



PROGRAM NAPRAWCZY

ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W ŁOWICZU

synthetic version

2022-9-30

*Kancelaria Controllingu Funkcyjnego Sp. z o.o.
składa serdeczne podziękowania
Dyrekcji oraz Pracownikom Szpitala
za profesjonalną i rzeczową współpracę.*

Spis treści

I. FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA I POTENCJALNY JEGO WPŁYW NA FUNKCJONOWANIE PODMIOTU SZPITALNEGO.

1. Ustawowy poziom finansowania sektora ochrony zdrowia w Polsce.
2. Inflacja 2022 r., a finansowanie sektora ochrony zdrowia w Polsce.
3. System Zdrowotny w Polsce na tle UE.
4. Charakterystyka mapy potrzeb województwa łódzkiego.
5. Mapa potrzeb w województwie łódzkim z uwzględnieniem powiatów - ujęcie organizacyjne i finansowe (elementy rekomendacyjne dla ZOZ Łowicz).
 - 5.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
 - 5.2 Leczenie szpitalne.
 - 5.3 Opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień.
 - 5.4 Rehabilitacja medyczna.
 - 5.5 Opieka długoterminowa.
 - 5.6 Opieka paliatywna i hospicyjna.
 - 5.7 Kadry.
 - 5.8 Sprzęt medyczny.
 - 5.9 Pozostałe działania ujęte w planie transformacji województwa łódzkiego.
- 6 . Lapidarna charakterystyka powiatu łowickiego i szpitala w Łowiczu.

II. ANALIZA SYNTETYCZNA.

II. I ANALIZA EKONOMICZNA SZPITALA ZOZ ŁOWICZ.

1. Informacje dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych w roku 2022.
2. Analiza finansowa działalności podmiotu leczniczego ZOZ w Łowiczu w roku 2021 wraz z analizą stanu wyjściowego.
3. Zmiana i struktura pozycji wynikowych.
4. Analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych w okresie 2019-2021.
5. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej w okresie styczeń – czerwiec 2022.

II.II Prognoza sytuacji finansowej na lata 2022-2024.

1. Przyjęte założenia makroekonomiczne.
2. Założenia przychodowe.

3. Założenia kosztowe.
4. Prognoza bilansu oraz rachunku zysków i strat w okresie 2022-2024.
5. Analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych w okresie 2022-2024.

II.III ANALIZA ZARZĄDCZO OPERACYJNA.

1. Charakterystyka Struktury organizacyjnej szpitala.
2. Rachunkowość zarządcza szpitala.
 - 2.1 Informacje ogólne.
 - 2.2 Poziom dojrzałości rachunku kosztu w polskich szpitalach.
 - 2.3 Standard rachunku kosztu w szpitalach.
 - 2.4 Koszt wytworzenia OPK jako obowiązek szpitala – zagadnienia podstawowe.
 - 2.5 Procedura medyczna.
 - 2.6 Problemy standardu rachunku kosztów vs. najlepsze praktyki.
3. Rachunek kosztów szpitala w Łowiczu.
 - 3.1. Analiza wynikowa wybranych pozycji kosztowych.
 - 3.1.1 IZBA PRZYJĘĆ – zużycie leków i materiałów – ujęcie ekonomiczno prawne.
 - 3.1.2 KOSZTY WYNGARODZEŃ – ujęcie operacyjne.
 - 3.1.3 Obowiązki pracowników – jako koszt wydajności pracy.
4. Analiza wybranych umów poza systemem NFZ.

III POZOSTAŁE REKOMENDACJE.

1. Controlling – jako podstawowe narzędzie menadżerskie.
2. Controlling rachunku kosztów.
3. Controlling inwestycji i projektów.
4. Controlling personalny.
5. Polityka rachunkowości.
6. Raportowanie zarządcze.
7. Polityka rachunkowości.

WSTĘP

Niniejszy dokument został przygotowany przez Kancelarię Controllingu Funkcyjnego Sp. z o.o. z siedzibą w Starachowicach (27-200) przy ulicy ul. Piaskowa 32, wpisaną do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000988462 prowadzonego przez Sąd Rejonowy w Kielcach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, o nr NIP: 664-214-99-71 na podstawie Umowy o współpracy z dnia 13 września 2022r. o nr ADT.0221.31.2022. Przedmiotem Umowy jest wykonanie Programu naprawczego dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu. Wyniki z przeprowadzonych przez Kancelarię Controllingu Funkcyjnego - Program naprawczy Szpitala są przedstawione w formie pisemnego raportu. W ramach realizacji przedmiotu Umowy Kancelaria Controllingu Funkcyjnego przeprowadziła:

- analizę dokumentów i danych statystycznych otrzymanych od Szpitala;
- spotkania, rozmowy oraz korespondencję mailową z kluczowymi pracownikami Szpitala;
- analizę – value mapping w kontekście działalności operacyjnej;
- prognozowanych trendów wynikających z opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia – Map Potrzeb Zdrowotnych;
- analizę ekonomiczno operacyjną – celem wypracowania rekomendacji w zakresie programu naprawczego Szpitala;

Jednocześnie Kancelaria Controllingu Funkcyjnego Sp. z o.o. oświadcza, że: przy sporządzeniu niniejszego Raportu dołożyła należytej staranności zawodowej wymaganej przy opracowywaniu tego typu dokumentów; współpracowała z osobami, które dołożyły należytej staranności zawodowej ze strony szpitala, wymaganej przy opracowywaniu niniejszego dokumentów. Raport został opracowany w takim stopniu, na jaki pozwoliły dane i informacje przekazane przez Szpital, bez weryfikacji ich poprawności. Przedmiot Umowy został wykonany zgodnie z ustaleniami, przepisami prawa oraz jest kompletny z punktu widzenia celu, któremu ma służyć. Treść dokumentu /w niektórych opisach/ - zawiera fragmentaryczne dane - ogólnie dostępne - jak np.: rozporządzenia, ustawy, raporty, dane GUS, pozycje naukowe dostępne rzeczowo jak i w postaci e_booków lub domen internetowych i stron ministerialnych.

I. FUNKCJONOWANIE SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA I POTENCJALNY JEGO WPŁYW NA FUNKCJONOWANIE PODMIOTU SZPITALNEGO.

1. Ustawowy poziom finansowania sektora ochrony zdrowia w Polsce.

Wg Ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 1532) wynika, że zakłada ona wzrost nakładów na ochronę zdrowia i przeznaczając corocznie wysokość nie niższą niż 7% PKB r., przy czym wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2026 nie może być niższe niż:

- 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.,
- 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.,
- 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.,
- 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.,
- 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.
- 6,00% produktu krajowego brutto w 2023 r.,
- 6,20% produktu krajowego brutto w 2024 r.,
- 6,50% produktu krajowego brutto w 2025 r.,
- 6,80% produktu krajowego brutto w 2026 r.

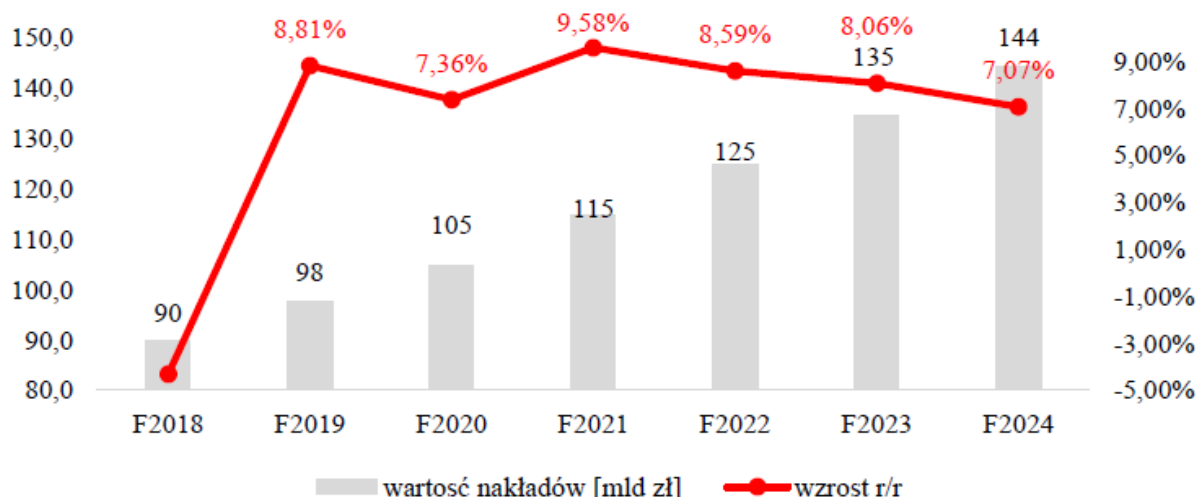
W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że wartość produktu krajowego brutto, który wykorzystywany jest do wyliczenia wysokości nakładów, zgodnie z przytoczoną powyżej ustawą, ustalana jest z wykorzystaniem dwóch wartości określonych w Obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 Ustawy z 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, według stanu na 31 sierpnia.

Powyższe oznacza, że dla ustalenia wartości nakładów na ochronę zdrowia na bieżący rok wykorzystywana jest wartość PKB sprzed dwóch lat. W przypadku spełnienia się prognoz związanych ze wzrostem PKB które rząd przyjął na lata 2019 – 2024 (dane Ministerstwa Finansów), średnioroczny wzrost poziomu finansowania ochrony zdrowia wzrastałby ok. 8,2%.

Tabelaryczne ujęcie progressu poziomu finansowania ochrony zdrowia w latach 2017-2024;

Pozycja	2017	2018	F2019	F2020	F2021	F2022	2023	2024
Wartość PKB [mld zł]	1 982,10	2 083,19	2 166,51	2 246,68	2 323,06	2 404,37	2 488,52	2 563,18
Planowany wzrost PKB*		5,10%	4,00%	3,70%	3,40%	3,50%	3,50%	3,00%
Planowany % PKB na ochronę zdrowia**		4,78%	4,86%	5,03%	5,30%	5,55%	5,80%	6,00%
Wartość środków na ochronę zdrowia [mld zł] wynikająca z Ustawy	93,75	89,70	97,60	104,78	114,83	124,69	134,74	144,26
Wzrost r/r		-4,32%	8,81%	7,36%	9,58%	8,59%	8,06%	7,07%

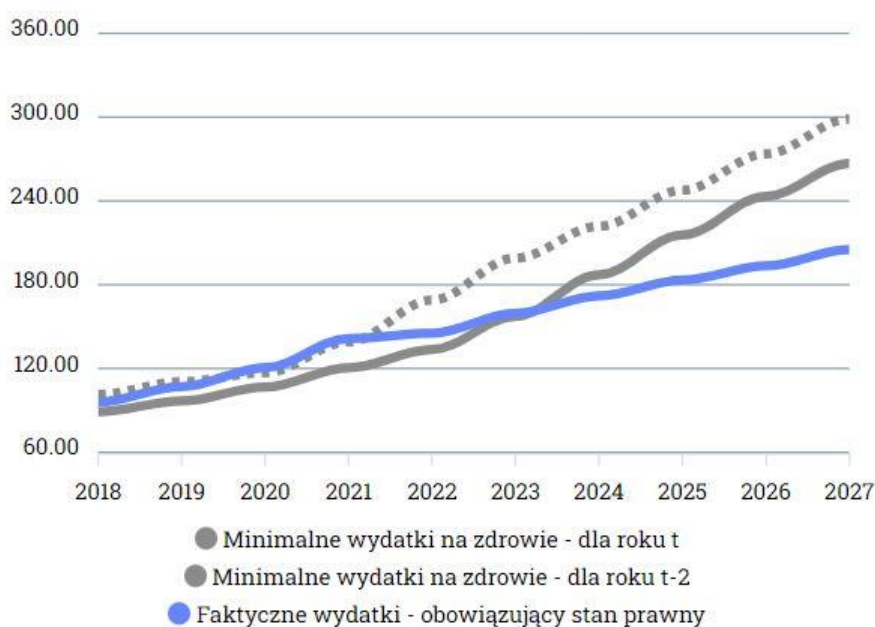
Ujęcie graficzne prognozowanego progressu środków publicznych na ochronę zdrowia w latach 2018 – 2024;



Analizując powyższe dane oraz zgodnie z założeniami rządu, w 2023 roku poziom publicznych wydatków na zdrowie powinien wynieść minimum 6 proc. PKB. Jednak uwzględniając wielkości wynikające z uchwalonej ustawy budżetowej, planu finansowego NFZ oraz doszacowania z tytułu dodatkowych wpływów ze składki zdrowotnej, publiczne wydatki na zdrowie w 2023 roku powinny wynieść 159,5 mld zł. Wartość ta w porównaniu z prognozowanym na 2023 rok PKB oznacza wydatki na poziomie 4,81 proc., czyli o 1,19 pkt proc. mniej, a co za tym idzie poniżej wymaganego celu ustawowego. Zatem na podstawie przyjętego modelu finansowania ochrony zdrowia w Polsce oraz uwzględnienia do wyliczeń wskaźników makroekonomicznych wymaga się wzrostu wydatków na zdrowie o co najmniej 107,3 mld zł. Wartość jaką

jest 45,6 mld zł z tego wzrostu jest zagwarantowane w ramach obecnych parametrów składki zdrowotnej oraz finansowania budżetowego, natomiast brakujące 61,7 mld zł musi zostać pozyskane przez podnoszenie stawki lub rozszerzanie bazy składki zdrowotnej lub poszerzanie zakresu dotowania systemu z budżetu państwa. W przypadku postawienia bardziej ambitnego celu, czyli rzeczywistego osiągnięcia nakładów na zdrowie równych 7 proc. PKB, konieczne byłoby pozyskanie aż 93,5 mld zł dodatkowego finansowania tj. zgodnie z ustawą zapewniającą wzrost nakładów na ten cel.

Wzrost nakładów wymaganych przez ustawę.



Według szacunków analityków z „Monitora analizowania Ochrony Zdrowia” (raport 14 września 2022 r.), wydatki te powinny wzrosnąć o co najmniej 298,7 mln złotych. Należy pamiętać, że ze względu na obowiązywanie zasady t-2, czyli porównywania wydatków na zdrowie poniesionych w danym roku z poziomem produktu krajowego brutto sprzed dwóch lat, zgodnie z kryterium ustawowym minimalne wydatki na ochronę zdrowia powinny wynieść w 2027 roku nie mniej niż 266,8 mld zł. Zważywszy na obowiązujący stan prawny - obecną stawkę oraz bazę składki zdrowotnej jak również dotychczasowy poziom zapewnianych dotacji budżetowych w relacji do PKB -

wzrost całkowitego poziomu finansowania ochrony zdrowia może wzrosnąć do 205,2 mld zł.

Przyczyną „zawieruchy finansowej” jest fakt, iż źródłem finansowania, zwłaszcza na początkowym etapie, miałyby być zwiększone wpływy ze składki zdrowotnej od osób prowadzących działalność gospodarczą. Jednak zgodnie z wyliczeniami nawet po zmianach proponowanych przez Polski Ład w składce zdrowotnej, w kolejnych latach udział wpływów składkowych w finansowaniu publicznej ochrony zdrowia będzie coraz mniejszy.

W 2027 r. wyniosłoby zaledwie 70 proc., podczas gdy obecnie wpływy ze składki zdrowotnej stanowią prawie 80 proc. w budżecie całego systemu. Powstała w ten sposób luka w finansowaniu będzie trzeba pokryć z budżetu państwa – co oznacza dołożenie dodatkowych 44 mld zł. Wyliczenia dodatkowo zostały oparte na korzystnym dla rządu założeniu, że przedsiębiorcy nie zmienią masowo formy opodatkowania na ryczałt od przychodów ewidencjonowanych, co pozwoliłoby im uniknąć płacenia podwyższonej składki zdrowotnej.

Sejm uchwalił ustawę o zwiększeniu nakładów publicznych na ochronę zdrowia do 7 proc. PKB w 2027 r. Chociaż pacjenci zdecydowanie popierają pomysł zwiększenia środków na leczenie w systemie ochrony zdrowia, to – jak wynika z badania Federacji Przedsiębiorców Polskich – po 3 latach od wejścia w życie ustawy o 6 proc. PKB na zdrowie większość nie dostrzega różnicy w funkcjonowaniu systemu w ostatnich latach.

Jak wynika z analiz propozycje podatkowo-ubezpieczeniowe z Polskiego Ładu nie stanowią stabilnego źródła finansowania ochrony zdrowia, zaspokajającego potrzeby finansowe związane z realizacją celu wydatkowania 7 proc. PKB na zdrowie. Jednym z możliwych rozwiązań powyższego problemu jest stopniowe podnoszenie składki zdrowotnej.

Według badań IBRIS dla FPP, nawet połowa Polaków byłaby skłonna dopłacić do niej średnio 30 zł miesięcznie – gdyby środki te zostały przeznaczone np. na poprawę dostępu do lekarzy specjalistów.

Co więcej, podniesienie składki o 0,25 pkt proc. przełożyłoby się na wzrost wpływów z niej o 2,7 mld zł rocznie. Z perspektywy pracodawców taki wzrost oznaczałby podniesienie pozapłacowych kosztów pracy o 6 zł w przypadku minimalnego

wynagrodzenia i 12 zł w przypadku średniej pensji. Oczywiście jednorazowe podniesienie składki zdrowotnej byłoby rozwiązaniem doraźnym. Stąd postulat Centrum Analiz Legislacyjnych i Polityki Ekonomicznej, by podnosić składkę zdrowotną o 0,25 pkt proc. przez okres 5 lat – co jest zbieżne z perspektywą zwiększania nakładów na zdrowie do 7 proc. PKB. Takie rozwiązanie przełożyłoby się nie tylko na zmniejszenie luki w finansowaniu systemu ochrony zdrowia – należy postrzegać je także jako formę inwestycji. Wyższy poziom zdrowia ogółu społeczeństwa przełoży się bowiem na zwiększenie wydajności pracy, mniejszą liczbę zwolnień lekarskich, a w konsekwencji na wyższy wzrost gospodarczy.

Niepokojące są dane gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

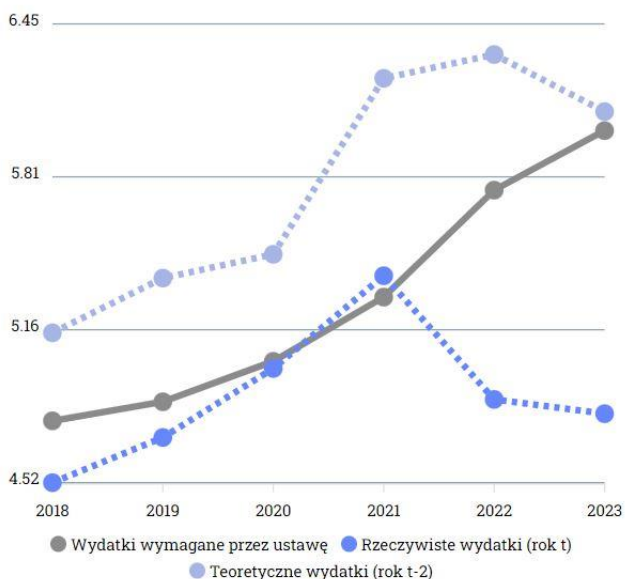
O ile bowiem w latach 2015–2020 nakłady w ochronie zdrowia wzrosły wyraźnie na lecznictwo szpitalne i podstawową opiekę zdrowotną, o tyle spadły jednak wydatki na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną – z poziomu 5 628 mln zł w 2015 r. do 5 357 mln zł w 2020 r.

Jednocześnie z roku na rok obserwujemy wyraźny spadek liczby pacjentów, którym udzielane są świadczenia – a tym samym porad udzielanych ambulatoryjnie, co nasila główny problem wskazywany przez pacjentów. Wyraźne zwiększenie nakładów na zdrowie wydaje się w tym kontekście kluczowym elementem poprawy funkcjonowania całego systemu.

Postulat ten popiera zdecydowana większość zapytanych w czerwcu 2021 r. przez Federację Przedsiębiorców Polskich organizacji pacjentów. Aż 93 proc. z nich wskazało, że system ochrony zdrowia powinien dysponować większymi środkami finansowymi na leczenie pacjentów. Jedynie 4,4 proc. uważa, że nie ma takiej potrzeby.

Jednocześnie zaledwie 7,7 proc. organizacji dostrzega pozytywne zmiany po wejściu w życie w 2018 r. ustawy o wzroście nakładów publicznych na ochronę zdrowia do 6 proc. Niemal 66 proc. nie dostrzega żadnych zmian, a zdaniem co czwartej organizacji system funkcjonuje gorzej niż wcześniej.

Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w relacji do PKB.



2. Inflacja 2022 r., a finansowanie sektora ochrony zdrowia w Polsce.

Ze względu na zawirowanie geopolityczne i gospodarcze oraz gwałtowny wzrost inflacji od początku 2022 roku, należy zauważyć, iż w błyskawicznym tempie do poprzednich lat są zauważalne różnice w obszarze PKB. Obecnie to główny czynnik decydujący o poziomie nakładów na ochronę zdrowia.

W przypadku 2022 roku różnica między PKB w roku "t" a PKB w roku "t-2" sięgnęła obecnie aż 23% wobec 14,7% przewidywanych rok temu. W przypadku 2023 roku prognozowana różnica wynosi 21% w stosunku do przewidywanych wcześniej 12,8%. Wynika z tego, że w 2023 roku wydatki na ochronę zdrowia mogą być o 21% niższe przy porównywaniu skali finansowania do tej sprzed dwóch lat. W praktyce oznacza to, że ustawa wymaga w 2023 roku przeznaczenia na ochronę zdrowia jedynie 4,74% PKB z publicznych środków zamiast 6%.

Obraz finansowania ochrony zdrowia w 2022 r. i kolejnych latach prezentuje się gorzej niż wynikało to z danych z poprzednich miesięcy. Jeśli nie zostaną zapowiedziane dodatkowe wydatki z NFZ lub budżetu państwa, realne nakłady na zdrowie w bieżącym roku spadną poniżej 5 proc. PKB, a więc do najniższego poziomu od 2019 r.

Mamy do czynienia z paradoksalną sytuacją, w której poprawia się poziom finansowania ochrony zdrowia zgodnie z kryterium ustawowym (7 procent PKB na zdrowie), ale w świetle obiektywnych wskaźników stosowanych przez GUS i Eurostat musimy liczyć się ze znacznym spadkiem nakładów zdrowotnych w stosunku do PKB. Jak wynika z danych ujawnionych przez Ministerstwo Zdrowia do wydatków na zdrowie za 2022 r. zostały wliczone środki unijne w wysokości 1,6 miliarda zł. Oznacza to, że część środków europejskich w ramach perspektywy finansowej na lata 2021-2027 oraz Krajowego Planu Odbudowy zostanie potraktowana jako zwiększenie nakładów na zdrowie w ramach kryterium ustawowego. Jednak w ustawie o wzroście nakładów na zdrowie nie ma zapisów, które pozwalają na doliczenie środków z funduszy europejskich do wskaźnika wydatków. Sam napływ funduszy unijnych w 2023 r. może zaspokajać 42 procent wymaganego przez ustawę (7 procent PKB) wzrostu rocznych wydatków na zdrowie. Oznacza to, że realizacja ustawy będzie mogła następować w przyszłym roku przy znacznie mniejszym zwiększaniu wydatków budżetu państwa lub NFZ niż dotychczas zakładano.

3. System Zdrowotny w Polsce na tle UE.

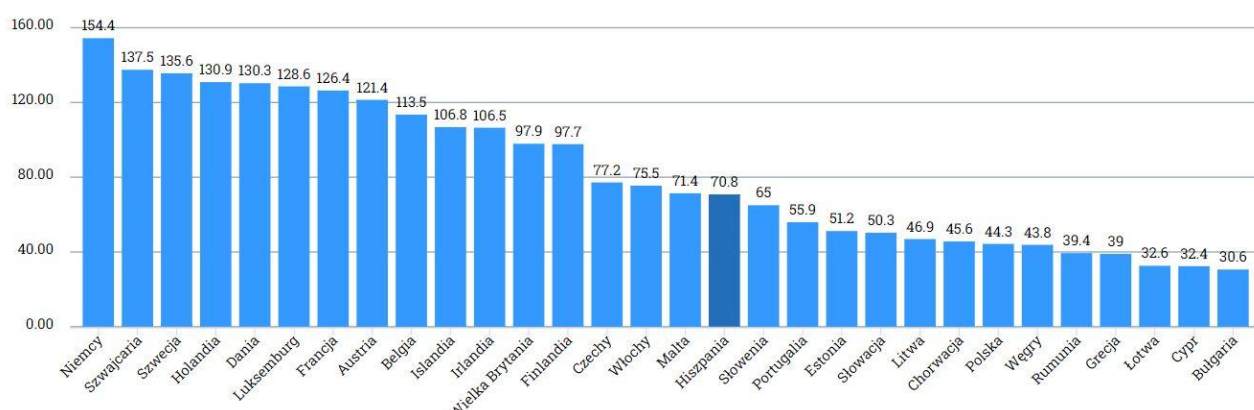
Jak się okazuje, wprowadzenie ustawy 6 proc. PKB na zdrowie nie przyczyniło się do zmniejszenia różnic finansowania ochrony zdrowia pomiędzy Polską a innymi państwami Unii Europejskiej. Co więcej, według danych Eurostatu wydatki na zdrowie całego sektora finansów publicznych – na który składają się środki z budżetu centralnego, budżetów samorządów i funduszy celowych – wciąż utrzymywały się poniżej poziomu z 2010 r. (ostatnie dane za 2019 r.) i wynosiły 4,9 proc. PKB, przy średniej unijnej na poziomie 7 proc. I o ile od 2016 r. sytuacja Polski nieznacznie się poprawia, to przy utrzymaniu obecnego tempa wzrostu nakładów na zdrowie poziom 7% PKB zostałby osiągnięty dopiero w 2040 r. Jeszcze gorzej sytuacja Polski na tle państw Unii Europejskiej rysuje się, gdy przeliczamy wydatki na zdrowie na mieszkańca i uwzględniamy różnicę w sile nabywczej. Wówczas okazuje się, że środki publiczne, jakie wydajemy na ochronę zdrowia, stanowią zaledwie 44 proc. średniej UE (dane za rok 2018). I nie można tej wartości uzasadnić niższym PKB Polski, gdyż ten wskaźnik mierzony per capita według parytetu siły nabywczej wyniósł w 2018 r. 71 proc. średniej unijnej.

Raport udostępniony przez Eurostat podsumowuje wydatki przeznaczone na opiekę zdrowotną krajów wspólnoty, porównując ze sobą rok 2019 i 2020. Wynika z niego, że Polska przeznaczyła najmniej środków (4,8 proc. PKB) na służbę zdrowia w 2020 r. spośród wszystkich krajów UE. Dodatkowo, jedynie w Polsce w 2020 r. spośród wszystkich krajów UE nakłady na służbę zdrowia w relacji do PKB były niższe niż w 2019 r. (-0,3 p.p.).

Autorzy raportu wskazują, że choć środki przekazane przez państwa na służbę zdrowia wzrosły w całej Unii Europejskiej, tak na wynik mogło mieć wpływ nominalne zmniejszenie PKB w wyniku pandemii Covid-19. Najwięcej na służbę zdrowia w relacji do PKB w 2020 r. przekazali nasi zachodni sąsiedzi. Niemcy przekazali w sumie 11,2 proc. PKB.

Dwucyfrowy wskaźnik osiągnęła również Francja (10 proc. PKB). Na trzecim miejscu znalazła się Belgia (8,8 proc.). Najniższe nakłady na służbę zdrowia (w relacji do PKB) zanotowano w krajach bałtyckich. Poza Polską na końcu raportu znalazły się: Estonia (5,1 proc. PKB), Litwa oraz Łotwa (5,2 proc. PKB w obu przypadkach). Porównując nakład środków przekazanych w 2019 i 2020 roku, to największy wzrost procentowy r/r w relacji do PKB zanotowano na Cyprze (2,2 p.p.). Tuż za Cyprzem znalazła się Belgia (+1,3 p.p. r/r) oraz nasi południowi sąsiedzi – Czesi (+1,2 p.p. r/r).

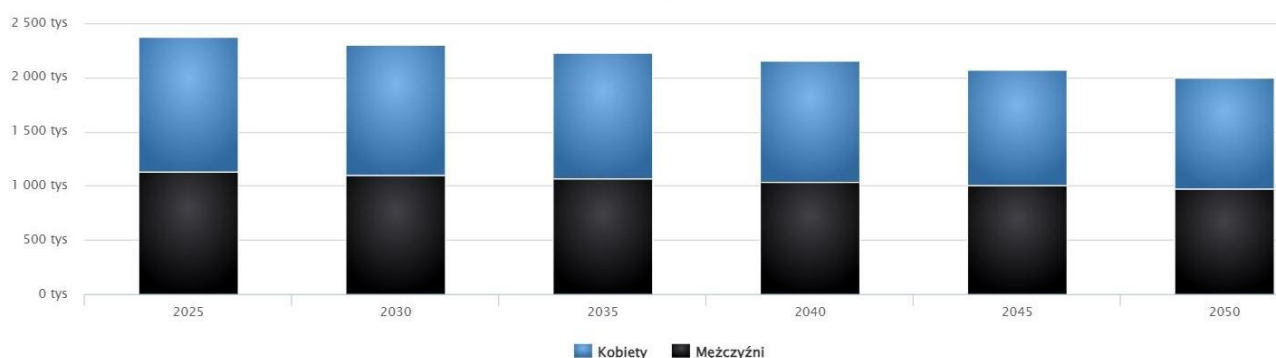
Publiczne wydatki na ochronę zdrowia w parytecie siły nabywczej (PPS).



4. Charakterystyka mapy potrzeb województwa łódzkiego;

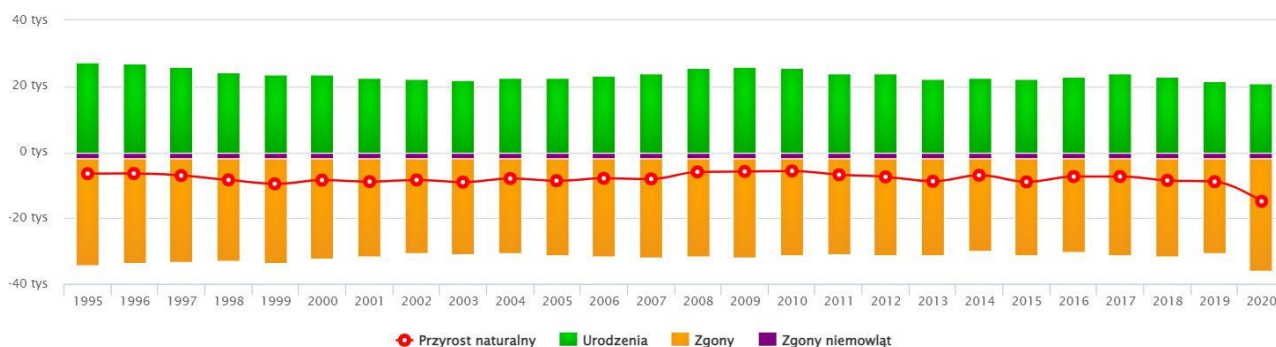
Woj. łódzkie ma 2 426 806 mieszkańców, z czego 52,4% stanowią kobiety, a 47,6% mężczyźni. W latach 2002-2021 liczba mieszkańców zmalała o 6,9%. Średni wiek mieszkańców wynosi 43,3 lat i jest nieznacznie większy od średniego wieku mieszkańców całej Polski. Prognozowana liczba mieszkańców łódzkiego w 2050 roku wynosi 1 999 131, z czego 1 031 519 to kobiety, a 967 612 mężczyźni.

Prognozowana populacja w woj. łódzkim w latach 2025-2050.



Województwo łódzkie ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -14 916. Odpowiada to przyrostowi naturalnemu -6,09 na 1000 mieszkańców łódzkiego. W 2020 roku urodziło się 20 891 dzieci, w tym 48,9% dziewczynek i 51,1% chłopców. Współczynnik dynamiki demograficznej, czyli stosunek liczby urodzeń żywych do liczby zgonów wynosi 0,58 i jest znacznie mniejszy od średniej dla całego kraju.

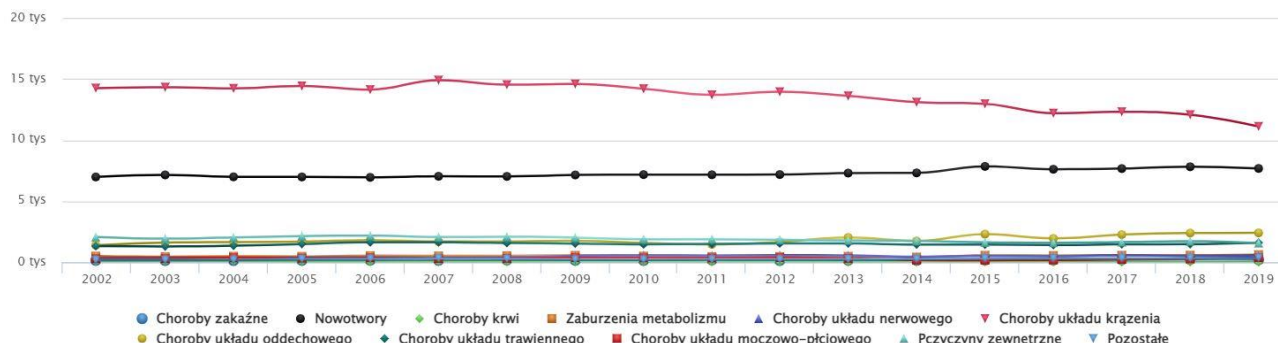
Przyrost naturalny w woj. łódzkim w latach 1995-2020.



Średnio w roku 36,3% zgonów w łódzkim spowodowanych było chorobami układu krążenia, przyczyną 25,1% zgonów w łódzkim były nowotwory, a 7,9% zgonów

spowodowanych było chorobami układu oddechowego. Na 1000 ludności łódzkiego przypada 14.62 zgonów. Jest to znacznie więcej od wartości średniej dla Polski.

Przyczyny zgonów w woj. łódzkim w latach 2002 – 2019.



W nawiązaniu do obowiązku który wynika wprost z art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.), zostało opublikowane OBWIESZCZENIE NR 29/2021 WOJEWODY ŁÓDZKIEGO z dnia 20 grudnia 2021 r. w sprawie wojewódzkiego planu transformacji ustalonego na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2026 r. dla województwa łódzkiego. Plan ten uwzględnia krajowy plan transformacji i rekomendowane kierunki działań wskazane w mapie potrzeb zdrowotnych oraz wynikające z innych dokumentów strategicznych w ochronie zdrowia. Zatem strategicznym celem opracowania Wojewódzkiego Planu Transformacji w województwie łódzkim jest wskazanie działań, dzięki którym realizowane będą najistotniejsze wyzwania w systemie ochrony zdrowia w regionie, zidentyfikowane w mapie potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r. Zapisy przedmiotowego dokumentu będą brane pod uwagę m.in. przy sporządzaniu projektów planów zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa łódzkiego, przy wydawaniu opinii o celowości inwestycji - o których mowa w art. 95d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz przy ocenie zgodności projektów programów polityki zdrowotnej w przypadku, gdy jednostka samorządu terytorialnego ubiega się o dofinansowanie w myśl art. 48d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Opracowanie projektu Wojewódzkiego Planu Transformacji, opiera się na współpracy między wojewodą a Wojewódzką Radą do spraw Potrzeb

Zdrowotnych dla województwa łódzkiego - zarówno w obszarze monitorowania oraz aktualizacji teraźniejszej i strategicznej. W niniejszym dokumencie wskazano między innymi wyzwania dla systemu ochrony zdrowia w województwie łódzkim oraz obszary wymagające modyfikacji bądź transformacji.

Jak wynika z części analitycznej dokumentu najistotniejszymi problemami zdrowotnymi w województwie łódzkim są i w najbliższej przyszłości będą:

- **choroby układu krążenia - głównie:**
- *choroba niedokrwienna serca;*
- *udary,*
- **nowotwory - głównie:**
- *tchawicy,*
- *oskrzeli i płuc,*
- *jelita grubego;*
- *odbytnicy;*
- *sutka;*

Problematycznym obszarem którego nie można pominąć, jest obszar związany z chorobą jaką jest cukrzyca, czy zaburzenia depresyjne. Jak podaje dokument, w perspektywie kolejnych kilku lat prognozowany jest wyraźny wzrost wskaźników chorobowości w tym zakresie, a głównymi czynnikami które odpowiadają w województwie łódzkim za utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz istotnie zwiększają prawdopodobieństwo zgonu są czynniki modyfikowalne. Dlatego też niezbędne jest zwiększenie kompetencji zdrowotnych mieszkańców regionu poprzez intensyfikację działań z zakresu profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

W kontekście progresywnej estymacji zachorowalności i umieralności na nowotwory, konieczna jest poprawa zgłaszalności do programów profilaktycznych, a w szczególności do programu profilaktyki raka szyjki macicy, raka sutka oraz raka jelita grubego. Pożądanym kierunkiem zmian w opiece zdrowotnej jest przeniesienie ciężaru z leczenia szpitalnego na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną oraz podstawową opiekę zdrowotną. Dlatego też, niezbędne jest zwiększenie koordynacji pomiędzy poszczególnymi zakresami świadczeń.

Najistotniejszym problemem w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej są kolejki do poradni specjalistycznych, przez co duża część pacjentów jest zmuszona do szukania pomocy w sektorze prywatnym. Zwiększenie współpracy na linii POZ-AOS pozwoliłoby skalę tego problemu w pewnym stopniu zmniejszyć. Podobnie, jak rozszerzenie bazy świadczeniodawców w przypadku poradni, do których dostępność w województwie łódzkim jest ograniczona.

W leczeniu szpitalnym najważniejszym wyzwaniem które przewiduje program transformacji jest dostosowanie obszaru szpitalnego do potrzeb starzejącej się populacji mieszkańców województwa jak również optymalizacja bazy łóżkowej poprzez zmianę profilu wykorzystania posiadanych łóżek. Z założeń planu należy wnioskować, że chodzi tu o nieefektywny poziom obłożenia łóżek, na które jest największe zapotrzebowanie. Zamysł planu wskazuje tu na obszar jakim jest geriatra, opieka długoterminowa jak np. ZOL, opieka paliatywna i hospicyjna, psychogeriatra, rehabilitacja itp., - tym bardziej, iż zapotrzebowanie na świadczenia rehabilitacyjne w województwie łódzkim przybierać będzie poziom progresywny. Konieczny jest zatem rozwój poszczególnych form opieki rehabilitacyjnej i jej skoordynowanie z ambulatoryjnym leczeniem specjalistycznym i leczeniem szpitalnym.

Z uwagi na niekorzystne prognozy dla zachorowalności na nowotwory, niezbędne jest zapewnienie dostępu do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej w województwie łódzkim oraz zwiększenie finansowania tego obszaru.

Jak podaje plan transformacji, mieszkańcy województwa łódzkiego częściej niż przeciętny mieszkaniec Polski są diagnozowani i leczeni z powodu zaburzeń i chorób psychicznych. Prognozy epidemiczne zawarte w Mapie potrzeb zdrowotnych pokazują, że problem ten będzie narastać w przyszłości, dlatego niezwykle ważną kwestią jest promocja zdrowia psychicznego oraz poprawa dostępności do różnych form opieki psychiatrycznej w regionie, w szczególności rozwój środowiskowego modelu opieki jak również poprawa dostępności do terapii uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych.

Istotnym problemem w województwie łódzkim, podobnie jak w całym kraju, jest starzenie się kadr medycznych oraz duży udział kadr w wieku emerytalnym. Wyjątkiem są fizjoterapeuci. Niewielkie zainteresowanie jest też lekarzy wyborem takich specjalizacji, jak np. geriatra, psychiatria, medycyna pracy, medycyna ratunkowa,

choroby zakaźne, medycyna paliatywna. Obecnie występują duże niedobory, jeżeli chodzi o kadrę pielęgniarską we wszystkich podmiotach prowadzących działalność leczniczą w województwie łódzkim, a w szczególności w podmiotach lecznictwa zamkniętego. Deficyt ten może się pogłębiać gdyż z danych statystycznych wynika, że w ciągu najbliższych 5 lat może przejść na emeryturę około 18% pielęgniarek zatrudnionych w województwie łódzkim.

Kolejnym ważnym wyzwaniem na najbliższe lata jest zapewnienie dostępu do wysokiej jakości wyrobów medycznych a w szczególności odnowienie aktualnej bazy sprzętu medycznego oraz jej poszerzenie w obszarach, które będą tego wymagały.

Niezbędna będzie również poprawa warunków wykonywania świadczeń zdrowotnych poprzez modernizację infrastruktury podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

W zakresie monitorowania planu transformacji kluczowe znaczenie z punktu widzenia efektywności i racjonalizacji podjętych działań w sektorze ochrony zdrowia mają takie elementy jak: monitoring, ocena śródkresowa oraz sprawozdanie końcowe, które w przyszłości pozwolą na ocenę, w jakim stopniu zostały osiągnięte cele i rezultaty zakładane w Krajowym Planie Transformacji. Należy pamiętać, że wojewoda corocznie do dnia 30 kwietnia będzie przygotowywał monitoring z realizacji tego planu który będzie zawierał określenie wartości wskaźników osiągniętych w danym roku. Informację o realizacji wskaźników Wojewoda każdorazowo zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. W ramach oceny śródkresowej Wojewoda, w terminie do dnia 30 czerwca trzeciego roku kalendarzowego po wejściu w życie WPT, czyli do 30.06.2024 r., będzie sporządzał sprawozdanie śródkresowe z jego realizacji. Przedmiotowe sprawozdanie Wojewoda zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia.

Kolejnym etapem sprawozdawczości następującym po okresie pięcioletniej realizacji KPT, Wojewoda do dnia 30 czerwca roku następującego po roku, w którym zakończył się okres obowiązywania WPT, będzie sporządzał końcowe sprawozdanie z całego okresu realizacji WPT. Sprawozdanie to Wojewoda zamieści w Biuletynie Informacji Publicznej na swojej stronie podmiotowej i przekaże ministrowi właściwemu do spraw zdrowia. Sprawozdanie śródkresowe jak i końcowe będą zawierały:

opis działań rozpoczętych lub zrealizowanych w danym okresie, opis sposobu wdrożenia rekomendowanych kierunków działań przedstawionych w MPZ, wskazanie źródeł i wysokości finansowania działań zrealizowanych lub podjętych w danym okresie, stopień realizacji wskaźników, nowe priorytetowe potrzeby zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej, wnioski wynikające z realizacji KPT, propozycje aktualizacji działań.

W zakresie aktualizacji planu transformacji wnioski płynące ze sprawozdawczości śródkresowej będą wykorzystane przy aktualizacji działań ujętych w WPT w wyniku osiągnięcia założonych wartości wskaźników przed upływem okresu 3 lat czyli w 2024 r. lub w wyniku identyfikacji nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagających podjęcia działań koordynowanych na poziomie województwa łódzkiego lub w przypadku konieczności doprowadzenia do zgodności Wojewódzkiego Planu Transformacji z Krajowym Planem Transformacji po jego aktualizacji. Procedura sporządzania i przyjmowania aktualizacji Wojewódzkiego Planu Transformacji jest analogiczna jak procedura przyjmowania pierwotnego WPT. Ewentualna aktualizacja WPT będzie obowiązywać od 01.01.2025 r. do 31.12.2026 r.

5. Mapa potrzeb w województwie łódzkim z uwzględnieniem powiatów - ujęcie organizacyjne i finansowe (elementy rekomendacyjne dla ZOZ Łowicz).

Dokument jakim jest plan transformacji województwa łódzkiego, oprócz zbadanego obszaru w metodologii syntetycznej, zawiera również uszczegółowienie danych celów w podziale na: rekomendacje w danym obszarze medycznym, uzasadnienie podejmowanych działań, oczekiwane rezultaty. Uszczegółowienie wskazuje również na podmiot odpowiedzialny za realizację danego działania, planowany czasookres działań oraz szacuje ich koszt globalny. Poniżej dane w podziale na obszary medyczne z aspektem finansowym. Pozwoli to w sposób konstruktywny szpitalowi w Łowiczu podjąć działania w obszarze analiz i rozwoju swojej działalności przynajmniej na czasookres zakładany w wojewódzkim planie transformacji oraz krajowej mapy potrzeb. Jest to również potrzebne do oszacowania zasobów które szpital posiada i

podjęcia decyzji o kierunku estymacji budżetu przychodowego jak i kosztowego na kolejne lata.

5.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

I REKOMENDACJA:

Zwiększenie dostępności do wybranych poradni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na terenie województwa łódzkiego.

1. Zwiększenie liczby poradni, w przypadku których wskaźnik dostępności w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wypada niekorzystnie na tle kraju (w szczególności tworzenie poradni specjalistycznych przy ośrodkach zapewniających kompleksowość i odpowiednią jakość świadczeń).
2. Zwiększenie liczby porad w poradniach, w przypadku których wskaźnik liczby porad/1 tys. ludności wypada niekorzystnie na tle kraju.
3. Tworzenie nowych poradni AOS: kardiologicznych, pulmonologicznych, neurologicznych, chirurgii naczyniowej/chorób naczyń w południowej i południowowschodniej części województwa.

II REKOMENDACJA:

Zapewnienie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dla pacjentów chorujących na cukrzycę.

1. Zakontraktowanie na terenie działania poszczególnych delegatur Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia łącznie 4 świadczeniodawców realizujących kompleksowe konsultacje specjalistyczne dla pacjentów chorujących na cukrzycę oraz opiekę nad pacjentem z cukrzycą.
2. Utworzenie 2 ośrodków w zakresie kompleksowego leczenia ran przewlekłych, w tym stopy cukrzycowej (brak możliwości wskazania konkretnego obszaru).

Podsumowanie:

Powyższe rekomendacje i założenia w zakresie działalności ambulatoryjnej w większości przypadają na czas realizacji w okresie 2022-2026. Budżet globalny przeznaczony na te zadania oszacowany jest na poziomie 4,6 mln pln i zakłada

podpisanie 46 kontraktów w celu wywiązania się z realizacji strategii polityki województwa łódzkiego na lata 2021-2027 jak również mapy potrzeb zdrowotnych na lata 2022-2026.

5.2 Leczenie szpitalne.

I REKOMENDACJA:

Optymalizacja wykorzystania łóżek w oddziałach szpitalnych.

1. Zmiana profilu – procedury zachowawcze tj: wykorzystanie łóżek szpitalnych o niskim poziomie obłożenia na łóżka w przypadku których jest największe zapotrzebowanie (w ramach posiadanych zasobów łóżkowych w obrębie danego podmiotu leczniczego).

II REKOMENDACJA:

Poprawa dostępności do świadczeń szpitalnych oraz do zabiegów do których występują kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania.

1. Wzrost liczby udzielanych świadczeń tj: progres świadczeń w oddziałach o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania na przyjęcie pacjenta np.: chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznej, otorynolaryngologicznej dla dzieci (w ramach posiadanej bazy łóżkowej i zasobów kadrowych).

III REKOMENDACJA:

Rozwój opieki nad osobami chorującymi na nowotwory i zagrożonymi zachorowaniem na nowotwory.

1. Tworzenie ośrodków wyspecjalizowanych w kompleksowym leczeniu chorych onkologicznych (**tzw. Centrów Kompetencji**) w poszczególnych rodzajach nowotworów.
2. Zwiększenie centr leczniczych w zakresie hematologicznym poprzez utworzenie nowego ośrodka w SP ZOZ Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (50 łóżek).

3. Utworzenie pierwszego ośrodka w kraju tj; Centrum Onkologii Kobiety Ciężarnych w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi na bazie zmodernizowanych Klinik Onkologii, Endokrynologii i Ginekologii oraz Zakładu Patomorfologii Klinicznej.

IV REKOMENDACJA:

Wyrównanie dostępności do leczenia udarów mózgu.

1. Utworzenie 16 - łóżkowego oddziału udarowego w powiecie tomaszowskim (na bazie obecnego oddziału neurologicznego) oraz dostosowanie bazy łóżek w oddziałach udarowych do potrzeb w oparciu o analizę poziomu wykorzystania.
2. Organizacja oddziału udarowego w pd-zach części województwa. Zakontraktowanie 20-łóżkowego oddziału neurologicznego w pd.-zach. części województwa preferowana koordynacja świadczeń z rehabilitacją neurologiczną.

V REKOMENDACJA

Rozwój systemu opieki geriatrycznej.

1. Utworzenie pięciu 10-łóżkowych oddziałów geriatrycznych i/lub pododdziałów geriatrycznych na bazie oddziałów chorób wewnętrznych (4 w m. Łodzi i 1 w powiecie pabianickim).

VI REKOMENDACJA

Rozwój i doposażenie oddziałów intensywnej opieki medycznej.

1. Zwiększenie bazy łóżkowej intensywnej terapii w stosunku do ogólnej liczby łóżek w szpitalach, w szczególności w dużych szpitalach wielospecjalistycznych.

VII REKOMENDACJA

Zapewnienie dostępności łóżek o profilu zakaźnym.

1. Zwiększenie liczby miejsc izolacyjnych (izolatek) w oddziałach niezakaźnych.

VIII REKOMENDACJA

Zapewnienie kompleksowej i szybkiej diagnostyki pediatrycznej.

1. Utworzenie oddziału pediatrycznego „szybkiej diagnostyki” w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

IX REKOMENDACJA

Rozwój leczenia w trybie jednodniowym.

1. Utworzenie 6 nowych oddziałów leczenia szpitalnego w zakresie chemioterapii, udzielających świadczeń w trybie jednodniowym w Szpitalu Zakonu Bonifratrów im. św. Jana Bożego w Łodzi, Szpitalu Wojewódzkim im. Jana Pawła II w Bełchatowie, WZZOZ Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi, SPZOZ w Wieluniu, Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym im. M. Skłodowskiej- Curie w Zgierzu oraz SP ZOZ Centralnym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, poprzez przeprofilowanie oddziałów udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji.

Podsumowanie:

W zakresie leczenia szpitalnego w województwie łódzkim rekomendacje przypadają na 9 obszarów działalności medycznej. Część z nich ma charakter scentralizowany np.: usługi szpitalne tylko w mieście Łodzi, jednak dużo pozycji z rekomendowanych obszarów ma charakter indywidualny i dotyczy mikroregionów, np.: powiatów lub wskazanej części geograficznej województwa łódzkiego. Obszerne działanie nad którym skupia się województwo, to obszar z zakresu rozwoju opieki nad osobami chorującymi na nowotwory i zagrożonymi zachorowaniem na nowotwory. W tej rekomendacji są sprecyzowane 3 zadania wymagające koordynowania na poziomie województwa łódzkiego. Czas realizacji przypada na lata 2022-2023 a oszacowany koszt całego przedsięwzięcia to 94 mln pln. Kolejną rekomendacją z 2 zadaniami wymagającymi koordynowania na poziomie województwa łódzkiego, to wyrównanie dostępności do leczenia udarów mózgu - jako drugiego najważniejszego problemu zdrowotnego w województwie. Oprócz TCZ Sp. z o.o., podmiotami odpowiedzialnymi za realizację działań są wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą na terenie województwa łódzkiego, posiadające oddziały udarowe. Czasookres wykonalności działań przypada na lata 2022-2026 z tym że koszt przedsięwzięcia podzielony jest odpowiednio na lata a jednostką kosztową miary jest koszt jednego łóżka który średnio wynosi 3300 zł- 3500zł. Rekomendacje w zakresie: optymalizacji wykorzystania łóżek w oddziałach szpitalnych, poprawy dostępności do świadczeń szpitalnych oraz do zabiegów do których występują kolejki o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania,

rozwoju systemu opieki geriatrycznej, rozwoju i doposażenia oddziałów intensywnej opieki medycznej, zapewnienie dostępności łóżek o profilu zakaźnym, zapewnienia kompleksowej i szybkiej diagnostyki pediatrycznej oraz rozwoju leczenia jednodniowego, mają przypisane po jednym zadaniu rozwojowym. Żadna wymieniona rekomendacja, ani przypisane do niej działania nie przekraczają maksymalnego roku wykonawczego który przypada na 2026. Dokumentami źródłowymi do powyższych rekomendacji były: Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1.01.2022 r. do 31.12.2026 r., Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027, Narodowa Strategia Onkologiczna „Zdrowa przyszłość ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.”, Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

5.3 Opieka psychiatryczna i leczenia uzależnień.

I REKOMENDACJA:

Upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych.

1. Rozwój sieci Centrów Zdrowia Psychicznego, docelowo obejmujących całe województwo. Powstanie 7 CZP typ A (ze szpitalnym stacjonarnym oddziałem psychiatrycznym) i 8 CZP typu B (bez szpitalnego stacjonarnego oddziału psychiatrycznego). Subregion I obejmujący powiaty; CZP typu A: sieradzki (oddział), wieruszowski, wieluński oraz CZP typu B: poddębicki i zduńskowolski; Subregion II; CZP typ A: bełchatowski (oddział), pączęński, oraz 2 CZP typu B: radomszczański, piotrkowski + m. Piotrków Tryb. Subregion III; CZP typu A: tomaszowski (oddział), opoczyński oraz CZP typu B: skierniewicki +m. Skierniewice i rawski; Subregion IV; CZP typu A: zgierski (oddział) brzeziński, łęczycki oraz CZP typu B: kutnowski **łowicki**, Subregion V; CZP typ A łaski, pabianicki (oddział) łódzki wschodni, Subregion VI; Łódź-Bałuty (CZP typu A), Łódź- Górna (CZP typu B), Subregion VII; Łódź-Widzew (CZP typu A), Łódź – Polesie (CZP typu B), Łódź-Śródmieście (CZP typu B).
2. Utworzenie co najmniej 6 nowych oddziałów dziennych dla dorosłych z zaburzeniami psychicznymi w szczególności w powiatach, w których ten rodzaj świadczeń jest niedostępny oraz zwiększenie liczby miejsc w funkcjonujących oddziałach. Nowe

oddziały dzienne powstaną po 1 w powiecie lub w grupie powiatów; Łódź- Polesie, Łódź- Górna, Łódź Śródmieście, (piotrkowski, m. Piotrków Tryb), (poddębicki, zduńskowolski) (brzeziński, łęczycki, zgierski), (kutnowski, **łowicki**), (opoczyński, tomaszowski), (m. Skierniewice, rawskim, skierniewickim).

3. Utworzenie co najmniej 6 nowych zespołów leczenia środowiskowego w szczególności w powiatach, w których ta forma opieki jest niedostępna: po 1 w powiecie lub w grupie powiatów; Łódź- Polesie, Łódź-Śródmieście, (piotrkowski, m. Piotrków Tryb), (poddębicki, zduńskowolski), (brzeziński, łęczycki, zgierski), (kutnowski, **łowicki**), (opoczyński, tomaszowski), (m. Skierniewice, rawskim, skierniewickim).

II REKOMENDACJA:

Rozwijanie bazy systemu opieki psychogeriatrycznej.

1. Tworzenie oddziałów psychogeriatrycznych dziennych i stacjonarnych oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych m.in. poprzez optymalizację wykorzystania łóżek.

III REKOMENDACJA:

Poprawa do dostępności terapii uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych.

1. Rozszerzenie bazy oddziałów detoksykacyjnych, oddziałów terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub alkoholu w szczególności w powiatach, w których ta forma jest najmniej dostępna.

IV REKOMENDACJA:

Upowszechnianie środowiskowego modelu psychiatrycznego opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży.

1. Rozwój bazy ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny) z uwzględnieniem powiatów, w których ta forma opieki nie jest dostępna (powiaty: kutnowski, łęczycki, **łowicki**, opoczyński, poddębicki, rawski i wieruszowski).

2. Rozwój bazy poradni psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w szczególności w powiatach: skierniewicki i m. Skierniewice, rawski, **łowicki**, łęczycki, kutnowski oraz

piotrkowskim i m. Piotrków Tryb., bełchatowski, radomszczański, opoczyński, tomaszowski.

3. Budowa centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży (II poziom referencyjny), docelowo obejmujących całe województwo. Planowane jest utworzenie 4 Centrów dla regionów: I. łódzki wschodni, pabianicki, zgierski, brzeziński, Łódź, II. skierniewicki + m. Skierniewice, rawski, **łowicki**, łęczycki, kutnowski, III. Piotrkowski +m. Piotrków Tryb., bełchatowski, radomszczański, opoczyński, tomaszowski, IV. sieradzki +m. Sieradz, poddębicki, zduńskowolski, łaski, wieluński, wieruszowski, pajęczański.

5. Zwiększenie liczby łóżek w oddziale stacjonarnym dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami psychicznymi w Specjalistycznym Psychiatrycznym ZOZ im. J. Babińskiego w Łodzi o 15-17 miejsc w ramach obecnej bazy łóżkowej szpitala.

6. Utworzenie nowego oddziału toksykologii dla dzieci i młodzieży.

7. Utworzenie wojewódzkiej konsultacyjnej poradni rodzinnej dla dzieci i młodzieży, w tym dla używających substancji psychoaktywnych.

Podsumowanie:

W zakresie leczenia uzależnień i opieki psychiatrycznej w województwie łódzkim zaimplementowane jest 4 rekomendacje w tym obszarze. Głównymi działaniami w zakresie psychiatrii jest rozwój sieci Centrów Zdrowia Psychicznego, budowanie nowych oddziałów zarówno dziennych jak i stacjonarnych, jak również tworzenie zespołów leczenia środowiskowego. W rekomendacji dotyczącej upowszechniania środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych, są trzy działania wymagające koordynowania na poziomie województwa łódzkiego. Działania te są ukierunkowane na rozwój i tworzenie nowych zespołów i miejsc w zakresie pomocy zdrowia psychicznego. W rekomendacji rozwijanie bazy systemu opieki psychogeriatrycznej jak również w rekomendacji rozszerzenie oddziałów detoksykacyjnych i terapii dla uzależnionych występuje po jednym działaniu i odnosi się głównie do rozwoju i tworzenia oddziałów psychogeriatrycznych dziennych i stacjonarnych oraz zakładów opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych głównie przez optymalizację wykorzystania łóżek. Najwięcej działań bo aż sześć, przypada na rekomendacje w obszarze upowszechnienia środowiskowego modelu psychiatrycznego

opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży. Działania wymagające koordynowania na poziomie województwa ukierunkowane są na rozwój baz ośrodków opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej, tworzenie centrów zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, zwiększanie liczby łóżek na oddziałach stacjonarnych, tworzenie nowych oddziałów toksykologicznych dla dzieci i młodzieży jak również utworzenie wojewódzkiej konsultacyjnej poradni rodzinnej dla dzieci i młodzieży. Pozycje dokumentalne na podstawie których opracowano powyższy zakres to: Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1.01.2022 r. do 31.12.2026 r., Regionalny Program Ochrony Zdrowia Psychicznego dla woj. łódzkiego na lata 2017- 2022, Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa łódzkiego na lata 2021-2027 oraz Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO). Ponieważ finansowanie poszczególnych działań jest w systemie rozproszonym, wartość w tym zakresie została przypisana bezpośrednio do każdego wymienionego działania przy konkretnej rekomendacji. Maksymalny termin wykonalności działań nie przekracza roku 2026 – podobnie jak leczeniu szpitalnym.

5.4 Rehabilitacja medyczna

I REKOMENDACJA:

Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach stacjonarnych.

1. Utworzenie stacjonarnych ośrodków rehabilitacji neurologicznej w powiatach tomaszowskim i pączęciańskim oraz w m. Łodzi (w WWCOiT im. M. Kopernika w Łodzi) – preferowane przeprofilowanie łóżek o niskim poziomie wykorzystania w ramach bieżącej bazy łóżkowej.
2. Utworzenie oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej w powiatach wieluńskim oraz rawskim na bazie obecnie funkcjonujących oddziałów pulmonologicznych/oddziałów dziennej rehabilitacji ogólnej.

II REKOMENDACJA:

Poprawa dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach dziennych.

1. Utworzenie ośrodków udzielających świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnej w warunkach dziennych w powiatach rawskim i opoczyńskim.
2. Utworzenie ośrodka rehabilitacji słuchu i mowy u dzieci w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.
3. Tworzenie ośrodków rehabilitacji dziennej w zaburzeniach wieku rozwojowego (utworzenie po jednym ośrodku przy obecnie zakontraktowanych podmiotach leczniczych w grupie powiatów: grupa I - skierniewicki, m. Skierniewice, rawski, łowicki, łęczycki, kutnowski; grupa II - piotrkowski, m. Piotrków Trybunalski, bełchatowski, opoczyński, radomszczański, tomaszowski).

III REKOMENDACJA:

Rozwój bazy ośrodków rehabilitacji domowej.

1. Utworzenie po jednym ośrodku rehabilitacji domowej w powiatach: łęczyckim, wieruszowskim, pajęczańskim i łaskim oraz dwóch ośrodków w m. Łodzi.

IV REKOMENDACJA:

Poprawa dostępności do diagnostyki i terapii schorzeń neuroortopedycznych u dzieci.

1. Utworzenie pracowni Posturologii i Profilaktyki Wad Postawy Wiekowej z Laboratorium Chodu (Gait-Lab).

Podsumowanie:

W zakresie Rehabilitacji medycznej plan transformacji województwa łódzkiego przewiduje cztery rekomendacje. Jedna z rekomendacji ukierunkowana jest na poprawę dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach dziennych i przewiduje trzy działania które wymagają koordynowania na poziomie województwa łódzkiego w zakresie tworzenia nowych ośrodków udzielających świadczenia w obszarze rehabilitacji ogólnej, rehabilitacji słuchu i mowy oraz rehabilitacji dzieci w zaburzeniach wieku rozwojowego. Dwie rekomendacje dotyczą rozwoju bazy ośrodków rehabilitacji domowej oraz poprawy dostępności do diagnostyki i terapii schorzeń neuroortopedycznych u dzieci. Rekomendacje te zawierają po jednym działaniu w obszarze tworzenia nowych pracowni posturologii i

profilaktyki wad postawy wieku rozwojowego oraz utworzenie ośrodków rehabilitacji domowej. Dwa działania z obszaru rehabilitacji medycznej obsadzone są w rekomendacji z obszaru poprawy dostępności do świadczeń rehabilitacji medycznej realizowanych w warunkach stacjonarnych. Działania ukierunkowane są na tworzenie nowych ośrodków rehabilitacji neurologicznej oraz pulmonologicznej. Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1.01.2022 r. do 31.12.2026 r., Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027 oraz Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) to podstawowa dokumentacja do opracowania powyższych danych przez województwo łódzkie. Podobnie jak w obszarze opieki psychiatrycznej, struktura finansowania poszczególnych działań ma charakter rozproszony i przypisana jest do każdego działania bezpośrednio. Każda powyższa rekomendacja i działanie przypada na lata 2022-2026.

5.5 Opieka długoterminowa

I REKOMENDACJA:

Dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do rosnących potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną i epidemiologiczną w regionie.

1. Tworzenie ośrodków udzielających świadczeń w zakresie pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej w szczególności w powiatach o najniższych wskaźnikach dostępności (w latach 2022- 2023 utworzenie po dwa ośrodki w powiatach: pabianickim, kutnowskim, łęczyckim i m. Łódź, w 2024 r. po jednym ośrodku w powiatach: wieruszowskim, zgierskim i piotrkowskim, w 2025 r. po jednym ośrodku w powiatach: wieluńskim, sieradzkim, bełchatowskim i pajęczańskim).
2. Utworzenie trzech nowych ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej (ZOL/ZPO) na terenie powiatów: **łowickiego**, rawskiego i skierniewickiego wraz z m. Skierniewice oraz rozwój bazy łóżkowej w szczególności w powiatach o najniższych wskaźnikach dostępności.
3. Utworzenie trzech dodatkowych zespołów i ośrodków domowej opieki długoterminowej (ZOL/ZPO) na terenie powiatów: **łowickiego**, rawskiego i

skierniewickiego wraz z m. Skierniewice oraz rozwój bazy łóżkowej w szczególności w powiatach o najniższych wskaźnikach dostępności.

4. Utworzenie, co najmniej dwóch oddziałów przewlekłej terapii wentylacyjnej, posiadających po 20-30 stanowisk do długoterminowej respiratoroterapii.

II REKOMENDACJA:

Rozwój dziennych form opieki nad osobami niesamodzielnymi, tj. Dzielne Domy Opieki Medycznej.

1. Tworzenie Dziennych Domów Opieki Medycznej.

Podsumowanie:

W zakresie opieki długoterminowej województwo przewidziało dwie rekomendacje ukształtowane w kierunku dostosowania infrastruktury opieki długoterminowej do rosnących potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną i epidemiologiczną w regionie, oraz rozwój dziennych form opieki nad osobami niesamodzielnymi głównie poprzez dzielne domy opieki medycznej. Łącznie rekomendacje te przewidują cztery działania wymagające koordynowania na poziomie województwa łódzkiego które ukierunkowane są na tworzenie ośrodków udzielających świadczenia pielęgniarstwa opieki długoterminowej domowej, tworzenie ZOL-ów, oddziałów przewlekłej terapii wentylacyjnej oraz tworzenie dziennych domów opieki medycznej. Strategia opieki długoterminowej została opracowana na podstawie dokumentów tj: Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1.01.2022 r. do 31.12.2026 r., Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027, Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) oraz „Zdrowa przyszłość ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” Szacunkowe wartości wykonania opisywanego obszaru zostały przypisane do każdego działania bezpośrednio. Każda powyższa rekomendacja i działanie przypada na lata 2022-2026.

5.6 Opieka paliatywna i hospicyjna.

I REKOMENDACJA:

Poprawa dostępności do opieki paliatywno – hospicyjnej.

1. Zwiększenie liczby hospicjów domowych dla dorosłych w woj. łódzkim (**we wszystkich powiatach z wyjątkiem m. Łódź, powiatu poddębickiego oraz powiatu radomszczańskiego; planowane jest utworzenie dodatkowych 19 hospicjów**).
2. Utworzenie nowych oddziałów medycyny paliatywnej/hospicjów stacjonarnych dla grup powiatów: I grupa - wieruszowski, zduńskowolski, łaski, poddębicki, wieluński, pajęczański, sieradzki, II grupa - Łódź, zgierski, brzeziński, pabianicki, łódzki wschodni oraz zapewnienie rekomendowane przez Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (EAPC) poziomu łóżek (konieczne zakontraktowanie dodatkowych 64 łóżek – preferowane przeprofilowanie łóżek o niskim poziomie wykorzystania w ramach bieżącej bazy łóżkowej).

Podsumowanie:

Na obszar opieki paliatywnej i hospicyjnej przypada jedna podstawowa rekomendacja z dwoma działaniami ukierunkowanymi na zwiększenie liczby hospicjów dla dorosłych i utworzenie nowych oddziałów medycyny paliatywnej oraz hospicjów stacjonarnych. Jak wskazuje plan transformacji, podmiotem odpowiedzialnym za realizację działań w tym zakresie jest każdy podmiot w województwie łódzkim wykonujący działalność leczniczą. Strategia opieki paliatywnej i hospicyjnej została opracowana na podstawie dokumentów tj: Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1.01.2022 r. do 31.12.2026 r., Strategia Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027, Krajowy Plan Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) oraz „Zdrowa przyszłość ramy strategiczne rozwoju systemu ochrony zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.” Szacunkowa wartość średnioroczna jednego hospicjum domowego to kwota 412 300,26 zaś łączny koszt zakontraktowanych łóżek tj. około 64 szt. plasuje się na poziomie 42 659 448 pln. Powyższe działania przypadają na lata 2022-2026.

5.7 Kadry.

I REKOMENDACJA:

Zapewnienie dostępności wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej.

1. Uruchamianie miejsc specjalistycznych w deficytowych dziedzinach lekarskich.
2. Wprowadzenie programu zachęcającego młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinach, w których występują niedobory specjalistów.
3. Opracowanie systemu motywującego mniejsze placówki do występowania o akredytację do tworzenia nowych miejsc szkoleniowych w dziedzinie medycyny rodzinnej.
4. Podejmowanie działań zachęcających do kształcenia się na kierunkach: pielęgniarstwo i położnictwo.
5. Zwiększenie liczby miejsc specjalizacyjnych dla fizjoterapeutów oraz dofinansowywanie szkolenia.

Podsumowanie:

Na podstawie dokumentu jakim jest „Strategia na rzecz rozwoju pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce, „Mapy Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1.01.2022 r. do 31.12.2026 r., „Strategii Polityki Zdrowotnej dla Województwa Łódzkiego na lata 2021-2027” oraz Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO) w planie transformacji województwa łódzkiego opracowana została jedna rekomendacja w zakresie kadr medycznych a jej główne założenie to zapewnienie dostępności wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej dla mieszkańców województwa. Rekomendacja zawiera działania w kierunku uruchamiania miejsc specjalistycznych w deficytowych dziedzinach lekarskich, wprowadzania programu zachęcającego młodych lekarzy do podejmowania specjalizacji w dziedzinach, w których występują niedobory specjalistów, opracowywania systemów motywujących mniejsze placówki do występowania o akredytację do tworzenia nowych miejsc szkoleniowych w dziedzinie medycyny rodzinnej, podejmowania działań zachęcających do kształcenia się na kierunkach pielęgniarstwo i położnictwo oraz zwiększenia liczby miejsc specjalizacyjnych dla fizjoterapeutów oraz dofinansowania szkoleń. Podmiotami odpowiedzialnymi za realizację zadań jest między innymi Ministerstwo Zdrowia, CMKP

oraz uczelnie kształcące w kierunkach medycznych. Działania w zakresie kadr przypadają na lata 2022-2026, jednak brak jest możliwości w każdym z nich oszacowania wartości kosztowej projektu.

5.8 Sprzęt medyczny.

I REKOMENDACJA:

Sukcesywna wymiana wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, osiągających wysoki priorytet do wymiany m. in. w oparciu o dane pochodzące z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeńiowych.

1. Wymiana 5 akceleratorów, w tym: 3 w Łodzi i 2 w pow. tomaszowskim.
2. Wymiana 19 angiografów, w tym: 13 szt. aparatów w Łodzi, 2 szt. w Piotrkowie Trybunalskim oraz po jednym angiografie w powiatach: **łowickim**, bełchatowskim, radomszczańskim i zgierskim.
3. Wymiana 2 szt. aparatów do brachyterapii w Łodzi i pow. tomaszowskim.
4. Wymiana 5 szt. aparatów ECMO w Łodzi.
5. Wymiana 12 szt. gammakamer, w tym: 5 szt. aparatów w Łodzi, 5 szt. W powiecie zgierskim oraz po jednej gammakamerze w powiatach: kutnowskim i poddębickim.
6. Wymiana 48 szt. mammografów, w tym: 35 szt. aparatów w Łodzi, po 2 szt. mammografów w powiatach: sieradzkim i brzezińskim oraz po jednym w Skierniewicach, Piotrkowie Trybunalskim i powiatach: tomaszowskim, pabianickim, łęczyckim, kutnowskim, radomszczańskim, bełchatowskim i pajęczańskim.
7. Wymiana 2 aparatów PET w Łodzi.
8. Wymiana 32 rezonansów magnetycznych, w tym: 18 aparatów RM w Łodzi, 4 w pow. pabianickim, 2 w pow. wieluńskim oraz po jednym w Skierniewicach, Piotrkowie Trybunalskim i w powiatach: radomszczańskim, sieradzkim, zgierskim, bełchatowskim, kutnowskim i łęczyckim.
9. Wymiana 49 Tomografów komputerowych, w tym 17 aparatów TK w Łodzi, po 4 w powiatach: zgierskim i pabianickim, 3 w pow. tomaszowskim, po 2 w powiatach: **łowickim**, łódzkim wschodnim, wieluńskim, łaskim i zduńskowolskim oraz po 1 w

Skierniewicach, Piotrkowie Trybunalskim i powiatach: kutnowskim, radomszczańskim, bełchatowskim, opoczyńskim, poddębickim, rawskim, łęczyckim, brzezińskim.

10. Zwiększenie dostępnej bazy akceleratorów o 2 dodatkowe aparaty w ośrodkach onkologicznych.

11. Zwiększenie dostępnej bazy aparatów do brachyterapii o 1- 2 dodatkowe aparaty (w ośrodkach onkologicznych m.in. Łódź, pow. tomaszowski).

12. Zwiększenie dostępnej bazy rezonansów magnetycznych o 5 dodatkowych aparatów (preferowana lokalizacja: wschodnia część województwa łódzkiego).

13. Zwiększenie dostępnej bazy angiografów o 4-5 dodatkowych aparatów (preferowana lokalizacja: wschodnia i zachodnia część województwa łódzkiego).

14. Zwiększenie bazy aparatów ECMO przeznaczonych dla dzieci o 2 aparaty umiejscowione w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi.

15. Doposażenie podmiotów wykonujących działalność leczniczą w sprzęt medyczny przystosowany dla pacjentów z otyłością olbrzymią (np. ambulanse bariatryczne, łóżka o zwiększonej nośności, aparaty RM i TK z dużą średnicą gantry).

Podsumowanie:

Rozpatrywany obszar jakim jest sprzęt medyczny to obszar bardzo prosty w swojej strukturze schematycznej ale najbardziej rozbudowany w działaniach. Składa się z jednej rekomendacji ukształtowanej na sukcesywną wymianę wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, osiągających wysoki priorytet do wymiany m. in. w oparciu o dane pochodzące z Bazy Analiz Systemowych i wdrożeniowych i piętnastu działań wymagających koordynowania na poziomie województwa. Obszary związane z: wymianą 5 szt. akceleratorów, w tym: 3 szt. w Łodzi i 2szt. w pow. tomaszowskim; wymianą 19 szt. angiografów, w tym: 13 szt. aparatów w Łodzi, 2 szt. w Piotrkowie Trybunalskim oraz po jednym angiografie w powiatach: łowickim, bełchatowskim, radomszczańskim i zgierskim; wymianą 2 szt. aparatów do brachyterapii w Łodzi i pow. tomaszowskim; wymianą 5 szt. aparatów ECMO w Łodzi.; wymianą 12 szt. gammakamer, w tym: 5 szt. aparatów w Łodzi, 5 szt. w powiecie zgierskim oraz po jednej gammakamerze w powiatach: kutnowskim i poddębickim; wymianą 48 szt. mammografów, w tym: 35 szt. aparatów w Łodzi, po 2 szt. Mammografów w powiatach: sieradzkim i brzezińskim oraz po jednym w

Skierniewicach i Piotrkowie Trybunalskim. Wymianą 2 szt. aparatów PET będzie w mieście Łodzi, i 32 szt. rezonansów magnetycznych, w tym: 18 szt. aparatów RM w Łodzi, 4 szt. w pow. pabianickim, 2 szt. w pow. wieluńskim oraz po jednym w Skierniewicach, Piotrkowie Trybunalskim i w powiatach: radomszczańskim, sieradzkim, zgierskim, bełchatowskim, kutnowskim i łęczyckim. Wymiana 49 szt. tomografów komputerowych, w tym 17 szt. aparatów TK w będzie w Łodzi, po 4 szt. w powiatach: zgierskim i pabianickim, 3 szt. w pow. tomaszowskim, po 2 szt. w powiatach: łowickim, łódzkim wschodnim, wieluńskim, łaskim i zduńskowolskim oraz po 1 szt. w Skierniewicach, Piotrkowie Trybunalskim i powiatach: kutnowskim, radomszczańskim, bełchatowskim, opoczyńskim, poddębickim, rawskim, łęczyckim, brzezińskim. Działania obejmują też zwiększenie dostępnej bazy akceleratorów o 2 szt. dodatkowych aparatów (w ośrodkach onkologicznych m.in. Łódź, pow. tomaszowski), zwiększenie dostępnej bazy aparatów do brachyterapii o 1- 2 dodatkowe aparaty (w ośrodkach onkologicznych m.in. Łódź, pow. tomaszowski). Zwiększenie dostępnej bazy rezonansów magnetycznych o 5 szt. dodatkowych aparatów (preferowana lokalizacja: wschodnia część województwa łódzkiego). Zwiększenie dostępnej bazy angiografów o 4-5 szt. dodatkowych aparatów (preferowana lokalizacja: wschodnia i zachodnia część województwa łódzkiego). Zwiększenie bazy aparatów ECMO przeznaczonych dla dzieci o 2 szt. aparaty umiejscowione w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi. Działania obejmują również doposażenie podmiotów wykonujących działalność leczniczą w sprzęt medyczny przystosowany dla pacjentów z otyłością olbrzymią (np. ambulanse bariatryczne, łóżka o zwiększonej nośności, aparaty RM i TK z dużą średnicą gantry). Podstawowym podmiotem odpowiedzialnym za realizację działań są głównie podmioty w województwie łódzkim wykonujące działalność leczniczą. Jedynym dokumentem na podstawie którego województwo oszacowało poziom zapotrzebowania na sprzęt była Mapa Potrzeb Zdrowotnych na okres od 1.01.2022 r. do 31.12.2026 r. Ze względu na dużą ilość działań w obszarze sprzętu medycznego i rozproszoną strukturę finansową poszczególnych pozycji szacowana wartość kosztowa została przypisana do każdego działania bezpośrednio. Obszar działania przypada na lata 2022-2026. W przypadku podjęcia decyzji w ZOZ w Łowiczu w sprawie inwestycji w bazę sprzętu medycznego, wskazuje się przeprowadzenie dogłębnej i szczegółowej analizy zasadności poniesionych ewentualnych kosztów.

5.9 Pozostałe działania ujęte w planie transformacji województwa łódzkiego.

I REKOMENDACJA:

Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia.

1. Wykonywanie prac budowlanych (budowa/przebudowa), remontów oraz modernizacji zakładów leczniczych, w tym ukierunkowanych na dostosowanie warunków udzielania świadczeń zdrowotnych do obowiązujących przepisów (nie wpływających na ogólną liczbę łóżek).

II REKOMENDACJA:

Wzrost wykorzystania rozwiązań teleinformatycznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą.

1. Modernizacja infrastruktury teleinformatycznej oraz rozwój cyfryzacji podmiotów leczniczych poprzez zakup niezbędnego sprzętu i systemów teleinformatycznych, pozwalających m.in. na wdrażanie nowych funkcjonalności, integrację systemów oraz świadczenie e usług. Szkolenie kadry w zakresie wdrażania nowych usług.

2. Rozwijanie świadczenia usług medycznych i opiekuńczych na odległość telemedycyna, teleopieka, telerehabilitacja, domowe urządzenia monitorujące m.in. poprzez wdrażanie systemów i platform umożliwiających kontakt z pacjentem na odległość, monitorowanie i przysyłanie danych medycznych, zakup niezbędnej infrastruktury IT oraz urządzeń monitorujących zdrowie pacjenta.

Podsumowanie.

W ostatniej części wojewódzkiego planu transformacji, swoje miejsce ma obszar poświęcony pozostałym działaniom. Zawiera on dwie rekomendacje i trzy działania łącznie. W zakresie rekomendacji pod tytułem „Rozwój i modernizacja infrastruktury ochrony zdrowia”, jest działanie które wymaga koordynowania na poziomie województwa. Koordynacja ukierunkowana jest na wykonywanie prac budowlanych, remontów oraz modernizacji zakładów leczniczych, jak również na dostosowanie warunków udzielania świadczeń zdrowotnych do obowiązujących przepisów. Druga rekomendacja z dwoma działaniami przewiduje wzrost wykorzystania rozwiązań

teleinformatycznych w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Działania w tej rekomendacji przewidziane są w zakresie modernizacji infrastruktury teleinformatycznej oraz rozwój cyfryzacji podmiotów leczniczych poprzez zakup niezbędnego sprzętu i systemów teleinformatycznych oraz rozwijanie świadczenia usług medycznych i opiekuńczych na odległość które pomogą w kontakcie z pacjentem. Działanie to przewiduje również zakup infrastruktury IT oraz urządzeń monitorujących zdrowie pacjenta. Podmiotem odpowiedzialnym za realizację tych działań są podmioty wykonujące działalność leczniczą na terenie woj. łódzkiego a czasookres realizacji projektu zamyka się w latach 2022-2026. Niestety brak jest możliwości oszacowania skutków finansowych działania.

6. Lapidarna charakterystyka powiatu łowickiego i szpitala w Łowiczu.

Łowicz jest niewielkim miastem z liczbą mieszkańców wynoszącą 27 687, z czego 52,9% stanowią kobiety, a 47,1% mężczyźni.

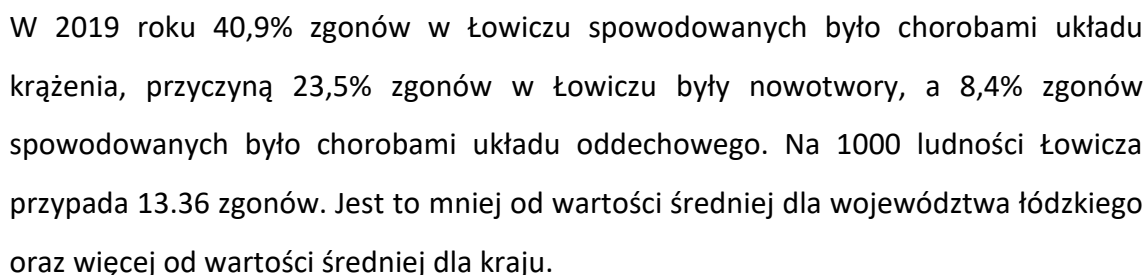
Populacja –Łowicz w latach 1995-2021.



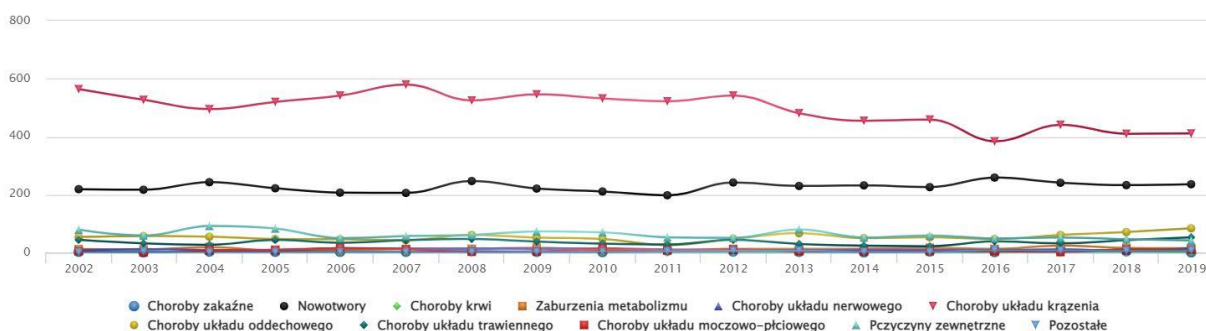
W latach 2002-2021 liczba mieszkańców zmalała o 9,8%. Średni wiek mieszkańców wynosi 43,2 lat i jest porównywalny do średniego wieku mieszkańców województwa łódzkiego oraz porównywalny do średniego wieku mieszkańców całej Polski.

Mieszkańcy Łowicza zawarli w 2020 roku 93 małżeństw, co odpowiada 3,3 małżeństwom na 1000 mieszkańców. Jest to mniej od wartości dla województwa łódzkiego oraz znacznie mniej od wartości dla Polski. W tym samym okresie odnotowano 1,0 rozwodów przypadających na 1000 mieszkańców. Jest to znacznie mniej od wartości dla województwa łódzkiego oraz znacznie mniej od wartości dla kraju. 27,0% mieszkańców Łowicza jest stanu wolnego, 57,3% żyje w małżeństwie, 3,5% mieszkańców jest po rozwodzie, a 11,8% to wdowy/wdowcy.

Przyrost naturalny w Łowiczu w latach 1995-2020.

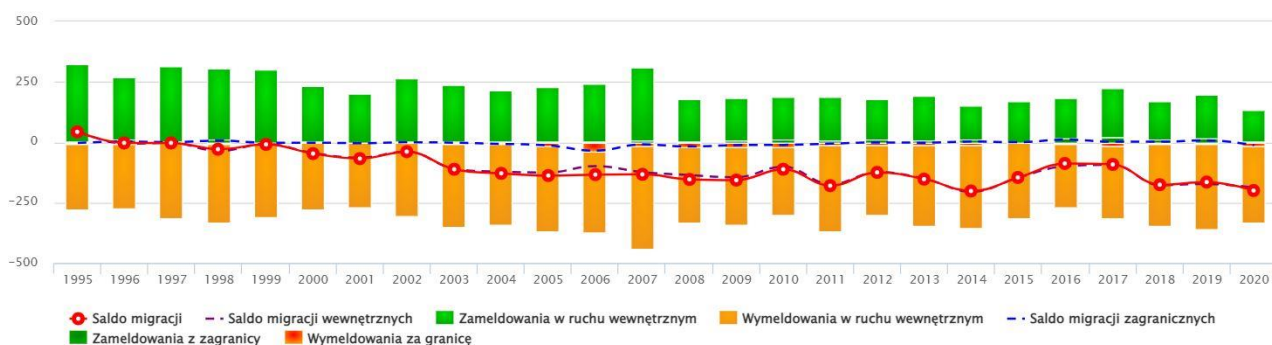


Przyczyny zgonów w powiecie łowickim w latach 1995-2020.



W 2020 roku zarejestrowano 130 zameldowań w ruchu wewnętrznym oraz 318 wymeldowań, w wyniku czego saldo migracji wewnętrznych wynosi dla Łowicza -188. W tym samym roku 4 osoby zameldowało się z zagranicy oraz zarejestrowano 16 wymeldowań za granicę - daje to saldo migracji zagranicznych wynoszące -12. 57,1% mieszkańców Łowicza jest w wieku produkcyjnym, 17,0% w wieku przedprodukcyjnym, a 25,9% mieszkańców jest w wieku poprodukcyjnym.

Migracje mieszkańców w powiecie łowickim w latach 1995-2020.



W promieniu 35 km od Łowicza swoje położenie mają miasta takie jak: Bolimów 964 mieszkańców i 15,3 km odległości od Łowicza, Głowno 13 839 mieszkańców i 22,3 km od Łowicza, Skierniewice 47 493 mieszkańców i 22,3 km od Łowicza, Sochaczew 35 684 mieszkańców i 24,2 km od Łowicza, Sanniki 1 914 mieszkańców i 25,6 km od Łowicza, Żychlin 7 895 mieszkańców i 26,6 km od Łowicza, Wiskitki 1 332 mieszkańców i 30,2 km od Łowicza, Piątek 1 674 mieszkańców i 32,1 km od Łowicza, Stryków 3 401 mieszkańców i 32,5 km od Łowicza, Żyrardów 39 331 mieszkańców i 34,8 km od Łowicza.

SZPITAL;

W powiecie łowickim swoją działalność medyczną prowadzi Zespół Opieki Zdrowotnej który jest podmiotem leczniczym niebędącym przedsiębiorcą. Podmiot ten prowadzony jest w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej a podstawą prawną do jego działania jest ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej – publikator prawny ustawy to Dz.U. 2016 r. poz. 1638. Podmiotem tworzącym i odpowiedzialnym za ZOZ jest powiat łowicki. Szpital

posiadając osobowość prawną udziela świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych ubezpieczonym oraz innym osobom uprawnionym do tych świadczeń na podstawie odrębnych przepisów nieodpłatnie, za częściową odpłatnością lub całkowitą odpłatnością. Główną misją szpitala jest sprawowanie działalności leczniczej skoncentrowanej między innymi 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. Kolejnym celem zapisanym w statucie szpitala jest promocja zdrowia, polegająca na prowadzeniu działań umożliwiających poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to, jego poprawę promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu. Misja ZOZ realizowana jest w formie lecznictwa szpitalnego/stacjonarnego, ambulatoryjnego, ratownictwa medycznego, rehabilitacji oraz diagnostyki medycznej. ZOZ w sposób bezpośredni lub pośredni angażuje się też, oraz uczestniczy w kształceniu osób przygotowujących się do wykonywania zawodu medycznego lub wykonujących już zawód medyczny.

Oprócz wykonywania przez ZOZ zadań związanych ze sprawami obronnymi i bezpieczeństwem publicznym, podmiot jest w pełnej gotowości aby uczestniczyć w realizacji zadań dydaktycznych i badawczych, w bezpośredniej relacji z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, jak również w czynnym wdrażaniu nowych technologii medycznych oraz metod leczenia.

Status ZOZ dopuszcza na terenie zakładu wykonywanie działalności innej niż działalność lecznicza. Warunkiem tego dopuszczenia jest, brak działalności uciążliwej dla pacjenta lub przebiegu jego choroby. Natomiast absolutnym wykluczeniem jest prowadzenie na terenie szpitala usług pogrzebowych jak również związane z tym czynności marketingowe i reklamowe.

Menadżerem szpitala jest persona w osobie dyrektora głównego/naczelnego który kieruje działalnością w sposób bezpośredni tj.; reprezentuje go na zewnątrz i ponosi odpowiedzialność za obszar zarządczy. Zgodnie z obowiązującym prawem, dyrektora zatrudnia i zwalnia zarząd powiatu łowickiego na zasadach określonych w ustawie. Dyrektor jest uprawniony do dokonywania czynności prawnych samodzielnie i w

imieniu podmiotu którym zarządza jak również wykonuje czynności pracodawcy w rozumieniu przepisów prawa pracy.

Pozostałe dane w zakresie prowadzonego podmiotu oraz współpraca z Radą Społeczną zostały określone w statucie szpitala.

REKOMENDACJA:

Mając na uwadze rozwój ZOZ w Łowiczu, należy przeprowadzić jak najszybciej analizę rynku usług medycznych tak, aby szpital stał się konkurencyjny w swoich usługach, również na rynku komercyjnym. Takimi działaniami ma szanse na zwiększenie przychodów w pozycji „pozostałe” w RZiS. W obszarze badawczym w zakresie konkurencyjności, należy również nawiązać się do danych statystycznych powiatu łowickiego, jako jednego z mierników przeprowadzanej analizy.

II. ANALIZA SYNTETYCZNA.

II.I ANALIZA EKONOMICZNA SZPITALA ZOZ ŁOWICZ.

6. Informacje dotyczące realizacji świadczeń zdrowotnych roku 2022.

Szpital powiatowy w Łowiczu jest relatywnie średnim podmiotem leczniczym, który zabezpiecza potrzeby zdrowotne mieszkańców powiatu łowickiego, ale również powiatów ościennych. Duży obszar działania Szpitala ma odzwierciedlenie w przychodach ze sprzedaży, które w normalnych warunkach funkcjonowania sięgają kwoty 50 ml zł na rok, co czyni tę placówkę medyczną jednym z większych powiatowych podmiotów leczniczych.

Estymacja Szpitala w roku 2022 po stronie przychodów wygeneruje wartość ze sprzedaży w granicach 50 ml zł czyli wykonanie świadczeń NFZ będzie plasować się na poziomie 100% kontraktów.

Taki poziom przychodów wynika m. innymi z dodatków NFZ za realizację świadczeń COVID-19 jak również wykonywanie w tym zakresie testów na obecność wirusa. Dodatkowe obszary powodują osiągnięcie przez Szpital poprawy wyniku finansowego za 2022 rok. Bieżący rok, to kontynuacja działalności medycznej w trudnym otoczeniu

rynkowym, na które wpływ mają podstawowe czynniki jak pandemia COVID-19 oraz trudności powrotu do realizacji świadczeń zdrowotnych zakontraktowanych z NFZ do poziomów sprzed pandemii.

Szpital oraz jego pracownicy „uczą się żyć z wirusem”, a okres 2 letni charakteryzuje się powracającymi falami zakażeń społeczeństwa, co z kolei przekłada się na mniejszą możliwość realizacji świadczeń zdrowotnych na rzecz leczenia ludzi zakażonych COVID-19.

Tabelaryczne dane wartości przychodów w ZOZ w Łowiczu za I półrocze 2022r.

Przychody szpitala wg	I - IV 2022	udział %
NFZ	19 946 577,76	79%
NFZ podwyżki	3 734 731,98	15%
NFZ dodatkowe medyka	442 303,27	2%
Razem NFZ	24 123 613,01	96%
Urząd Marszałkowski staże	42 476,50	0%
Urząd Marszałkowski badanie uczniów	8 190,00	0%
Łódzki Urząd Wojewódzki	11 355,58	0%
ministerstwo Zdrowia rezydenci	338 563,38	1%
Zakłady pracy , instytucje	242 398,29	1%
Pacjenci	350 015,00	1%
suma	25 116 611,76	100%

Świadczenia medyczne finansowane ze środków publicznych stanowią 96% wszystkich przychodów przy 2% ich wartości sprzedanych dla osób fizycznych i innych zakładów opieki zdrowotnej. Oznacza to, że głównym „kontrahentem” Szpitala jest NFZ.

Kontrakty z NFZ w 2022 roku.

RYCZAŁT PSZ - SZPITAL I STOPNIA	21 923 511,00
WSPÓŁCZYNNIK KORYGUJĄCY KOSZTY ŚWIADCZEŃ PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH	3 658 432,02
ŚWIADCZENIA NOCNEJ I ŚWIĄTECZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ	1 447 947,30

IZBA PRZYJĘĆ	2 780 657,37
Hospitalizacja	4 501 984,52
Rehabilitacja lecznicza	3 647 806,42
BADANIA ENDOSKOPOWE PRZEWODU POKARMOWEGO - GASTROSKOPIA	95 500,30
BADANIA ENDOSKOPOWE PRZEWODU POKARMOWEGO - KOLONOSKOPIA	275 175,52
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII	6 435,47
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE DIABETOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	14 795,16
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII	259 289,58
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	136 221,56
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII	7 132,11
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII-DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA	677,60
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	4 582,61
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII-ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18-GO R.Ż. (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)	4 357,50
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ONKOLOGII-DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	30 818,57
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII	249 346,98
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W POŁOŻNICTWIE I GINEKOLOGII-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1450.001.02	2 137,28
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII-ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18-GO R.Ż. (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)	866,42
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII-DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	609,05
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ	268 399,49
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W CHIRURGII OGÓLNEJ-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1500.001.02	2 175 891,28
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ-ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18-GO R.Ż. (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)	44 591,19
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ-DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	274 349,91
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU	246 096,08
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU-ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1580.001.02	1 718 399,70
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU - ZE WSKAZAŃ NAGŁYCH	1 822,32
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU	161 945,00

RUCHU - ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE	
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII	191 108,28
ŚWIADCZENIA ZABIEGOWE W UROLOGII -ZAKRES SKOJARZONY Z 02.1640.001.02	4 664,37
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII-ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18-GO R.Ż. (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ)	4 560,50
ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII-DIAGNOSTYKA ONKOLOGICZNA - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM	17 143,68
BADANIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ (TK)	682 727,43
suma	45 136 983,34

Wykonanie kontraktu za pierwsze półrocze 2022 roku jest na poziomie 23 663 420,03 zł co stanowi 52,42% sumy zakontraktowanej w Narodowym Funduszu Zdrowia na cały rok 2022. Oznacza to, że Dyrekcja Szpitala w sposób realny kontroluje obszar wykonywanych procedur co daje pozytywny wpływ po stronie zarządczej Szpitala.

7. Analiza finansowa działalności podmiotu leczniczego ZOZ w Łowiczu w roku 2021 wraz z analizą stanu wyjściowego.

Majątek Szpitala wyniósł 32,5 mil zł w roku 2021, co oznacza wzrost o ok. 3,3 mil zł w stosunku do roku 2020 oraz wzrost o 7 mil zł w stosunku do 2019 roku.

Majątek szpitala uległ relatywnemu zwiększeniu o 11,5% rok do roku a jego wzrost jest spowodowany następującymi czynnikami:

- Aktywa trwałe wynosiły 25,7 ml zł i wzrosły w porównaniu do roku 2020 o 3,7 ml zł,
- Aktywa obrotowe wyniosły 6,8 mil zł i spadły w porównaniu do roku 2020 o 0,3 ml zł.

Aktywa trwałe wzrastają z powodów zakupów, jak również otrzymania ilości środków trwałych przekazanych Szpitalowi do walki z pandemią, m.in. z Agencji Rezerw Materiałowych czy łódzkiego Urzędu Wojewódzkiego, jak również organu założycielskiego.

W aktywach obrotowych zauważa się regres z powodu spadku środków pieniężnych o 0,7 ml zł a progres nastąpił na pozycji należności do 12 miesięcy w wysokości 0,4 ml zł. Zapasy utrzymują się na relatywnie niskim poziomie tj. 0,7 ml zł, co stanowi 2,1%

całości aktywów. Należności od pozostałych jednostek z tytułu dostaw i usług o okresie spłaty do 12 miesięcy wynoszą 5,7 mil zł i stanowią 17,7% ogółu aktywów. Środki pieniężne na rachunkach i w kasie Szpitala stanowią 1% aktywów i stanowią 0,3 mil zł, są na bardzo niskim poziomie. Aktywa trwałe stanowią kwotę 25,7 mil zł, co stanowi 79% całości majątku Szpitala, podczas gdy pozostałe 21% to aktywa obrotowe. Dominującą rolę w majątku Szpitala odgrywają środki trwałe, które stanowią zabezpieczenie ewentualnych nowych instrumentów finansowych.

Największą pozycją Szpitala w kwocie 19,4 mil zł stanowią budynki i budowle, które w strukturze aktywów odpowiadają za 59% całości aktywów. Drugim największym walorem w rzeczowych aktywach trwałych stanowią inne środki trwałe, co odpowiada 11,4% aktywów Szpitala.

Szpital utrzymuje niski stan zapasów na poziomie 0,7 mil zł, co świadczy o **dobrej gospodarce magazynowej i braku zamrażania gotówki w towarze.**

Wskaźnik rotacji zapasów w dniach na przestrzeni ostatnich 3 lat przedstawiał się następująco:

- za 2019 wynosi ok. 3 dni,
- za 2020 wynosi ok. 3,5 dnia,
- za 2021 wynosi ok. 5 dni.

Należności krótkoterminowe stanowią 18% wartości aktywów co w wartościach monetarnych odpowiada kwocie 5,8 mil zł.

Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania stanowią 58% całości pasywów Szpitala w kwocie 18,9 mil zł, podczas gdy kapitał własny ZOZ jest dodatni i wynosi 13,6 mil zł co stanowi 42 %. Parametry ulegają pogorszeniu co wynika z osiągnięcia w poprzednich latach straty netto na poziomie za 2019 rok w kwocie 3,2 mil zł a w 2020 w kwocie 1,4 mil zł, co pogarsza wartość kapitałów własnych. Jednocześnie szpital zwiększył zobowiązania i rezerwy na zobowiązania w roku 2021 w stosunku do 2020 i 2019, co świadczy o pokrywaniu strat poprzez zaciągnięcie zobowiązań zewnętrznych.

Szpital pokazuje kapitały własne na dodatnim poziomie i obecnie wynoszą 13,6 mil zł, i ulegają zmniejszeniu poprzez generowanie straty za poprzednie lata.

Majątek Szpitala jest finansowany w części z kapitałów własnych, co w dobie problemów innych szpitali jest pozytywnym osiągnięciem. Dodatni kapitał nie powinien

powodować problemów z pozyskaniem finansowania na inwestycje lub na działalność bieżącą, gdyż banki z reguły nie udzielają kredytów gdy podmiot ma ujemny kapitał.

Zobowiązania oraz rezerwy na zobowiązania stanowią 58% całości pasywów i wynoszą 18,9 mil zł. Z czego większą wartość stanowią rozliczenia międzyokresowe kosztów:

- za 2021 w kwocie 5,4 mil zł i odpowiada to 16,7% całości pasywów,
- za 2020 w kwocie 1,8 mil zł i odpowiada to 6,23% całości pasywów,
- za 2019 w kwocie 1,0 mil zł i odpowiada to 4,16% całości pasywów.

Zobowiązania krótkoterminowe w pasywach stanowią 24% i odpowiadają wartości 7,9 mil zł i pozostają na podobnym poziomie przez poprzednie lata . Największą pozycją w zobowiązaniach są zobowiązania wobec dostaw i usług które w poszczególnych lata występowały na następującym poziomie:

- za 2021 w kwocie 3,8 mil zł i odpowiada to 11,8% całości pasywów,
- za 2020 w kwocie 1,9 mil zł i odpowiada to 4,7% całości pasywów,
- za 2019 w kwocie 2,4 mil zł i odpowiada to 9,7% całości pasywów.

Rezerwy na zobowiązania stanowią kwotę 5,2 mil zł i stanowią 16% pasywów i co roku ulegają zwiększeniu, tym samym udział w ogółem w pasywach ulega zmniejszeniu.

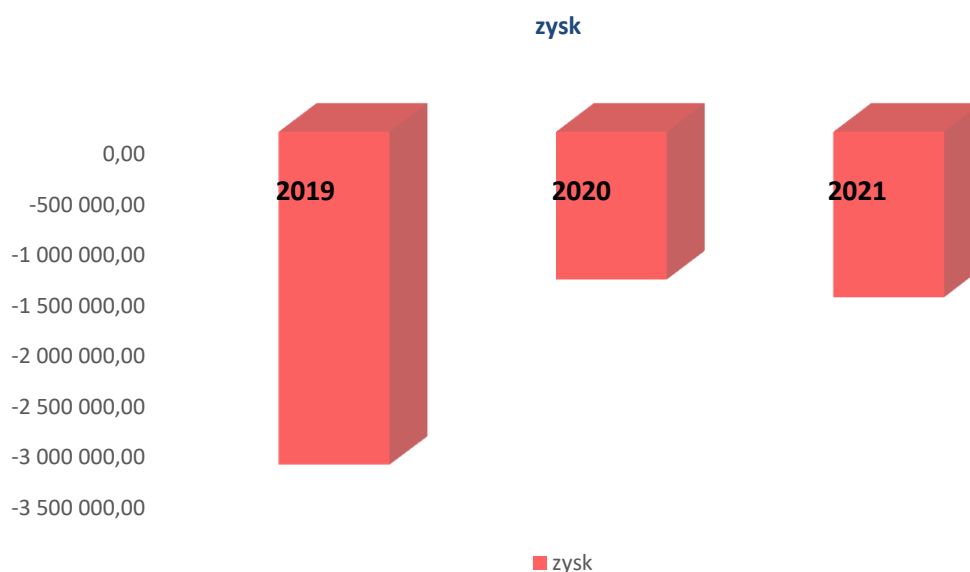
Powyższe liczby pokazują, że generowane straty roczne na działalności szpitala zostały pokryte z zaciągania zobowiązań w następujących obszarach na kwotę 4,3 mil zł:

- - zwiększenie rezerw na zobowiązania o 0,2 mil zł,
- - zwiększenie zobowiązań krótkoterminowych o 0,4 mil zł,
- - zwiększenie rozliczeń międzyokresowych o 3,6 mil zł.



8. Zmiana i struktura pozycji wynikowych

Analiza Rachunku Zysków i Strat w latach 2019-2020.



Szpital w Łowiczu zanotował stratę netto na całości działalności w wysokości 1.6 mil zł, co stanowi 3% przychodów ze sprzedaży. Na osiągnięcie ujemnego wyniku finansowego miała wpływ działalność bieżąca operacyjna, która wygenerowała stratę na sprzedaży w kwocie 3 mil zł, tj. 6% osiągniętych przychodów.

Największą pozycją kosztową są wynagrodzenia które w zależności od analizowanego okresu wynoszą od 47% do 49% ogółu kosztów. Przy takim poziomie zaangażowania kosztów Dyrekcja Szpitala powinna zacząć - ze szczególnym uwzględnieniem wszelkich

zmian dotyczących wysokości wynagrodzeń - analizować otoczenie z tym związane.

Pozycja zawiera umowy o pracę, umowy zlecenia i o dzieło. Poziom tej pozycji kształtował się na poziomie przedstawionym w tabeli poniżej.

Tabelaryczny draft kosztów wynagrodzeń.

		2019		2020		2021	
KOD	Wyszczególnienie	dane	zmiana wartościowa	dane	zmiana wartościowa	dane	zmiana wartościowa
B.V.	Wynagrodzenia	18 059 570	2 960 427	20 917 628	2 858 058	25 463 752	4 546 124
B.V.1.	wynagrodzenia ze stosunku pracy	17 012 751	1 913 608	19 240 338	2 227 587	23 122 726	3 882 387
B.V.2.	wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło	1 046 819		1 677 290	630 471	2 341 026	663 737
B.V.3.	wynagrodzenia pozostałe	0		0		0	
B.VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	3 643 958	497 182	4 138 278	494 321	5 200 386	1 062 108
	- składki na ubezpieczenia społeczne	2 950 984		3 351 770	400 786	4 160 925	809 155
	- składki na fundusz pracy	245 395		270 710	25 316	357 964	87 253
	- składki na Fundusz Emerytur Pomostow ych	14 186		16 073	1 887	15 574	-499

Drugą grupą w kosztach są usługi obce które stanowią w 2019 roku 29%, 2020 stanowią 26% a w 2021 już 27% całości kosztów. Usługi medyczne stanowią największą pozycję w grupie kosztów usług obcych. Monetarnie odpowiadają wartości w 2021 roku 11,6 mil zł. Usługi te są wynagrodzeniami wypłacanymi w formie kontraktu na bazie działalności gospodarczej prowadzonej przez usługodawców.

Trzecią grupą jest zużycie materiałów w wysokości 6,2 mil zł i wzrosły od roku 2019 o 2 mil zł, co odpowiada 12% kosztów w roku 2021. Największą grupę stanowią leki w kwocie 1,7 mil zł w 2021 roku i jest to 3% zużytych kosztów ogółem. Kolejnymi ważnymi kosztami z grupy zużycia materiałów jest sprzęt jednorazowy oraz odczynniki chemiczne i materiały diagnostyczne, które w roku 2021 osiągnęły poziom 5% w kwocie 2,9 mil zł.

Działalność finansowa składająca się z przychodów i kosztów nie ma większego wpływu na wynik finansowy, przez okres od 2019 do 2021 nie zauważono większych wzrostów pozycji. Pomimo wygenerowanej straty finansowej netto Szpital w Łowiczu zapłacił podatek dochodowy, powstający z naliczenia PFRON oraz od odsetek od zobowiązań.

9. Analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych w okresie 2019-2021

Wskaźniki zyskowności w latach 2019-2021.

WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	wskaźnik	wartość wskaźnika w 2019 roku	wartość wskaźnika w 2020 roku	wartość wskaźnika w 2021 roku
	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-9,25%	-3,54%	-3,15%
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-8,99%	-3,54%	-3,07%
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-13,44%	-5,32%	-5,28%

Analiza zyskowności Szpitala w Łowiczu na wszystkich poziomach na przestrzeni ostatniego roku wskazuje jednoznacznie na niebilansowanie strony przychodowej i kosztowej jednostki. Jednocześnie parametry w roku 2021 uległy poprawie w stosunku do roku 2019 i 2020.

W tej grupie wskaźników finansowych pożądane wartości są maksymalne w poszczególnych rodzajach wskaźników, przy czym powinny to być wartości dodatnie. Szpital w Łowiczu ma w każdym roku ujemne wskaźniki zyskowności co ma związek z ponoszoną stratą finansową.

Wskaźniki zadłużenia w latach 2019-2021.

WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	wskaźnik	wartość wskaźnika w 2019 roku	wartość wskaźnika w 2020 roku	wartość wskaźnika w 2021 roku
	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	40%	44%	41%
	Wskaźnik wypłacalności	0,72	0,87	0,99

Powyższe wskaźniki zadłużenia informują o stopniu finansowania aktywów kapitałami obcymi oraz określają wielkość funduszy obcych przypadających na jednostkę funduszu własnego. Relatywnie dobrym parametrem jest wskaźnik zadłużenia aktywów, którego optymalna wartość powinna wynosić poniżej 40%, przy czym w Szpitalu w Łowiczu parametr ten za rok 2021 wynosi 41%. To wskazuje, iż ZOZ posiada optymalne finansowanie zewnętrzne niż zaangażowanie kapitału własnego. Jednocześnie świadczy

to o umiejętności wykorzystania źródeł finansowania jednostki dla zwiększenia efektywności działania.

Wskaźniki płynności finansowej i majątkowej w latach 2019-2021.

WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	wskaźnik	wartość wskaźnika w 2019 roku	wartość wskaźnika w 2020 roku	wartość wskaźnika w 2021 roku
	Wskaźnik bieżącej płynności	0,62	0,87	0,77
	Wskaźnik szybkiej płynności	0,55	0,78	0,69

Wskaźnik płynności finansowej Szpitala uległ znacznej poprawie w roku 2021, gdyż ich poziomy to dla płynności bieżącej 0,77 a dla płynności szybkiej 0,69, co oznacza ich wzrost o ponad 25% względem roku 2019. Zaistniała sytuacja jest efektem wzrostu wartości aktywów płynnych w stosunku do zobowiązań krótkoterminowych z powodu zwiększających się kwot należności i środków pieniężnych w stosunku do lat ubiegłych. Jest to pozytywne zjawisko, które jest rezultatem zwiększenia wartości przychodów z tytułu walki z pandemią, co pozwala wyrównać niedobory środków pieniężnych utraconych z realizacji standardowych świadczeń medycznych.

Wskaźniki efektywności w latach 2019-2021

WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	wskaźnik	wartość wskaźnika w 2019 roku	wartość wskaźnika w 2020 roku	wartość wskaźnika w 2021 roku
	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	31	39	41
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	24	20	21

Wskaźniki rotacji majątku wskazują na dobre gospodarowanie majątkiem Szpitala w Łowiczu. Wskaźnik szybkości realizacji należności w roku 2021 wyniósł 41 dni co jest pogorszeniem o 10 dni w stosunku do 2019 roku. Oznacza to realizację należności po 41 dniach od momentu wystawienia należności. Jest to parametr, który można zoptymalizować poprzez szybsze rozliczanie świadczeń medycznych z NFZ, oraz ich szybsze fakturowanie. Wskaźnik rotacji zobowiązań wynosi 21 dni, co interpretujemy jako średni czas spłaty zobowiązań i jest lepszy niż w 2019 roku.

Analiza przyczyn straty netto w roku 2021 doprowadziła do wyodrębnienia poszczególnych czynników:

- coroczny wzrost wynagrodzeń z rozporządzenia MZ bez pełnego zabezpieczenia dodatkowych środków finansowych;
- konkurencja świadczeniodawców w zakresie pozyskiwania kadry medycznej skutkująca wygórowanymi żądaniami płacowymi;
- średnia wieku pielęgniarek i położnych pow. 50 lat;
- wzrost kosztów leków, materiałów medycznych i innych oraz wzrastające koszty usług a w szczególności kosztów mediów;
- obsługa utrzymującej się pandemii COVID-19;
- zła i niestabilna polityka świadczeń medycznych;
- niższe wyceny kontraktu do wzrastających kosztów działalności;
- nieadekwatne do potrzeb zdrowotnych finansowane ze środków publicznych świadczeń gwarantowanych.

10. Analiza sytuacji ekonomiczno-finansowej w okresie styczeń – czerwiec 2022.

Analiza aktywów styczeń – czerwiec 2022

KOD	Wyszczególnienie	AKTYWA		2022.06	
		dane	%		
A.	Aktywa trwałe	27 619 388	83,10%		
A.I.	Wartości niematerialne i prawne	26 162	0,08%		
A.I.1.	Koszty zakończonych prac rozwojowych	0	0,00%		
A.I.2.	Wartość firmy	0	0,00%		
A.I.3.	Inne wartości niematerialne i prawne	26 162	0,08%		
A.I.4.	Zaliczki na wartości niematerialne i prawne	0	0,00%		
A.II.	Rzeczowe aktywa trwałe	27 593 226	83,02%		
A.II.1.	Środki trwałe	24 372 697	73,33%		
A.II.1.a	grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntu)	895 400	2,69%		
A.II.1.b	budynki, lokale, prawa do lokali i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	19 130 380	57,56%		
A.II.1.c	urządzenia techniczne i maszyny	51 583	0,16%		
A.II.1.d	środki transportu	356 897	1,07%		
A.II.1.e	inne środki trwałe	3 938 438	11,85%		
A.II.2.	Środki trwałe w budowie	3 220 529	9,69%		
A.II.3.	Zaliczki na środki trwałe w budowie	0	0,00%		
A.III.	Należności długoterminowe	0	0,00%		
A.III.1.	Od jednostek powiązanych	0	0,00%		
A.III.2.	Od pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0,00%		
A.III.3.	Od pozostałych jednostek	0	0,00%		
A.IV.	Inwestycje długoterminowe	0	0,00%		
A.IV.1.	Nieruchomości	0	0,00%		
A.IV.2.	Wartości niematerialne i prawne	0	0,00%		
A.IV.3.	Długoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%		
A.IV.3.a	w jednostkach powiązanych	0	0,00%		
A.IV.3.a.-	udziały lub akcje	0	0,00%		

A.IV.3.a.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%
A.IV.3.a.-	udzielone pożyczki	0	0,00%
A.IV.3.a.-	inne długoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%
A.IV.3.b.	w pozostałych jednostkach, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0,00%
A.IV.3.b.-	udziały lub akcje	0	0,00%
A.IV.3.b.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%
A.IV.3.b.-	udzielone pożyczki	0	0,00%
A.IV.3.b.-	inne długoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%
A.IV.3.c.	w pozostałych jednostkach	0	0,00%
A.IV.3.c.-	udziały lub akcje	0	0,00%
A.IV.3.c.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%
A.IV.3.c.-	udzielone pożyczki	0	0,00%
A.IV.3.c.-	inne długoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%
A.IV.4.	Inne inwestycje długoterminowe	0	0,00%
A.V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	0	0,00%
A.V.1.	Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	0	0,00%
A.V.2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	0	0,00%
B.	Aktywa obrotowe	5 618 004	16,90%
B.I.	Zapasy	615 404	1,85%
B.I.1.	Materiały	615 404	1,85%
B.I.2.	Półprodukty i produkty w toku	0	0,00%
B.I.3.	Produkty gotowe	0	0,00%
B.I.4.	Towary	0	0,00%
B.I.5.	Zaliczki na dostawy i usługi	0	0,00%
B.II.	Należności krótkoterminowe	3 942 049	11,86%
B.II.1.	Należności od jednostek powiązanych	0	0,00%
B.II.1.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty	0	0,00%
B.II.1.a.-	do 12 miesięcy	0	0,00%
B.II.1.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%
B.II.1.b.	inne	0	0,00%
B.II.2.	Należności od pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0,00%
B.II.2.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	0	0,00%
B.II.2.a.-	do 12 miesięcy	0	0,00%
B.II.2.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%
B.II.2.b.	inne	0	0,00%
B.II.3.	Należności od pozostałych jednostek	3 942 049	11,86%
B.II.3.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	3 878 707	11,67%
B.II.3.a.-	do 12 miesięcy	3 878 707	11,67%
B.II.3.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%
B.II.3.b.	z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	8 346	0,03%
B.II.3.c.	inne	54 996	0,17%
B.II.3.d.	dochodzone na drodze sądowej	0	0,00%
B.III.	Inwestycje krótkoterminowe	673 485	2,03%
B.III.1.	Krótkoterminowe aktywa finansowe	673 485	2,03%
B.III.1.a.	w jednostkach powiązanych	0	0,00%
B.III.1.a.-	udziały lub akcje	0	0,00%
B.III.1.a.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%
B.III.1.a.-	udzielone pożyczki	0	0,00%
B.III.1.a.-	inne krótkoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%
B.III.1.b.	w pozostałych jednostkach	0	0,00%
B.III.1.b.-	udziały lub akcje	0	0,00%
B.III.1.b.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%
B.III.1.b.-	udzielone pożyczki	0	0,00%
B.III.1.b.-	inne krótkoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%
B.III.1.c.	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	673 485	2,03%
B.III.1.c.-	środki pieniężne w kasie i na rachunkach	671 575	2,02%
B.III.1.c.-	inne środki pieniężne	1 910	0,01%
B.III.1.c.-	inne aktywa pieniężne	0	0,00%
B.III.2.	Inne inwestycje krótkoterminowe	0	0,00%

B.IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	387 066	1,16%
C.	Należne wpłaty na kapitał (fundusz) podstawowy	0	0,00%
D.	Udziały (akcje) własne	0	0,00%
	RAZEM AKTYWA	33 237 392	100,00%

Wpływ na zwiększenie wartości aktywów ma pozycja - rzeczowe aktywa trwałe- które wzrosły o 1,9 mil zł do wartości 27,6 mil zł. Zmieniła się nieco struktura aktywów, gdyż aktywa trwałe stanowią 83,1 % całości aktywów. Uległa zmniejszeniu struktura aktywów obrotowych do 16,9%. Zmniejszeniu uległy należności krótkoterminowe o 1,8 mil zł., co świadczy o szybszym regulowaniu należności przez kontrahentów w szczególności NFZ. Szybsze regulowanie należności ma też wpływ na posiadane środki pieniężne na rachunkach, które uległy zwiększeniu o 0,3 mil zł.

Analiza źródeł finansowania majątku styczeń – czerwiec 2022.

PASywa		2022.06	
KOD	Wyszczególnienie	dane	%
A.	Kapitał (fundusz) własny	13 026 272	39,19%
A.I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	36 804 847	110,73%
A.II.	Kapitał (fundusz) zapasowy, w tym:	0	0,00%
A.II.-	<i>nadwyżka wartości sprzedaży (wartości emisyjnej) nad wartością nominalną udziałów (akcji)</i>	0	0,00%
A.III.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny, w tym:	0	0,00%
A.III.-	<i>z tytułu aktualizacji wartości godziwej</i>	0	0,00%
A.IV.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe, w tym:	0	0,00%
A.IV.-	<i>tworzone zgodnie z umową (statutem) spółki</i>	0	0,00%
A.IV.-	<i>na udziały (akcje) własne</i>	0	0,00%
A.V.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-22 512 367	-67,73%
A.V.1.	<i>Zysk (wielkość dodatnia)</i>	0	0,00%
A.V.2.	<i>Strata (wielkość ujemna)</i>	-22 512 367	-67,73%
A.VI.	Zysk (strata) netto	-1 266 208	-3,81%
A.VI.1.	<i>Zysk (wielkość dodatnia)</i>	0	0
A.VI.2.	<i>Strata (wielkość ujemna)</i>	-1 266 208	-3,81%
A.VII.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)	0	0,00%
B.	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	20 211 120	60,81%
B.I.	Rezerwy na zobowiązania	5 350 230	16,10%
B.I.1.	<i>Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego</i>	0	0,00%
B.I.2.	<i>Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne</i>	5 282 508	15,89%
B.I.2.-	<i>długoterminowa</i>	4 429 061	13,33%
B.I.2.-	<i>krótkoterminowa</i>	853 447	2,57%
B.I.3.	<i>Pozostałe rezerwy</i>	67 722	0,20%
B.I.3.-	<i>długoterminowe</i>	0	0,00%
B.I.3.-	<i>krótkoterminowe</i>	67 722	0,20%
B.II.	Zobowiązania długoterminowe	150 000	0,45%
B.II.1.	<i>Wobec jednostek powiązanych</i>	0	0,00%
B.II.2.	<i>Wobec pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale</i>	0	0,00%
B.II.3.	<i>Wobec pozostałych jednostek</i>	150 000	0,45%
B.II.3.a.	<i>kredyty i pożyczki</i>	150 000	0,45%
B.II.3.b.	<i>z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych</i>	0	0,00%
B.II.3.c.	<i>inne zobowiązania finansowe</i>	0	0,00%

B.II.3.d.	zobowiązania wekslowe	0	0,00%
B.II.3.e.	inne	0	0,00%
B.III.	Zobowiązania krótkoterminowe	7 501 145	22,57%
B.III.1.	Zobowiązania wobec jednostek powiązanych	0	0,00%
B.III.1.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	0	0,00%
B.III.1.a.-	do 12 miesięcy	0	0,00%
B.III.1.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%
B.III.1.b.	inne	0	0,00%
B.III.2.	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0
B.III.2.a	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	0	0
B.III.2.a.-	do 12 miesięcy	0	0,00%
B.III.2.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%
B.III.2.b.	inne	0	0,00%
B.III.3.	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek	6 924 265	20,83%
B.III.3.a.	kredyty i pożyczki	50 000	0,15%
B.III.3.b.	z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0	0,00%
B.III.3.c.	inne zobowiązania finansowe	0	0,00%
B.III.3.d.	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	3 187 226	9,59%
B.III.3.d.-	do 12 miesięcy	3 187 226	9,59%
B.III.3.d.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%
B.III.3.e.	zaliczki otrzymane na dostawy i usługi	0	0,00%
B.III.3.f.	zobowiązania wekslowe	0	0,00%
B.III.3.g.	z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	1 799 634	5,41%
B.III.3.h.	z tytułu wynagrodzeń	1 587 861	4,78%
B.III.3.i.	inne	299 544	0,90%
B.III.4.	Fundusze specjalne	576 881	1,74%
B.III.4.-	w tym zakładowy fundusz świadczeń socjalnych (ZFŚS)	0	0,00%
B.IV.	Rozliczenia międzyokresowe	7 209 745	21,69%
B.IV.1.	Ujemna wartość firmy	0	0
B.IV.2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	7 209 745	21,69%
B.IV.2.-	długoterminowe, w tym:	5 533 872	16,65%
	- dotacje z budżetu państwa	0	0,00%
	- dotacje z budżetu jednostki samorządu terytorialnego	0	0,00%
B.IV.2.-	krótkoterminowe, w tym:	1 675 873	5,04%
	- dotacje z budżetu państwa	0	0,00%
	- dotacje z budżetu jednostki samorządu terytorialnego	0	0,00%
	RAZEM PASYWA	33 237 392	100,00%

Ponoszenie strat finansowych netto powoduje sytuację w której kapitał własny ulega dalszemu zmniejszaniu i na 30 czerwca 2022 roku wynosi 13 mil zł. Suma bilansowa wynosi 33,2 mil zł i uległa zwiększeniu o 0,7 mil zł. Wpływ na tą zmianę ma wzrost rozliczeń międzyokresowych o 1,7 mil zł. Uzyskaniem dotacji na inwestycje, które będą rozliczane w okresie trwania amortyzacji. W pozycji zobowiązań krótkoterminowych uległo zmniejszeniu o 0,4 mil zł. Pozytywnym wnioskiem jest brak obciążeń kredytami, co nie generuje kosztów finansowych dla Szpitala, a reguluje swoje zobowiązania z działalności bieżącej.

Analiza Rachunku Zysków i Strat styczeń – czerwiec 2022.

RACHUNEK ZYSKÓW I STRAT		2022.06	
KOD	Wyszczególnienie	dane	%
A.	Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	25 503 677	97,05%
-	od jednostek powiązanych	0	
A.I.	Przychody netto ze sprzedaży produktów	25 116 612	95,58%
A.I.1.	sprzedanych NFZ	24 123 613	91,80%
A.I.2.	sprzedanych Ministerstwu Zdrowia	338 563	1,29%
A.I.3.	sprzedanych pracodawcom	304 420	1,16%
A.I.4.	pozostałych	350 015	1,33%
A.II.	Zmiana stanu produktów (zwiększenie –wartość dodatnia, zmniejszenie –wartość ujemna)	387 066	1,47%
A.III.	Koszty wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki	0	
A.IV.	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	0	
B.	Koszty działalności operacyjnej	27 447 376	99,66%
B.I.	Amortyzacja	1 036 953	3,77%
B.II.	Zużycie materiałów i energii	3 120 819	11,33%
B.II.1.	Materiałów	2 727 912	9,90%
B.II.1.a.	- leków	807 947	2,93%
B.II.1.b.	- żywności	0	
B.II.1.c.	- sprzętu jednorazowego	834 728	3,03%
B.II.1.d.	- odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych	648 841	2,36%
B.II.1.e.	- paliwa (gaz)	145 705	0,53%
B.II.1.f.	- pozostałe	290 691	1,06%
B.II.2.	Energii	392 907	1,43%
B.II.2.a.	- elektrycznej	319 146	1,16%
B.II.2.b.	- ciepłej	73 762	0,27%
B.II.2.c.	- pozostałe	0	
B.III.	Usługi obce	7 797 245	28,31%
B.III.1.	remontowe	159 898	0,58%
B.III.2.	transportowe	20 790	0,08%
B.III.3.	medyczne obce (umowy cywilno-prawne, prace wykonane przez laboratoria itp.)	6 552 679	23,79%
B.III.4.	pozostałe usługi	1 063 880	3,86%
B.IV.	Podatki i opłaty	117 295	0,43%
	w tym podatek akcyzowy	0	
B.V.	Wynagrodzenia	12 405 772	45,04%
B.V.1.	wynagrodzenia ze stosunku pracy	11 315 107	41,08%
B.V.2.	wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło	1 090 666	3,96%
B.V.3.	wynagrodzenia pozostałe	0	
B.VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	2 790 086	10,13%
	- składki na ubezpieczenia społeczne	2 044 340	7,42%
	- składki na fundusz pracy	171 869	0,62%
	- składki na Fundusz Emerytur Pomostowych	7 636	0,03%
B.VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	179 204	0,65%
	- w tym podróże służbowe	1 349	0,00%
B.VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0	
C.	Zysk (strata) ze sprzedaży (A–B)	-1 943 699	154,05%
D.	Pozostałe przychody operacyjne	775 556	2,95%
D.I.	Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	100	
D.II.	Dotacje, w tym:		0,00%
	- dotacje z budżetu państwa	0	
	- dotacje z jednostek samorządu terytorialnego		
D.III.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych		
D.IV.	Inne przychody operacyjne, w tym:	775 456	2,95%
	- bezzwrotne środki zagraniczne	0	
	- równowartość rocznych odpisów amortyzacyjnych środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych sfinansowanych z dotacji celowych	0	
E.	Pozostałe koszty operacyjne	90 497	0,33%
E.I.	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0	0,00%

E.II.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych		0,00%
E.III.	Inne koszty operacyjne	90 497	0,33%
F.	Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	-1 258 640	99,75%
G.	Przychody finansowe	230	0,00%
G.I.	Dywidendy i udziały w zyskach, w tym:	0	
G.I.a.	od jednostek powiązanych	0	
G.I.a.-	w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	
G.I.b.	od jednostek pozostałych, w tym:	0	
G.I.b.-	w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	
G.II.	Odsetki	230	0,00%
G.II.-	w tym od jednostek powiązanych	0	
G.III.	Zysk z tytułu rozchodu aktywów finansowych, w tym:	0	
G.III.-	w jednostkach powiązanych	0	
G.IV.	Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	
G.V.	Inne	0	
H.	Koszty finansowe	3 343	0,01%
H.I.	Odsetki, w tym:	3 343	0,01%
H.I.-	dla jednostek powiązanych	0	
H.II.	Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych, w tym:	0	
H.II.-	w jednostkach powiązanych	0	
H.III.	Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	
H.IV.	Inne		0,00%
I.	Zysk (strata) brutto (F+G-H)	-1 261 753	
J.	Podatek dochodowy	4 455	
K.	Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)	0	
L.	Zysk (strata) netto (I-J-K)	-1 266 208	

Szpital w Łowiczu za okres 6 miesięcy roku 2022 zanotował stratę netto w wysokości 1,2 mil zł. Jednostka nie ma możliwości wyjścia ze straty z powodu zmian jakie zachodzą na rynku medycznym i jego otoczenia w którym działa. Dalej mamy w kraju stan zagrożenia epidemiologicznego w związku z tym występuje prawdopodobieństwo, iż pacjenci, którzy powinni być leczeni w ZOZ Łowicz ze względu na wykrycie stanu covidowego są odsyłani do innych szpitali z przyczyn formalnych.

Poniżej zostały przedstawione grupy wskaźników: rentowności, zadłużenia, płynności oraz sprawności działania na dzień 30.06.2022 roku.

ANALIZA WSKAŹNIKOWA I PUNKTOWA SYTUACJI FINANSOWEJ za rok 2022.06

Lp.	Wskaźniki	Metoda ustalenia	Przedziały wartości	Ocena punktowa	Wskaźnik	Ocena
1	2	3	4	5	6	7
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI						
1.	Zyskowności netto	$\frac{\text{wynik netto} \times 100\%}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne} + \text{przychody finansowe}}$	poniżej 0,0 % od 0,0% do 2,0 % powyżej 2,0% do 4,0% powyżej 4,0%	0 3 4 5	-4,89%	0
2.	Zyskowności działalności operacyjnej	$\frac{\text{wynik z działalności operacyjnej} \times 100\%}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów} + \text{pozostałe przychody operacyjne}}$	poniżej 0,0 % od 0,0% do 3,0 % powyżej 3,0% do 5,0% powyżej 5,0%	0 3 4 5	-4,86%	0
3.	Zyskowność aktywów	$\frac{\text{wynik netto} \times 100\%}{\text{Średni stan aktywów}}$	poniżej 0,0 % powyżej 0,0% do 2,0 % powyżej 2,0% do 4,0% powyżej 4,0%	0 3 4 5	-3,85%	0
RAZEM WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI			Maksymalna ocena pkt.	15	Uzyskane pkt.	0

Szpital osiągnął za I półrocze 2022 roku stratę netto w wysokości 1,2 mil zł i tym samym wskaźniki zyskowności będą poniżej zera. Ta tendencja utrzyma się do końca tego roku, z powodu rozpoczętej spirali podwyżek nośników energii i wzrostu wynagrodzeń.

II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI						
1.	Płynności bieżącej	$\frac{\text{aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy - krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne)}}{\text{zobowiązania krótkoterminowe - zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe}}$	poniżej 0,6 od 0,60 do 1,00 powyżej 1,00 do 1,50 powyżej 1,5 do 3,00 powyżej 3,00 lub jeżeli zobowiązania krótkoterminowe = 0 zł	0 4 8 12 10	0,62	4
2.	Płynności szybkiej	$\frac{\text{aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy - krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) - zapasy}}{\text{zobowiązania krótkoterminowe - zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe}}$	poniżej 0,50 powyżej 0,50 do 1,00 powyżej 1,00 do 2,50 powyżej 2,50 lub jeżeli zobowiązania krótkoterminowe = 0 zł	0 8 13 10	0,55	8
RAZEM WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI			Maksymalna ocena pkt.	25	Uzyskane pkt.	12

Wskaźnik płynności pozostał na tym samym poziomie co na koniec roku 2021. Zobowiązania krótkoterminowe pozostają na tym samym poziomie wraz z należnościami, dlatego wartości nie wpłynęły na ocenę wskaźnika.

III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI						
1.	Rotacji należności (w dniach)	$\frac{\text{średni stan należności z tytułu dostaw i usług} \times \text{liczba dni w okresie (365)}}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów}}$	poniżej 45 dni od 45 dni do 60 dni od 61 dni do 90 dni powyżej 90 dni	3 2 1 0	35	3
2.	Rotacji zobowiązań (w dniach)	$\frac{\text{średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług} \times \text{liczba dni w okresie (365)}}{\text{przychody netto ze sprzedaży produktów} + \text{przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów}}$	do 60 dni od 61 dni do 90 dni powyżej 90 dni	7 4 0	23	7
RAZEM WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI			Maksymalna ocena pkt.	10	Uzyskane pkt.	10

Szpital utrzymuje relatywnie dobre parametry w zakresie rotacji należności i zobowiązań. Rotacja należności spadła z 41 dni do 35 dni za pierwsze półrocze 2022 roku natomiast zobowiązania wzrosły z 21 na 23 dni co rodzi ryzyko nieterminowości w tym zakresie. W tym miejscu należy wprowadzić proces analityczny odpowiadający regulowaniu zobowiązań w terminie.

IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA						
1.	Zadłużenia aktywów %	$\frac{(\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}) \times 100\%}{\text{aktywa razem}}$	poniżej 40 % od 40% do 60% powyżej 60% do 80% powyżej 80%	10 8 3 0	39%	10
2.	Wypłacalności	$\frac{\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}}{\text{fundusz własny}}$	od 0,00 do 0,50 od 0,51 do 1,00 od 1,01 do 2,00 od 2,01 do 4,00 powyżej 4,00 lub poniżej 0,00	10 8 6 4 0	1,00	8
RAZEM WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA			Maksymalna ocena pkt.	20	Uzyskane pkt.	18
SUMA UZYSKANYCH PUNKTÓW						40

Szpital finansuje swoją działalność poprzez kapitały obce. Wskaźnik zadłużenia pozostaje na tym samym poziomie co w roku ubiegłym.

II.II Prognoza sytuacji finansowej na lata 2022-2024

1. Przyjęte założenia makroekonomiczne

Poniższe wskaźniki makroekonomiczne zostały przygotowane zgodnie z NBP.

Wskaźniki	2022	2023	2024
Wskaźnik inflacji CPI	14,2	12,3	4,1
Wskaźnik wzrostu wynagrodzeń w gospodarce narodowej	110,7	109,4	106,1
Wskaźnik stóp procentowych	6,75%	7,50%	3,50%

W prognozie finansowej na lata 2022-2024 uwzględniono wpływ wskaźników inflacyjnych według poniższych kryteriów: nałożono ich wartość na koszty zmienne oraz koszty stałe według wskaźnika inflacji CPI, tak żeby odzwierciedlić realną wartość kosztów ponoszonych do wykonania przychodów. Wskaźnikami objęto wszystkie koszty stałe, w tym część materiałów, usług obcych oraz pozostałych kosztów rodzajowych. Koszty zmienne zostały prognozowane przy uwzględnieniu wskaźnika przychodowego, według relacji udziału kosztów do przychodów z roku 2021, oraz przy uwzględnieniu redukcji kosztów zużycia materiałów z tytułu wprowadzania systemu controllingu i budżetowania. Podstawowym założeniem jest zmniejszenie zużycia kosztów przy jednoczesnym wzroście kosztu jednostkowego dotyczącego mediów.

2. Założenia przychodowe

Okresem estymacji prognostycznej w zakresie przychodów jest rok 2021 i pierwsze półrocze 2022 roku jak również lata następne. Wzrost przychodów został oparty o wskaźnik inflacji. W przypadku potrzeby finansowania zewnętrznego zalecane jest wprowadzenie polityki zarządzania długiem i płynnością finansową co pozwoli na ewentualne korzyści.

3. Założenia kosztowe

Prognoza została wykonana na bazie roku 2021 oraz pierwszych 6 miesięcy roku 2022, szacując udział kosztów zmiennych w relacji do planowanego wzrostu przychodów. Niemniej jednak udział tych kosztów do przychodów jest utrzymany na podobnym poziomie jak w roku 2021 pomimo, iż wartościowo one rosną adekwatnie do wzrostów przychodów.

- Amortyzacja została zaplanowana na bazie posiadanych środków trwałych przez szpital przy uwzględnieniu planowanego ich stopnia zużycia.
- Koszty zużycia materiałów są dodatkowo pomniejszone o planowane wprowadzenie działania systemu budżetowania i controllingu, co powinno wpłynąć na ich redukcję.
- Koszty wynagrodzeń zaplanowane są adekwatnie do Zarządzenia MZ w sprawie uregulowań wynagrodzeń w podmiotach leczniczych.

4. Prognoza bilansu oraz rachunku zysków i strat w okresie 2022-2024.

Prognoza aktywów w latach 2022-2024.

KOD	AKTYWA	prognoza 2022		prognoza 2023		prognoza 2024	
		dane	%	dane	%	dane	%
A.	Aktywa trwałe	26 126 707	76,58%	25 795 400	76,06%	24 705 400	74,31%
A.I.	Wartości niematerialne i prawne	1 461 114	4,28%	550 000	1,62%	100 000	0,30%
A.I.1.	Koszty zakończonych prac rozwojowych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.I.2.	Wartość firmy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.I.3.	Inne wartości niematerialne i prawne	1 461 114	4,28%	550 000	1,62%	100 000	0,30%
A.I.4.	Zaliczki na wartości niematerialne i prawne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.II.	Rzeczowe aktywa trwałe	24 665 593	72,30%	25 245 400	74,44%	24 605 400	74,01%
A.II.1.	Środki trwałe	24 534 037	71,91%	24 745 400	72,96%	24 355 400	73,26%
A.II.1.a	grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntu)	895 400	2,62%	895 400	2,64%	895 400	2,69%
A.II.1.b	budynki, lokale, prawa do lokali i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	19 268 316	56,48%	19 300 000	56,91%	19 000 000	57,15%
A.II.1.c	urządzenia techniczne i maszyny	452 352	1,33%	300 000	0,88%	300 000	0,90%
A.II.1.d	środki transportu	317 760	0,93%	250 000	0,74%	160 000	0,48%
A.II.1.e	inne środki trwałe	3 600 209	10,55%	4 000 000	11,79%	4 000 000	12,03%
A.II.2.	Środki trwałe w budowie	131 556	0,39%	500 000	1,47%	250 000	0,75%
A.II.3.	Zaliczki na środki trwałe w budowie	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.III.	Należności długoterminowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.III.1.	Od jednostek powiązanych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.III.2.	Od pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.III.3.	Od pozostałych jednostek	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.	Inwestycje długoterminowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.1.	Nieruchomości	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.2.	Wartości niematerialne i prawne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.	Długoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.a	w jednostkach powiązanych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.a.-	udziały lub akcje	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.a.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.a.-	udzielone pożyczki	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.a.-	inne długoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.b.	w pozostałych jednostkach, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.b.-	udziały lub akcje	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.b.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.b.-	udzielone pożyczki	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.b.-	inne długoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.c.	w pozostałych jednostkach	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.c.-	udziały lub akcje	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.c.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.c.-	udzielone pożyczki	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.3.c.-	inne długoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.4.	Inne inwestycje długoterminowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.V.1.	Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.V.2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.	Aktywa obrotowe	7 990 000	23,42%	8 120 000	23,94%	8 540 000	25,69%
B.I.	Zapasy	1 000 000	2,93%	900 000	2,65%	900 000	2,71%
B.I.1.	Materiały	1 000 000	2,93%	900 000	2,65%	900 000	2,71%
B.I.2.	Półprodukty i produkty w toku	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.I.3.	Produkty gotowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.I.4.	Towary	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.I.5.	Zaliczki na dostawy i usługi	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.	Należności krótkoterminowe	6 270 000	18,38%	6 500 000	19,17%	6 800 000	20,45%
B.II.1.	Należności od jednostek powiązanych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.1.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.1.a.-	do 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.1.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.1.b.	inne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.2.	Należności od pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

B.II.2.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.2.a.-	do 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.2.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.2.b.	inne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.3.	Należności od pozostałych jednostek	6 270 000	18,38%	6 500 000	19,17%	6 800 000	20,45%
B.II.3.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	6 200 000	18,17%	6 400 000	18,87%	6 700 000	20,15%
B.II.3.a.-	do 12 miesięcy	6 200 000	18,17%	6 400 000	18,87%	6 700 000	20,15%
B.II.3.a.-	powyżej 12 miesięcy		0,00%		0,00%		0,00%
B.II.3.b.	z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.3.c.	inne	70 000	0,21%	100 000	0,29%	100 000	0,30%
B.II.3.d.	dochodzone na drodze sądowej	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.	Inwestycje krótkoterminowe	720 000	2,11%	720 000	2,12%	840 000	2,53%
B.III.1.	Krótkoterminowe aktywa finansowe	720 000	2,11%	720 000	2,12%	840 000	2,53%
B.III.1.a.	w jednostkach powiązanych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.a.-	udziały lub akcje	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.a.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.a.-	udzielone pożyczki	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.a.-	inne krótkoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.b.	w pozostałych jednostkach	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.b.-	udziały lub akcje	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.b.-	inne papiery wartościowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.b.-	udzielone pożyczki	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.b.-	inne krótkoterminowe aktywa finansowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.c.	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	720 000	2,11%	720 000	2,12%	840 000	2,53%
B.III.1.c.-	środki pieniężne w kasie i na rachunkach	720 000	2,11%	720 000	2,12%	840 000	2,53%
B.III.1.c.-	inne środki pieniężne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.c.-	inne aktywa pieniężne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.2.	Inne inwestycje krótkoterminowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
C.	Należne wpłaty na ka[pitał (fundusz) podstawowy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
D.	Udziały (akcje) własne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	RAZEM AKTYWA	34 116 707	100,00%	33 915 400	100,00%	33 245 400	100,00%

Prognoza pasywów w latach 2022-2024

KOD	PASywa	prognoza 2022		prognoza 2023		prognoza 2024	
		dane	%	dane	%	dane	%
A.	Kapitał (fundusz) własny	13 374 633	39,20%	11 057 633	32,60%	8 927 633	26,85%
A.I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	38 887 000	113,98%	41 100 000	121,18%	43 000 000	129,34%
A.II.	Kapitał (fundusz) zapasowy, w tym:	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.II.-	nadwyżka wartości sprzedaży (wartości emisyjnej) nad wartościami nominalną udziałów (akcji)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.III.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny, w tym:	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.III.-	z tytułu aktualizacji wartości godziwej	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe, w tym:	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.-	tworzone zgodnie z umową (statutem) spółki	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.IV.-	na udziały (akcje) własne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.V.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-22 512 367	-65,99%	-25 512 367	-75,22%	-30 042 367	-90,37%
A.V.1.	Zysk (wielkość dodatnia)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
A.V.2.	Strata (wielkość ujemna)	-22 512 367	-65,99%	-25 512 367	-75,22%	-30 042 367	-90,37%
A.VI.	Zysk (strata) netto	-3 000 000	-8,79%	-4 530 000	-13,36%	-4 030 000	-12,12%
A.VI.1.	Zysk (wielkość dodatnia)	0	0	0	0	0	0
A.VI.2.	Strata (wielkość ujemna)	-3 000 000	-8,79%	-4 530 000	-13,36%	-4 030 000	-12,12%
A.VII.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.	Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	20 742 074	60,80%	22 857 767	67,40%	24 317 767	73,15%
B.I.	Rezerwy na zobowiązania	5 108 777	14,97%	5 507 767	16,24%	5 717 767	17,20%
B.I.1.	Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.I.2.	Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	5 040 162	14,77%	5 407 767	15,94%	5 417 767	16,30%
B.I.2.-	długoterminowa	3 843 208	11,26%	3 698 424	10,90%	3 871 300	11,64%
B.I.2.-	krótkoterminowa	1 196 954	3,51%	1 709 343	5,04%	1 546 467	4,65%
B.I.3.	Pozostałe rezerwy	68 615	0,20%	100 000	0,29%	300 000	0,90%
B.I.3.-	długoterminowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.I.3.-	krótkoterminowe	68 615	0,20%	100 000	0,29%	300 000	0,90%
B.II.	Zobowiązania długoterminowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.1.	Wobec jednostek powiązanych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%

B.II.2.	Wobec pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.3.	Wobec pozostałych jednostek	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.3.a.	kredyty i pożyczki	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.3.b.	z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.3.c.	inne zobowiązania finansowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.3.d.	zobowiązania wekslowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.II.3.e.	inne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.	Zobowiązania krótkoterminowe	8 660 000	25,38%	10 250 000	30,22%	11 100 000	33,39%
B.III.1.	Zobowiązania wobec jednostek powiązanych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.a.-	do 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.1.b.	inne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.2.	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0	0	0	0	0
B.III.2.a.	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	0	0	0	0	0	0
B.III.2.a.-	do 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.2.a.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.2.b.	inne	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.3.	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek	8 560 000	25,09%	10 100 000	29,78%	10 950 000	32,94%
B.III.3.a.	kredyty i pożyczki	150 000	0,44%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.3.b.	z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.3.c.	inne zobowiązania finansowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.3.d.	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	3 970 000	11,64%	4 500 000	13,27%	4 600 000	13,84%
B.III.3.d.-	do 12 miesięcy	3 970 000	11,64%	4 500 000	13,27%	4 600 000	13,84%
B.III.3.d.-	powyżej 12 miesięcy	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.3.e.	zaliczki otrzymane na dostawy i usługi	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.3.f.	zobowiązania wekslowe	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.III.3.g.	z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	2 140 000	6,27%	2 600 000	7,67%	3 100 000	9,32%
B.III.3.h.	z tytułu wynagrodzeń	2 100 000	6,16%	2 700 000	7,96%	2 900 000	8,72%
B.III.3.i.	inne	200 000	0,59%	300 000	0,88%	350 000	1,05%
B.III.4.	Fundusze specjalne	100 000	0,29%	150 000	0,44%	150 000	0,45%
B.III.4.-	w tym zakładowy fundusz świadczeń socjalnych (ZFŚS)	100 000	0,29%	150 000	0,44%	150 000	0,45%
B.IV.	Rozliczenia międzyokresowe	6 973 297	20,44%	7 100 000	20,93%	7 500 000	22,56%
B.IV.1.	Ujemna wartość firmy	0	0	0	0	0	0
B.IV.2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	6 973 297	20,44%	7 100 000	20,93%	7 500 000	22,56%
B.IV.2.-	długoterminowe, w tym:	5 568 401	16,32%	4 600 000	13,56%	4 600 000	13,84%
	- dotacje z budżetu państwa	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	- dotacje z budżetu jednostki samorządu terytorialnego	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
B.IV.2.-	krótkoterminowe, w tym:	1 404 896	4,12%	2 500 000	7,37%	2 900 000	8,72%
	- dotacje z budżetu państwa	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	- dotacje z budżetu jednostki samorządu terytorialnego	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
	RAZEM PASywa	34 116 707	100,00%	33 915 400	100,00%	33 245 400	100,00%

Prognoza Rachunku Zysków i Strat w latach 2022-2024.

	Rachunek Zysków i Strat Prognoza	prognoza 2022	prognoza 2023	prognoza 2024
KOD	Wyszczególnienie	dane	dane	dane
A.	Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:	53 750 000	57 950 000	61 620 000
-	od jednostek powiązanych	0	0	0
A.I.	Przychody netto ze sprzedaży produktów	53 750 000	57 950 000	61 620 000
A.I.1.	sprzedanych NFZ	51 000 000	54 550 000	58 000 000
A.I.2.	sprzedanych Ministerstwu Zdrowia	640 000	650 000	650 000
A.I.3.	sprzedanych pracodawcom	1 790 000	2 400 000	2 600 000
A.I.4.	pozostałych	320 000	350 000	370 000
A.II.	Zmiana stanu produktów (zwiększenie –wartość dodatnia, zmniejszenie –wartość ujemna)	0	0	0
A.III.	Koszty wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki	0	0	0
A.IV.	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	0	0	0
B.	Koszty działalności operacyjnej	59 270 000	65 140 000	68 310 000
B.I.	Amortyzacja	2 500 000	3 200 000	2 800 000
B.II.	Zużycie materiałów i energii	6 000 000	6 550 000	6 800 000
B.II.1	Materiałów	4 700 000	5 050 000	5 200 000

B.II.1.a.	- leków	1 500 000	1 600 000	1 700 000
B.II.1.b.	- żywności	0	0	0
B.II.1.c.	- sprzętu jednorazowego	1 500 000	1 650 000	1 700 000
B.II.1.d.	- odczynników chemicznych i materiałów diagnostycznych	1 100 000	1 200 000	1 200 000
B.II.1.e.	- paliwa (gaz)	200 000	200 000	200 000
B.II.1.f.	- pozostałe	400 000	400 000	400 000
B.II.2.	Energii	1 300 000	1 500 000	1 600 000
B.II.2.a	- elektrycznej	800 000	800 000	900 000
B.II.2.b.	- ciepłej	500 000	700 000	700 000
B.II.2.c.	- pozostałe		0	0
B.III.	Usługi obce	16 200 000	17 860 000	18 250 000
B.III.1.	remontowe	320 000	350 000	380 000
B.III.2.	transportowe	50 000	60 000	70 000
B.III.3.	medyczne obce (umowy cywilno-prawne, prace wykonane przez laboratoria itp.)	12 960 000	14 300 000	14 700 000
B.III.4.	pozostałe usługi	2 870 000	3 150 000	3 100 000
B.IV.	Podatki i opłaty	160 000	200 000	220 000
	w tym podatek akcyzowy	0	0	0
B.V.	Wynagrodzenia	28 400 000	30 800 000	33 200 000
B.V.1.	wynagrodzenia ze stosunku pracy	26 000 000	28 400 000	30 500 000
B.V.2.	wynagrodzenia z umów zleceń i o dzieło	2 400 000	2 400 000	2 700 000
B.V.3.	wynagrodzenia pozostałe	0		
B.VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	5 800 000	6 300 000	6 800 000
	- składki na ubezpieczenia społeczne	4 500 000	4 900 000	5 300 000
	- składki na fundusz pracy	400 000	430 000	460 000
	- składki na Fundusz Emerytur Pomostowych	17 000	19 000	21 000
B.VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	210 000	230 000	240 000
	- w tym podróże służbowe			
B.VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów	0	0	0
C.	Zysk (strata) ze sprzedaży (A-B)	-5 520 000	-7 190 000	-6 690 000
D.	Pozostałe przychody operacyjne	2 590 000	2 730 000	2 730 000
D.I.	Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	20 000	30 000	30 000
D.II.	Dotacje, w tym:	1 000 000	1 000 000	1 000 000
	- dotacje z budżetu państwa	0	0	0
	- dotacje z jednostek samorządu terytorialnego			
D.III.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych			
D.IV.	Inne przychody operacyjne, w tym:	1 570 000	1 700 000	1 700 000
	- bezzwrotne środki zagraniczne	0	0	0
	- równowartość rocznych odpisów amortyzacyjnych środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych sfinansowanych z dotacji celowych	0	0	0
E.	Pozostałe koszty operacyjne	50 000	50 000	50 000
E.I.	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0
E.II.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0
E.III.	Inne koszty operacyjne	50 000	50 000	50 000
F.	Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	-2 980 000	-4 510 000	-4 010 000
G.	Przychody finansowe	10 000	10 000	10 000
G.I.	Dywidendy i udziały w zyskach, w tym:	0	0	0
G.I.a.-	od jednostek powiązanych	0	0	0
G.I.a.-	w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0	0
G.I.b.	od jednostek pozostałych, w tym:	0	0	0
G.I.b.-	w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0	0	0
G.II.	Odsetki	10 000	10 000	10 000
G.II.-	w tym od jednostek powiązanych	0	0	0
G.III.	Zysk z tytułu rozchodu aktywów finansowych, w tym:	0	0	0
G.III.-	w jednostkach powiązanych	0	0	0
G.IV.	Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0
G.V.	Inne	0	0	0
H.	Koszty finansowe	30 000	30 000	30 000
H.I.	Odsetki, w tym:	30 000	30 000	30 000
H.I.-	dla jednostek powiązanych	0	0	0
H.II.	Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych, w tym:	0	0	0
H.II.-	w jednostkach powiązanych	0	0	0
H.III.	Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0
H.IV.	Inne	0		0
I.	Zysk (strata) brutto (F+G-H)	-3 000 000	-4 530 000	-4 030 000
J.	Podatek dochodowy	0	0	0
K.	Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)	0	0	0
L.	Zysk (strata) netto (I-J-K)	-3 000 000	-4 530 000	-4 030 000

Lp.	Wyszczególnienie	dane	dane	dane
1	Suma Przychodów	56 350 000	60 690 000	64 360 000
2	Suma Kosztów	59 350 000	65 220 000	68 390 000
EBITDA		-3 020 000	-3 990 000	-3 890 000

Szacowanie przychodów odbywało się na analizie kontraktu za 2021 rok i pierwsze półrocze 2022 roku. Przyjęto zasadę utrzymania poziomu kontraktu z NFZ w niezmienionych zakresach wykonywania świadczeń medycznych i przy jednoczesnym wzroście wycen procedur medycznych.

Kontrakt z NFZ w roku 2022 wzrośnie 5% do 2021 roku w 2023 o 7% do 2022 a w 2024 o 6% do 2023. Zaplanowano wzrost o 145% sprzedaży na rzecz jednostek POZ i rynkiem komercyjnym w wyniku zakończenia okresu pandemii i powrotu do normalnej pracy bez ograniczeń pandemicznych.

W następnym roku przyjęto wzrost w tej samej grupie odbiorców świadczeń medycznych o 34% z uwzględnieniem możliwości przeprowadzenia kampanii marketingowej. Amortyzacja wynika z planu amortyzacji w następnych latach opartych na posiadanych środkach trwałych będących w użytkowaniu Szpitala.

Zużycie materiałów opracowano metodą w stosunku do przychodów, zweryfikowano pozycje kosztowe o wprowadzenie analizy kosztów na bazie procedur controllingowych, co ma przynieść oszczędności w zużyciu materiałów, sprzętu jednorazowego i odczynników chemicznych. Przyjęto prognozę zużycia energii cieplnej i elektrycznej w związku z wprowadzeniem stałych cen dla sektora ochrony zdrowia. Usługi obce w pozycji usługi medyczne będą rosły o 12% z powodu braku personelu lekarskiego.

Estymacja wynagrodzeń została opracowana na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia o wzroście wynagrodzeń obowiązujące od dnia 1 lipca 2022 roku.

Rekomendacja.

Szersza ilość przeprowadzanych badań laboratoryjnych przy zużyciu porównywalnej ilości odczynników przyniesie oszczędności i wzrośnie opłacalność laboratorium. Wprowadzenie jednostki controllingowej pozwoli na opracowanie „wczesnych ostrzeżeń i rekomendacji” w poszczególnych pozycjach bilansowych. Ze względu na

wysoki wskaźnik w grupie środków trwałych jakim są budynki, należy przeprowadzić analizę w kierunku wykorzystania tego zasobu jako ewentualnych przychodów dla Szpitala również poza NFZ, przy czym należy zwrócić szczególną uwagę na proces wyceny z tego obszaru.

5. Analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych w okresie 2022-2024.

Grupa	Wskaźniki	prognoza 2022		prognoza 2023		prognoza 2024	
		Wskaźnik	Ilość punktów	Wskaźnik	Ilość punktów	Wskaźnik	Ilość punktów
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-5,32%	0	-7,46%	0	-6,26%	0
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-5,29%	0	-7,43%	0	-6,23%	0
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-8,91%	0	-13,32%	0	-12,00%	0
			0		0		0

II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	Wskaźnik bieżącej płynności	0,80	4	0,67	4	0,66	4
	Wskaźnik szybkiej płynności	0,70	8	0,60	8	0,59	8
			12		12		12

III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	35	3	40	3	39	3
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	24	7	27	7	27	7
			10		10		10

IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	40%	8	46%	8	51%	8
	Wskaźnik wypłacalności	1,03	6	1,43	6	1,88	6
			14		14		14

łączna wartość punktów	36	36	36
------------------------	----	----	----

Max liczba punktów	70	70	70
--------------------	----	----	----

Wskaźniki wyliczone na podstawie prognozowanych danych na lata 2022 - 2024 mieszczą się w przedziałach jakie były za lata 2019 do 2021.

Wskaźnik zyskowności jest na poziomie poniżej zera. Gradacja wskaźnika jest uzależniona od wypracowanego wyniku finansowego w danym roku, a założenia na lata 2022 – 2024 zakładają wynik finansowy na poziomie ujemnym.

Wskaźnik płynności pozostaje na poziomie w granicach od 0,8 do 0,66 dla wskaźnika bieżącej płynności, a dla płynności szybkiej w granicach 0,7 do 0,59.

Wskaźnik efektywności na który składają się dwa wskaźniki rotacji należności i zobowiązań zakładają wzrost wskaźnika rotacji należności ze względu na wzrosty należności i zobowiązań latach 2022-2024.

Wskaźnik zadłużenia aktywów wykazuje tendencję wzrostową, od 40% w roku 2022 do 51% w roku 2024, z powodu większego udziału w finansowaniu aktywów poprzez zobowiązania. Wskaźnik wypłacalności odzwierciedla stan pokrycia zobowiązań funduszem własnym.

II.III ANALIZA ZARZĄDCZO OPERACYJNA.

1. Charakterystyka Struktury organizacyjnej szpitala;

Dostosowanie modelu organizacyjnego do rodzaju i kierunku, w którym podąża dany podmiot, wiąże się z posiadaniem odpowiedniej wiedzy i umiejętności patrzenia w jego przyszłość. Zwłaszcza w dużych podmiotach, gdzie konsekwentne rozdzielanie zadań między pracowników jest koniecznym działaniem dla sprawnego i skutecznego rozwoju działalności w tym przypadku działalności leczniczej.

Dobrze funkcjonująca struktura podmiotu – szczególnie podmiotu szpitalnego - składa się z nieodłącznych 3 elementów syntetycznych:

- **schemat organizacyjny** - model struktury organizacyjnej podmiotu w przedstawieniu graficznym;

- **regulamin organizacyjny** - dokument regulujący zasady funkcjonowania i hierarchię w zakładzie pracy;
- **opis stanowisk pracy** — wytyczne dla poszczególnych pracowników, zakres ich kompetencji i obowiązków;

Prowadzenie działalności podmiotu leczniczego wiąże się z dużą odpowiedzialnością za zarząd, działalność operacyjną jak i zatrudnionych pracowników – zarówno w obszarze medycznym jak i pomocniczym. Szczególnie widoczne jest to w większych podmiotach leczniczych, w których odpowiednia struktura organizacyjna zapobiega powstawaniu zakłóceń i precyzuje zakres zadań oraz kompetencje każdego z zatrudnionych. Wyzwanie to wymaga predyspozycji koncepcyjnych, pozwalających na przewidywanie skutków podejmowanych działań, ale też znajomości możliwości zarządu, jak i potencjału prowadzonego podmiotu.

Zatem struktura organizacyjna podmiotu to ogół zależności hierarchicznych i funkcjonalnych zachodzący między poszczególnymi stanowiskami, działami, komórkami oraz jednostkami wyższego stopnia. Pomaga w formalnym rozdzieleniu zadań oraz upoważnień między elementy organizacyjne. Zapewnia sprawniejszy przepływ informacji oraz podaje zakres odpowiedzialności, którym objęci są pracownicy na poszczególnych szczeblach. Buduje odpowiednie relacje.

Zastosowanie odpowiedniej struktury umożliwia osiągnięcie lepszych wyników w dużych i rozwiniętych organizacjach, co niewątpliwie wpływa na jakość wykonywanych usług szczególnie usług medycznych w obszarze szpitalnictwa.

Struktury organizacyjne można podzielić pod względem kilku kryteriów. Jednym z nich jest rozpiętość i zasięg kierowania. Pierwszy termin oznacza ilość pracowników podległych jednemu przełożonemu w sposób bezpośredni, natomiast drugi liczbę zatrudnionych zależnych od danego menedżera w sposób pośrednio. W tej kategorii wyróżnić można strukturę płaską, i strukturę smukłą.

Struktura płaska organizacji cechuje się małą liczbą kierowników i dużą rozpiętością.

Struktura smukła organizacji charakteryzuje się dużym wolumenem szczebli w obszarze zarządzania.

Struktura organizacyjna — klasyczny podział

Można wskazać trzy główne typy klasycznej struktury organizacyjnej podmiotu.

Pierwsza to **struktura linowa organizacji**. Charakteryzuje się prostotą i jasnym ustaleniem zakresu uprawnień oraz zadań między pracownikami. Jako druga w kolejności jest **struktura funkcjonalna organizacji**. Charakteryzuje się tym, że jeden pracownik może być podległy więcej niż jednemu kierownikowi na tym samym szczeblu. Trzecim typem jest **struktura linowo-sztabowa** organizacji, charakteryzująca się obecnością funkcjonalnych komórek sztabowych, czyli zespołów eksperckich.

Oprócz wyżej wymienionych istnieją także inne struktury organizacyjne jak np.: dywizjonalna, macierzowa, procesowa, sieciowa i wiele innych co oznacza, że nie istnieje jedna idealna struktura organizacyjna danego podmiotu, która zapewni bezpieczeństwo funkcjonowania i rozwoju oraz rozwiąże każdy problem. Ten wybór jest indywidualny dla każdej organizacji – również dla szpitala. Strukturę wdrożoną w organizacji należy przekształcać wraz ze zmianą warunków, a także kontrolować jej wpływ na prawidłową pracę jednostki. Struktura organizacyjna to główny filar każdego aktywnego podmiotu. Należy zaznaczyć, że obszar ten jest priorytetem szczególnie w jednostkach szpitalnych ponieważ „klientem” organizacji jest pacjent. Oznacza to, że zatrudniony personel codziennie ma mieć ustabilizowaną wiedzę jak ma się poruszać po szpitalnym „szkieletcie organizacyjnym”.

Prawidłowość w poruszaniu się wg value mappingu organizacyjnego pozwala osiągnąć zamierzone cele, a tym samym szpital może utrzymać się na bardzo wysokim poziomie jakościowym w swoich usługach. Tym bardziej jest to ważny aspekt, ponieważ na dzień dzisiejszy szpitale będą musiały zmierzyć się z ustawą jakościową którą będą musiały zaimplementować do swoich jednostek wstępnie od 2023 roku. Ta ustawa jest postrzegana przez Ministerstwo Zdrowia jako jedna z najważniejszych regulacji dla systemu ochrony zdrowia w Polsce, a celem tego aktu prawnego jest budowanie jakości rozumianej jako **kultura dbania o bezpieczeństwo pacjenta**. Projektowana ustawa nakłada na szpitale obowiązek wprowadzenia systemu monitorowania zdarzeń niepożądanych. Ma to dotyczyć zarówno placówek mających kontrakt z Narodowym Funduszem Zdrowia, jak i tych, które świadczenia realizują w sposób komercyjny.

Z badanych dokumentów wynika, że Szpital w Łowiczu nie posiada struktury organizacyjnej umocowanej w jednym z powyższych obszarów tj. stricte rodzaju danej struktury i pochodne z tym związane.

W udostępnionym przez Szpital dokumencie jakim jest statut (OBWIESZCZENIE RADY POWIATU ŁOWICKIEGO z dnia 30 marca 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu uchwały w sprawie Statutu dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Łowiczu Dz.U.W.Ł. poz. 2255), są wyodrębnione jednostki organizacyjne ale tylko w formie literalnej. W większości wypisanych jednostek organizacyjnych w przedmiotowym dokumencie, brak jest jakichkolwiek wskazań jasnej i przejrzystej hierarchii organizacyjnej z wyjątkiem § 11 załącznika do statutu w którym ujęto stanowiska po nazwie własnej i wskazano w sposób pośredni lub bezpośredni kto jest głównym przełożonym w danym obszarze (ujęcie bardziej techniczne niż merytoryczne). Nie zawarto jednak danych syntetycznych ani analitycznych w opisie tych stanowisk oraz nie ujęto sprzężeń komunikacyjnych z zastosowaniem narzędzi HR w obszarze miękkim i twardym. W pozostałych przypadkach są to głównie tylko nazwy komórek organizacyjnych z podanym adresem operacyjnym. Niestety taka sytuacja nie sprzyja do rozpoznania i czytelności sprzężeń wydziałowych i odpowiedzialności systemowej. Brak podstawowych elementów w tym zakresie należy potraktować jako **sygnał do wprowadzenia pilnych zmian w strukturze organizacyjnej szpitala – a bardziej zbudowanie jej na nowo z zachowaniem przyjętych w tym zakresie standardów.** Ważne jest, aby każda aktywna jednostka dokładnie wiedziała jaki ma obszar działania, i jak może się poruszać w przypadku problematycznych zagadnień, jak również w obliczu nowych wyzwań które stoją przed Szpitalem. Dlatego kolejny raz należy podkreślić, iż absolutnie niezbędnym jest aby **istniała hierarchia określonych obowiązków umocowana w danym rodzaju struktury.** Dodatkowo należy zaznaczyć, że z przekazanych dokumentów do analizy nie wszystkie jednostki wymienione literalnie w obecnej organizacji są jednostkami aktywnymi. Z danych pozyskanych ze Szpitala 10 pozycji strukturalnych jest operacyjnie nieczynna tj; poradnia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, gabinet pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, gabinet położonej podstawowej opieki zdrowotnej, poradnia neurologiczna, poradnia chirurgii onkologicznej, poradnia zdrowia psychicznego, poradnia ginekologiczno-położnicza, gabinet diagnostyczno-zabiegowy poradni ginekologiczno-położniczej w Sobocie, poradnia nadciśnienia tętniczego, gabinet położnej podstawowej opieki zdrowotnej w Sobocie. Aby struktura była „żywym organizmem” podmiotu i spełniała swoje funkcje, przy projektowaniu lub zmianach, należy skupić uwagę na tworzeniu jednostek które

mają bezpośredni wpływ na wydajność organizacji i związane z tym przychody. W związku z tym jeśli w strategii rozwoju podmiotu szpitalnego mamy zamiar tworzyć takie jednostki, musimy w opisie hierarchicznym jasno określić ich funkcjonowanie, w przeciwnym razie „martwe” jednostki organizacyjne będą wprowadzać zamęt strukturalny i nieczytelność struktury.

REKOMENDACJE:

W przypadku Szpitala w Łowiczu rekomenduje się strukturę płaską w połączeniu z podziałem klasycznym. Rekomendowane połączenie ma na celu zapewnić identyfikację każdego problemu który będzie jednym z podstawowych kroków prowadzących do poprawy postępu funkcjonowania Szpitala, a tym samym może dać swoim pacjentom większą satysfakcję z wykonywanych procedur medycznych, natomiast dla swoich pracowników przyjemne środowisko pracy i solidne relacje międzyludzkie.

Na podstawie przeprowadzonej analizy zaleca się:

- Pilne rozpoczęcie prac nad zmianą i ustabilizowaniem struktury organizacyjnej;
- Wybór rodzaju struktury;
- Projekt graficzny struktury;
- Analiza stanowisk pracy;
- Zaprojektowanie feedbacku w sprzężeniach międzywydziałowych;
- Analiza obszarów problematycznych;
- Wykluczenie ryzyk syntetycznych z zakresu usprawnień struktury;
- Określenie jasnej hierarchii jednostek aktywnych;
- Analiza aktywnych i „martwych” komórek organizacyjnych;
- Szczegółowa analiza obowiązków pracowniczych;
- „Usprawnienie” zakresów obowiązków pracowniczych zgodnie z nową strukturą organizacyjną;
- Proces administracyjno-kadrowy do wprowadzenia zmian;

2. Rachunkowość zarządcza szpitala.

2 . 1 Informacje ogólne.

Rachunkowość zarządcza, określana jest również jako rachunkowość menedżerska. Stanowi obok rachunkowości finansowej i rachunkowości podatkowej **jeden z**

głównych i elementarnych członów rachunkowości. Rachunkowość zarządcza zajmuje się pozyskiwaniem, przetwarzaniem oraz analizą informacji gospodarczych w celu ułatwienia procesu podejmowania decyzji zarządczych oraz kontroli ich realizacji. Rachunkowość zarządcza w odróżnieniu od rachunkowości finansowej służy przede wszystkim celom wewnętrznym podmiotu. Dostarcza danych potrzebnych do podejmowania decyzji bieżących i rozwojowych oraz informacji które ułatwiają podejmowanie uzgodnień strategicznych, operacyjnych i taktycznych. Zajmuje się planowaniem i kontrolą poprzez specjalistyczne techniki i procedury, jak na przykład wzorce, budżety, prawidłowo dobrane modele rachunku kosztów i przychodów, analizą zachowania się kosztów i informowania o dokonaniach.

Funkcja planistyczna w rachunkowości zarządczej to funkcja która polega na dostarczaniu informacji która redukuje stopień ryzyka przy dokonywaniu wyboru tj: rachunkowość zarządcza dostarcza dane, potrzebne do podejmowania decyzji w procesie zarządzania jednostką, pomaga zbudować wzorce kosztów stanowiące podstawę oceny podjętych działań.

Drugą funkcją rachunkowości zarządczej to **funkcja kontrolna**. Wskazuje ona w sposób bezpośredni różnicę pomiędzy wielkościami planowanymi a rzeczywiście osiągniętymi w ten sposób, że identyfikuje odchylenia i analizuje je pod kątem miejsc ich powstania, przyczyn i osób odpowiedzialnych.

Funkcja organizacyjna w rachunkowości zarządczej znajduje swój wyraz w strukturze organizacyjnej podmiotu. Definiuje ona podporządkowanie, odpowiedzialność i specjalizację. Zakreśla granicę pomiędzy ośrodkami odpowiedzialności, wskazuje zadania i kompetencje decyzyjne kierowników ośrodków.

Funkcja komunikacyjna to zapewnienie należytej staranności w systemie komunikacji poprzez odpowiednie formy i metody przepływu informacji (sprawozdania, raporty, standardy, polecenia i instrukcje).

Reasumując zadania rachunkowości zarządczej to dostarczanie informacji i partycypacja w procesach zarządzania. Są to informacje absolutnie niezbędne do planowania, wykonywania i kontroli operacji, zabezpieczenia i efektywnego wykorzystania aktywów. Rachunkowość zarządcza opiera się głównie na definicji kosztu jako niezbędnego zużycia środków rzeczowych do osiągnięcia zamierzonego celu. Centrum kosztów jest miejsce powstawania kosztów, które jest niezmiennie

ważne dla nowocześnie działających podmiotów i gwarantuje im właściwe określenie zyskowności i dobre zaplanowanie budżetu.

W centrum kosztów definiuje się symbole klasyfikacji kosztów, które wykorzystuje się przy planowaniu budżetu. Kryteria podziału kosztów powstają w zależności od celów, dla których koszty się oblicza, sumuje, prezentuje i komunikuje. Dzięki stosowaniu tego rodzaju klasyfikacji możemy w dokładniejszy sposób rozdzielać koszty i przychody na poszczególne oddziały i jednostki organizacyjne w danym podmiocie, co daje nam możliwość wglądu w aktualny stan finansów szpitala.

Odpowiedzialność centrum kosztów wyraża się w podejmowaniu decyzji, które zapewnia wykonanie zadań rzeczowych i zgodności poniesionych kosztów kontrolowanych z budżetem oraz wyjaśnieniu powstałych odchyleń, nawet tych, które zostały spowodowane czynnikami niezależnymi od centrum, i podjęciu odpowiednich działań korygujących. Utworzone centrum kosztów powinno spełniać warunki umożliwiające wyrażenie rezultatu ośrodka w postaci miernika odzwierciedlającego powstanie kosztów w centrum, być jednoznacznie wyodrębnionym obszarem odpowiedzialności oraz ułatwiać sporządzanie dowodów księgowych.

2.2 Poziom dojrzałości rachunku kosztu w polskich szpitalach.

Tradycyjna rachunkowość finansowa, w przeciwieństwie do rachunkowości zarządczej, nie umożliwia ujawnienia istotnych związków przyczynowo-skutkowych, które mają lub mogą mieć znaczenie z punktu widzenia podejmowania optymalnych decyzji menedżerskich.

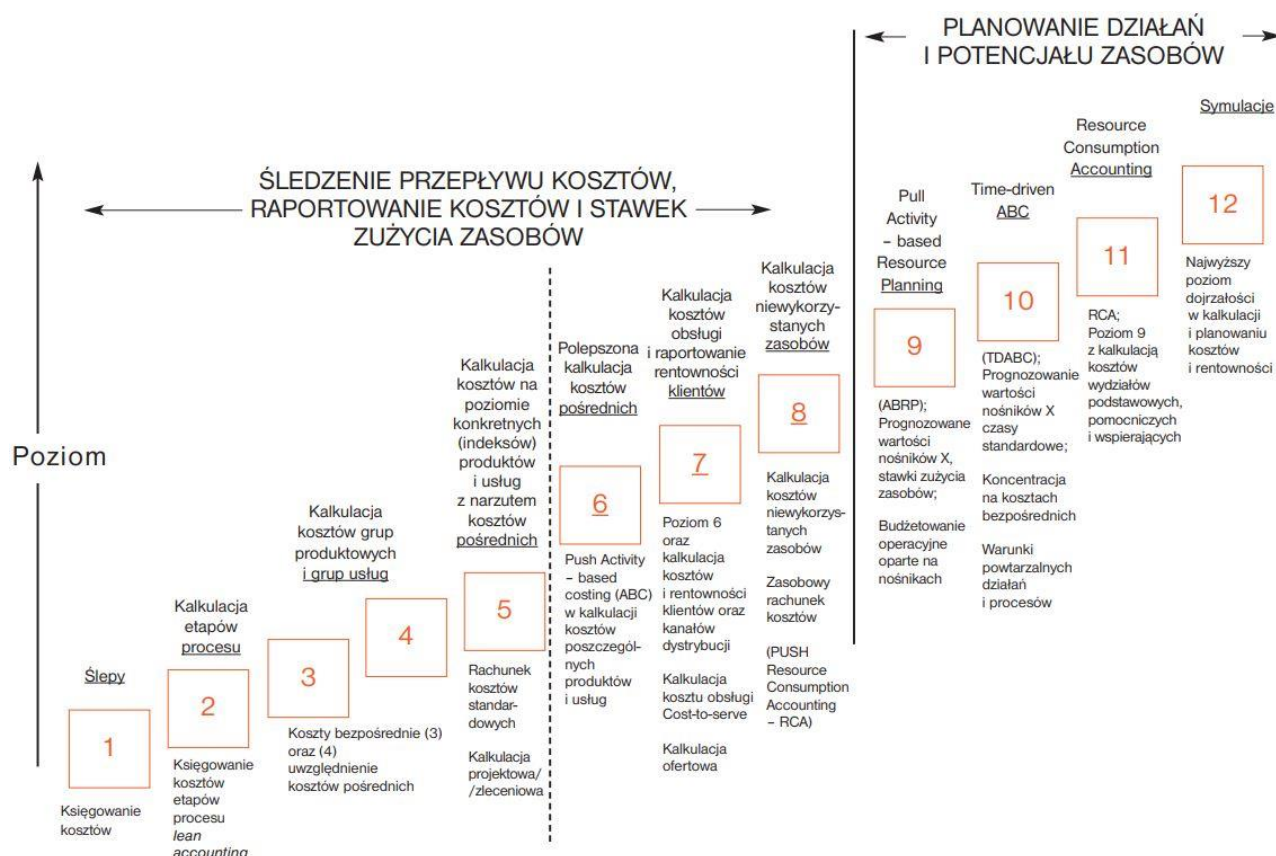
Standardy rachunkowości finansowej koncentrują się zazwyczaj na **raportowaniu pełnego kosztu**, podczas gdy większość codziennych decyzji operacyjnych rodzi skutki, dla których ważne jest poznanie **kosztu krańcowego (marginalnego)**. W wielu przypadkach chodzi także o uzyskanie wiedzy o kosztach w **podziale na koszty stałe i zmienne**.

Model 12 poziomów dojrzałości w kalkulacji kosztów należy wykorzystywać przez organizacje do samooceny w zakresie aktualnego poziomu zaawansowania w kalkulacji kosztów, wytypowania, do którego z wyższych poziomów dojrzałości szpital może aspirować w przyszłości. Poziom dojrzałości w kalkulacji kosztów powinien wynikać z wewnętrznych potrzeb decyzyjnych i satysfakcjonować: controllerów,

menedżerów, pracowników, udziałowców oraz klientów organizacji. Każdy z kolejnych poziomów dojrzałości modelu oceniany jest z punktu widzenia dwóch kluczowych cech prawidłowa kalkulacja kosztów zarówno historycznych, jak i przyszłych (np. poprzez budżetowanie), oraz jakość informacji o kosztach krańcowych (marginalnych), jaką zapewnia dany poziom. Druga z cech (informacja o kosztach marginalnych) ważna jest z punktu widzenia wsparcia decyzji, ponieważ wiele z nich skutkuje krańcowymi (marginalnymi) zmianami w kosztach zasobów. Informacja ta, zwłaszcza w przypadku wyższych poziomów dojrzałości w kalkulacji, może być wykorzystywana w celach planistycznych, jak np.: kalkulacja kosztów docelowych (target costing), decyzje inwestycyjne oraz analiza odchyleń kosztów planowanych od rzeczywistych.

W podmiotach leczniczych model 12 poziomów dojrzałości w kalkulacji kosztów może mieć zastosowanie jako całość w systemach rachunkowości zarządczej lub w wewnętrznych działach, które dostarczają do klientów wewnętrznych (oddziały szpitalne) potrzebne usługi, potrzebują odpowiedniego poziomu zasobów organizacyjnych do zaspokojenia potrzeb swoich klientów.

Model 12 Poziomów Dojrzałości Rachunku Kosztów – ujęcie graficzne.



Rozporządzenie w sprawie zaleceń standardu rachunku kosztów nakazuje podmiotom leczniczym aby została wprowadzona kalkulacja wyceny procedur medycznych po stronie kosztów. Należy pamiętać, że opracowanie procedury kalkulacyjnej to proces bardzo złożony instytucjonalnie. Aby procedura była dobrze „obsadzona” w procesie decyzyjnym należy pamiętać, że obowiązuje przepis art.28 ust.3 ustawy o rachunkowości który mówi o koszcie wykorzystania zasobów i ustaleniu w ten sposób wyniku końcowego, że kosztów niewykorzystanych zasobów nie powinno się uwzględniać w wyniku końcowym. Biorąc pod uwagę zalecenia rozporządzenia w sprawie rachunku kosztów i wprowadzenie ich do podmiotów leczniczych, w zderzeniu z modelem 12 poziomów dojrzałości rachunku kosztów szpitale znajdują się na 3-4 poziomie powyższego modelu. W niektórych przypadkach głównie podmioty komercyjne może mają poziom 4. Szpital w Łowiczu jest na poziomie 2-3.

Koszt wytworzenia usługi medycznej obejmuje koszty pozostające w bezpośrednim związku z daną usługą oraz uzasadnioną część kosztów pośrednio związanych z wytworzeniem tej usługi. Koszty bezpośrednie obejmują wartość zużytych materiałów bezpośrednich, koszty pozyskania i przetworzenia związane bezpośrednio z wytworzeniem usługi i inne koszty poniesione w związku z doprowadzeniem usługi medycznej do postaci i miejsca, w jakich się znajduje w dniu wyceny. Do uzasadnionej, odpowiedniej do okresu wytwarzania usługi, części kosztów pośrednich zalicza się zmienne pośrednie koszty usługi oraz tę część stałych, pośrednich kosztów usługi, które odpowiadają poziomowi tych kosztów przy normalnym wykorzystaniu zdolności wytwórczych. Za normalny poziom wykorzystania zdolności wytwórczych uznaje się przeciętną, zgodną z oczekiwaniami w typowych warunkach, wielkość procesu wytwórczego za daną liczbę okresów lub sezonów, przy uwzględnieniu planowych remontów.

2.3 Standard rachunku kosztu w szpitalach.

Rachunek kosztów jest podsystemem informacyjnym w ramach systemu ewidencyjnego rachunkowości, którego podstawowym zadaniem jest dostarczanie informacji o kosztach. Jest również procesem rozpoznania, akumulowania,

przekształcania, prezentowania i interpretacji informacji o kosztach dla przeprowadzania oceny i decyzji przez posiadacza tych informacji, a także ustalania kosztów związanych z prowadzeniem działalności. Szpital jako podmiot leczniczy w rachunkowości zarządczej bez wątpienia należy potraktować po pierwsze jako zakład pracy - ponieważ zatrudnia ludzi - a po drugie dzięki posiadanym zasobom jakimi są środki trwałe i inne aktywa jest podmiotem który wytwarza nam usługę tyle, że w branży medycznej. Zatem szpital jest podmiotem który nam produkuje/wytwarza usługę w obszarze medycznym a to oznacza że działanie to na rynku traktowane jest jako „dobro konsumpcyjne”, natomiast „konsumentem” dla szpitala jest pacjent jako klient tej usługi. Zgodnie z art. 31lc ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych świadczeniodawcy, którzy zawarli umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, są obowiązani do stosowania standardu rachunku kosztów za wyjątkiem świadczeniodawców nieobjętych zakresem podmiotowym ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości, tj.; zwolnionych z obowiązku prowadzenia pełnej księgowości, udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wyłącznie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz realizujących czynności z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Ponad rok czasu działa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2020 roku DZ.U. poz. 2045, w sprawie **zaleceń** dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców. Model zaleceń standardu rachunku kosztów z rozporządzenia ma na celu uporządkowanie ewidencji kosztów w podmiotach leczniczych, **nie ingerując jednocześnie w sferę indywidualnych praktyk wynikających ze specyfiki udzielanych świadczeń.**

Cele te są w zakresie:

- nałożenia na świadczeniodawców obowiązku rozdzielenia w systemach ewidencyjno-księgowych działalności leczniczej od pozostałej działalności;
- rozdzielenia OPK w zależności od rodzaju prowadzonej działalności i rodzaju realizowanych świadczeń;
- usystematyzowania OPK poprzez przypisanie kodu funkcji i kodu charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej, **bez konieczności umieszczania ich w numerze konta;**
- ujednolicenie ewidencji kosztów według rodzajów;

- określenie sposobu alokacji kosztów w układzie podmiotowo-funkcyjnym wraz z kalkulacją kosztów wytworzenia OPK;
- **określenie metod wyceny procedur;**
- usprawnienie procesu taryfikacji bez narzucania szczegółowych rozwiązań, które ze względu na liczbę docelowych odbiorców charakteryzują się dużą różnorodnością.
-

Korzyści które poprzez wprowadzenia standardu rachunku z zaleceń rozporządzenia powinny przynieść to:

- ujednolicenie sposobu identyfikowania, gromadzenia, przetwarzania, prezentowania i interpretowania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej – możliwość benchmarkingu z innymi świadczeniodawcami, porównania się podmiotów leczniczych pod względem wskaźników ekonomicznych;
- prawidłowe wyodrębnienie ośrodków powstawania kosztów w zakresie działalności **podstawowej medycznej, pomocniczej medycznej i niemedyce oraz zarządu** – pozwoli to na rzeczywiste przypisanie zasobów do poszczególnych OPK a tym samym na efektywne ich wykorzystanie;
- rozdział kosztów według rodzaju prowadzonej działalności wynika z ustawowego celu Rozporządzenia dotyczącego pozyskiwania informacji o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej – każdy rodzaj działalności oznacza oddzielne przychody, dlatego koszty także powinny być dzielone wg typów działalności;
- uzyskanie informacji zarządczej, wspierającej Dyrekcję/Kierownictwo w podejmowaniu bieżących decyzji związanych z alokacją środków finansowych wewnątrz jednostek oraz sporządzaniem planów finansowych i inwestycyjnych – **uzyskanie informacji o rentowności na poziomie poszczególnych OPK, możliwość bieżącej analizy, struktury i dynamiki kosztów;**
- **uzyskanie efektywnego narzędzia zarządczo-kontrolnego dla organów założycielskich i podmiotów tworzących;**

- **usprawnienie procesu taryfikacji** świadczeń co przełoży się na wymierny efekt ekonomiczny – zwiększenie przychodów poprzez podniesienie wyceny świadczeń zgłaszanych przez podmioty jako generujące stratę;
- **podniesienie edukacji ekonomicznej wszystkich pracowników jednostki** – co będzie skutkowało większą świadomością i gospodarnością zużycia materiałów, sprzętu, leków itp.;

Zakres podmiotów leczniczych wg rozporządzenia „kosztowego”.



Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie **zaleceń** dotyczących standardu rachunku kosztów u świadczeniodawców określa sposób ewidencji:

- kosztów według rodzajów (4),
- alokację kosztów w układzie podmiotowo-funkcyjnym (OPK),
- kalkulację kosztów wytworzenia OPK.

UWAGA!

Część z wytycznych jest **obowiązkowa**, jak np. zmiana kont układu 4, ale większa część rozporządzenia przyjmuje formę **zaleceń** jak np.: zgodnie z §6 ust. 5 „dopuszcza się stosowanie przez świadczeniodawcę klucza podziałowego innego niż określony w załączniku nr 7 do rozporządzenia, jeżeli jest to uzasadnione możliwością dokładniejszej alokacji kosztów OPK działalności pomocniczej” jak również o zaleceniu i dopuszczeniu szczegółowej analityki w rachunku kosztów mówi ust 6 § 6 tj: „w przypadku rodzajów działalności pomocniczej niewyszczególnionej w załączniku nr 7 do rozporządzenia świadczeniodawca stosuje własne klucze podziałowe, które odzwierciedlają zależność przyczynowo-skutkową powstawania kosztów w OPK

działalności pomocniczej i umożliwiają dokładniejszą alokację kosztów niż przy zastosowaniu kluczy podziałowych wskazanych w załączniku nr 7 do rozporządzenia”.

Zatem do zmian obowiązkowych dla szpitali w świetle nowego rozporządzenia należą:

- zmiana kont układu 4 w systemie FK;
- weryfikacja wykorzystywanych kont układu 5 i zastosowanie się do zasad wyodrębniania OPK, co może skutkować koniecznością wyodrębnienia nowych OPK;

Zmiany nieobowiązkowe to:

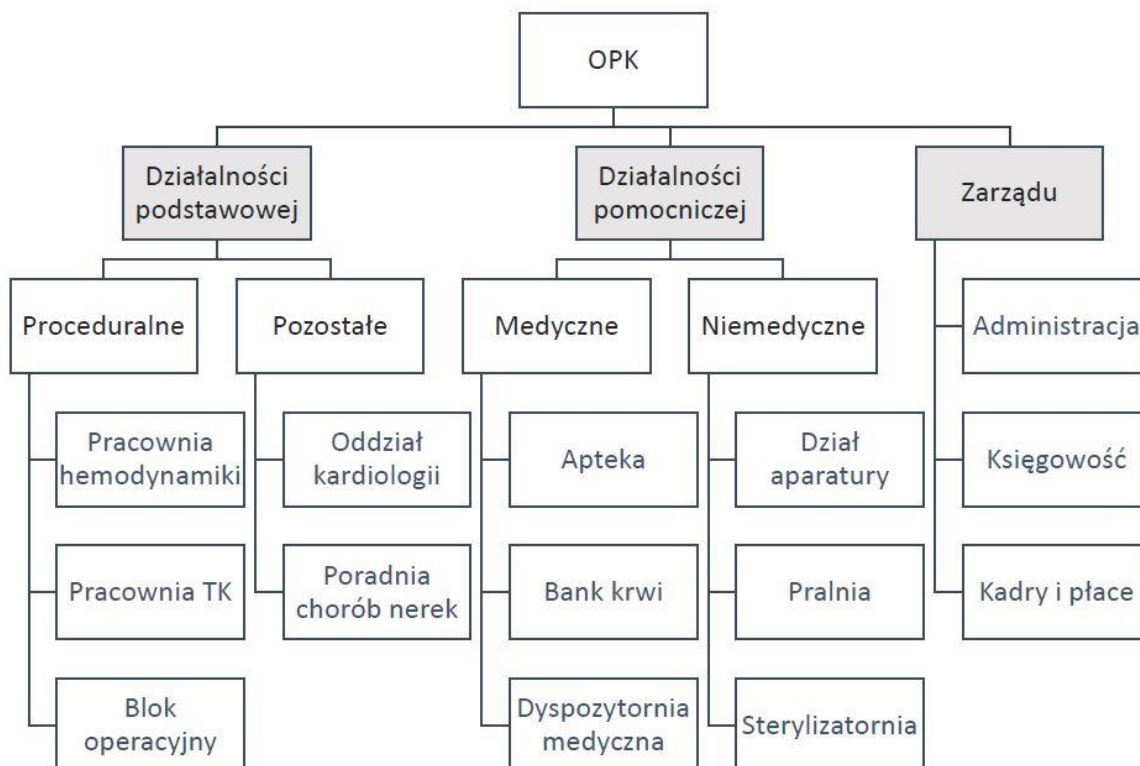
- zmiana kont układu 5-tek, przy założeniu, że zmieniony plan kont spełni wytyczne wyodrębniania OPK zawarte w Rozporządzeniu;
- zastosowanie własnych kluczy podziałowych (rozliczeniowych), które w lepszy czyli bardziej przyczynowo-skutkowy sposób rozliczają koszty, w następstwie czego uzyskany wskaźnik rentowności wyliczeń proceduralnych jest bardziej zbliżony do wykorzystania posiadanych zasobów szpitala niż ogólny przyjęty klucz syntetyczny.

Zgodnie z rozporządzeniem OPK (ośrodek powstawania kosztów) – wyodrębniony przez świadczeniodawcę to:

- jednostka organizacyjna lub komórka organizacyjna,
- zespół jednostek organizacyjnych lub komórek organizacyjnych,
- ich część lub wyodrębniony zakres działalności świadczeniodawcy, dla których jest prowadzona ewidencja kosztów.

Zasady wyodrębniania OPK reguluje załącznik nr 2 Rozporządzenia MZ, natomiast zasady przypisywania **kodów charakteryzujących funkcje i specjalność komórki organizacyjnej** do rodzajów działalności reguluje załącznik nr 1 i 3 Rozporządzenia.

PODSTAWOWY przykład zastosowania się do rozporządzenia jako obowiązek wykonawczy szpitala – studium przypadku.



Kod syntetyczny konta OPK w systemie finansowo-księgowym może być tożsamy z kodem funkcji zgodnie z Załącznikiem nr 1 **ale nie musi** !

Świadczeniodawca ma możliwość ostatecznej decyzji w tej kwestii.

W przypadku pozostawienia własnych kodów świadczeniodawca jest zobligowany przekazać do AOTMIT słownik mapujący kody własne z kodami zgodnymi z Rozporządzeniem. Ustawodawca daje w tym miejscu dużo „zielonego światła” na wykorzystanie kompetencji w zakresie rachunkowości zarządczej - a idąc w głąb zagadnienia – do zastosowania controllingu systemów zarządczych angażujących stosowane dzisiaj narzędzia lean menagmentu. Poniżej przykład przypisania nr konta OPK z planem kont, które nie musi być tożsamy z kodem funkcyjnym zawartym w rozporządzeniu, natomiast pomaga w sposób realny wycenić daną procedurę.

Plan kont vs kod funkcyjny.

Nr konta OPK	Nazwa konta OPK	Kod funkcji (wg załącznika nr 1)	Kod resortowy – wynikający z księgi rejestrowej podmiotów lecniczych (wg załącznika nr 3)	Jeśli dotyczy - kody resortowe (wg załącznika nr 3) – jeśli rzeczywista działalność w danej komórce dotyczy więcej niż jednej specjalności
503-444-52	Pracownia Rezonansu Magnetycznego	507	7250 Pracownia Rezonansu Magnetycznego	
500-101-01	Oddział nefrologiczny dzieci	504	4131 Oddział nefrologiczny dzieci	4401 Oddział pediatrii

WAŻNE !

Przypadki w których należy rozdzielić dotychczasowy jeden OPK na bardziej szczegółowe OPK – przykłady wyodrębnienia kosztów o charakterze proceduralnym:

- Nie można łączyć w jeden OPK działalności proceduralnej z innym rodzajem działalności.

Przykłady obecnie funkcjonujących błędnych rozwiązań:

- Oddział Kardiologiczny z Pracownią Hemodynamiki;
- Oddział Kardiologiczny z Odcinkiem Jednego Dnia Leczenia Stanów Nagłych w Chorobach Układu Krążenia z Pracownią Elektroterapii i Odcinkiem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego
- Oddział ortopedyczny z Blokiem Operacyjnym;
- Oddział Ginekologiczno-Położniczo-Noworodkowy z Blokiem Porodowym;
- Oddział Położniczy z Blokiem Porodowym i Salą Ciąg Cesarskich;
- Oddział Radioterapii z Zakładem Radioterapii;

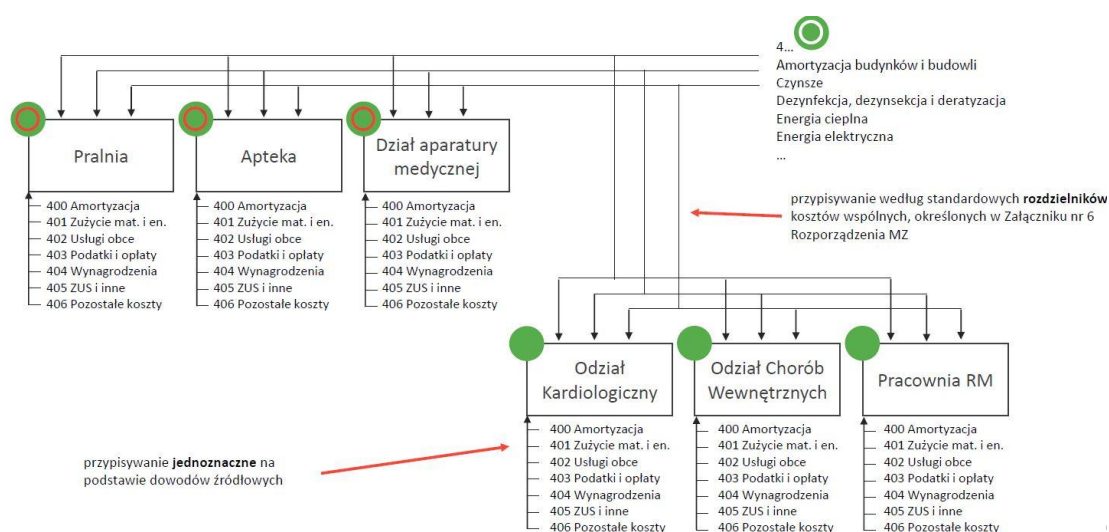
Nie ma obowiązku rozdzielania oddziałów wieloprofilowych albo oddziałów i pododdziałów !

2.4 Koszt wytworzenia OPK jako obowiązek szpitala – zagadnienia podstawowe.

Ewidencja kosztów według ośrodków powstawania kosztów w układzie podmiotowo – przedmiotowym jest prowadzona z podziałem na koszty bezpośrednie oraz koszty pośrednie. Koszty bezpośrednie obejmują koszty jednoznacznie przypisane do określonego nośnika kosztów na podstawie dokumentów źródłowych. Kosztami pośrednimi są koszty powstałe w ośrodku powstawania kosztów niezaliczane do kosztów bezpośrednich, a także koszty ośrodków działalności pomocniczej rozliczone według odpowiednio dobranych kryteriów podziałowych z uwzględnieniem przyjętych nośników kosztów. Koszt wytworzenia OPK stanowi suma kosztów bezpośrednich i pośrednich.

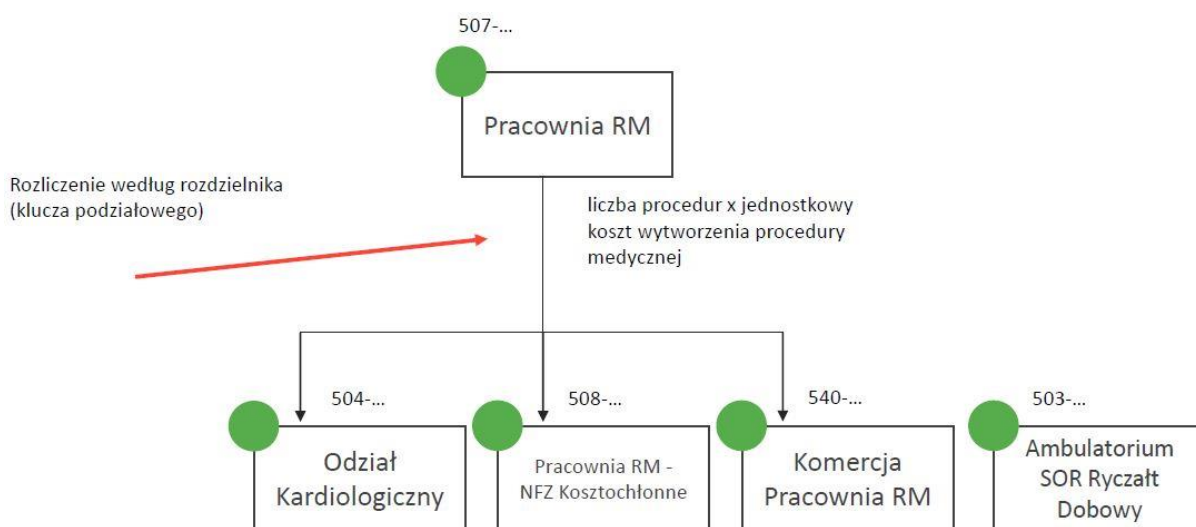
Jak wskazuje rozporządzenie ewidencjonowanie kosztów leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych następuje w momencie najbliższym rzeczywistemu ich zużyciu (zapas, wydania do jednostek a faktyczne zużycie). Przypisuje się wszystkie koszty do tych OPK, w których są realizowane świadczenia lub czynności, z którymi koszty te są związane - w szczególności dotyczy to ujmowania kosztów osobowych proporcjonalnie do pracy wykonywanej na rzecz poszczególnych OPK (**zakłada się rozdzielanie kosztów wynagrodzeń pracowników na OPK proporcjonalnie do poświęconego czasu pracy przez tych pracowników**);

Przypisanie jednoznaczne kosztu rodzajowego i wykorzystanie rozdzielników – ujęcie graficzne.



Koszty bezpośrednie, których nie można przypisać do OPK w sposób jednoznaczny, tj. na podstawie dowodów źródłowych, są przypisywane wg standardowych rozdzielników kosztów wspólnych. Kolejny raz należy przypomnieć o dopuszczeniu przez ustawodawcę stosowania u świadczeniodawcy **rozdzielnika kosztów innego niż określony w załączniku, jeżeli zasadność jego zastosowania jest uzasadniona możliwością dokładniejszej alokacji kosztów.**

Alokacja kosztów OPK działalności podstawowej, w tym kosztów OPK proceduralnych na rzecz OPK, dla których realizowały usługi – Ujęcie graficzne.



Rozporządzenie nie narzuca świadczeniodawcom jednego sposobu rozliczania kosztów zarządu, co umożliwi im wybór ich rozliczania w zespole kont 5 lub zespole kont 7, zgodnie z przyjętą u świadczeniodawcy, polityką rachunkowości.

TAK – w zakres kosztów uwzględnianych w kosztach zarządu:

kierownictwo świadczeniodawcy, kancelaria (w tym dziennik podawczy i kancelaria tajna), dział finansowo-księgowy, dział ekonomiczny, kontroli, controllingu, statystyki, rozliczeń, dział kadr i płac, dział organizacyjny, dział prawny – radcowie, prawni, dział inwentaryzacji, dział Bezpieczeństwa i Higieny Pracy i przeciwpożarowy, kontrola wewnętrzna, kontrola zarządcza, audyt, pełnomocnicy, rzecznicy, dział zamówień publicznych, dział marketingu i promocji, ubezpieczenie od odpowiedzialności z tytułu cyberprzestępstw; ubezpieczenie odpowiedzialności zarządu; kaplica, kapelan.

NIE – w zakres kosztów uwzględnianych w kosztach zarządu:

koszty ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, majątkowe, całkowita wartość amortyzacji budynków, całkowite koszty energii elektrycznej, ciepłej i innych mediów, usługi sprzątnia, usługi dozoru, wywóz odpadów, koszty działu informatyki.

2.5 Procedura medyczna.

Rachunek kosztów w podmiocie leczniczym to ogół działań mających na celu ustalenie kosztów procedur medycznych w celu uzyskania informacji kosztowych potrzebnych do ustalenia wyniku finansowego, sporządzenia sprawozdania finansowego i podejmowania decyzji zarządczych. Zgodnie z USTAWĄ z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Art. 5, pkt 42) procedura medyczna to postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

Etapy kalkulacji kosztów procedur medycznych:

- Etap I - Opracowanie wykazu procedur medycznych;
- Etap II - Ustalenie jednostkowego kosztu normatywnego procedur;
- Etap III - Rozliczenie kosztów pośrednich;
- Etap IV - Kalkulacja kosztu jednostkowego wytworzenia procedury;
- Etap V - Aktualizacja kosztów normatywnych procedur medycznych (przynajmniej raz w roku);

Etap I - Opracowanie wykazu procedur medycznych.

Osobą odpowiedzialną za sporządzenie wykazu procedur medycznych jest Kierownik danego OPK proceduralnego.

Etap II - Ustalenie jednostkowego kosztu normatywnego procedur.

- Kalkulacja jednostkowego kosztu normatywnego procedur wymaga ustalenia;

- Kosztów normatywnych osobowych;
- Kosztów normatywnych materiałów;
- Narzutu kosztów pośrednich;

Etap III - Rozliczenie kosztów pośrednich.

Koszty pośrednie, zgodnie z załącznikiem nr 9 do rozporządzenia, można doliczyć do kosztów jednostkowych kosztów normatywnych procedury, zgodnie z jedną z metod;

- metoda oparta na rzeczywistych kosztach zużytych zasobów – proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych;
- metoda oparta na kosztach typowo zużywanych zasobów - proporcjonalnie do czasu trwania procedur medycznych;
- metoda oparta na kosztach typowo zużywanych zasobów – w oparciu o jednostkę kalkulacyjną;

Etap IV - Kalkulacja kosztu jednostkowego wytworzenia procedury.

- Kalkulacja jednostkowego kosztu normatywnego procedur wymaga ustalenia;
- Kosztów normatywnych osobowych;
- Kosztów normatywnych materiałów;
- Narzutu kosztów pośrednich.

Etap V - Aktualizacja kosztów normatywnych procedur medycznych.

- Aktualizacja kosztów normatywnych procedur medycznych powinna być wykonywana przynajmniej raz w roku lub częściej.

2.6 Problemy standardu rachunku kosztów vs. najlepsze praktyki.

Mimo starań ustawodawcy i zrobionego małego kroku w przód w zakresie poukładania rachunku kosztów w podmiotach leczniczych w Polsce, zarówno finansiści ale głównie controllingowcy z zakresu rachunkowości zarządczej zauważają elementarne błędy i niedociągnięcia w danym rozporządzeniu.

Problemy interpretacyjne w wykładni rachunku kosztów które przedmiotowe rozporządzenie posiada to:

- arbitralne rozliczanie kosztów pośrednich szpitala na procedury medyczne co nie odzwierciedla przyczynowo-skutkowego **angażowania zasobów sprzętowych** w realizację procedur i **uśrednia ich koszty**;
- brak podziału kosztów na koszty stałe i zmienne co nie pozwala na poznanie **elastyczności kosztowej szpitala** wynikającej ze zużycia materiałów i leków oraz zatrudniania lekarzy na kontraktach płaconych od wykonanych procedur medycznych;
- poprzez przyjęcie założenia, że wszystkie koszty OPK działalności pomocniczej oraz proceduralnej w całości są rozliczane **powoduje zmiany w kosztach jednostkowych procedur medycznych w zależności od ich wolumenów!**
- **ryzyko spirali śmierci kosztów stałych** – spowodowane nie wyodrębnianie kosztów niewykorzystanych zasobów (osobowych, sprzętowych i innych) i tym samym **zawyżania kosztów procedur medycznych!**

3. Rachunek kosztów szpitala w Łowiczu.

Na podstawie dokumentów przekazanych przez dział finansowy dla wykonawcy usługi programu naprawczego należy stwierdzić, iż rachunek kosztów przyjęty i stosowany w Szpitalu w Łowiczu ma metodologię podstawową – prostą.

Rachunek kosztów jest głównie oparty na zespole czwórek które są w sposób prawidłowo wdrożony tj. schemat przeniesiony i zastosowany stricte z rozporządzenia w sprawie zaleceń standardu rachunku kosztów. Oznacza to, że w prostym podziale jakim są konta rodzajowe tj: zespół czwórek, ewidencjonowane są koszty w sposób bardziej syntetyczny niż analityczny. Informacja z takiego sposobu ewidencjonowania kosztów daje tylko ogólny pogląd Dyrekcji Szpitala o poziomie zaangażowanej wartości kosztowej.

Analityka w zakresie powstawania centr odpowiedzialności kosztowej (opk, mpk, cok, itp., nazwa w zależności od przyjętej nomenklatury wewnątrz podmiotu), czyli zespół piątek powinna w sposób jasny, klarowny, przejrzysty, szybki, dokładny dać odpowiedź na każde pytanie z obszaru rachunkowości zarządczej. Zgodnie z rozporządzeniem szpital powinien wyodrębnić na kontach księgowych w sposób widoczny podział na działalność podstawową, pomocniczą i zarząd. Do tego powinien (zgodnie z

przedstawioną wykładnią działu 9 niniejszego dokumentu) sporządzić dogłębną analitykę zespołu piątek w głąb zasobów.

Z przekazanej dokumentacji wynika, że ośrodki powstawania kosztów (OPK-i) zostały podzielone głównie na oddziały i poradnie, czyli tylko na działalność podstawową do tego syntetyczną, do której zalicza się działalność medyczna. Przekazana informacja nt funkcjonującego zespołu kont piątek w szpitalu, wg autora programu naprawczego nie spełnia swojej roli w systemie rachunkowości zarządczej.

Zaprezentowany przez szpital wydruk kont zespołu „5” jest formą w swojej strukturze bardziej przypominający ewidencję kartoteki niż „obrotówki” z przepływami wprost. Dokument jakim jest zestawienie/raport wynikowy przedstawiony kancelarii jest wydrukiem analitycznym poza głównym systemem FK i zawiera podział prosty czyli pokazuje które koszty rodzajowe przypisane są do grupy kosztów bezpośrednich a które do pośrednich.

Autor programu naprawczego zauważa też „inną” stosowaną wykładnię kosztu bezpośredniego i pośredniego. W kosztach bezpośrednich występuje 9 grup kosztowych a w bezpośrednich 17 pozycji. Dodatkowo w kosztach bezpośrednich, poprzez stosowaną „małą” analitykę jedno poziomową, nie ma możliwości uzyskania informacji w sposób szybki przejrzysty i szczegółowy konkretnej wartości kosztowej. Poprzez to, że brak jest wyodrębnionej działalności medycznej w podziale na proceduralne i pozostałe lub zachowawcze (typu oddział), wyodrębnionej działalności pomocniczej w podziale na pomocniczą medyczną i niemedyką oraz zarząd w podziale na jednostki zgodnie z obowiązującą strukturą organizacyjną, wg autora programu powstała okoliczność niezrozumiałego alokowania kosztów.

Głównie są to pozycje kosztowe zaalokowane w kosztach pośrednich zamiast w wyodrębnionej działalności pomocniczej medycznej lub niemedykowej z rozbiem na koszty stałe i koszty zmienne lub jak przyjęta nomenklatura w szpitalu bezpośrednio i pośrednio. Skoro z rozporządzenia wynika wprost, że podział rodzaju działalności powinien być zastosowany w podmiocie leczniczym, to obowiązująca struktura kosztów powinna być tak zaprojektowana aby Dyrekcja Szpitala w sposób bezpośredni mogła uzyskać informacje dotyczącą plasowania się kosztów w poszczególnych działalnościach w rozbiem na poszczególne analityczne pozycje kosztowe.

Koszty apteki wg autora programu, powinny być kosztami zaewidencjonowanymi na działalności pomocniczej medycznej w podziale na koszty stałe i koszty zmienne ze szczegółową analityką kilku poziomów w głąb struktury planu kont. W Szpitalu w Łowiczu koszty te są przypisane do kosztów pośrednich tylko na działalności podstawowej. Podobne zachowanie kosztowe występuje w przypadku kosztów, rtg, histopatologii, laboratorium, usg, bloku operacyjnego, pracowni endoskopowej, sterylizacji, obsługi, zarządu, działu informatycznego. Na podstawie tak przyjętych rozliczeń kosztowych na ten moment nie ma możliwości przeprowadzenia szczegółowej analityki kosztowej bezpośredniej która byłaby ekonomiczną bazą do wyliczenia prawidłowo procedur medycznych zarówno po stronie obszaru przychodowego jak i obszaru kosztowego.

Rozporządzenie kosztowe definiuje jednostkę kalkulacyjną jako wartość kosztów pośrednich procedury medycznej przypadającej na jednostkę kosztu normatywnego danej procedury. Z przeprowadzonej analizy wynika, że Szpital w Łowiczu działając wg przyjętego modelu kosztowego, nie ma możliwości w sposób rzeczywisty wyliczenia kosztu normatywnego. Dodatkowo zauważa się, że przyjęte klucze podziałowe w kosztach pośrednich mogą zaburzać realne wykorzystanie posiadanych przez Szpital zasobów, zarówno w obszarze majątku trwałego jak i zasobów ludzkich. Zatem nie można stwierdzić, że jakość informacji jest odzwierciedleniem realnych poniesionych kosztów w danym procesie. Nie oznacza to jednak nieprawidłowego księgowania kosztów przez służby księgowe. Badanie bilansu pokazało, że są zachowane i przestrzegane w sposób prawidłowy zasady ustawy o rachunkowości a służby księgowe w ZOZO Łowiczu działają prawidłowo w zakresie księgowym – nie mylić jednak z wykładnią procesową centr odpowiedzialności kosztowej. Chodzi tu o całą wykładnię modelu rachunku kosztów który jest przypisany do rachunkowości zarządczej a nie finansowej i novum dla wszystkich Szpitali w Polsce.

Zgodnie z przyjętymi kompetentnymi standardami rachunkowości zarządczej, stosuje się klucze podziałowe które są najbardziej racjonalnymi rozdzielnikami kosztów. Są to zazwyczaj szczegółowe dokumenty źródłowe np.: odczyt z danego podlicznika medialnego, zużycie sprzętu jednorazowego do danej procedury zaewidencjonowanego wg przyjętego standardu zużycia, proces blistrowania leków itp. Wiedząc, że koszty pośrednie stanowią dużą część udziałową w kosztach ogólnych,

Szpital powinien dążyć do jak najszybszego urealnienia i opracowania rozdzielników kosztowych wg rzeczywistego zużycia. Jako studium przypadku można podać koszt jakim jest zużycie wody i ścieków.

W przypadku braku możliwości odnotowania rzeczywistego zużycia wody i ścieków na poszczególne jednostki, wg rozporządzenia rozdzielnikiem kosztów jest m kw danej powierzchni. Stosowanie tego typu rozdzielnika w sposób absolutny zaburza wycenę kosztu jednostkowego. Rozporządzenie nie uwzględnia (a powinno) innego, obowiązującego w tym obszarze aktu prawnego, który to w sposób racjonalny uwzględnia liczenie zużycia wody wg norm czyli na osobę. Liczenie cieczy w m kw w przypadku budynków jest procesem dalece kontrowersyjnym gdyż m kw może być jednostką stosowaną w obliczeniach wód opadowych i roztopowych a nie zużycia w kubaturze zamkniętej. Zatem logicznym rozwiązaniem jest przyjęcie rozdzielnika który pochodzi z aktu prawnego dotyczącego przeciętnych norm zużycia wody. Jest to o tyle „bezpieczne” kosztowo, ponieważ rozpatrując studium przypadku można ze sobą porównać zużycie wody w pomieszczeniu jakim jest toaleta czyli średnia powierzchnia użytkowa od 1,5 m kw do 2,5 m kw a powierzchnia jaką jest np. hol - średnio 150 m kw. Z danego przykładu wynika, że toaleta która ma większe prawdopodobieństwo przypisania do konkretnego oddziału lub poradni oraz mimo realnie większego zużycia wody i odprowadzenia ścieków, wg obowiązującego rozdzielnika będzie miała mniejszy koszt zużycia niż hol który jest częścią wspólną i zużycie wody jest na poziomie marginalnym.

Reasumując, model rachunku kosztów stosowany w łowickim Szpitalu, na dzień opracowywania programu naprawczego, powinien być zmieniony oraz oparty na obowiązujących standardach/zasadach i powinien stanowić główne narzędzie w obszarze analitycznym w rachunkowości zarządczej.

Rekomendacje:

Ze względu na wyzwania jakie stawiane są w przyszłości dla Szpitali, należy dążyć do jak najszybszego opracowania i wprowadzenia modelu rachunku kosztów w ZOZ w Łowiczu. Model proponowany to Zasobowo Procesowy Rachunek Kosztów opracowany przez dr Tomasza Zielińskiego z Akademii Controllingu w Poznaniu. Model ZPRK jest jedynym, profesjonalny, przejrzystym i systemowym rozwiązaniem które łączy

wyzwania stawiane dla podmiotów leczniczych jak również model ten, zakłada zgodność z art. 28 ustawy o rachunkowości. Obecnie nie ma na rynku polskim bardziej zaawansowanego modelu rachunku kosztów jak tylko proponowany przez autora programu naprawczego.

Korzyści z wprowadzenia ZPRK do ZOZ w Łowicz to:

- Zwiększenie konkurencyjności i zyskowności dzięki dostępowi do kluczowych informacji zarządczych;
- Rentowności pacjentów i procedur bazujących na przyczynowo - skutkowym rachunku kosztów;
- Budowa i wzmocnienie wizerunku nowoczesnie zarządzanego szpitala;
- Poprawa wykorzystania zasobów oraz unikanie ponoszenia kosztów niewykorzystanych zasobów;
- Zmniejszenie ryzyka „Spirali Śmierci Kosztów Stałych” wynikającej z nieuzasadnionego alokowania kosztów niewykorzystanych zasobów do pacjentów i procedur;
- Wsparcie procesu ustalania cen rzetelną informacją o kosztach i rentowności pacjentów i procedur;
- Uzyskanie lepszego zrozumienia elastyczności kosztowej szpitala poprzez dostarczenie informacji o kosztach marginalnych;
- Zwiększenie efektywności procesów medycznych, usługowych oraz sprzedażowych;
- Zwiększenie świadomości kosztowej wśród szerokiego grona pracowników;
- Skuteczne delegowanie i podniesienie trafności decyzji na wszystkich poziomach zarządzania.

Podejście zaprezentowane w proponowanym modelu ZPRK, zamiast „tradycyjnie” wyodrębnianego jednego centrum kosztu dla całego Oddziału, wyodrębnia się szczegółowe centra kosztów dla jednorodnych zasobów. Centra kosztów zdefiniowane są dla medycznych zespołów pracowniczych, urządzeń i aparatów medycznych, powierzchni oddziału, specjalistycznych systemów informatycznych.

Takie podejście do definiowania centrów kosztowych pozwala na szybkie uzyskiwanie informacji o kosztach całkowitych i jednostkowych zasobów szpitala i wykorzystaniu tych informacji do kalkulacji kosztów procedur medycznych oraz kosztów ścieżki leczenia poszczególnych pacjentów.

Ponadto podejście to pozwala na wyodrębnianie kosztów niewykorzystanych zdolności usługowych na poziomie szczegółowo zdefiniowanych, jednorodnych zasobów szpitala i stanowi doskonałą podstawę do planowania i monitorowania kosztów wykorzystania posiadanego potencjału zasobów medycznych. Procesowe ujęcie kosztów pozwala też lepiej przypisać koszty poszczególnych działań i procedur medycznych do konkretnych ścieżek leczenia pacjentów oraz poznać koszty ich leczenia z uwzględnieniem podstawowych procedur medycznych, hospitalizacji i rehabilitacji.

Zasobowo-procesowy sposób prezentowania informacji o kosztach szpitala jest zgodny ze sposobem patrzenia na organizację przez menedżerów i lekarzy. Pracownicy szpitala i kadra kierownicza doskonale znają dostępne zasoby organizacyjne (mikroskopy operacyjne, aspiratory ultradźwiękowe, stoły operacyjne, zespoły pracownicze: chirurgów, anestezjologów, pielęgniarek i rehabilitantów) oraz wykonywane przez te zasoby działania i procedury medyczne.

Dzięki tej wiedzy, informacja kosztowa również jest lepiej zrozumiała oraz efektywniej może być wykorzystana w dyskusji dotyczącej optymalizacji i usprawnienia działalności medycznej. Brak wdrożenia zmian w ZOZ Łowicz w tym obszarze powoduje powstawanie coraz to większego ryzyka w pozycji MUDY procesowej. ZPRK jest tylko propozycją zmian, ukształtowaną pod kątem rozporządzenia kosztowego i jego przyszłej modyfikacji. Jeśli Dyrekcja Szpitala lub organ założycielski uzna, że na rynku ekonomicznym jest dostępny bardziej szczegółowy model kosztowy który strategicznie przyniesie większe korzyści dla Szpitala, niezwłocznie należy podjąć decyzję o wprowadzeniu zmian.

3.1. Analiza wynikowa wybranych pozycji kosztowych.

3.1.1 IZBA PRZYJĘĆ – zużycie leków i materiałów – ujęcie ekonomiczno prawne.

Wg uzyskanych danych finansowych, analiza pozycji kosztów zużycia materiałów i leków na Izbie przyjęć - jako jednostce medycznej odnotowanej w działalności podstawowej w przyjętym modelu kosztowym, największy skok odchylenia odnotowała na przestrzeni rok do roku w latach 2019/2020. W tym czasookresie progres wynosił ponad 70 % kosztów zużycia materiałów i leków. Rok 2021 do roku

2020 był w obszarze constans a progres kosztowy plasował się na poziomie około 2% co w obszarze monetarnym przekracza wartość 200 tysięcy pln. W związku ze stawianymi przed szpitalami wyzwaniami finansowymi oraz parabolicznymi wskaźnikami makroekonomicznymi, należy zwrócić uwagę na stosowanie treści art. 58 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2018.1510 t.j. z późn zm.), zgodnie z którym świadczeniobiorca ma prawo do leczenia szpitalnego w szpitalu, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie skierowania lekarza, lekarza dentysty lub felczera, jeżeli cel leczenia nie może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne. Ustawa przewiduje, iż pacjent może zostać skierowany do leczenia szpitalnego przez każdego lekarza posiadającego stosowne uprawnienia jednak możliwość wykonania przez szpital świadczenia na rzecz pacjenta uwarunkowane jest brakiem możliwości osiągnięcia celu leczenia przez leczenie ambulatoryjne. Spełnienie tego warunku musi więc zostać udokumentowane przez lekarza kierującego stosowną historią choroby, wynikami badań, itp. (chyba że z uzasadnionych przyczyn natury obiektywnej nie jest to możliwe). Jak wskazuje stanowisko stosowanej interpretacji prawnej, „skierowanie do szpitala nie ma charakteru wiążącego dla świadczeniodawcy i podlega ono **merytorycznej weryfikacji na izbie przyjęć szpitala**. Dopiero w przypadku potwierdzenia zasadności skierowania podejmowana jest druga w kolejności medyczna decyzja o braku możliwości osiągnięcia celu leczniczego w warunkach ambulatoryjnych, co finalnie prowadzi do przyjęcia świadczeniobiorcy na właściwy oddział szpitalny” (Pietraszewska-Macheta Agnieszka (red.), Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Komentarz, wyd. III, publ. w WKP 2018). Zatem dla umożliwienia weryfikacji spełnienia warunków z art. 58 ww. ustawy konieczne jest załączenie kopii istotnej dla przypadku dokumentacji medycznej, wyników badań, itp. Wskazać należy również, iż zgodnie z § 8 i § 12 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 poz. 1146 t. j.), świadczeniodawca powinien zapewniać udzielanie świadczeń w sposób kompleksowy obejmujący wykonanie niezbędnych badań, w tym badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, oraz procedur medycznych związanych z udzielaniem tych świadczeń.

Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego, kierując świadczeniobiorcę do poradni

specjalistycznej lub do leczenia szpitalnego, dołącza do skierowania kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będące w jego posiadaniu, umożliwiające lekarzowi ubezpieczenia zdrowotnego lub felczerowi ubezpieczenia zdrowotnego kierującemu postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania oraz istotne informacje o dotychczasowym leczeniu specjalistycznym lub szpitalnym oraz zastosowanym leczeniu.

Jednocześnie podkreślić należy, iż z ww. przepisów wynika **konieczność dokonania wstępnego rozpoznania przez lekarza kierującego do leczenia szpitalnego czy specjalistycznego**. Wiąże się z tym konieczność przeprowadzenia na zlecenie lekarza kierującego badań i konsultacji przed wystawieniem skierowania jeżeli stan zdrowia pacjenta nie jest zagrożony nagłym pogorszeniem lub nie wymaga niezwłocznego wdrożenia leczenia szpitalnego. Skierowanie do leczenia szpitalnego, czy do lekarza specjalisty jest aktem kończącym określoną procedurę medyczną (zgodnie z treścią wyroku WSA w Warszawie, wydanego w sprawie o sygn. VI SA/Wa 828/05 w dniu 27 września 2005 r.). Natomiast zgodnie z art. 5 pkt 42 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, "procedura medyczna" oznacza postępowanie diagnostyczne, lecznicze, pielęgnacyjne, profilaktyczne, rehabilitacyjne lub orzecznicze przy uwzględnieniu wskazań do jego przeprowadzenia, realizowane w warunkach określonej infrastruktury zdrowotnej przy zastosowaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Z kolei zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2012 r. poz. 159, z późn. zm.) osoba kierująca na badanie diagnostyczne, konsultację lub leczenie przekazuje podmiotowi, do którego kieruje pacjenta, wraz ze skierowaniem, informacje z dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta niezbędne do przeprowadzenia tego badania, konsultacji lub leczenia.

Zaniechania dotyczące powyższych wymagań w sposób bezpośredni godzą w prawa pacjenta i utrudniają udzieleniu mu adekwatnej i niezwłocznej pomocy. W sytuacji przyjęcia do Szpitala pacjenta ze skierowaniem nie zawierającym rozpoznania lub ze skierowaniem, do którego nie załączono wyników badań, i niezbędnych w danym przypadku informacji, szpital ponosi dodatkowe, zbędne koszty związane z koniecznością przeprowadzenia rozszerzonej diagnostyki. Ponadto istnieje ryzyko

opóźnienia wdrożenia właściwego leczenia pacjenta z uwagi na konieczność przeprowadzenia rozszerzonej diagnostyki, większej ilości badań i oczekiwania na ich wyniki. Takiej sytuacji można by uniknąć dzięki przestrzeganiu ww. przepisów przez lekarzy kierujących pacjentów do Szpitala.

Dla Szpitala w Łowiczu – zgodnie z przyjętym harmonogramem inwestycyjnym- postawione zostało zadanie w zakresie uruchomienia SOR. Z racji ostrożności kosztowo - strategicznej należy w sposób szczególny - głównie przez Zarząd szpitala - przeanalizować zapisy treści art. 3 pkt 9) ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2017.2195 t.j. z dnia 2017.11.28) tj: szpitalny oddział ratunkowy udziela świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z art. 60 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania. Dlatego też w celach uniknięcia nieuzasadnionych kosztów na pozycji leków, materiałów czy też odczynników zaleca się opracowanie w trybie pilnym procedury która będzie miała na celu optymalizację i realne uzasadnienie ponoszonych kosztów. Wdrożenie takiej procedury zminimalizuje ryzyko „nieporozumień” kosztowych na nowo powstałym SOR-e jak również będzie prawidłowym narzędziem do stosowania przez personel. Należy pamiętać, iż niedopuszczalną sytuacją jest kierowanie na Szpitalny Oddział Ratunkowy lub Izbę Przyjęć, pacjentów którzy nie kwalifikują się do przyjęcia na Oddział Ratunkowy, a powinni zostać skierowani, na odpowiedni oddział, do leczenia szpitalnego po dokonaniu rozpoznania na podstawie przeprowadzonych wcześniej badań i konsultacji w trybie ambulatoryjnym. Z punktu rachunkowości zarządczej oczywistym jest, że udzielanie świadczeń medycznych w zakresie diagnostyki w warunkach szpitalnych wiąże się ze znacząco wyższym kosztem, zarówno po stronie NFZ, jak i szpitala.

Rekomendacje.

Pilne wprowadzenie controllingu operacyjnego i procesów z tym związanych.

3.1.2 KOSZTY WYNGARODZEŃ – ujęcie operacyjne.

Wynagrodzenia pracownicze to bardzo ważny elementem kosztów rodzajowych, które stanowią ich nieodłączny skład. Wypłata wynagrodzeń nakłada na pracodawców duże

wyzwania i obowiązki. Taka sytuacja jest określana przez szereg przepisów i ustaw, które dokładnie określają prawa i obowiązki wypłaty płac przez pracodawców. Jednym z najważniejszych obszarów zadaniowych rachunkowości zarządczej jest proces zarządzania zasobami ludzkimi jako głównego majątku w procesie wytwarzania usługi – w szpitalach usługi medycznej. Istotą wynagrodzeń pracowniczych jest wnoszenie do podmiotu potencjału pracy, tzn. kwalifikacji zawodowych lub kompetencji. Zatem, wynagrodzenie pełni ważną funkcję zarówno dla pracodawcy, jak i pracownika. Funkcja motywacyjna i kosztowa będą ważniejsze dla pracodawcy, natomiast dochodowa i społeczna dla pracownika.

Ponieważ koszty pracy stanowią bardzo ważny i znaczny monetarnie element rachunku ekonomicznego, powinny być absolutnym przedmiotem analizy, która pozwoliłaby na podejmowanie decyzji personalnych i zmniejszyłaby napięcia wśród kadry pracowniczej – szczególnie w ochronie zdrowia. Na koszt zatrudnionego kapitału ludzkiego składa się wiele elementów zależnych i niezależnych od jednostki. Właściwa klasyfikacja i pomiar tych kosztów ma bezpośredni wpływ na trafność polityki personalnej w danej jednostce.

Znaczący udział kosztów zatrudnionego kapitału ludzkiego w strukturze kosztów działalności Szpitala w Łowiczu stanowi istotne obciążenie, które jest trudne do zmniejszenia. Wynika ono bowiem głównie ze specyfiki działalności jakim jest podmiot szpitalny. Wymaga więc precyzyjnego wykonania powierzonych zadań, a do tego potrzeba jest wykwalifikowana kadra pracownicza o wysokich umiejętnościach nie tylko w obszarze medycznym.

Od 1 lipca 2022 podwyżki wynagrodzenia zostały przewidziane dla pracowników medycznych, niemedykowych oraz tych zatrudnionych na podstawie umów cywilnych, w tym zlecenia i B2B.

W załączniku do ustawy wymienione są grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku. Choć zmiany zakładają wzrost wynagrodzeń, kontrowersje budzą znaczące różnice płac między przedstawicielami tych samych zawodów medycznych oraz to czy o wysokości wynagrodzenia **powinny decydować kwalifikacje posiadane czy kwalifikacje wymagane na danym stanowisku pracy.** Wg Ministerstwa Zdrowia pielęgniarki o najniższych zarobkach mają zarobić o ponad 40% więcej niż do tej pory. Osoby ze specjalizacją i wykształceniem wyższym

zarobią więcej, co jest motywatorem do podnoszenia swoich kwalifikacji. Wg obowiązujących przepisów, wysokość minimalnego wynagrodzenia zasadniczego zależy od zaszeregowania pracowników w zależności od poziomu wykształcenia i kwalifikacji. **Ponieważ w obowiązującej ustawie jest mowa o „wymaganych” kwalifikacjach, MZ stoi na stanowisku iż w czynnościach podejmowanych w zakresie stosowania przepisów przez dyrektora placówki, prawidłowym jest uznanie kwalifikacji wymaganych a nie posiadanych.** Jako podstawę prawną należy podać załącznik do ustawy z dnia 28 maja 2021 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw, został sformułowany w następujący sposób „Grupy zawodowe według kwalifikacji **wymaganych** na zajmowanym stanowisku” Niektóre podmioty szpitalne zastosowały się do stanowiska MZ twierdząc wprost, że jeśli pielęgniarka ma tytuł magistra, ale stanowisko nie wymaga od niej takiego wykształcenia, to Szpital nie musi wypłacać jej pensji uwzględniając jej wykształcenie i kwalifikacje. W przypadku służb niemedyceńskich część placówek „poradziła” sobie obniżając etat nawet do 0,75 z etatu pełnego. Dało to dyrekcji „zielone światło” do zatrzymania progresu kosztów pracowniczych. Jeszcze innym rozwiązaniem przyjętym przez podmioty lecznicze była, dogłębna analiza kosztów i wydajności pracy służb nie medycznych czyli; finanse, kadry, bhp, dział techniczny itd, i podjęcie decyzji o ostrej optymalizacji stanowisk pracy i przemodelowania obowiązków pracowniczych, jak również niektóre zarządy placówek podjęły decyzję o outsourcingu czyli „wyprowadzeniu” usług na zewnątrz.

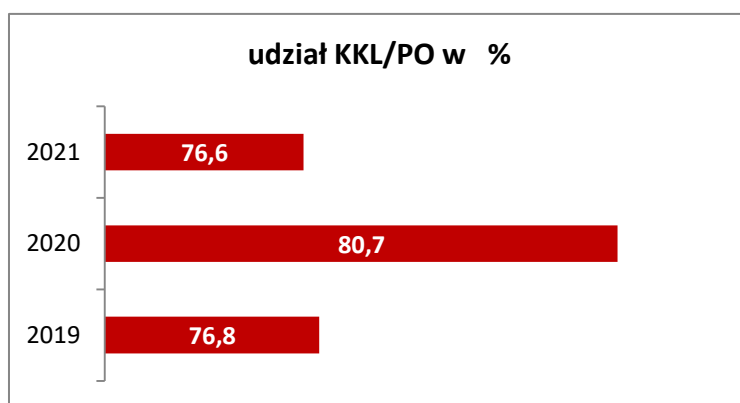
Z otrzymanych danych ze Szpitala w Łowiczu wynika, że jednostka w trudnym, pandemicznym czasie poradziła sobie prawidłowo. Po szczegółowym badaniu pozycji wynagrodzeń zaleca się wprowadzenie procesu dogłębnej analizy kosztowej środowiska pracy tak, aby wykluczyć ryzyka ewentualnych nadgodzin. W Regulaminie Pracy obowiązującym w ZOZ Łowicz art. 24, 25 i 26 zawarte są regulacje dotyczące trzymiesięcznego okresu rozliczeniowego, harmonogramu pracy oraz zakazu planowania nadgodzin, co w przypadku wprowadzenia procesu kontrolnego powinno dać zamierzone rezultaty – koszty autoryzowane. Proces kontrolny powinien zawierać jednorodność rozumienia danych definicji w zakresie organizacji pracy, ponieważ w sposób bezpośredni będzie miało to wpływ na podejmowane decyzje osób

zatrudnionych na stanowiskach menadżerskich wyższego i średniego szczebla. Należy przestrzegać regulacji ustawowych co do ilości zatrudnionych pracowników w danej jednostce organizacyjnej tak, aby zjawisko jakim są nadgodziny nie występowało - szczególnie w obszarze kosztów. Wyjątkiem mogą być usprawiedliwione nieobecności pracownika co do wymiaru rzeczowego nadgodzin. Zatem stosując art. 24 obowiązującego w ZOZ Regulaminu Pracy, koszty za nadgodziny powinny być na poziomie zerowym lub znikomym. Z przekazanych danych wynika, że na koniec miesiąca sierpnia kwota dotycząca nadgodzin wyniosła w kosztach całkowitych ponad 140 tys. zł. - co w szczególnym czasie dla Szpitala jest kosztem trudnym do podważenia. Jednak po wprowadzeniu systemu kontroli należy stosować zapisy art. 37, 38 i 39 przedmiotowego Regulaminu w ten sposób, że przepisy te mają być stosowane zgodnie ze stanem faktycznym.

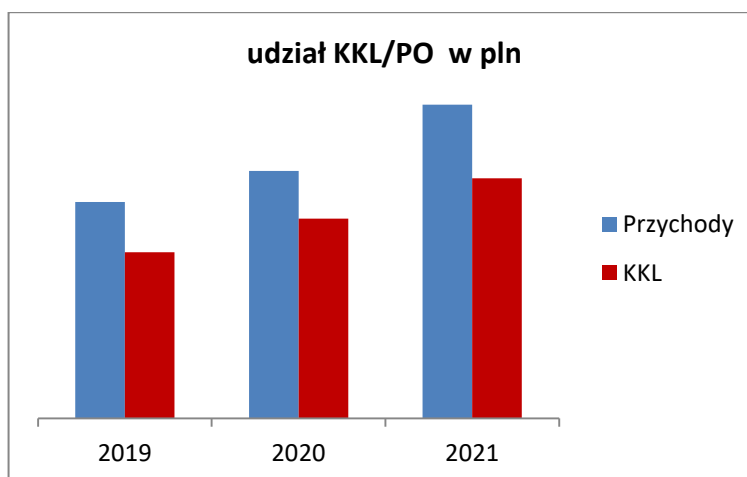
Obowiązująca w podmiocie struktura kosztów powinna pozwalać na realne możliwości wyliczenia wskaźnika kosztów zatrudnionego kapitału ludzkiego, i udzielić informacji jaki udział kosztów w przychodach operacyjnych stanowią zasoby ludzkie. Należy tu pamiętać, że czym innym jest definicja kosztów wynagrodzeń netto-brutto, czym innym definicja kosztów pracowniczych i czym innym grupa kosztów po stronie zatrudnionego kapitału ludzkiego. Są to trzy różne grupy kosztowe które mają bezpośredni wpływ na tworzenie i analizę kosztów z tej kategorii. Z otrzymanych informacji z ZOZ Łowicz na ten moment, brak jest możliwości wyliczenia realnego wskaźnika udziału kosztów zaangażowanego kapitału ludzkiego w wytwarzanie usługi medycznej. Aby to zrobić należy wprowadzić kosztowe poziomy analityczne, ujednolicić rozpoznanie definicji kosztu stałego/bezpośredniego i kosztu zmiennego/pośredniego jak również wprowadzić podział na grupy i rodzaje działalności. Z danych częściowych kosztowych grupy kapitału ludzkiego, wskaźnik jaki udało się wyliczyć należy interpretować jako daną syntetyczną – ogólną niepełną. Przyczyną niepełnej wiedzy nt wysokości całkowitych kosztów zatrudnionego kapitału ludzkiego jest przypisanie do jednej pozycji w kosztach pośrednich łącznie koszt utrzymania danej jednostki organizacyjnej bez podziału analitycznego. Przykładem może być apteka która jako działalność pomocnicza medyczna została potraktowana jako pośrednia pozycja kosztowa bez analityki w głąb struktury kosztowej i rozdzielona nieznanym dla autora kluczem podziałowym.

Na dzień sporządzenia niniejszego dokumentu i uwzględnieniu przekazanych danych omawiany wskaźnik plasuje się na odpowiednich poziomach:

Udział kosztu całkowitego kapitału ludzkiego do przychodów operacyjnych w ujęciu % (bez uwzględnienia części kosztów wynagrodzeń z grupy kosztów pośrednich).



Udział kosztu całkowitego kapitału ludzkiego do przychodów operacyjnych w ujęciu monetarnym (bez uwzględnienia części kosztów wynagrodzeń z grupy kosztów pośrednich).



Z powyższych danych wynika, że wraz ze wzrostem przychodów w okresie 2019-2021 i średnią medianą 20 %, znaczący progres mają też koszty kapitału ludzkiego. Największy udział kosztów KKL w strukturze przychodów odnotowuje się w latach 2020/2021 plasujący się na wysokości monetarnej prawie 6,5 ml do roku poprzedniego. Niepokojącym zjawiskiem jest wskaźnik udziału kosztów KL do

przychodów operacyjnych. W powyższych latach średnia mediana wynosiła 78% - przy czym należy pamiętać, że do analizy nie było uwzględnione 100% KKL ale powyżej 90%. I tak: udział KKL do przychodów operacyjnych w 2019 wyniósł nieco powyżej 76%, w roku 2020 prawie 81 % i był największy w analizowanym okresie a w roku minionym czyli 2021 prawie 76%. Normą optymalną wskaźnika jaką przyjmuje się w Szpitalach powinien być przedział od 50%-60% max w przychodach operacyjnych. Oznacza to, że w ZOZ Łowicz przekroczenie wskaźnika jest ponad 20 % z tendencją wzrostową i nie ma charakteru constans w roku bieżącym. Zatem można stwierdzić, że pilnie potrzebne jest wprowadzenie w ZOZ Łowicz analiz controllingu personalnego/HR, tak aby wykluczyć ryzyko decyzyjno-strategiczne w omawianym zakresie. Ze względu na zmiany prawne które weszły od 1 lipca dotyczące wynagrodzeń, bieżący rok jest rokiem szczególnie wrażliwym na odchylenia analityczne kapitału ludzkiego. Brak analiz HR-owych może w sposób pośredni długofalowy, przyczynić się do wystąpienia mobbingu płacowego i braku kontroli nad zasadnością i wydajnością pracowników.

Rekomendacje:

Absolutne wprowadzenie controllingu HR/personalnego z pilną i wnikliwą analizą optymalizacyjną miejsc pracy w działalności pomocniczej niemedycznej.

3.1.3 Obowiązki pracowników – jako koszt wydajności pracy.

Z przedstawionych w sposób przykładowy, wybranych obowiązków pracowniczych należy stwierdzić, że w analizowanym podmiocie nie obowiązują jednorodne standardy i zasady opracowywania obowiązków. Różnice które są zauważalne dotyczą stricte draftu oraz treści i zamieszczonego tekstu. W niektórych obowiązkach pracowniczych jest pkt dotyczący pionu jako jednostki organizacyjnej a w niektórych przypadkach nie odnotowuje się tego zapisu. Różnice dotyczą również nomenklatur w danych zakresach. W części obowiązków zawarta jest informacja wprost - w pozycji „zastępstwo” - który pracownik z imienia i nazwiska ma obowiązek zastępczy a w części jest zapis ogólny bez podawania osoby bezpośredniej. Na niektórych obowiązkach jest zawarta informacja jakie kwalifikacje są wymagane na danym stanowisku a na innych dokumentach ta informacja jest w ogóle pominięta. Część dokumentów ma

formę typowo literalną – opisową a część schematyczną bezpośrednią. Taka „różnorodność” w zakresach obowiązków pracowniczych nie jest działalnością wskazaną ale nie nieprawidłową. Sytuacja taka wynika głównie z wieloletniego zatrudnienia pracownika i obowiązującego draftu kilka lat wstecz.

Rekomendacje:

Ze względu na duży zakład pracy jakim jest ZOZ w Łowiczu i różnorodność zatrudnionych grup zawodowych, pozytywnym zjawiskiem będzie wprowadzenie jednolitego draftu stosowanego na każdym stanowisku pracy oraz uaktualnianie go w przypadku zmieniającego się prawa pracy i wymogów w tym zakresie. Sugeruje się również uaktualnienie dokumentów tj: regulamin wynagradzania i regulamin pracy. Ze względu na ostrą dynamikę w zakresie prawa pracy i przepisów pochodnych np.: wynagrodzeń, te dwa dokumenty powinny być przynajmniej raz w roku analizowane i nanoszone w nich zmiany, tak aby były podstawą prawną do stosowania dla zatrudnionego personelu. Obecny regulamin wynagradzania w wielu zapisach odbiega od obowiązujących norm prawnych np.: tabela wynagrodzeń. Po ostatnich zmianach dotyczących wynagrodzeń jest rzeczą absolutnie wymaganą aby dokument ten został uaktualniony. W regulaminie pracy zaś pozytywnym zjawiskiem będzie zajęcie stanowiska ZOZ w sprawie procedury mobbingowej. Wyklucza to ryzyko po stronie szpitala ewentualnych ponoszonych kosztów w przypadku pozwów sądowych.

W zakresie przeprowadzonej analizy kosztowej w obszarze kapitału ludzkiego sugeruje się również wprowadzenie pełnego controllingu personalnego z naciskiem na: wartościowanie stanowisk pracy, analizę kosztową w strukturze kosztów i przychodów, opracowanie value mappingu w zakresie obiegu dokumentów, opracowanie raportowania zarządczego w zakresie wskaźnikowej tj: wskaźnik HCROI (zwrot z inwestycji kapitału ludzkiego), HCVA (ekonomiczna wartość dodana kapitału ludzkiego), HCR (rentowność zasobów ludzkich), CFTE (koszty operacyjne na pracownika), PFTE („sprzedaż” na pracownika), PPFTE (zysk brutto na jednego pracownika). Dodatkowo wskaźnik: rotacji pracownika, koszt rotacji, zwolnień, przyjęć, awansów, stabilności kadry kierowniczej, przeciętny koszt absencji na etacie, nadgodzin, head count itp. Wprowadzenie i realizacja niektórych chociaż wymienionych wskaźników w znaczny sposób pozwoli Dyrekcji Szpitala ocenić obszar

efektywności pracy zatrudnionego kapitału. W proces controllingu personalnego należy również wliczyć cały obszar dotyczący szkoleń pracownika – szczególnie w podmiocie leczniczym. W tym zakresie należy rozpatrzyć nie tylko kadrę medyczną ale również obszar „klienta wewnętrznego” czyli działalność pomocniczą niemedyczną. Zakład pracy należy potraktować jako jeden „organizm” operacyjny, gdzie każdy pracownik ma mieć zapewnioną odpowiednią „suplementację” w zakresie wykonywania swojego przeznaczenia. „Tlenem” dla danego pracownika jest jego rozwój osobisty i motywacja. Ponieważ w Szpitalu nie jest tworzony program szkoleń sugeruje się aby od nowego roku taki proces był wprowadzony. Pacjent jest szczególnym „klientem” do obsługi, zatem oprócz szkoleń branżowych – celowanych z danego zakresu (optymalizacja narzędziowa, finanse, excel, prawo pracy, branżowe medyczne, optymalizacja i controlling w ochronie zdrowia, rachunek kosztów w ochronie zdrowia itp), należy również rozpatrzyć udział pracowników w szkoleniach z hr-u miękkiego np.: kompetencje w zarządzaniu zespołem, zarządzanie zmianą w modelu michigan i harwardzkim, budowanie relacji zespołu w odniesieniu czasu i priorytetów, savoir vivre dla osób ze szczególnymi potrzebami zdrowotnymi, filozofia kaizen i lean management w ochronie zdrowia. Szkolenia mają być ukierunkowane na efektywniejsze wykonywanie pracy „w przód” co w bezpośredni sposób powinno się przełożyć na lepsze wyniki finansowe Szpitala.

4 . Analiza wybranych umów poza systemem NFZ.

Umowa dzierżawy odbiorniki telewizyjne – opinia.

Ad/ § 5

Wartość czynszu dzierżawy 1 m² powierzchni ściany jest zbyt niska, nie obejmuje bowiem realnej kalkulacji kosztów utrzymania tej powierzchni , jak też uciążliwości. Nadto koszt zużycia energii elektrycznej nie jest proporcjonalny do faktycznego wykorzystania tej energii przez odbiornik telewizyjny. Średni obowiązujący koszt korzystania z odbiornika telewizyjnego wynosi średnio miesięcznie około 100, zł na wolnym rynku. /Dla przykładu w sanatorium za 21 dni kuracjusz płaci 100,00zł /. Nie wzięto w ogóle pod uwagę faktu ile płaci pacjent za korzystanie z odbiornika telewizyjnego. Brak racjonalnej kalkulacji kosztów.

Ad/ § 6 pkt. 2

Brak danych do kontaktu ze strony Dzierżawcy .

Ad/§ 8 pkt.2

Należy unormować rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia ze strony Wyzierżawiającego i Dzierżawcy i dopuścić tryb zwykły rozwiązania umowy za wypowiedzeniem bez określania warunków .

Sugestia: umowa do ponownej analizy (usługa ciągła od 01.07.2018 r.)

Umowa najmu lokalu mieszkalnego nr ADT.0222.16.2021.KL - opinia.

W preambule umowy nie zastosowano sformułowania lub /i dalej "ZOZ", posługując się tym skrótem w dalszej części umowy, szczególnie w zakresie informacji o przetwarzaniu danych osobowych.

Wg Kancelarii Controllingu Sp. z o.o. **umowa jest do ponownej analizy**, bowiem nie zawiera możliwości podwyższenia czynszu z tytułu opomiarowania ogrzewania i/lub wzrostu kosztów zakupu paliwa grzewczego /opału/. Umowa najmu powinna zawsze być poprzedzona kalkulacją kosztów , a zawierana na 2022r. w sposób szczególny powinna przewidywać wzrost kosztów energii elektrycznej i opłać „w przód”.

Umowa dzierżawy Lokalizacja nr 35410 z dnia 1 czerwca 2016 r. –opinia.

Umowa z POLKOMTEL, ekonomicznie i pod względem formalno-prawnym **jest do ponownej analizy**.

Niekorzystnym rozwiązaniem dla ZOZ – wg Kancelarii, jest przyjęta w umowie zasada płatności czynszu dzierżawy z dołu , a nie z góry.

Ad /art.2 ust.1

Należy zadać pytanie dlaczego przyznano Polkomtel zasadę wyłączności dzierżawionego terenu. Jeśli takie były uzgodnienia stron to wysokość czynszu przy tej zasadzie została ustalona na bardzo niskim poziomie bez kalkulacji kosztów Wyzierżawiającego ustalonych porównawczo do terenów dzierżawionych w takim celu przez innych operatorów.

Ad/art.2 ust.4

Budzi wątpliwość sposób rozliczania pomiędzy stronami umowy za zużytą przez POLKOMTEL energię elektryczną bez VAT , w przypadku refaktury.

Ad/art.2 ust.6

Zapisy tegoż art.2 punkt 6 umowy rodzą skutek dodatkowego korzystania z innego niż będący przedmiotem umowy terenu ZOZ bez stosownej regulacji umownej i pobierania dodatkowo czynszu za użytkowanie .

Ad/ art. 2 pkt 8

Błędem jest pozwolenie Polkomtel na poddzierżawę przedmiotu umowy bez zgody Wydierżawiającego , a wyłącznie po uprzednim powiadomieniu.

Ad/art.3 ust.3

30 dniowy termin płatności czynszu w sumie od chwili wystawienia faktury 37 dniowy jest bardzo niekorzystny dla ZOZ .

Ad/art.3 ust.4

Dzień płatności to data wpływu środków pieniężnych na rachunek ZOZ , a nie tak jak przyjęto w umowie data złożenia polecenie przelewu przez POLKOMTEL w swoim banku. Taki sposób płatności skutkuje tym, że ZOZ może otrzymywać należności z tytułu dzierżawy w dłuższym czasie niż 37 dni licząc od daty wystawienia faktury .

Ad/Art.5

Brak równowagi stron przy wypowiedaniu umowy.

Umowa z dnia 1997.04.01 na dostarczenie wody i odprowadzanie ścieków.

Postanowienia tej umowy w całości powinny być dostosowane do przepisów ustawy z dnia 7 czerwca 2001 roku o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (j.t. Dz.U. z 2020, poz. 2028) ,a także postanowień regulaminu obowiązującego na terenie Gminy Łowicz, bowiem zgodnie z art. 6, ust. 1-8 Ustawy z dnia 7 czerwca 2001 r. o zbiorowym zaopatrzeniu w wodę i zbiorowym odprowadzaniu ścieków (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1152), dostarczanie wody i/lub odprowadzanie ścieków odbywa się na podstawie pisemnej umowy o zaopatrzenie w wodę i/lub odprowadzanie ścieków zawartej między przedsiębiorstwem wodociągowo - kanalizacyjnym , a odbiorcą usług. Z informacji przekazanej Kancelarii, ZOZ Łowicz posiada swoje ujęcie wody, zatem z usług komunalnych korzysta tylko w zakresie odprowadzania ścieków. W związku z tym przedmiotem umowy powinna być sama usługa odprowadzanych ścieków. Dodatkowo obecna umowa zawiera zapisy które uważane są za UOKiK jako klauzule abuzywne czyli niedozwolone np.: §7 pkt2 wersja w ZOZ Łowicz to „... poprzedzających 6 miesięcy”, obowiązująca która powinna być to

„... poprzedzających 3 miesiące”. Zapisy dot „przekroju rury”, od kilku lat są zapisami niedopuszczalnymi w tego typu umowie.

Rekomendacje.

Z powyższej analizy wynika, że należy wprowadzić jak najszybciej proces kontrolny pod względem finansowy, merytorycznym a nie kiedy prawnym (np.: umowa wod-kan, umowa z roku 1997). Brak analitycznej kalkulacji wyceny usługi, zabezpieczenia interesów szpitala (np: POLKOMTEL), rodzi wielką grupę ryzyk ukierunkowaną na ewentualne występowanie procesowej MUDY. Sugestią poprawiającą stan obecny może być jak najszybsze wprowadzenie procesu controllingu operacyjnego w zakresie audytu wszystkich umów poza NFZ. Szczególną kwestią są umowy medialne typu wod-kan, energia, ponieważ te pozycje należą do jednych z największych pozycji kosztowych poza wynagrodzeniami i amortyzacją. Racjonalne i optymalne prowadzenie gospodarki w tym zakresie będzie miało pozytywny wpływ na wycenę rentowności danej procedury. Należy również skorzystać z dostępnych form pomocy i projektów w tym obszarze jak np.: „zielona energia dla szpitali”. „Zielony szpital” to taki, który promuje zdrowie publiczne i zabezpiecza interesy zdrowotne lokalnej populacji, a z drugiej strony zmniejsza swój wpływ na środowisko dzięki właściwemu zarządzaniu, zrównoważonym łańcuchom dostaw i poprawie efektywności energetycznej. Dane zaprezentowane w raporcie zielonej energii pokazują, że w Polsce co piąty szpital ma powyżej 70 lat, a połowa została wybudowana w latach 60 i 70 ubiegłego wieku. Zmiany klimatu stanowią olbrzymie obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej. Z drugiej strony ten sektor sam się do nich przyczynia, odpowiadając za 4,4 proc. globalnych emisji CO₂ do atmosfery. W obecnym scenariuszu będą one ciągle rosnąć, by w 2050 roku osiągnąć poziom 6 gigaton rocznie. Koszty środowiskowe i finansowe pokazują, że konieczna jest zielona transformacja w szpitalach. W przypadku podjęcia decyzji przez Dyрекcję Szpitala lub organ założycielski Szpitala w Łowiczu o wdrożeniu projektu usprawniającego omawiany zakres, na etapie projektowym zaleca się również zaprojektowanie infrastruktury technicznej która umożliwiałaby opomiarowanie jednostek organizacyjnych zgodnie z przyjętym schematem organizacyjnym podmiotu (rozdział opomiarowania wod-kan, energii elekt., energii cieplnej, dobór parametrów na poziomie urządzenie główne – podliczniki

/kompatybilność progu rozruchu urządzeń/. Gospodarka powinna być prowadzona na takim poziomie aby była możliwość wyliczenia wskaźnika energochłonności, wskaźnika zmian jednostkowych kosztów stosowanych paliw przez szpital, wskaźnik zmian jednostkowych kosztów strat przesyłowych szpitala, udział kosztów paliwa w kosztach wytwarzania ciepła ogółem, udział kosztów strat ciepła w kosztach przesyłania i dystrybucji ogółem. Absolutnym priorytetem jest ustalenie taryf za wodę w ZOZ Łowicz. Na ten moment nie ma możliwości oszacowania jaki jest koszt wytworzenia 1 m³ wody - jako podstawowej jednostki mierzalnej ten rodzaj mediów. Rozproszenie ponoszonych kosztów jak np.: przegląd lub opłaty środowiskowe, jak również traktowanie ich jako koszt syntetyczny bez przeprowadzonej analityki jest zjawiskiem niepożądanym w rachunkowości zarządczej. Skoro szpital ma swoje ujęcie wody bezspornym jest fakt, że ponosi wewnętrzne koszty utrzymania i obsługi ujęcia. Dlatego też koniecznym jest ustalenie wewnętrznej taryfy jako miernika pozycji kosztowej do proceduralnego wyliczenia usługi – rozporządzenie w sprawie rachunku kosztów. W ten tylko sposób można estymować koszt i zaopatrywać „klienta wewnętrznego” (oddziały i inne) zgodnie z obowiązującymi standardami controllingu procesu wycen usług. Do czasu wprowadzenia realnego opomiarowania zaleca się korzystanie z aktu prawnego jakim jest zużycie wody wg norm jako miernika najbardziej zbliżonego do realnych kosztów zużycia wody i ścieków. W zakresie zużywania mediów oraz przyszłej optymalizacji zaleca się przeprowadzenia absolutnego audytu infrastrukturalnego we wszystkich aspektach technicznych wraz z uporządkowaniem i aktualizacją dokumentacji techniczno - eksploatacyjnej w tym obszarze (inwentaryzacja infrastruktury bieżącej aktywnej i nieaktywnej).

III . POZOSTAŁE REKOMENDACJE

1. Controlling – jako podstawowe narzędzie menadżerskie;

Controlling jest procesem zarządczym polegającym na definiowaniu celów, planowaniu i sterowaniu organizacją w taki sposób, aby każdy decydent działał zorientowany na ustalony cel. Celem controllingu jest ciągłe i trwałe podnoszenie wartości organizacji, a nie krótkoterminowa maksymalizacja zysku. Ważnym jest jednak zachowanie równowagi pomiędzy budową potencjału do osiągnięcia przyszłego sukcesu a ciągłym, bieżącym generowaniem zysków. Proces ten należy postrzegać jako podejście

holistyczne. Nie tylko należy widzieć koszty, ale przede wszystkim rynek - szczególnie dzisiaj w przypadku szpitali. Planowanie jako świadome podejście do przyszłości, umożliwia organizacjom identyfikowanie szans, budowanie przewagi konkurencyjnej oraz elastyczne reagowanie na zmiany. Controlling powinien funkcjonować wszędzie tam, gdzie stawiane są cele do zrealizowania. Controlling jest więc koncepcją przydatną nie tylko dla komercji nastawionych na zysk, ale również dla organizacji z sektora publicznego oraz non-profit. Różne dla tych grup podmiotów są jedynie definicje celów oraz osiągnięte przez nie rezultaty i wyniki. Controlling rozumiany jako proces zarządczy powinien być realizowany w każdej organizacji, nawet małej.

Istotą racjonalnego zarządzania szpitalem i jednocześnie nieodzownym zadaniem każdego menedżera, jest myślenie zorientowane na cel oraz nakierowanie wszystkich decyzji na osiągnięcie związanego z nim rezultatu. Oznacza to, że controlling nie jest procesem, który realizują wyłącznie wyspecjalizowane zespoły controllingowe lub inne działy wsparcia. Nie ma controllingu bez zaangażowania kadry zarządzającej. Controlling jest procesem zarządczym ukierunkowanym na realizację celów, który będzie skuteczny tylko dzięki współpracy controllerów z menedżerami. Sednem controllingu jest wspólna praca zespołowa menedżerów i controllerów.

Współpraca menedżera i controllera, rozumiana jest jako partnerstwo biznesowe i musi odbywać się na równorzędnym i równoprawnym poziomie. Wprawdzie to menedżer wyznacza kierunek działania, ale controllerzy również są współodpowiedzialni za osiągnięcie celów przez dany podmiot.

Controllerzy są usługodawcami dla kadry zarządzającej i różnych komórek organizacyjnych. Doradzają i wspierają menedżerów oraz działają na rzecz innych funkcji podmiotu. W tym rozumieniu mówi się o controllerach jako świadczących usługi controllingowe.

Z drugiej jednak strony, controlling jest procesem zarządczym polegającym na definiowaniu celów, planowaniu i sterowaniu, za co przecież odpowiadają menedżerowie. **Kadra zarządzająca odpowiada za tę część procesu controllingowego ale controllerzy współuczestniczą w tym procesie pełniąc rolę współodpowiedzialnego partnera biznesowego. Oznacza to, że controllerzy pełnią dwie funkcje w przedsiębiorstwach. Z jednej strony są doradcami i partnerami kadry zarządzającej i tym samym są współodpowiedzialni za osiągnięcie celów, a z drugiej strony są**

usługodawcami i odpowiadają za dostarczanie poprawnych oraz istotnych informacji wspierających zarządzanie.

Rekomendacje do wprowadzenia jednostki organizacyjnej – controllingu.

- większe zaangażowanie pracowników w realizację planów związanego także z większą odpowiedzialnością,
- samodzielność kierowników ośrodków odpowiedzialności w zakresie planowania, weryfikacji i analizy odchyleń,
- jednolity i uporządkowany sposób zapisywania danych w systemie oraz dostęp do bieżącej informacji w postaci użytecznych raportów,
- „skrojony na miarę” proces planowania dostosowany do charakteru jednostki i specyfiki działania szpitala,
- wykorzystanie systemu wczesnego ostrzegania przed zagrożeniami,
- analizę odchyleń pozwalającą na elastyczne dostosowywanie do zmieniających się warunków otoczenia.

2. Controlling rachunku kosztów;

Pilna potrzeba wprowadzenia controllingu w zakresie rachunku kosztów jest podyktowana kontrolą w obszarze:

- 1) identyfikacji zakresów odpowiedzialności za koszty kierowników różnych wydziałów/oddziałów,
- 2) indywidualnego ustalania kosztów każdej fazy wytwarzania procedury medycznej w celu jej usprawnienia, optymalizacji i prawidłowej wyceny,
- 3) identyfikacji odchyleń kosztów rzeczywistych od planowanych z dokładnością do fazy procesu wytwarzania procedury medycznej;

Konieczność taka występuje w badanym podmiocie bowiem w przypadku wytworzenia procedury medycznej mamy do czynienia z wieloetapowością, gdzie stosuje się reguły kalkulacji fazowej. W takim przypadku poszczególne usługi i produkty/materiały (np.: leki) przetwarzane są na wielu opk-ach w różnych jednostkach organizacyjnych. Konta 500 rozbudowane powinny zostać zatem o elementy określające oddział oraz szczegółowe gniazda wytwórcze usługi będące odrębnymi opk-ami.

Rachunkowość zarządcza = rachunkowość menadżerska = rachunek kosztów. W rachunkowości zarządczej oczekiwana jest bardziej szczegółowa analiza kosztów które podzielone powinny zostać na samodzielne opk-i zgodnie z przyjętą polityką rachunkowości szpitala.

Autor programu naprawczego daje rekomendacje na pilne wprowadzenie całego obszaru controllingu rachunku kosztów jako głównego priorytetu w kierowaniu szpitalem.

Brak wprowadzenia procesu controllingowego z rachunku kosztów może spowodować zaburzenia i niespójne dane z sytuacją rzeczywistą, realną i strategiczną szpitala. Pamiętać należy, że czym innym jest sprawozdawczość finansowa i ujęcie kosztowe nakierowane bardziej na wydatki a czym innym jest sprawozdawczość zarządcza tj. rachunku kosztów, ukierunkowana na „przestrzenie kosztowe” nieewidencjonowane na kontach księgowych. Należy również pamiętać o wyzwaniach które szykuje MZ i Agencja Taryfikacji dla szpitali, głównie pod kątem profesjonalnego zarządzania kosztowego. Autor programu dalej podtrzymuje rekomendację na wprowadzenia zasobowo procesowego rachunku kosztów jako głównego i kompetentnego narzędzia do zarządzania szpitalem.

3. Controlling inwestycji i projektów;

Controlling inwestycyjny to skomplikowany proces, który pomaga optymalnie zaplanować i kontrolować przebieg inwestycji w organizacji, umożliwiając korektę ewentualnych błędów bez narażenia na utratę środków finansowych. Wprowadzenie controllingu do organizacji daje możliwość odpowiedzenia: Jak prowadzić analizę strategiczną projektu inwestycyjnego? Jak prowadzić analizę finansową planu inwestycji, interpretacja danych? Jak praktycznie stosować rachunek zysków w projekcie inwestycyjnym? W jaki sposób prowadzić analizę rozbieżności wyników papierowych i wyników gotówkowy? Jak dokonać oceny przepływów z działalności inwestycyjnej i finansowej? Jaki jest przewidywany wynik rachunku zysków i strat inwestycji? Jakie narzędzia wykorzystywać do oceny wiarygodności prognozy? Jak testować plan inwestycji, prowadząc analizę wrażliwości i oceny opłacalności projektu? Jakie są statyczne i dynamiczne metody oceny projektów? Jak prowadzić ocenę opłacalności inwestycji metodami statycznymi? Jak prowadzić ocenę opłacalności

inwestycji metodami dynamicznymi? Jak prognozować przepływy gotówki związane z inwestycją? Jakie są sporne kwestie oceny opłacalności projektów inwestycyjnych? Wpływ czasu na ocenę opłacalności projektu horyzonty czasowe: Jak zarządzać ryzykiem w projekcie inwestycyjnym? Jaka jest dokumentacja niezbędna przy realizacji projektów inwestycyjnych? Jakie są możliwości i ograniczenia związane ze stosowaniem określonych metod oceny projektów inwestycyjnych? Na wyżej wymienione pytanie w ujęciu strategicznym Zarząd Szpitala oraz organ założycielski będą musiały być w gotowości aby odpowiedzieć w przypadku podejmowania decyzji o nowej inwestycji.

REKOMENDACJE:

Ze względu na strategię rozwojową szpitala sugeruje się wprowadzenie narzędzia controllingu inwestycyjnego do systemu zarządzania jednostką szpitalną. Daje to sporo korzyści dla Szpitala przez co może on nie tylko umocnić swą pozycję na rynku medycznym wobec konkurencji, ale i zwiększyć własną wartość, poszerzyć zakres działalności lub, w długofalowej perspektywie, zabezpieczyć się przed skutkami kryzysu, a przynajmniej zminimalizować je. Dzięki implementacji tego narzędzia, inwestowanie i podejmowane decyzje w tym zakresie staną się dla Zarządu Szpitala bezpieczniejsze. Nastąpi to z powodu pogłębionej analizy i oceny czynników ryzyka inwestycji, wykrycia rozbieżności pomiędzy planowaniem a wykonaniem projektu inwestycyjnego i wreszcie dążenie do wyeliminowania powyższych rozbieżności w przyszłych projektach. Controlling inwestycyjny na poziomie projektu pozwala także na oszacowanie stopy zwrotu z inwestycji i kosztu poniesionego na ten cel kapitału, do tego umożliwia szybkie podjęcie działań zaradczych w przypadku wystąpienia nieprzewidzianych sytuacji, pozwala przewidzieć ich wpływ na przebieg procesu i wyeliminowanie w przypadku pojawienia się podobnych okoliczności w przyszłości. Obejmuje cały proces inwestycyjny, począwszy od planowania i projektowania, na zakończeniu inwestycji i rozliczeniu finansowym całego przedsięwzięcia skończywszy.

4. Controlling budżetowy;

Budżetowanie jest to prognozowanie przyszłych działań mających osiągnąć wyznaczone cele oraz wskazywanie wymiernych konsekwencji ich realizacji na podstawie obecnie dostępnych informacji.

Poprawnie funkcjonujący budżet musi wykorzystywać różnego rodzaju prognozy. Są to zazwyczaj analizy strategiczne. Dzięki temu nie będzie on tworzony wyłącznie w aspekcie retrospektywnym. Budżet musi zatem być zintegrowany z szeroko rozumianym systemem planowania strategicznego. Podjęte działania w budżecie zobrazowane powinny być konkretnymi czynnościami. Z tego powodu budżet musi uwzględniać pojedyncze zadania. Powinien być on zatem skonstruowany zgodnie z regułą budżetowania zadaniowego. Niewłaściwym podejściem jest tworzenie budżetu tylko w jednostkach finansowych typu koszty czy przychody bez identyfikacji konkretnych projektów. Cele wyznaczone w budżecie mają spełniać wszystkie zidentyfikowane w teorii wymagania stawiane procesowi zarządzania przez cele. Jednym z nich jest cecha rozwoju. Każdy cel powinien wskazywać rozwój dziedziny jakiej dotyczy. W tym zakresie należy rozumieć wzrost wyników. Objawia się on poprzez przyrosty takich syntetycznych parametrów jak przychody oraz zyski. Nie wolno tu jednak zapomnieć o kosztach. Zadaniem budżetowania jest nieustanne dążenie do coraz efektywniejszego wykorzystywania posiadanych środków/zasobów (proponowany do wprowadzenia rachunek ZPRK). Odbywa się to poprzez szeroko rozumiane działania optymalizacyjne. W zakresie kosztów polega to na wzroście efektywności pojedynczych zasobów czy czynności. Dane syntetyczne podlegają zatem uszczegółowieniu. Budżetowanie nie powinno polegać tylko na prostej obniżce kosztów. W tym miejscu warto jest wspomnieć, że optymalizacja wyników na każdym poziomie agregacji budżetu wydaje się być jednym z najważniejszych zadań stawianych przed tym systemem zarządzania. W zakresie zarządzania przez cele bardzo ważnym zagadnieniem jest identyfikacja zakresów odpowiedzialności. Każdy cel musi mieć precyzyjnie wyznaczoną osobę za niego odpowiedzialną. Reguła ta przekłada się również na budżetowanie. W tym przypadku każda pozycja budżetu musi mieć precyzyjnie wskazaną osobę za nią odpowiedzialną! Identyfikacja zakresów odpowiedzialności w budżetowaniu nie jest zagadnieniem prostym. Należy ten aspekt rozpatrywać wielowymiarowo. Przykładem jest odpowiedzialność za budżet komórki

organizacyjnej. Kierownik pojedynczej komórki organizacyjnej powinien być odpowiedzialny za cały jej budżet. Za poszczególne jego pozycje szczegółowe, mogą być jednak odpowiedzialni inni pracownicy. Bardzo precyzyjne wyznaczenie zakresów odpowiedzialności pozwala na realizację zadań optymalizacyjnych. Kierownicy odpowiedzialni za konkretne pozycje budżetu zobowiązani powinni być do podejmowania w tym zakresie zadań optymalizacyjnych. Nie zawsze są to jednak kierownicy komórek organizacyjnych w jakich działania te są podejmowane. Kolejnym ważnym zaleceniem zarządzania przez cele jest decentralizacja zarządzania. Polega ona na przekazywaniu uprawnień do podejmowania decyzji pracownikom z niższych poziomów struktury zarządzania. Efektem tego jest poszerzenie grona osób zaangażowanych w rozwój szpitala. Dodatkowo przygotowanie budżetu a następnie jego realizacja powierzone zostanie osobom posiadające odpowiednie kompetencje fachowe w poszczególnych specjalistycznych dziedzinach. Prezentacja wyników planowanych działań musi być dokonana w wielu zakresach. Z tego powodu nie jest wystarczające aby był to jedynie zakres finansowy. Wyniki muszą być zatem wyznaczone również w wymiarze rzeczowym. Prezentacja danych finansowych zgodna musi być z wymogami rachunkowości zarządczej. Wymusza to szersze podejście do klasyfikacji poszczególnych danych. Na potrzeby budżetowania należy zatem wprowadzić dodatkowe kryteria identyfikacji przychodów i kosztów. Budżet powinien być wymierny również w jednostkach fizycznych. Ma to na celu wskazanie realizacji konkretnych zadań i wynikających z tego celów niefinansowych. Takie ujęcie danych pozwoli na prezentację ruchu materiałowego. Umożliwi również identyfikowanie stopnia wykorzystania zasobów. Wskazane zostaną zatem czynniki ograniczające rozwój czy niewykorzystanie posiadanych zasobów.

Na podstawie powyższych sugestii można ustalić podstawowe zadania jakie powinien realizować budżet. Do najważniejszych zadań budżetowania należą:

- 1) identyfikacja celów dla budżetowanej jednostki w skali ogólnej i pojedynczych centrów odpowiedzialności,
- 2) przydział środków finansowych zgodnie z wyznaczonymi celami i koncepcją budżetowania zadaniowego,
- 3) wyznaczenie przyszłych wyników całej jednostki jak i jej elementów częściowych

- 4) zaplanowanie czasu realizacji istotnych zadań ze względu na możliwości finansowe i techniczne ich realizacji,
- 5) zaplanowanie ruchu materiałowego na poszczególnych zasobach z identyfikacją czynników ograniczających,
- 6) zaplanowanie stopnia dla wykorzystania potencjału istotnych zasobów,
- 7) optymalizacja wyników Szpitala na poziomie syntetycznym całej jednostki (planowanie budżetu polegające na poprawie przyszłych wyników szpitala względem obecnych),
- 8) optymalizacja wyników na poziomie konkretnych procesów i zasobów (planowanie budżetu poszczególnych centrów kosztów, procesów czy produktów według zasad corocznej poprawy ich parametrów oceny z uwzględnieniem rachunku kosztów dla szpitala),
- 9) planowanie budżetu na podstawie planów i prognoz strategicznych (unikanie metody przyrostowej w planowaniu),
- 10) analiza porównawcza planu z jego wykonaniem i bieżące zarządzanie odchyleniami,
- 11) analiza danych historycznych w celu zdobycia wiedzy na temat specyfiki funkcjonowania przedsiębiorstwa (analiza wzajemnych relacji poszczególnych pozycji budżetowych, sprzężenia pozycyjne);
- 12) identyfikacja zakresów odpowiedzialności za wszystkie pozycje budżetowe poszczególnych kierowników,
- 13) wykorzystania danych budżetowych w procesie motywacyjnym,
- 14) odrębne planowanie finansowe rachunku zysków i strat oraz przepływów finansowych,
- 15) edukacja ekonomiczna pracowników,
- 16) pełne rozliczenie kosztów pośrednich na realizowane działalności w celu ustalenia ich planowanej rentowności i ustaleniu cen.

Rekomendacje:

Należy jak najszybciej opracować proces budżetowania w ZOZ Łowicz. Brak wprowadzenia narzędzia controllingowego jakim jest budżetowanie może spowodować „mętną” informację zarządczą dla Dyrekcji Szpitala w następstwie czego

mogą być podjęte niewłaściwe decyzje strategiczne mimo, że zarząd podmiotu lub organu tworzącego kierował się dobrem jednostki i pacjenta.

6. Raportowanie zarządcze.

Z roku na rok, ze względu na dynamiczny rozwój technologii, różnorodne dane gromadzone w szpitalach odgrywają coraz większą rolę. Menedżerowie szpitali potrzebują ich dogłębnej analizy oraz klarownego sposobu przedstawienia, aby móc szybciej i skutecznie podejmować określone decyzje. Raportowanie zarządcze to proces wymagający dobrze zorganizowanej współpracy controllerów, działu IT oraz menedżerów. Wszyscy zaangażowani w tenże proces stoją przed dużymi wyzwaniami: Jak uporządkować dane? Jak zapewnić ich odpowiednią jakość? Jak ustalić odpowiedzialność? Jak usprawnić? W jaki sposób wykorzystać dashboardy menedżerskie?

Celem raportowania zarządczego jest tworzenie i dostarczanie informacji istotnych dla podejmowania decyzji (z pokazaniem celu oraz stopnia jego osiągnięcia), w sposób zorientowany na odbiorcę i w odpowiednim czasie dla poprawienia kierowania (sterowania) szpitalem. Dzięki zadaniom informacyjnym i dokumentacyjnym, raportowanie ma zapewnić transparentność w całym podmiocie leczniczym. Raport to nie jest tylko zapewnienie dostępu do danych lub samo przekazanie zestawienia. W czasach rosnących wolumenów danych ich analiza staje się coraz ważniejsza.

W związku z powyższym istnieje potrzeba opracowywania systematycznych metod udostępniania i analizy danych, ścisłej współpracy z działem IT oraz dokładnego ustalenia punktów wspólnych pomiędzy tymi dwoma obszarami. Najważniejszą wartością dodaną pojawia się, kiedy controller zapewnia komunikat (komentarz) dla menedżerów.

Rekomendacje dotyczące wprowadzenia procesu raportowania zarządczego:

- Wykorzystanie i używanie raportów zarządczych jako głównych punktów zaczepienia podczas spotkań controllerów i menedżerów oraz Dyrekcji Szpitala.
- Do przygotowania raportów należy wykorzystać standardy IBCS (International Business Communication Standards).

- Przygotowanie jednostronicowe „management summary”, jako wstęp do raportu z uwzględnieniem wielkości niefinansowych.
- Wdrażanie systemów Business Intelligence poza systemem ERP (z integracją z nimi), łącznie z kontrolą nad systemem BI i utrzymaniem elastyczności struktury i procesu raportowania.
- Automatyzowanie procesu raportowania w możliwie największym zakresie w celu zaoszczędzenia czasu na analizy, komentarze i podejmowanie inicjatyw.
- Przygotowanie wiążącego kalendarza raportowania w celu wspierania profesjonalnego zarządzania procesowego szpitalem.

7. Polityka rachunkowości.

Ze względu na proponowane zmiany w rachunkowości zarządczej - głównie w rachunku kosztów oraz polityka rachunkowości jaka obowiązuje w szpitalu w Łowiczu od dnia 1 stycznia 2021 roku zatwierdzonego Zarządzeniem nr 87 Kierownika Jednostki, rekomenduje się ponowne opracowanie z uwzględnieniem zmian jakie zaszły od 2020 roku, w szczególności podaniem nowych kont syntetycznych i prowadzonych zapisów na tych kontach. „Nowy” dokument w sposób szczególny musi zawierać opis z wycen proceduralnych rachunku kosztów.