsza analiza obejmuje niektóre wybrane zakresy działań z powyższych obszarów, a przede wszystkim: utrzymanie porządku i czystości na obszarze należącym do Jednostki, utylizację odpadów, żywienie pacjentów, zapewnienie białizny szpitalnej, transportu oraz ochronę mienia. Bazą do oceny sposobów gospodarowania są dane finansowe i statystyczne za rok 2021.

Wymienione powyżej obszary Szpital realizuje poprzez wykorzystanie zasobów własnych i/lub obcych. Jednostka w strukturze własnej posiada między innymi sprzątnięcie i żywienie pacjentów. Przy wsparciu firm zewnętrznych odbywa się pranie, ochrona mienia. W przypadku działalności związanej z zarządzaniem wszelkiego rodzaju odpadami (komunalnymi, medycznymi) wspomaga się firmami zewnętrznymi.

5.1. Utrzymanie higieny

Sprzątnięcie w Szpitalu w Sochaczewie realizowane jest poprzez zasoby własne.

W Szpitalu można wyróżnić trzy obszary zarządzania utrzymaniem czystości. Pierwszy obszar stanowią komórki organizacyjne, które samodzielnie dbają o porządek i proces sprzątnięcia realizują siłami swoich pracowników. Należą do nich m.in. Blok Operacyjny, Apteka, Kuchnia czy warsztaty obsługi technicznej. Obszar ten nie był przedmiotem niniejszej szczegółowej analizy. Drugim obszarem są oddziały szpitalne, których czystość utrzymywana jest siłami zatrudnionych tam salowych i sanitariuszy. Trzeci obszar to rejony pozostałych medycznych komórek organizacyjnych i administracyjnych, za czystość których odpowiada Sekcja Utrzymania Czystości.

Szpital, by zapewnić czystość i porządek w powyższych rejonach zatrudnia 17 osób na stanowisku sanitariuszy oraz 33 osoby na stanowisku salowych. Dodatkowo Sekcja Utrzymania Czystości zatrudnia 11 osób - kierownika, sprzątaczkę i dezynfektora.

Do obowiązków sanitariuszy i salowych należy między innymi: pomoc podczas zmiany białizny pościelowej u chorych i na pustym łóżku, podawanie pacjentom basenów, kacek, misek nerkowych, misek itp., pomoc podczas toalety ciała pacjentów, pomoc pacjentowi podczas toalety i/lub przebierania się w łazience, pomoc podczas transportu chorego na badania i konsultację czy pomoc podczas wykonywania różnych zabiegów pielęgnarskich, zanieśnięcie materiału do badania laboratoryjnego, odbiór wyników, transport/pomoc materiałów z magazynów, apteki szpitalnej itp.; czy wykonywanie czynności mycia i dezynfekcji powierzchni i sprzątnięcie danych pomieszczeń. Wobec wielu zadań ustalono jaki % czasu pracy salowe i sanitariusze poświęcają na czynności sprzątnięcia oddziałów i w taki procencie były uwzględniane w analizie kosztów sprzątnięcia koszty ich zatrudnienia.

Sekcja Utrzymania Czystości odpowiedzialna jest za: utrzymanie w czystości i porządku poprzez wykonywanie czynności sprzątających, myjących i dezynfekcyjnych pomieszczeń i sprzętu i aparatury w wyznaczonych pomieszczeniach, transport odpadów komunalnych i infekcyjnych do poszczególnych miejsc składowania, pomoc w transporcie łóżek szpitalnych



oraz materacy i innych przedmiotów do Stacji Łóżek, przygotowywanie roztworów środków dezynfekcyjnych i myjących wymaganych dla danego typu preparatu.

Powierzchnia na jakiej operuje Sekcja wynosi około **7,3 tys. m²**, z tego **1,3 tys. m²** stanowią ogólnodostępne ciągi komunikacyjne i klatki schodowe natomiast **6 tys. m²** wchodzi w skład tzw. powierzchni operacyjnej, na której bezpośrednio Szpital prowadzi swoją działalność operacyjną.

Powierzchnia oddziałów szpitalnych wynosi **4,8 tys. m²** i w całości należy do powierzchni operacyjnej Szpitala. Ze względu na możliwość porównań benchmarkowych kosztów ponoszonych w procesach sprzątania, wszystkie wskaźniki liczone są w stosunku do powierzchni operacyjnej.

Tabela 49 Koszty utrzymania czystości w Szpitalu w Sochaczewie (dane za rok 2021)

Rejon sprzątania	Poniesione koszty	Powierzchnia m ²	Miesięczny koszt jednostkowy
rejon obsługiwany przez Sekcję Utrzymania Czystości	1 120 191	6 000	15,56 zł / m ²
rejon oddziałów szpitalnych	1 960 083	4 836	33,78 zł / m ²
Wskaźnik uśredniony	3 080 274	10 836	23,69 zł / m²

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Przedstawiona tabela zawiera oszacowane na podstawie ewidencji księgowej koszty procedur utrzymania czystości poniesione w roku 2021 w odniesieniu do obu analizowanych obszarów. Podane powierzchnie stanowią powierzchnię operacyjną, która jest do tych obszarów przypisana. Z przedstawionej analizy wynika, że koszty sprzątania rejonów, które znajdują się pod pieczęcią Sekcji Utrzymania Czystości wynoszą **15,56 zł** za jeden metr kwadratowy sprzątej powierzchni miesięcznie. Komórki organizacyjne z tego obszaru mogą kalkulować koszty utrzymania porządku w ich pomieszczeniach mnożąc wyliczony wskaźnik przez powierzchnię zajmowanych pomieszczeń. Wskaźnik ten, określany dla każdego miesiąca, daje możliwość bieżącej oceny kosztów procesów utrzymania higieny szpitalnej, pozwala planować ich budżet, a także może służyć jako klucz do rozliczenia tych kosztów na poszczególne MPK.

Analogiczny wskaźnik dla oddziałów szpitalnych wynosi **33,78 zł/m²**. Wydaje się być bardzo wysokim w stosunku do kosztów ponoszonych przez SUCz. Składnik samych kosztów osobowych w tym parametrze wynosi **24,50 zł/m²**.

Uśredniony wskaźnik dla obu obszarów razem wynosi prawie **23,70 zł/m²**. Zgodnie z danymi benchmarkowymi stawka za miesięczne sprzątnięcie 1m² analogicznej powierzchni dla większości przypadków mieści się w granicach od **18** do nawet **20 zł/m²**. Dotyczy on szpitali zarówno utrzymujących własne struktury porządkowe jak i korzystające z firm zewnętrznych.

Szpital Powiatowy w Sochaczewie ponosi stosunkowo wysokie koszty utrzymania higieny. Jest to problem strukturalny wynikający ze zbyt wysokich kosztów osobowych, ponoszonych w obszarze utrzymania czystości oddziałów szpitalnych.



W wielu przypadkach, gdzie organizację tych procedur włączono do struktur oddziałów, sprawowanie pieczy nad faktycznymi kosztami czystości zostało znacznie ograniczone. Budowanie kontroli nad kosztami poszczególnych procesów, także tych niemedyceńskich, wydaje się być ważnym zadaniem obecnej doby dla Dyrekcji Szpitala. Opracowując i wdrażając program racjonalizacji kosztów w strukturach oddziałów, osiągnąć można efekt finansowy szacowany na przeszło **500 tys. zł** rocznie.

5.2. Utylizacja odpadów komunalnych i medycznych

Wywóz odpadów medycznych i komunalnych jest elementem składowym procedur utrzymania porządku. Jego ceny wpływają na wysokość kosztów utrzymania czystości, szczególnie dotyczy to odpadów medycznych.

W badanej Jednostce wywóz i utylizacja odpadów realizowana jest przez konsorcjum „EMKA” S.A. oraz „SABA” Sp. z o.o. Do analiz przyjęta została umowa obowiązująca przez okres 12 miesięcy, od dnia 02.11.2021 roku do dnia 31.10.2022 roku. Stanowi ona, że podmiot zewnętrzny odpowiedzialny jest za odbiór, transport i utylizację odpadów medycznych oraz kuchennych trzy razy w tygodniu (pn, śr, pt) w godzinach 07:00-14:00. Ponadto w ramach umowy dostarczone zostały pojemniki na odpady.

Tabela 50 Koszty wywozu i utylizacji odpadów w Szpitalu w Sochaczewie w latach 2019-2021

Rok	2019	2020	2021
Odpady medyczne	249 134	379 126	684 957
Odpady komunalne	42 010	119 157	137 614
- średniomiesięcznie	24 262	41 524	68 548

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W analizowanym okresie zauważa się gwałtowny wzrost kosztów utylizacji odpadów. W stosunku do roku 2019 koszty te wzrosły prawie trzykrotnie. Wpływ na kształtowanie się cen mają między innymi zmieniające się uregulowania prawne oraz warunki rynku lokalnego.

Jednak analiza porównawcza stawek związanych z zarządzaniem odpadami wykazała, iż zawarte cenniki i ponoszone koszty przez Szpital w Sochaczewie nie odbiegają od stawek rynkowych. Kształtowanie się cen na tak wysokim poziomie jest ogólnokrajowym trendem, który pojawił się wraz ze wzrostem cen w spalarniach oraz nałożeniem ścisłej kontroli na podmioty zajmujące się tego typu działalnością.

5.3. Żywnienie pacjentów

Żywnienie pacjentów w Szpitalu w Sochaczewie realizowane jest we własnym zakresie. W Sekcji Żywnienia zatrudnionych jest 16 osób na stanowisku kucharza oraz 2 pracowników administracyjnych.



Pracownicy Sekcji odpowiadają za: zaopatrzenie w artykuły spożywcze, za ich jakość, przygotowywanie posiłków zgodnie z zasadami technologicznymi wskazanej diety, zapewnienie dostaw posiłków do pacjentów zgodnie z zamówieniami oddziałów, sprzątanie pomieszczeń kuchni oraz zaplecza gastronomicznego, prowadzenie procesów mycia dezynfekcji powierzchni, urządzeń, sprzętu naczyń, a także obsługiwane konsumentów stołówki.

Organizacja pracy w Sekcji została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 51 Organizacja pracy w Sekcji Żywnienia

Zmiana	Liczba osób na zmianie
7,35 godz.	1
12 godz. w dzień od poniedziałku do piątku	6
12 godz. w weekendy i święta	4

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Szpitalna kuchnia zabezpiecza dostawy wyżywienia nie tylko dla pacjentów Szpitala, ale także na potrzeby pracowników. Część posiłków otrzymują pracownicy bezpłatnie, część jest sprzedawana w stołówce.

Tabela 52 Ilości posiłków przygotowanych w Szpitalu w 2021 roku

Oddział	Śniadanie	II Śniadanie	Obiad	Podwieczorek	Kolacja	Dodatkowa Dieta	Ogółem
Dziecięcy	3 516	3 323	3 600	3 344	3 568		17 351
Ginekologia	1 788	21	1 803		1 842	22	5 476
Położnictwo	2 211	3	2 230	5	2 233		6 682
Chir. Ortoped	8 359	358	8 783		8 728	361	26 589
Chir. Ogólna	4 252	13	4 250		4 177	21	12 713
Wewnętrzny	16 137	3 554	16 097		15 882	3 470	55 140
OIOM	1 144	37	1 151		1 152	37	3 521
SOR	958		962		957		2 877
ogółem dla pacjentów	38 365	7 309	38 876	3 349	38 539	3 911	130 349
Personel bezpłatny	34		3 277		34		3 345
Personel płatny			5 243				5 243
Dom Dziecka			4 610				4 610
Inni odbiorcy posiłków	34	-	13 130	-	34	-	13 198
Ogółem	38 399	7 309	52 006	3 349	38 573	3 911	143 547

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Łącznie w szpitalnej kuchni wyprodukowano w 2021 roku **143,5 tys.** posiłków. Z zestawienia widać, poza wyżywieniem pacjentów, przygotowano przeszło **13 tys.** obiadów dla innych konsumentów.

Łącznie koszty poniesione przez szpital w roku 2021 na produkcję gastronomiczną wyniosły prawie **1,8 mln zł.** (tabela poniżej). Korzystając z algorytmów przekazanych audytorom przez Szpital a służących do wyliczania kosztów jednostkowych posiłków, wyliczono jakie koszty



ponosi Szpital na bezpłatne wyżywienie pracowników (**69 tys. zł** rocznie) oraz na wyprodukowanie sprzedanych obiadów (**208 tys. zł**). Biorąc pod uwagę, że ze sprzedaży obiadów Szpital uzyskał przychód w kwocie **107 tys. zł**, można stwierdzić, że na sprzedaży obiadów poniósł stratę w wysokości **101 tys. zł**.

Pozostałe koszty w wysokości **1,5 mln zł** poniesiono na wyżywienie pacjentów. Zgodnie z danymi statystycznymi przekazanymi przez Szpital wynika, pacjenci hospitalizowani w 2021 roku spędzili na oddziałach łącznie **38 565** osobodni. Wynika z tych danych, że średnie codzienne wyżywienie pacjenta kosztowało w tym okresie przeszło **38 zł** dziennie, (dokładnie **38,53 zł/dzień**).

Poniżej w tabeli przedstawione zostały koszty przygotowania wyżywienia jakie poniesiono w ubiegłym roku.

Tabela 53 Zestawienie kosztów przygotowania posiłków w 2021 w Szpitalu w Sochaczewie

Koszty żywienia	zł
Artykuły żywnościowe wraz z kosztami zakupu	326 434
Koszty organizacji szpitalnej kuchni	1 055 040
Zużycie mediów	144 564
Utrzymanie infrastruktury technicznej pomieszczeń	237 387
Koszty ogółem	1 763 424
Koszty bezpłatnych posiłków pracowniczych	69 230
Koszty posiłków sprzedawanych w stołówce	208 156
Koszty wyżywienia pacjentów	1 486 038

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wyliczona powyżej dzienna stawka wyżywienia pacjenta znacznie odbiega od danych benchmarkowych. Jakkolwiek dane z większej ilości szpitali wskazują, że prowadząc własną kuchnię ponosi się koszty wyższe niż przy cateringu zewnętrznym, to jednak wydatkiem uzasadnionym jest poziom w wysokości **24 do 26 zł** na dzień.

Szpital prowadzi bardzo drogą kuchnię. Uzasadnionym wydaje się być podjęcie działań aby doprowadzić poziom kosztów wyżywienia pacjentów do poziomów uznawanych za zasadne. Schodząc ze stawką do kwoty chociażby 28 zł na dzień uzyskane oszczędności mogą sięgnąć nawet kwoty przekraczającej 400 tys. zł rocznie.

5.4. Zabezpieczenie bielizny szpitalnej

Usługi prania w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie realizowane są przez firmę Hollywood Textile Service Sp. z o.o. Umowa zawarta została 01.10.2021 roku i obowiązuje przez okres 24 miesięcy.

Zgodnie z umową firma zobowiązała się świadczyć usługi prania i dezynfekcji bielizny szpitalnej i odzieży ochronnej oraz wynajmu bielizny ogólnoszpitalnej i zabiegowej oraz wdrożenie elektronicznego systemu bezdotykowej identyfikacji prania, wraz z wyposażeniem



i uruchomieniem u Zamawiającego sprzętu niezbędnego do prawidłowego wdrożenia systemu.

Według umowy obowiązuje stawka **4,67 zł** brutto za 1 kg prania. Cena dzierżawy bielizny za 1 miesiąc wynosi **14 203 zł brutto**. Ponadto w celu obsługi zapewnienia pacjentom pościeli Szpital zatrudnia 4 osoby: kierownika i 3 pracowników pomocniczych (w tym 3 osoby w okresie ochronnym przed emeryturą). Pełnią funkcję magazyniera, odbierają pościel od firmy zewnętrznej oraz rozwożą ją po oddziałach. Wydaje się, że dla niewielkiego w sumie szpitala jakim jest Szpital w Sochaczewie, obsługa w tej części procedur hotelowych może być postrzegana jako przewymiarowana.

W tabeli poniżej zaprezentowano koszty ponoszone na zabezpieczenie bielizny szpitalnej w latach 2019-2021 ze wskazaniem średnich kosztów przypadających na jeden osobodzień.

Tabela 54 Zestawienie kosztów zapewnienia pościeli w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie w roku 2021

Koszty zapewnienia pościeli szpitalnej	Wartość
Koszty bezpośrednie prania bielizny	325 144 zł
Koszty odkażania pościeli (stacja łóżek)	79 629 zł
Koszty użytkowania pomieszczeń	181 969 zł
Koszty własne Działu	159 167 zł
Razem koszty pościeli	745 909 zł
Koszt przypadający na jeden osobodzień pobytu pacjenta w Szpitalu	19,34 zł /osobodzień
Koszt przypadający na jednego pacjenta	89,20 zł /pacjenta

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Jednostkowe stawki za pranie jakie uzyskał Szpital w umowie outsourcingowej, mimo że mieszczą się w górnych granicach przedziału benchmarkowego, można uznać za zadawalające. Natomiast wskaźnik kosztów bielizny przypadający na 1 dzień pobytu pacjenta na oddziale znacząco wykracza poza stosowane granice. Dane benchmarkowe wskazują na osiągnięte przez inne szpitale wartości poniżej **10 zł/osobodzień**.

Koszt zapewnienia pacjentom w Szpitalu w Sochaczewie pościeli jest prawie dwa razy wyższy niż wskazania benchmarku. Wydaje się, że nieuzasadnione koszty są generowane przez niewłaściwie wykorzystywane pomieszczenia po byłej pralni, a obciążające wciąż jeszcze koszty bielizny oraz zbyt liczny jak się wydaje skład osobowy. Możliwe do osiągnięcia oszczędności powinny przekroczyć kwotę **300 tys. zł** rocznie.

Na dzień dzisiejszy, biorąc pod uwagę zarówno koszty pościeli jak i żywienia można wskazać, że jeden dzień hospitalizacji pacjenta kosztuje Szpital **64,60 zł**. Jest to tzw. dzienny koszt hotelowy, który powinien być brany pod uwagę przez każdego kierującego oddziałem. W tym miejscu audytorzy rekomendują także Dyrekcji kwestię dołożenia starań aby uporządkować struktury i procedury w zakresie zarządzania kosztami hotelowymi. Zejście ze stawki dziennej o **30%** wydaje się realne i możliwe.

5.5. Dozór

Koszty dozoru jak i zarządzania terenem są brane pod uwagę przy okazji analizy kosztów utrzymania i eksploatacji infrastruktury technicznej szpitala. Są uwzględnione w szacunkach stawki utrzymania 1 m² powierzchni operacyjnej. Intencją autorów w tym miejscu jest zwrócenie uwagi na szczegóły zawartej umowy outsourcingowej na dozór obiektów.

W zakresie dozoru Szpital w Sochaczewie posiada podpisaną umowę na świadczenie usług z Agencją Ochrony „ARGUS” Sp. z o.o. Umowa zawarta została na czas oznaczony od dnia 01.03.2021 roku do dnia 28.02.2023 roku.

Świadczone usługi polegają na realizacji całodobowych usług z zakresu ochrony mienia na terenie Szpitala:

- obsługa posterunku stałego nr 1 w budynku głównym A w godzinach 07:00-07:00 – koordynator, zapewniający całodobową obsadę,
- monitorowanie sygnalizacji alarmowej budynku B – reagowanie na sygnały alarmowe przez grupę interwencyjną,
- posterunek pieszy w godzinach od 22:00-06:00 w okresie od 01 kwietnia do 30 września i od 19:00-07:00 w okresie od 01 października do 31 marca,
- grupa interwencyjna musi posiadać wpis na listę kwalifikowanych pracowników ochrony fizycznej,
- dojazd do grupy interwencyjnej nie może być dłuższy niż 10 minut id zgłoszenia.

Do zadań pracowników ochrony należy m.in. pełnienie funkcji recepcyjnych i informacyjnych, a zwłaszcza nadzorowanie ruchu osobistego, obsługa szatni i portierni, nadzorowanie monitoringu.

Szpital płacił podmiotowi zewnętrznemu wynagrodzenie miesięczne w wysokości 20 323,68 zł brutto. Zgodnie z aneksem z dnia 03.01.2022r. wynagrodzenie za usługę wzrosło do 21 847,95 zł brutto miesięcznie.

Stosowane przez Jednostkę rozwiązanie w zakresie dozoru jest stosunkowo kosztowne. Ze względu jednak na specyfikę prowadzonej działalności oraz szeroki zakres usług rozwiązanie to należy podtrzymać.

5.6. Transport medyczny

Transport medyczny w Szpitalu w Sochaczewie obecnie realizowany jest głównie w formie przewozów pacjentów na zlecenie poszczególnych oddziałów, poradni czy Nocnej i Świątecznej Pomocy Medycznej w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Obsługuje także wizyty lekarskie jak i pielęgniarские. Szpital posiada także umowę na świadczenie usług transportowych dla innych jednostek ochrony zdrowia.

Usługi transportu realizowane są przez jeden dyżurny zespół transportowy. Jedynie w okresie od listopada 2020 do sierpnia.2021 na mocy kontraktu z NFZ funkcjonował



dotatkowy zespół postawiony do dyspozycji Centrum Powiadamiania Ratunkowego w związku z pandemią Covid-19.

Jako uzupełnienie, transport własny wspomaga się usługami zewnętrznego transportu medycznego, w szczególności Lotniczym Transportem Medycznym. Rocznie jest to kilka przypadków, np. w 2021 czterokrotnie.

Do obsługi transportu medycznego zatrudnionych jest 4 kierowców na etacie oraz 1 kierowca na umowę zlecenie. W zespole oprócz kierowcy są też ratownicy medyczni: 4 na etacie i 1 na umowę zlecenie. Zespoły pracują pełniąc dwunastogodzinne dyżury.

Szpitalny Zespół Transportu Sanitarnego jest wyposażony w trzy ambulanse:

- Fiat Ducato, rocznik 2015, nr rej. WSC828AY
- Renault Master, rocznik 2020, nr rej. WSC040AU
- Volkswagen Crafter, rocznik 2021, nr rej. WSC459CG.

Zespoły transportowe nie mają na stałe przypisanych do siebie pojazdów, samochody są eksploatowane rotacyjnie. Praktyka firm transportowych wskazuje, że rozwiązania takie nie są korzystne dla stanu technicznego pojazdów i kosztów ich eksploatacji. Wydaje się, że rozwiązanie, w którym każdy pojazd ma swojego gospodarza-opiekuna jest rozwiązaniem korzystniejszym.

Poniżej przedstawiono analizę funkcjonowania szpitalnego transportu medycznego. Oparto ją na zapisach ewidencji księgowej dostarczonej audytorom przez Szpital. Na tej podstawie ustalono koszty własne ponoszone przez szpital na utrzymanie Zespołu Transportu Sanitarnego.

Tabela 55 Zestawienie kosztów poniesionych przez Szpital na utrzymanie Zespołu Transportu Sanitarnego w 2021 roku

Koszty Zespołu Transportu Sanitarnego	Kwota	
koszty utrzymania i eksploatacji ambulansów	264 100	zł
koszty osobowe ZTS	771 037	zł
pozostałe koszty wydziałowe	137 518	zł
refundacja części wynagrodzenia ratowników	-130 671	zł
Koszty własne transportu sanitarnego	1 041 984	zł

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Utrzymanie własnego transportu kosztowało Szpital w 2021 roku przeszło **1 mln zł.** z tej kwoty **25%** stanowią nakłady na utrzymanie i eksploatację pojazdów, natomiast nieco powyżej **60%** koszty osobowe, skorygowane o refundację części wynagrodzeń ratowników.

Korzystając z ewidencji prowadzonej przez Szpital przeanalizowano sposób wykorzystania transportu własnego przez poszczególne struktury organizacyjne. W roku 2021 ambulanse Szpitalne przejechały łącznie prawie **94 tys. km.** Największa część z tego przypada na usługi na rzecz Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Na zlecenie SOR-u karetki przejechały



łącznie **41,5 tys. km**, co stanowi wykorzystanie prawie połowy potencjału transportowego Szpitala.

Drugim co do wielkości klientem ZTS są oddziały szpitalne, dla których pojazdy przejechały przeszło **28 tys. km**. Na zlecenie instytucji zewnętrznych natomiast zrealizowano kursy o łącznej długości **10,3 tys. km**.

Tabela 56 Zestawienie ilości przejechanych km przez własny transport sanitarny

Odbiorca usług	km
Szpitalny Oddział Ratunkowy	41 546 km
oddziały szpitalne	28 115 km
POZ (NPL)	9 218 km
poradnie AOS	4 835 km
zewnętrzne instytucje ochrony zdrowia	10 251 km
łączna długość kursów w roku	93 965 km

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Na podstawie powyższych zestawień wyliczono średnie jednostkowe koszt poniesiony w 2021 roku przez transport szpitalny. Zaewidencjonowane koszty transportu wskazują, że stawka za przejechanie jednego kilometra wynosiła w 2021 roku **11,09 zł / km**. Ten koszt jednostkowy jest bardzo wysoki. Dane benchmarkowe zgromadzone w latach 2017 do 2019, a więc w okresie sprzed wysokich podwyżek cen paliwa oraz wynagrodzeń wskazują, że średnie stawki za 1 km oscylowały wokół kwoty **3,60 zł**. Nawet przyjmując, że w okresie dwóch ostatnich lat koszty transportu uległy podwojeniu, to i tak wynikowa stawka w Szpitalu w Sochaczewie przekracza o **30%** oczekiwany wskaźnik.

Usługi transportu sanitarnego świadczone przez Szpital są w zdecydowanej większości sprzedawane wewnętrznym komórkom medycznym, które zaliczają je w swoje koszty prowadzenia działalności operacyjnej. W części natomiast są bezpośrednio sprzedawane instytucjom zewnętrznym. W przypadku Szpitala w Sochaczewie jest to Narodowy Fundusz Zdrowia finansujący usługi transportu sanitarnego w ramach podstawowej opieki medycznej, czy w związku z pandemią Covid-19 oraz Zespoły Opieki Zdrowotnej, które mają ze Szpitalem podpisaną umowę na transport sanitarny. Szpital nie prowadzi sprzedaży usług transportu sanitarnego na wolnym rynku.

Bazując na wcześniej wyliczonej stawce za 1 km oraz na szpitalnej ewidencji przebiegu samochodów, poniżej zestawiono dane umożliwiające określenie opłacalności sprzedaży usług transportowych dla poszczególnych rodzajów umów.

Tabela 57 Zestawieni sprzedaży i kosztów uzyskania sprzedaży na usługach transportu sanitarnego w 2021 roku

Odbiorca usług	km	sprzedaż	koszty	wynik finan.
NFZ w ramach kontraktu na POZ (NPL)	9 218	148 314	102 228	46 087
Inne instytucje ochrony zdrowia (ZOZ)	6 459	747	71 630	-70 884
NFZ w ramach kontraktów Covidowych	3 792	306 060	42 053	264 007
Razem	19 469	455 121	215 911	239 210

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Największą rentowność Szpital uzyskał na kontrakcie Covidowym. Niestety skończył się on w pierwszej połowie ubiegłego roku. Niezły wynik uzyskano na sprzedaży usług transportowych w ramach funkcjonowania podstawowej opieki medycznej, rentowność wyniosła 45%. Nieporozumieniem wydaje się natomiast sposób prowadzenia sprzedaży usług dla pozostałych podmiotów medycznych. W ramach tych zleceń przejechano prawie 6,5 tys. km i poniesiono w związku z tym koszty przekraczające 70 tys. zł. Zaewidencjonowane przychody z tego tytułu wynoszą zaledwie 747 zł. Wydaje się, że Szpital „zapomniał” fakturować sprzedawane usługi.

Podsumowując, koszty transportu własnego wydają się być za wysokie, a co za tym idzie stawki, które osiąga Jednostka przy wykorzystaniu własnego zasobu środków transportu i personelu odbiegają od oczekiwanych wskaźników.

Szpital nie zarządza w sposób efektywny sprzedażą usług transportu sanitarnego pomimo posiadania sprzętu, który jest wykorzystywany w 30% (jeden samochód na dyżurze na 3 będące w posiadaniu). Brak jest struktury organizacyjnej, która była by zdolna do zarządzania Zespołem Transportu Sanitarnego w sposób zapewniający optymalizację wykorzystania środków technicznych, kosztów oraz aktywnie uczestniczącej na rynku usług w procesie sprzedaży nadwyżek potencjału będącego w dyspozycji Szpitala.

W trakcie ostatnich prac redakcyjnych nad niniejszym raportem Szpital dostarczył audytorom nowe dane dotyczące kosztów transportu sanitarnego. Nie są one spójne ani z ewidencją księgową, ani z informacjami statystycznymi na temat wykorzystania transportu. Wynika z nich, że koszty całkowite Zespołu Transportu Sanitarnego za rok 2021 mogą być jeszcze większe i to o prawie 1 mln zł. Wynik taki pokazuje, że jednostkowy koszt 1 km może kosztować powyżej 21 zł/km, a więc trzykrotnie więcej niż spodziewane obecnie ceny rynkowe. Powrót w tym momencie do początków przeprowadzonych analiz w celu ich zweryfikowania zburzyłby ustalony harmonogram realizacji zlecenia. Dlatego rekomendujemy Szpitalowi zweryfikowanie tych informacji w trybie rutynowych analiz zarządczych. Jeżeli zostaną one potwierdzone – co wskazywało by na poważny problem z organizacją szpitalnego transportu – to koniecznym okaże się podjęcie zdecydowanych działań restrukturyzacyjnych w tym obszarze. Przy tym może okazać się, że najskuteczniejsza droga do celu prowadzi przez wyłączenie ZTS ze struktur szpitala i utworzenie nowego podmiotu, od którego Szpital kupowałby usługi, ale już na warunkach rynkowych.

Drugim wnioskiem, jaki nasuwa się z tego przypadku, jest konieczność przeanalizowania stosowanych w Szpitalu zasad rachunkowości zarządczej i algorytmów rozliczenia kosztów. Proponuje się zastosowanie w tych operacjach procedur wewnętrznej sprzedaży usług.



6. Polityka kadrowa

6.1. Dokumenty regulujące politykę kadrową

Polityka kadrowa Szpitala w Sochaczewie realizowana jest w oparciu o następujące regulacje:

- Regulamin Pracy,
- Regulamin Wynagradzania,
- Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych.

Regulamin Pracy ustala organizację i porządek wewnętrzny w procesie pracy oraz określa związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników. Regulamin pochodzi z **19.04.2006 roku**.

Regulamin zawiera w szczególności:

- Prawa i obowiązki pracodawcy i pracownika,
- czas pracy,
- wypłata wynagrodzenia za pracę,
- urlopy,
- organizacja i porządek pracy,
- ochrona pracy kobiet,
- odpowiedzialność porządkowa pracowników,
- bezpieczeństwo i higiena pracy oraz ochrona przeciwpożarowa.

Czas pracy rozlicza się w trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym.

Wynagrodzenie za pracę wypłaca za miesiąc poprzedni wypłaca się do 10-tego dnia następnego miesiąca.

Realizowana w Szpitalu w Sochaczewie polityka wynagradzania opiera się na Regulaminie Wynagradzania, pochodzącym z dnia 16 lipca 2013 roku. **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. Zawiera on ogólne zasady wynagradzania w podziale na poszczególne składowe wynagrodzenia.

Wg Regulaminu w Szpitalu na wynagrodzenie składają się:

- wynagrodzenie zasadnicze,
- dodatek stażowy,
- dodatek funkcyjny,
- dodatek za pracę wykonywaną w porze nocnej,
- dodatek za pracę w niedzielę i święta oraz w dniu dodatkowo wolnym od pracy lub za pracę w sobotę,
- dodatek za pracę w godzinach nadliczbowych,



- wynagrodzenie za dyżury medyczne i gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- wynagrodzenie za dyżur zakładowy pod telefonem,
- dodatek za dodatkowe kwalifikacje, stopień naukowy,
- premia uznaniowa (nagroda),
- dodatek wyrównawczy,
- dodatek do minimalnego wynagrodzenia za pracę,
- dodatek za społecznego inspektora pracy,
- dodatek za koordynatora stażu.

Ponadto w Szpitalu wypłacane były:

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

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

Pracownikowi przysługuje **dodatek stażowy** w wysokości wynoszącej po 5 latach pracy 5% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego i wzrastający corocznie o 1% za każdy dalszy rok pracy, maksymalnie do 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego po 20 latach pracy i więcej. Do okresu pracy uprawniającego do dodatku wlicza się wszystkie poprzednie zakończone okresy zatrudnienia pracowniczego.

Pracownikom zatrudnionym na stanowiskach kierowniczych przysługuje **dodatek funkcyjny**, ustalony procentowo w relacji do wynagrodzenia zasadniczego. Przy ustalaniu dodatku funkcyjnego bierze się pod uwagę wielkość komórki organizacyjnej, stopień trudności, złożoności wykonywania funkcji kierowniczych.

Tabela 58 Wykaz stawek dodatków funkcyjnych wg Regulaminu

Lp.	Stanowisko	% uposażenia zasadniczego
PRACOWNICY DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ		
1.	Z-ca Dyrektora Ordynator lub Koordynator lub Kierownik Oddziału (lekarz kierujący oddziałem) Naczelna Pielęgniarka Kierownik jednostki/komórki organizacyjnej Kierownik apteki zakładowej	do 45%
2.	Z-ca Ordynatora lub Koordynatora lub Kierownika Oddziału (lekarza kierującego oddziałem) Z-ca kierownika/jednostki komórki organizacyjnej, Z-ca naczelnej pielęgniarki Z-ca kierownika apteki szpitalnej Przełożona pielęgniarek	do 35%
3.	Z-czyni przełożonej pielęgniarek Pielęgniarka koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek Pielęgniarka oddziałowa Kierownik zespołu techników medycznych Kierownik techniczny pracowni stomatologicznej	do 25%
4.	Z-czyni pielęgniarki oddziałowej	do 20%
PRACOWNICY ADMINISTRACYJNI, TECHNICZNI I EKONOMICZNI		



Lp.	Stanowisko	% uposażenia zasadniczego
1.	Z-ca Dyrektora Główny Księgowy Radca prawny	do 45%
2.	Z-ca głównego księgowego	do 30%
3.	Kierownik jednostki/komórki organizacyjnej	do 25%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Analiza listy płac za miesiąc grudzień 2021r. styczeń-luty 2022r. wykazała, iż dodatki funkcyjne w Szpitalu kształtują się dla uprawnionych pracowników w wysokości od kilkuset do 4,5 tys. zł miesięcznie dla jednej osoby. Co miesiąc Szpital wypłaca dodatki funkcyjne łącznie w wysokości ok. 41-43 tys. zł, **rocznie daje to kwotę ok. 500-520 tys. zł.** 70% tej kwoty stanowią dodatki funkcyjne dla pracowników medycznych, reszta dla administracyjnych.

Za każdą godzinę pracy wykonywanej **w porze nocnej** pracownikom gospodarczym przysługuje dodatek do wynagrodzenia w wysokości 20% godzinowej stawki wynagrodzenia zasadniczego.

Pracownikom działalności podstawowej, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej, przysługuje dodatek w wysokości:

- **65%** stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej,
- **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 pracę w **godzinach nadliczbowych** przysługuje dodatek w wysokości określonej przepisami Kodeksu Pracy.

Pracownicy wykonujący zawód medyczny i posiadający wyższe wykształcenie za każdą godzinę **pozostawania w gotowości** do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości 50% stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

Pracodawca może przyznać pracownikowi **premię uznaniową (nagrodę)**. Nagrodę przyznaje Dyrektor biorąc pod uwagę m.in.: wykonywanie prac przez pracownika wykraczających poza jego obowiązki na danym stanowisku, wprowadzenie nowych rozwiązań i usprawnień poprawiających jakość świadczonych usług/pracy, wdrożenie działań wpływających na zwiększenie faktycznych przychodów Szpitala, wprowadzenie rozwiązań przyczyniających się do obniżenia kosztów funkcjonowania Szpitala, szczególną sumienność i staranność w wykonywaniu pracy, szczególne osiągnięcia zawodowe pracownika, wykonywanie zadań o szczególnym znaczeniu dla Szpitala. Nagroda nie ma charakteru stałego dodatku do wynagrodzenia.

Analiza listy płac za miesiące XII 2021, I-II 2022 pokazała iż premia wypłacana była w kwotach kolejno 21 tys. zł, 29 tys. zł i 24 tys. zł. Premia wypłacana była od kilkudziesięciu złotych do 5 tys. zł dla jednej osoby. Otrzymywało ją od 38 do 44 osób. Z analizy wynika, że jest to stały dodatek wypłacany co miesiąc, co jest niezgodne z zapisami Regulaminu Wynagrodzeń.



Na liście płac widnieje pozycja dodatek „wynagrodzenie dodatkowe”. Nie widnieje on w Regulaminie Wynagrodzeń. Z informacji uzyskanych od pracowników Szpitala wynika, że w związku z niestabilnością personelu zatrudnionego w Dziale Kadr i ciągłymi rotacjami pracowników, zarówno Regulamin jak i wydawane przez Dyрекcję zarządzenia do chwili obecnej nie uregulowały w żaden sposób pojęcia i składowych „wynagrodzenia dodatkowego”. Wypłacany jest on na mocy porozumień zawieranych w formie pisemnej z pracownikami, którym zostaje on przyznany. Dodatek ten wypłacany był w łącznej kwocie od 35 tys. do 50 tys. zł miesięcznie.

Stawki dodatków za dyżury w gotowości, czy pracę w porze nocnej są zgodne z ustawą o działalności leczniczej. Pozostałe dodatki funkcjonujące w Szpitalu są wprowadzane uznaniowo przez pracodawcę (np. premie/nagrody) więc ich wysokość uzależniona jest od jego decyzji.

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.

Do okresu pracy uprawniającego do nagrody wlicza się wszystkie poprzednio zakończone okresy zatrudnienia oraz inne okresy, jeżeli z mocy odrębnych przepisów podlegają one wliczeniu do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze.

Pracownikowi spełniającemu warunki do **emerytury lub renty** z tytułu niezdolności do pracy, którego stosunek pracy ustał w związku z przejściem na emeryturę lub rentę, przysługuje odprawa pieniężna w wysokości:

- jednomiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli był zatrudniony krócej niż 15 lat,
- dwumiesięcznego wynagrodzenia po 15 latach pracy,
- trzymiesięcznego wynagrodzenia po 20 latach pracy.

W razie śmierci pracownika w czasie trwania stosunku pracy lub czasie pobierania po jego rozwiązaniu zasiłku z tytułu niezdolności do pracy wskutek choroby w rodzinie przysługuje od pracodawcy odprawa pośmiertna w wysokości:

- jednomiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli był zatrudniony krócej niż 10 lat,
- trzymiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 10 lat,
- sześciomiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 15 lat.

Odprawa pieniężna funkcjonująca w Szpitalu jest właściwa (pod kątem obowiązkowej regulacji ustawowej) dla pracowników SP ZOZ.

Na liście płac widnieje wynagrodzenie dodatkowe wypłacane w kwocie XII 2021r. 45,9 tys. zł w I 2022r. 50,5 tys. zł, II 2022r. 35,7 tys. zł. Nie jest ona uregulowane Regulaminem Wynagradzania. Z informacji jakie udało się uzyskać od pracowników Szpitala wynika, iż



wypłacany jest on na mocy porozumień zawieranych w formie pisemnej z pracownikami, którym zostaje on przyznany.

Łącznie w organizacjach związkowych w Szpitalu w Sochaczewie zrzeszonych jest 130 pracowników. Stanowi to ok. 28% pracowników etatowych zatrudnionych w Szpitalu. W Szpitalu funkcjonują **3 organizacje związkowe**. Przedstawia to tabela poniżej.

Tabela 59 Wykaz organizacji związkowych

Lp.	Nazwa organizacji związkowej	Liczba członków
1.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych Zakładowa Organizacja Związkowa przy Zespole Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	52
2.	Komisja Zakładowa Niezależny Samorządny Związek Zawodowy „Solidarność” Region Mazowsze Komisja zakładowa nr 1211 przy Zespole Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	66
3.	Zakładowa Organizacja Związku Zawodowego OZZ TME przy Zespole Opieki Zdrowotnej Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	12

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Szpital ponosi koszty PFRON.

Tabela 60 Koszty PFRON oraz liczba osób posiadających stopień niepełnosprawności

MIESIĄC	2019		2020		2021		2022	
	KWOTA	ILOŚĆ OSÓB	KWOTA	ILOŚĆ OSÓB	KWOTA	ILOŚĆ OSÓB	KWOTA	ILOŚĆ OSÓB
STYCZEŃ	29 619,00	11	31 145,00	12	25 250,00	10	29 351,00	9
LUTY	29 731,00	11	30 334,00	11	25 255,00	10	28 933,00	9
MARZEC	33 760,00	11	29 715,00	11	27 184,00	10		
KWIECIEŃ	31 483,00	12	28 933,00	11	26 519,00	10		
MAJ	30 272,00	12	29 000,00	11	32 562,00	9		
CZERWIEC	31 133,00	12	29 731,00	11	33 433,00	9		
LIPIEC	30 760,00	12	28 344,00	11	32 815,00	9		
SIERPIEŃ	30 340,00	12	28 838,00	10	31 473,00	9		
WRZESIEŃ	40 806,00	12	26 908,00	9	29 949,00	9		
PAŹDZIERNIK	30 543,00	12	29 925,00	9	32 446,00	9		
LISTOPAD	27 690,00	13	27 876,00	9	32 281,00	8		
GRUDZIEŃ	34 358,00	12	26 249,00	10	33 927,00	8		
Razem	380 495,00	-	346 998,00	-	363 094,00	-	58 284,00	-

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W analizowanych latach Szpital zatrudniał od 8 do 13 osób posiadających orzeczony stopień niepełnosprawności. W związku z czym wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych nie przekracza 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



ponosił koszty z tytułu PFRON. W roku 2019 była to kwota 380 tys. zł, zaś w roku 2020 kwota spadła i wyniosła 346 tys. zł. W roku 2021 wyniosła 363 tys. zł. Od stycznia do lutego 2021 r. było to 58 tys. zł.

Na koniec lutego 2022 r. w Szpitalu zatrudnione były 82 osoby na umowy na czas określony, w wymiarze pracy 80,4 etatów, gdzie zapisane są 2 tygodniowe okresy wypowiedzenia. Pozostali pracownicy mają zawarte umowy na czas nieokreślony, gdzie w większości przypadków obowiązują 3 miesięczny okres wypowiedzenia. W roku 2022 umowy na czas określony dobiegają końca dla 35 pracowników, w 2023 dla 12 osób.

Na wynagrodzenie pracowników w Szpitalu w Sochaczewie składa się wiele dodatków przyznawanych przez Pracodawcę, także uznaniowo – tzn. niewynikających z przepisów prawa. Ponadto część osób dostaje dodatek pn. dodatkowego wynagrodzenia, który nie jest uregulowany przepisami Regulaminu Wynagradzania.

6.2. Struktura zatrudnienia

Szpital w Sochaczewie zatrudnia pracowników w oparciu o umowy o pracę oraz umowy cywilno-prawne (kontrakty oraz umowy zlecenia). Przeanalizowano stan i strukturę personelu Szpitala w latach 2019 – I-II 2022 wg rodzajów umów, grup zawodowych oraz w poszczególnych komórkach organizacyjnych.

Liczba zatrudnionych pracowników na umowy o pracę w Szpitalu zawiera osoby przebywające na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich i rodzicielskich, świadczeniach rehabilitacyjnych oraz urlopach bezpłatnych. Niewliczone natomiast zostały osoby przebywające na urlopach wychowawczych.

Szpital nie ewidencjonuje kontraktów oraz umów zleceń w przeliczeniu na równoważniki etatów – zatem pełna analiza w tym zakresie nie była możliwa. Przygotowanie danych w tym zakresie za lata poprzednie byłoby bardzo pracochłonne. Dokonano analizy tych danych, które udało się uzyskać ze Szpitala.

Umowy cywilno-prawne zostały przeliczone na etaty rozliczeniowe w tych przypadkach, w których było to możliwe.

Dominującą formą zatrudnienia w Szpitalu są umowy o pracę. Stanowią oni ok. 80% ogółu zatrudnionych.

Na potrzeby niniejszego opracowania pracowników Szpitala podzielono na 8 grup zawodowych: lekarzy, wyższy medyczny, pielęgniarki i położne, techników, średni medyczny (sekretarka medyczna, rejestratorka medyczna, statystyk medyczny, ratownik medyczny, terapeuci zajęciowi, dietetyk), niższy medyczny (opiekun medyczny, salwa, sanitariusz), administrację oraz obsługę (techniczną, gospodarczą).

Poniżej zaprezentowany został stan zatrudnienia pracowników w oparciu o umowy o pracę w podziale na poszczególne grupy zawodowe w latach 2019 – II 2022.



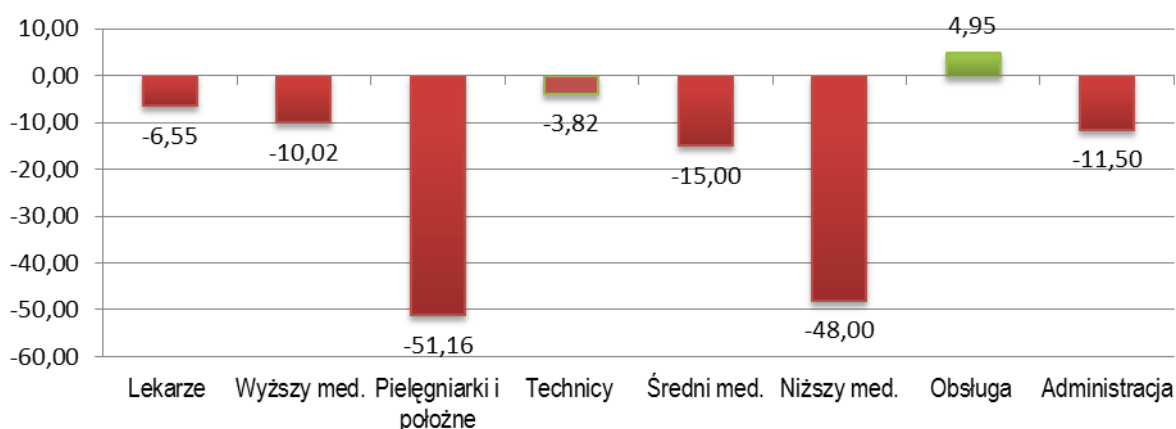
Tabela 61 Liczba pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w latach 2019 – 2022 ((wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe

Grupa zawodowa	Zatrudnienie w etatach				Dynamika			
	2019	2020	2021	2022 I-II	2012/2019	2021/2020	2022/2021	2022/2019
Lekarze	55,20	50,60	49,65	48,65	↘92%	↘98%	↘98%	↘88%
Wyższy med.	20,33	13,05	10,31	10,31	↘64%	↘79%	●100%	↘51%
Pielęgniarki i położne	234,66	213,00	189,50	183,50	↘91%	↘89%	↘97%	↘78%
Technicy	17,48	13,48	13,66	13,66	↘77%	↗101%	●100%	↘78%
Średni med.	58,00	54,00	52,00	43,00	↘93%	↘96%	↘83%	↘74%
Niższy med.	100,00	63,00	53,00	52,00	↘63%	↘84%	↘98%	↘52%
Obsługa	45,30	41,55	40,30	50,25	↘92%	↘97%	↗125%	↗111%
Administracja	73,50	70,00	63,00	62,00	↘95%	↘90%	↘98%	↘84%
RAZEM	604,47	518,68	471,42	463,37	↘86%	↘91%	↘98%	↘77%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Na przestrzeni analizowanego okresu liczba pracowników ogółem w ramach umów o pracę spadała z roku na rok – ostatecznie na koniec lutego 2022 roku **była niższa o 141,10 etatów niż w roku bazowym**. Największe zmiany w liczbie zatrudnionych miały miejsce w przypadku pielęgniarek i położnych, gdzie zanotowano spadek o 51,16 etatów. Wzrost zanotowano jedynie w grupie Obsługi – wzrost o 4,95 etaty.

Wykres 18 Różnica w liczbie zatrudnionych w grupach zawodowych w latach 2019 – II 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Szczegółowa analiza umów cywilno-prawnych nie była możliwa z uwagi na brak danych źródłowych z tego zakresu: brak informacji o umowach kontraktowych w latach 2019-2021 oraz brak informacji o wymiarze pracy z umów zleceń za wszystkie lata poddane analizie. Rok 2022 w przypadku kontraktów przeanalizowano w tych przypadkach, gdzie był podany wymiar pracy, umowy zlecenie przeanalizowane były wg liczby osób/umów.

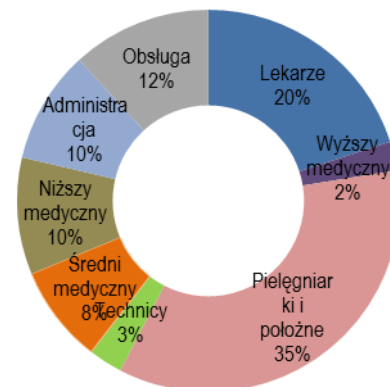
Wg stanu na koniec lutego 2022 roku Szpital w Sochaczewie zatrudniał łącznie ok. 685 osób, z czego 469 osób na umowy o pracę w wymiarze 436,37 etatów oraz 140 osób na

umowy kontraktowe w wymiarze pracy 62,59 etatów przeliczeniowych oraz 76 osób n umowy zlecenie.

Poniżej w tabeli przedstawione zostało zatrudnienie pracowników Szpitala w podziale na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową (wg stanu na koniec lutego.2022 roku) w przeliczeniu na etaty i osoby.

Tabela 62 Liczba pracowników w etatach i osobach w podziale na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową

Grupa zawodowa	Um. o pracę		Kontrakty		Zlecenie
	osoby	etaty	osoby	etaty	
Lekarze	49	48,65	127	56,53	0
Wyższy medyczny	11	10,31	5	2,51	5
Pielęgniarki i położne	186	183,50	5	1,55	46
Technicy	14	13,66	2	1,45	1
Średni medyczny	43	43,00	1	0,55	4
Niższy medyczny	52	52,00	0	0,00	8
Administracja	52	50,25	0	0,00	5
Obsługa	62	62,00	0	0,00	7
RAZEM	469	463,37	140	62,59	76



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Najliczniejszą grupę zawodową w Szpitalu tworzą pielęgniarki i położne, które zatrudnione są głównie w oparciu o umowy o pracę. Umowy o pracę dominują prawie we wszystkich grupach zawodowych, poza grupą lekarzy.

W tabeli poniżej został zaprezentowany szczegółowy wykaz osób zatrudnionych w Szpitalu wg stanu na koniec lutego 2022 roku w podziale na poszczególne komórki organizacyjne, grupy zawodowe oraz rodzaj zawartej umowy.

Tabela 63 Wykaz pracowników w podziale na grupy zawodowe oraz poszczególne komórki organizacyjne (wg stanu na koniec lutego 2022 r.)

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Um. o pracę		Kontrakty		Zlecenie
		osoby	etaty	osoby	etaty	
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	Lekarze			12	8,86	
	Pielęgniarki i położne	26	25,00			3
	Niższy medyczny	8	8,00			1
Oddział Pediatryczny	Lekarze	6	6,00	4	3,58	
	Pielęgniarki i położne	11	11,00			2
	Niższy medyczny	4	4,00			
Pododdział neonatologiczny	Pielęgniarki i położne	11	10,50			4
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	Lekarze	9	9,00	3	2,96	
	Pielęgniarki i położne	28	28,00	2	0,40	16
	Niższy medyczny	11	11,00			1
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarze	2	2,00	6	6,49	
	Pielęgniarki i położne	14	14,00	1	0,20	3
	Niższy medyczny	3	3,00			1
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	Lekarze	4	4,00	11	8,68	
	Pielęgniarki i położne	23	23,00	1	0,32	6
	Wyższy medyczny	1	1,00	2	1,76	



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

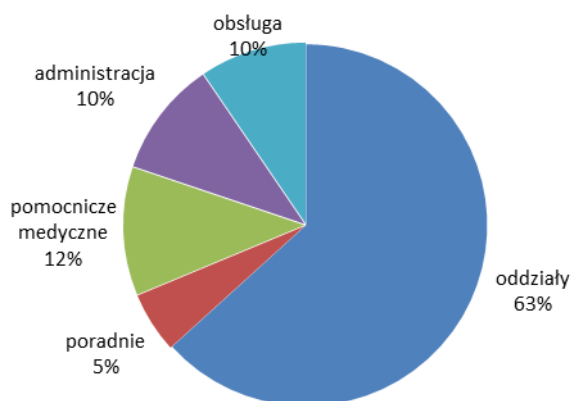
Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Um. o pracę		Kontrakty		Zlecenie
		osoby	etaty	osoby	etaty	osoby
	Niższy medyczny	7	7,00			3
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Lekarze	2	2,00	13	9,94	
	Pielęgniarki i położne	29	28,50			2
	Niższy medyczny	3	3,00			
Szpitalny Oddział Ratunkowy	Lekarze	2	2,00	15	10,14	
	Pielęgniarki i położne	13	13,00			1
	Niższy medyczny	6	6,00			
	Średni medyczny	9	9,00	1	0,55	
Blok Operacyjny	Lekarze	1	0,85			
	Pielęgniarki i położne	12	11,50	1	0,63	4
	Niższy medyczny	7	7,00			
Nocna Pomoc Lekarska	Lekarze			7	4,84	
	Pielęgniarki i położne	6	6,00			1
Podstawowa Opieka Zdrowotna	Lekarze			4	0,83	
	Pielęgniarki i położne	3	3,00			
Poradnie	Lekarze			37	0,21	
	Wyższy medyczny					1
	Pielęgniarki i położne	7	7,00			3
	Średni medyczny					2
Dział Stomatologii	Lekarze	5	4,80			
	Niższy medyczny	2	2,00			1
Rehabilitacja	Wyższy medyczny	8	7,31	1	0,75	4
	Technicy			1	0,82	
Lekarze stażyści	Lekarze	18	18,00			
Konsultacje	Lekarze			2	b. d.	
Szpital	Średni medyczny	2	2,00			
Zespół Transportu Sanitarnego	Średni medyczny	4	4,00			2
	Obsługa	4	4,00			1
Apteka	Wyższy medyczny	1	1,00			
	Technicy	3	3,00			
	Niższy medyczny	1	1,00			1
RTG	Technicy	11	10,66	1	0,63	1
Diagnostyka Medyczna	Lekarze			13	b. d.	
	Pielęgniarki i położne					1
Psycholog	Wyższy medyczny	1	1,00	2	b.dr.	
Centralna sterylizacja	Obsługa	8	8,00			
Dyrekcja	Administracja	1	1,00			
Statystycy medyczni	Administracja	8	8,00			
Dział kadr	Administracja	4	3,75			
Dział płac	Administracja	3	3,00			1
Księgowość	Administracja	9	8,75			
Składnica akt	Administracja	2	2,00			
Kancelaria	Administracja	2	2,00			
Dział szkoleń	Administracja	1	1,00			
Radcy prawni	Administracja	1	1,00			
Sekcja kontraktowania i rozliczeń	Administracja	5	5,00			
Dietetyk	Średni medyczny	1	1,00			
Informatycy	Administracja	3	3,00			2
Sekcja aparatury medycznej	Administracja	1	1,00			1



Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Um. o pracę		Kontrakty		Zlecenie
		osoby	etaty	osoby	etaty	osoby
Sekcja zakupów i zamówień publicznych	Administracja	7	7,00			
Kapelan	Administracja	1	0,50			
Spec. bhp i ppoż.	Administracja	2	1,25			
Specjalista ds. obronności	Administracja					1
Pielęgniarka Epidemiologiczna	Pielęgniarki i położne	2	2,00			
Z-ca Dyr. Ds. Pielęgniarstwa	Pielęgniarki i położne	1	1,00			
Sekcja recepcyjno-rejestracyjna	Średni medyczny	27	27,00			
Sekcja Żywienia	Obsługa	16	16,00			1
	Administracja	2	2,00			
Sekcja Porządkowa	Obsługa	11	11,00			5
Pralnia	Obsługa	4	4,00			
Warsztaty	Obsługa	19	19,00			
RAZEM		469	463,37	140	62,59	76

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 19 Struktura zatrudnienia



63% osób zatrudnionych w Szpitalu pracuje na oddziałach szpitalnych (razem z Blokiem Operacyjnym i Szpitalnym Oddziałem Ratunkowymi). Poradnie specjalistyczne obsługuje 5% ogółu pracowników. W komórkach pomocniczych medycznych pracuje 12% ogółu osób zatrudnionych w Szpitalu. Pracownicy obsługi i administracji stanowią łącznie 20% pracowników.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W Szpitalu w Sochaczewie dominuje model zatrudnienia oparty o umowy o pracę. Umowy kontraktowe pozwalają pracodawcy na elastyczne zarządzanie czasem pracy pracowników/usługodawców oraz zwiększają ich dyspozycyjność przy niższym koszcie całkowitym Szpitala, dlatego należy dążyć do wzrostu ich liczby. Zatrudnienie na koniec lutego 2022 r. ogółem w Szpitalu było niższe o ponad 141 etatów niż w roku bazowym.

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 w Sochaczewie.

Liczba lekarzy pracujących na poszczególnych oddziałach szpitalnych została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 64 Organizacja pracy lekarzy

Komórka organizacyjna	Stanowisko	Liczba lekarzy w godz. rannych w dni robocze	Liczba lekarzy na dyżurach w dni robocze	Liczba lekarzy na dyżurach 24 godz. w soboty i niedziele	Uwagi
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarze	5	1	1	2 lekarz dyżurny pod telefonem
	w tym rezydenci	1	0	0	
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	Lekarze	8-9	1	1	
	w tym rezydenci	3	0	0	
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	Lekarze	4	1	2	1 lekarz od poniedziałku do czwartku, 2 lekarzy od piątku do niedzieli, od poniedziałku do czwartku 1 lekarz pod telefonem
Blok Operacyjny	Lekarze	1 (kierownik)	0	0	
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Lekarze	6	2	2	
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	Lekarze	9-10	2	2	
	w tym rezydenci	5	0	0	
Oddział Pediatryczny	Lekarze	4-5	1	1	dyżur łączony
	w tym rezydenci	1-2			
Pododdział Neonatologiczny	Lekarze	1			
SOR	Lekarze	3-4	2	2	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W Szpitalu na oddziałach szpitalnych razem z Blokiem Operacyjnym i SOR-em zatrudnieni są lekarze w wymiarze pracy ogółem 76,50 etatów przeliczeniowych, w tym 15 rezydentów oraz dodatkowo 18 lekarzy stażystów. Przeciętnie w ciągu dnia na 7,35h na oddziałach szpitalnych pracuje ok. 41-45 lekarzy, zaś na dyżurach 10 osób. Jest to bardzo dużo – obecnie w Szpitalu pracuje zaledwie 69,5% łóżek oznacza to, że na 1 lekarza przypada ok. 1,6 pacjenta. Najmniej przypada na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym – gdzie na 1 lekarza przypada średnio 1,07 pacjenta.

W Szpitalu należy dokonać **redukcji zarówno liczby osób pracujących do południa, jak i redukcji liczby dyżurów lekarskich**. Redukcja 1 dyżuru medycznego może przynieść oszczędności rzędu od 800 tys. w skali roku.

Organizacja pracy pielęgniarek i położnych została przedstawiona w tabeli poniżej.



Tabela 65 Organizacja pracy pielęgniarek i położnych

Jednostka organizacyjna	Do południa 7:35 (system 8-godz.)	12 godzin w dzień (pn.-pt.)	12 godzin w nocy (pn.-pt.)	12 godzin w dzień (weekendy i święta)	12 godzin w nocy (weekendy i święta)
Oddział Chirurgii Ogólnej	2	1-2	2	2	2
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	3	4	4	4	4
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	2	4	4	4	4
Blok Operacyjny	4-5	2	1	1	1
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	3-4	4	4	4
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	1	6	6	5	5
Oddział Pediatryczny	1	2	2	3	2
Pododdział Neonatologiczny	1	3*	3*	2*	2*
SOR	2	3	2	3	2

* od maja 2022 r. dyżury są jednoosobowe

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Na oddziałach szpitalnych (razem z Blokiem Operacyjnym i Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym) zatrudnione są pielęgniarki i położne w wymiarze pracy 166,05 etatów, z czego ok. 13 osób przebywa na długoterminowych zwolnieniach. Od poniedziałku do piątku w komórkach tych pracują 22-23 pielęgniarki i położne jednozmianowe oraz 31-33 pielęgniarki i położne na zmianie dziennej, 31 pielęgniarek i położnej na zmianie nocnej. W weekendy i święta oddziały obsługuje 30 pielęgniarek i położnych w dzień oraz 28 pielęgniarek i położnych w nocy.

Z dniem 01.01.2019r. weszły w życie 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, jako warunku kontraktowania świadczeń przez NFZ w zakresie świadczenia leczenia szpitalnego. Zasady wyliczenia norm opierają się o równoważniki zatrudnienia: 0,6 w oddziałach zachowawczych i 0,7 w oddziałach zabiegowych na łóżko, dla oddziałów pediatrycznych od jest to 0,8 w oddziałach zachowawczych i 0,9 pediatrycznych w oddziałach zabiegowych na łóżko.

Szpital na niektórych oddziałach ma większą liczbę pielęgniarek i położnych niż wynika to z normy, a na niektórych niższą – w sumarycznym bilansie pielęgniarek jest za dużo. Aby spełnić normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, musiałyby albo poprzestawać pielęgniarki albo obniżyć liczbę łóżek szpitalnych. Wg nowej normy obsadę należy zapewnić na każde łóżko – obłożone czy też nie. **Należy – uwzględniając łóżka rzeczywiście pracujące – obniżyć liczbę łóżek na niektórych oddziałach szpitalnych i dostosować do nich liczbę pielęgniarek i położnych.**



Tabela 66 Organizacja pracy salowych i sanitariuszy

Jednostka organizacyjna	Do południa 7:35 (system 8-godz.)	12 godzin w dzień (pn.-pt.)	12 godzin w nocy (pn.-pt.)	12 godzin w dzień (weekendy i święta)	12 godzin w nocy (weekendy i święta)
Blok Operacyjny	2	0	1	0	1
Oddział Chirurgii Ogólnej	0	1	0	1	0
SOR	0	1	1	1	1
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	3	2	1	2-3	1
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	0	1	0	0	0
Oddział Pediatryczny	0	1	1	1	0
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	2	2	0	2	0
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	2	2	1	2	1
Apteka	1	0	0	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W Szpitalu pracują 32 etaty na stanowisku salowa i 17 etatów na stanowisku sanitariusz. Do obowiązków salowych i sanitariuszy należy sprzątanie oraz pomoc przy pacjenci (szerzej zostało to opisane w dziale z organizacją obsługi gospodarczej). Analiza kosztów sprzątania w przeliczeniu na 1m² wskazuje na zbyt wysokie koszty w tym zakresie – a głównie są to koszty osobowe.

Tabela 67 Harmonogram pracy poradni

Nazwa Poradni	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek
PORADNIA ENDOKRYNOLOGICZNA		09.30 – 14.00		12.00-14.00	
PORADNIA KARDIOLOGICZNA			08.20 – 10.40 12.00 – 16.00	15.00-18.00	
PORADNIA KARDIOLOGICZNA-DZIECIĘCA		14.00 – 17.00			
PORADNIA NEUROLOGICZNA	08.00 – 12.15	15.00 –18.00		08.00 – 12.15	
PORADNIA DIABETOLOGICZNA	08.00-10.00				
PORADNIA NEONATOLOGICZNA			10.00 – 12.00		
PORADNIA UROLOGICZNA			16.00-21.00	15.00 – 18.00	
PORADNIA ONKOLOGICZNA		9.00 - 11.00	11.00 – 14.30	11.00 – 14.30	
PORADNIA REUMATOLOGICZNA			08.00 – 12.00 08.00 – 10.45		08.00-13.00
PORADNIA CHOROÓB PŁUC	12.00-14.00	08.00 – 11.30		13.00 – 17.00	09.00 – 11.30
PORADNIA GINEKOLOGICZNO - POŁOŻNICZA	08.00 – 13.00	09.30-13.00	08.40 – 12.00	09.00-13.00	08.40 – 12.00
PORADNIA CHIRURGII DZIECIĘCEJ	13.00-14.00 konsultacje	12.00 – 15.00			
PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ	09.00 – 11.00		09.00-11.00	09.00-11.00	09.00 – 12.00
PORADNIA CHIRURGII BARIATRYCZNEJ			12.00-14.30		
PORADNIA CHIRURGII PRZEWODU POKARMOWEGO	11.00 – 13.00	11.00 – 13.00	11.00 – 13.00	11.00 – 13.00	



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Nazwa Poradni	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek
PORADNIA CHIRURGII URAZOWO - ORTOPEDYCZNEJ	08.00 – 11.00	08.00 – 11.00	12.00 – 16.00	08.00 – 11.00	08.00 – 11.00
	12.00 – 15.00		08.00 – 10.00		
PORADNIA REHABILITACYJNA			12.30 - 17.00		
PORADNIA CHIRURGII STOMATOLOGICZNEJ	12.00 – 18.00			07.50 – 13.30	07.50 – 13.30
PORADNIA STOMATOLOGICZNA		07.40 – 12.40	07.40 – 12.40		
	07.40 – 12.40	13.40 – 18.40	07.40 – 12.40	13.40 – 18.40	07.40 – 12.40
	07.40 – 12.40	13.40 – 18.40	12.10 – 17.20	07.40 – 12.40	07.40 – 12.40
	12.20 – 17.20	07.40 – 12.40	13.40 – 18.40	07.40 – 12.40	07.40 – 12.40
	13.40 – 17.40	07.40 – 11.40	13.40 – 17.40	07.40 – 11.40	13.40 – 17.40
PORADNIA LECZENIA UZALEŻNIEŃ	08.00 – 18.00	08.00 – 18.00	08.00 – 18.00	08.00 – 18.00	08.00 – 15.00
		08.00-18.00		08.00-18.00	08.00-14.00
	07.25-13.30	08.20-18.00	10.00-18.00	07.25-15.00	07.25-14.30
	10.25-18.00	07.25-14.30	07.25-13.00	07.25-18.00	07.25-14.30
PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO	08.00-14.00	08.00 – 18.00	08.00 – 14.00	08.00-18.00	08.00 – 14.00
	08.00 – 14.00	08.00 – 14.00	08.00-15.30	08.00 – 14.00	08.00-15.30
	12.00 – 18.00	12.00-18.00		08.00-15.30	
	09.00-14.00	15.00-17.30			
	08.00-15.30	08.00-15.30			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 56/2021/DSOZ w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z dnia 31.03.2021r z późn. zm. § 10. 1. Czas pracy poradni przyszpitalnej obejmuje co najmniej 3 dni w tygodniu, w wymiarze nie mniejszym niż 12 godzin tygodniowo (łącznie).

Z jednej strony Szpital posiada bardzo bogatą ofertę w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z drugiej strony nie wszystkie poradnie działają zgodnie z rozporządzeniem. Może zatem istnieć niebezpieczeństwo stracenia kontraktu na dany zakres.

W komórkach administracyjnych i obsługi zatrudnieni są pracownicy w wymiarze pracy 104,25 etatów, z czego 48% to pracownicy Administracji, 48% to pracownicy obsługi, 4% stanowią pracownicy medyczni. W niektórych komórkach występuje przerost zatrudnienia. Korekty w tym zakresie zostaną przedstawione w części naprawczej.

Analiza organizacji pracy personelu pracującego w Szpitalu w Sochaczewie pokazała, iż nie jest ona optymalna i wymaga korekty.

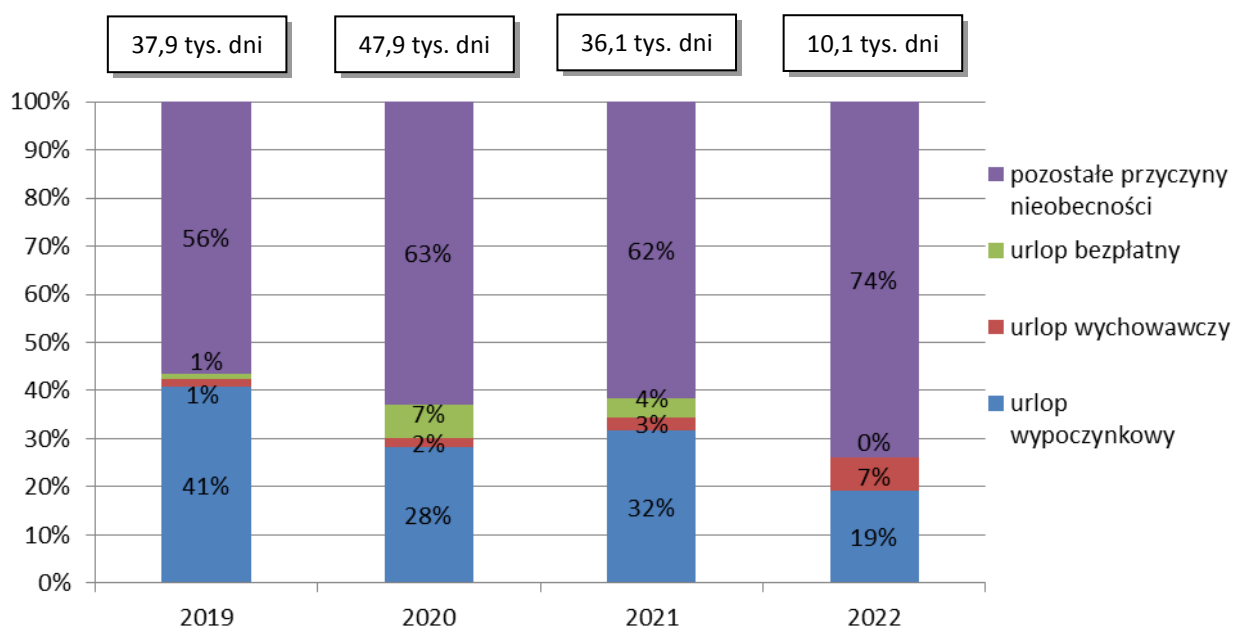


6.4. Absencja

Analiza przyczyn i czasu absencji personelu zatrudnionego w Szpitalu w Sochaczewie została przeprowadzona za lata 2019 – II 2022. 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.

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, oczyszczoną, czyli skorygowaną o urlopy wypoczynkowe – bez urlopów bezpłatnych i wychowawczych. Analiza dotyczy dni kalendarzowych absencji.

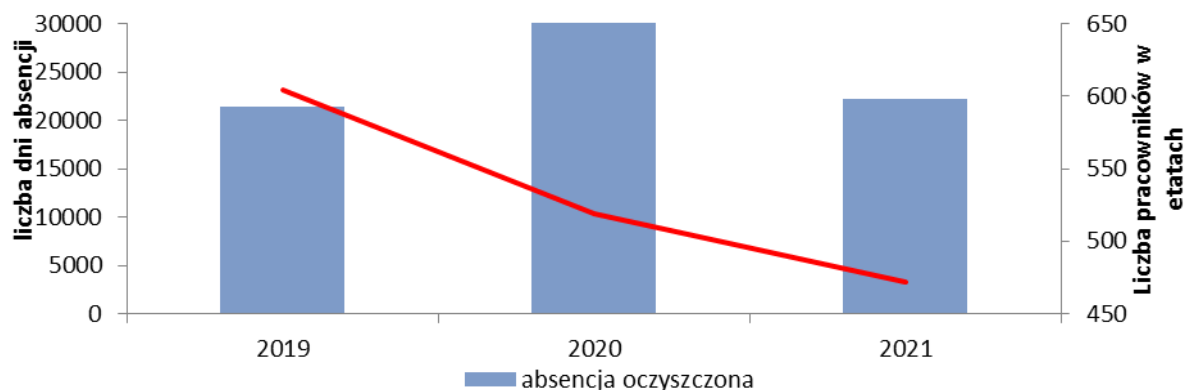
Wykres 20 Absencja całkowita w latach 2019 – 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Absencja całkowita w analizowanych latach wahała się – w roku 2019 wynosiła 37,9 tys. dni, zaś w roku 2020 47,9 tys. dni, po czym w roku 2021 wynosiła 36,1 tys. dni. Wynikało to po części ze spadku zatrudnienia. Zwracamy uwagę na pozostałe przyczyny nieobecności pracowników, które w analizowanych latach znacznie wzrosły i stanowiły „drugi urlop” dla pracowników.

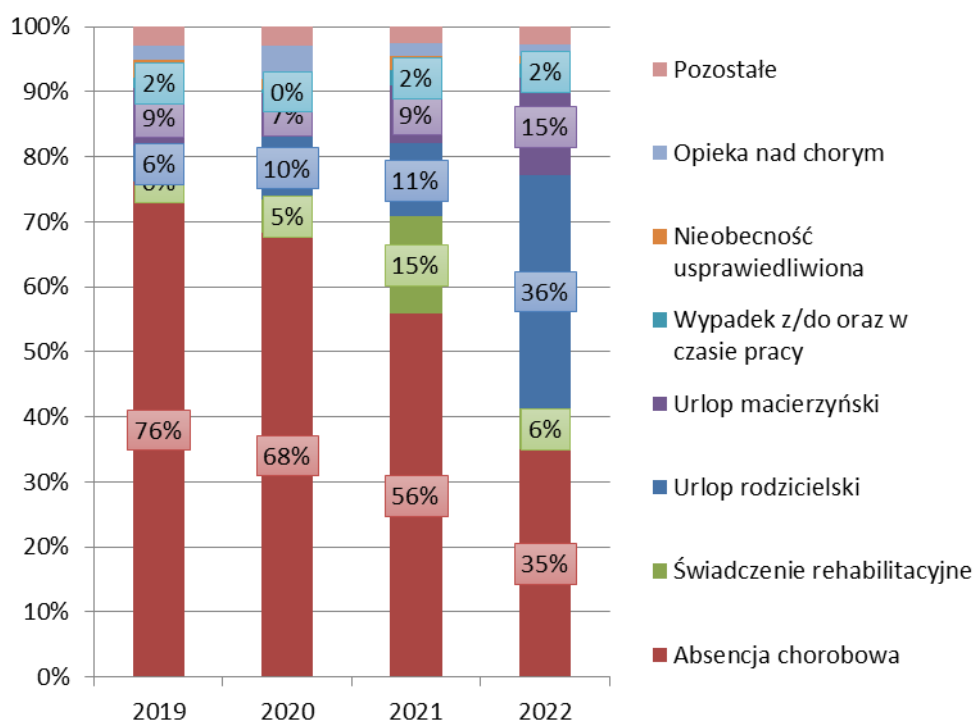
Wykres 21 Absencja oczyszczona w latach 2019 – 2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Przeciętna liczba zatrudnionych w analizowanych latach spadła o 22%, absencja oczyszczona z kolei zanotowała przyrost o 4%.

Wykres 22 Przyczyny absencji oczyszczonej w latach 2019 – 2021– struktura



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

W analizowanym okresie główną przyczyną absencji pracowników były zwolnienia chorobowe, świadczenia rehabilitacyjne oraz urlopy rodzicielskie i macierzyńskie.

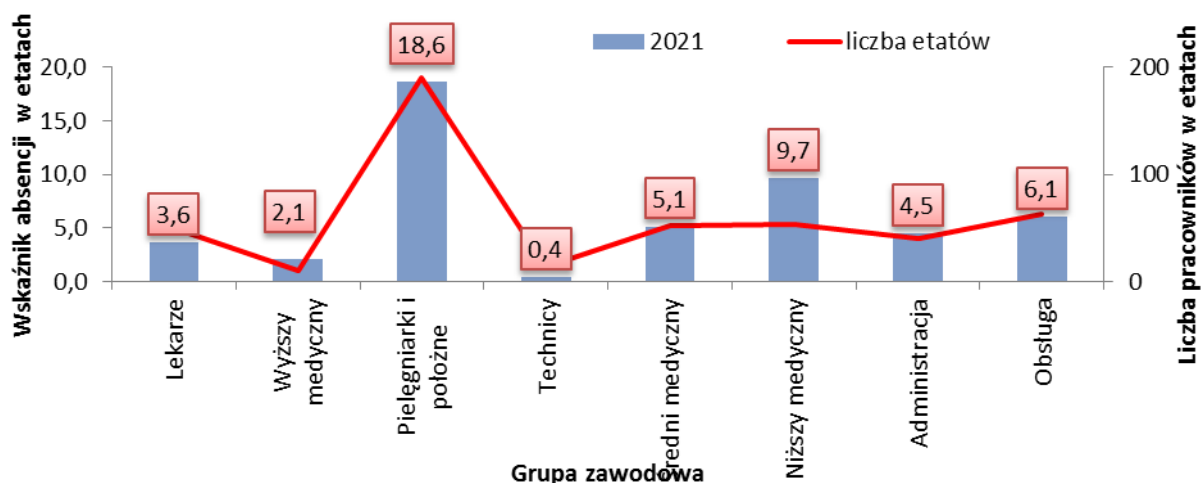
Absencja choroby wpływa na koszty osobowe ponoszone w Jednostce. Do kosztów absencji chorobowej należy zaliczyć nie tylko koszt wynagrodzenia, ale również należy doliczyć wynagrodzenia za zastępstwa i nadgodziny wynikające z potrzeby wykonywania pracy za pracowników przebywających na zwolnieniu. Poza 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 23 Wskaźnik absencji chorobowej w przeliczeniu na etaty rok 2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

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 2021 co miesiąc w wyniku nieobecności spowodowanej chorobą należało „dotrudnić”, znaleźć zastępstwo dla 50 etatów pracowników. **W porównaniu do innych podmiotów działalności medycznej o podobnej liczbie zatrudnionych pracowników wskaźniki te kształtują się na dość wysokim poziomie.**

Poniżej przedstawiono liczbę dni absencji chorobowej rocznej oraz miesięcznej w dniach w poszczególnych grupach zawodowych przypadającą na jeden zatrudniony etat.

Tabela 68 Liczba dni absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych na 1 etat w dniach

Grupa zawodowa	2021	
	roczna	miesięczna
Lekarze	18,5	1,5
Wyższy medyczny	50,3	4,2
Pielęgniarki i położne	24,9	2,1
Technicy	6,9	0,6
Średni medyczny	24,9	2,1
Niższy medyczny	43,7	3,6
Administracja	26,7	2,2
Obsługa	24,2	2,0
Ogółem	26,4	2,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wskaźnik absencji chorobowej przeliczony na średnią liczbę dni choroby w ciągu roku wyniósł 26,4 dni dla całej Jednostki w roku 2021. Oznacza to, że średnio każdy pracownik był nieobecny w wyniku choroby 26 dni. Wielkość ta jest ponad dwukrotnie wyższa od średniej benchmarkingowej dla sektora ochrony zdrowia (12 dni). W roku 2021 najdłużej chorował personel wyższy i niższy.

Zjawisko absencji chorobowej jest zagadnieniem złożonym. Dotyczy często nie samej choroby pracownika (czyli aspektu czysto zdrowotnego), ale również otoczenia w którym funkcjonuje pracownik, w tym faktu relatywnie łatwego dostępu do uzyskania tzw. L4 przez pracowników służby zdrowia. 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. Trzeba zatem podjąć jak najszybciej kroki zmierzające do wzrostu satysfakcji z pracy personelu (np. zmiana systemu motywacyjnego, analiza stosunków międzyludzkich itp.) oraz wprowadzić działania naprawcze, które przyczynią się do poprawy sytuacji finansowej w Szpitalu.

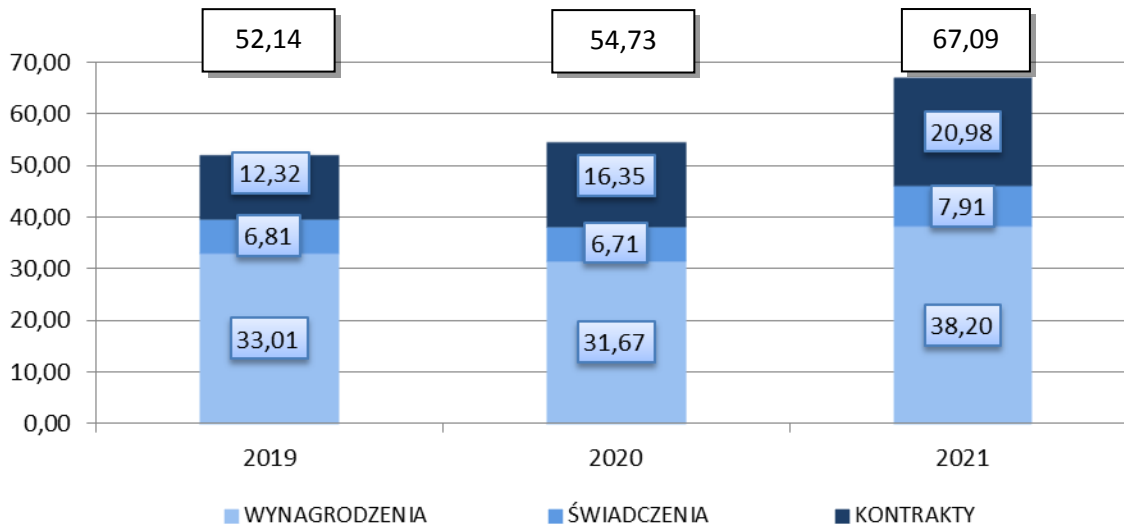
Podsumowując analizę absencji w Szpitalu w Sochaczewie należy stwierdzić, iż na przestrzeni lat uległa wzrostowi – poniekąd za sprawą pandemii. Najczęstszą przyczyną nieobecności w pracy pracowników były zwolnienia chorobowe, w wyniku których co miesiąc Szpital musi „dotrudnić” z tego tytułu 50 etatów 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 i reagowanie na jej zmiany.



6.5. Koszty osobowe

Poniżej na wykresie pokazano całkowite koszty osobowe poniesione w Szpitalu w Sochaczewie w latach 2019 – 2021.

Wykres 24 Wysokość kosztów osobowych poniesionych w latach 2019 – 2021 [w mln zł]



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Koszty osobowe w analizowanym okresie systematycznie wzrastały – mimo spadku zatrudnienia w tym czasie. Wynika to w głównej mierze ze wzrostu wynagrodzeń wynikających z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o minimalnym wynagrodzeniu. Koszty te będą dalej rosły w wyniku kolejnych obciążeń prawnych dla pracodawców (np. PPK, wzrost płacy minimalnej, wzrostu płacy z ustawy o zawodach medycznych).

Koszty osobowe poniesione w latach 2019 – 2021 w Szpitalu w stosunku do przychodów oraz kosztów z działalności podstawowej przedstawia tabela poniżej.

Tabela 69 Wskaźnik kosztów osobowych do przychodów oraz kosztów działalności podstawowej w latach 2019 – 2021

WYSZCZEGÓLNIENIE	2018	2019	2020
ko/k (wsk. I)	73,7%	74,4%	74,4%
ko/k bez amortyzacji (wsk. II)	76,2%	76,5%	76,0%
ko/p (wsk. III)	77,4%	78,9%	78,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Udział kosztów osobowych (koszty umów o pracę, umów cywilno-prawnych, narzuty) w kosztach z działalności podstawowej oraz w przychodach Szpitala w Sochaczewie w badanym okresie kształtował się na dość wysokim poziomie. Koszty osobowe stanowiły



ok. 76% kosztów z działalności podstawowej oczyszczonych z kosztów amortyzacji (wsk. II) oraz ok. 78-79% przychodów z działalności podstawowej. Wyższy wskaźnik III od I wskazuje, iż Jednostka w tym czasie była nierentowna na działalności podstawowej.

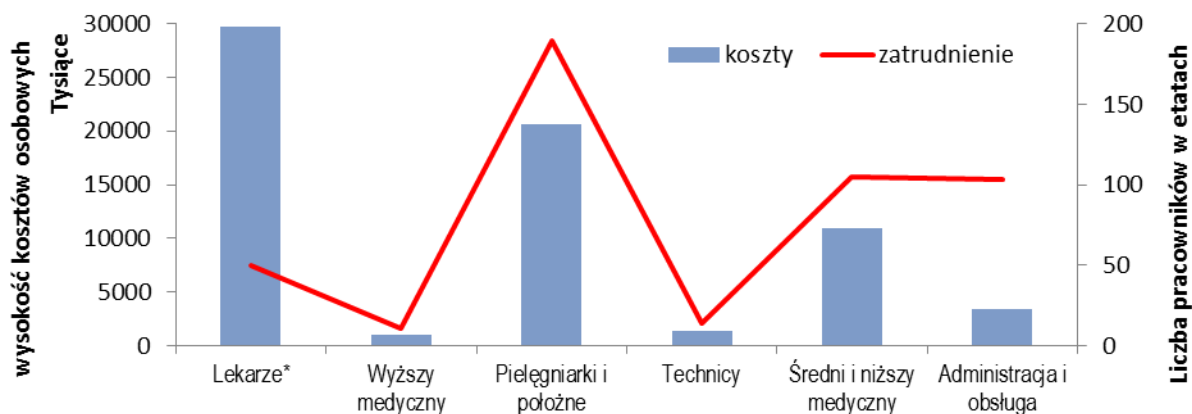
Koszty osobowe w roku 2021 w podziale na grupę zawodową i rodzaj zawartej umowy został przedstawiony w tabeli poniżej.

Tabela 70 Koszty osobowe w podziale na grupę zawodową i rodzaj zawartej umowy w roku 2021

Grupa zawodowa	Um. o prace	Zlecenia	Narzuty	Kontrakty	Razem
Lekarze	6 688 670,72	662 052,78	1 955 434,90	20 416 224,96	29 722 383,36
Wyższy medyczny	477 521,01	159 662,50	143 905,83	258 204,44	1 039 293,78
Pielęgniarki i położne	16 438 957,07	724 320,00	3 417 285,57	66 169,60	20 646 732,24
Technicy	996 206,31	103 980,00	197 506,27	62 496,00	1 360 188,58
Średni i niższy medyczny	8 462 315,93	599 051,07	1 670 645,36	178 550,00	10 910 562,36
Administracja i obsługa	2 735 393,36	150 334,25	521 871,90	0,00	3 407 599,51
Ogółem	35 799 064,40	2 399 400,60	7 906 649,83	20 981 645,00	67 086 759,83

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 25 Koszty osobowe oraz poziom zatrudnienia w roku 2021



* część lekarzy pracuje zadaniowo, zatem nie jest ujęty ich wymiar pracy

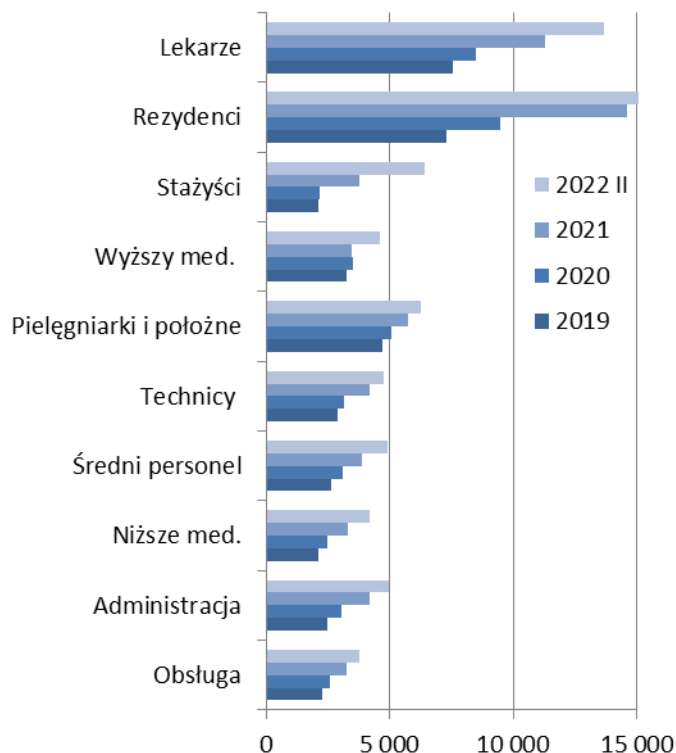
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

44% kosztów osobowych ogółem w Szpitalu w Sochaczewie stanowiły wynagrodzenia lekarzy, którzy w większości zatrudnieni byli na umowy kontraktowe. Kolejno dominowały wynagrodzenia pielęgniarek i położnych (31% ogółu kosztów), które prawie w 100% wypłacane były na podstawie umów o pracę i zleceń. Same koszty pracodawcy stanowiły kwotę 3,4 mln w skali roku. Ponad 60 pielęgniarek i położnych zarabia powyżej 6,5 tys. zł brutto miesięczne, gdzie koszty narzutów wynoszą 1,2 mln zł rocznie.



Poniżej przedstawione zostały przeciętne wynagrodzenia brutto z umów o pracę pracowników Szpitala w Sochaczewie w poszczególnych grupach zawodowych w przeliczeniu na pełny etat w latach 2019-2022 II.

Wykres 26 Przeciętne wynagrodzenia brutto w latach 2019 – 2021 II



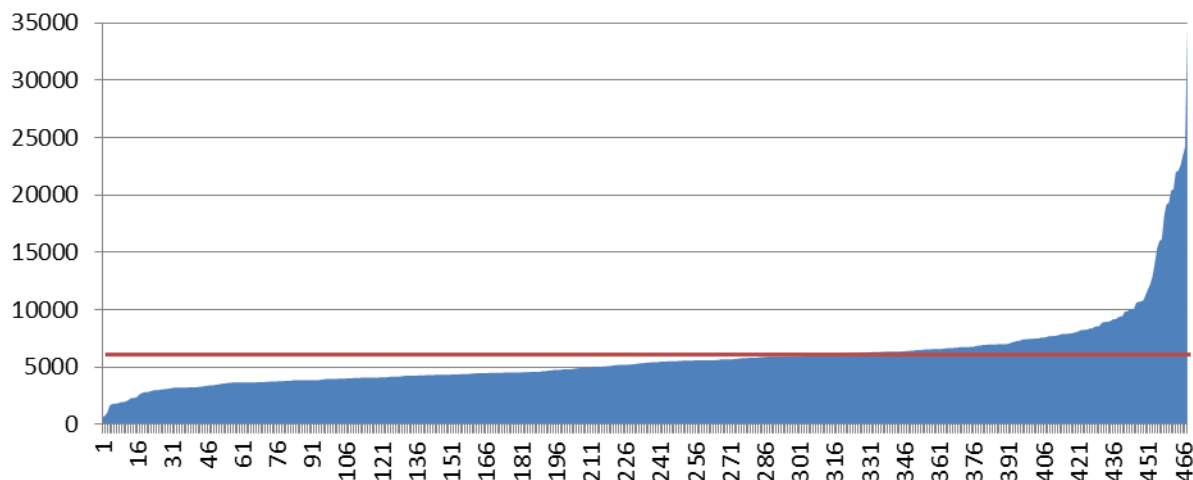
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Średnie wynagrodzenie brutto dla całej Jednostki w analizowanych latach rosło. W roku 2019 było to 3,7 tys. zł brutto, zaś w roku 2022 7,0 tys. zł, brutto. Wynagrodzenia wzrosły we wszystkich grupach zawodowych. Najwyższy wzrost widoczny jest w grupie rezydentów i lekarzy – wzrost kolejno o 7,8 i 6,1 tys. zł. W grupie administracji (bez Dyrekcji) wynagrodzenia brutto wzrosły o 2,4 tys. zł. W przypadku pielęgniarek i położnych przeciętna płaca brutto była wyższa w roku 2021 o 1,5 tys. zł niż w roku bazowym, głównie za sprawą środków celowych z NFZ przeznaczonych na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych.

Poniżej na wykresie wynagrodzenia brutto pracowników zatrudnionych na umowy o pracę za miesiąc luty roku 2022, oczyszczone z nagród jubileuszowych.



Wykres 27 Przeciętne wynagrodzenia brutto z umów o pracę II 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

30% pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w Szpitalu posiada wynagrodzenie brutto wyższe niż przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto 6 220 zł w Polsce (II 2022r.) Dla 25 osób płaca brutto wynosi powyżej 10 tys. zł – średnio jest to 16,7 tys. zł brutto. Są też osoby które zarabiają powyżej 20 tys. zł brutto miesięcznie. Rekordziści otrzymywali ok. 34 tys. zł za miesiąc pracy. Same koszty pracodawcy dla osób, które zarabiają więcej niż 20 tys. zł miesięcznie to 500 tys. zł rocznie. **Szpital powinien wyłonić osoby z wysokimi zarobkami i zachęcić je do zmiany formy zatrudnienia z umów o pracę na umowy kontraktowe.**

Część pracowników zatrudnionych w Szpitalu świadczy usługi w oparciu o umowy kontraktowe i zlecenie. Wynagrodzenie tych osób ma postać:

- stawki godzinowej – liczba godzin x stawka z umowy,
- stawki za badanie, konsultację, zabieg, poradę, szczepienie,
- % od procedury (punktu),
- stawki ryczałtowej.

Stawki lekarzy w większości przypadków są to stawki godzinowe – gdzie lekarz otrzymuje wynagrodzenie bez względu na efekt swojej pracy. Stawki te w roku 2022 wynosiły od 70 zł do 170 zł za godzinę pracy. Najwyższe stawki płacone były w SOR. Stawki za badania wynosiły od 25 zł do 100 zł za badanie plus opis. Stawki ryczałtowe dla lekarzy wyniosły od 5 tys. zł do 20 tys. zł.

Stawki dla pielęgniarek wynosiły od 45 do 60 zł za godzinę pracy. Fizjoterapeuta otrzymywał od 29 zł do 52 zł za godzinę pracy, ratownik medyczny 40-45 zł/h, salowa/sprzątaczką 19,70 zł/h, kierowca 30 zł za godzinę pracy.



Stawki na umowach cywilno-prawnych są porównywalne do średnich stawek rynkowych. Zwracamy jedynie na rodzaj płaconej stawki – stawki godzinowe bez skorelowania z efektami pracy są niekorzystne dla Szpitala – lepsze jest np. rozwiązanie uwzględniające ustalony % od punktu zapłaconego przez NFZ.

Na podstawie powyższych wielkości należy stwierdzić, że wysokość kosztów osobowych ponoszonych w jednostce kształtuje się powyżej wielkości pożądaných. Wynika to z wielu czynników: zbyt wysokich stawek płacowych w niektórych przypadkach, zbyt wysokiej absencji w niektórych grupach zawodowych, przerostu zatrudnienia.

Analiza kosztów osobowych w Szpitalu pokazała, iż kształtują się one na zbyt wysokim poziomie, wynika to z wielu czynników, w efekcie 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 Jednostce, są to:

- optymalizacja zatrudnienia w komórkach medycznych i niemiedycznych, ,
- obniżenie liczby łóżek na oddziałach szpitalnych do liczby rzeczywiście pracujących z zachowaniem niezbędnej rezerwy,
- zmiana sposobu i stawek wynagradzania lekarzy, zależnego od efektów pracy,
- zmiana formy zatrudnienia z umów o pracę na umowy kontraktowe w przypadku osób zarabiających najwięcej,
- obniżenie kosztów PFRON,
- monitorowanie absencji chorobowej wśród pracowników.



7. Infrastruktura techniczna

7.1. Budynki i budowle

Teren Szpitala w Sochaczewie został przedstawiony na zdjęciu poniżej.

Zdjęcie 1 Teren Szpitala w Sochaczewie



Źródło: <https://mapy.google.pl/>.

Szpital prowadzony jest przez Zespół Opieki Zdrowotnej „Szpitala Powiatowego” w Sochaczewie. Główne obiekty szpitalne znajdują się przy ulicy Batalionów Chłopskich Nr 3/7 w Sochaczewie. Zaliczają się do nich przede wszystkim dwa kompleksy budynków A i B, budynek prosektury, budynek tzw. medyczny oraz obiekty towarzyszące zaplecza technicznego utrzymania infrastruktury szpitalnej tj. budynek warsztatów, kotłowni, hydroforni, tlenowni, siłowni energetycznej i inne.

Szpital gospodaruje na terenie o powierzchni **9,3 ha** na który składa się 9 działek przekazanych Szpitalowi w trwały zarząd decyzją Kierownika ówczesnego Urzędu Rejonowego w Sochaczewie w dniu 3 sierpnia 1998 roku. Wykaz przekazanych działek znajduje się w tekście decyzji przekazanej Audytorom przez organy Szpitala.

Zdjęcie 2 Kopia fragmentu Decyzji Kierownika Urzędu Rejonowego w Sochaczewie z dnia 03.08.1998

o r z e k a m

1. Przekazać w trwały zarząd Zespołowi Opieki Zdrowotnej w Sochaczewie nieruchomość zabudowaną składającą się z działek oznaczonych numerami ewidencyjnymi :

105/3 ✓	-	7693 m2
81/1 ✓	-	48788 m2
109/4 ✓	-	18118 m2
97/2 ✓	-	11444 m2
96/10 -	-	74 m2
89/2 -	-	157 m2
89/3 ✓	-	3282 m2
113 ✓	-	827 m2
129/4 ✓	-	2622 m2

powierzchnia ogółem - 93005 m2

położoną w Sochaczewie przy ulicy Batalionów Chłopskich, stanowiącą własność Skarbu Państwa, uregulowaną hipotecznie w KW nr 8876 w Sądzie Rejonowym w Sochaczewie.

Na przedmiotowej nieruchomości znajduje się szpital miejski.

Źródło: Kopia dokumentu przekazana przez Szpital Powiatowy w Sochaczewie

Szczegółowe informacje dotyczące poszczególnych budynków zlokalizowanych przy ul. Batalionów Chłopskich przedstawia poniższa tabela. Łączna powierzchnia użytkowa budynków eksploatowanych przez Szpital wynosi przeszło **24 tys. m²**. Budynki, w których prowadzi się działalność medyczną mają łączną powierzchnię **19,8 tys. m²**, pozostałe pełnią funkcje pomocnicze i techniczne.

Szpital należy do szpitali młodych, został wybudowany w pierwszej połowie lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku. Budynki nie osiągnęły jeszcze wieku 30 lat stąd ich stan techniczny oceniany jest jako dobry. Stopień ich zużycia wskazuje jednak już na potrzebę przeprowadzenia remontów bieżących.



Tabela 71 Charakterystyka budynków szpitalnych

budynek	funkcja	rok budowy	pow. użytkowa m ²	konstrukcja	stan techniczny
Kompleks A					
Budynek A	oddziały szpitalne	1996r	6 542,0	Konstrukcja ramowa "H", Ściany w warstwowe, ocieplone, stropy żelbetowe, stropodach w entylowany, ocieplony	dobry
Budynek B	blok operacyjny, OA i IT, RTG,	1996r	1 937,0		dobry
Budynek C	poradnie specjalistyczne, oddział szpitalny, administracja.	1996r	2 590,7		dobry
Budynek D	poradnie specjalistyczne, oddział szpitalny, administracja.	1996r SOR - 2011	2 578,1		dobry
Budynek E	kuchnia, pralnia	1994r	2 175,7	Konstrukcja Ramowa "H", ściany Pustak ceramiczny ocieplony styropianem, stropy płyty kanałowe AKERMANA, stropodach pełny płyty korytkowe pokryte styropapą,	dobry
Kompleks B					
Budynek A	pustostany	1994r	1 864,2	Konstrukcja ramowa "H" ściany płyty pasmowe ocieplone styropianem, stropy płyty kanałowe, stropodach w entylowany	dobry
Budynek B	poradnie , Rehabilitacja	1994r	1 643,5		dobry
Budynek C	Rehabilitacja, pustostany	1994r	1 809,4		dobry
budynek medyczny	rezonans magnetyczny	1996r	383,7	Ściany pustak gazobetonowy ocieplony styropianem, stropodach w entylowany ocieplony, na części budynku dach lekkiej konstrukcji - blacha falista ocieplona welną mineralną pokryta papą	dobry
budynek prosektorium		1994r	420,0	ściany murowane z pustaków betonu komórkowego i pustaków ceramicznych, stropy żelbetowe kanałowe, stropodach w entylowany,	dobry
bar	budynek wynajęty przez firmę zewnętrzną	1995r	33,0	Ściany murowane pustak gazobeton, Strop żelbetowy , płyty zerańskie	dobry
Siłownia		1996r	232,9	Ławy żelbetowe, ściany murowane, dach lekkiej konstrukcji na belkach stalowych blacha faldowa ocieplona welną mineralną pokryta papą	dobry
tlenownia	magazyn gazów medycznych	1996r	31,0	Fundamenty betonowe, ściany murowane, dach lekki stalowy, ocieplony welną mineralną pokryty papą	dobry
warsztaty		1994r	554,0	ściany nośne pustak ceramiczny, stropodach w entylowany,	dobry
budynek Kotłowni wodnej		1994r	1 122,5	Układ nośny ramowy o-przecznicy, ściany pustak GOETZA, płyty warstwowe z blachą trapezową, słupy stalowe, dach płyty korytkowe na płatach stalowych	dobry
hydrofornia		1994r	54,0	ściany pustak max + cegła pełna, dach blacha faldowana ocieplona styropianem	dobry
magazyn odpadów medycznych		1996r	96,5	Ściany murowane z cegły ceramicznej, dach blacha trapezowa ocieplona welną mineralną pokryta papą	zadawalający
oczyszczalnia ścieków sterownia	budynek nieczynny jedynie zasilanie przepompowni		30,9	Ściany murowane, tynk cementowo-wapienny, dach żelbetowy	dostateczny
przepompownia	budynek nieczynny		46,4		dostateczny
chlorownia	budynek nieczynny		30,9		dostateczny
Razem powierzchnia użytkowa			24 177	m ²	

Źródło: Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Aktualnie budynki nie spełniają już wszystkich obowiązujących norm i standardów. Do najważniejszych problemów dnia dzisiejszego należą braki w technicznych i organizacyjnych



rozwiązaniach przeciwpożarowych. Z tych też powodów Ekspertyza dotycząca warunków bezpieczeństwa pożarowego, wykonana w połowie ubiegłego roku stwierdziła, że budynki szpitalne pod względem pożarowym stwarzają zagrożenie dla życia ludzi. Obok zabezpieczenia przeciwpożarowego szpitalne pomieszczenia nie spełniają niektórych obowiązujących aktualnie standardów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą i wymagają podjęcia działań inwestycyjnych. Najpoważniejsze braki dotyczą warunków komunikacji w obrębie Bloku Operacyjnego czy uzbrojenia awaryjnych instalacji energetycznych.

Największym problemem jest jednak zabezpieczenie przeciwpożarowe budynków szpitalnych. Koniecznym do wykonania jest m. in. podział budynków na strefy pożarowe oraz zainstalowanie odpowiednich systemów hydrantowych, oddymiania, oświetlenia awaryjnego i sygnalizacji ppoż. Ważnym wyzwaniem jest także organizacja dróg ewakuacyjnych na wypadek pożaru. Szczegółowy wykaz koniecznych prac do wykonania w tej materii przedstawia poniższa tabela.

Tabela 72 Plan przystosowania kompleksu budynków do obowiązujących przepisów ppoż

Budynek	Do realizacji	Uwagi
A	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. na klatkach schodowych KL 1, KL2, KL3	
A	Podział budynku na strefy ppoż. - postawienie 4 ścian ppoż. z drzwiami ppoż. na każdej kondygnacji	Postawiona jedna ściana z drzwiami na IV p.
A	Wykonanie dwóch pionów hydrantowych z szafkami od piwnicy do IV p	
A	Zamontowanie dwóch klap dymowych w dachu nad klatkami schodowymi KL 1 i KL3	
A	Oświetlenie awaryjne (ewakuacyjne)	Wkrótce realizacja (podpisana umowa)
A	Zmniejszenie szerokości okien (ściana obok budynku E)	
A	Wydzielenie pożarowo klatki schodowej KL2	
A	Wydzielenie pożarowo budynku A od E poprzez zabezpieczenie ścian do odpowiedniej odporności ogniowej (podział na strefy ppoż.)	
A	Zabezpieczenie przejść instalacyjnych z budynku A do E do odpowiedniej odporności ogniowej	
A	Zabezpieczenie przejść instalacyjnych z kotłowni zewnętrznej do budynku A (kanał ciepłowniczy)	
A	Wykonanie instalacji „suchego pionu” na istniejącej sieci hydrantowej znajdującej się na klatkach schodowych z wyprowadzeniem nasad W 75 na zewnątrz dla podłączenia straży pożarnej	
A	Zabezpieczenie przejść przez ściany wentylatorowni (w piwnicy) do odpowiedniej odporności ogniowej	
A	Wymiana istniejących drzwi w piwnicy na ppoż.	
A	Wymiana istniejących 4 szt. drzwi na SOR na ppoż.	
A	Wymiana istniejących drzwi na I p. na ppoż. (przejście na blok porodowy)	
A	Wymiana istniejących drzwi do maszynowni dźwigu (windy) na II p. na ppoż.	
A	Wymiana okna na korytarzu II p. na ppoż. (obok budynku D)	
B	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. w piwnicy (korytarz)	
B	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. na parterze (blok operacyjny, OAiIT, RTG)	



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Budynek	Do realizacji	Uwagi
B	Oświetlenie awaryjne (ewakuacyjne)	
C	Wydzielenie dwóch klatek schodowych KL 4 i KL5 pożarowo, do odpowiedniej odporności ogniowej	
C	Zamontowanie dwóch klap dymowych w dachu na klatkach schodowych KL 4 i KL 5	
C	Oświetlenie awaryjne (ewakuacyjne)	Wkrótce realizacja (podpisana umowa)
C	Zabezpieczenie przejść przez ściany wentylatorowni (w piwnicy) do odpowiedniej odporności ogniowej	
C	Wymiana istniejących drzwi oraz zamontowanie nowych ppoż. (parter- 9 szt.)	
C	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. (1p.-4 szt.)	
D	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. (piwnica obok magazynu archiwum)	
D	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. (korytarz 1p. –biura)	
D	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. (korytarz, parter –SOR)	
D	Wymiana istniejących okien na ppoż. (biura I p.- 7 szt.)	
D	Oświetlenie awaryjne (ewakuacyjne)	
D	Wydzielenie pożarowo budynku D od budynków A, B, C poprzez zabezpieczenie ścian do odpowiedniej odporności ogniowej (podział na strefy ppoż.)	
Łącznik A-C	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. (korytarz, piwnica)	
Łącznik A-C	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. (korytarz, parter)	
Łącznik A-C	Wymiana istniejących drzwi na ppoż. (korytarz, 1p.)	
Łącznik A-C	Wymiana istniejącego okna na ppoż.	
E	Oświetlenie awaryjne (ewakuacyjne)	
E	Wymian drzwi na ppoż. w piwnicy (kotłownia parowa)	
A,B,C,D,E	Zainstalowanie nowego Sytemu Sygnalizacji Pożaru, podłączenie do systemu klap dymowych, drzwi ppoż. itp. Obecny nie spełnia już technicznych warunków eksploatacji	
A,B,C,D	Zamontowanie głównych wyłączników prądu. Obecne znajdują się w piwnicach (w rozdzielniach elektrycznych)	
A,B,C,D,E	Wymiana szafek hydrantowych na W 25 z wężem półsztywnym	

Źródło: Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie

W okresie przeprowadzania niniejszego audytu Szpital nie miał opracowanego spójnego krótkoterminowego ani wieloletniego planu remontów i prac dostosowujących do wymaganych przepisów prawa. Plan taki jest niezbędny, szczególnie w warunkach, w których niedobór środków finansowych determinuje podejmowane decyzje. Plan stwarza możliwość chociażby dla ustalania priorytetów w podejmowaniu decyzji remontowych czy w okresie długoterminowych do wygospodarowywania i organizowania środków inwestycyjnych na najpilniejsze potrzeby. Stanowi niezbędny element dla planowania i optymalnego zarządzania budżetem w działalności gospodarczej jaką prowadzi Szpital.

Główne budynki służące bezpośrednio działalności podstawowej postrzegane są jako utrzymane w dobrym stanie technicznym, aczkolwiek normalne zużycie substancji budynków wskazuje na potrzebę przeprowadzenia remontów bieżących oraz



modernizacyjnych w celu dostosowania warunków technicznych do aktualnie obowiązujących standardów.

7.2. Instalacje infrastrukturalne

- Zasilanie w energię elektryczną

Szpital zasilany jest, zgodnie z przyjętymi zasadami, z dwóch źródeł, z tzw. linii Boryszew oraz linii Sochaczew, obie po **15 kV**. Linie uzupełniają 2 transformatory **630 kVA** oraz dwa po **400 kVA** połączone z pięcioma rozdzielniami NN.

Szpital posiada jako awaryjne źródło zasilania dwa agregaty prądotwórcze, jeden o mocy **50 kVA** z zainstalowaną funkcją autostartu oraz drugi **250 kVA** uruchamiany ręcznie. Pierwszy asekuje Blok Operacyjny, Oddział Intensywnej Terapii oraz Blok Porodowy, drugi zaspokaja wymagane 1/3 potrzeb Szpitala. Z uwagi na brak w nim autostartu i konieczność ręcznego odpalania, nie spełnia on wymogu określonego w §42 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. **Oba agregaty, ze względu na swój wiek zbliżają się do końca swojego okresu eksploatacji i w niedalekiej przyszłości trzeba będzie zaplanować ich wymianę.**

Instalacja energetyczna Szpitala posiada system zapewnienia nieprzerwanego podtrzymania napięcia UPS jedynie dla zabezpieczenia serwerowni i oświetlenia bezcieniowego Bloku Operacyjnego. **System taki jest niewystarczający dla zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów i wymaga uzupełnienia.**

Zdjęcie 3 Agregat prądotwórczy



Zdjęcie 4 Kotłownia wodna



- Kotłownie

W Szpitalu zainstalowano dwie kotłownie. Główna, tzw. wodna, zaspokaja potrzeby Szpitala w zakresie ciepła do ogrzewania pomieszczeń oraz ciepłej wody użytkowej. Dostarcza także ciepło do systemów klimatyzacji. Kotłownia parowa natomiast dostarcza parę technologiczną dla urządzeń kuchennych, do sterylizacji oraz do Stacji Łóżek.



Kotłownia wodna posiada zainstalowane 3 kotły wodne firmy Ferroli o mocy **1,4 MW** każdy. Dwa z nich pracują na gaz ziemny wysokometanowy, trzeci natomiast, pełniący funkcję rezerwowego, opalany jest olejem opałowym. Stan techniczny obu kotłowni wydaje się być dobrym jednak wiek i stopień zużycia obu kotłów gazowych każe czynić przygotowania do ich wymiany. Według informacji uzyskanych od służb technicznych Szpitala, procedura wymiany kotłów gazowych została już rozpoczęta i ma być przeprowadzona w ramach programu termomodernizacji. Kotłownia parowa natomiast posiada zainstalowane 2 kotły Viessmann o mocy **374 kW** każdy. Ich stan techniczny jest dobry.

Wielkość produkcji energii cieplnej w szpitalnych kotłowniach w 2021 roku wyniosła **15,8 tys GJ**. Koszty jej wytworzenia wyniosły **1,8 mln zł**. Z tego, kwota nieco powyżej **1,4 mln zł** to koszt zakupu spalonego paliwa. Z prostego rachunku wynika, że koszt wyprodukowania 1 GJ energii cieplnej w szpitalnych kotłowniach wyniósł **114 zł/GJ**. Jest to prawie dwa razy więcej niż cena ciepła sprzedawana przez Przedsiębiorstwo Energetyki Ciepłej w Sochaczewie, która wraz z ceną za usługę przesyłową wynosiła w ubiegłym roku około **60 zł/GJ**.

W 2022 roku PEC podniósł ceny sprzedaży ciepła o około **44%**, jednak symulacja kosztów własnych Szpitala, wykonana na podstawie dwóch pierwszych miesięcy 2022 roku, wskazuje, że należy oczekiwać ich wzrostu o ponad **50%**. Tak więc można się spodziewać, że dysproporcja pomiędzy kosztami własnymi, a ceną sprzedaży ciepła przez PEC jeszcze się pogłębi.

Wobec powyższych faktów można stwierdzić, że koszty uzyskania ciepła w kotłowniach własnych Szpitala w Sochaczewie są nieuzasadnienie wysokie. W związku z powyższym rekomenduje się wykonanie szczegółowego audytu energetycznego systemów ciepłowniczych, w celu ich technicznej oceny i przygotowania koncepcji zdecydowanego obniżenia kosztów pozyskania ciepła. W wyniku wstępnie przeprowadzonych szacunków, uwzględniających tendencje wzrostu cen energii, można stwierdzić, że do zyskania przez Szpital leży na stole nawet **1 mln zł** rocznie.

- Zaopatrzenie w wodę

Główne zasilanie Szpitala w wodę odbywa się z wodociągowej sieci miejskiej. Instalacja obejmuje dwa niezależne ujęcia wody, 2 zbiorniki zapasowe oraz stację hydroforową. Oba zbiornik posiadają pojemność po **300 m³** i zapewniają prawie trzydobowe zapotrzebowanie szpitala w wodę, co spełnia wymóg określony w §41 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Urządzenia hydroforowe zainstalowane na instalacji, a więc blok pomp hydroforowych zabezpieczają także zapotrzebowanie instalacji ppoż. Stacja pomp jak i instalacja wody są w dobrym stanie technicznym i nie stanowią zagrożenia dla funkcjonowania Szpitala.



Zdjęcie 5 Stacja pomp hydroforowych



Zdjęcie 6 Jedna z central klimat



- Systemy klimatyzacji

Systemy klimatyzacyjne obsługują Blok Operacyjny, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz Blok Porodowy. Pracują w oparciu o przestarzałe centrale klimatu i przestarzałe systemy wody lodowej. Zasilane są gorącą wodą z centralnego ogrzewania. Nie posiadają zdalnego sterowania ani zdalnej regulacji temperatury. Sterowanie systemem odbywa się drogą telefoniczną pomiędzy użytkownikiem i monterem, który zmuszony jest do ręcznego włączania i wyłączania urządzeń, i regulowania nastaw na zaworach bezpośrednio na urządzeniach.

Systemy klimatyzacji mają już prawie 30 lat i należy spodziewać się w niedługim czasie pojawiania się coraz większych problemów z ich eksploatacją. Stare rozwiązania wpływają także na energochłonność zainstalowanych urządzeń, a tym samym na zawyżanie kosztów eksploatacji systemów. Wydaje się zatem zasadnym, aby wymiana urządzeń klimatyzacyjnych i modernizacja systemów znalazły odpowiednie miejsce w wieloletnim planie remontów odtworzeniowych i modernizacyjnych.

Inne rejony Szpitala zasilane są prostymi instalacjami wentylacyjnymi. Systemy działają poprawnie aczkolwiek wykazują już oznaki zwykłego zużycia.

- Systemy gazów medycznych

Dla zaspokojenia potrzeb komórek medycznych Szpital posiada instalacje tlenową, próżni i sprężonego powietrza. System tlenu medycznego zasilany jest z dwóch butli, jednej dzierżawionej o pojemności **11,7 m³** i drugiej własnej o pojemności **6,1 m³**. System zabezpieczony jest dwoma bateriami 24 butli tlenowych po 40 litrów każda.

Systemy gazów medycznych uzupełniają jeszcze instalacje próżni i sprężonego powietrza. System próżniowy zasilany jest dwoma pompami utrzymującymi w sieci podciśnienie w granicach 0,06 do 0,07 bara. Stan techniczny maszynowni nie budził zastrzeżeń.

Instalacje sprężonego powietrza zasila bateria trzech nowoczesnych sprężarek gwarantujących utrzymanie ciśnienia rzędu 6 do 8 bar.



7.3. Utrzymanie i eksploatacja infrastruktury technicznej Szpitala

Na potrzeby niniejszej analizy dokonano oszacowania całościowych kosztów utrzymania infrastruktury technicznej Szpitala. Wynik szacunków należy traktować z pewnym przybliżeniem, gdyż prowadzony w Szpitalu system ewidencji kosztów nie gromadził tego typu danych, a wiele kosztów składowych było bezpośrednio rozksięgowywanych na poszczególne komórki organizacyjne. Podjęta próba zebrania ich w całość wymagała uporania się z koniecznością identyfikacji niektórych z ich pozycji, ewidencjonowanych przecież w oparciu o zupełnie inną koncepcję rachunkowości zarządczej. Stąd możliwe są niewielkie błędy w przypisywaniu niektórych rodzajów kosztów.

Tabela 73 Koszty utrzymania infrastruktury technicznej szpitala za 2021 rok

Tytuł	Kwota
koszt mediów zużytych na rzecz infrastruktury	1 961 292
amortyzacja infrastruktury technicznej	662 145
nakłady na remonty i konserwacje	413 217
pozostałe koszty obsługi infrastruktury	1 731 912
Razem koszt infrastruktury technicznej	4 768 566

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Łączne koszty utrzymania i eksploatacji infrastruktury technicznej szpitala wyniosły w roku 2021 prawie **4,8 mln zł**. Wszystkie te koszty zostały poniesione aby umożliwić strukturom szpitalnym prowadzenie ich podstawowej działalności.

Najbardziej obiektywnym sposobem oceny ich poziomu wydaje się być metoda porównania z innymi, równoważnymi podmiotami medycznymi. W związku z tym, że poszczególne podmioty charakteryzują się jednak różną wielkością, koniecznym było znalezienie wspólnego dla nich mianownika. Takim parametrem okazała się powierzchnia operacyjna, na której szpitale prowadzą swoją podstawową działalność operacyjną. Zakładając, że powyższe koszty zostały poniesione właśnie w celu utrzymania i udostępniania strukturom szpitalnym tej powierzchni, wylicza się koszt przypadający na **1 m²** powierzchni operacyjnej szpitala.

Jako powierzchnia operacyjna rozumie się powierzchnię służącą bezpośrednio działalności podstawowej jednostki, z wyłączeniem wspólnych ciągów komunikacyjnych, klatek schodowych i pomieszczeń technicznych. Inaczej mówiąc jest to powierzchnia wszystkich pomieszczeń zajmowanych przez oddziały i poradnie szpitalne, komórki pomocnicze i obsługowe, administrację oraz pomieszczeń wynajętych zewnętrznym podmiotom. Wyłączono z tego pomieszczenia Działu Zaplecza Technicznego jako elementu utrzymania całej substancji lokalowej.

W wyniku takiego oszacowania otrzymano, że powierzchnia operacyjna w obiektach Szpitala Powiatowego w Sochaczewie wynosi **17.230 m²**. Na tą powierzchnię składa się powierzchnia zajęta przez komórki medyczne, wynosząca **8.800 m²**, powierzchnia komórek pomocniczych



takich jak Kuchnia, Pralnia, Apteka, Sterylizacja, IT i pomieszczenia socjalne itp o łącznej powierzchni **2.970 m²**, pomieszczenia zajęte przez Zarząd i Administrację **1.480 m²**, wynajęta zewnętrznym podmiotom **730 m²** oraz pomieszczenia czasowo nie wykorzystywane czyli tzw. pustostany w ilości **3.250 m²**.

Dla tak wyliczonej powierzchni operacyjnej, uśredniony techniczny koszt miesięcznego utrzymania jej 1 m² w 2021 roku wynosił **23 zł/m²**. Uwzględniając dodatkowo jednostkowe koszty sprzątania wynoszące także około **24 zł/m²** łącznie miesięczny koszt utrzymania 1 metra powierzchni zajmowanej przez poszczególne komórki szpitalne, administrację czy niektórych najemców wynosił ok. **47 zł/m²**.

Parametr ten może także być prostym kluczem zbiorczego rozliczenia całej grupy kosztów związanych z utrzymaniem infrastruktury i rozpisywanych na komórki wg zajmowanej przez nie powierzchni.

Oceniając powyższe wyniki można stwierdzić, że Szpital utrzymuje swoje obiekty bardzo niskim kosztem. Dane benchmarkowe wskazują, że szpitale powiatowe o zbliżonej wielkości sprzedaży świadczeń medycznych ponoszą w większości koszty technicznego utrzymania swojej infrastruktury technicznej na poziomie pomiędzy **24 do 34 zł/m²** miesięcznie. Koszty utrzymania czystości natomiast w granicach poniżej **20 zł/m²**.

Niskie nakłady na utrzymanie infrastruktury technicznej, pomimo wysokich kosztów ciepła, z jednej strony cieszą, ale ich bardzo niski poziom musi z drugiej strony budzić pewne obawy związane ze starzeniem się substancji szpitalnej. Może wynikać on z bardzo małych nakładów na odtwarzanie stanu technicznego majątku i doprowadzić do jego dewastacji.

7.4. Stan środków trwałych, wyposażenie

Stan umorzenia, i co jednocześnie można przyjąć z pewnym przybliżeniem, stan zużycia środków trwałych stanowiących wyposażenie komórek Szpitala został przedstawiony w poniższej tabeli. Analizie poddano środki trwałe według klasyfikacji z grup 3 do 8.

Tabela 74 Stan środków trwałych w I kwartale 2022 roku

Środki trwałe	Wartość brutto	Aktualne umorzenie
Wyposażenie infrastruktury technicznej	4 788 481	87%
Wyposażenie gospodarcze	483 546	96%
Środki transportu	1 782 612	47%
Wyposażenie teleinformatyczne	1 556 317	99%
Wyposażenie medyczne	18 050 399	61%
Razem	26 661 355	67%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Stan wyposażenia każdej jednostki najlepiej można ocenić na podstawie zestawienia umorzenia środków trwałych. Dla tego celu zestawiono dane dotyczące stanu umorzenia



kluczowych składników majątku zgodnie z ewidencją księgową z lutego 2022 roku. 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 amortyzowania 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 Powiatowego w Sochaczewie jest wyeksploatowany w stopniu niskim. Najniższy stopień umorzenia, wynoszący **47%**, wykazują posiadane przez Szpital środki transportu, w skład których wchodzi pięć ambulansów, z których na dzień dzisiejszy eksploatowane są trzy, trzy pojazdy akumulatorowe służące organizacji transportu wewnętrznego, minitraktor oraz dwa samochody osobowe. Porównując stany posiadania innych szpitali powiatowych należy stwierdzić, że Szpital w Sochaczewie posiada rozbudowaną bazę samochodową.

Następną grupą środków trwałych, na którą zwrócili uwagę audytorzy jest wyposażenie służące bezpośrednio działalności medycznej. Zaliczają się tu przede wszystkim środki trwałe grupy 8 ale także przedmioty zaliczone przez księgowość Szpitala do grupy 4. Średnie umorzenie tych środków trwałych wynosi zaledwie **61%**. Stawia to Szpital sochaczewski w gronie najlepiej wyposażonych szpitali powiatowych.

Tabela 75 Struktura wyposażenia w środki trwałe służące bezpośrednio działalności medycznej

Wyposażenie	wartość brutto	aktualne umorzenie
Łącznie wyposażenie	18 050 399	61%
w tym amortyzowane w 100%	7 951 137	100%
w tym starsze niż 10 lat	6 426 904	100%
w tym o wartości powyżej 200 tys zł	2 511 744	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wartość początkowa sprzętu i aparatury służącej działalności medycznej wynosi przeszło **18 mln zł**. Sprzęt w pełni amortyzowany stanowi zaledwie **44%** wartości całego wyposażenia. Jednak pomimo ogólnie dobrych parametrów należy przyrzeć się tym składnikom majątku,



który jest już eksploatowany przez okres dłuższy niż 10 lat. Sprzęty o takim okresie eksploatacji stanowią przeszło **35%** wartości ogółu.

Przy długoterminowej planowej polityce zakupowej przedmioty o niskiej wartości nie stanowią problemu. Trudniej jest umieścić w planie wydatków aparaturę o wysokiej cenie zakupu. Dlatego zwrócono szczególną uwagę na sprzęt całkowicie zamortyzowany, eksploatowany powyżej 10 lat, a którego wartość przekracza kwotę 200 tys zł za każdy. Łącznie jego wartość przekracza **2,5 mln zł**. W głównej mierze jest to aparatura służąca do diagnostyki obrazowej: aparaty USG, RTG, mammograf oraz system do radiografii cyfrowej. Oznacza to, że w niedalekiej przyszłości może pojawić się ciśnienie w pracowniach diagnostycznych na zakup i wymianę sprzętu. Taką ewentualność należy uwzględnić w długoterminowych planach zakupów.

W czasie audytu zwrócono także uwagę na stan wyposażenia teleinformatycznego. Jego ogólne umorzenie sięga już prawie **100%**. Na ogólną jego wartość **1,5 mln zł** sprzęt całkowicie umorzony przekracza wartość **1 mln zł**. Są to komputery, serwery, drukarki czy monitory o okresie użytkowania pomiędzy 5 a 7 lat. W przypadku sprzętu IT eksploatowanego w warunkach komercyjnych może oznaczać to, że jest on już prawie na wykończeniu. Wymianę wyposażenia IT Szpital uwzględnił w swoich planach rzeczowo-finansowych.

Przeanalizowano również stan rozlokowania wyposażenia medycznego na wybrane najważniejsze jednostki organizacyjne Szpitala.

Tabela 76 Stan umorzenia urządzeń, narzędzi i wyposażenia medycznego w wybranych jednostkach szpitalnych

Miejsce alokacji wyposażenia	Wartość brutto	Aktualne umorzenie
Blok Operacyjny	3 703 467	47%
Szpitalny Oddział Ratunkowy	2 170 677	80%
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	1 406 198	44%
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	1 330 126	64%
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	1 319 133	71%
Oddział Pediatriczny	962 117	67%
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	152 953	75%
Oddział Chirurgii Ogólnej	118 758	89%
Razem	11 163 430	61%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wartość analizowanego wyposażenia wynosi przeszło **11 mln zł** i jest zamortyzowana w stopniu niskim, wynoszącym **61%**. Z grupy wybranych jednostek, jedynie Oddział Chirurgii Ogólnej posiada sprzęt o wysokim stopniu zużycia, Szpitalny Oddział Ratunkowy i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej posiadają wyposażenie zużyte w stopniu średnim.



Na podstawie przeprowadzonej analizy należy stwierdzić, że generalnie Szpital Powiatowy w Sochaczewie posługuje się sprzętem i urządzeniami medycznymi o niskim stopniu zużycia. Ze względu na stan jego wyposażenia nie przewiduje się zagrożeń dla funkcjonowania Szpitala. Niemniej jednak wskazane jest prowadzenie długoterminowych planów zakupu i wymiany sprzętu i aparatury medycznej, szczególnie w uwadze powierza się pracowni diagnostyki obrazowej.

7.5. Systemy teleinformatyczne

W czasach współczesnych istotną rolę we wszelkich formach działalności odgrywają systemy teleinformatyczne. Jest prawie niemożliwym prowadzenie zorganizowanej działalności leczniczej bez wsparcia informatycznego. Temu wyposażeniu Szpitala Audytorzy poświęcili szczególną uwagę.

Z ogólnego zestawienia wynika, że wartość inwentarzowa sprzętu teleinformatycznego, będącego w posiadaniu Szpitala wynosi **1,5 mln zł**. Jego wyeksploatowanie natomiast przekroczyło już **99%**. W ewidencji księgowej figuruje jeszcze sprzęt komputerowy sprzed przeszło 20 lat. Wątpliwym jest aby był on jeszcze w użytkowaniu. Problemy z systemem zgłaszali także pracownicy z oddziałów szpitalnych. Zgłaszali braki sprzętowe oraz problemy związane z ponawianymi co jakiś czas procesami wdrożeniowymi. Od strony technicznej, z punktu widzenia użytkownika, na pewno infrastruktura wymaga modernizacji i uzupełnienia. Od strony systemowej zaś szybkiego zakończenia programów wdrożeniowych i zapewnienia spokoju i stabilizacji.

Zgodnie z informacjami uzyskanymi z Sekcji Informatyki, aktualnie realizowany jest szeroki program kompleksowej informatyzacji Szpitala. Od sierpnia ubiegłego roku wdrażany jest nowy system typu HIS o nazwie Medicus. Stopniowo integrowany jest z tzw. częścią szarą systemu. W roku bieżącym wchodzi do realizacji drugi etap rozszerzający trwające wdrożenia o system EDM (elektronicznej dokumentacji medycznej) oraz e-usługi. Rozbudowana i zmodernizowana ma zostać także cała infrastruktura sieciowa i uzbrojenie sprzętowe. Całe przedsięwzięcie finansowane ma być z przyznanych środków rządowych Programu Inwestycji Strategicznych.

Opis funkcjonujących systemów

Szpital używa systemu oprogramowania składający się na Szpitalny System Informatyczny, który w części „białej” opiera się na systemie Medicus On Line firmy CludiMed. Sp. z o.o. oraz w części „szarej” na oprogramowaniu Simple S.A.. System bazuje na dwóch bazach danych typu SQL i jednej stacji serwerowni.



Tabela 77 Moduły systemu informatycznego uruchomione do czasu sporządzenia audytu

Lp.	Obszar	Nazwa systemu
Część "biała"		
1.	Ruch Chorych	Medicus On Line
2.	Poradnie AOS	Medicus On Line
3.	Apteka	Medicus On Line
4.	Apteczki Oddziałowe	Medicus On Line
5.	Rozliczenia z NFZ	Medicus On Line
6.	Weryfikacja autentyczności leków	Medicus On Line
7.	LIS - laboratorium	ALAB
8.	PACS / RIS - diagnostyka obrazowa	Radpoint
Część "szara"		
1	Finanse i księgowość	Simple S.A.
2	Majątek trwały	Simple S.A.
3	Kadry i płace	Simple S.A.
4	Umowy o prace	Simple S.A.
5	Elektroniczne zwolnienia	Simple S.A.
6	Obrót towarowy	Simple S.A.
7	Sprawdzenie VAT	Simple S.A.
8	Planowanie czasu pracy	Nexar
9	Obieg dokumentów	Simple S.A.
10	Biblioteka Funkcji SIMPLE.ERP dla MS Excel	Simple S.A.
11	Jednorodny plik kontrolny	Simple S.A.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Większość czynności medycznych i ewidencyjnych (np. rejestracja, przeprowadzone procedury, wydania, zlecenia itp.) wykonywanych w oddziałach, poradniach gabinetach, zakładach, rejestrowana jest w szpitalnym systemie Medicus. Na ich podstawie generowane są odpowiednie dokumenty, które są przechowywane w systemie i archiwizowane. Szpital dąży do całkowitego wyeliminowania dokumentacji papierowej. Niektóre jednak dokumenty (np. karty wypisowe, wyniki dla pacjentów) są drukowane. Dane są zabezpieczone systemem archiwizacji. Wszystkie serwery (wirtualne maszyny) i systemy są kopiowane i przechowywane na macierzy backup -owej (Dell MD3200), oraz zapisywane w bibliotece taśmowej Dell PowerVault TL2000. Za archiwizację odpowiada system Veeam Backup & Replication.

Szpital zakończył właśnie postępowanie przetargowe na realizację drugiego etapu informatyzacji pt „Kompleksowa Informatyzacja Szpitalnego Systemu Informatycznego w zakresie części medycznej (HIS, EDM, e-usługi) oraz systemu do analiz zarządczych”. W drodze przetargu wyłoniono jako wykonawcę firmę Cloudimed Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie. Zgodnie z umową termin zakończenia wdrożenia powinien nastąpić z końcem września 2022 roku. Plan projektu przewiduje:



- rozbudowę posiadanego i użytkowanego w „części białej” oprogramowania w celu zapewnienia wdrożenia systemu Elektronicznej Dokumentacji Medycznej (EDM) w pełnym zakresie świadczonych usług wraz z systemami RIS oraz PACS ;
- wdrożenie platformy e-usług zdrowotnych - stworzenie i uruchomienie e-usług na portalu pacjenta;
- przeprowadzenie szkoleń i instruktarzy;
- modernizację infrastruktury sieciowej z rozbudową drugiej serwerowni;
- dostawę i wymianę sprzętu komputerowego.

Tabela 78 Moduły i nowe funkcje planowane jeszcze do uruchomienia w trakcie realizacji projektu informatyzacji Szpitala

Lp.	Obszar
	Część "biała"
1	Komunikacja z pacjentem
2	Obsługa rejestru pacjentów
3	Przyjęcie pacjenta na oddział
4	Opieka pielęgniarstwa
5	Oddział ginekologiczno - położniczy
6	Blok Operacyjny / Blok Porodowy
7	Rehabilitacja
8	SOR
9	Przygotowanie dokumentacji medycznej
10	Planowanie i zlecanie leków
11	Zlecanie badań
12	Karty DILO
13	Statystyka medyczna
14	Archiwum Dokumentacji Medycznej
15	Farmakoterapia
16	Bank krwi
17	Sterylizatornia
18	Zakażenia szpitalne
19	Kalkulacja kosztów leczenia
	Część "szara"
1	System analiz zarządczych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Pełne wdrożenie projektu zapewni:

- świadczenie usług medycznych on-line, dzięki stworzeniu niezbędnej infrastruktury informatycznej (e-Zdrowie), co pozwoli spełnić standardy wynikające ze znowelizowanej Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz zbudowanie Zintegrowanego Portalu Pacjenta,
- rozbudowę systemu elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), dostosowującej działalność szpitala do znowelizowanych przepisów prawa,



- zwiększenie bezpieczeństwa systemów informatycznych oraz przetwarzanych i przechowywanych danych zgodnie z obowiązującymi przepisami,
- wyposażenie Szpitala w nowoczesny sprzęt informatyczny,
- modernizację środowiska serwerowego oraz sieci logicznej.

Realizacja zakładanego programu inwestycji będzie miała duży wpływ na jakość obsługi pacjenta, za równa na oddziałach szpitalnych jak i w obszarze obsługi ambulatoryjnej. **Pamiętać jednak należy, że system informatyczny jest tylko narzędziem, natomiast o efektach pracy decyduje personel, umiejętności i jego biegłość w obsłudze systemów. Dlatego dla sukcesu projektu zasadnicze znaczenie będzie miał sposób wdrażania systemów do codziennej praktyki obsługujących go pracowników oraz ich dostosowanie do kultury organizacji i sposobów zarządzania Szpitalem.**

Koszt całego przedsięwzięcia planowanego do zrealizowania w drugim etapie przewidywany jest na kwotę **4,8 mln zł**. Strukturę wydatków przedstawia poniższe zestawienie.

Tabela 79 Zestawienie planowanych nakładów na II etap projektu informatyzacji Szpitala

Nazwa przedmiotu zamówienia	Wartość netto (PLN)	Wartość brutto (PLN)
Dostawa licencji SSI	1 575 000	1 937 250
Wdrożenie oprogramowania SSI	360 000	442 800
Szkolenia i instruktaże	72 000	88 560
Budowa szkieletowej sieci światłowodowej wraz z adaptacją serwerowni zapasowej	370 000	455 100
Budowa sieci komputerowej oraz WIFI	130 000	159 900
Sprzęt komputerowy	1 395 000	1 715 850
Razem	3 902 000	4 799 460

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Całość przedsięwzięcia ma zostać sfinansowana ze środków zewnętrznych.

7.6. Plany inwestycyjne i rozwojowe

Szpital nie przedstawił swoich planów inwestycyjnych na najbliższe lata, związanych z odtwarzaniem stanu majątku, ani z planami rozwojowymi, w których określone byłyby nakłady finansowe i terminy ich wydatkowania. W zamian przedstawiono zestawienia zawarte w Planach rzeczowo-finansowych Szpitala publikowanych co roku. W związku z tym, że brak jest w nich konkretnych terminów wykonywania inwestycji, ustalenia ich kolejności ani hierarchii potrzeb, a ponad to lista ta jest praktycznie bez większych zmian powtarzana z roku na rok, należy ją uznać bardziej za listę potrzeb inwestycyjnych niż plan.



Wykaz potrzeb inwestycyjnych przedstawiony w Planie Rzeczowo-Finansowym na rok 2022 obejmuje pozycje wycenione na wartość **102 mln zł**, z czego jak wskazano kwota **59 mln zł** jest do poniesienia w bieżącym roku. Zatem należy ocenić, że przedstawiony plan nie spełnia kryteriów ani realności, ani wykonalności.

Dla skutecznego jednak zarządzania nakładami finansowymi niezbędne jest sporządzanie planów obejmujących hierarchię potrzeb, które posiadają przynajmniej duże prawdopodobieństwo możliwości ich zrealizowania w przewidzianych terminach.

Do najważniejszych planów, jakie przedstawiane są przez Szpital należy zaliczyć:

- remont kapitalny Bloku Operacyjnego,
- zagospodarowanie pomieszczeń po oddziałach psychiatrycznych, w celu uruchomienia nowych zakresów działalności,
- remonty pomieszczeń oddziałów szpitalnych,
- dostosowanie standardów budynków do przepisów przeciwpożarowych i do standardów obowiązujących pomieszczenia w których prowadzi się działalność medyczną,
- remonty odtworzeniowe obejmujące substancje infrastruktury technicznej Szpitala.

Wydaje się jednak, że pomimo niedostatku środków do realizacji zamierzeń inwestycyjnych nic nie stoi na przeszkodzie, aby Szpital posiadał opracowany swój plan realizacji najpilniejszych potrzeb, który stanowiłby podstawę do organizacji źródeł finansowania.



8. Analiza obecnej sytuacji finansowej

W niniejszym rozdziale dokonaliśmy analizy bieżącej sytuacji finansowej Jednostki. Zakres przedmiotowej analizy obejmuje lata 2019 – 2021 r. Ze względu, na sporządzanie przez Spółkę śródkresowych sprawozdań na podstawie F-01/I-01, odstąpiono od analizy dwóch pierwszych miesięcy 2022 r. ze względu na możliwe wystąpienie nieporównywalności danych. Niemniej, wszelkie zdarzenia, które w istotny sposób wpłynęły na wynik finansowy, a które nastąpiły w okresie styczeń – luty 2022, zostały odnotowane i szczegółowo opisane.

8.1. Analiza bilansu

Poniżej przedstawiono uproszczonych bilans Jednostki.

Tabela 80 Uproszczony bilans Jednostki

Aktywa	2019	2020	2021
AKTYWA TRWAŁE	18 226 019	18 100 639	21 781 957
Wartości niematerialne i prawne	185 374	48 241	230 533
Rzeczowe aktywa trwałe	17 895 970	17 815 432	21 386 573
Długoterminowe rozliczenia	144 676	236 967	164 851
AKTYWA OBROTOWE	8 661 894	11 937 924	12 015 666
Zapasy	249 467	1 265 577	1 092 513
Należności krótkoterminowe	7 446 156	9 541 758	9 060 027
Inwestycje krótkoterminowe	420 301	403 386	490 250
Krótkoterminowe rozliczenia	545 970	727 204	1 372 874
AKTYWA RAZEM	26 887 913	30 038 564	33 797 623
Pasywa Razem	2 019	2 020	2 021
KAPITAŁ WŁASNY	-1 874 767	-1 862 380	-3 314 989
Kapitał podstawowy	17 876 324	17 876 324	17 876 324
Zysk/strata z lat ubiegłych	-17 574 945	-19 751 091	-19 738 704
Zysk i strata netto	-2 176 146	12 387	-1 452 609
ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	28 762 681	31 900 944	37 112 612
Rezerwy na zobowiązania	6 482 809	5 443 776	5 345 089
Zobowiązania długoterminowe w tym:	3 009 627	2 601 815	2 286 326
Zobowiązania krótkoterminowe	13 197 261	17 380 332	18 589 041
PASYWA RAZEM	26 887 913	30 038 564	33 797 623

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



WARTOŚCI NIEMATERIALNE I PRAWNE ORAZ RZECZOWE AKTYWA TRWAŁE

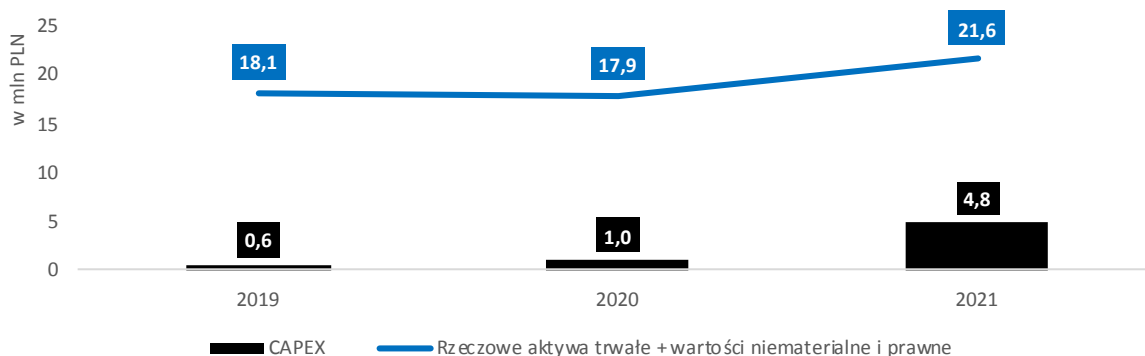
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono kluczowe metryki majątku trwałego Jednostki wraz z nakładami inwestycyjnymi w latach 2019 – 2021 r.

Tabela 81 Rzeczowe aktywa trwałe oraz wartości niematerialne i prawne Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Rzeczowe aktywa trwałe + wartości niematerialne i prawne	18 081 344	17 863 673	21 617 106
Wartości niematerialne i prawne	185 374	48 241	230 533
RAT	17 895 970	17 815 432	21 386 573
Środki trwałe	17 808 456	17 668 426	21 266 670
grunty	1 750 640	1 750 640	1 750 640
budynki, lokale i obiekty	11 750 137	11 039 020	10 470 576
urządzenia techniczne i maszyny	326 065	208 360	694 582
środki transportu	52 133	459 630	974 716
inne środki trwałe	3 929 481	4 210 776	7 376 155
Środki trwałe w budowie	87 513	147 006	119 903

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 28 Rzeczowe aktywa trwałe oraz wartości niematerialne i prawne wraz z nakładami inwestycyjnymi



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Ogólna charakterystyka. Wartość rzeczowego majątku trwałego stanowiła w badanym okresie około 98% aktywów trwałych, a jego wartość wzrosła o 3,5 mln PLN. Przedmiotowy wzrost wynikał z przeprowadzenia inwestycji przez Jednostkę w 2021 r. na kwotę 4,8 mln PLN. Do kluczowych składowych inwestycji zalicza się m.in:

- Instalacja fotowoltaiczna (wartość brutto 0,25 mln PLN),
- Aparat USG Samsung HS50 (wartość brutto 0,22 mln PLN),
- Zbiornik kriogeniczny do ciekłego azotu (wartość brutto 0,25 mln PLN),
- Ambulans typ C Volskwagen WSC 459 CG (wartość brutto 0,63 mln PLN),
- Wieża artroskopowa (wartość brutto 0,30 mln PLN).



Tabela 82 Wskaźnik CAPEX / Rzeczowe aktywa trwałe oraz CAPEX / Przychody ze sprzedaży

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
CAPEX / Rzeczowe aktywa trwałe	3,1%	5,4%	22,4%
CAPEX / Przychody ze sprzedaży	0,8%	1,4%	5,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

ZAPASY

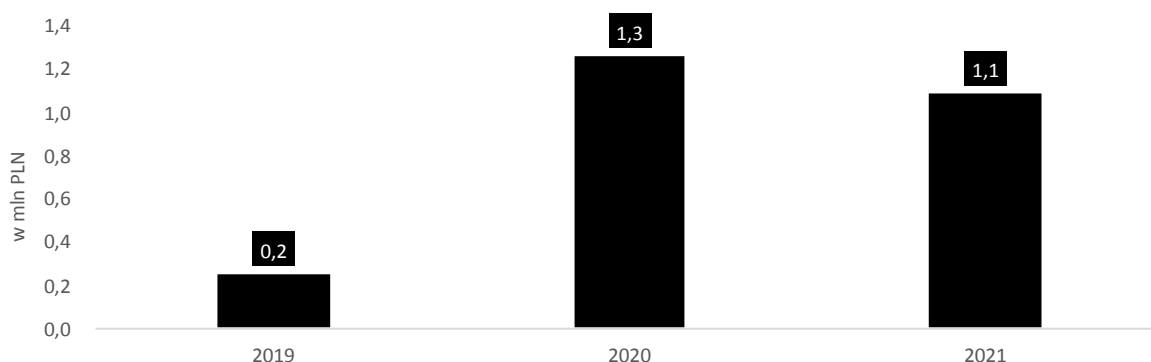
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono wartość zapasów Jednostki w latach 2019 – 2021 r.

Tabela 83 Zapasy Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Zapasy	249 467	1 265 577	1 092 513
Materiały	249 467	1 265 577	1 092 513
Wskaźnik rotacji w dniach	1,33	6,57	4,61

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 29 Zapasy Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Ogólna charakterystyka. Kluczowym aktywem obrotowym ze względu na profil działalności Jednostki, są zapasy materiałów medycznych. Z reguły 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). Na wartość pozycji zapasów w badanych latach w Szpitalu w Sochaczewie składały się wyłącznie materiały. Zauważalny wzrost przedmiotowej pozycji w 2020 roku w stosunku do roku poprzedniego wynikał przede wszystkim z Pandemii COVID-19 (materiały na magazynach są związane z zabezpieczeniem środków ochrony osobistej w związku z COVID-19, w znacznej części są to zapasy powstałe z darowizn).



Analiza obrotowości zapasów. W 2019 r. wartość wskaźnika kształtowała się na poziomie około 1,3 dnia, co w odniesieniu do prowadzonej działalności, należy ocenić jako wartość pozytywną w odniesieniu do rynkowych realiów. Ze względu na Pandemię COVID-19, w latach 2020 i 2021 r., wskaźnik rotacji zapasów wzrósł i kształtował się na poziomie od 6,5 do 4,5 dnia, co mimo wszystko, w dalszym ciągu należy ocenić jako wartości pozytywne, gdyż jako wartość maksymalną dla przedmiotowego wskaźnika zazwyczaj przyjmuje się wartość na poziomie 8 – 10 dni. Zgodnie z informacjami pozyskanymi od personelu Jednostki, po całkowitym ustąpieniu Pandemii, Szpital zamierza zredukować wartość zapasów do stanu z roku 2019 r.

NALEŻNOŚCI

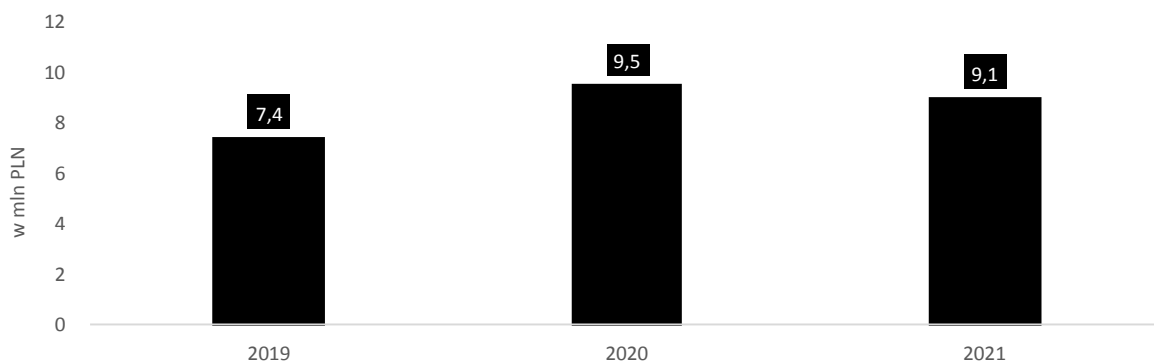
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono wartość należności Jednostki w latach 2019 – 2021 r.

Tabela 84 Należności Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Należności krótkoterminowe	7 446 156	9 541 758	9 060 027
Należności od pozostałych jednostek	7 446 156	9 541 758	9 060 027
z tytułu dostaw i usług	6 543 522	8 200 683	8 294 031
z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń	1 046	6 345	4 533
inne	901 588	1 334 731	761 464
Wskaźnik rotacji w dniach	34,98	42,54	34,98

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 30 Należności Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Ogólna charakterystyka. Największy udział w strukturze należności krótkoterminowych miały należności handlowe, co przy obecnym otoczeniu systemowym funkcjonowania Jednostki jest uzasadnione. W skład należności innych w analizowanym okresie wchodziły głównie rozrachunki z tytułu pożyczek z funduszu socjalnego.

Struktura wiekowa należności. Analiza wiekowa struktury należności Jednostki wykazała, że w badanym okresie średnio 99% wartości należności handlowych nie jest przeterminowana, co jest zjawiskiem naturalnym dla tego rodzaju prowadzonej działalności, zważywszy na to, że głównym płatnikiem jednostki jest NFZ.

Analiza obrotowości należności. Analiza obrotowości należności wykazała, że w 2019 r. wskaźnik rotacji kształtował się na poziomie 35 dni, w roku kolejnym (pandemia COVID-19; wzrósł do poziomu 42 dni, natomiast w 2021 r. ponownie powrócił do poziomu 35 dni. Tym samym wskaźniki rotacji wykazywane przez Jednostkę należy oceniać pozytywnie dla płynności finansowej Szpitala.

KAPITAŁ WŁASNY

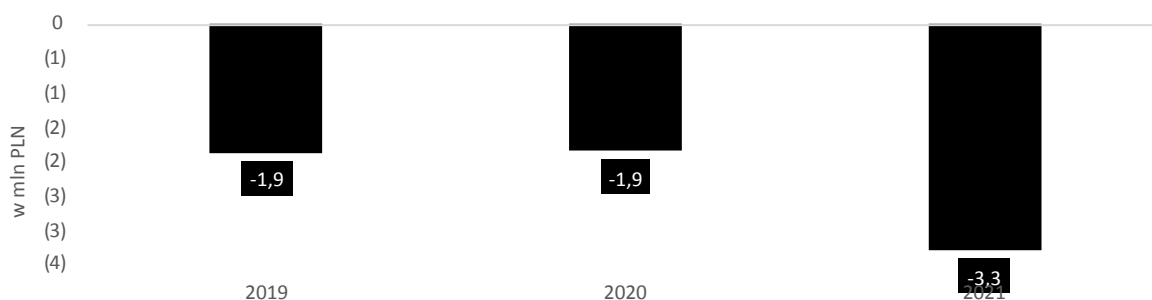
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono wartość poszczególnych składników kapitałów własnych Jednostki w latach 2019 – 2021 r.

Tabela 85 Składniki kapitału własnego Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Kapitał (fundusz) własny	(1 874 767)	(1 862 380)	(3 314 989)
Kapitał podstawowy	17 876 324	17 876 324	17 876 324
Zysk/strata z lat ubiegłych	(17 574 945)	(19 751 091)	(19 738 704)
Zysk i strata netto	(2 176 146)	12 387	(1 452 609)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 31 Kapitał własny Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Ogólna charakterystyka. Wartość kapitału własnego Jednostki na przestrzeni badanego okresu obniżała się ze względu na generowaną stratę na wyniku netto przez Jednostkę w roku 2019 oraz roku 2021 (analiza wyników na poziomie rachunku wyników w kolejnych rozdziałach). Należy wskazać, że przez cały badany okres, kapitał własny Jednostki był ujemny, co należy ocenić negatywnie. Strata z lat ubiegłych skumulowana do poziomu bliskiego -20 mln PLN, świadczy o długotrwałym braku rentowności. Kierownictwo Jednostki, powinno jak najszybciej podjąć działania mające na celu odwrócenia negatywnego trendu kształtowania się kapitału własnego, gdyż po pierwsze: co do zasady, ujemny kapitał własny w perspektywie długoterminowej świadczy o zagrożeniu kontynuacji działalności Jednostki, po drugie obniża wiarygodność Jednostki w potencjalnych negocjacjach dotyczących m.in. terminu płatności zobowiązań bądź też pozyskania finansowania zewnętrznego.



Zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe

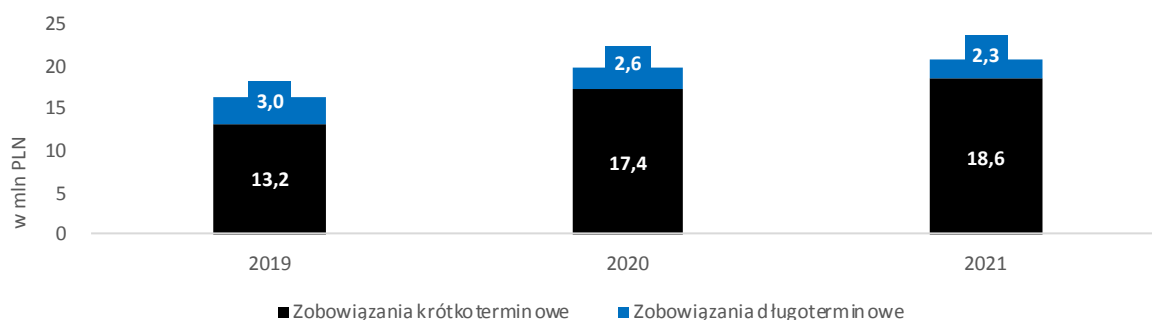
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono poszczególne składniki zobowiązań długoterminowych oraz krótkoterminowych w latach 2019 – 2021 r.

Tabela 86 Składniki zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Zobowiązania długoterminowe	3 009 627	2 601 815	2 286 326
Wobec pozostałych jednostek	3 009 627	2 601 815	2 286 326
kredyty i pożyczki	2 174 112	1 973 785	1 773 458
inne	835 515	628 030	512 869
Zobowiązania krótkoterminowe	13 197 261	17 380 332	18 589 041
Wobec pozostałych jednostek	12 111 266	16 319 041	17 792 133
kredyty i pożyczki	1 580 311	730 156	1 615 448
Inne	79 585	48 696	51 838
z tytułu dostaw i usług	5 367 478	9 215 319	9 693 737
z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń	2 539 105	2 789 783	3 824 013
z tytułu wynagrodzeń	1 974 322	2 618 346	2 098 404
inne	570 464	916 741	508 693
Fundusze specjalne	1 085 995	1 061 291	796 908

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 32 Zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Ogólna charakterystyka. W badanym okresie Jednostka korzystała głównie z zadłużenia handlowego, korzystając przy tym z zadłużenia w postaci kapitału obcego w formie kredytu obrotowego, kredytu hipotecznego, a także leasingu finansowego.

Zobowiązania handlowe. Zobowiązania handlowe w badanym okresie stanowiły średnio około 40% wartości zobowiązań Jednostki. Ich wartość w ciągu badanego okresu, wzrosła o około 4,3 mln PLN. Wzrost wartości zadłużenia handlowego w 2020 r. wywołany był pandemią COVID-19 – jednostka ze względu na trudniejszą sytuację finansową, w większym stopniu posiłkowała się zadłużeniem handlowym. Zgodnie z informacjami pozyskanymi od kierownictwa, w 2022 r. planowany jest powrót zadłużenia do skali sprzed COVID – 19 (patrz szerzej: tabela następna).

Struktura wiekowa zobowiązań handlowych. Ze względu na trudności z uzyskaniem rzeczywistych danych dotyczących skali zadłużenia wymagalnego w latach 2019 – 2021 r. w

tabeli poniżej przedstawiono rozkład zadłużenia handlowego w podziale na zadłużenie handlowe przeterminowane oraz nieprzeterminowane.

Tabela 87 Składniki zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych na koniec II 2022 r.

typ zobowiązania	Zobowiązania ogółem	Zobowiązania nieprzeterminowane	Zobowiązania przeterminowane	do 30 dni	31-90 dni	91-180 dni	181-365 dni	powyżej 365 dni
z tytułu dostaw towarów i usług	6 295 647	3 334 872	2 960 776	824 502	1 548 370	587 903	0	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Jednostka na koniec lutego 2022 r. posiłkowała się zadłużeniem handlowym w wysokości 2,9 mln PLN. Należy zwrócić uwagę, że największa część zadłużenia (1,5 mln PLN) przeterminowana jest od 31 do 90 dni, co de facto nie stanowi jeszcze istotnego zagrożenia dla płynności Jednostki. Trzeba mieć jednak na uwadze, że dalsze utrzymywanie tego typu zadłużenia przy długotrwałym braku rentowności spowoduje jego dynamiczny przyrost, a co z tym idzie konieczność spłaty dodatkowych odsetek. Zaleca się podjęcie natychmiastowych działań w celu poprawy rentowności i jak najszybszej spłaty zadłużenia przeterminowanego.

Analiza obrotowości zobowiązań handlowych. Wskaźnik rotacji zobowiązań handlowych w latach 2019-2021, charakteryzował się wysoką zmiennością. W 2019 r. wartość wskaźnika przyjęła wartość na poziomie około 29 dni, co z perspektywy podmiotu medycznego należy ocenić pozytywnie. W kolejnym roku, wartość wskaźnika zdecydowanie wzrosła do 47 dni, co jednak było spowodowane sytuacją związaną z Pandemią COVID – 19. W roku 2021 r. wartość wskaźnika uległa niewielkiej obniżce, kształtując się ostatecznie na poziomie 41 dni. Co do zasady Jednostka powinna dążyć do uzyskania wskaźnika rotacji zobowiązań handlowych na poziomie sprzed pandemii COVID-19, tj. około 30 dni. Taki poziom rotacji charakteryzuje podmioty „zdrowe”, niemające trudności z płynnością.

Zobowiązania kredytowe i pozostałe. Jednostka na przestrzeni analizowanego okresu korzystała z finansowania zewnętrznego w postaci:

- kredytu hipotecznego,
- kredytu w rachunku bieżącym,
- leasingu finansowego.

W tabeli poniżej przedstawiono kluczowe informacje dotyczące kredytów Jednostki:

Tabela 88 Składniki zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych

Rodzaj	Udziałający	Kwota kredytu	Wysokość rat		Kapitał do spłaty	Harmonogram	Zabezpieczenie	Cel
			Rata kapitałowa	Odsetki				
Kredyt	mBAank Hipoteczny	4 mln PLN	15 152	WIBOR 1 M+0,9% marża	1,85 mln PLN	spłata na koniec każdego miesiąca, ostatnia rata płatna do 30.06.2032 r.	Poręczenie przez Powiat	spłata zobowiązań finansowych wobec wierzycieli
Kredyt w rachunku bieżącym	Getin Noble Bank	1,5 mln PLN	Kredyt odnawialny				Cesja kontraktu z NFZ, weksel własny	Zachowanie bieżącej płynności finansowej

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Jednym ze wskaźników, który w najdokładniejszy sposób pokazuje zdolność Jednostki do regulowania zobowiązań jest wskaźnik długu (rozumianego jako zobowiązania oprocentowane) do EBITDA. Z perspektywy analizowanej Jednostki wartość wskaźnika kształtowała się odpowiednio na poziomie 9,35 w roku 2019, 1,01 w roku 2020 r. oraz 3,94 w roku 2021 r., w związku z czym jedynie w roku 2019, wskaźnik przekraczał dopuszczalne normy³.

Należy jednak zauważyć, że w latach 2020 r. oraz 2021 r., Jednostka otrzymała wysokie wartości darowizn rzeczowych, (łącznie kwota to 4,2 mln PLN). W związku z powyższym po „zdjęciu” przedmiotowych przychodów z wyniku EBITDA (w celu odzwierciedlenia faktycznego wyniku operacyjnego) wskaźnik długu do EBITDA przyjmował wartości ujemne (ujemna EBITDA), co należy oceniać negatywnie.

Oceniając wyżej wymienione instrumenty finansowe z perspektywy ich rynkowości, należy ocenić, że charakteryzują się one rynkowymi parametrami.

ROZLICZENIA MIĘDZYOKRESOWE PRZYCHODÓW ORAZ KOSZTÓW

Rozliczenia międzyokresowe przychodów to stan na dzień bilansowy wartości nominalnej przychodów, których realizacja następuje w okresach przyszłych.

W poniższej tabeli przedstawiono rozliczenia międzyokresowe przychodów i kosztów.

Tabela 89 Rozliczenia międzyokresowe przychodów oraz kosztów

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Rozliczenia międzyokresowe przychodów	6 072 984	6 475 022	10 892 156
Krótkoterminowe rozliczenia	545 970	727 204	1 372 874

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Ogólna charakterystyka. Wysoka wartość rozliczeń międzyokresowych przychodów na koniec lat 2019-2022 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 w pozostałe przychody operacyjne. Zastosowanie takiego zapisu, pozwala traktować przedmiotową pozycję jako faktyczne zwiększenie kapitałów własnych.

W skład pozycji rozliczenia międzyokresowe przychodów wchodziły m.in. dotacje od Starostwa, dotacje z budżetu państwa czy dofinansowanie z POIS.

W skład pozycji krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe wchodziły m.in. polisy ubezpieczeniowe, podatek od nieruchomości oraz fundusze socjalne.

³ Co do zasady przyjmuje się, że wartość wskaźnika nie powinna przekraczać 4.



ANALIZA KAPITAŁU OBROTOWEGO

W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono stan kapitału obrotowego w latach 2019-2021.

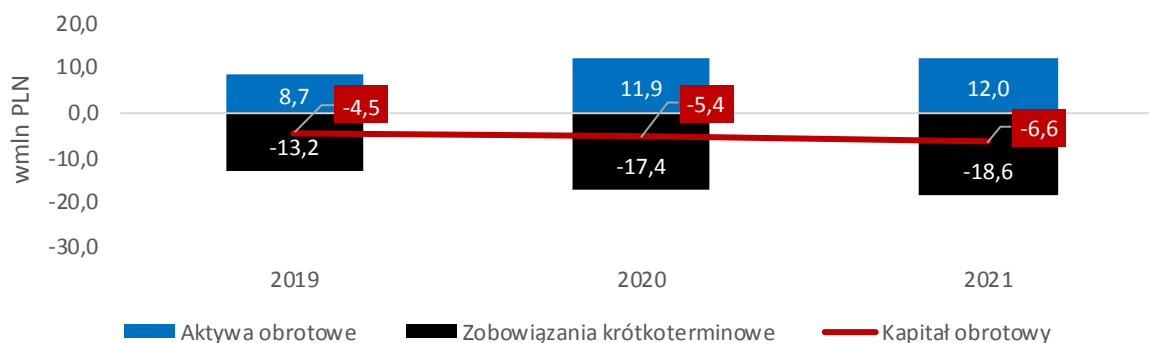
Tabela 90 Kapitał obrotowy Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Kapitał obrotowy	(4 535 367)	(5 442 407)	(6 573 375)
Aktywa obrotowe	8 661 894	11 937 924	12 015 666
Zobowiązania krótkoterminowe	(13 197 261)	(17 380 332)	(18 589 041)

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Analiza historycznych oraz sezonowych trendów w kapitale obrotowym. Na przestrzeni lat 2019 – 2021 wartość kapitału obrotowego zmalała.

Wykres 33 Kapitał obrotowy Jednostki w ujęciu rocznym



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Ocena średniego poziomu kapitału obrotowego. Na przestrzeni lat 2019 – 2021 średni poziom kapitału obrotowego wynosił około -5,5 mln PLN, należy także podkreślić, że jego wartość z roku na rok malała, co do zasady należy ocenić negatywnie. Wartość płynnych aktywów przez cały okres analizy była niższa od wartości zobowiązań, co w sytuacji hipotetycznych, nieplanowanych wydatków, Jednostka może po prostu nie posiadać możliwości sfinansowania ich.

WSKAŹNIKI FINANSOWE OPISUJĄC BILANS

W poniższej tabeli przedstawiono kluczowe wskaźniki finansowe w latach 2019 – 2021 r.



Tabela 91 Podstawowe wskaźniki finansowe opisujące bilans

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Udział trwałych składników majątku w aktywach ogółem	0,68	0,60	0,64
Udział aktywów obrotowych w aktywach ogółem	0,32	0,40	0,36
Podstawowy wskaźnik struktury aktywów	2,10	1,52	1,81
Wskaźnik produktywności aktywów ogółem	2,50	2,31	2,53
Wskaźnik struktury pasywów	*(0,07)	*(0,06)	*(0,09)
Wskaźnik ogólnego zadłużenia	0,49	0,58	0,55
Wskaźnik płynności bieżącej	0,66	0,69	0,65
Wskaźnik płynności gotówkowej	0,03	0,02	0,03
Wskaźnik rotacji zapasów	1,33	6,57	4,61
Wskaźnik rotacji należności	34,98	42,54	34,98
Wskaźnik rotacji zobowiązań	28,70	47,81	40,88

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

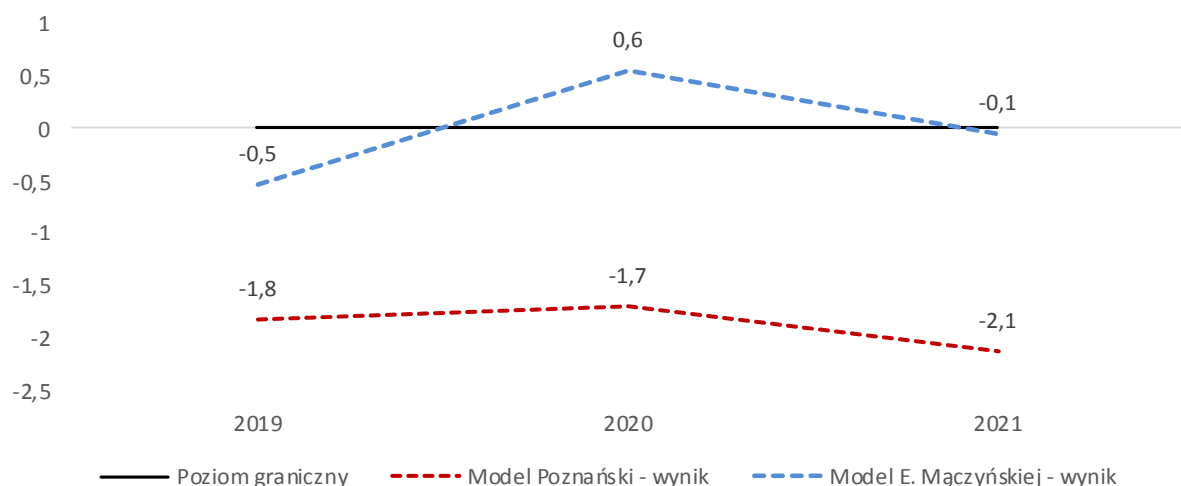
*wartość zaburzona ze względu na ujemne wartości kapitału własnego

Dokonując oceny kondycji finansowej Podmiotu z perspektywy samych wskaźników, należy zauważyć, że Jednostka utrzymywała przez cały okres analizy względnie pozytywne wskaźniki rotacji majątku (nie wliczając w to okresu spowodowanego pandemią COVID-19). Niepokojąco nisko, kształtują się wskaźniki płynności, które odzwierciedlają wcześniej wnioski z analizy, tj. ujemny kapitał obrotowy, a także ujemny kapitał własny spowodowany długotrwałym brakiem rentowności, a także pojawiające się zadłużenie wymagalne.

W celu potwierdzenia oceny sytuacji finansowej poprzez wykorzystanie samych wskaźników finansowych, dokonano dodatkowej analizy przy wykorzystaniu modeli dyskryminacyjnych, które pokazują czy analizowany podmiot jest zagrożony bankructwem.

Przedstawione wyniki na poniższym wykresie należy rozpatrywać poprzez punkt przecięcia z linią wyznaczającą 0 (czarna linia), która jest punktem granicznym dla sytuacji, w której dany podmiot znajduje się w stanie zagrożenia działalności (wszystkie wyniki poniżej 0) oraz brak zagrożenia dla działalności (wyniki powyżej 0).

Wykres 34 Wyniki analizy dyskryminacyjnej



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Wyniki przeprowadzonej analizy dyskryminacyjnej, jednoznacznie wskazują, że nad Jednostką, w całym okresie analizy unosi się widmo bankructwa, co potwierdzają oba wykorzystane modele (Model Poznański i Model E. Mączyńskiej), kształtując się poniżej poziomu krytycznego, tj. 0.

PODSUMOWANIE:

- W analizowanym okresie suma bilansowa wzrosła (z 26,8 mln PLN do 33,8 mln PLN), co wynika z m.in. inwestycji w majątek trwały w 2021 r. na poziomie około 5 mln PLN i wzrostu wartości zadłużenia handlowego o około 4 mln PLN.
- Po stronie pasywów należy mieć na uwadze, ujemną wartość kapitału własnego na skutek ponoszenia z roku na rok wyższych strat netto. Strata z lat ubiegłych na poziomie blisko 20 mln PLN, świadczy o długotrwałym, permanentnym braku rentowności oraz płynności Jednostki.
- Wartość zadłużenia wymagalnego na koniec lutego 2022 r. wskazywała na wartość około 2,9 mln PLN, utrzymywanie tego typu zadłużenia przy długotrwałym braku rentowności spowoduje jego dynamiczny przyrost, a co z tym idzie konieczność spłaty dodatkowych odsetek.
- Szpital w celu „uzdrowienia” płynności posługuje się także zadłużeniem zewnętrznym w postaci kredytu obrotowego – co do zasady jest to praktyka powszechnie stosowana przez jednostki, jednak przy pojawieniu się zadłużenia przeterminowanego istnieje poważne zagrożenie pojawienia się tzw. „spirali zadłużenia”. Zaleca się natychmiastowe działania mające na celu poprawę ujemnej obecnie rentowności (wyników) działalności Szpitala.

8.2. Analiza rachunku zysków i strat

Poniżej przedstawiono uproszczonych rachunek zysków i strat Jednostki.

Tabela 92 Uproszczony rachunek zysków i strat Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY	67 337 572	69 394 174	85 370 110
1. Przychody netto ze sprzedaży produktów	67 997 655	68 664 420	84 832 395
KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	70 738 170	73 577 309	90 230 666
1. Amortyzacja	2 326 611	2 054 708	1 927 119
2. Zużycie materiałów i energii	10 855 070	11 513 801	14 522 296
3. Usługi obce	16 820 920	20 765 807	26 797 600
4. Podatki i opłaty	612 030	593 611	598 735
5. Wynagrodzenia	33 009 465	31 671 723	38 198 465
6. Ubezpieczenia	6 812 127	6 706 587	7 906 650
7. Pozostałe koszty rodzajowe	291 809	271 072	277 961
MARŻA NA SPRZEDAŻY W PLN	-3 400 598	-4 183 135	-4 860 556
PPO	2 061 361	5 105 848	3 951 527
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	78 793	9 751	10 407
Dotacje	1 201 241	1 123 196	1 103 403
Aktualizacja aktywów	0	0	0
Inne przychody operacyjne	781 327	3 972 901	2 837 718
PKO	630 885	690 372	283 238



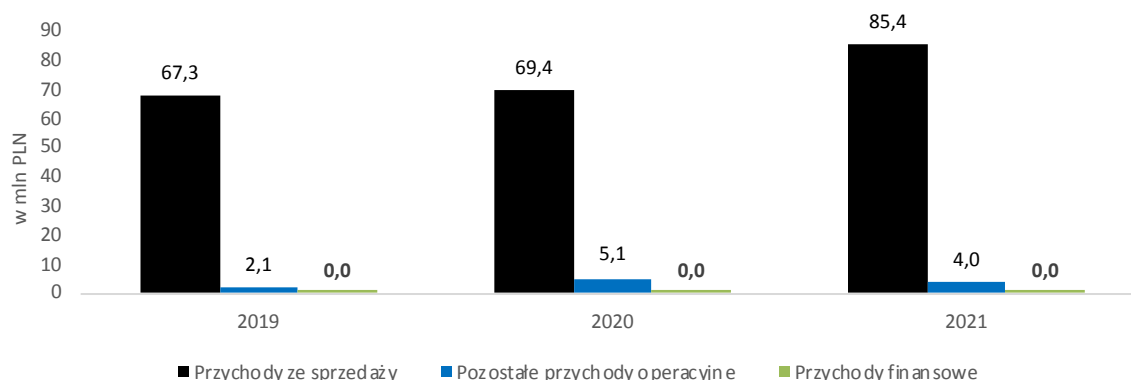
Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0
Aktualizacja aktywów	50 822	2 509	13 579
Inne koszty operacyjne	580 063	687 863	269 659
MARŻA EBIT W PLN	-1 970 122	232 340	-1 192 266
PRZYCHODY FINANSOWE	12 785	18 693	34 237
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0
Odsetki	9 367	14 691	12 404
Inne	3 419	4 002	21 833
KOSZTY FINANSOWE	135 731	162 518	219 373
Odsetki	105 521	130 044	137 246
Aktualizacja wartości	0	0	0
Inne	30 210	32 474	82 127
MARŻA BRUTTO W PLN	-2 093 067	88 515	-1 377 402
Podatek dochodowy	83 079	76 128	75 207
MARŻA NETTO W PLN	-2 176 146	12 387	-1 452 609

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

8.2.1. Analiza przychodów

Struktura przychodów. Na przestrzeni analizowanych lat głównym źródłem przychodów Jednostki, były przychody ze sprzedaży, stanowiące praktycznie 100% przychodów ogółem. Na wykresie poniżej przedstawiono dynamikę poszczególnych grup przychodów Jednostki.

Wykres 35 Struktura przychodów Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Tabela 93 Dynamika przychodów w ujęciu rok do roku

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Przychody ze sprzedaży	-	3,1%	23,0%
Pozostałe przychody operacyjne	-	147,7%	-22,6%
Przychody finansowe	-	46,2%	83,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Przychody ze sprzedaży. W poniższej tabeli przedstawiono strukturę kształtowania się przychodów ze sprzedaży w latach 2019-2021 r.



Wykres 36 Przychody ze sprzedaży w podziale na wydatki NFZ i pozostałe

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Przychody ze sprzedaży w tym:	67 997 655	68 664 420	84 832 395
Narodowy Fundusz Zdrowia	62 314 841	62 801 895	79 541 473
Ministerstwo Zdrowia	1 558 360	1 340 459	1 444 340
Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego	764 381	883 902	1 443 649
Pozostałe	3 360 073	3 638 163	2 402 933

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

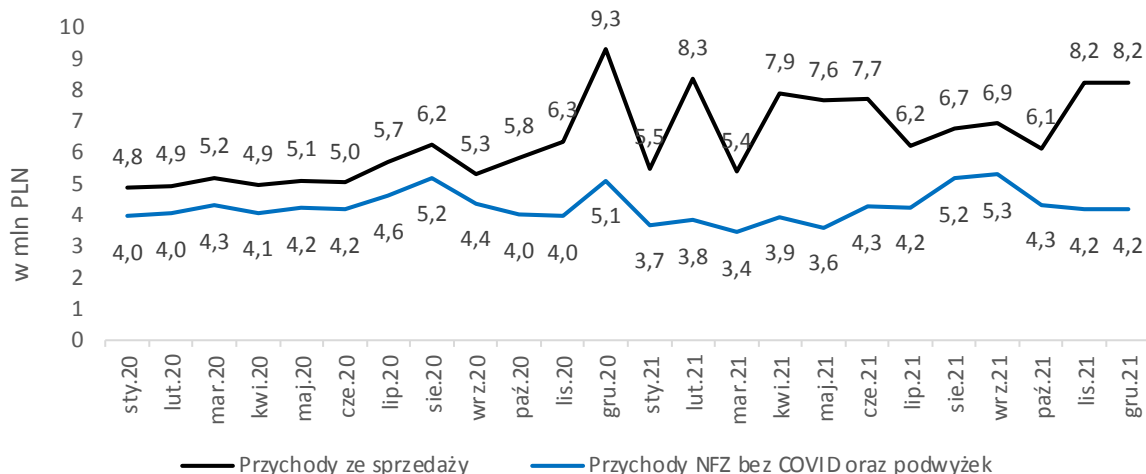
Na przestrzeni analizowanego okresu, głównym źródłem przychodów ze sprzedaży były przychody uzyskiwane od głównego płatnika tj. NFZ. Dynamika przedmiotowego źródła przychodów określona wskaźnikiem CAGR, na przestrzeni lat 2019 – 2021 wyniosła około 23%, natomiast w okresie 2019 – 2020 3,1%.

Tabela 94 Kategorie przychodów porównanie

Miesiąc	2021			2020		
	Przychody ogółem	W tym NFZ 2021	Przychody Ogółem NFZ- COVID- wynagrodzenia	Przychody ogółem:	W tym NFZ 2020	Przychody Ogółem NFZ- COVID - wynagrodzenia
1	5,47	5,11	3,66	4,85	4,53	3,96
2	8,32	7,96	3,83	4,93	4,61	4,04
3	5,36	4,97	3,44	5,18	4,91	4,29
4	7,89	7,49	3,93	4,93	4,69	4,07
5	7,65	7,24	3,59	5,09	4,82	4,22
6	7,68	7,29	4,26	5,02	4,74	4,17
7	6,21	5,80	4,23	5,70	5,40	4,60
8	6,74	6,30	5,15	6,23	5,94	5,17
9	6,91	6,44	5,27	5,28	4,97	4,35
10	6,12	5,56	4,32	5,83	5,40	3,99
11	8,24	7,69	4,17	6,34	5,98	3,95
12	8,24	7,69	4,17	9,30	8,96	5,10
Razem	84,83	79,54	50,02	68,66	64,96	51,90

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 37 Przychody ze sprzedaży w podziale na wydatki NFZ i pozostałe



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Analizując powyższą tabelę oraz wykres należy zauważyć, że po wyłączeniu przychodów związanych z COVID – 19 oraz wzrostami wynagrodzeń, „czysty przychód z tytułu NFZ w latach 2020 – 2021 r., pozostawał na niemal stałym, niezmiennym poziomie.

Przez cały okres analizy komórkami, które dominowały w strukturze generowanych przychodów z NFZ były:

- 1) Oddział Wewnętrzno- Kardiologiczny
- 2) Oddział Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej,
- 3) Oddział Chirurgii Ogólnej,

Należy wskazać, że analiza kont zespołu 7, nie daje możliwości rozgraniczenia, które przychody w latach 2020 – 2021, zawierały w sobie dodatki z tytułu Covid-19, a także wzrostu wynagrodzeń, w związku z czym analiza dynamiki przychodów poszczególnych komórek, może prowadzić do błędnych wniosków.

Tabela 95 Przychody ze sprzedaży w podziale Oddziały

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	Dynamika 2019 / 20	Dynamika 2019 / 2021
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	9 178 740	11 901 851	15 430 016	30%	68%
Oddział Chirurgii Ogólnej	6 658 665	7 871 359	7 348 271	18%	10%
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	9 318 622	11 341 234	13 400 092	22%	44%
Pododdział Ginekologiczny	2 012 360	2 528 449	2 974 111	26%	48%
Pododdział Położniczy	1 691 690	1 794 116	1 894 584	6%	12%
Oddział Pediatriczny	3 948 108	3 775 571	4 814 374	-4%	22%
Pododdział Neonatologiczny	1 420 867	1 447 309	1 519 920	2%	7%
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4 847 238	5 796 935	7 031 345	20%	45%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Pozostałe przychody operacyjne. Na przestrzeni okresu 2019 – 2021 oraz pozostałe przychody operacyjne, charakteryzowały się wysoką fluktuacją, głównie ze względu na występowanie zdarzeń jednorazowych, wynikający z Pandemii COVID-19. Należy zwrócić uwagę, na wysokie wartości innych przychodów operacyjnych w latach 2020 – 2021. Przedmiotowe wartości wynikały z otrzymania przez Jednostkę darowizn rzeczowych w kwotach odpowiednio 2,5 mln PLN oraz 1,7 mln PLN.

Tabela 96 Pozostałe przychody operacyjne

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
PPO	2 061 361	5 105 848	3 951 527
Dotacje	1 201 241	1 123 196	1 103 403
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	78 793	9 751	10 407
Aktualizacja aktywów	0	0	0
Inne przychody operacyjne	781 327	3 972 901	2 837 718

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Przychody finansowe. Wartość przychodów finansowych w latach 2019 – 2021 stanowiła znikomą część przychodów generowanych przez Jednostkę. Do głównych źródeł przychodów finansowych należało zaliczyć odsetki bankowe od lokat.

Tabela 97 Przychody finansowe

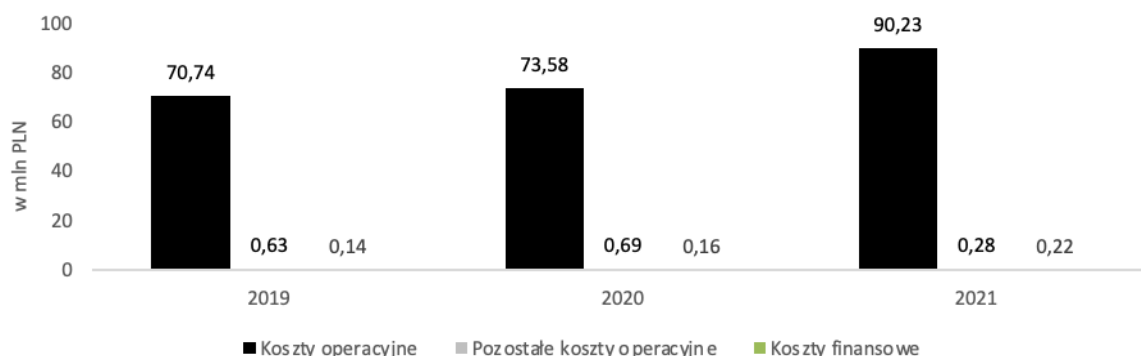
Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Przychody finansowe	12 785	18 693	34 237
Dywidendy udziały w zyskach	0	0	0
Odsetki	9 367	14 691	12 404
Inne	3 419	4 002	21 833

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

8.2.2. Analiza kosztów

Struktura kosztów. Na przestrzeni badanego okresu struktura generowanych kosztów przez Jednostkę pozostawała stabilna. Głównym źródłem kosztów były koszty operacyjne, stanowiące przez cały okres ponad 99% kosztów ogółem. Na wykresie poniżej przedstawiono dynamikę poszczególnych grup kosztów Jednostki.

Wykres 38 Struktura kosztów Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Tabela 98 Dynamika kosztów w ujęciu rok do roku

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Koszty operacyjne	-	4,0%	22,6%
Pozostałe koszty operacyjne	-	9,4%	-59,0%
Koszty finansowe	-	19,7%	35,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

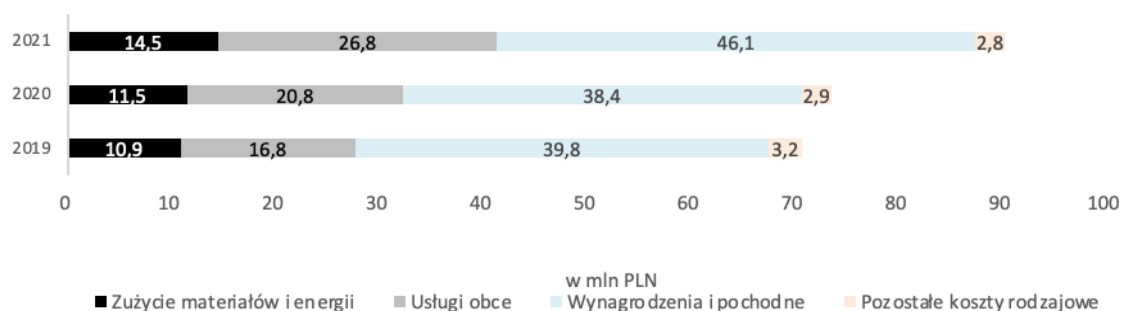
Koszty operacyjne – ogólne prawidłowości. Na przestrzeni lat 2019 – 2021 koszty operacyjne stanowiły główne źródło generowanych przez Jednostkę kosztów. Największą grupę kosztów stanowiły koszty wynagrodzeń i pochodnych (średnio 53% kosztów ogółem) oraz koszty zużycia materiałów i energii (średnio 27% kosztów ogółem).

Tabela 99 Kluczowe pozycje kosztów operacyjnych Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Koszty działalności operacyjnej	70 738 170	73 577 309	90 230 666
Amortyzacja	2 326 611	2 054 708	1 927 119
Zużycie materiałów i energii	10 855 070	11 513 801	14 522 296
Usługi obce	16 820 920	20 765 807	26 797 600
Podatki i opłaty	612 030	593 611	598 735
Wynagrodzenia	33 009 465	31 671 723	38 198 465
Ubezpieczenia	6 812 127	6 706 587	7 906 650
Pozostałe koszty rodzajowe	301 946	271 072	279 801

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 39 Struktura kluczowych pozycji kosztów operacyjnych Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Tabela 100 Dynamika kosztów operacyjnych w ujęciu rok do roku

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Amortyzacja	-	-11,7%	-6,2%
Zużycie materiałów i energii	-	6,1%	26,1%
Usługi obce	-	23,5%	29,0%
Podatki i opłaty	-	-3,0%	0,9%
Wynagrodzenia	-	-4,1%	20,6%
Ubezpieczenia	-	-1,5%	17,9%
Pozostałe koszty rodzajowe	-	-10,2%	3,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Największą dynamiką CAGR w latach 2019 - 2021 charakteryzowały się koszty usług obcych (CAGR 29%) oraz koszty zużycia materiałów i energii (CAGR 26,1%). Poniżej przedstawiono szczegółową analizę kluczowych grup kosztowych Jednostki. Należy podkreślić, że na skutek Pandemii COVID-19, koszty rodzajowe, charakteryzowały się zdecydowanie wyższą dynamiką niż w okresie przed pandemicznym, co w szczególności widoczne jest w kosztach usług obcych.

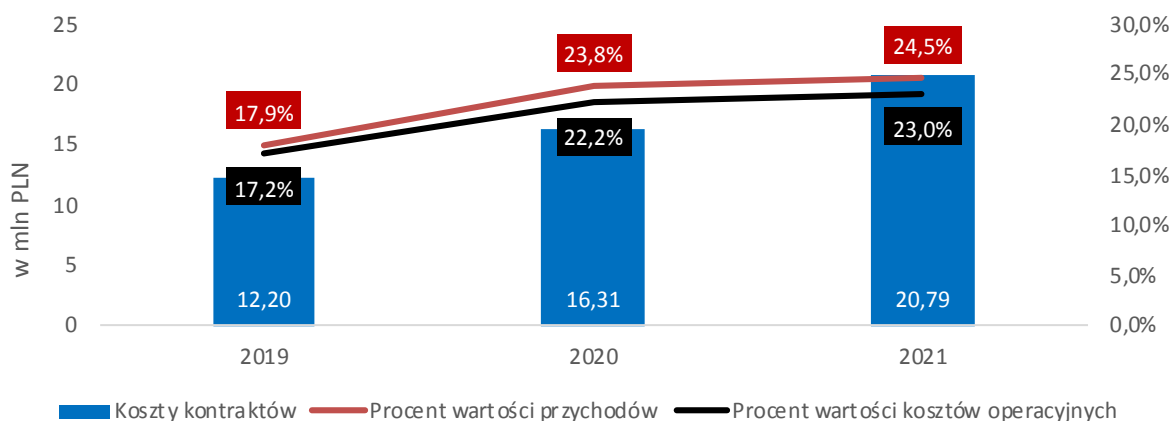
Dodatkowym elementem utrudniającym analizę kosztów na przestrzeni badanego okresu jest rozbudowa planu kont w 2021 r. (jego nową strukturę kosztową należy ocenić bardzo pozytywnie), w związku z czym analiza poszczególnych pozycji na przestrzeni 3 lat jest utrudniona.



Zużycie materiałów i energii. Wartość przedmiotowej pozycji wzrosła na przestrzeni analizowanego okresu o około 3,6 mln PLN. Kluczową grupę kosztową stanowiły koszty zużytych leków i materiałów medycznych – blisko 50%. Do pozostałych istotnych pozycji przedmiotowej grupy kosztów należy zaliczyć zużycie energii elektrycznej oraz koszty gazu. Na przestrzeni badanego okresu, koszty zużycia materiałów i energii rosły w tempie proporcjonalnym co generowanych przychodów - największy wzrost kosztów wynikał z kosztów ponoszonych na leki i pozostałe materiały medyczne. Dodatkowa analiza zużycia materiałów medycznych i leków została przeprowadzona w rozdziale 4.5.

Usługi obce. Wartość usług obcych na przestrzeni analizowanego okresu wzrosła o niemal 10 mln PLN (między latami 2019/20 wzrost o 4 mln PLN; między 2020/21 wzrost o 6 mln PLN). Przez cały okres, kluczową pozycją kosztów usług obcych były koszty kontraktów medycznych, stanowiąc ponad 70% wartości kosztów usług obcych. Za przedmiotowy wzrost kosztów usług obcych odpowiedzialny jest wzrost wartości wynagrodzeń pracowników kontraktowych, który wynosił około 4 mln PLN rocznie. Poniżej przedstawiono wartość kosztów kontraktowych i ich udział w przychodach i kosztach operacyjnych.

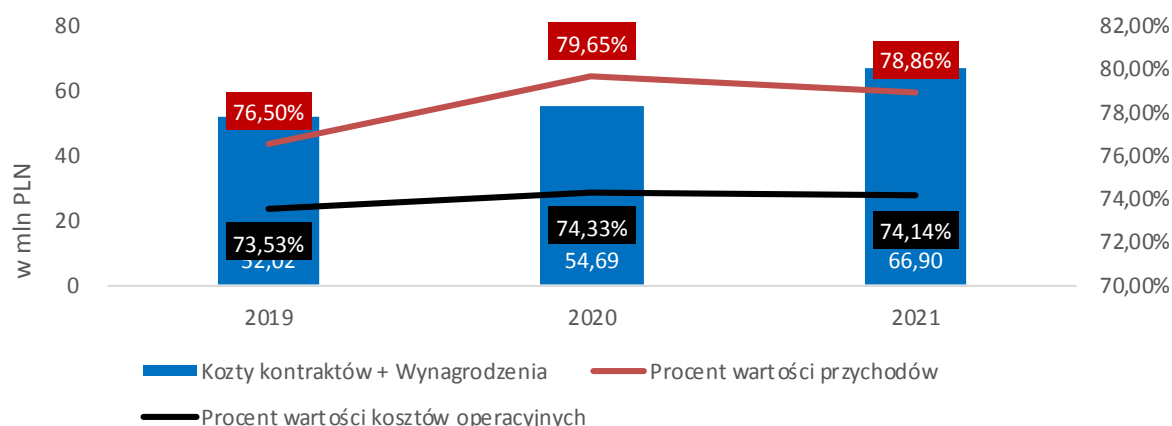
Wykres 40 Udział kosztów kontraktów w przychodach i kosztach operacyjnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wynagrodzenia i pochodne. Wartość wynagrodzeń i pochodnych na przestrzeni analizowanego okresu wzrosła o około 6,2 mln PLN. Głównymi czynnikami powodującymi wzrost wartości pozycji w czasie były wprowadzone od października 2020 r. tzw. „dodatku Covidowego” przysługującego pracownikom medycznym mającym kontakt z pacjentami zarażonymi, a także wzrosty wynagrodzeń wynikające z waloryzacji wynagrodzeń. Należy jednak zauważyć, że analiza kosztów wynagrodzeń musi przebiegać łącznie z analizą pracowników kontraktowych, gdyż część personelu w 2020 r. zmieniła formę zatrudnienia co odzwierciedla spadek kosztów wynagrodzeń i pochodnych w roku 2020 r. w stosunku do poprzedniego o około 1,5 mln PLN. Poniżej przedstawiono łączne wartości wynagrodzeń pracowniczych w odniesieniu do generowanych przychodów i kosztów.

Wykres 41 Udział kosztów kontraktów i wynagrodzeń w przychodach i kosztach operacyjnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Łączna wartość wynagrodzeń jednostki w okresie analizy, wynosiła około 80% wartości przychodów co do zasady jest wartością zdecydowanie zbyt wysoką. Zaleca się podjęcie działań mających na celu optymalizację struktury wynagrodzenia, gdyż na chwilę obecną koszty wynagrodzeń w zbyt dużym stopniu obciążają wyniki finansowe Jednostki.

Pozostałe koszty operacyjne – ogólne prawidłowości. W latach 2019 – 2020, pozostałe koszty operacyjne kształtowały się na poziomie około 0,65 mln PLN, natomiast w 2021 r. ich wartość spadła do poziomu około 0,28 mln PLN. W 2019 r. wysoka wartość kosztów wynikała przede wszystkim z korekty przychodów NFZ na poprzednie lata (0,6 mln PLN) natomiast w 2020 r. z rezerwy na przewidywane koszty (0,37 mln PLN). Rosnąca wartość zadłużenia wymagalnego Jednostki, odzwierciedlona jest poprzez wartość odsetek z tytułu zadłużenia przeterminowanego handlowego.

Tabela 101 Pozostałe koszty operacyjne Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
PKO	630 885	690 372	283 238
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0
Aktualizacja aktywów	50 822	2 509	13 579
Inne koszty operacyjne	580 063	687 863	269 659

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Koszty finansowe – ogólne prawidłowości. Wartość kosztów finansowych w latach 2019 – 2021 stanowiła znikomą część kosztów generowanych przez Jednostkę. Do głównych źródeł kosztów finansowych należy zaliczyć odsetki z tytułu dostaw i usług.

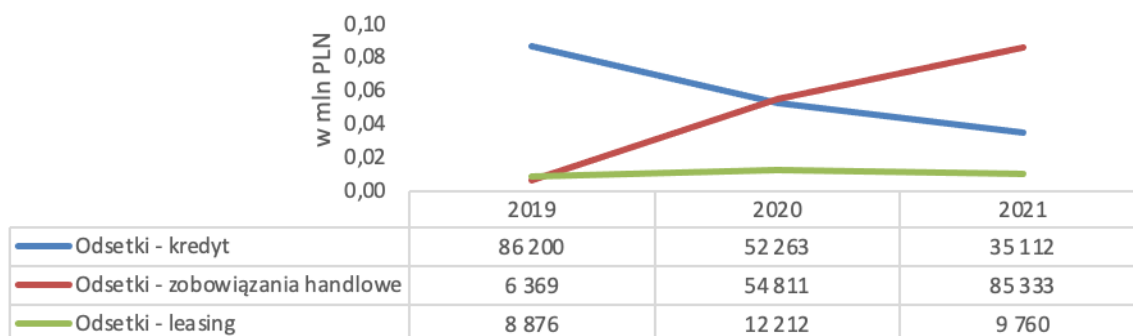


Tabela 102 Koszty finansowe Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Koszty finansowe	135 731	162 518	219 373
Odsetki	105 521	130 044	137 246
Aktualizacja wartości	0	0	0
Inne	30 210	32 474	82 127

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Wykres 42 Dynamika kluczowych kosztów odsetkowych w analizowanym okresie

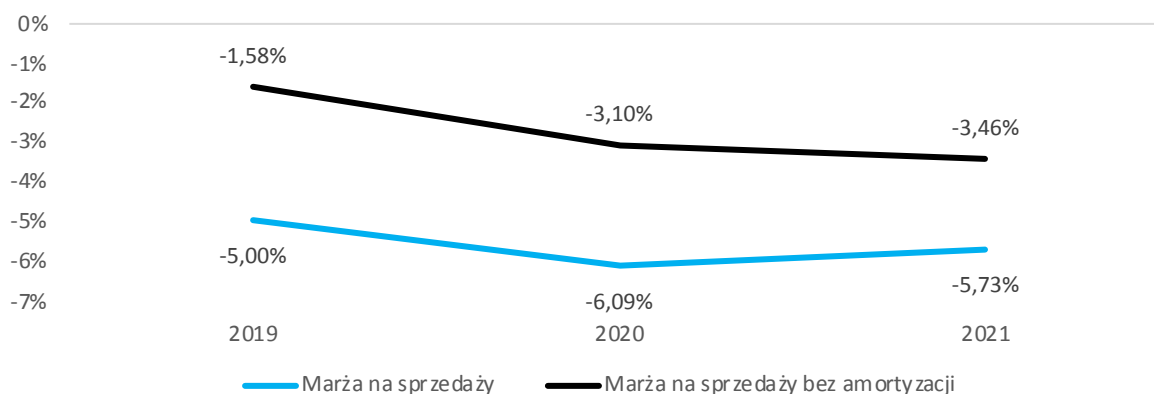


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

8.2.3. Analiza rentowności

Rentowność sprzedaży. Na przestrzeni analizowanego okresu, Jednostka charakteryzowała się permanentnym brakiem rentowności na sprzedaży co wynika z ponoszenia nieracjonalnych kosztów operacyjnych w stosunku do osiągniętych przychodów, co w dużej mierze jest pochodną ponoszenia bardzo wysokich kosztów wynagrodzeń w stosunku do generowanych przychodów (niemal 80% w latach 2019 – 2021). Po wyeliminowaniu kosztów amortyzacji, Jednostka w dalszym ciągu generowała ujemne marże.

Wykres 43 Dynamika marży na sprzedaży Jednostki

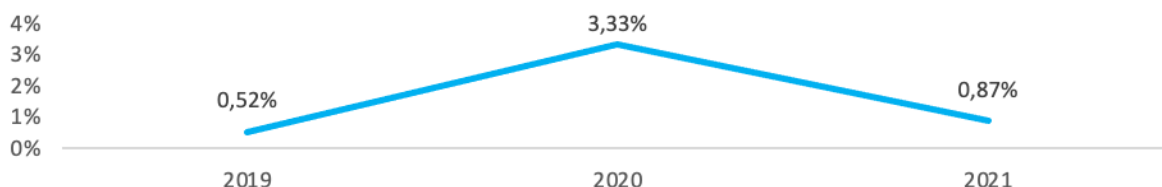


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Rentowność EBITDA. Jednostka na przestrzeni analizowanego okresu charakteryzowała się dodatnimi wartościami marży EBITDA. Jednak należy mieć na uwadze, że zarówno pozostałe przychody operacyjne jak i pozostałe koszty operacyjne były obciążone zdarzeniami jednorazowymi np. korekty przychodów z lat ubiegłych, dary rzeczowe, czy rezerwy na przewidywane koszty, w związku z czym, można przyjąć, że faktycznym wskaźnikiem określającym działalność operacyjną Spółki jest wynik na sprzedaży pomijający amortyzację.

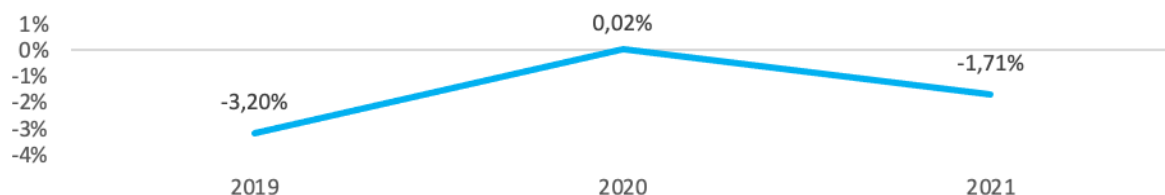
Wykres 44 Dynamika raportowanej marży EBITDA Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Rentowność Netto. Na przestrzeni analizowanego okresu, tendencja kształtowania się rentowności netto była niemal identyczna jak w przypadku kształtowania się EBITDA. Zarówno przychody finansowe jak i koszty finansowe nie stanowiły istotnych pozycji w porównaniu do pozostałych przychodów / kosztów, jednak rosnąca wartość kosztów odsetkowych (głównie od zobowiązań przeterminowanych) spowodowała, że w 2021 r. rentowność Jednostki była ujemna.

Wykres 45 Rentowność Netto Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

PODSUMOWANIE:

- Przeprowadzona analiza rachunku wyników wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki w przeciągu trzech analizowanych lat uległa pogorszeniu, gdzie w 2020 roku widać dynamiczne pogorszenie sytuacji – należy jednak podkreślić, że wystąpiło ono na skutek Pandemii COVID-19.
- Jednostka przez cały analizowany okres charakteryzowała się ujemną wartością wyniku na sprzedaży, co w dużej mierze wynika z problemu rosnących kosztów wynagrodzeń – zarówno pracowników kontraktowych, jak i umów o pracę. Należy podkreślić, że wynagrodzenia i pochodne w latach 2019-2021 stanowiły niemal 80% wartości generowanych przychodów. Po oczyszczeniu wyniku z amortyzacji Szpital w dalszym ciągu generuje, ujemne marże.

- Długoterminowy brak rentowności i płynności przyczynił się do powstania zadłużenia przeterminowanego, a co za tym idzie z konieczności płacenia dodatkowych odsetek z tytułu jego obsługi.
- Należy wskazać na pozytywną zmianę dotyczącą rozbudowanego planu kont, większość istotnych pozycji kosztowych została rozbudowana w sposób pozwalający na przeprowadzenie dodatkowej analizy np. zużycia materiałów medycznych bądź też struktury wynagrodzenia.

8.3. Analiza rachunku przepływów pieniężnych

Poniżej przedstawiono rachunek przepływów pieniężnych Jednostki.

Tabela 103 Rachunek przepływów pieniężnych Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
WYNIK NETTO	-2 176 146	12 387	-1 452 609
KOREKTY RAZEM	2 276 322	2 140 168	5 800 885
Amortyzacja	2 326 611	2 054 708	1 927 119
Odsetki i udziały w zyskach	97 236	81 839	74 643
Zmiana stanu rezerw	634 286	-1 039 032	-98 688
Zmiana stanu zapasów	45 304	-1 016 110	173 063
Zmiana stanu należności	-994 933	-2 095 602	481 730
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	1 205 803	4 828 084	345 889
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-848 630	128 513	3 843 579
Inne korekty	-189 356	-802 232	-946 452
PRZEPŁYW OPERACYJNY	100 176	2 152 555	4 348 276
WPŁYWY	78 793	39 716	10 407
Zbycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	78 793	10 000	10 407
Inne wpływy inwestycyjne	0	29 716	0
WYDATKI	593 077	959 199	4 794 060
Nabycie WNIIP oraz RAT	563 361	959 199	4 794 060
Inne wydatki inwestycyjne	29 716	0	0
PRZEPŁYW INWESTYCYJNY	-514 284	-919 483	-4 783 653
WPŁYWY	1 142 020	0	845 908
Wpływy netto z wydania udziałów	0	0	0
Kredyty i pożyczki	1 142 020	0	845 908
WYDATKI	592 199	1 249 987	323 666
Splata bieżących kredytów	390 327	1 050 483	200 327
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	104 636	117 666	48 696
Odsetki	97 236	81 839	74 643
PRZEPŁYW FINANSOWY	549 821	-1 249 987	522 242
Przepływy pieniężne netto razem	135 713	-16 915	86 865
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	135 713	-16 915	86 865
Środki pieniężne na początek okresu	284 588	420 301	403 386
Środki pieniężne na koniec okresu	420 301	403 386	490 250

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Przepływy z działalności operacyjnej – ogólne prawidłowości. W badanym okresie, przepływ operacyjny Jednostki był dodatni. Przyczyn takiego stanu rzeczy należy szukać w:



- w 2019 r. wartość przepływu była dodatnia głównie ze względu na przyrost zadłużenia krótkoterminowego, a także przyrost rezerw,
- w 2020 r. wartość przepływu determinowana była ponownie poprzez przyrost zadłużenia krótkoterminowego, a także wynik netto (wysoka wartość otrzymanych dotacji rzeczowych),
- w 2021 r. wartość przepływu operacyjnego była dodatnia ze względu na wysoką wartość rozliczeń międzyokresowych (patrz szerzej: analiza rozliczeń międzyokresowych), a także powolnym powrotem Jednostki do stanu sprzed pandemii COVID – 19, o czym świadczy uwolnienie kapitału w postaci należności (+) oraz zapasów (+), niepokojącym jest natomiast kolejny wzrost zadłużenia krótkoterminowego.

Reasumując, Jednostka w latach 2019 – 2020, dodatni przepływ operacyjny zawdzięcza głównie przyrostu zadłużenia krótkoterminowego, co należy ocenić negatywnie. Potwierdza to trudności Jednostki z utrzymaniem płynności finansowej a także długotrwały brak rentowności.

Tabela 104 Przepływy pieniężne z działalności operacyjnej

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Zysk (strata) netto	-2 176 146	12 387	-1 452 609
Korekty razem	2 276 322	2 140 168	5 800 885
Amortyzacja	2 326 611	2 054 708	1 927 119
Odsetki i udziały w zyskach	97 236	81 839	74 643
Zmiana stanu rezerw	634 286	-1 039 032	-98 688
Zmiana stanu zapasów	45 304	-1 016 110	173 063
Zmiana stanu należności	-994 933	-2 095 602	481 730
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	1 205 803	4 828 084	345 889
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-848 630	128 513	3 843 579
Inne korekty	-189 356	-802 232	-946 452
Przepływy operacyjne	100 176	2 152 555	4 348 276

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Przepływy z działalności inwestycyjnej– ogólne prawidłowości. Na przestrzeni badanego okresu, Jednostka charakteryzowała się względnie wysoką aktywnością, jeśli chodzi o działalność inwestycyjną. Wysoka wartość inwestycji w 2021 r. wynikała z otrzymania dotacji, która to zaowocowała zakupem m.in. aparatu USG Samsung HS50, zbiornika kriogeniczny do ciekłego azotu czy ambulansu typ C Volskwagen WSC 459 CG.



Tabela 105 Przepływy pieniężne z działalności inwestycyjnej

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Wpływy	78 793	39 716	10 407
Zbycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	78 793	10 000	10 407
Zbycie inwestycji w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0
Z aktywów finansowych	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	0	29 716	0
Wydatki	563 361	959 199	4 794 060
Nabycie WNIIP oraz RAT	563 361	959 199	4 794 060
Inwestycje w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0
Na aktywa finansowe, w tym	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0
Przepływy inwestycyjne	-484 568	-919 483	-4 783 653

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Przepływy z działalności finansowej – ogólne prawidłowości. Na przestrzeni badanego okresu Jednostka dwukrotnie zaciągała pożyczkę w rachunku bieżącym na wartość 1,1 mln PLN w 2019 r. i 0,8 mln PLN w roku 2021 r. celem zachowania płynności finansowej.

Szpital, na bieżąco spłacał wszystkie raty kapitałowe od zobowiązań jak i odsetki.

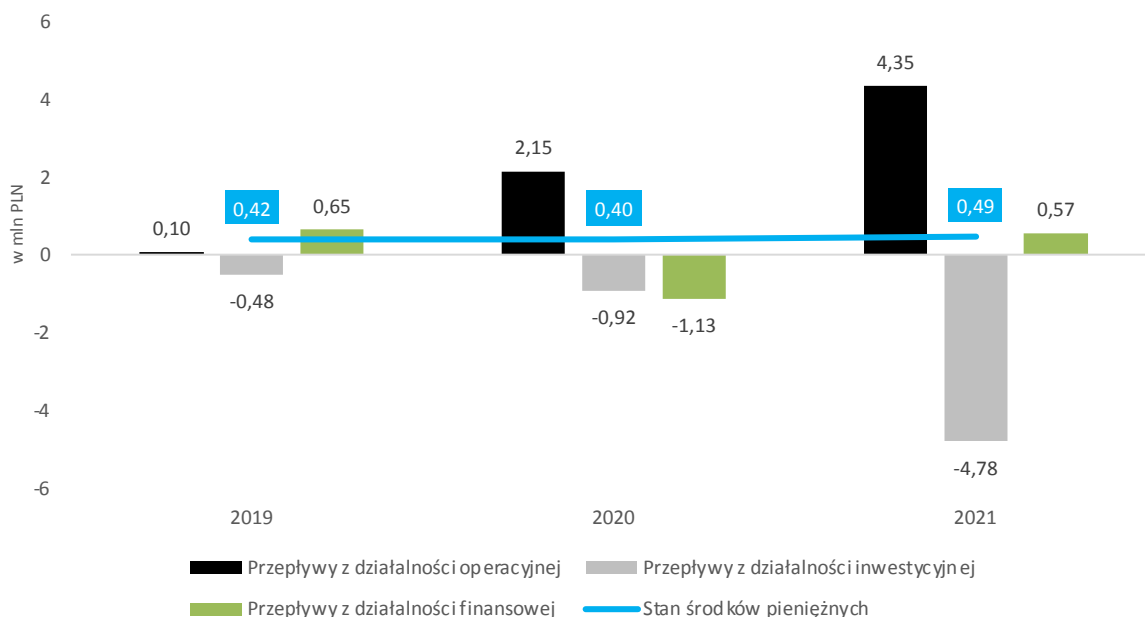
Tabela 106 Przepływy pieniężne z działalności finansowej

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
Wpływy	1 142 020	0	845 908
Kredyty i pożyczki	1 142 020	0	845 908
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0
Inne wpływy finansowe	0	0	0
Wydatki	487 563	1 132 322	274 970
Spłata bieżących kredytów	390 327	1 050 483	200 327
Odsetki	97 236	81 839	74 643
Inne wydatki finansowe	0	0	0
Przepływy finansowe	654 457	-1 132 322	570 938

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Wykres 46 Zestawienie przepływów pieniężnych Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

PODSUMOWANIE

- Szpital z roku na rok generował dodatnie, przepływy operacyjne, co wynikało jednak z roku rocznie podnoszonej wartości zadłużenia a w 2021 r. wysokiej wartości rozliczeń międzyokresowych (co wynika z przeprowadzonych inwestycji). Jednostka nie posiada płynności finansowej oraz charakteryzuje się przez cały okres działalności ujemnym kapitałem obrotowym.
- Jednostka dokonywała niskich inwestycji, co wynika przede wszystkim z braku środków pieniężnych. Wyjątkiem był rok 2021 r. gdzie Szpital za pomocą dotacji sfinansował zakup m.in. ambulansu czy aparatu USG.
- Analiza przepływów z działalności finansowej wykazała, regularne korzystanie z zadłużenia zewnętrznego w postaci kredytu obrotowego, co do zasady jest to praktyka powszechnie stosowana przez jednostki, jednak przy pojawieniu się zadłużenia przeterminowanego, istnieje poważne zagrożenie pojawienia się tzw. „spirali zadłużenia”, tym samym zaleca się natychmiastowe działania mające na celu poprawę rentowności Szpitala.



8.4. Analiza wyników finansowych komórek medycznych

Rachunek kosztów oddziałów szpitalnych

Rachunek kosztów wykonano bazując na procesowym ujęciu organizacji Szpitala. Wykorzystano do tego celu dane z roku 2021 dostarczone przez księgowość oraz komórki pomocnicze. Dane dotyczące wartości wykonanych procedur oraz kosztów poniesionych przez poszczególne struktury organizacyjne Szpitala zostały przedstawione wg stanu na dzień 31 grudnia 2021 roku. Wartości wykonanych procedur uwzględniono w wartościach rzeczywistego wykonania, niezależnie od tego czy zostały przez płatników zapłacone czy nie. Wychodzi się z założenia, że to właśnie one są nośnikiem rzeczywistych kosztów poniesionych przez komórki wynikowe.

Koszty bezpośrednio księgowane w ciężar komórek jak i koszty pośrednie, którymi je obciążono zostały przeanalizowane w celu identyfikacji przede wszystkim zmiennych kosztów procedur medycznych, takich jak zastosowane materiały medyczne, koszty diagnostyki czy wykonywanych zabiegów oraz kosztów stałych, którymi są przede wszystkim koszty personelu medycznego. W drugiej kolejności wyodrębniono pozostałe grupy kosztów charakteryzujących działalność komórek tj. nakłady na utrzymanie całej infrastruktury technicznej szpitala, tj. budynków, budowli, instalacji, mediów i systemów teleinformatycznych. Odniesiono je do kosztów utrzymania 1 m² zajmowanej przez komórki powierzchni, bezpośrednio koszty pobytu pacjentów w szpitalu (tzw. koszty doby hotelowej) uwzględniającej dobowe koszty niemedycznych świadczeń dla pacjentów oraz pozostałe koszty stałe utrzymania oddziałów (koszty wydziałowe).

Spojrzenie w ten sposób na finanse oddziałów i innych komórek szpitalnych pozwala analizować organizację i zarządzanie strukturami organizacyjnymi przez pryzmat nowego podejścia controllingowego, w którym poszczególni kierownicy nie muszą być obciążani informacjami kosztowymi, na które bezpośrednio nie mają żadnego wpływu, a zagregowane 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 średniej stawki dziennej i długości pobytu pacjentów w szpitalu czy koszty użytkowanego przez niego lokalu jako iloczyn miesięcznego kosztu 1 metra kwadratowego i zajmowanej powierzchni, to kategorie które niewątpliwie jego dotyczą, są powszechnie zrozumiałe i na które kierownicy komórek mają pośredni lub bezpośredni wpływ.

Taka analiza, która wymaga odrębnego pogrupowania zaksięgowanych już wcześniej, wg innych kluczy kosztów, była by bardzo pracochłonna. Jest to spowodowane trudnościami w identyfikacji „czystości” kwalifikowania i księgowania kosztów, które to czynności były wykonywane w logice innego systemu podziałowego i rozliczeniowego. Dlatego zastosowano w tym przypadku metodę przybliżonych i uśrednionych współczynników, które pomimo przybliżonego charakteru pozwalają spojrzeć na organizację szpitala w nowy, procesowy sposób.



Tabela 107 Zestawienie parametrów kosztowych komórek medycznych za rok 2021

Lp.	Leczenie szpitalne	Wartość wykonanych świadczeń	Koszty zmienne procedur medycznych						Koszty stałe procedur medycznych			Pozostałe koszty					Koszty operacyjne RAZEM
			leki	materiały i sprzęt med. jedn.	diagnost. szpitalna	diagnost. zewn.	koszty usług Bloku Oper. i Anestezji	razem koszty zmienne procedur medycznych	wydatki na personel	refundacje części wynagr.	wynikowo koszty osobowe	koszty pobytu pacjentów -hotelowe	koszty utrzymania powierzchni	koszty transportu medycznego	pozostałe koszty oddziałowe	razem koszty pozostałe	
1	O. Wewn. - Kardiol.	9 972 212	1 968 892	702 561	299 445	478 755	3 109	3 452 763	9 817 506	5 149 386	4 668 120	981 533	401 942	171 027	171 473	1 725 975	9 846 857
2	O. Chirurgii Ogólnej	5 439 199	233 000	550 448	93 170	49 764	1 376 092	2 302 473	4 095 311	1 451 130	2 644 181	256 596	225 544	22 790	20 896	525 826	5 472 481
3	O. Chirurgii Uraz.-Ortop.	11 558 125	207 721	3 086 546	123 998	108 219	3 151 215	6 677 698	5 793 024	1 458 040	4 334 984	491 258	287 617	59 287	27 134	865 297	11 877 979
4	O. Gin.-Położniczy	3 443 530	125 145	201 544	8 966	90 114	659 264	1 085 034	5 150 911	1 107 822	4 043 089	199 362	561 337	14 351	88 159	863 210	5 991 333
5	O. Pediatriczny	4 134 146	83 826	137 836	114 881	188 653	15 629	540 825	5 817 326	1 931 912	3 885 414	207 695	285 443	44 636	90 749	628 523	5 054 762
6	OAIIT	3 528 228	524 096	401 463	22 161	47 636	1 924	997 280	6 559 851	3 289 490	3 270 361	85 879	115 625	2 573	116 095	320 173	4 587 814
	Razem Leczenie szpitalne	38 075 439	3 142 680	5 080 398	662 620	963 142	5 207 233	15 056 073	37 233 928	14 387 779	22 846 149	2 222 324	1 877 510	314 663	514 507	4 929 004	42 831 226

Lp.	Świadczenia ambulatoryjne	Wartość wykonanych świadczeń	leki	materiały i sprzęt med. jedn.	diagnost. szpitalna	diagnost. zewn.		razem koszty zmienne procedur medycznych	wydatki na personel	refundacje części wynagr.	wynikowo koszty osobowe		koszty utrzymania powierzchni	koszty transportu medycznego	pozostałe koszty oddziałowe	razem koszty pozostałe	Koszty operacyjne RAZEM
1	SOR	6 202 310	313 964	332 441	1 320 544	482 545		2 449 493	6 767 562	4 069 289	2 698 273		346 437	461 711	183 161	991 309	6 139 076
2	Oddział Rehab. Dziennej	1 848 395	27 575	40 346	0	0		67 921	991 832	69 696	922 136		328 479	0	50 437	378 916	1 368 974
3	POZ	3 237 890	48 430	9 657	55 595	48 370		162 052	2 523 515	84 957	2 438 557		95 475	102 228	61 140	258 843	2 859 452
4	Zespół poradni AOS	6 522 755	9 796	93 429	1 340 379	402 106		1 845 709	4 180 167	392 859	3 787 308		442 718	53 620	73 445	569 783	6 202 801
	Razem świadczenia ambulatoryjne	17 811 351	399 765	475 873	2 716 517	933 021		4 525 176	14 463 077	4 616 801	9 846 275		1 213 109	617 559	368 184	2 198 851	16 570 303

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.



Analizę wykonano dla tzw. wynikowych komórek i struktur organizacyjnych, które zajmują się świadczeniem i sprzedażą podstawowych usług medycznych, stanowiących zasadniczą część działalności operacyjnej Szpitala, z podziałem na lecznictwo szpitalne i świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym.

Zarówno wartość sprzedaży, jak i poniesione koszty zostały skorygowane o refundację części kosztów, wynikającą z zobowiązań ministerialnych, związanych ze wzrostem wynagrodzeń personelu medycznego.

Przedstawiony rachunek kosztów komórek medycznych obejmuje podstawowe ich kategorie będące w gestii kierowników komórek. Jako koszty zmienne procedur medycznych uwzględniono:

- zużycie leków;
- materiałów medycznych i jednorazowego sprzętu medycznego;
- koszty diagnostyki, oddzielnie wykonywanej przez pracownię Szpitala, oddzielnie zlecane na zewnątrz;
- kosztów usług świadczonych przez Blok Operacyjny i Anestezję na rzecz oddziałów zabiegowych.

Do stałych kosztów procedur medycznych zaliczono koszty utrzymania personelu, skorygowane o refundację skutków podwyżek płac uzgodnionych ze związkami i korporacjami zawodowymi na szczelbu Ministerstwa Zdrowia.

Pozostałe koszty to pozycje, które nie wiążą się bezpośrednio z procedurami medycznymi, a które są niezbędne do poniesienia w związku z prowadzoną działalnością leczniczą. Należą do nich:

- koszty hotelowe, czyli niemedyczne koszty hospitalizacji pacjentów odniesione do ilości osobodni ich pobytu na oddziale. Zaproponowano tu użycie średnich stawek dziennych, które dla roku 2021 wyniosły **57,87 zł/osobodzień**, w tym uśrednione dzienne wyżywienie **38,53 zł/dzień** oraz zapewnienie pościeli **19,34 zł/osobodzień**.
- koszty utrzymania infrastruktury technicznej pomieszczeń zajmowanych przez poszczególne komórki. Zastosowano tu wyliczony dla roku 2021 koszt utrzymania 1 m² powierzchni operacyjnej Szpitala w kwocie **38,63 zł/m²** dla komórek ambulatoryjnych oraz **32,35 zł/m²** dla oddziałów szpitalnych. Powierzchnie zajmowane przez poszczególne jednostki organizacyjne zostały przekazane audytorom przez służby techniczne Szpitala. Stawka za utrzymanie 1 m² kwadratowego oddziałów szpitalnych z pozoru jest niższa ponieważ w odróżnieniu od komórek ambulatoryjnych, nie można było precyzyjnie wydzielić kosztów osobowych utrzymania czystości i zawarte one zostały w kosztach personelu. Poza tym, takie ujęcie wydaje się być prostsze dla kierowników, którzy otrzymują prostszą informację o kosztach osobowych oddziału.
- koszty transportu medycznego jako obciążenie za wykonaną usługę transportową na dyspozycję jednostki. Zaproponowano sposób rozliczenia wg średniej stawki za kilometr, która dla roku 2021 wyniosła **11,09 zł/km**.
- pozostałe koszty oddziałowe, w skład których wchodziły koszty biurowe, zakupu drobnego sprzętu czy amortyzacja wyposażenia.



Takie ujęcie rachunku kosztów komórek medycznych zapewnia ich kompletność, pozwala w prosty sposób je budżetować i na bieżąco monitorować wydatki poszczególnych kierowników. Zastosowane kategorie kosztów są przez kierowników każdego szczebla zrozumiałe i odnoszą się do zakresów ich kompetencji i odpowiedzialności.

Z zaprezentowanego zestawienia można również odczytać, że na każdą złotówkę wykonanego przez oddziały szpitalne świadczenia przypada **21 gr** wydatków na leki i materiały medyczne, **5 gr** na diagnostykę, a łącznie na zmienne koszty procedur medycznych **40 gr**. Pobyt pacjentów to jest **7 gr**, a koszt utrzymania infrastruktury technicznej oddziałów przypadający na 1 zł przychodów to **5 gr**. Największy udział w kosztach wykonywanych świadczeń mają koszty personelu medycznego, który wynosi **60 gr**. Do każdego wykonanego i sprzedanego przez oddziały świadczenia medycznego o wartości 1 zł ktoś musi dopłacić **12 gr**.

Ewidencja wartości wykonanych świadczeń

Szpital korzysta z dwóch źródeł finansowania realizacji procesów udzielania świadczeń medycznych. Pierwszym i głównym źródłem jest Narodowy Fundusz Zdrowia, kontraktujący ze Szpitalem udzielanie świadczeń w ramach Powszechnego Szpitalnego Zabezpieczenia oraz świadczeń dodatkowych. W ubiegłym roku do istotnych, ze względu na kwoty, kontraktów zaliczyć trzeba te na realizację świadczeń związanych z pandemią Covid-19. Z uwagi na fakt, że nie mają one stałego charakteru zostały wyspecyfikowane w odrębnej kolumnie.

Drugim źródłem finansowania świadczeń są to inne instytucje i osoby fizyczne, zazwyczaj kupujące świadczenia poza stałymi kontraktami. Część z nich ma charakter incydentalny, a część jest wynikiem starań kadry i prowadzenia zaplanowanych działań rynkowych.



Tabela 108 Sprzedaż świadczeń przez podstawowe komórki medyczne Szpitala w 2021 roku

Lp.	Leczenie szpitalne	Wyk. świadczeń med. w ramach kontraktu z nfz	Sprzedaż świadczeń covid	Sprzedaż św. poza kontraktami z nfz	SPRZEDAŻ RAZEM
1	Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	6 730 561	3 240 346	1 305	9 972 212
2	Oddział Chirurgii Ogólnej	5 419 855	12 579	6 765	5 439 199
3	Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	11 515 519	36 943	5 662	11 558 125
4	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	3 392 032	46 293	5 205	3 443 530
5	Oddział Pediatryczny	4 119 707	14 439	-	4 134 146
6	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	2 578 854	949 373	-	3 528 228
	Razem Leczenie szpitalne	33 756 528	4 299 974	18 937	38 075 439

	Świadczenia ambulatoryjne	Wyk. świadczeń med. w ramach kontraktu z NFZ	Sprzedaż świadczeń COVID	Sprzedaż św. poza kontraktami z NFZ	SPRZEDAŻ RAZEM
1	Szpitalny Oddział Ratunkowy	5 441 420	707 250	53 640	6 202 310
2	Oddział Rehabilitacji Diennej	1 769 758	54 637	24 000	1 848 395
3	Podstawowa Opieka Zdrowotna	3 145 972	87 128	4 790	3 237 890
4	Zespół poradni AOS	6 519 857	1 891	1 007	6 522 755
	Razem świadczenia ambulatoryjne	16 877 007	850 907	83 437	17 811 351

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Z analizy zestawienia sprzedaży widać, że działalność szpitala opiera się głównie na kontraktowaniu świadczeń z NFZ. Sprzedaż usług medycznych przez komórki wynikowe poza NFZ ma śladowy charakter, szczególnie w przypadku oddziałów szpitalnych.

Należy zwrócić uwagę na sprzedaż świadczeń covidowych. W roku 2021 stanowiły one przeszło **9%** całej sprzedaży świadczeń. Należy oczekiwać, że w roku bieżącym takich kontraktów NFZ udzielać już nie będzie lub będą one znacznie mniejsze. Zatem wydaje się, że aby uzupełnić lukę w sprzedaży, przed Szpitalem stoi bardzo trudne zadanie zwiększenia aktywności w realizacji kontraktów PSZ. Nie zapewnienie odpowiedniej dynamiki wzrostu wartości świadczonych usług medycznych może przełożyć się na pogorszenie sytuacji finansowej Szpitala.

Analiza wyników finansowych

Na potrzeby wykonanej analizy poniżej przedstawiono zbiorcze zestawienie wartości udzielonych świadczeń i kosztów poniesionych w związku z ich sprzedażą.



Tabela 109 Zbiorcze wyniki finansowe komórek medycznych za rok 2021

Leczenie szpitalne	Wartość wykonanych świadczeń	koszty zmienne procedur medycznych	koszty personelu	koszty pozostałe	WYNIK FINANSOWY
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	9 972 212	3 452 763	4 668 120	1 725 975	125 355
Oddział Chirurgii Ogólnej	5 439 199	2 302 473	2 644 181	525 826	- 33 282
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	11 558 125	6 677 698	4 334 984	865 297	- 319 854
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	3 443 530	1 085 034	4 043 089	863 210	- 2 547 802
Oddział Pediatriczny	4 134 146	540 825	3 885 414	628 523	- 920 616
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	3 528 228	997 280	3 270 361	320 173	- 1 059 586
Razem Leczenie szpitalne	38 075 439	15 056 073	22 846 149	4 929 004	- 4 755 786

Świadczenia ambulatoryjne	Wartość wykonanych świadczeń	koszty zmienne procedur medycznych	koszty personelu	koszty pozostałe	WYNIK FINANSOWY
Szpitalny Oddział Ratunkowy	6 202 310	2 449 493	2 698 273	991 309	63 234
Oddział Rehabilitacji Diennej	1 848 395	67 921	922 136	378 916	479 422
Podstawowa Opieka Zdrowotna	3 237 890	162 052	2 438 557	258 843	378 438
Zespół poradni AOS	6 522 755	1 845 709	3 787 308	569 783	319 954
Razem świadczenia ambulatoryjne	17 811 351	4 525 176	9 846 275	2 198 851	1 241 048

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie

Zestawienie pokazuje, że wszystkie oddziały osiągają dodatnią marżę na zmiennych kosztach procedur medycznych. Niestety, w przypadku trzech oddziałów nie starcza ona nawet na pokrycie kosztów wynagrodzenia personelu medycznego (i to skorygowanych środkami podwyżkowymi), nie mówiąc już o pokryciu kosztów pobytu pacjentów czy utrzymania zajmowanego lokalu. Dotyczy to oddziałów Ginekologiczno-Położniczego, Pediatricznego i Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W przypadku Ginekologii koszty wynagrodzeń personelu przewyższają wartość udzielonych przez niego świadczeń. Przyczyny tego stanu rzeczy mogą tkwić w zbyt małej sprzedaży świadczeń wypracowywanych przez zespół, w zbyt dużych kosztach osobowych lub w obu tych przypadkach naraz.

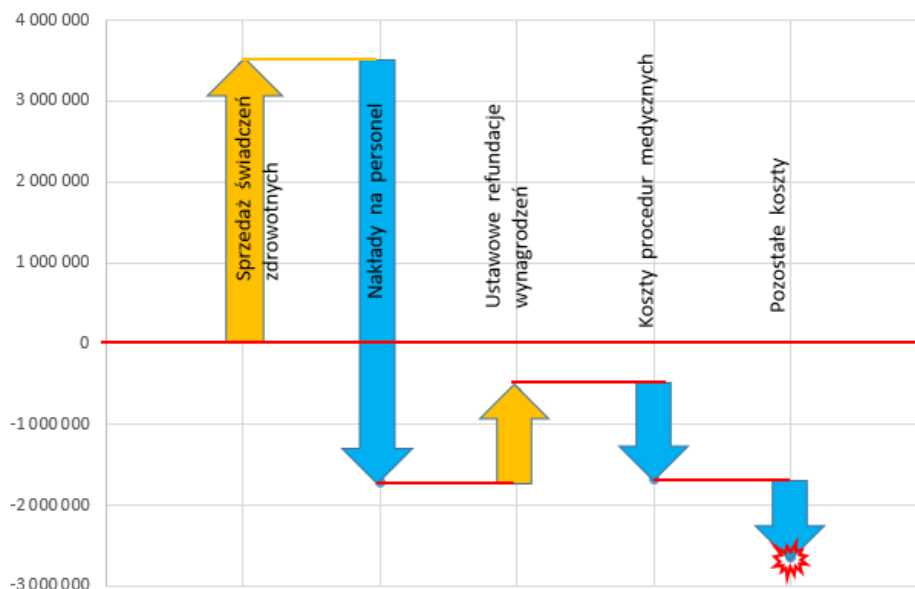
Najwyższe udziały kosztów personelu w wartości wykonanych świadczeń to dla Oddziału Ginekologiczno-Położniczego **117%**, dla Pediatricznego **94%** oraz dla OAiIT **93%**. W przypadku Oddziału Intensywnej Terapii ocena wyników jest trudna ponieważ w ubiegłym roku, który był rokiem pandemii covidowej, pełnił on szczególną rolę i część jego potencjału została zamrożona do dyspozycji zadań specjalnych.

Najlepsze wskaźniki udziału kosztów personelu w wartości udzielonych świadczeń uzyskały oddziały Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej **38%**, Wewnętrzno-Kardiologiczny **47%** oraz Chirurgii Ogólnej **49%**.



Gdy uwzględnimy wszystkie koszty oddziałowe to uzyskujemy tzw. marżę na działalności operacyjnej oddziałów (wynik finansowy na działalności operacyjnej). Niestety oddziały szpitalne przynoszą Szpitalowi dużą stratę, prawie **4,8 mln zł**. Największy udział w niej ma oczywiście Oddział Ginekologiczno-Położniczy ze stratą powyżej **2,5 mln zł**. **Skala problemu z tym Oddziałem jest tak duża, że wymaga, jak się wydaje, szybkiej interwencji menedżerskiej.**

Wykres 47 Schemat kosztów Oddziału Ginekologiczno-Położniczego



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie.

Bardzo złą strukturę kosztów i przychodów wykazują również Oddziały Pediatryczny i OAiT ze stratą około **1 mln zł** każdy. W tej sytuacji spoczywa na nich poważny obowiązek zweryfikowania swojej organizacji pracy oraz sposobów udzielania świadczeń w celu zmniejszenia ciężaru jaki powodują dla finansów Szpitala.

Jedynym oddziałem, który uzyskał dodatni wynik finansowy jest Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny. Jednak powinien on brać pod uwagę, że 30% jego sprzedaży było wynikiem kontraktów covidowych, na które w tym roku już tak liczyć nie należy. Nie będzie zatem możliwości dalszego funkcjonowania Oddziału na takich samych parametrach kosztowych. Działania zabezpieczające, zarówno po stronie kosztów, jak i zarządzania sprzedażą świadczeń powinny być podejmowane już teraz. **Oddział Wewnętrzny, obok Oddziału Ginekologicznego stanowi największe zagrożenie dla przyszłej sytuacji finansowej Szpitala.**

Niewielką w stosunku do wielkości sprzedaży stratę przynosi również Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Wydaje się uzasadnione, aby zaproponować Oddziałowi przeanalizowanie kosztów materiałów medycznych oraz sposobów zarządzania czasem wykorzystania Bloku Operacyjnego w celu poszukania ewentualnych oszczędności, celem powinno tu być podjęcie próby obniżenia kosztów procedur medycznych o co najmniej 6%.

Zupełnie inna sytuacja jest wśród jednostek udzielających świadczeń w trybie ambulatoryjnym. Wszystkie uzyskują dodatni wynik finansowy. Łącznie ich zysk na działalności operacyjnej wynosi przeszło **1,2 mln zł**. Rehabilitacja i zespół poradni AOS powinny być pod szczególną ochroną i opieką ze strony Dyrekcji, tym bardziej, że obie te struktury posiadają w sobie potencjał wzrostu sprzedaży usług.

Na zakończenie należy stwierdzić, że w Szpitalu brak jest prostego systemu informacji zarządczej dla kierowników centrów kosztów (oddziałów, komórek). System taki powinien być prosty w swojej strukturze, przez nich zrozumiały i akceptowalny oraz powinien być powiązany z zadaniami jakie przed nimi stawia kierownictwo Szpitala. Wprowadzając taki system należy przyjąć jako ogólną zasadę, budowania poczucia osobistej odpowiedzialności kadry kierowniczej za koszty ponoszone przez kierowane przez nich ośrodki, a wynikające z ich decyzji.



9. Wnioski z audytu i Analiza SWOT

Analiza otoczenia

-  Szpital Powiatowy w Sochaczewie jest jedyną jednostką medyczną posiadającą kontrakt z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego w powiecie sochaczewskim.
-  Szpital Powiatowy w Sochaczewie znajduje się w sieci szpitali PSZ i jest jednym z 37 szpitali I stopnia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego w regionie mazowieckim.
-  W roku 2019 najwięcej pacjentów (leczonych na oddziałach) SPwS pochodziło z województwa mazowieckiego 94,9% - w tym mieszkańcy powiatu sochaczewskiego stanowili 76,0% wszystkich obsługiwanych. Drugimi w kolejności byli mieszkańcy powiatu warszawskiego zachodniego (5,6%), a trzeci mieszkańcy powiatu żyrardowskiego (3,1%).
-  Szpital Powiatowy w Sochaczewie działa w regionie (województwie mazowieckim) z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o małym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych. Największym „konkurentem” jest Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim z 8 podobnymi oddziałami, 15 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 150,7 mln zł, w odległości zaledwie ok. 37,8 km.
-  **Kompleksowość w zakresie oferty leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.** Oferta medyczna z zakresu leczenia szpitalnego pokrywa się z ofertą poradni specjalistycznych. Dzięki temu świadczenia medyczne udzielane w ramach poszczególnych oddziałów Szpitala mogą być w późniejszym czasie kontynuowane w znajdujących się w Jednostce poradniach specjalistycznych. Daje to szpitalowi możliwość świadczenia kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem.
-  **Bogata oferta w zakresie AOS** sprzyja realizowaniu strategii (resortu zdrowia) przesuwania środka ciężkości z leczenia szpitalnego na specjalistyczne leczenie ambulatoryjne.
-  **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.
-  **Panująca pandemia COVID-19 mocno zachwiała systemem opieki zdrowotnej i wymusiła przeorganizowanie sposobu realizacji świadczeń.** Spowodowało to m.in. narzucenie placówkom medycznym konieczności reorganizacji świadczenia usług oraz spełnienia kolejnych wyśrubowanych norm. Z drugiej strony przyczyniła się do pozyskania nowych, dodatkowych środków finansowych i ograniczenia części



kosztów.

Organizacja



Regulamin Organizacyjny zawiera nowoczesne spojrzenie na organizację i zarządzanie Szpitalem.



Pozostałe dokumenty organizacyjne są niezgodne z Regulaminem i zdejmują z przedstawicieli kadry kierowniczej poczucie odpowiedzialności za skutki działań menadżerskich.



Nowoczesne ujęcie w zapisach Regulaminu organizacji pionu Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa.



Nieprecyzyjny podział zakresów odpowiedzialności za realizację procesów udzielania świadczeń medycznych pomiędzy Działami pionu medycznego.



Sposób definiowania obszarów odpowiedzialności dla poszczególnych struktur zarządzania wydaje się być niewystarczający.



Brak jest właściwych procedur i zasad obróbki i przygotowywania dla poszczególnych kierowników dedykowanych zestawów informacji, w tym finansowych, przydatnych w procesach zarządczych

Sprzedaż NFZ



Poziom świadczeń hospitalizacyjnych w okresie pandemii został utrzymany na dobrym poziomie, a większość oddziałów zanotowało nawet wyraźne wzrosty sprzedaży.



Mocna pozycja AOS w realizacji kontraktów z NFZ. Dobra dynamika w rozwoju świadczeń.



Stosunkowo wysoki poziom wartości sprzedaży świadczeń przez szpitalną rehabilitację.



Wyróżniający się poziom sprzedaży komercyjnej usług przez pracownię diagnostyki obrazowej.

Blok Operacyjny



Dobre i nowoczesne wyposażenie Bloku Operacyjnego



Dynamiczny wzrost sprzedaży świadczeń zabiegowych w zakresie chirurgii ortopedycznej i endoprotezoplastyki.



Blok jest za mały na dzisiejsze potrzeby i jego pomieszczenia i instalacje wymagają kapitalnego remontu.





Wysoka efektywność wykorzystania potencjału zabiegowego Szpitala i niskie koszty jednostkowe pracy Bloku.

Obsługa gospodarcza



Wysoka efektywność procedur utrzymania porządku na terenie Szpitala realizowanych przez Sekcję Utrzymania Czystości.



Bardzo wysokie koszty utrzymania czystości na oddziałach szpitalnych.



Analiza porównawcza stawek związanych z zarządzaniem odpadami komunalnymi i medycznymi wykazała, iż zawarte cenniki i ponoszone koszty przez Szpital w Sochaczewie nie odbiegają od stawek rynkowych.



Szpital ponosi bardzo wysokie koszty na żywienie pacjentów. Koszty te nie wynikają z wsadu do kotła lecz organizacji produkcji gastronomicznej i logistyki.



Koszt zapewnienia pacjentom w Szpitalu w Sochaczewie pościeli jest prawie dwa razy wyższy niż wskazania benchmarku.



Szpital posiada własną bazę transportu sanitarnego.



Nieefektywne wykorzystanie posiadanego potencjału transportowego.



Niewłaściwa organizacja transportu sanitarnego generuje bardzo wysokie jednostkowe koszty przewozu pacjentów.



Szpital nie zarządza w sposób efektywny sprzedażą usług transportu sanitarnego pomimo posiadania nadwyżek sprzętu.

Polityka kadrowa



Spadek liczby zatrudnienia na przestrzeni analizowanych lat.



Wciąż nieoptymalna liczba zatrudnionych osób – należy dokonać korekty zatrudnienia we wskazanych komórkach organizacyjnych.



Nieodpowiednia liczba pielęgniarek i położnych w stosunku do nowych norm zatrudnienia – potęguje to fakt, iż część łóżek nie pracuje, należy skorygować liczbę łóżek zachowując niezbędną rezerwę i dostosować do nich liczbę pielęgniarek i położnych.



Nieaktualne/martwe zapisy w Regulaminie Wynagradzania



Dodatki do wynagrodzenia nie wynikające w Regulaminu Wynagradzania



Wysokie koszty osobowe wynikające z:

- wysokich stawek wynagrodzenia,



- modelu zatrudnienia opartego głównie na umowach o pracę, gdzie Szpital ponosi wysokie koszty pracodawcy,
- przerostu zatrudnienia
- nieoptymalnej organizacji obsługi działalności pomocniczej niemedycznej (żywienie, sprzątanie na oddziałach szpitalnych).



Mała liczba umów cywilno-prawnych – model zatrudnienia oparty głównie o umowy o pracę (znaczne koszty całkowite pracodawcy), zaleca się szkolenie personelu celem zachęcania do zawierania umów kontraktowych – zwłaszcza dla osób zarabiających najwięcej.



Rosnąca absencja chorobowa pracowników – należy ją monitorować i starać się nie dopuścić do jej wzrostu.



Szpital ponosi koszty PFRON – jest to koszt, którego można uniknąć poprzez zatrudnienie odpowiedniej liczby osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.



Trzymiesięczny okres rozliczeniowy.

Infrastruktura



Główne budynki służące bezpośredniej działalności podstawowej są budynkami młodymi w dobrym stanie technicznym.



Wg protokołów Straży Pożarnej, budynki szpitalne nie spełniają już zasad bezpieczeństwa przeciwpożarowego, co stanowi zagrożenie dla życia pacjentów.



Pomieszczenia szpitalne w niektórych miejscach nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. dotyczącym standardów pomieszczeń.



Bieżące potrzeby remontowe i modernizacyjne w substancji budynków i instalacji przewyższają możliwości finansowe Szpitala.



Szpital nie ma opracowanego spójnego krótkoterminowego ani wieloletniego planu remontów i prac dostosowujących do wymaganych przepisów prawa.



Szpital wymaga pilnej modernizacji systemu zasilania w energię elektryczną.



Koszty pozyskania przez Szpital energii cieplnej we własnym zakresie są dwa razy większe niż ceny rynkowe.



Niskie koszty technicznego utrzymania powierzchni operacyjnej Szpitala. Mogą jednak wynikać one z bardzo małych nakładów na odtwarzanie stanu technicznego majątku, co może doprowadzić do jego dewastacji.



Duża, niewykorzystana baza lokalowa, która obciąża finanse szpitalne kosztami jej utrzymania.



-  Duża, niewykorzystana baza lokalowa, która stwarza bezkolizyjne warunki do rozwoju działalności Szpitala.
-  Majątek Szpitala Powiatowego w Sochaczewie jest wyeksploatowany w stopniu niskim.
-  Generalnie Szpital posługuje się sprzętem i aparaturą medyczną o niskim stopniu zużycia.

Analiza wyników finansowych komórek medycznych

-  Ujemny wynik finansowy na działalności oddziałów szpitalnych.
-  Utrata w bieżącym roku 9% wartości przychodów z tytułu zakończenia kontraktów covidowych, co może spowodować spadek rocznych przychodów Szpitala.
-  Rażąco wysokie koszty osobowe w stosunku do wartości udzielanych świadczeń na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym powodujące bardzo duże straty na wyniku finansowym (2,5 mln zł rocznie).
-  Brak zrównoważenia kosztów i przychodów również na oddziałach Pediatrycznym i Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
-  Wysoka rentowność działalności Szpitala na sprzedaży świadczeń ambulatoryjnych i rehabilitacyjnych.
-  Brak w Szpitalu prostego systemu informacji zarządczej dla kierowników centrów kosztów.

Finanse

-  Względnie stała wartość przychodów z tytułu realizacji świadczeń w ramach NFZ. Przychody ze sprzedaży świadczeń medycznych w ramach NFZ na przestrzeni badanego okresu, po wyeliminowaniu przychodów dotyczących refundacji wynagrodzeń i dodatków COVID -19, utrzymywała względnie stałą wartość.
-  Wysoka wartość kosztów wynagrodzeń i pochodnych. Koszty wynagrodzeń i pochodnych stanowiły ponad 80% generowanych przychodów Jednostki.
-  Ujemna EBITDA oraz wynik na sprzedaży po wyłączeniu kosztów amortyzacji. Jednostka przez cały okres generowała ujemne wyniki na poziomie EBITDA oraz wyniku na sprzedaży po wyłączeniu amortyzacji.
-  Optymalne wartości dla wskaźników rotacji zapasów i należności w dniach (dotyczy okresu przed jak i po COVID-19).
-  Optymalna wartość wskaźnika rotacji zobowiązań. Jednostka powinna dążyć do wskaźnika na poziomie około 30 dni.





Wysokie ujemna wartość kapitałów własnych.



Wysokie przyrosty zobowiązań Szpitala na przestrzeni analizowanego okresu. Pogarszająca się sytuacja finansowa Jednostki spowodowała, konieczność finansowania działalności kapitałem obcym oraz ma problemy w regulacji zobowiązań wobec kontrahentów.



Przepływ z działalności operacyjnej jest dodatni głównie ze względu na przyrost zadłużenia.



Ze względu na brak środków finansowych, polityka inwestycyjna Jednostki za wyjątkiem roku 2021 praktycznie nie istnieje.



Dokonana rozbudowa planu kont w 2021 r. pozwala na wygenerowanie klarownej informacji zarządczej.



Zużycie leków jest ewidencjonowane w momencie wyjścia z Apteki Szpitalnej na oddział, w związku tym obraz faktycznie ponoszonych kosztów jest zaburzony.

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 Powiatowego w Sochaczewie zostały zidentyfikowane silne i słabe strony jednostki (czynniki wewnętrzne) na tle szans i zagrożeń płynących z otoczenia (czynniki zewnętrznych) celem wsparcia wyboru najlepszej strategii działania.

Dokonano 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 110 Zidentyfikowane silne strony jednostki

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Przynależność jednostki do PSZ (sieć szpitali)	5
2	Szeroka oferta medyczna w zakresie leczenia szpitalnego i bogata w zakresie świadczeń ambulatoryjnych	5
3	Doświadczona i wykwalifikowana kadra medyczna	5
4	Wysoka efektywność wykorzystania potencjału zabiegowego Szpitala i niskie koszty jednostkowe pracy Bloku	4
5	Niski stopień zużycia sprzętu i aparatury medycznej	4
Łącznie		23

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 111 Zidentyfikowane słabe strony jednostki

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Nieoptymalna organizacja pracy, przerost zatrudnienia, wysokie koszty osobowe	5
2	Szpital w wielu miejscach nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz przeciwpożarowych	4
3	Zła, pogarszająca się sytuacja finansowa szpitala, rosnące zadłużenie	5
4	Brak planowania wyprzedzającego, brak zadaniowania komórek organizacyjnych, mało rozwinięty kontroling	4
5	Zbyt duże koszty dotyczące sprzątania, żywienia i transportu sanitarnego	4
Łącznie		22

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 112 Zidentyfikowane szanse

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Pozyskanie kontraktów z NFZ na nowe zakresy	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 113 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 wzrostem kosztów wynikających z regulacji wynagrodzeń	4



	w ochronie zdrowia	
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 oddziaływania czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

W pierwszej grupie czynników organizacyjnych silne strony Jednostki otrzymały łącznie 23 pkt., natomiast słabe strony uzyskały 22 pkt. Silne strony przeważały słabe, ale przewaga jest niewielka. Szpital świadczy szeroki zakres usług i posiada doświadczoną kadrę medyczną. Z drugiej strony jego działalność jest wysoce nierentowna, w Szpitalu występuje przerost zatrudnienia, a Szpitala nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jednostka powinna realizować strategię konkurencyjną, ukierunkowaną na odzyskanie równowagi ekonomicznej i budowanie pozycji na stabilnych podstawach.

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 przeważają pozytywne czynniki wewnętrzne (Jednostki) oraz zewnętrzne (otoczenia). Zatem Szpital powinien przyjąć strategię utrzymania przewagi konkurencyjnej wykorzystując szanse oraz zniwelować słabe strony zwiększając produktywność oraz ew. przegrupowując ofertę medyczną – wybrać obiecujące kierunki specjalizacji i rozwoju, odpuścić zaś nierokujące specjalności. Szpital powinien stworzyć plan modernizacji budynków, aby były zgodne z przepisami prawa. 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

Szpital, bazując na danych demograficzno-epidemiologicznych oraz uwzględniając politykę zdrowotną regionu i kraju, a także informacje dotyczące oferty konkurencji, powinien określić swoją strategię działania, wyznaczając zakresy, które warto rozwijać, a z których lepiej zrezygnować. Szczególnie należy przyrzeć się Internie – warto ją sprofilować, z kolei na chirurgii i ginekologii należy dążyć do większej aktywności zabiegowej.

Dla zapewnienia dalszego rozwoju świadczeń zabiegowych w oparciu o Blok Operacyjny niezbędnym jest wykonanie jego remontu kapitalnego i dostosowanie do aktualnie obowiązujących standardów dotyczących pomieszczeń i instalacji. Przy okazji proponuje się rozważenie możliwości powiększenia go o jedną salę operacyjną. Z kolei przeniesienie ortopedii na jedno piętro na miejsce chirurgii usprawniłoby pracę oddziału, a reorganizacja obsad przyniosłaby dodatkowe oszczędności.

Koniecznym z punktu widzenia bezpieczeństwa finansowego Szpitala poprawa wyników Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Według aktualnych wyników finansowych, koszty osobowe Oddziału są wyższe niż wartość udzielonych przez niego świadczeń. Z tego powodu Oddział nie generuje środków na pokrycie jakichkolwiek kosztów realizowanych procedur medycznych, pobytu jego pacjentek w szpitalu, ani na utrzymanie samych oddziałowych pomieszczeń. Na potrzeby opracowania dokonano symulacji efektów redukcji personelu na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym do poziomu który daje możliwość realizacji świadczeń na obecnym poziomie, ale jednocześnie daje oszczędność na poziomie 1 mln zł rocznie. Jest to poziom daleki do osiągnięcia rentowności. Warto poczynić kroki w celu zwiększenia przychodów na Oddziale. Przyciągnąć pacjentki mogłoby wprowadzenie znieczuleń zewnątrzoponowych dla rodzących pacjentek. Jeżeli zespół okaże się niezdolny do przywrócenia realnych parametrów przychodowych i kosztowych to sugeruje się rozważenie wariantu likwidacji Oddziału.

Ze względu na ujemny wynik finansowy jaki ponoszą oddziały szpitalne należy przeprowadzić szczegółowy przegląd ponoszonych przez nie kosztów i przygotować koncepcje indywidualnych programów sanacyjnych. Koncepcje te powinny wynikać z dojrzałości zespołów pracowniczych i być przez nie akceptowalne. Szczególnie dotyczy to oddziałów Pediatrycznego i Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Niezależnie od powyższego, także pozostałe oddziały winny wziąć pod szczególną uwagę ponoszone przez siebie koszty.

Ze względu na wysoką rentowność sprzedaży usług medycznych wykonywanych w trybie ambulatoryjnym należy otoczyć je szczególną ochroną ze strony Dyrekcji. Szpitalne praktyki zarządcze powinny być w tym celu uzupełnione o szczególne procedury, które będą mogły wspomóc kadrę kierowniczą komórek realizujących te usługi w działaniach służących umacnianiu pozycji Szpitala na rynku usług medycznych i zwiększania sprzedaży.

Wyniki roku 2021 wskazują, że Szpital jeszcze nie odzyskał pełnej kontroli nad realizacją kontraktów realizowanych przez oddziały szpitalne. Wydaje się, że dla stabilności finansowania Szpitala, będzie to jedno z najważniejszych zadań Dyrekcji na bieżący rok (2022).

Pomimo, że wartość sprzedawanych komercyjnie usług medycznych plasuje Szpital w Sochaczewie w górnych rejonach rankingu szpitali powiatowych, to dostrzega się rezerwy i



szanse, które, jak się wydaje nie są jeszcze w pełni wykorzystane. Wciąż małą aktywnością na rynku osób fizycznych charakteryzuje się Pracownia USG sprzedając swoje usługi praktycznie tylko dla innych podmiotów medycznych. Rezerwy dostrzega się także w potencjale szpitalnej rehabilitacji. Tutaj przeszkodą okazuje się mała motywacja do tego typu działań. Oferta dodatkowych przychodów dla osób wykonujących komercję mogłaby wyjść na korzyść i Szpitalowi i pracownikom.

W celu stworzenia możliwości podnoszenia efektywności sprzedaży komercyjnej usług medycznych rekomenduje się Dyrekcji prowadzenie działań mających na celu wzmocnienie struktur zarządczych zajmujących się sprzedażą usług medycznych i ukierunkowanie ich aktywności na zwiększenie obecności Szpitala na tym rynku. 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.

Na podstawie przeprowadzonego audytu organizacyjno-funkcjonalnego Szpitala w Sochaczewie można stwierdzić, iż system zarządzania i gospodarowania materiałami medycznymi generalnie funkcjonuje w prawidłowy sposób, jednak zidentyfikowano przestrzenie, gdzie można dodatkowo usprawnić owy system.

Koszty obciążane są w momencie wydania leków na oddział. Szpital jest w trakcie wdrażania apteczek oddziałowych, po ostatecznym wdrożeniu z (zlecenia lekarskie i ich realizacja) koszty będą obciążane na podstawie wydań na pacjenta.

Co do zasady, optymalnym rozwiązaniem jest wprowadzenie systemu rozliczania apteczek oddziałowych, gdzie faktyczny koszt odnotowywany będzie w momencie podania leku na pacjenta, co jest rozwiązaniem bardziej precyzyjnym i wymaganym w ramach nowego standardu rachunku kosztów.

Jednostka stosuje miesięczne limity zużycia leków dla poszczególnych oddziałów. Generalną zasadą jest utrzymanie wykonania limitu rocznego (sezonowość zachorowań, np. Oddział Pediatriczny, Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, mniejsza liczba zabiegów wykonywana w miesiącach upalnych itp.). Każdorazowo przekroczenie limitu miesięcznego wymaga zgody Dyrektora. Zazwyczaj wyrażana jest zgoda na przesunięcie środków finansowych z limitów następnych miesięcy.

W ramach wprowadzenia regulacji w gospodarce materiałami medycznymi Jednostka powinna zaoszczędzić na zużyciu materiałów medycznych około 0,3 mln zł (w skali roku).

Przedmiotowe wartości zostały obliczone przy wykorzystaniu analizy benchmarkingowej. Wskazane powyżej działania naprawcze mające na celu usprawnienie gospodarowania materiałami medycznymi zastosowane w Jednostkach o podobnym profilu działalności.



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 w Szpitalu w Sochaczewie wymagana jest optymalizacja kosztów. Jej wdrożenie przyczyni się do poprawy sytuacji finansowej badanej Jednostki.

Analiza sfery obsługi gospodarczej w Szpitalu, przedstawiona w części audytowej opracowania pozwoliła na zidentyfikowanie szczegółowych problemów występujących w Placówce. Dotyczy ona przede wszystkim zakresu:

- utrzymania czystości,
- żywienia,
- prania,
- transportu.

W dalszej części rozdziału przedstawione zostały możliwe do osiągnięcia oszczędności wynikające z optymalizacji kosztów wspomnianego wyżej obszaru.

1. Szpital Powiatowy w Sochaczewie ponosi stosunkowo wysokie koszty utrzymania higieny. Jest to problem strukturalny wynikający ze zbyt wysokich kosztów osobowych, ponoszonych w obszarze utrzymania czystości oddziałów szpitalnych. Opracowując i wdrażając program racjonalizacji kosztów w strukturach oddziałów, osiągnąć można efekt finansowy szacowany na przeszło 420 tys. zł rocznie. Jest to kwota oszczędności wynikająca z redukcji personelu. Więcej o tym przedstawione zostało w rozdziale z działaniami polityki kadrowej.
2. Szpital prowadzi bardzo drogą kuchnię. Uzasadnionym wydaje się być podjęcie działań aby doprowadzić poziom kosztów żywienia pacjentów do poziomów uznawanych za zasadne. Schodząc ze stawką do kwoty chociażby 28 zł na dzień uzyskane oszczędności mogą sięgnąć nawet kwoty 400 tys. zł rocznie. Uzyskanie przez Szpital takiej stawki na bazie własnej produkcji gastronomicznej może okazać się trudne. Stąd sugerowane rozwiązanie obejmuje likwidację własnej kuchni i związanie się z zewnętrzną firmą cateringową. Taką wielkość oszczędności ujęto w prognozie finansowej. Zaplanowano to od początku roku 2023. Próba optymalizacji zatrudnienia w tej komórce organizacyjnej przyniosła oszczędności na poziomie 380 tys. zł (redukcja 7 etatów) – co w dalszym ciągu nie dałoby stawki rynkowej.
3. Koszt zapewnienia pacjentom w Szpitalu w Sochaczewie pościeli jest prawie dwa razy wyższy niż wskazania benchmarku. Wydaje się, że nieuzasadnione koszty są generowane przez niewłaściwe wykorzystywanie pomieszczenia po byłej pralni oraz zbyt liczny jak się wydaje skład osobowy zespołu logistycznego obsługującego magazyn bielizny. Stosowane w wielu szpitalach rozwiązania opierają się na powierzeniu magazynu pościeli zespołowi salowych. Możliwe do osiągnięcia oszczędności powinny przekroczyć kwotę 300 tys. zł rocznie. W prognozie założono redukcję 2 osób – co dało kwotę oszczędności na poziomie 108 tys. zł rocznie.



4. Brak jest struktury organizacyjnej, która była by zdolna do zarządzania Zespołem Transportu Sanitarnego w sposób zapewniający optymalizację wykorzystania środków technicznych, racjonalizację kosztów oraz aktywnie uczestniczącej na rynku usług w procesie sprzedaży nadwyżek potencjału będącego w dyspozycji Szpitala. W wyniku tego koszty transportu własnego są za wysokie, a co za tym idzie stawki, które osiąga Jednostka przy wykorzystaniu własnego zasobu środków transportu i personelu odbiegają od oczekiwanych wskaźników benchmarkowych. Niezbędnym jest zatem przygotowanie programu racjonalizacji procedur zarządzania przez Szpital transportem własnym lub wyłączenie ZTS ze struktur szpitala i zakupo świadczeń na zewnątrz lub utworzenie nowego podmiotu, od którego Szpital kupowałby usługi ale już na warunkach rynkowych. W prognozie założono oszczędność z tego tytułu na poziomie 300 tys. zł rocznie od roku 2023.



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 w Sochaczewie 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, trwale związanego ze Szpitalem 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.

Rekomendacje w zakresie polityki kadrowej przedstawione zostały poniżej.

1. Optymalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy

Stan, struktura zatrudnienia oraz organizacja pracy personelu medycznego i niemedycznego w Szpitalu w Sochaczewie wymagają optymalizacji. Proponuje się dostosowanie liczby i struktury zatrudnienia we wskazanych komórkach organizacyjnych do rzeczywistych potrzeb wynikających z realizacji bieżących zadań. Jest to obszar, który można zorganizować taniej uwzględniając przy tym wymogi i przepisy prawa.



Optymalizacji zatrudnienia dokonano w porównaniu do stanu zatrudnienia z dnia 28.02.2022 roku. Kierowano się następującymi założeniami:

- Propozycja etatyzacji bazuje na analizie benchmarkingowej kilku podobnych jednostek, uwzględnia wymogi prawa i wymagania NFZ, wykorzystuje doświadczenie innych jednostek.
- Organizację pracy dostosowano nie tylko do natężenia pracy, wynikającego z liczby leczonych pacjentów, przeprowadzanych badań, czy też posiadanej bazy łóżkowej, ale też wzięto pod uwagę obciążenie pracą liczone stopniem wykorzystania łóżek.
- Założono liczbę łóżek na poziomie wykorzystania łóżek z roku 2021 oraz średnie czasy pobytu, uwzględniając bufor w wysokości 20%.
- Uwzględniono przy tym rozkład funkcjonalno-organizacyjny oraz powierzchnię oddziałów, ilość sal, wartość kontraktu jaki dana klinika/oddział musi wykonać, wskaźniki operatywy oraz wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizowania poszczególnych działalności.
- Przy określeniu optymalnej struktury zatrudnienia uwzględniono urlopy wypoczynkowe (26 dni urlopu w roku dla osób na umowach o pracę) oraz wskaźniki absencji pozostałej (chorobowej, szkoleniowej itp.) na poziomie 10 dni przy wybranych grupach zawodowych.
- Organizacja pracy dla pielęgniarek i położnych została opracowana mając na względzie skorygowaną liczbę łóżek oraz odpowiednią dla nich liczbę osób podyktowaną ministerialną normą zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
- W koncepcji nie założono długoterminowych urlopów chorobowych, macierzyńskich i wychowawczych ze względu na trudność ich przewidzenia w Szpitalu. Przedstawiona koncepcja wykazuje tylko osoby, które powinny fizycznie pracować w Jednostce.
- Zaproponowana koncepcja docelowego zatrudnienia w Jednostce nie zakłada konieczności zlecania 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%.

Oszczędności w tytułu optymalizacji zatrudnienia oszacowano jako iloczyn liczby zredukowanych osób i przeciętnej stawki brutto dla danej grupy zawodowej.

Docelową liczbę łóżek, przy optymalizacji obecnej struktury organizacyjnej Szpitala, przedstawia tabela poniżej.



Tabela 114 Docelowa liczba łóżek

Oddział szpitalny		2019	2020
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny		59	56
Oddział Chirurgii Ogólnej		19	18
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej		33	30
Oddział Pediatriczny		17	15
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	położnictwo	8	8
	ginekologia	8	8
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii		8	8
Ogółem		152	143
Pododdział Neonatologiczny		8	8

Źródło: opracowanie własne.

Liczbę łóżek zaplanowano na poziomie 143, czyli o 9 łóżek mniej niż obecnie. Łóżka zaplanowano na poziomie liczby łóżek pracujących uwzględniając bufor w wysokości 20%, a nawet w większy w niektórych przypadkach.

Poniżej w tabelach zostały przedstawione ruchy kadrowe w poszczególnych grupach zawodowych.

Tabela 115 Ruchy kadrowe

Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
Lekarze	48,65	56,53	0	47,65	51,20	0	-1,00	-5,33	0
Wyższy med.	10,31	2,51	5	10,31	2,51	5	0,00	0,00	0
Pielęgniarki i położne	183,50	1,55	46	171,00	1,55	18	-12,50	0,00	-28
Technicy	13,66	1,45	1	12,66	1,45	1	-1,00	0,00	0
Średni medyczny	43,00	0,55	4	36,00	0,55	2	-7,00	0,00	-2
Niższy medyczny	52,00	0,00	8	48,00	0,00	5	-4,00	0,00	-3
Administracja	50,25	0,00	5	46,25	0,00	5	-4,00	0,00	0
Obsługa	62,00	0,00	7	40,00	0,00	5	-22,00	0,00	-2
Ogółem	463,37	62,59	76	411,87	57,26	41	-51,50	-5,33	-35

Źródło: opracowanie własne.

Docelowy model funkcjonowania Szpitala będzie oparty o zasoby ludzkie oraz rzeczowe obecnie funkcjonującej Jednostki. W etatyzacji została ujęta zmiana organizacji pracy oraz korekty w poszczególnych komórkach organizacyjnych medycznych oraz administracyjno-technicznych, w tym likwidacja Sekcji Żywienia i Transportu Sanitarnego.

Docelowa liczba zatrudnionych z umów o pracę w Szpitalu przy obecnych ruchach kadrowych wynieść powinna 411,87 etatów z umów o pracę oraz 57,26 etatów przeliczeniowych z umów kontraktowych oraz ok. 41 umów zleceń.

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. W opracowaniu uwzględniono kilka takich osób.

W prognozie finansowej założono, iż pierwsze odpłaty Szpital zacznie wypłacać w grudniu 2022 roku. Łącznie wyniosą one 680 tys. zł. Redukcje rozłożono w czasie na cały rok 2023. Oznacza to, iż docelowy poziom zatrudnienia uda się uzyskać od stycznia 2024 roku. Redukcja 26 etatów dotyczy Sekcji Żywienia i Transportu Sanitarnego – tutaj proponuje się outsourcing tych działalności, który został zaplanowany od początku roku 2023. Redukcję pozostałych 26 etatów rozłożono na cały rok 2023 – oznacza to, że co miesiąc Szpital powinien zredukować ok. 2-3 etaty do uzyskania pożądanego stanu do końca roku 2023. Znaczna część tych redukcji może się odbyć poprzez ruch naturalny pracowników, co też może wpłynąć na obniżenie kosztów odpraw.

W tabelach poniżej została zaprezentowana docelowa organizacja lekarzy oraz pracy pielęgniarek i położnych.

Tabela 116 Organizacja pracy lekarzy

Komórka organizacyjna	Stanowisko	Liczba lekarzy w godz. rannych w dni robocze	Liczba lekarzy na dyżurach w dni robocze	Liczba lekarzy na dyżurach 24 godz. w soboty i niedziele	Uwagi
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarze	4	1	1	drugi lekarz dyżurny pod telefonem
	w tym rezydenci	1	0	0	
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	Lekarze	8	1	1	
	w tym rezydenci	3	0	0	
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	Lekarze	4 dni operacyjne 3 dni nieoperacyjne	1	1	drugi lekarz dyżurny pod telefonem
Blok Operacyjny	Lekarze	1	0	0	
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Lekarze	5	2	2	
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	Lekarze	9-10	2	2	
	w tym rezydenci	5	0	0	
Oddział Pediatryczny	Lekarze	3	1	1	dyżur łączony
	w tym rezydenci	1-2			
Pododdział Neonatologiczny	Lekarze	1			
SOR	Lekarze	2	2	2	

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku lekarzy dokonano zmiany w zakresie dyżurów – likwidacja drugiego dyżuru na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym oraz zmniejszenie liczby lekarzy na SOR do południa. Są też drobne korekty w zakresie pracy do południa.

W przypadku pielęgniarek i położnych optymalizacja obejmuje redukcję umów o pracę (12,50 etatów) oraz redukcję 28 umów zleceń. Z tego względu, że Szpital nie przedstawił danych z



umów zleceń w etatach tylko w liczbie umów, ciężko było podać dokładną redukcję w etatach przeliczeniowych. W rzeczywistości będzie ona niższa, gdyż większość umów zleceń nie jest stała, a dotyczy niewielkiej liczby godzin pracy. **Wskazana liczba pielęgniarek i położnych dotyczy rzeczywistej liczbie osób (etatów), która powinna być zatrudniona przy wskazanej poniżej organizacji pracy. Jeżeli pojawiają się osoby na zwolnieniach długoterminowych należy je zastąpić.** Forma zatrudnienia ma w tym przypadku drugorzędne znaczenie, chodzi o skalę zatrudnienia przy modelowej organizacji pracy. Docelowa organizacja pracy w tej grupie zawodowej została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 117 Docelowa organizacja pracy pielęgniarek i położnych

Jednostka organizacyjna	Do południa 7:35 (system 8-godz.)	12 godzin w dzień (pn.-pt.)	12 godzin w nocy (pn.-pt.)	12 godzin w dzień (weekendy i święta)	12 godzin w nocy (weekendy i święta)
Oddział Chirurgii Ogólnej	2	2	2	2	2
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	2	4	3	4	3
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	2	4	4	4	4
Blok Operacyjny	5	2	1	1	1
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	4	4	4	4
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	2	6	6	6	6
Oddział Pediatryczny	1	2	2	2	2
Pododdział Neonatologiczny	1	1	1	1	1
SOR pielęgniarka/ratownik	1	4	4	4	4

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 skorygowanej liczby łóżek oraz odpowiednią dla nich liczbę osób podyktowaną nową normą zatrudnienia pielęgniarek i położnych, która zawiera pewną rezerwę.

Szpital ponosi wysokie koszty utrzymania czystości na oddziałach szpitalnych. Wynika to z nieoptymalnej organizacji pracy, ale także wysokich wynagrodzeniach w tej grupie zawodowej.

Tabela 118 Docelowa organizacja pracy salowych i sanitariuszy

Jednostka organizacyjna	Do południa 7:35 (system 8-godz.)	12 godzin w dzień (pn.-pt.)	12 godzin w nocy (pn.-pt.)	12 godzin w dzień (weekendy i święta)	12 godzin w nocy (weekendy i święta)
Blok Operacyjny	1	1	0,5	1	0,5
Oddział Chirurgii Ogólnej	0	1	0,5	1	0,5
SOR	0	1	1	1	1
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	1	2	0,5	2	0,5
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	0	1	0,5	1	0,5
Oddział Pediatryczny	0	1	0,5	1	0,5
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	0	2	0	2	0
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	1	2	1	2	1

Źródło: opracowanie własne.



Taka organizacja pracy wpłynie na obniżenie zatrudnienia w przypadku personelu sprzątającego o ok. 4 etaty z umów o pracę oraz 3 umowy zlecenia.

W tabeli poniżej przedstawiona została tabela z ruchami kadrowymi w poszczególnych komórkach Szpitala i grupach zawodowych. Uwzględnia ona optymalizację w stosunku do obecnej struktury organizacyjnej Jednostki.

Poniższa tabela zawiera działania optymalizacyjne w zakresie obecnej struktury organizacyjnej przy dzisiejszej organizacji procesów, które wymagają przemodelowania.

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 da oszczędność na poziomie ok. 3,5 mln zł rocznie w zakresie kosztów osobowych (w tym kosztów świadczeń).



Tabela 119 Ruchy kadrowe

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji				Różnica		
		Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie		Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie
		etaty	etaty	osoby	etaty	etaty	osoby	etaty	etaty	etaty	osoby
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	Lekarze		8,86			7,03				-1,83	
	Pielęgniarki i położne	25,00		3	23,00		1	0,50	-2,00		-2
	Niższy medyczny	8,00		1	6,00		1	0,62	-2,00		
Oddział Pediatriczny	Lekarze	6,00	3,58		6,00	3,58					
	Pielęgniarki i położne	11,00		2	11,00		1	1,00			-1
	Niższy medyczny	4,00			3,00				-1,00		
Pododdział neonatologiczny	Pielęgniarki i położne	10,50		4	5,50		1	0,50	-5,00		-3
Oddział Wewnętrzno-Kardiologiczny	Lekarze	9,00	2,96		9,00	2,96					
	Pielęgniarki i położne	28,00	0,40	16	28,00	0,40	6	5,60			-10
	Niższy medyczny	11,00		1	8,00				-3,00		-1
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarze	2,00	6,49		2,00	5,49				-1,00	
	Pielęgniarki i położne	14,00	0,20	3	13,00	0,20			-1,00		
	Niższy medyczny	3,00		1	6,00		1	0,45	3,00		
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	Lekarze	4,00	8,68		4,00	8,68					
	Pielęgniarki i położne	23,00	0,32	6	21,00	0,32			-2,00		-6
	Wyższy medyczny	1,00	1,76		1,00	1,76					
	Niższy medyczny	7,00		3	5,00		0,50	1	-2,00		-3
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Lekarze	2,00	9,94		2,00	8,94				-1,00	
	Pielęgniarki i położne	28,50		2	27,00				-1,50		-2
	Niższy medyczny	3,00			4,00				1,00		
Szpitalny Oddział Ratunkowy	Lekarze	2,00	10,14		2,00	8,64				-1,50	
	Pielęgniarki i położne	13,00		1	13,00						-1
	Niższy medyczny	6,00			6,00						
	Średni medyczny	9,00	0,55		9,00	0,55					
Blok Operacyjny	Lekarze	0,85			0,85						
	Pielęgniarki i położne	11,50	0,63	4	11,50	0,63	1	0,80			-3



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji				Różnica		
		Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie		Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie
		etaty	etaty	osoby	etaty	etaty	osoby	etaty	etaty	etaty	osoby
	Niższy medyczny	7,00			5,00				-2,00		
Nocna Pomoc Lekarska	Lekarze		4,84			4,84					
	Pielęgniarki i położne	6,00		1	6,00						
Podstawowa Opieka Zdrowotna	Lekarze		0,83			0,83					
	Pielęgniarki i położne	3,00			3,00						
Poradnie	Lekarze		0,21			0,21					
	Wyższy medyczny			1							
	Pielęgniarki i położne	7,00		3	7,00						
	Średni medyczny			2							
Dział Stomatologii	Lekarze	4,80			4,80						
	Niższy medyczny	2,00		1	2,00						
Rehabilitacja	Wyższy medyczny	7,31	0,75	4	7,31	0,75					
	Technicy		0,82			0,82					
Lekarze stażyści	Lekarze	18,00			18,00						
Konsultacje	Lekarze		b. d.			b. d.					
Szpital	Średni medyczny	2,00			2,00						
Zespół Transportu Sanitarnego	Średni medyczny	4,00		2					-4,00		-2
	Obsługa	4,00		1					-4,00		-1
Apteka	Wyższy medyczny	1,00			1,00						
	Technicy	3,00			2,00				-1,00		
	Niższy medyczny	1,00		1	1,00						
RTG	Technicy	10,66	0,63	1	10,66	0,63					
Diagnostyka Medyczna	Lekarze		b. d.			b. d.					
	Pielęgniarki i położne			1							
Psycholog	Wyższy medyczny	1,00	b.dr.		1,00	b.dr.					
Centralna sterylizacja	Obsługa	8,00			8,00						
Dyrekcja	Administracja	1,00			1,00						
Statystycy medyczni	Administracja	8,00			8,00						
Dział kadr	Administracja	3,75			2,75				-1,00		



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Komórka organizacyjna	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji				Różnica		
		Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie		Um. o pracę	Kontrakty	Zlecenie
		etaty	etaty	osoby	etaty	etaty	osoby	etaty	etaty	etaty	osoby
Dział plac	Administracja	3,00		1	3,00						
Księgowość	Administracja	8,75			8,75						
Składnica akt	Administracja	2,00			2,00						
Kancelaria	Administracja	2,00			2,00						
Dział szkoleń	Administracja	1,00			1,00						
Radcy prawni	Administracja	1,00			1,00						
Sekcja kontraktowania i rozliczeń	Administracja	5,00			5,00						
Dietetyk	Średni medyczny	1,00			1,00						
Informatycy	Administracja	3,00		2	3,00						
Sekcja aparatury medycznej	Administracja	1,00		1	1,00						
Sekcja zakupów i zamówień publicznych	Administracja	7,00			6,00				-1,00		
Kapelan	Administracja	0,50			0,50						
Spec. bhp i ppoż.	Administracja	1,25			1,25						
Specjalista ds. obronności	Administracja			1							
Pielęgniarka Epidemiologiczna	Pielęgniarki i położne	2,00			1,00				-1,00		
Z-ca Dyr. Ds. Pielęgniarstwa	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00						
Sekcja recepcyjno-rejestracyjna	Średni medyczny	27,00			24,00				-3,00		
Sekcja Żywienia	Obsługa	16,00		1					-16,00		-1
	Administracja	2,00							-2,00		
Sekcja Porządkowa	Obsługa	11,00		5	11,00						
Pralnia	Obsługa	4,00			2,00				-2,00		
Warsztaty	Obsługa	19,00			19,00						
RAZEM		463,37	62,59	76	410,37	59,66	37	7,10	-53,00	-2,93	-39

Źródło: opracowanie własne.



2. Działania organizacyjno-zarządcze

Aktualizacja Regulaminu Organizacyjnego

Audytorzy mieli problem z ustaleniem, które oddziały i poradnie faktycznie funkcjonują w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie, gdyż wykaz komórek z Regulaminu organizacyjnego, dane zawarte w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz informacje o zakresach umów z NFZ są ze sobą niespójne. Zaleca się aktualizację zakresu działalności w Regulaminie zgodną ze stanem faktycznym.

Aktualizacja Regulaminu Wynagradzania

Zwracamy uwagę na dokumenty regulujące politykę kadrową w Szpitalu – chodzi o Regulamin Wynagradzania.

Po pierwsze zwracamy na wypłatę premii, która jest wypłata jako stały dodatek do wynagrodzenia, co jest niezgodne z Regulaminem. Po drugie pracownikom wypłacane jest „dodatkowe wynagrodzenie”, które nie zostało dotychczas uregulowane Regulaminem, co do pojęcia tego składnika wynagrodzenia, ani co do jego wysokości.

Podkreślamy fakt, iż odpowiednio skonstruowane regulaminy, eliminują konflikty oraz usprawniają pracę pracowników. Prawidłowe postanowienia regulaminów mają istotne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania podmiotu oraz wynagradzania pracowników za wykonaną pracę. Nieprecyzyjne przepisy wewnętrzne, czy też brak ustaleń w tym zakresie powodować może błędy np. w ustalaniu i wypłacaniu wynagrodzeń i innych świadczeń pieniężnych ze stosunku pracy.

Zmiana sposobu wynagradzania lekarzy, zależnego od efektów pracy

Obecnie lekarze wynagradzani są głównie za godzinę pracy lub dyżur medyczny. Lekarz otrzymuje wynagrodzenie bez względu na efekt swojej pracy. Taki system wynagradzania lekarzy jest niekorzystny dla Szpitala – wypłata wynagrodzeń dla lekarzy powinna być skorelowana z efektami ich pracy – wynikami komórek organizacyjnych w których wykonują świadczenia.

3. Zróżnicowanie form zatrudnienia

Obecnie Szpital zatrudnia na umowy o pracę ponad 80% ogółu pracowników. Liczba umów cywilno-prawnych (kontraktowych) mogłaby być wyższa. Jednostka nie korzysta w pełni z możliwości tańszej formy finansowania usług profesjonalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarek, magistrów, techników i innych) – zwłaszcza w przypadku osób zarabiających więcej.

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.

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.

Szpital mógłby 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.

Na potrzeby niniejszego opracowania dokonano symulacji zmiany umów o pracę na umowy kontraktowe zakładając **wzrost wynagrodzenia netto o 10% dla lekarzy, farmaceutów, fizjoterapeutów, techników zarabiających powyżej 6,5 tys. zł brutto miesięcznie**. Oszczędności oszacowane z tego tytułu mogłyby wynieść 1 mln w skali roku. Z uwagi na fakt, iż trudno jest zidentyfikować liczbę chętnych osób do zmiany formy zatrudnienia nie założono oszczędności z tego tytułu w prognozie. Działanie stanowi tylko propozycję.



4. Redukcja kosztów PFRON

W Szpitalu naliczane były koszty z tytułu odprowadzania składek na **PFRON**. W roku 2019 była to kwota 380 tys. zł, zaś w roku 2020 kwota spadła i wyniosła 346 tys. zł. W roku 20210 wyniosła 363 tys. zł. Od stycznia do lutego 2021 r. było to 58 tys. zł. szpital zatrudniał na koniec lutego 9 osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.

Jest to koszt, którego Jednostka może uniknąć lub zminimalizować poprzez zatrudnienie osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności. Dyrekcja powinna zwrócić uwagę, aby poczynić kroki w kierunku zatrudnienia takich osób lub wyłonienia ich spośród obecnych pracowników Szpitala. W ten sposób można uniknąć tych kosztów lub zredukować ich do minimum. Najlepiej, gdyby osoby takie zostałyby zrekrutowane spośród obecnych pracowników. Jeśli natomiast nie ma takiej możliwości, należy zastanowić się nad zatrudnieniem takich osób w przyszłości w miejsce osób, które będą kończyły współpracę ze Szpitalem.

Zatrudnianie osób niepełnosprawnych w Szpitalu z pewnością będzie miało pozytywny wydźwięk społeczny. Pamiętać jedynie należy, iż osobie zaliczonej do znacznego lub umiarkowanego stopnia niepełnosprawności przysługuje dodatkowy urlop wypoczynkowy w wymiarze 10 dni roboczych w roku kalendarzowym.

Do osiągnięcia zerowego poziomu kosztów PFRON Szpital przy obecnym poziomie zatrudnienia potrzebuje zatrudniać ok. 28-29 osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności, po optymalizacji zatrudnienia liczba ta spadnie do poziomu 25 osób. Z uwagi na trudności w zidentyfikowaniu skali wprowadzenia tego działania założono, że do roku 2024 Szpital zatrudni 19 osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności (3/4 wymaganej liczby) i obniży w ten sposób ponoszone koszty o 200 tys. zł w skali roku. Koszty dodatkowego 10 dniowego urlopu dla tych osób wyniosłyby ok. 35 tys. zł (dla grupy obsługi i niższego personelu medycznego).

5. Monitoring absencji pracowników

Analiza absencji w Szpitalu na przestrzeni lat uległa wzrostowi – poniekąd za sprawą pandemii. Najczęstszą przyczyną nieobecności w pracy pracowników były zwolnienia chorobowe, w wyniku których co miesiąc Szpital musi „dotrudnić” z tego tytułu 50 etatów. Zwłaszcza w jednostkach służby zdrowia realia są takie, że absencja chorobowa nie wynika jedynie z potrzeb zdrowotnych. W sytuacji wprowadzania zmian naprawczych w Jednostce absencja chorobowa dodatkowo 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 sprawiły może, że pracownicy poczuć się zaangażowani i niechętnie będą opuszczać miejsce pracy.

Zaleca się zatem wprowadzić w Szpitalu tzw. zarządzanie absencją, gdyż przynieść to może wymierne korzyści dla Jednostki – zwłaszcza w okresie wprowadzania gruntownych zmian optymalizacyjnych.

6. Udoskonalenie systemu motywującego pracowników

Szpital nie posiada Regulaminu premiowania. Mowa o zasadach przyznawania premii jest w Załączniku nr 3 do Regulaminu Wynagradzania. Wg RW premia może być przyznana m.in. za wprowadzenie nowych rozwiązań i usprawnień poprawiających jakość świadczonych usług/pracy, wdrożenie działań wpływających na zwiększenie faktycznych przychodów Szpitala, wprowadzenie rozwiązań przyczyniających się do obniżenia kosztów funkcjonowania. Szpital wypłaca pracownikom premie – wg audytorów jako stały dodatek do wynagrodzenia oraz „wynagrodzenie dodatkowe”, które nie zostało uregulowane w Regulaminie Wynagradzania. Takie działania nie spełniają swojej roli motywacyjnej.

Zaleca się stworzenie systemu motywacyjnego dla pracowników przede wszystkim skorelowanych z budżetami oraz wynikami poszczególnych komórek organizacyjnych. Taki system będzie miał na celu poprawę zainteresowania pracowników wynikami Szpitala oraz skłonienie ich do działań na rzecz poprawy tych wyników. Przykładami działań, które wpływają na polepszenie sytuacji Jednostki jest racjonalne gospodarowanie materiałami medycznymi, zwiększanie rentowności i przychodów, realizacji wszystkich zakresów kontraktu minimum w 100%, zwiększenie liczby porodów, realizacji założonych budżetów itp. Motywacja stanowi podstawę działania każdej wzorcowej organizacji. Wpływa ona na ukierunkowanie działań jednostki do osiągnięcia określonego celu.



System motywacyjny musi dążyć do poprawy sytuacji finansowej Szpitala wraz z uwzględnieniem oczekiwań i wartości pracowników. Brak odpowiednich bodźców motywacyjnych wpływa na zniechęcenie i zmniejszenie poziomu zaangażowania w pracę.

System motywacyjny powinien mieć na celu poprawę pracy w Jednostce. Wzrost satysfakcji wśród personelu przełoży się na wzrost zadowolenia pacjentów. Do elementów wskazanego systemu należy zaliczyć: podnoszenie kwalifikacji, realizację limitu kontraktu z NFZ, uzyskiwanie certyfikatów, wprowadzenie nowych procedur, identyfikację z celami Szpitala oraz promowanie realizowanej polityki i jakości obsługi pacjentów. System motywacyjny wspierający rozwój zawodowy pracowników powinien obejmować również finansowanie lub współfinansowanie udziału w kursach, szkoleniach, w tym szkoleniach i stażach specjalizacyjnych. Dodatkowo powinny być prowadzone okresowe oceny pracowników przez Dyрекcję Szpitala wraz z nagradzaniem osób, które uzyskają najlepsze wyniki.

Do prawidłowego funkcjonowania systemu motywacyjnego niezbędne są:

- jasne określenie zakresu obowiązków poszczególnych pracowników,
- odpowiednia komunikacja pomiędzy pracodawcą a pracownikami,
- konkretna droga awansu wraz z odpowiednimi wymaganiami,
- docenienie pracy przez zwierzchnika (nie tylko finansowe).

Można również podejmować inne kroki w tym kierunku, np. poprzez **różne konkursy dla pracowników**, mające na celu szukanie obszarów, które można usprawnić, zoptymalizować. Celem takiej inicjatywy powinno być zmotywowanie pracowników do zgłaszania zmian w zakresie doskonalenia metod pracy i podnoszenia jakości świadczonych usług, które będą zmierzać do osiągnięcia określonych celów ekonomicznych. Do konkursu mogliby przystąpić wszyscy pracownicy z wyłączeniem Dyrekcji i jego Z-ców. Zgłaszane projekty nie mogłyby dotyczyć obszarów wynikających z zakresów obowiązków pracowników. Projekty mogłyby być zgłaszane w formie pisemnej lub elektronicznej, indywidualnie i zespołowo do z góry określonego terminu. Projekty powinny być ukierunkowane do oszczędności i/lub wzrost jakości świadczonych usług. Projekty powinny m.in. zawierać:

- zdefiniowany problem – krótką charakterystykę,
- propozycję zmian,
- sposoby rozwiązania problemu,
- skutki wprowadzanych działań,
- nakłady i sposób realizacji działania,
- spodziewany efekt.

Po uzyskaniu pozytywnej oceny przez wytypowany do tego zespół projekt zostałby wdrożony i po określonym czasie nastąpiłaby jego weryfikacja. W przypadku uzyskania efektów ekonomicznych po wdrożeniu projektu twórcom projektu przysługiwałaby nagroda.

Pracownicy znają bardzo dobrze Jednostkę, w której pracują dlatego też trzeba ich zachęcić do tego typu inicjatyw, które mogłyby przynieść wymierne korzyści dla Szpitala lub usprawnić pracę.

Ulepszenie systemu motywującego pracowników mogłoby doprowadzić do poprawy wyniku finansowego, a także obniżenia nakładów niezbędnych na jego osiągnięcie. Jednak nie jest



możliwe oszacowanie wymiernego wpływu przekładającego się na poprawę wyniku. Zwiększenie efektywności w Szpitalu wiąże się z bezpośrednim zaangażowaniem personelu.

Do prawidłowej realizacji wskazanego działania udoskonalenia systemu motywacyjnego pracowników Szpitala zalicza się również dokładne monitorowanie przychodów, kosztów oraz wyników Jednostki. Dodatkowym elementem jest również mierzenie na bieżąco wskazanych wartości ekonomicznych i porównywanie ich z wcześniejszymi. Zatem Jednostka powinna zainwestować w odpowiednie narzędzia do kalkulacji kluczowych wskaźników określających efektywność. Będzie to pomocne w procesie kontrolowania całego systemu.



13. Działania naprawcze w zakresie organizacji, zarządzania i controllingu

Warunki otoczenia stawiają przed kadrami kierowniczą coraz to nowe zadania i priorytety. Stąd wydaje się wartym zachodu aby Regulamin organizacyjny i regulacje związane z zarządzaniem jednostką, a przede wszystkim Zakresy Obowiązków, Uprawnień i Odpowiedzialności doprecyzować o następujące elementy:

- rozdzielenie odpowiedzialności wynikających z ustawy dnia 05-12-1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej z odpowiedzialnością menadżerską i administracyjną, które to powinny leżeć u podstaw istoty funkcjonowania każdego kierownika, wniosek dotyczy szczególnie umów kontraktowych,
- doprecyzowanie i wyraźne rozgraniczenie zakresów odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi obszarami zarządczymi (gdy kilka osób odpowiada za to samo, to de facto nie odpowiada nikt),
- uzupełnienie zakresów odpowiedzialności o elementy związane z realizacją zadań wynikających z zawartych kontraktów jak i ze strategii rynkowych podjętych przez Szpital,
- uzupełnienie zakresów czynności o zarządzanie kosztami i odpowiedzialności za efekty ekonomiczne działalności komórki,
- powiązanie zakresów zadań z odpowiedzialnością menadżerską za ich skutki wraz ze ścisłym zdefiniowaniem zarządzanego obszaru,

Najprostszy schemat odpowiedzialności kierowniczej przedstawia poniższy diagram:

Rysunek 6 Zakresy odpowiedzialności kierowniczej



Źródło: opracowanie własne

Współczesna struktura zarządcza powinna identyfikować najważniejsze procesy jakie zachodzą w organizacji szpitala i podporządkowywać je konkretnym kierownikom. Ich odpowiedzialność może być wtedy ukierunkowana na sprawne funkcjonowanie oraz na optymalizację kosztów tych procesów. Jako uzupełnienie dla tworzenia struktury organizacyjnej ważnym wydaje się kształtowanie świadomości, że celem zarządzania przydzielonymi procesami dla komórek wynikowych jest oczywiście leczenie pacjenta, ale też zaspokojenie potrzeb odpowiednich struktur szpitala przy zachowaniu racjonalnych parametrów finansowych. Każda komórka organizacyjna ma swoich wewnętrznych klientów, dla nich pracuje i w efekcie przez nich jest finansowana.



14. Optymalizacja w zakresie zasobów majątkowych

Składniki majątku trwałego należą do tej grupy aktywów Szpitala, które bezpośrednio nie przynoszą dochodów, generują natomiast koszty. Celem optymalizacji majątku jest zatem takie jego wykorzystanie aby zmniejszać koszty utrzymania infrastruktury technicznej, bądź stwarzać lepsze warunki do udzielania i sprzedaży świadczeń medycznych.

Budynki Szpitala utrzymane są w miarę dobrym stanie technicznym, jednak nie we wszystkich aspektach spełniają wymogi 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.

Działania w tej sferze powinny dotyczyć:

1. Szpital nie ma opracowanego ani nie realizuje planu remontów i prac dostosowujących budynki, pomieszczenia i instalacje do wymaganych przepisów prawa i aktualnych standardów. Stan zużycia infrastruktury technicznej Szpitala wskazuje już na istotność przystąpienia do realizacji takiego planu. Plan taki powinien być spójny, długoterminowy i powinien określać terminy i etapy jego realizacji. Ze względu na techniki zarządzania finansami instytucji w obszarze finansów publicznych sporządzenie i realizowanie tego planu staje się konieczne.
2. Aktualnie budynki nie spełniają już wszystkich obowiązujących norm i standardów. Do najważniejszych problemów dnia dzisiejszego należą braki w technicznych i organizacyjnych rozwiązaniach przeciwpożarowych. Z tych też powodów Ekspertyza dotycząca warunków bezpieczeństwa pożarowego, wykonana w połowie ubiegłego roku stwierdziła, że budynki szpitalne pod względem pożarowym stwarzają zagrożenie dla życia ludzi. Obok zabezpieczenia przeciwpożarowego szpitalne pomieszczenia nie spełniają niektórych obowiązujących aktualnie standardów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą i wymagają podjęcia działań inwestycyjnych. Koniecznym do wykonania jest m. in. podział budynków na strefy pożarowe oraz zainstalowanie odpowiednich systemów hydrantowych, oddymiania, oświetlenia awaryjnego i sygnalizacji ppoż.
3. Szpital wymaga modernizacji systemu zasilania w energię elektryczną. Główny agregat awaryjny nie posiada wymaganej funkcji autostartu. Oba agregaty, ze względu na swój wiek zbliżają się do końca swojego okresu eksploatacji. Uzupełnienia wymagają urządzenia zapewniające nieprzerwane podtrzymanie napięcia UPS.
4. Koszt wyprodukowania energii cieplnej w szpitalnych kotłowniach jest prawie dwukrotnie większy niż cena ciepła sprzedawanego przez Przedsiębiorstwo Energetyki Ciepłej w Sochaczewie. W związku z powyższym rekomenduje się wykonanie szczegółowego audytu energetycznego systemów ciepłowniczych, w celu ich technicznej oceny i przygotowania koncepcji zdecydowanego obniżenia kosztów pozyskania ciepła poprzez przyłączenie do sieci miejskiej. Oszczędności z tego tytułu mogą sięgać kwoty 700 tys zł.



5. Systemy klimatyzacji mają już prawie 30 lat i należy spodziewać się w niedługim czasie pojawiania się coraz większych problemów z ich eksploatacją. Stare rozwiązania wpływają także na energochłonność zainstalowanych urządzeń, a tym samym na zawyżanie kosztów eksploatacji systemów. Wydaje się zatem niezbędnym aby wymiana urządzeń klimatyzacyjnych i modernizacja systemów znalazły odpowiednie miejsce w wieloletnim planie remontów odtworzeniowych i modernizacyjnych.
6. Szpital ma niski stopień wykorzystania własnej bazy lokalowej. Puste i niewykorzystane pomieszczenia stanowią aktualnie powierzchnię **3.500 m²**. Do tego pomieszczenia, które jak można się spodziewać także w niedługim czasie będą do nowego zagospodarowania czyli pralnia i kuchnia, stanowią razem dodatkowo **1.400 m²**. Razem daje to powierzchnię prawie **5 tys. m²**. Nie wiadomo czy jeszcze jej nie przybędzie w związku z restrukturyzacją Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Koszty utrzymania tej powierzchni szacuje się na około **1,3 mln zł** rocznie. Część z niej z pewnością będzie przydatna jako tymczasowe siedziby oddziałów na czas trwających remontów i przebudów pomieszczeń aktualnie przez nie zajmowanych. Reszta powinna być jednak zagospodarowana nowymi inicjatywami w sposób, który przynajmniej pokryje koszty ich utrzymania. Należy w związku z tym przygotować program optymalizacji wykorzystania posiadanej bazy lokalowej, który uwzględni aktywizację nadwyżek poprzez nowe inicjatywy działalności lub najmy.



15. Strategia finansowa - harmonogram wdrożenia planu naprawczego

Poniżej w tabeli przedstawione zostały skwantyfikowane działania naprawcze, które zostały ujęte w prognozie finansowej.

Tabela 120 Harmonogram działań naprawczych

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
1	Optimalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy		-	-	optimalizacja zatrudnienia
1.1	Weryfikacja kwalifikacji, doświadczenia, efektywności pracy pracowników celem wytypowania osób do zwolnienia (w tym rozmowy ze związkami zawodowymi)	na bieżąco	-	Oszczędność w skali roku 3 533 045 zł	redukcja personelu ustalona ze związkami zawodowymi
1.2	Wręczenie wypowiedzeń pracownikom z tytułu optymalizacji zatrudnienia	od 09.2022	680 341 zł		redukcja liczby pracowników
1.3	Wypłata odpraw dla zwalnianych pracowników	od 12.2022			
1.4	Wprowadzenie nowej organizacji pracy	od 01.2023 do 12.2023	-		obniżenie kosztów zatrudnienia, poprawa organizacji pracy personelu
2	Obniżenie kosztów PFRON	od 09.2022	-	Oszczędność w skali roku 204 782 zł	obniżenie kosztów
3	Optimalizacja działalności obsługi gospodarczej				obniżenie kosztów
3.1	Optimalizacja kosztów związanych z utrzymaniem czystości	od 01.2023	-	Oszczędność w skali roku 119 749 zł	rezygnacja z usług zewnętrznych, zmniejszenie kosztów usług obcych oraz kosztów ponoszonych na zakup środków czystości i dezynfekcji
3.2	Optimalizacja kosztów związanych z transportem	od 01.2023	-	Oszczędność w skali roku 300 000 zł	obniżenie kosztów dzięki osiągnięciu górnej stawki rynkowej poprzez znalezienie korzystniejszej oferty na rynku
3.3	Optimalizacja kosztów związanych z praniem	od 01.2023	-	Oszczędność w skali roku 108 738 zł	redukcja zatrudnienia, obniżenie kosztów osobowych i współpraca z jednym podmiotem zewnętrznym



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

3.4.	Optimalizacja kosztów związanych z żywieniem	od 01.2023	-	Oszczędność w skali roku 400 000 zł	Likwidacja kuchni, catering
4	Optimalizacja zużycia materiałów medycznych	od 01.2023 do 12.2023	-	oszczędność w skali roku 0,15 mln PLN	poprawa efektywności działalności Szpitala
		od 01.2024 i dalej	-	oszczędność w skali roku 0,3 mln PLN	
5	Spadek kosztów uzyskania energii ciepłej przez ewentualne podłączenie się do miejskiej sieci ciepłowniczej	10.2023	-	Oszczędność w skali roku 700 000 zł	poprawa efektywności działalności Szpitala' spadek kosztów

Źródło: opracowanie własne.



16. Restrukturyzacja zadłużenia

Wszystkie Jednostki funkcjonujące w sektorach prywatnych jak i publicznych powinny charakteryzować się efektywnym zarządzaniem w działaniach operacyjnych i strategicznych, opartych o mądrą taktykę wdrażania. 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 dekonunktury. 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 czasie 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 o 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 podmiotów leczniczych powszechnym problemem jest zbyt niska płynność i zagrożenie brakiem płynności.

Stopień zadłużenia podmiotów leczniczych jest jednym z największych problemów systemu finansowego w Polsce. Wynika on z jednej strony z niewystarczających nakładów na ochronę zdrowia, ale z drugiej – z wciąż niskiej kultury zarządczej, skutkującej nieefektywnością ekonomiczną. Co do zasady, w większości podmiotów leczniczych problem ten wywołuje trudności związane z bieżącym funkcjonowaniem, na skutek czego pojawia się zadłużenie przeterminowane wobec dostawców.

Szpital w Sochaczewie, ma bardzo duże problemy w tym zakresie. Wartość zadłużenia wymagalnego na koniec lutego 2022 r. wskazywała na wartość około 2,9 mln PLN, utrzymywanie tego typu zadłużenia przy długotrwałym braku rentowności spowoduje jego dynamiczny przyrost, a co z tym idzie konieczność spłaty dodatkowych odsetek. Szpital w celu „uzdrowienia” płynności posługuje się także zadłużeniem zewnętrznym w postaci kredytu obrotowego – co do zasady jest to praktyka powszechnie stosowana przez jednostki,



jednak przy pojawieniu się zadłużenia przeterminowanego, istnieje poważne zagrożenie pojawienia się tzw. „spirali zadłużenia”, tym samym zaleca się natychmiastowe działania mające na celu poprawę rentowności Szpitala.

Ze względu na posiadanie relatywnie niskiego zadłużenia wymagalnego, wdrażanie programu naprawczego nie będzie wymagało od Jednostki zaciągnięcia dodatkowego finansowania. Program naprawczy będzie miał za zadanie stopniowe wdrożenie działań naprawczych, które powinno przynieść ograniczenie do zera korzystania z zadłużenia wymagalnego.



17. Prognozy finansowe

Prognozy finansowe dla Szpitala w Sochaczewie przeprowadzone zostały w następujących wariantach:

- Wariant 0,
- Wariant 1.

Wariant 0 – Wariant zerowy (utrzymuje się status quo) stanowi punkt odniesienia dla wariantu naprawczego (wariantu 1) prognoz finansowych. Przeprowadzono dla niego symulację rachunku zysków i strat, bilansu oraz rachunku przepływów pieniężnych na okres 2022-2027, przy następujących założeniach:

1. Szpital funkcjonuje w ramach dotychczasowej struktury organizacyjnej.
2. Brak działań optymalizujących działalność Szpitala (tu rekomendowanych przez ZUK Know How Sp. z o.o.),
3. Realizacja inwestycji założonych w planach inwestycyjnych Szpitala.

Wariant 1 – Wariant naprawczy, uwzględniający następujące założenia:

1. Wprowadzenie rekomendowanych przez ZUK Know How Sp. z o.o. działań naprawczych:
 - a. w obszarze kadrowym (optymalizacja zatrudnienia i kosztów z nim związanych),
 - b. w obszarze medycznym (optymalizacja zużycia materiałów medycznych),
 - c. w obszarze organizacyjno-zarządczym (optymalizacja kosztów utrzymania infrastruktury technicznej, utrzymania czystości, wyżywienia pacjentów, działania pralni oraz transportu medycznego),
2. Realizacja inwestycji założonych w planach inwestycyjnych Szpitala.

Efektom wdrożenia wyżej wymienionych działań naprawczych jest poziom osiągniętych oszczędności. Łączne oszczędności przyjęte w Wariantie naprawczym to około 5,8 mln PLN.

Podstawą założeń do prognoz finansowych są dane za lata 2018-2021.

17.1. Prognoza przychodów

1. Przychody z NFZ:

- a. Wartość kontraktu z NFZ na 2022 rok oszacowano na poziomie 73,9 mln PLN, z czego:
 - o 10,0 mln PLN stanowią środki podwyżkowe,
 - o 1,5 mln PLN stanowią środki refundowane COVID-19.



Wartość kontraktu z NFZ na rok 2022 założona została na podstawie przekazanego przez Szpital wykonania za 2021 r roku wraz z symulacją środków otrzymanych z NFZ na I półrocze 2022 roku.

- b. Dla okresu kolejnego roku tj. 2023 wartość kontraktu została oszacowana w wysokości 76,5 mln PLN, który został oszacowany na podstawie danych historycznych.
- c. W okresie 2024 – 2027 wartość przychodów została zaprognozowana na podstawie roku 2023 z uwzględnieniem wskaźnika inflacji (analogicznie jak koszty).

2. Pozostałe przychody działalności podstawowej:

Pozostałe przychody ze sprzedaży produktów dla roku 2022 oszacowane zostały na podstawie danych za okres 2018 - 2021. Dla wielkości w latach prognozy 2023 - 2027 przyjęto wskaźnik wzrostowy na podstawie prognozowanej inflacji.

Dla przychodów z tytułu rozliczenia dotacji obliczono poziom wynikający z odpisów amortyzacyjnych środków trwałych zakupionych ze środków pochodzących z dotacji. W prognozie założono kontynuację rozliczania dotacji zgodnie z dostępnymi danymi.

Poziom przychodów z działalności podstawowej we wszystkich wariantach przyjmuje te same wartości.

3. Pozostałe przychody:

- a. Pozostałe przychody zaprognozowane zostały na podstawie ich wartości z lat poprzednich, uwzględniając w kolejnych latach prognozy wskaźnik wzrostowy na poziomie prognozy inflacji,
- b. Przychody finansowe zostały zaprognozowane na podstawie danych historycznych z uwzględnieniem wskaźnika wzrostowego w kolejnych latach prognozy na poziomie prognozowanej inflacji.

17.2. Prognoza kosztów

1. Koszty operacyjne:

Dla celów szczegółowej prognozy koszty rodzajowe podzielone zostały na odpowiednie podgrupy, które były prognozowane na odmiennych zasadach. Wyszczególniono następujące grupy kosztowe:

- a. grupę kosztów zmiennych (m.in. zużycie materiałów medycznych, artykułów żywnościowych, pościeli), których poziom jest zależny od wypracowanych przychodów – koszty te zostały zaprognozowane na podstawie wskaźnika przeliczającego wartość kosztu na jednostkę przychodu uwzględniając wskaźniki wzrostowe kosztów dla tego roku.



- b. grupę kosztów prognozowaną na podstawie głównie z danych za rok 2021. Do tej grupy zaliczono większość kosztów stałych, między innymi: koszty usług remontowych, łączności, dzierżawy, podatków i opłat itp. Koszty tej grupy w kolejnych latach prognozy finansowej uwzględniają wskaźniki wzrostowe przyjęte w modelu (inflacja).
- c. koszty wynagrodzeń oraz umów cywilnoprawnych personelu Jednostki na rok 2022 oszacowane zostały na podstawie danych z 2021 roku powiększonych o symulację kosztów wynagrodzeń wynikających z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Pozostałe lata zaprognozowane zostały na podstawie danych z 2021 roku z uwzględnieniem wskaźników wzrostowych. Koszty tego rodzaju powiększono również o wzrost wartości płac wynikający z płacy minimalnej.

Poszczególne koszty rodzajowe Jednostki zaprognozowane zostały przy uwzględnieniu następujących założeń:

- a. Koszty amortyzacji zostały oszacowane na podstawie prognozowanej amortyzacji na rok 2022, z uwzględnieniem działań inwestycyjnych zaplanowanych przez Jednostkę.
- b. Koszty zużycia materiałów zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem wskaźników inflacji⁴ w latach:
 - 2022 – 8,90%,
 - 2023 – 10,30%,
 - 2024 – 3,90%,
 - 2025 – 3,20%,
 - 2026 – 2,50%,
 - 2027 – 2,50% – cel inflacyjny
- c. Koszty zużycia energii zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem wskaźników wzrostowych w latach: 2021 – 2024 w postaci inflacji (patrz: punkt wyżej), natomiast od 2025 roku na stałym poziomie 1%.
- d. Koszty usług obcych zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem wskaźników wzrostowych inflacji w latach:
 - 2022 – 8,90%,
 - 2023 – 10,30%,
 - 2024 – 3,90%,
 - 2025 – 3,20%,
 - 2026 – 2,50%,
 - 2027 – 2,50% – cel inflacyjny
- e. Podatki i opłaty zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem wskaźników inflacji w latach:
 - 2022 – 8,90%,

⁴ Na podstawie długoterminowej inflacji prognozowanej przez IMF – szacunki na kwiecień 2022



- 2023 – 10,30%,
 - 2024 – 3,90%,
 - 2025 – 3,20%,
 - 2026 – 2,50%,
 - 2027 – 2,50% – cel inflacyjny
- f. Koszty wynagrodzeń i ubezpieczeń społecznych zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem wskaźników inflacji w latach:
- 2022 – 6,50%,
 - 2023 – 5,50%,
 - 2024 – 4,40%,
 - 2025 – 3,20%,
 - 2026 – 2,50%,
 - 2027 – 2,50% – cel inflacyjny
- g. Pozostałe koszty rodzajowe zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem wskaźników inflacji w latach:
- 2022 – 8,90%,
 - 2023 – 10,30%,
 - 2024 – 3,90%,
 - 2025 – 3,20%,
 - 2026 – 2,50%,
 - 2027 – 2,50% – cel inflacyjny

Koszty operacyjne w wariantcie naprawczym ulegają zmianie stosownie do przyjętych działań optymalizujących.

2. Pozostałe koszty:

- a. Pozostałe koszty operacyjne zaprognozowane zostały na podstawie ich wartości z lat poprzednich, a głównie na podstawie roku 2020, uwzględniając w kolejnych latach prognozy wskaźnik wzrostowy na poziomie prognozowanej inflacji. Do prognozy wskazanej kategorii kosztów wyeliminowano zdarzenia występujące incydentalnie oraz koszty odpisów aktualizujących wartość aktywów niefinansowych ze względu na trudność oszacowania ich wartości w przyszłych okresach.
- b. Koszty finansowe zaprognozowane zostały na podstawie danych historycznych przy eliminacji zdarzeń występujących incydentalnie oraz aktualizacji wartości aktywów finansowych ze względu na trudność oszacowania ich wartości w przyszłych okresach.

Pozostałe koszty operacyjne w zależności od wariantu naprawczego ulegają zmianie stosownie do przyjętych działań optymalizujących.



17.3. Planowane inwestycje i źródła finansowania (dotacje/ udział własny/ dług)

Ze względu na brak sprecyzowanego planu inwestycyjnego Szpitala na najbliższe lata założono CAPEX odtworzeniowy w kwocie 200 tys. PLN na rok.

17.4. Prognozowane sprawozdania finansowe (bilans, rachunek zysków i strat, przepływy)

Oprócz wcześniej wspomnianych założeń dotyczących prognoz kosztów i przychodów poniżej przedstawiono założenia dotyczące prognoz bilansu oraz rachunku przepływów pieniężnych.

Aktywa trwałe

1. Środki trwałe i wartości niematerialne i prawne:

Wartości środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych wykazano w wartościach netto przy uwzględnieniu planu amortyzacji Jednostki na rok 2022, planu inwestycji przyjętego do realizacji przez Jednostki oraz nakładów odtworzeniowych majątku.

Aktywa obrotowe

1. **Zapasy** – wartość zapasów została zaprognozowana na podstawie wskaźnika rotacji zapasów, który został ustalony na poziomie 5 dni, dążąc do poziomu 3 dni na koniec okresu prognozy.
2. **Należności z tytułu dostaw i usług** – należności z tytułu dostaw i usług zostały zaprognozowane na podstawie wskaźnika rotacji należności wynoszącego 35 dni.

Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania

1. **Rezerwy na świadczenia emerytalne** – założono na podstawie danych za rok 2021, skorygowane o rosnące koszty wynagrodzeń i pochodnych.
2. **Zobowiązania:**
 - a. Zobowiązania z tytułu dostaw i usług – wartość bieżących zobowiązań handlowych wobec dostawców została zaprognozowana na podstawie historycznych wskaźników rotacji zobowiązań handlowych – w 2022 r. przyjęto wskaźnik na poziomie 33 dni, który dąży do poziomu 30 dni na koniec okresu prognozy.
 - b. Zobowiązania z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń – zostały zaprognozowane na poziomie roku 2021,
 - c. Zobowiązania z tytułu wynagrodzeń – zostały zaprognozowane zostały zaprognozowane na poziomie roku 2021,
 - d. Inne zobowiązania zostały zaprognozowane zostały zaprognozowane na poziomie roku 2021.



Rozliczenia międzyokresowe

1. Rozliczenia międzyokresowe przychodów – dotyczą rozliczanych w czasie dotacji, zostały zaprognozowane zgodnie z harmonogramem przekazany przez Jednostkę.

Poniżej zostały przedstawione prognozowane sprawozdania finansowe składające się z rachunku zysków i strat, bilansu i rachunku przepływów pieniężnych dla poszczególnych wariantów.

Tabela 121 Prognoza rachunku zysków i strat za okres 2022 – 2027 – Wariant 0

Wyszczególnienie	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY	79 560 857	82 922 488	86 128 100	88 859 498	91 063 143	93 325 782
1. Przychody netto ze sprzedaży produktów	79 560 857	82 922 488	86 128 100	88 859 498	91 063 143	93 325 782
KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	85 932 454	90 598 405	94 125 145	96 946 795	98 821 243	99 692 398
1. Amortyzacja	2 583 120	2 581 689	2 622 259	2 622 546	2 220 522	753 611
2. Zużycie materiałów i energii	11 791 730	12 307 785	12 693 838	13 022 953	13 288 302	13 560 285
3. Usługi obce	24 297 775	26 683 660	27 724 322	28 611 501	29 326 788	30 059 958
4. Podatki i opłaty	652 022	719 181	747 229	771 140	790 419	810 179
5. Wynagrodzenia	38 369 454	39 788 139	41 463 582	42 765 716	43 817 016	44 898 502
6. Ubezpieczenia	7 951 989	8 202 092	8 545 737	8 814 260	9 031 048	9 254 037
7. Pozostałe koszty rodzajowe	286 364	315 860	328 178	338 680	347 147	355 826
MARŻA NA SPRZEDAŻY W PLN	-6 371 597	-7 675 917	-7 997 045	-8 087 297	-7 758 100	-6 366 616
PPO	4 379 553	4 663 408	4 781 958	4 883 023	4 964 506	5 048 027
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0
Dotacje	1 623 676	1 623 676	1 623 676	1 623 676	1 623 676	1 623 676
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	2 755 877	3 039 732	3 158 282	3 259 347	3 340 830	3 424 351
PKO	558 144	615 632	639 642	660 110	676 613	693 529
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	558 144	615 632	639 642	660 110	676 613	693 529
MARŻA EBIT W PLN	-2 550 188	-3 628 141	-3 854 729	-3 864 385	-3 470 207	-2 012 117
PRZYCHODY FINANSOWE	34 237	37 763	39 236	40 492	41 504	42 541
Dywidendy udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0
Odsetki	12 404	13 682	14 215	14 670	15 037	15 413
Inne	21 833	24 081	25 021	25 821	26 467	27 128
KOSZTY FINANSOWE	270 907	339 361	413 215	502 467	594 720	689 896
Odsetki	270 907	339 361	413 215	502 467	594 720	689 896
Aktualizacja wartości	0	0	0	0	0	0
Inne	0	0	0	0	0	0
MARŻA BRUTTO W PLN	-2 786 858	-3 929 739	-4 228 709	-4 326 360	-4 023 423	-2 659 472
Podatek dochodowy	0	0	0	0	0	0
MARŻA NETTO W PLN	-2 786 858	-3 929 739	-4 228 709	-4 326 360	-4 023 423	-2 659 472

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 122 Prognoza bilansu za okres 2022 – 2027– Wariant 0

Aktywa	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
AKTYWA TRWAŁE	19 398 837	17 017 148	14 594 889	12 172 344	10 151 821	9 598 210
Wartości niematerialne i prawne	133 956	78 212	21 300	3 503	3 503	3 503
Rzeczowe aktywa trwałe	19 100 030	16 774 085	14 408 739	12 003 990	9 983 468	9 429 856
Długoterminowe rozliczenia	164 851	164 851	164 851	164 851	164 851	164 851
AKTYWA OBROTOWE	11 153 291	11 452 318	11 727 379	12 213 010	12 648 896	13 096 738
Zapasy	1 105 012	921 361	717 734	740 496	758 860	777 715
Należności krótkoterminowe	8 501 080	8 827 905	9 139 562	9 405 115	9 619 358	9 839 337
Inwestycje krótkoterminowe	174 325	330 177	497 208	694 525	897 805	1 106 813
Krótkoterminowe rozliczenia	1 372 874	1 372 874	1 372 874	1 372 874	1 372 874	1 372 874
AKTYWA RAZEM	30 552 128	28 469 466	26 322 268	24 385 354	22 800 718	22 694 948
Pasywa Razem	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
KAPITAŁ WŁASNY	-6 101 847	-10 031 586	-14 260 294	-18 586 654	-22 610 078	-25 269 549
Kapitał podstawowy	17 876 324	17 876 324	17 876 324	17 876 324	17 876 324	17 876 324
Zysk/strata z lat ubiegłych	-21 191 313	-23 978 170	-27 907 909	-32 136 618	-36 462 978	-40 486 401
Zysk i strata netto	-2 786 858	-3 929 739	-4 228 709	-4 326 360	-4 023 423	-2 659 472
ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	36 653 975	38 501 051	40 582 562	42 972 008	45 410 795	47 964 497
Rezerwy na zobowiązania	5 478 716	5 615 684	5 756 076	5 899 978	6 047 477	6 198 664
Zobowiązania długoterminowe w tym:	2 006 338	1 772 676	1 539 014	1 305 352	1 071 690	838 028
kredyty i pożyczki	1 591 634	1 409 810	1 227 986	1 046 162	864 338	682 514
Zobowiązania krótkoterminowe	19 900 441	23 467 888	27 266 345	31 369 227	35 517 853	39 777 706
kredyty i pożyczki	0	181 824	181 824	181 824	181 824	181 824
kredyt restrukturyzacyjny BGK	1 375 737	1 375 737	1 375 737	1 375 737	1 375 737	1 375 737
zobowiązania handlowe w tym:	10 845 356	14 329 363	18 026 866	22 051 216	26 136 437	30 331 067
nieprzeterminowane	7 293 079	7 601 228	7 895 076	7 898 622	7 841 548	7 777 149
przeterminowane	3 552 278	6 728 135	10 131 790	14 152 594	18 294 888	22 553 918
Rozliczenia międzyokresowe	9 268 480	7 644 804	6 021 128	4 397 451	2 773 775	1 150 099
PASYWA RAZEM	30 552 128	28 469 466	26 322 268	24 385 354	22 800 718	22 694 948

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 123 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych za okres 2022 – 2027 – Wariant 0

Wyszczególnienie	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
WYNIK NETTO	-2 786 858	-3 929 739	-4 228 709	-4 326 360	-4 023 423	-2 659 472
KOREKTY RAZEM	3 245 477	4 820 851	5 203 381	5 419 315	5 213 581	3 949 496
Amortyzacja	2 583 120	2 581 689	2 622 259	2 622 546	2 220 522	753 611
Odsetki i udziały w zyskach	236 670	301 598	373 979	461 975	553 217	647 355
Zmiana stanu rezerw	133 627	136 968	140 392	143 902	147 499	151 187
Zmiana stanu zapasów	-12 498	183 651	203 627	-22 762	-18 364	-18 855
Zmiana stanu należności	558 947	-326 825	-311 657	-265 553	-214 243	-219 979
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	1 369 287	3 567 447	3 798 457	4 102 882	4 148 626	4 259 854
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-1 623 676	-1 623 676	-1 623 676	-1 623 676	-1 623 676	-1 623 676
PRZEPŁYW OPERACYJNY	458 620	891 113	974 673	1 092 954	1 190 158	1 290 025
WPŁYWY	0	0	0	0	0	0
WYDATKI	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Nabycie WNIP oraz RAT	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0
PRZEPŁYW INWESTYJCJE	-200 000	-200 000	-200 000	-200 000	-200 000	-200 000
WPŁYWY	34 237	37 763	39 236	40 492	41 504	42 541
Wpływy netto z wydania udziałów (emisji akcji) i innych instrumentów kapitałowych oraz dopłat do kapitału	0	0	0	0	0	0



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Wyszczególnienie	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
Kredyty i pożyczki	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy finansowe	34 237	37 763	39 236	40 492	41 504	42 541
WYDATKI	608 782	573 023	646 877	736 129	828 382	923 558
Splata bieżących kredytów	239 711	181 824	181 824	181 824	181 824	181 824
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	98 164	51 838	51 838	51 838	51 838	51 838
Odsetki	270 907	339 361	413 215	502 467	594 720	689 896
PRZEPŁYW FINANSOWY	-574 545	-535 260	-607 641	-695 637	-786 879	-881 017
Przepływy pieniężne netto razem	-315 926	155 852	167 031	197 317	203 279	209 008
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-315 926	155 852	167 031	197 317	203 279	209 008
Środki pieniężne na początek okresu	490 250	174 325	330 177	497 208	694 525	897 805
Środki pieniężne na koniec okresu	174 325	330 177	497 208	694 525	897 805	1 106 813

Źródło: opracowanie własne.

Prognoza rachunku zysków i strat wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki w 2022 r. ulegnie pogorszeniu w stosunku do roku poprzedniego. Po pierwsze będzie to spowodowane niższą wartością uzyskanego finansowania ze strony NFZ, po drugie Szpital musi przeciwstawić się rosnącej inflacji, która intensywnie wpłynie na wartość ponoszonych kosztów, po trzecie rosnące stopy procentowe mogą spowodować wzrost kosztów obsługi zadłużenia tj. kredytu hipotecznego oraz kredytu obrotowego.

Tym samym szacowany wynik na sprzedaży ulegnie obniżeniu do wartości około -6,4 mln PLN (spadek w stosunku do roku poprzedniego o około 1,5 mln PLN). W kolejnych latach ze względu na założeniu o braku podejmowania działań naprawczych ze strony Szpitala, wyniki będą ulegały stopniowej degradacji. Prognozuje się, że średni wynik na sprzedaży po wyłączeniu kosztów amortyzacji (ze względu na brak pewnego planu inwestycyjnego Jednostki, jest to miernik, który w najbardziej precyzyjny sposób może odzwierciedlić rzeczywistą rentowność jednostki) kształtować się będzie na poziomie około -5,5 mln PLN.

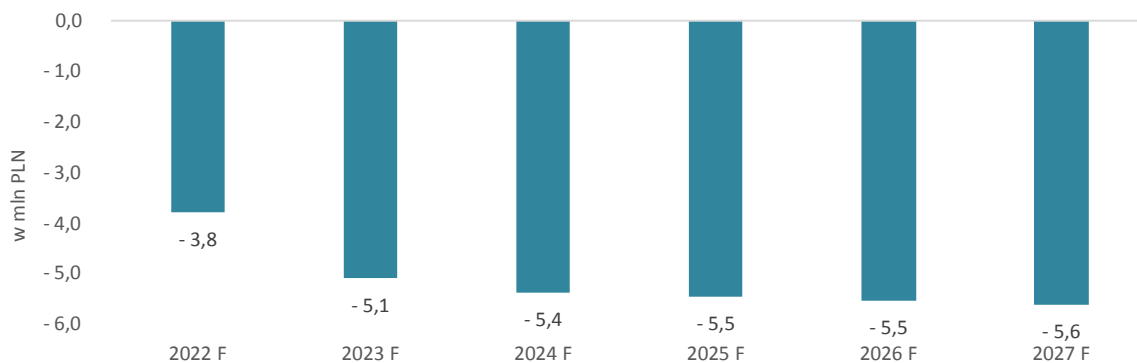
Mimo, że prognoza finansowa zakłada, że Szpital utrzymywać będzie przez cały okres finansowanie obrotowe w wysokości około 1,5 mln PLN (ostatnie dostępne dane na grudzień 2021), problem związany z zadłużeniem wymagalnym nawarstwi się. Zadłużenie wymagalne na koniec grudnia 2021 r. wynosiło około 3 mln PLN, to prognoza wskazuje, że na koniec 2022 r. Zadłużenie powiększy się o około 0,7 mln PLN, natomiast w kolejnym roku już o około 3 mln PLN. Szacuje się, że w perspektywie kolejnych 5 lat, tj. na koniec 2027 r. Jednostka w przypadku braku podjęcia próby naprawy sytuacji finansowej, będzie posiadała w strukturze dług przeterminowany przekraczający około 20 mln PLN.

Należy wskazać, że zgodnie z informacjami pozyskanymi od kierownictwa Jednostki, założone inwestycje odtworzeniowe na poziomie około 0,2 mln PLN, może okazać się niewystarczające, co wskazuje, że w bardzo niedalekiej przyszłości, majątek Szpitala może ulec całkowitej erozji, co w przypadku Jednostki medycznej może oznaczać zagrożenie kontynuacji działalności.

Na wykresach poniżej zaprezentowano jak prawdopodobnie kształtować się będzie wynik na działalności podstawowej (bez amortyzacji), wynik finansowy netto oraz zadłużenia wymagalnego w latach 2022 - 2027.

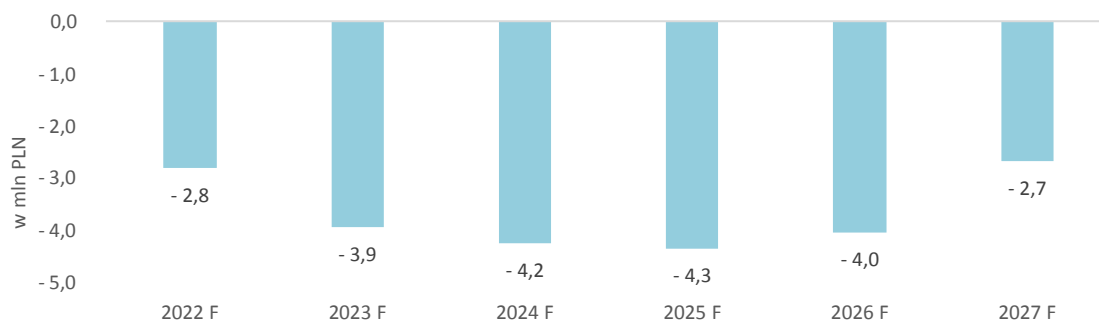


Wykres 48 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy (procentowo i wartościowo) – Wariant 0



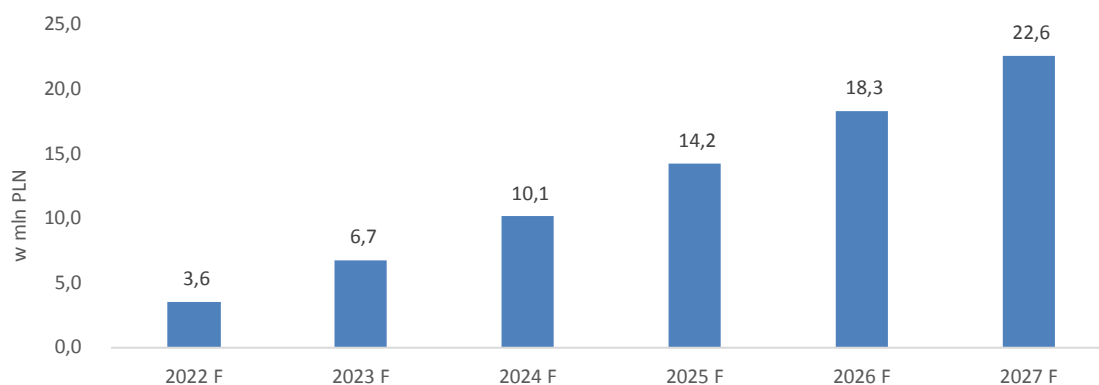
Źródło: opracowanie własne.

Wykres 49 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 0



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 50 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 0



Źródło: opracowanie własne.



Podsumowanie symulacji dla wariantu 0:

W przypadku braku poprawy sytuacji finansowej poprzez wprowadzenie natychmiastowych kroków w postaci działań naprawczych, które skorygują wyniki finansowe, Jednostka będzie generować roczną stratę w wysokości około 5,5 mln PLN (wynik na sprzedaży bez amortyzacji).

Jednostka, ze względu na długotrwały i permanentny brak rentowności na wszystkich możliwych płaszczyznach, który potęgowany jest wysoką inflacją, będzie zmuszona posługiwać się zadłużeniem przeterminowanym, które na koniec 2022 r. może wynosić około 4 mln PLN, natomiast na koniec prognozy, tj. 2027 r. może przekroczyć 20 mln PLN.

Dodatkowym zagrożeniem jest brak środków na doinwestowanie w sprzęt oraz obiekty – poprzez brak inwestycji, majątek Jednostki może ulec całkowitej erozji, co w przypadku Jednostki medycznej może oznaczać zagrożenie kontynuacji działalności.

Zaleca się wprowadzenie natychmiastowych działań naprawczych mających na celu poprawę wyników finansowych.

Wariant 1

W Wariacie 1 przeprowadzono symulację rachunku zysków strat, bilansu, rachunku przepływów pieniężnych Jednostki na okres 2022 – 2027. Punktem wyjścia analizy jest wariant 0.

W wariacie 1 uwzględniono działania naprawcze rekomendowane do wprowadzenia przez ZUK Know How Sp. z o.o.

Tabela 124 Przyjęte oszczędności – Wariant 1

Wyszczególnienie	Wartość oszczędności w mln PLN
Utrzymanie infrastruktury technicznej	0,70
Utrzymanie czystości	0,12
Utrzymanie wyżywienia pacjentów	0,40
Utrzymanie pralni	0,11
Utrzymanie transportu medycznego	0,30
Materiały medyczne	0,31
Oszczędności kadrowe	3,86
Odprawy do poniesienia	-0,68

Źródło: opracowanie własne



Tabela 125 Prognoza rachunku zysków i strat za okres 2022 – 2027 – Wariant 1

Wyszczególnienie	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY	79 560 857	82 922 488	86 128 100	88 859 498	91 063 143	93 325 782
1. Przychody netto ze sprzedaży produktów	79 560 857	82 922 488	86 128 100	88 859 498	91 063 143	93 325 782
KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	85 919 064	86 695 094	88 676 122	91 022 940	92 749 291	93 468 648
1. Amortyzacja	2 583 120	2 581 689	2 622 259	2 622 546	2 220 522	753 611
2. Zużycie materiałów i energii	11 791 730	11 025 581	10 691 496	10 956 536	11 170 225	11 389 256
3. Usługi obce	24 297 775	25 516 300	26 556 962	27 406 785	28 091 955	28 794 254
4. Podatki i opłaty	638 632	597 542	542 446	559 805	573 800	588 145
5. Wynagrodzenia	38 369 454	38 742 915	39 783 324	40 731 226	41 731 665	42 761 017
6. Ubezpieczenia	7 951 989	7 915 208	8 151 456	8 407 362	8 613 978	8 826 539
7. Pozostałe koszty rodzajowe	286 364	315 860	328 178	338 680	347 147	355 826
MARŻA NA SPRZEDAŻY W PLN	-6 358 207	-3 772 606	-2 548 022	-2 163 442	-1 686 148	-142 865
PPO	4 379 553	4 663 408	4 781 958	4 883 023	4 964 506	5 048 027
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0
Dotacje	1 623 676	1 623 676	1 623 676	1 623 676	1 623 676	1 623 676
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	2 755 877	3 039 732	3 158 282	3 259 347	3 340 830	3 424 351
PKO	558 144	615 632	639 642	660 110	676 613	693 529
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	558 144	615 632	639 642	660 110	676 613	693 529
MARŻA EBIT W PLN	-2 536 798	275 170	1 594 294	2 059 470	2 601 745	4 211 633
PRZYCHODY FINANSOWE	34 237	37 763	39 236	40 492	41 504	42 541
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0
Odsetki	12 404	13 682	14 215	14 670	15 037	15 413
Inne	21 833	24 081	25 021	25 821	26 467	27 128
KOSZTY FINANSOWE	270 545	235 399	160 325	148 652	137 348	126 048
Odsetki	270 545	235 399	160 325	148 652	137 348	126 048
Aktualizacja wartości	0	0	0	0	0	0
Inne	0	0	0	0	0	0
MARŻA BRUTTO W PLN	-2 773 106	77 534	1 473 205	1 951 310	2 505 900	4 128 126
Podatek dochodowy	0	0	0	0	0	0
MARŻA NETTO W PLN	-2 773 106	77 534	1 473 205	1 951 310	2 505 900	4 128 126

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 126 Prognoza bilansu za okres 2022 – 2027 – Wariant 1

Aktywa	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
AKTYWA TRWAŁE	19 398 837	17 017 148	14 594 889	12 172 344	10 151 821	9 598 210
Wartości niematerialne i prawne	133 956	78 212	21 300	3 503	3 503	3 503
Rzeczowe aktywa trwałe	19 100 030	16 774 085	14 408 739	12 003 990	9 983 468	9 429 856
Długoterminowe rozliczenia	164 851	164 851	164 851	164 851	164 851	164 851
AKTYWA OBROTOWE	11 152 581	11 248 243	11 230 964	13 938 955	16 758 818	19 732 101
Zapasy	1 105 012	921 361	717 734	740 496	758 860	777 715
Należności krótkoterminowe	8 501 080	8 827 905	9 139 562	9 405 115	9 619 358	9 839 337
Inwestycje krótkoterminowe	173 615	126 103	793	2 420 471	5 007 727	7 742 175
Krótkoterminowe rozliczenia	1 372 874	1 372 874	1 372 874	1 372 874	1 372 874	1 372 874
AKTYWA RAZEM	30 551 419	28 265 391	25 825 853	26 111 299	26 910 640	29 330 311
Pasywa Razem	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
KAPITAŁ WŁASNY	-6 088 095	-6 010 561	-4 537 356	-2 586 046	-80 146	4 047 980
Kapitał podstawowy	17 876 324	17 876 324	17 876 324	17 876 324	17 876 324	17 876 324
Zysk/strata z lat ubiegłych	-21 191 313	-23 964 419	-23 886 885	-22 413 680	-20 462 370	-17 956 469



**PROGRAM NAPRAWCZY
SZPITALA POWIATOWEGO W SOCHACZEWIE**

Zysk i strata netto	-2 773 106	77 534	1 473 205	1 951 310	2 505 900	4 128 126
ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	36 639 514	34 275 952	30 363 209	28 697 345	26 990 786	25 282 330
Rezerwy na zobowiązania	5 478 716	5 615 684	5 756 076	5 899 978	6 047 477	6 198 664
Zobowiązania długoterminowe w tym:	2 006 338	1 772 676	1 539 014	1 305 352	1 071 690	838 028
kredyty i pożyczki	1 591 634	1 409 810	1 227 986	1 046 162	864 338	682 514
Zobowiązania krótkoterminowe	19 885 980	19 242 789	17 046 991	17 094 564	17 097 843	17 095 539
kredyty i pożyczki	0	181 824	181 824	181 824	181 824	181 824
kredyt restrukturyzacyjny BGK	1 375 737	1 375 737	1 375 737	1 375 737	1 375 737	1 375 737
zobowiązania handlowe w tym:	10 830 895	10 170 870	7 911 240	7 898 622	7 841 548	7 777 149
nieprzeterminowane	7 293 079	7 601 228	7 895 076	7 898 622	7 841 548	7 777 149
przeterminowane	3 537 817	2 569 642	16 164	0	0	0
Rozliczenia międzyokresowe	9 268 480	7 644 804	6 021 128	4 397 451	2 773 775	1 150 099
PASYWA RAZEM	30 551 419	28 265 391	25 825 853	26 111 299	26 910 640	29 330 311

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 127 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych za okres 2022 – 2027 – Wariant 1

Wyszczególnienie	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
WYNIK NETTO	-2 773 106	77 534	1 473 205	1 951 310	2 505 900	4 128 126
KOREKTY RAZEM	3 230 655	506 252	-1 043 764	1 010 190	610 862	-876 509
Amortyzacja	2 583 120	2 581 689	2 622 259	2 622 546	2 220 522	753 611
Odsetki i udziały w zyskach	236 308	197 636	121 089	108 160	95 844	83 507
Zmiana stanu rezerw	133 627	136 968	140 392	143 902	147 499	151 187
Zmiana stanu zapasów	-12 498	183 651	203 627	-22 762	-18 364	-18 855
Zmiana stanu należności	558 947	-326 825	-311 657	-265 553	-214 243	-219 979
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	1 354 826	-643 191	-2 195 798	47 573	3 279	-2 304
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-1 623 676	-1 623 676	-1 623 676	-1 623 676	-1 623 676	-1 623 676
PRZEPŁYW OPERACYJNY	457 548	583 786	429 441	2 961 500	3 116 763	3 251 617
WPŁYWY	0	0	0	0	0	0
WYDATKI	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Nabycie WNIP oraz RAT	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000	200 000
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0
PRZEPŁYW INWESTYCYJNY	-200 000	-200 000	-200 000	-200 000	-200 000	-200 000
WPŁYWY	34 237	37 763	39 236	40 492	41 504	42 541
Wpływy netto z wydania udziałów (emisji akcji) i innych instrumentów kapitałowych oraz dopłat do kapitału	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy finansowe	34 237	37 763	39 236	40 492	41 504	42 541
WYDATKI	608 420	469 061	393 987	382 314	371 010	359 710
Splata bieżących kredytów	239 711	181 824	181 824	181 824	181 824	181 824
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	98 164	51 838	51 838	51 838	51 838	51 838
Odsetki	270 545	235 399	160 325	148 652	137 348	126 048
PRZEPŁYW FINANSOWY	-574 184	-431 298	-354 751	-341 822	-329 506	-317 169
Przepływy pieniężne netto razem	-316 635	-47 512	-125 310	2 419 677	2 587 256	2 734 448
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-316 635	-47 512	-125 310	2 419 677	2 587 256	2 734 448
Środki pieniężne na początek okresu	490 250	173 615	126 103	793	2 420 471	5 007 727
Środki pieniężne na koniec okresu	173 615	126 103	793	2 420 471	5 007 727	7 742 175

Źródło: opracowanie własne.

W wariantcie naprawczym prognoza rachunku zysków i strat wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki dzięki wprowadzonym działaniom naprawczym ulegnie istotnej poprawie w następnych latach.



W trakcie realizacji programu naprawczego wyniki ze sprzedaży polepszać będą się proporcjonalnie do harmonogramu wdrażania poszczególnych działań naprawczych. W momencie wprowadzenia w pełni działań naprawczych sytuacja finansowa Placówki ulegnie stabilizacji.

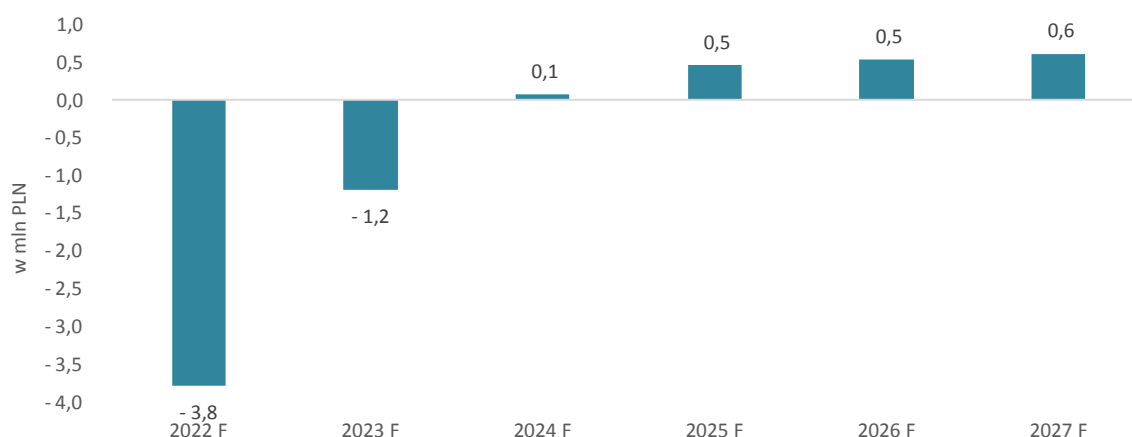
Po odliczeniu amortyzacji szacuje się, że wynik na działalności podstawowej w roku 2022 wyniesie około -3,6 mln PLN (tyle co w wariantcie 0), natomiast już od roku następnego, gdzie wprowadzona zostaje część działań naprawczych wynik na sprzedaży bez amortyzacji, kształtować się będzie na poziomie około -1 mln PLN, co oznacza poprawę w stosunku do Wariantu 0 o 2,7 mln PLN. W kolejnym roku po w pełni wprowadzonych działaniach naprawczych, wynik Jednostki ustabilizuje się na poziomie około 0,5 mln PLN.

Tak samo jak w Wariantcie 0, wartość zadłużenia wymagalnego na koniec 2022 r. wynosić będzie około 3,6 mln na skutek braku założenia w tym roku działań naprawczych. W kolejnym roku tj. 2023 wartość zadłużenia powinna spaść o około 1 mln PLN do poziomu 2,5 mln PLN. W kolejnym roku tj. 2024 na skutek w wprowadzonych działaniach naprawczych Jednostka powinna spłacić całość zobowiązań przeterminowanych wraz odsetkami. Generowane, dodatnie stabilne wyniki finansowe spowodują, że nad Jednostką nie powinno ciążyć widmo pojawienia się zadłużenia przeterminowanego.

Należy wskazać, że wartość założonych inwestycji podobnie jak w przypadku Wariantu 0, została przyjęta na poziomie 0,2 mln rocznie. Podkreślić trzeba, że w przypadku Wariantu 1, Szpital dzięki wprowadzonym oszczędnościom dysponuje o wiele wyższymi stanami gotówki na koniec, w związku z czym będzie w stanie przeprowadzić konieczne prace remontowe i odtworzyć majątek.

Na wykresach poniżej zaprezentowano jak prawdopodobnie kształtować się będzie wynik na działalności podstawowej (bez amortyzacji), wynik finansowy netto oraz zadłużenia wymagalnego w latach 2022 - 2027.

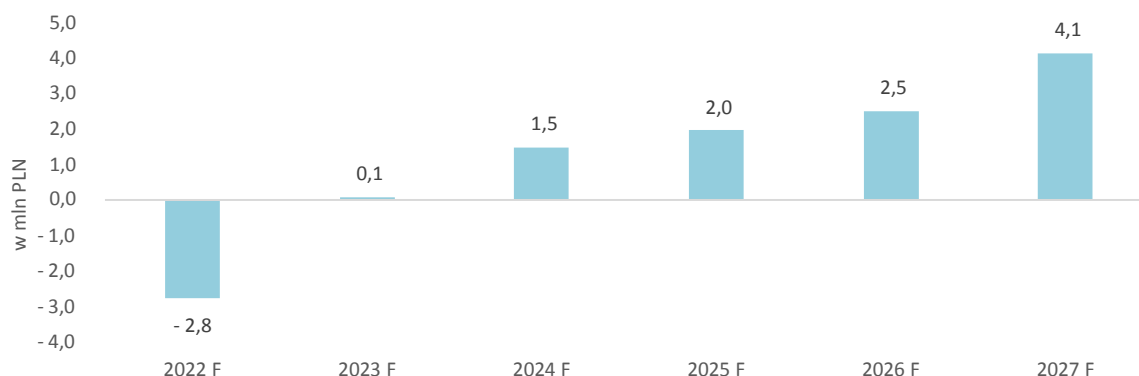
Wykres 51 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 1



Źródło: opracowanie własne.

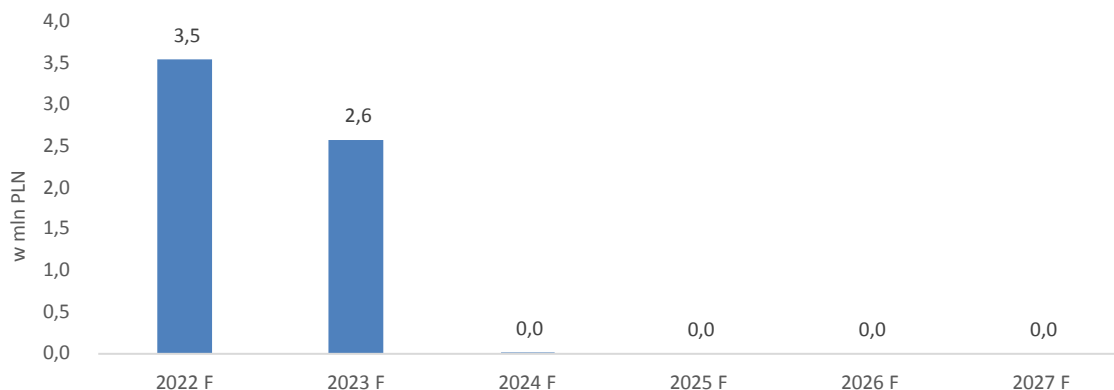


Wykres 52 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 1



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 53 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 1



Źródło: opracowanie własne

Podsumowanie symulacji dla Wariantu Naprawczego:

Jednostka po wprowadzeniu działań naprawczych, charakteryzuje się rentownością zapewniającą możliwość stabilnego działania, bez konieczności posiłkowania się zadłużeniem przeterminowanym. Wprowadzone działania naprawcze pozwoliłyby na wygenerowanie oszczędności na poziomie oscylującym w okolicach 5,5 mln PLN rocznie, co przełożyło się na osiągnięcie długoterminowej dodatniej marży na wyniku na sprzedaży bez amortyzacji.

Warto zaznaczyć, iż podjęte działania naprawcze są tak naprawdę minimalnym poziomem działań jakie musi podjąć Szpital w celu optymalizacji działalności. Mimo, że Jednostka nie będzie zmuszona posługiwać się zadłużeniem wymagalnym, to generowane marże, mimo że dodatnie będą stosunkowo niskie. Wydaje się, że przy przedłużeniu obecnej sytuacji makroekonomicznej w Polsce, tj. ew. długotrwałej inflacji na poziomie oscylującym na poziomie ok. 10% w perspektywie przyszłych 3-4 lat - działania mogą być niewystarczające.



17.5. Prognoza rentowności poszczególnych obszarów działalności

W niniejszym podrozdziale zostaną porównane warianty na poszczególnych poziomach działalności, rentowności.

Przeprowadzona analiza wykazała, że wdrożenie Wariantu naprawczego w istotny sposób pomoże Jednostce w poprawie sytuacji finansowej. Jednostka w perspektywie długoterminowej nie powinna mieć problemu z zadłużeniem wymagalnym, a wyniki finansowe powinny kształtować się na dodatnim poziomie.

Należy jednak podkreślić, że przedstawione przez Know How działania są tak naprawdę minimalnym poziomem jakie Jednostka powinna podjąć w celu optymalizacji działalności. Obecna sytuacja makroekonomiczna w kraju sprawia, że wyniki finansowe Szpitala mogą być istotnie wrażliwe na rosnącą inflację. W gruncie rzeczy oznacza to, że Jednostka oprócz natychmiastowego podjęcia działań naprawczych powinna na bieżąco monitorować sytuację płynnościową Szpitala i reagować na wszelkie odchylenia od planu finansowego.

Tabela poniżej przedstawia prognozowane wartości dla wariantów w następujących obszarach:

Tabela 128 Kluczowe metryki sprawozdań finansowych za okres 2022 – 2027 – porównanie wariantów

WYBRANE WYNIKI FINANSOWE W MLN PLN	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F
WYBRANE WSKAŹNIKI FINANSOWE W0						
Wynik na sprzedaży	-6,4	-7,7	-8,0	-8,1	-7,8	-6,4
Wynik na sprzedaży bez amortyzacji	-3,8	-5,1	-5,4	-5,5	-5,5	-5,6
EBIT	-2,6	-3,6	-3,9	-3,9	-3,5	-2,0
EBITDA	0,0	-1,0	-1,2	-1,2	-1,2	-1,3
Wynik netto	-2,8	-3,9	-4,2	-4,3	-4,0	-2,7
Poziom zadł. użen. wymagalnego	3,6	6,7	10,1	14,2	18,3	22,6
WYBRANE WSKAŹNIKI FINANSOWE W1						
Wynik na sprzedaży	-6,4	-3,8	-2,5	-2,2	-1,7	-0,1
Wynik na sprzedaży bez amortyzacji	-3,8	-1,2	0,1	0,5	0,5	0,6
EBIT	-2,5	0,3	1,6	2,1	2,6	4,2
EBITDA	0,0	2,9	4,2	4,7	4,8	5,0
Wynik netto	-2,8	0,1	1,5	2,0	2,5	4,1
Poziom zadł. użen. wymagalnego	3,5	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0

Źródło: opracowanie własne.



18. Identyfikacja głównych ryzyk

W niniejszym rozdziale dokonano analizy ryzyka dla planu naprawczego Szpitala w Sochaczewie. 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 ew. oporu pracowników Szpitala lub organizacji związkowych, opieszałości we wdrażaniu) oraz ryzyko niższych oszczędności niż przewidywano w planie (np. w przypadku optymalizacji materiałów medycznych, redukcji zatrudnienia, likwidacji liczby łóżek itp.).

Ryzyko związane z robotami budowlanymi – opóźnienia postępowań przetargowych planowanych remontów i inwestycji, zwiększeniem kosztów remontu, modernizacji.

Ryzyko związane z konkurencją – Szpital Powiatowy w Sochaczewie działa w regionie (województwie mazowieckim) z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o stosunkowo małym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych.

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, kryzys gospodarczy spowodowany pandemią coronawirusa, 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 129 Ocena ryzyka

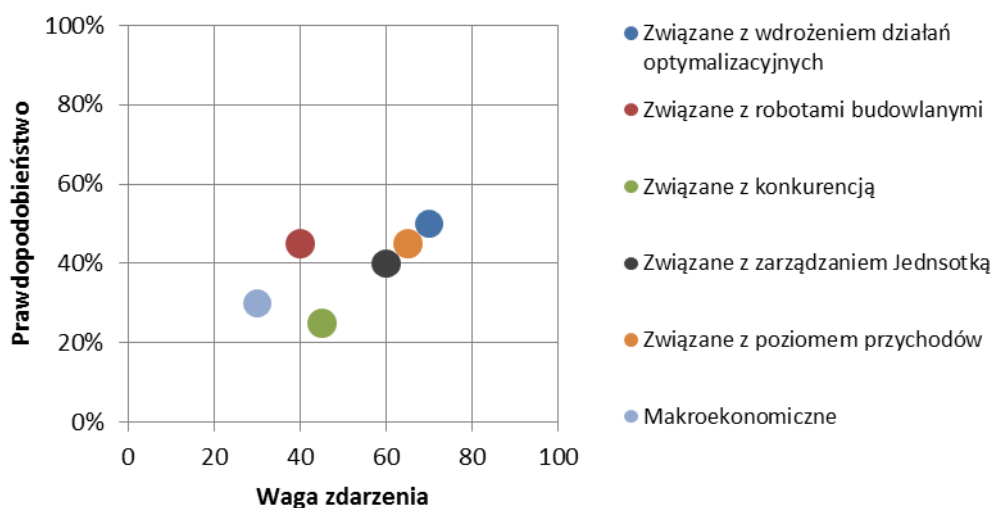
Ryzyko	Prawdo- podob.	Waga zdarzenia	Komentarz/ sposób zapobiegania/ sposób neutralizacji negatywnych skutków
Związane z wdrożeniem programu i działań optymalizacyjnych	50%	70	Wprowadzenie działań naprawczych jest trudnym zadaniem wymagającym zrealizowania wielu niełatwych decyzji, przedsięwzięć. Z uwagi na skalę zdiagnozowanych problemów i idących za nimi działań naprawczych, z którymi Szpital będzie musiał się zmierzyć zakładana jest średnia możliwość wystąpienia zdarzenia. Waga zdarzenia jest wysoka. Sposobem zapobiegania jest przede wszystkim szczegółowy plan działań restrukturyzacyjnych i harmonogramu przedsięwzięć, przekazywanie informacji o zamiarach ruchów dla załogi, wspólne działania i wsparcie Podmiotu Tworzącego.
Związane z robotami budowlanymi/ wyposażeniem	45%	40	Szpital w wielu miejscach nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. dotyczącym standardów pomieszczeń. Poziom wyeksploatowania urządzeń i wyposażenia medycznego kształtuje się na niskim poziomie, ale pozostałego na wysokim – zatem wkrótce pojawi się potrzeba związana z odnawianiem wyposażenia. 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 sytuacji należy dokonać rewizji potrzeb remontowych/zakupowych przez pracowników oraz Dyрекcję celem ponownej kalkulacji kosztów i terminów wykonania planowanych etapów prac.
Związane z konkurencją	25%	45	Szpital działa w regionie z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o stosunkowo małym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych. Do największych „konkurentów” Szpitala Powiatowego w Sochaczewie zaliczyć możemy: • Samodzielny Publiczny Specjalistyczny Szpital Zachodni im. św. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim z 8 podobnymi oddziałami, 15 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 150,7 mln zł, w odległości zaledwie ok. 37,8 km, • Centrum Zdrowia Mazowska Zachodniego w Żyrardowie z 5 podobnymi oddziałami, 13 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 44,4 mln zł, w odległości ok. 27,6 km, • Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach z 9 podobnymi oddziałami, 10 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 64,4 mln zł, w odległości ok. 35,9 km. Aby ograniczyć to ryzyko należy sukcesywnie wzbogacać ofertę medyczną Jednostki i dbać o wysoki poziom obsługi Pacjentów.



Ryzyko	Prawdo- podob.	Waga zdarzenia	Komentarz/ sposób zapobiegania/ sposób neutralizacji negatywnych skutków
Związane z zarządzaniem Jednostką	40%	50	Nieefektywne zarządzanie Jednostką może prowadzić do ciągłego generowania przez nią strat, a ostatecznie do upadłości Placówki. Waga zdarzenia jest znaczna, natomiast prawdopodobieństwo zaistnienia ryzyka jest średnie.
Związane z poziomem przychodów	45%	65	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.
Makroekonomiczne	30%	30	Wpływ na to ryzyko mają głównie ogólnokrajowe czynniki, które nie mają bezpośredniego wpływu na powodzenie projektu. Prawdopodobieństwo i waga wystąpienia tego zdarzenia są niskie. Wpływ pandemii koronawirusa i prawdopodobieństwo kryzysu gospodarczego trudno ocenić na dzień sporządzenia niniejszego opracowania.

Źródło: opracowanie własne.

Wykres 54 Mapa ryzyk



Źródło: opracowanie własne.

Wdrożenie działań optymalizacyjnych przynieść może 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 zagrożenia dalszego istnienia/marginalizacji znaczenia Szpitala.



Wnioski i rekomendacje

Szpital Powiatowy w Sochaczewie jest jednym z 37 szpitali I stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia w województwie mazowieckim. Jednostka działa w regionie z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o stosunkowo małym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych.

Szpital znajduje się w trudnej sytuacji finansowej, która w 2020 r. została dodatkowo spotęgowana przez COVID-19. Prowadzona działalność charakteryzuje się brakiem rentowności. Prognoza finansowa w wariantie zerowym, czyli bazowym potwierdza, że Jednostka bez podjęcia działań naprawczych będzie ponosiła wysokie straty, co przełoży się na pogorszenie płynności finansowej. Szpital bez podjęcia próby restrukturyzacji działalności będzie miał poważne problemy z jej kontynuacją.

W ramach przeprowadzonego audytu organizacyjno-finansowego dokonano szczegółowej analizy działalności Szpitala w Sochaczewie za lata 2019-2021 oraz I-II 2022r. Na tej podstawie wskazano propozycję zmian w sferach, które wymagają poprawy, tj. organizacyjnej, medycznej, 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.

Przeprowadzono symulację rozwoju sytuacji i wyników ekonomicznych w poniższych wariantach:

WARIANT 0 – model dotychczasowego działania Szpitala, z obecną organizacją, bez działań naprawczych, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.

WARIANT 1 – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej i organizacyjnej, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.

Wyniki finansowe Szpitala prezentowane w wariantie zerowym pokazują długotrwały i rosnący brak rentowności na wszystkich możliwych płaszczyznach, który potęgowany wysoką inflacją wymusi posiłkowanie się zadłużeniem przeterminowanym, które na koniec 2022 r. może wynosić około 4 mln PLN, natomiast w okresie kolejnych pięciu lat może przekroczyć 20 mln PLN.

Wyniki finansowe Szpitala w wariantie naprawczym wskazują na możliwość osiągnięcia istotnej poprawy sytuacji ekonomicznej. Wprowadzone działania naprawcze pozwolą na wygenerowanie oszczędności na poziomie oscylującym w okolicach 5,8 mln PLN, co przełoży się na osiągnięcie długoterminowej dodatniej marży na wyniku na sprzedaży bez amortyzacji. Jest to minimalny poziom jaki Szpital musi podjąć w celu optymalizacji. Przy



przedłużeniu obecnej sytuacji makroekonomicznej w Polsce, tj. długotrwałej inflacji w perspektywie przyszłych 3-4 lat działania te mogą być jednak niewystarczające.

Zdaniem audytorów jeśli będą odpowiednie warunki (wsparcie właściciela, odwaga i wzmocnienie kompetencyjne zespołu zarządzającego, konsekwencja w działaniu, odpowiednia motywacja pracowników, dobre narzędzia i może – profesjonalne wsparcie wdrożenia zmian) możliwe jest osiągnięcie jeszcze lepszych wyników przez Szpital dzięki pogłębieniu działań naprawczych.



Spis tabel

Tabela 1 Ludność w mieście Sochaczew, powiecie sochaczewskim, powiatach ościennych i województwie mazowieckim w latach 2016-2020*	8
Tabela 2 Prognozowana liczba ludności w powiecie Sochaczewskim i województwie mazowieckim w latach 2025 – 2040	9
Tabela 3 Ludność miasta Sochaczew oraz powiatu Sochaczewskiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2018 – 2020	10
Tabela 4 Prognozowana liczba ludności powiatu sochaczewskiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2025 – 2040	10
Tabela 5 Liczba pacjentów szpitalnych w powiecie sochaczewskim i województwie mazowieckim w 2020 roku*	12
Tabela 6 Współczynniki chorobowości szpitalnej w 2020 roku w oddziałach i pododdziałach analizowanego Szpitala	14
Tabela 7 Liczba lekarzy, pielęgniarek i położnych pracujących w Polsce, województwie mazowieckim oraz województwach ościennych w latach 2017-2019	16
Tabela 8 Grupy wiekowe lekarzy oraz pielęgniarek i położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie mazowieckim na koniec roku 2019	17
Tabela 9 Struktura geograficzna pacjentów obsługiwanych w oddziałach Szpitala Powiatowego w Sochaczewie w 2019 roku	19
Tabela 10 Wykaz szpitali zakwalifikowanych do PSZ w województwie mazowieckim	20
Tabela 11 Zestawienie kontraktów z NFZ wybranych jednostek i Szpitala Powiatowego w Sochaczewie w roku 2021	24
Tabela 12 Wykaz oddziałów szpitalnych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie i porównanie zbieżności oferty w wybranych jednostkach	25
Tabela 13 Wykaz poradni specjalistycznych Szpitala Powiatowego w Sochaczewie i porównanie zbieżności oferty w jednostkach konkurencyjnych	28
Tabela 14 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń medycznych w latach 2019 – 2021, w ramach kontraktów z NFZ	52
Tabela 15 Udział sprzedaży AOS w ogólnej wartości sprzedaży świadczeń zdrowotnych	53
Tabela 16 Zestawienie wysokości kontraktów z NFZ w latach 2019 do 2021	54
Tabela 17 Realizacja ryczałtu w ramach PSZ w latach 2019, 2020 i 2021	55
Tabela 18 Udzielanie świadczeń przez oddziały szpitalne w latach 2019 – 2021	56
Tabela 19 Wykonanie świadczeń medycznych udzielonych przez poradnie AOS	57
Tabela 20 Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych	59
Tabela 21 Sprzedaż świadczeń komercyjnych wg segmentów klientów	60
Tabela 22 Największe uzyskane wzrosty sprzedaży komercyjnych usług medycznych	60
Tabela 23 Zestawienie z decyzji Wojewody Mazowieckiego ws. obowiązku utworzenia łóżek dla pacjentów COVID-owych w Szpitalu w Sochaczewie	62
Tabela 24 Liczba porodów i cięć cesarskich w Szpitalu w Sochaczewie w latach 2019-2021 oraz w okresie I-II 2022 roku	67



Tabela 25 Zestawienie liczby pacjentów obsługiwanych na SOR w Szpitalu w Sochaczewie w okresie 2019 – II 2022.....	69
Tabela 26 Zestawienie liczby pacjentów obsługiwanych w Nocnej i Świątecznej Opiece Medycznej w Szpitalu w Sochaczewie w okresie 2019 – II 2022	70
Tabela 27 Liczba łóżek na oddziałach szpitalnych	70
Tabela 28 Procentowy wskaźnik wykorzystania łóżek.....	71
Tabela 29 Liczba leczonych	71
Tabela 30 Liczba osobodni	72
Tabela 31 Średni okres pobytu	73
Tabela 32 Porównanie średniej długości hospitalizacji w Szpitalu w Sochaczewie i w Polsce w 2020 roku.....	73
Tabela 33 Statystyka czasu oczekiwania oraz liczby pacjentów oczekujących na poszczególne typy zabiegów i świadczeń – oddziały	75
Tabela 34 Zabiegi operacyjne w latach 2019 do 2021	76
Tabela 35 Zabiegi na Bloku Operacyjnym wykonane w trzech analizowanych miesiącach.....	77
Tabela 36 Obłożenie sal Operacyjnych	78
Tabela 37 Koszty Bloku Operacyjnego w 2021 roku	79
Tabela 38 Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych Szpitala w latach 2019-I-II 2022	81
Tabela 39 Statystyka czasu oczekiwania oraz liczby pacjentów oczekujących na poszczególne typy zabiegów i świadczeń - poradnie	82
Tabela 40 Badania diagnostyczne w latach 2019 – 2021.....	83
Tabela 41 Badania RTG wykonane w Szpitalu w roku 2021	84
Tabela 42 Badania USG wykonane w Szpitalu w roku 2021.....	85
Tabela 43 Badania TK wykonane w Szpitalu w roku 2021	86
Tabela 44 Koszty zużycia leków	88
Tabela 45 Koszty zużycia materiałów jednorazowych	88
Tabela 46 Koszty zużycie opatrunków	88
Tabela 47 Koszty zużycia nici	89
Tabela 48 Koszty zużycie płynów infuzyjnych	89
Tabela 49 Koszty utrzymania czystości w Szpitalu w Sochaczewie (dane za rok 2021)	91
Tabela 50 Koszty wywozu i utylizacji odpadów w Szpitalu w Sochaczewie w latach 2019-2021	92
Tabela 51 Organizacja pracy w Sekcji Żywnienia.....	93
Tabela 52 Ilości posiłków przygotowanych w Szpitalu w 2021 roku	93
Tabela 53 Zestawienie kosztów przygotowania posiłków w 2021 w Szpitalu w Sochaczewie	94
Tabela 54 Zestawienie kosztów zapewnienia pościeli w Szpitalu Powiatowym w Sochaczewie w roku 2021.....	95



Tabela 55 Zestawienie kosztów poniesionych przez Szpital na utrzymanie Zespołu Transportu Sanitarnego w 2021 roku	97
Tabela 56 Zestawienie ilości przejechanych km przez własny transport sanitarny	98
Tabela 57 Zestawienie sprzedaży i kosztów uzyskania sprzedaży na usługach transportu sanitarnego w 2021 roku	98
Tabela 58 Wykaz stawek dodatków funkcyjnych wg Regulaminu	101
Tabela 59 Wykaz organizacji związkowych	104
Tabela 60 Koszty PFRON oraz liczba osób posiadających stopień niepełnosprawności	104
Tabela 61 Liczba pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w latach 2019 – 2022 ((wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe	106
Tabela 62 Liczba pracowników w etatach i osobach w podziale na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową	107
Tabela 63 Wykaz pracowników w podziale na grupy zawodowe oraz poszczególne komórki organizacyjne (wg stanu na koniec lutego 2022 r.)	107
Tabela 64 Organizacja pracy lekarzy	110
Tabela 65 Organizacja pracy pielęgniarek i położnych	111
Tabela 66 Organizacja pracy salowych i sanitariuszy	112
Tabela 67 Harmonogram pracy poradni	112
Tabela 68 Liczba dni absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych na 1 etat w dniach	117
Tabela 69 Wskaźnik kosztów osobowych do przychodów oraz kosztów działalności podstawowej w latach 2019 – 2021	118
Tabela 70 Koszty osobowe w podziale na grupę zawodową i rodzaj zawartej umowy w roku 2021	119
Tabela 71 Charakterystyka budynków szpitalnych	125
Tabela 72 Plan przystosowania kompleksu budynków do obowiązujących przepisów ppoż	126
Tabela 73 Koszty utrzymania infrastruktury technicznej szpitala za 2021 rok	131
Tabela 74 Stan środków trwałych w I kwartale 2022 roku	132
Tabela 75 Struktura wyposażenia w środki trwałe służące bezpośrednio działalności medycznej ...	133
Tabela 76 Stan umorzenia urządzeń, narzędzi i wyposażenia medycznego w wybranych jednostkach szpitalnych	134
Tabela 77 Moduły systemu informatycznego uruchomione do czasu sporządzenia audytu	136
Tabela 78 Moduły i nowe funkcje planowane jeszcze do uruchomienia w trakcie realizacji projektu informatyzacji Szpitala	137
Tabela 79 Zestawienie planowanych nakładów na II etap projektu informatyzacji Szpitala	138
Tabela 80 Uproszczony bilans Jednostki	140
Tabela 81 Rzeczowe aktywa trwałe oraz wartości niematerialne i prawne Jednostki	141
Tabela 82 Wskaźnik CAPEX / Rzeczowe aktywa trwałe oraz CAPEX / Przychody ze sprzedaży	142
Tabela 83 Zapasy Jednostki	142
Tabela 84 Należności Jednostki	143



Tabela 85 Składniki kapitału własnego Jednostki	144
Tabela 86 Składniki zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych	145
Tabela 87 Składniki zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych na koniec II 2022 r.	146
Tabela 88 Składniki zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych	146
Tabela 89 Rozliczenia międzyokresowe przychodów oraz kosztów	147
Tabela 90 Kapitał obrotowy Jednostki	148
Tabela 91 Podstawowe wskaźniki finansowe opisujące bilans	149
Tabela 92 Uproszczony rachunek zysków i strat Jednostki	150
Tabela 93 Dynamika przychodów w ujęciu rok do roku	151
Tabela 94 Kategorie przychodów porównanie	152
Tabela 95 Przychody ze sprzedaży w podziale Oddziały	153
Tabela 96 Pozostałe przychody operacyjne	153
Tabela 97 Przychody finansowe	154
Tabela 98 Dynamika kosztów w ujęciu rok do roku	154
Tabela 99 Kluczowe pozycje kosztów operacyjnych Jednostki	155
Tabela 100 Dynamika kosztów operacyjnych w ujęciu rok do roku	155
Tabela 101 Pozostałe koszty operacyjne Jednostki	157
Tabela 102 Koszty finansowe Jednostki	158
Tabela 103 Rachunek przepływów pieniężnych Jednostki	160
Tabela 104 Przepływy pieniężne z działalności operacyjnej	161
Tabela 105 Przepływy pieniężne z działalności inwestycyjnej	162
Tabela 106 Przepływy pieniężne z działalności finansowej	162
Tabela 107 Zestawienie parametrów kosztowych komórek medycznych za rok 2021	165
Tabela 108 Sprzedaż świadczeń przez podstawowe komórki medyczne Szpitala w 2021 roku	168
Tabela 109 Zbiorcze wyniki finansowe komórek medycznych za rok 2021	169
Tabela 110 Zidentyfikowane silne strony jednostki	178
Tabela 111 Zidentyfikowane słabe strony jednostki	178
Tabela 112 Zidentyfikowane szanse	178
Tabela 113 Zidentyfikowane zagrożenia	178
Tabela 114 Docelowa liczba łóżek	186
Tabela 115 Ruchy kadrowe	186
Tabela 116 Organizacja pracy lekarzy	187
Tabela 117 Docelowa organizacja pracy pielęgniarek i położnych	188
Tabela 118 Docelowa organizacja pracy salowych i sanitariuszy	188
Tabela 119 Ruchy kadrowe	190
Tabela 120 Harmonogram działań naprawczych	202



Tabela 121 Prognoza rachunku zysków i strat za okres 2022 – 2027 – Wariant 0	211
Tabela 122 Prognoza bilansu za okres 2022 – 2027– Wariant 0	212
Tabela 123 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych za okres 2022 – 2027 – Wariant 0.....	212
Tabela 124 Przyjęte oszczędności – Wariant 1	215
Tabela 125 Prognoza rachunku zysków i strat za okres 2022 – 2027 – Wariant 1	216
Tabela 126 Prognoza bilansu za okres 2022 – 2027 – Wariant 1	216
Tabela 127 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych za okres 2022 – 2027 – Wariant 1.....	217
Tabela 128 Kluczowe metryki sprawozdań finansowych za okres 2022 – 2027 – porównanie wariantów	220
Tabela 129 Ocena ryzyka	222

Spis wykresów

Wykres 1 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny mieście Sochaczew w latach 2018 – 2020	9
Wykres 2 Struktura ludności powiatu sochaczewskiego w 2020 i 2040 roku	11
Wykres 3 Struktura porad specjalistycznych według rodzaju w 2020 roku [%]	12
Wykres 4 Współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności we wszystkich województwach w 2020 roku	13
Wykres 5 Przyczyny zgonów województwa mazowieckiego w roku 2019.....	15
Wykres 6 Przyczyny zgonów w powiecie sochaczewskim w roku 2019	15
Wykres 7 Odległość porównywanych jednostek medycznych od Szpitala Powiatowego w Sochaczewie [km]	23
Wykres 8 Porównanie kontraktów z NFZ wybranych jednostek oraz Szpitala Powiatowego w Sochaczewie w roku 2021	24
Wykres 9 Stopień „pokrycia” oddziałów wybranych jednostek w odniesieniu do Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	26
Wykres 10 Wskaźnik konkurencyjności oddziałów wybranych jednostek do Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	27
Wykres 11 Stopień pokrycia poradni wybranych jednostek w odniesieniu do oferty Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	29
Wykres 12 Wskaźnik konkurencyjności poradni wybranych jednostek w odniesieniu do Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	30
Wykres 13 Udział rodzajów kontraktów w ogólnej wartości sprzedaży świadczeń medycznych w 2021 roku.....	54
Wykres 14 Wartość sprzedaży świadczeń medycznych przez oddziały szpitalne	56
Wykres 15 Dynamika zmian sprzedaży świadczeń medycznych przez poradnie AOS.....	58
Wykres 16 Liczba leczonych, liczba osobodni średni okres pobytu chorego na oddziałach szpitalnych w roku 2021	74
Wykres 17 Zabiegi operacyjne w poszczególnych oddziałach szpitalnych	77



Wykres 18 Różnica w liczbie zatrudnionych w grupach zawodowych w latach 2019 – II 2022	106
Wykres 19 Struktura zatrudnienia	109
Wykres 20 Absencja całkowita w latach 2019 – 2022	114
Wykres 21 Absencja oczyszczona w latach 2019 – 2021	115
Wykres 22 Przyczyny absencji oczyszczonej w latach 2019 – 2021– struktura.....	115
Wykres 23 Wskaźnik absencji chorobowej w przeliczeniu na etaty rok 2021	116
Wykres 24 Wysokość kosztów osobowych poniesionych w latach 2019 – 2021 [w mln zł]	118
Wykres 25 Koszty osobowe oraz poziom zatrudnienia w roku 2021	119
Wykres 26 Przeciętne wynagrodzenia brutto w latach 2019 – 2021 II	120
Wykres 27 Przeciętne wynagrodzenia brutto z umów o pracę II 2022	121
Wykres 28 Rzeczowe aktywa trwałe oraz wartości niematerialne i prawne wraz z nakładami inwestycyjnymi.....	141
Wykres 29 Zapasy Jednostki	142
Wykres 30 Należności Jednostki.....	143
Wykres 31 Kapitał własny Jednostki	144
Wykres 32 Zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe	145
Wykres 33 Kapitał obrotowy Jednostki w ujęciu rocznym.....	148
Wykres 34 Wyniki analizy dyskryminacyjnej	149
Wykres 35 Struktura przychodów Jednostki	151
Wykres 36 Przychody ze sprzedaży w podziale na wydatki NFZ i pozostałe.....	152
Wykres 37 Przychody ze sprzedaży w podziale na wydatki NFZ i pozostałe.....	152
Wykres 38 Struktura kosztów Jednostki	154
Wykres 39 Struktura kluczowych pozycji kosztów operacyjnych Jednostki.....	155
Wykres 40 Udział kosztów kontraktów w przychodach i kosztach operacyjnych	156
Wykres 41 Udział kosztów kontraktów i wynagrodzeń w przychodach i kosztach operacyjnych	157
Wykres 42 Dynamika kluczowych kosztów odsetkowych w analizowanym okresie.....	158
Wykres 43 Dynamika marży na sprzedaży Jednostki.....	158
Wykres 44 Dynamika raportowanej marży EBITDA Jednostki	159
Wykres 45 Rentowność Netto Jednostki.....	159
Wykres 46 Zestawienie przepływów pieniężnych Jednostki.....	163
Wykres 47 Schemat kosztów Oddziału Ginekologiczno-Położniczego	170
Wykres 48 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy (procentowo i wartościowo) – Wariant 0	214
Wykres 49 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 0.....	214
Wykres 50 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 0	214
Wykres 51 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 1.....	218



Wykres 52 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 1	219
Wykres 53 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 1	219
Wykres 54 Mapa ryzyk	223

Spis rysunków

Rysunek 1 Sochaczew i województwo mazowieckie	6
Rysunek 2 Powiat sochaczewski	7
Rysunek 3 Podstawowe priorytety zdrowotne województwa mazowieckiego obowiązujące od 2019 roku.....	18
Rysunek 4 Uproszczony schemat organizacyjny Szpitala Powiatowego w Sochaczewie	43
Rysunek 5 Zakresy odpowiedzialności kierowniczej.....	49
Rysunek 6 Zakresy odpowiedzialności kierowniczej.....	199

Spis zdjęć

Zdjęcie 1 Teren Szpitala w Sochaczewie.....	123
Zdjęcie 1 Kopia fragmentu Decyzji Kierownika Urzędu Rejonowego w Sochaczewie z dnia 03.08.1998.....	124
Zdjęcie 2 Agregat prądotwórczy	Zdjęcie 3 Kotłownia wodna 128
Zdjęcie 4 Stacja pomp hydroforowych	Zdjęcie 5 Jedna z central klimatu 130

