

XVII/9

**UCHWAŁA NR .../2019  
RADY POWIATU JAROSŁAWSKIEGO  
z dnia ... października 2019 r.**

**w sprawie zatwierdzenia Programu naprawczego Centrum Opieki Medycznej  
w Jarosławiu**

Na podstawie art. 12 pkt 11 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie powiatowym (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 511 z późn. zm.) i art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.)

**Rada Powiatu Jarosławskiego uchwala co następuje:**

**§ 1**

Zatwierdza się Program naprawczy Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.

**§ 2**


Wykonanie niniejszej uchwały powierza się Zarządowi Powiatu Jarosławskiego.


**§ 3**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**PRZEWODNICZĄCY  
RADY POWIATU JAROSŁAWSKIEGO**

**STANISŁAW KŁOPOT**

18.10.2019  
Na następujący sposób  


  
mgr Małgorzata Olechowska-Tabor  
(Rz-P/153)  
RADCA PRAWNY

10.12.2018

## Uzasadnienie

Zgodnie z art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), jeżeli w sprawozdaniu finansowym wystąpiła strata netto kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w terminie 3 miesięcy od upływu terminu do zatwierdzenia sprawozdania finansowego sporządza program naprawczy, z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej SP ZOZ, za okres nie dłuższy niż 3 lata i przedstawia go podmiotowi tworzącemu w celu zatwierdzenia. W związku z tym, że w sprawozdaniu finansowym Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu za 2018 r. wystąpiła strata netto w wysokości 8 128 364,13 zł., Dyrektor sporządził i przedstawił podmiotowi tworzącemu do zatwierdzenia Program naprawczy Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu. Program naprawczy został opracowany z uwzględnieniem raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu za 2018 rok.

Naczelnik Wydziału  
Edukacji i Spraw Społecznych

  
Marta Kurpiel

# **PLAN NAPRAWCZY**

**dla**

## **CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ**

**z siedzibą**

## **W JAROSŁAWIU**

**Mikołów, 15.09.2019 r.**

## SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE .....	6
1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ SP ZOZ W JAROSŁAWIU .....	7
2. ANALIZA ROZWIĄZAŃ ORGANIZACYJNYCH COM .....	8
2.1 Weryfikacja i ocena wewnętrznych dokumentów prawnych COM. ....	8
2.2 Analiza zgodności prowadzonej działalności z zakresem określonym w Księdze Rejestrowej oraz Regulaminie Organizacyjnym .....	9
2.3. Wnioski i rekomendacje wynikające z obszaru organizacyjnego. ....	10
3. ANALIZA SYTUACJI EKONOMICZNO - FINANSOWEJ COM .....	10
3.1. Ogólna sytuacja ekonomiczno – finansowa COM .....	10
3.1.1. Analiza SWOT .....	11
3.1.2. Analiza Bilansu .....	13
3.1.3. Analiza Rachunku Zysków i Strat .....	14
3.1.4. Analiza Wskaźnikowa .....	15
3.2. Analiza kosztów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych .....	18
3.2.1. Analiza kosztów stałych i zmiennych oddziałów szpitalnych .....	19
3.2.2. Analiza kosztów stałych i zmiennych w poradniach specjalistycznych .....	22
3.3. Analiza przychodów i stopnia realizacji kontraktu z NFZ .....	24
3.3.1. Analiza stopnia realizacji kontraktu oddziałów szpitalnych w ramach istniejącego potencjału medycznego .....	24
3.3.2. Analiza stopnia realizacji kontraktu poradni specjalistycznych w ramach istniejącego potencjału medycznego .....	26
3.4. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy obszaru ekonomiczno – finansowego .....	28
4. ANALIZA POTENCJAŁU MEDYCZNEGO .....	30
4.1. Analiza produktowa .....	30

4.2. Analiza danych statystycznych oddziałów szpitalnych.....	32
4.3. Analiza wykorzystania bazy łóżkowej z określeniem niezbędnej liczby łóżek w stosunku do wielkości kontraktu i umożliwiającej dostępność do świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach szpitalnych.....	32
4.3.1. Oddział Dziecięcy .....	33
4.3.2. Oddział Chorób Wewnętrznych.....	33
4.3.3. Oddział Kardiologii.....	34
4.3.4. Oddział Chirurgii Ogólnej.....	34
4.3.5. Oddział Ginekologiczno-Położniczy .....	35
4.3.6. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....	36
4.3.7. Oddział Obserwacyjno - Zakaźny.....	37
4.3.8. Oddział Ortopedii .....	38
4.3.9. Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym.....	38
4.3.10. Oddział Reumatologii .....	39
4.3.11. Oddział Neonatologii .....	39
4.4. Analiza wykorzystania Bloku Operacyjnego .....	40
4.4.1 Liczba wykonywanych zabiegów. ....	40
4.4.2. Wskaźnik zabiegów operacyjnych. ....	41
4.4.3. Wskaźnik wykorzystania sal operacyjnych. ....	42
4.5 Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy potencjału medycznego .....	43
5. ANALIZA POPRAWNOŚCI ROZLICZEŃ Z NFZ .....	44
5.1. Analiza poprawności rozliczeń z NFZ w oddziałach szpitalnych .....	44
5.2 Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy poprawności rozliczeń z NFZ w oddziałach szpitalnych.....	45
5.3. Wnioski z analizy poprawności rozliczeń świadczeń z NFZ .....	48
5.4. Analiza poprawności rozliczeń z NFZ w poradniach specjalistycznych .....	48

5.5. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy poprawności rozliczeń przychodów w przychodniach specjalistycznych.....	50
6. ANALIZA UTRACONYCH PRZYCHODÓW .....	50
6.1. Utracone przychody wynikające z niewłaściwego rozliczania świadczeń z NFZ - oddziały szpitalne .....	50
6.2. Utracone przychody wynikające z niewłaściwego rozliczania świadczeń z NFZ - poradnie specjalistyczne.....	52
6.3. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy utraconych przychodów .....	53
7. ANALIZA POTENCJAŁU KADROWEGO .....	54
7.1. Analiza zatrudnienia personelu medycznego, niemedycznego i administracyjnego: informacje ogólne.....	54
7.2. Struktura i formy zatrudnienia .....	55
7.3. Niezbędna liczba lekarzy i pielęgniarek w stosunku do ilości łóżek i ilości leczonych pacjentów .....	56
7.3.1. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Dziecięcym .....	57
7.3.2. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Wewnętrznym .....	58
7.3.3. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Kardiologicznym .....	59
7.3.4. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Chirurgii .....	60
7.3.5. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym .....	61
7.3.6. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Intensywnej Terapii .....	63
7.3.7. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym .....	64
7.3.8. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Ortopedycznym .....	65
7.3.9. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym .....	66
7.3.10. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neonatologicznym.....	66
7.3.11. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Reumatologicznym .....	67

---

7.4. Wnioski wynikające z analizy wykorzystania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego na poszczególnych oddziałach .....	68
7.5. Niezbędna liczba personelu medycznego w poradniach specjalistycznych w stosunku do wielkości kontraktu. ....	73
7.6. Analiza wynagrodzeń pracowników .....	74
7.7. Wnioski i rekomendacje naprawcze w zakresie potencjału kadrowego .....	77
8. IDENTYFIKACJA I ANALIZA PRZYCZYN TRUDNEJ SYTUACJI FINANSOWEJ COM .....	79
9. ANALIZA ZOBOWIĄZAŃ COM WYNIKAJĄCA Z KREDYTÓW ORAZ POŻYCZEK .....	80
10. REKOMENDACJE STRATEGICZNE .....	83
11. EFEKT FINANSOWY PROPONOWANYCH DZIAŁAŃ .....	86

## WPROWADZENIE

Plan Naprawczy dla Centrum Opieki Medycznej Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, zwanym dalej COM lub SP ZOZ, z siedzibą w Jarosławiu został sporządzony i opracowany przez firmę Ekspertus – Szkolenia Mirosława Trojnacka Firma Doradczo – Szkoleniowa Wspierająca Zarządzanie ZOZ z siedzibą w Mikołowie, ul. Krótka 22, 43-190 Mikołów, NIP: 647-103-64-89 REGON: 272857920.

Niniejszy Plan Naprawczy wykonany został na zlecenie Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, na podstawie umowy z dnia 08.08.2019 roku, zwaną dalej umową.

Szczegółowy zakres analizy niezbędnej do opracowania Planu Naprawczego ustalony został przez strony i zawarty w umowie.

Celem niniejszego Planu Naprawczego jest określenie rekomendowanych działań prowadzących do poprawy sytuacji ekonomiczno – finansowej Centrum Opieki Medycznej.

Analiza przedmiotowego dokumentu została dokonana przy założeniu, iż wszystkie informacje i dokumenty uzyskane podczas opracowania były wyczerpujące i zgodne ze stanem faktycznym.

Zakresem Planu Naprawczego zostały objęte następujące obszary:

1. Ogólną charakterystykę SPZOZ i analizę podstawowych regulacji prawnych.
2. Analiza sytuacji finansowo - ekonomicznej Szpitala.
3. Analiza potencjału medycznego.
4. Analiza potencjału kadrowego.
5. Analiza utraconych przychodów.
6. Identyfikację i analizę przyczyn trudnej sytuacji finansowej SPZOZ.

Zakończeniem analiz dokonanych przy sporządzaniu niniejszego Opracowania są zalecenia i rekomendacje do zastosowania w celu poprawy sytuacji ekonomiczno – finansowej COM, których przewidywany efekt finansowy jest umieszczony na końcu Opracowania.



## 1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ SP ZOZ W JAROSŁAWIU

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Powiat Jarosławski. COM jest zakładem leczniczym służącym przede wszystkim mieszkańcom powiatu jarosławskiego.

Powiat jarosławski zamieszkuje ok. 121 tyś. mieszkańców. W okresie 2002 – 2017 liczba mieszkańców zmalała o 0,8 %. Prognozowana liczba mieszkańców powiatu jarosławskiego w 2050 roku wynosi 100 566, co wskazuje na wyludnianie się powiatu, a co zatem, zmniejszanie się potencjału pacjentów dla COM w Jarosławiu. Powiat jarosławski ponadto ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -7, co jest odmiennym wyróżnikiem w województwie podkarpackim, który to ma przyrost naturalny dodatni. Przyrost naturalny powiatu jarosławskiego odpowiada przyrostowi naturalnemu -0,06 na 1 000 mieszkańców powiatu.

W 2017 roku urodziło się 1 116 dzieci, w tym okresie w COM urodziło się 535 dzieci. **Biorąc pod uwagę to, że wśród tych 535 noworodków były również dzieci spoza powiatu jarosławskiego, więcej dzieci rodziło się poza własnym powiatem, niż w swoim powiatowym szpitalu, tak więc potencjał do zwiększenia ilości porodów jest spory.** Wskaźnik urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w powiecie jarosławskim wynosi 9,6, podczas gdy w województwie podkarpackim 10,3, a w Polsce 10,5.

W 2016 roku 49,6% zgonów w powiecie jarosławskim spowodowanych było chorobami układu krążenia, przyczyną 25,3% zgonów w powiecie jarosławskim były nowotwory, a 3,0% zgonów spowodowanych było chorobami układu oddechowego. (dane GUS.)

W województwie podkarpackim wartym odnotowania jest najwyższe w Polsce oczekiwanie trwania życia noworodka. W 2016 roku wartość tego parametru wynosiła dla województwa 75,4 lat dla chłopców i prawie 83 lata dla dziewczynek. Jest to parametr większy niż wartości dla Polski: o 1,5 roku dla noworodków płci męskiej i o 1 rok dla noworodków płci żeńskiej. Podobnie wygląda sytuacja pod względem oczekiwanego dalszego trwania życia osoby w wieku 60 ukończonych lat: wartości tego parametru wyniosły 20 lat dla mężczyzn wobec 19,3 lat w skali kraju i 25 lat dla kobiet w porównaniu do 24,5 lat dla Polski.

Dane te wskazują na to, iż stosunkowo wysoki współczynnik oczekiwania życia noworodka przy tak niskiej płodności województwa prowadzi do intensywnego starzenia się populacji tego województwa, w tym wzrostu liczby i udziału osób w wieku 80 lat i więcej, a to z kolei determinuje konieczność rozwoju usług zdrowotnych, uwzględniających zapotrzebowanie na leczenie i opiekę dla osób w podeszłym wieku. (dane Mapy Potrzeb Zdrowotnych)

## 2. ANALIZA ROZWIĄZAŃ ORGANIZACYJNYCH COM

### 2.1 Weryfikacja i ocena wewnętrznych dokumentów prawnych COM.

#### ANALIZA REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO.

Zgodnie z art. 50 a ust. 1 udl utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tymczasem Regulamin Organizacyjny w §1 mówi, że Centrum Opieki Medycznej jest podmiotem leczniczym, którego organem założycielskim jest Powiat Jarosławski.

Biorąc powyższe pod uwagę, aktualnie właściwym prawnie nazewnictwem w nomenklaturze winno być podmiot tworzący, a nie organ założycielski.

§8 ust. 5 Regulaminu Organizacyjnego upoważnia Dyrektora do tworzenia, likwidacji, łączenia i przekształcania komórek organizacyjnych – po uzyskaniu opinii Rady Społecznej. Zdaniem Audytorów jest prawnie dopuszczalne obwarowanie wymienionych wyżej czynności Dyrektora uzyskaniem opinii Rady Społecznej, jednakże warunek ten nie wpływa z zapisów ustawowych i może być elementem opóźniającym konieczność dokonywania przedmiotowych czynności.

§8 ust. 6 Regulaminu stanowi, iż „Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu tworzą: przedsiębiorstwa.”, podczas gdy, Centrum Opieki Medycznej ma status Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, którego funkcjonowanie reguluje Rozdział 5 udl, zatytułowany: Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami. W rzeczywistości zgłoszone i uwidocznione w Księdze Rejestrowej Wojewody Podkarpackiego są trzy zakłady lecznicze, a nie przedsiębiorstwa.

W przesłanych do badania dokumentów wyczytać można inny schemat organizacyjny w stosunku do tego, który jest na stronie internetowej COM. Ten drugi pozbawiony jest przedstawionych powyżej niezgodności prawnych i faktycznych.

§18 ust. 2 określa katalog osób uprawnionych do uzyskania świadczenia zdrowotnego poza kolejnością. Krąg osób uprawnionych do uzyskania świadczenia zdrowotnego został w 2018 roku poszerzony. Należy więc zweryfikować ten zapis Regulaminu pod względem zgodności ze stanem prawnym obowiązującym obecnie.

Stwierdza się brak unormowania w zakresie warunków współdziałania jednostek lub komórek organizacyjnych, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 7 udl.

Usytuowanie na schemacie organizacyjnym naczelnej pielęgniarki wśród samodzielnych stanowisk nie wskazuje na powiązanie jej z innymi komórkami organizacyjnymi jednostki.

## **2.2 Analiza zgodności prowadzonej działalności z zakresem określonym w Księdze Rejestrowej oraz Regulaminie Organizacyjnym**

### **KSIĘGA REJESTROWA**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu jest zarejestrowany w Księdze Rejestrowej Wojewody Podkarpackiego pod numerem księgi 000000010150. Siedziba podmiotu leczniczego wskazana jest pod adresem 37-500 Jarosław ul. 3 maja 70. Forma organizacyjno – prawna: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Data wpisu podmiotu do rejestru określono na dzień 1993-02-24, a rozpoczęcia działalności na dzień 1999-01-01. Data ostatniej zmiany uwidocznionej w rejestrze, to 2019-03-28.

W dziale ZAKŁADY LECZNICZE uwidocznione są trzy zakłady:

- CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ LECZENIE SZPITALNE
- CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE
- CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY

Dział II określa jednostki organizacyjne zakładów leczniczych w postaciach:

- Podstawowa opieka zdrowotna
- Przychodnia specjalistyczna
- Szpital
- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy COM
- Pracownie diagnostyczne i zabiegowe

Dział III wymienia komórki organizacyjne zakładu leczniczego i ich profile.

## **2.3. Wnioski i rekomendacje wynikające z obszaru organizacyjnego.**

Obszar organizacyjny jest płaszczyzną planowania i organizowania systemu funkcjonowania podmiotu leczniczego. Powinno się nadać temu rangę zgodności z obowiązującym prawem, oczekiwaniami społecznymi, a przede wszystkim rangę kreowania i dostosowywania się do zmieniającej się rzeczywistości. Obszar ten winien ponadto cechować się dużą dokładnością i skrupulatnością oraz kulturą administracyjną.

Na podstawie analizy obszaru organizacyjnego Centrum Opiekuńczo Medycznego proponuje się, by:

- przy najbliższej nowelizacji Regulaminu Organizacyjnego wprowadzić zmiany prowadzące do wyeliminowania wykazanych w punkcie 2.1 nieprawidłowości,
- doprowadzić do zgodności stanu faktycznego funkcjonowania COM ze stanem uwidocznionym w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz dopilnować terminowe zgłaszanie stosownych zmian w działalności leczniczej do organu prowadzącego przedmiotowy Rejestr.
- w przyszłości dochować staranności w tworzeniu wewnętrznych aktów prawnych, by były one zgodne z aktami prawnymi wyższego rzędu. Dobrą procedurą tworzenia wewnętrznych aktów prawnych jest ustosunkowanie się do przygotowywanych projektów tych akt radcy prawnego, który po sprawdzeniu dokumentu winien dokonać adnotacji o treści np. „nie wnoszę uwag formalno – prawnych”.

## **3. ANALIZA SYTUACJI EKONOMICZNO - FINANSOWEJ COM**

### **3.1. Ogólna sytuacja ekonomiczno – finansowa COM**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu na przestrzeni ostatnich lat generuje straty na działalności operacyjnej, co więcej, dynamika pogarszania się sytuacji finansowej wzrasta, co jest zjawiskiem bardzo niebezpiecznym dla zachowania bezpieczeństwa kontynuacji działalności w przyszłości.

O ile rok 2016 jednostka zamknęła zyskiem netto w kwocie 18 039,25 zł, to już w roku następnym – 2017 odnotowano stratę netto na poziomie - 2 909 101,42. W roku kolejnym – 2018 strata netto osiągnęła już poziom - 8 128 364,13 zł, a po pierwszym półroczu 2019 roku

jednostka odnotowała stratę netto w kwocie - 4 450 592,37. Szpital w 2018 i 2019 roku przeprowadził duże zmiany infrastrukturalne i sprzętowe, poprzez przebudowę, rozbudowę i nadbudowę części budynków oraz budowę tzw. „łącznika” scalającego dwa odrębne wcześniej budynki szpitala. W montażu finansowym partycypował podmiot tworzący oraz szpital, przy wsparciu środkami zewnętrznymi.

Zaznaczyć jednak należy, że problemy trudnej sytuacji finansowej COM nie leżą w realizacji zadań inwestycyjnych (co również w niewielkim stopniu wpływa na wynik finansowy, jednakże funkcjonowanie jednostki nie polega jedynie na ponoszeniu kosztów bieżących, ale również na koniecznym inwestowaniu w sprzęt i infrastrukturę, by one pozwalały na prowadzenie działalności leczniczej w przyszłości). Audytorzy, znając zewnętrzne, ogólnopolskie, systemowe przyczyny trudnej sytuacji placówek ochrony zdrowia, zwłaszcza wśród szpitali powiatowych, zidentyfikowali kilka obszarów mających wpływ na sytuację finansowo – ekonomiczną będących wynikiem wewnętrznych działań badanej jednostki. Temat ten przedstawiony jest w punkcie 8.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na kilka zasadniczych kwestii wynikających z analizy Bilansu oraz Rachunku Zysków i Strat oraz z analizy silnych i słabych stron, szans i zagrożeń (SWOT), jakie charakteryzują Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu.

### **3.1.1. Analiza SWOT**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu ma swoje cechy wspólne z innymi podmiotami medycznymi powiatowego szczebla, ale też sporo cech odbiegających od przeciętnej krajowej. Dla zobrazowania tych kwestii posłuży analiza mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń stojących przed COM.

#### **Mocne strony.**

Mocną stroną centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu jest:

- nowoczesny, o bardzo wysokim standardzie Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Neonatologiczny,
- drugi stopień referencyjności Oddziałów: Ginekologiczno – Położniczego i Neonatologicznego,
- poprawiająca się infrastruktura Szpitalna,
- dobre wyposażenie w sprzęt medyczny,
- część nowoczesnych oddziałów szpitalnych spełniających normy sanitarno-techniczne,
- nowoczesny Blok Operacyjny,
- utworzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- brak problemu z brakami kadry medycznej (nadwyżki personelu),
- dobrze skorelowane poradnictwo specjalistyczne ze strukturą oddziałów szpitalnych,
- sporą sieć gabinetów POZ rozmieszczonych na terytorium całego powiatu,

- brak konkurencji innych szpitali,
- pomoc i współpracę z podmiotem tworzącym,
- dobra atmosfera pracy.

**Słabe strony**

- utrata kontraktu na realizację zakresu z Ratownictwa Medycznego,
- niewykonywanie planów na poszczególnych oddziałach szpitalnych,
- tracone potencjalne przychody,
- nadmiar personelu medycznego wobec realizowanych przychodów,
- zbyt duże koszty stałe, zwłaszcza wynagrodzeń wobec realizowanych przychodów,
- konieczność dostosowania części oddziałów do wymogów sanitarno-technicznych,
- brak prawnej możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych,
- nieprzewidywalne obciążenia finansowe szpitali nakładane przez organizatora systemu (Ministerstwo Zdrowia),
- niestabilność systemu (częste zmiany przepisów regulujących działalność leczniczą),
- pogarszające się wyniki finansowe jednostki,
- zbyt mała ilość porodów,
- bardzo niekorzystny stosunek porodów naturalnych wobec porodów CC,
- niewłaściwa struktura pacjentów w Oddziale Intensywnej Terapii.

**Szanse**

- możliwość zaangażowania ponadlimitowego personelu do realizacji dodatkowych przychodów
- możliwości zwiększania ryczałtu,
- możliwości zwiększania przychodów z realizacji zakresów odrębnie finansowanych,
- wdrożenie kompleksowej opieki medycznej nad matką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz jej nowo narodzonym dzieckiem (KOC),
- efektywniejsze działanie Szkoły Rodzenia,
- determinacja kierownictwa jednostki do zmian,
- stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne z przyczyn demograficznych (zjawisko starzenia się społeczeństwa),
- stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne z przyczyn epidemiologicznych (wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, udary mózgu),
- potencjalna możliwość zwiększenia przez resort zdrowia wycen nierentownych świadczeń realizowanych przez COM,
- wzrost gospodarczy kraju,
- możliwości pozyskiwania zewnętrznych źródeł finansowania inwestycji, w szczególności ze środków UE.
-

## Zagrożenia

- niewystarczający poziom finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia,
- roszczenia płacowe pracowników służby zdrowia,
- pogarszające się wskaźniki ekonomiczne,
- ujemny kapitał własny,
- wzrost roszczeniowości pacjentów,
- odpływ pacjentów do innych szpitali,
- konkurencja ze strony niepublicznych świadczeniodawców, w szczególności w wysoko rentownych zakresach świadczeń,
- brak prawnej możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych,
- długotrwałe i skomplikowane procedury zamówień publicznych dla realizacji zakupów i inwestycji,
- wejście w życie od 1 stycznia 2021 roku na mocy ustawy z dnia 4 X 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych konieczności ponoszenia kosztów wpłat na PPK w wysokości minimum 1,5 % wynagrodzenia od każdego zadeklarowanego uczestnika programu PPK.

### 3.1.2. Analiza Bilansu

**Bilans** sporządzony na dzień 31.12.2018 roku wskazuje wzrost wartości aktywów jednostki rok do roku o kwotę 5 291 504,52 uzyskując na koniec roku obrachunkowego wielkość 68 198 039,78 zł. Finansowanie aktywów odbywa się przez kapitał obcy.

**Kapitał własny** jednostki mający na koniec 2017 roku wartość 7 574 726,42 zł po kolejnych 12 miesiącach **osiągnął wartość ujemną** w wysokości -553 637,71 zł. Bilans jednostki sporządzony na dzień 31 VI 2019 r. wykazuje wartość Kapitału własnego w wysokości ujemnej: - 5 004 230,08 zł.

Pasywa trwałe (kapitał własny + rezerwy na zobowiązania) pokrywają jedynie w 5,64% majątek trwały (aktywa trwałe), co jednoznacznie wskazuje na brak płynności finansowej jednostki. Zaznaczyć należy, że za rok 2017 pasywa trwałe w 23,67% pokrywały majątek trwały.

Jak więc widać z tego porównania sytuacja stabilności finansowej jednostki poważnie się pogorszyła.

Zestawienie aktywów trwałych z długoterminowymi źródłami ich finansowania wskazuje z jednej strony na wzrastające aktywa trwałe, co należy uznać za pozytywne zjawisko, które są jednak finansowane przede wszystkim gwałtownie wzrastającymi zobowiązaniami



krótkoterminowymi, co jest zjawiskiem niepożądanym. Pogłębia to bowiem problem braku płynności finansowej jednostki.

Ponadto biorąc pod uwagę przychody zrealizowane przez jednostkę w roku 2018 na poziomie 76 872 619,11 zł, to poziom uwidocznionych zobowiązań COM należy uznać za zdecydowanie wysoki.

### 3.1.3. Analiza Rachunku Zysków i Strat

**Rachunek Zysków i Strat** Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu za okres 2016 – I półrocze 2019 charakteryzuje się gwałtownym pogorszeniem się wyniku z działalności operacyjnej, co doprowadziło do przełomu, gdzie za rok 2016 jednostka odnotowała zysk netto w wysokości 18 039,25 zł, a od roku następnego jednostka odnotowuje powiększające się straty netto; za rok 2017 w kwocie – 2 909 101,42 zł, za rok 2018 w kwocie – 8 128 364,13 zł, a za I półrocze 2019 roku strata została określona w wysokości -4 450 592,37 zł.

Wobec wystąpienia straty za rok obrachunkowy 2018 w wysokości przekraczającej wartość amortyzacji, na mocy art. 59 ust. 2 udl podmiot tworzący jest zobowiązany do pokrycia straty netto zakładu w kwocie 4 600 581,17 zł.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na nierozliczoną stratę z lat ubiegłych, która po 2018 roku wyniosła – 19 496 073,49 zł, a po I półroczu 2019 roku, już osiągnęła wartość -23 46 665,86 zł. Biorąc pod uwagę wielkość rocznych przychodów uzyskiwanych przez jednostkę należy nierozliczoną stratę z lat poprzednich uznać jako bardzo wysoką.

Wzrost przychodów ze sprzedaży nie nadąza za wzrostem kosztów działalności operacyjnej, co przekłada się ostatecznie na wynik finansowy na działalności operacyjnej oraz wynik netto jednostki. Na szczególną uwagę zasługuje ogromny rozdzwiek między wzrostem przychodów: 6 143 625,80 zł w stosunku do wzrostu kosztów: 11 352 574,91 zł w porównaniu lat 2018 do 2017. Skutkiem tego strata rok do roku powiększyła się aż o 5 219 262,71 zł.

Analiza Rachunku Zysków i Strat za pierwsze półrocze 2019 roku, który wykazuje osiągniętą stratę za pół roku w wysokości -4 450 592,37 zł skłania Audytorów do stwierdzenia, że badana Jednostka nie ma możliwości funkcjonowania w obecnym kształcie w oparciu o przychody realizowane ze statutowej działalności. Koniecznym jest wdrożenie rekomendowanych w niniejszym Opracowaniu działań, które w efekcie prowadzić będzie do stabilizacji finansowej Jednostki. Do tego czasu Szpitalowi niezbędne jest finansowanie kapitałem zewnętrznym, aby zachować kontynuację działalności z zachowaniem bezpieczeństwa leczonych pacjentów.



### 3.1.4. Analiza Wskaźnikowa

W toku audytu dokonano oceny sytuacji finansowo – ekonomicznej na podstawie na podstawie wskaźników, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832). Analiza ta uwzględnia specyfikę branży oraz przedstawia syntetyczny miernik oceny sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej.

**Tabela Analiza wskaźnikowa na podstawie danych za I półrocze 2019**

ARKUSZ ANALIZY WSKAŹNIKOWEJ			
/OCENA EKONOMICZNO-FINANSOWA SZPITALI W SIECI/			
GRUPA	WSKAŹNIKI FINANSOWE	WARTOŚCI WSKAŹNIKA	PUNKTY
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	<b>I.A. Wskaźnik zyskowności netto</b> <i>Wynik netto x 100% / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe</i>	-10,10%	0
	<b>I.B. Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej</b> <i>Wynik z działalności operacyjnej x 100% / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne</i>	-9,46%	0
	<b>I.C. Wskaźnik zyskowności aktywów (%)</b> <i>Wynik netto x 100% / aktywa razem gdzie średni stan aktywów to suma aktywów razem na koniec poprzedniego roku obrotowego i aktywów razem na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.</i>	-6,32%	0
		<b>I. RAZEM:</b>	0

II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	II.A. Wskaźnik bieżącej płynności <i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) / Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>	0,65	4
	II.B. Wskaźnik szybkiej płynności <i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy / Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>	0,60	8
II. RAZEM:		12	

III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	III.A. Wskaźnik rotacji należności <i>Średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365) / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i> gdzie średni stan należności z tytułu dostaw i usług to suma tych należności na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.	42	3
	III.B. Wskaźnik rotacji zobowiązań <i>Średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365) / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i> gdzie średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług to suma tych zobowiązań na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.	94	0
III. RAZEM:		3	

<b>IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA</b>	<b>IV.A. Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)</b> <i>(Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania) x 100% / Aktywa razem</i>	50,13%	10
	<b>IV.B. Wskaźnik wypłacalności</b> <i>Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania / Fundusz własny</i>	-7,31	0
<b>IV. RAZEM:</b>			10

<b>ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW:</b>	<b>25</b>
-------------------------------	-----------

<b>KATEGORIA :</b>	<b>D</b>
--------------------	----------

Przy określaniu kategorii stabilności ekonomiczno – finansowej ZOZ do celów oceny przyjmuje się cztery podstawowe obszary analizy: zyskowość, płynność, efektywność oraz zadłużenie.

W analizie wyróżniono pięć kategorii stabilności ekonomiczno – finansowej szpitali zdefiniowanych liczbą punktów uzyskanych w ramach oceny ekonomiczno – finansowej oraz warunkami dodatkowymi. Liczba uzyskanych w roku 2018 punktów to 28, natomiast w roku 2019 - 25 pkt. Wartość z roku 2019 plasuje Szpital w Jarosławiu w Kategorii D (w pięciostopniowej skali stabilności ekonomiczno-finansowej szpitali), która świadczy o bardzo trudnej sytuacji Szpitala. Ta analiza potwierdza, że konieczne są działania, które ograniczą pogłębianie straty.

Uzyskana wartość wskaźników jest wynikiem zanotowanej straty netto na koniec I półrocza 2019 w wysokości -4 450,6 tys. zł, a za 2018r. - 8 128,3 tys. zł. Stąd też wskaźniki zyskowości (rentowności), obrazujące relacje osiągniętego wyniku finansowego do takich kategorii ekonomicznych jak majątek i osiągnięte przychody są ujemne i Szpital uzyskał 0 punktów w tej kategorii.

Wskaźniki płynności finansowej, które służą do oceny zdolności płatniczej jednostki kształtują się na niskim poziomie, co oznacza, że Szpital działa z dnia na dzień i nie posiada wystarczających zasobów gotówkowych do spłacenia bieżących zobowiązań. Przyjęcie do oceny płynności finansowej łącznych aktywów bieżących zaciemnia obraz zdolności Szpitala do wywiązywania

się

z zobowiązań krótkoterminowych. Powstaje więc potrzeba wyłączenia z tych aktywów zapasów, których płynność jest opóźniona w relacji do innych aktywów, tj. nie mogą one być odpowiednio szybko zamienione na gotówkę.

Ten wskaźnik płynności (bez zapasów) jest również niski, co świadczy o zagrożeniu zdolności płatniczej Jednostki.

Wskaźniki rotacji poszczególnych składników w dniach wskazują na długość cyklu obrotowego tj. szybkość możliwości wyzwolenia płynnych środków finansowych. Porównanie, w I półroczu 2019, szybkości obrotu należnościami w dniach (42 dni) z rotacją zobowiązań (94 dni) wskazuje na brak zachowania równowagi dni rotacji w odniesieniu do należności i zobowiązań.

Wskaźnik zadłużenia aktywów w 2018r. wyniósł 42,14%, natomiast w I półroczu 2019r. ponad 50%, co oznacza, że więcej, niż połowa aktywów finansowanych jest kapitałami obcymi. Natomiast wskaźnik wypłacalności zarówno w 2018r. , jak i w I półroczu 2019r. osiągnął wartość ujemną, ze względu na ujemne kapitały własne, przez co uzyskał 0 pkt.

### **3.2. Analiza kosztów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych**

Analizę kosztów zarówno oddziałów szpitalnych, jak i poradni specjalistycznych przeprowadzono z uwzględnieniem podziału na koszty stałe i koszty zmienne, jako te, które determinują zmiany wyników finansowych w kontekście wielkości realizacji kontraktu.

Koszty stałe, to koszty gotowości do świadczenia usług zdrowotnych, które nie zależą od ilości wytworzenia tych usług, czyli nie zmieniają się ze zmianą ilości świadczeń.

Koszty zmienne natomiast, to koszty, które ulegają zmianie wraz ze zmianą ilości wykonywanych usług medycznych.

Podział kosztów na stałe i zmienne jest dość trudny, ponieważ dotyczy krótkiego okresu czasu. Często, aby tego podziału dokonać przyjmuje się pewne założenia i uproszczenia. W długim okresie wszystkie koszty są zmienne. Najistotniejsze założenie, przyjmowane we wszystkich metodach podziału kosztów na stałe i zmienne polega na uzależnieniu poziomu kosztów tylko od jednego czynnika – wielkości świadczonych usług medycznych.

Rachunek kosztów zmiennych w większości zakładów opieki zdrowotnej jest niedoceniany, a właśnie jego dogłębna analiza i podjęte na jej podstawie decyzje, prowadzi do poprawy

efektywności działań i stanowi użyteczne narzędzie do zwiększenia rentowności sprzedaży usług zdrowotnych poprzez ograniczenie kosztów działalności operacyjnej.

Szpital w Jarosławiu posiada oprogramowanie firmy ASSECO, które umożliwia podział kosztów na stałe i zmienne w systemie Finansowo Księgowo Kosztowym (FKK), jednak bez prawidłowego ich przypisania do poszczególnych pozycji kosztów szczegółowych nie można uzyskać poprawnych danych.

Z tego względu, że Audytor otrzymał rozbieżności na koszty stałe i zmienne jedynie w zakresie kosztów bezpośrednich, więc na potrzeby niniejszego Raportu Audytor samodzielnie dokonał takiego podziału, wykorzystując dane z ewidencji księgowej. W oparciu o zarejestrowane pozycje kosztowe oraz na bazie doświadczenia i rozsądnego osądu opartego na obserwowaniu zachowania się kosztów pod wpływem zmian zachodzących w wykorzystaniu zdolności produkcyjnych zakładu, dokonał kwalifikacji zarejestrowanych pozycji kosztów odpowiednio, jako stałe i zmienne. Z uwagi, iż podział kosztów dokonywany został w pewnym stopniu na podstawie subiektywnej oceny Audytora, podział ten może być obarczony niewielkim błędem.

Podział na koszty stałe i zmienne był niezbędny z uwagi na wyliczenia kosztów nadwykonania kontraktu.

### 3.2.1. Analiza kosztów stałych i zmiennych oddziałów szpitalnych

#### Udział kosztów stałych i zmiennych w kosztach całkowitych – I-VI 2019 r.

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ DZIECIĘCY	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY	ODDZIAŁ CHOROBY ZAKAŻNYCH
udział kosztów stałych	78,24%	74,72%	82,43%	84,19%	89,69%	83,47%
udział kosztów zmiennych	21,76%	25,28%	17,57%	15,81%	10,31%	16,53%

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ NEONATOLOGII	OIT	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZ.UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOLOGII
udział kosztów stałych	93,58%	83,61%	70,36%	79,89%	86,87%
udział kosztów zmiennych	6,42%	16,39%	29,64%	20,11%	13,13%

Jak przedstawiają powyższe zestawienia, we wszystkich oddziałach udział kosztów stałych jest zbyt wysoki w stosunku do rozmiarów prowadzonej działalności. Największy wpływ na wysokość kosztów stałych mają wynagrodzenia, co prezentuje tabela poniżej.

**Udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ WEWNĘT.	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ DZIECIĘCY	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOG	ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŻNYCH
<b>Koszty ogółem</b>	4 178 477,83	3 460 397,11	1 984 041,00	4 259 819,16	3 970 662,16	1 861 502,04
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	2 102 391,59	1 788 018,64	1 046 553,08	2 102 201,77	2 175 587,48	1 133 485,30
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w kosztach ogółem</b>	50,31%	51,67%	52,75%	49,35%	54,79%	60,89%

**cd. Udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ NEONATOLOGII	OIT	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZ.UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOLOGII
<b>Koszty ogółem</b>	1 450 657,75	2 588 642,39	4 909 387,12	4 028 011,45	700 524,25
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	1 060 511,03	1 740 967,13	1 415 127,64	2 055 252,47	402 439,83
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w kosztach ogółem</b>	73,11%	67,25%	28,82%	51,02%	57,45%

Koszty osobowe, to nie tylko wynagrodzenia i ZUS, ale również pochodne od tych kosztów. Ich udział w kosztach całkowitych jest różny w poszczególnych oddziałach i wynosi od 29% w Oddziale Ortopedii, aż do 73% w Oddziale Neonatologii. Analiza udziału kosztów osobowych w kosztach całkowitych jest ważna, jednak z punktu widzenia wyników finansowych oddziałów, jeszcze istotniejsza jest analiza udziału kosztów osobowych w przychodach realizowanych w poszczególnych Oddziałach.

Ten aspekt przedstawia tabela poniżej.

**Udział kosztów osobowych w przychodach – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY	ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŻNYCH
<b>Przychody ogółem</b>	3 362 813,81	3 512 734,83	1 993 014,51	3 365 146,98	2 182 963,68	1 588 278,76
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	2 102 391,59	1 788 018,64	1 046 553,08	2 102 201,77	2 175 587,48	1 133 485,30
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w przychodach</b>	62,52%	50,90%	52,51%	62,47%	99,66%	71,37%

**cd. Udział kosztów osobowych w przychodach – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ NEONATOL.	OIT	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZ.UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOLOGII
<b>Przychody ogółem</b>	935 177,07	1 839 712,42	4 020 101,95	3 913 432,55	697 924,96
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	1 060 511,03	1 740 967,13	1 415 127,64	2 055 252,47	402 439,83
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w przychodach</b>	113,40%	94,63%	35,20%	52,52%	57,66%

Udział kosztów osobowych w przychodach w 6 oddziałach jest zbyt wysoki, w dwóch oddziałach, tj w: Ginekologiczno-Położniczym i OIT koszty osobowe całkowicie pochłaniają uzyskiwane przychody, a w przypadku Neonatologii znacząco je przewyższają.

Dostosowanie liczby personelu medycznego do wielkości kontraktu oraz wysokość wynagrodzeń omówione zostało w dalszej części niniejszego Opracowania.

### 3.2.2. Analiza kosztów stałych i zmiennych w poradniach specjalistycznych

#### Koszty stałe i zmienne w poradniach specjalistycznych – I – VI 2019 r.

Wyszczególnienie	PORADNIA CHIRURGICZNA	PORADNIA REUMATOLOG.	PORADNIA KARDIOLOG.	PORADNIA ORTOPEDYCZ	PORADNIA GINEKOLOG.	PORADNIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH
udział kosztów stałych	67,99%	79,71%	97,58%	88,32%	80,47%	70,93%
udział kosztów zmiennych	32,01%	20,29%	2,42%	11,68%	19,53%	29,07%

#### cd. Koszty stałe i zmienne w poradniach specjalistycznych – I – VI 2019 r.

Wyszczególnienie	PORADNIA DIABETOLOG.	PORADNIA ENDOKRYNOLOG.	PORADNIA NEONATOLOG.	PORADNIA NEUROLOG.	PORADNIA PULMONOLOG.
udział kosztów stałych	92,68%	81,94%	97,48%	68,60%	86,77%
udział kosztów zmiennych	7,32%	18,06%	2,52%	31,40%	13,23%

W poradniach specjalistycznych w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, podobnie jak w większości podmiotów leczniczych, udział kosztów stałych jest wysoki w stosunku do całkowitych kosztów. Tutaj również największy wpływ na wysokość tych kosztów mają wynagrodzenia, co prezentuje poniższa tabela.

#### Udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych – I-VI 2019 r.

Wyszczególnienie	PORADNIA CHIRURGICZNA	PORADNIA REUMATOLOG	PORADNIA KARDIOLOG	PORADNIA ORTOPEDYCZ	PORADNIA GINEKOLOGICZ	PORADNIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH
Koszty ogółem	449 447,62	131 310,20	108 126,53	381 530,77	214 131,03	163 582,11
Razem wynagrodzenia z pochodnymi	182 367,08	57 459,12	73 980,67	172 514,78	103 056,06	65 872,39
Udział wynagrodzeń z pochodnymi w kosztach ogółem	40,58%	43,76%	68,42%	45,22%	48,13%	40,27%



**cd. Udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	PORADNIA DIABETOLOG	PORADNIA ENDOKRYNOLOG	PORADNIA NEONATOLOG	PORADNIA NEUROLOG	PORADNIA PULMONOLOG
<b>Koszty ogółem</b>	68 902,12	132 974,65	9 643,51	57 606,64	21 237,10
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	43 882,21	62 132,04	4 875,84	20 598,85	11 776,62
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w kosztach ogółem</b>	63,69%	46,72%	50,56%	35,76%	55,45%

Zdecydowanie największy, zbyt wysoki udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych występuje w następujących poradniach: Kardiologicznej i Diabetologicznej. Najniższy zaś, w poradniach: Neurologicznej, Chirurgicznej oraz Chorób Zakaźnych.

Sprawdzono również udział kosztów osobowych w przychodach za 6 miesięcy 2019 roku, co prezentuje poniższa tabela..

**Udział kosztów osobowych w przychodach – I -VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	PORADNIA CHIRURGICZNA	PORADNIA REUMATOLOG	PORADNIA KARDIOLOG	PORADNIA ORTOPED	PORADNIA GINEKOLOG	PORADNIA CHOROBY ZAKAŻNYCH
<b>Przychody ogółem</b>	381 162,47	125 250,10	137 038,52	300 646,27	242 267,60	157 697,86
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	182 367,08	57 459,12	73 980,67	172 514,78	103 056,06	65 872,39
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w przychodach</b>	47,84%	45,88%	53,99%	57,38%	42,54%	41,77%
Marża na pokrycie pozostałych kosztów ( w zł)	198 795,39	67 790,98	63 057,85	128 131,49	139 211,54	91 825,47
Marża na pokrycie pozostałych kosztów ( %)	52,16%	54,12%	46,01%	42,62%	57,46%	58,23%

**cd. Udział kosztów osobowych w przychodach – I -VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	PORADNIA DIABETOLOG	PORADNIA ENDOKRYNOLOG	PORADNIA NEONATOLOG	PORADNIA NEUROLOG	PORADNIA PULMONOLOG
<b>Przychody ogółem</b>	57 820,47	83 634,38	11 922,67	43 602,04	24 836,91
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	43 882,21	62 132,04	4 875,84	20 598,85	11 776,62
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w przychodach</b>	75,89%	74,29%	40,90%	47,24%	47,42%
Marża na pokrycie pozostałych kosztów ( w zł)	13 938,26	21 502,34	7 046,83	23 003,19	13 060,29
Marża na pokrycie pozostałych kosztów ( %)	24,11%	25,71%	59,10%	52,76%	52,58%

W przypadku poradni specjalistycznych koszty osobowe nie powinny przekraczać 40 % uzyskiwanych przychodów. Zbliżony wynik do wskazanego wyżej, uzyskują następujące poradnie: Neonatologiczna, Ginekologiczna oraz Pulmonologiczna. W pozostałych poradniach koszty osobowe są zbyt wysokie, zwłaszcza w poradni: Diabetologicznej i Endokrynologicznej.

### 3.3. Analiza przychodów i stopnia realizacji kontraktu z NFZ

W celu zoptymalizowania przychodów realizowanych na podstawie zawartych umów z NFZ dokonano analizy rozliczeń świadczeń medycznych w poszczególnych zakresach Szpitala w Jarosławiu.

#### 3.3.1. Analiza stopnia realizacji kontraktu oddziałów szpitalnych w ramach istniejącego potencjału medycznego

Każdy podmiot medyczny ma własny potencjał, który powinien być optymalnie wykorzystany dla ekonomicznego uzasadnienia jego skali. Jeśli potencjał nie odpowiada zaspokojeniu oczekiwań ekonomicznych, należy go modyfikować tak, by znaleźć właściwą proporcję popytowo – podażową w zakresie świadczonych usług medycznych.

W ramach badania SPZOZ w Jarosławiu dokonano analizy stopnia realizacji kontraktu wszystkich oddziałów szpitalnych w ramach istniejącego potencjału medycznego.

### Stopień wykonania kontraktu w oddziałach szpitalnych w I półroczu 2019

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	Limit narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (%)
Oddział Pediatrii	1 668 500,00	1 852 165,00	111,01%
Oddział Chorób Wewnętrznych	3 125 000,00	2 903 035,72	92,90%
Oddział Kardiologii	2 995 000,00	2 998 690,16	100,12%
Oddział Chirurgii	3 000 000,00	3 019 245,65	100,64%
Oddział Ginek.- Położn.	1 720 843,00	1 747 814,56	101,57%
Oddział OIT	1 433 000,00	1 856 201,07	129,53%
Oddział Obserw.- Zakaż.	1 395 000,00	1 339 305,44	96,01%
Oddział Ortopedii	3 883 521,00	3 861 336,78	99,43%
Oddział Neurologii	3 335 000,00	3 171 971,88	95,11%
Oddział Reumatologii	780 000,00	660 129,96	84,63%
Oddział Neonatologiczny	779 057,00	917 709,43	117,80%
<b>Razem</b>	<b>24 114 921,00</b>	<b>24 327 605,65</b>	<b>100,88%</b>

Jak wynika z danych zaprezentowanych w powyższej tabeli, 6 oddziałów nadwykonało kontrakt, z czego największe nadwykonanie było w Oddziale OIT oraz Neonatologii i Pediatrii. 5 oddziałów nie wykonało kontraktu, jednak były to wartości zbliżone do 100%, poza Oddziałem Reumatologii, który zrealizował kontrakt zaledwie w 85%. Ogólnie łącznie oddziały osiągnęły zadawalający (98%-100%) poziom, tj. 100,88%. Świadczy to o tym, że jest zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w ramach prowadzonej działalności, zwłaszcza, że istnieje odpowiedni potencjał w zakresie kadry medycznej.

W toku analizy zbadano, jak wyglądałaby sytuacja finansowa oddziałów, gdyby NFZ zapłacił za wszystkie nadwykonania oraz gdyby w pozostałych oddziałach nie było niewykonania kontraktu, czyli NFZ zapłacił by do wysokości planu. Strata zmniejszyłaby się wówczas o ok. 600 tys. zł.

### Porównanie wyników finansowych

Lp.	6 m-cy 2019r.	Z nadw / niewykon kontraktu	Wykonanie = 100% planu	Różnica
1.	Wartość przychodów	27 411 301,52	27 994 042,74	582 741,22
2.	Koszty Oddziałów	33 392 122,26	33 384 093,76	-8 028,50
3.	Koszty stałe	26 994 066,83	26 994 066,83	0,00
4.	Koszty zmienne	6 398 055,43	6 390 026,93	-8 028,50
5.	<b>Wynik finansowy</b>	-5 980 820,74	-5 390 051,02	<b>590 769,72</b>

#### Wniosek:

Wykonanie kontraktu w I półroczu 2019 do wysokości planu skutkowałoby poprawą wyniku finansowego ponad 590 tys. zł. Głównie za sprawą wyższych o 582 tys. zł przychodów oraz mniejszych o 8 tys. zł kosztów zmiennych.

Z powyższych wyliczeń wynika, że nadwykonania z uwagi na niskie koszty zmienne nie mają większego wpływu na pogorszenie wyniku finansowego. W przeciwieństwie do przychodów utraconych w wyniku niewykonania kontraktu, zważywszy na fakt że koszty stałe pozostają niemalże na tym samym poziomie.

### 3.3.2. Analiza stopnia realizacji kontraktu poradni specjalistycznych w ramach istniejącego potencjału medycznego

Z przeprowadzonej analizy realizacji kontraktu za I półrocze 2019 wynika, że poradnie specjalistyczne nie wykorzystują swojego potencjału, tj. 9 poradni na 11 funkcjonujących w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu nie wykonało kontraktu, a 2 w niewielkim stopniu go nadwykonały.

## Stopień wykonania kontraktu w poradniach specjalistycznych w I półroczu 2019

Poradnia	Limit narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (%)
Por.Chirurg.	430 000,00	396 728,90	92,26%
Por.Ortop.	340 000,00	331 563,80	97,52%
Por.Reumatol.	111 500,00	109 106,20	97,85%
Por.Kardiolog.	145 500,00	138 806,82	95,40%
Por.Ginekol.	201 597,00	202 971,20	100,68%
Por.Chor.Zakaż.	111 000,00	108 019,67	97,32%
Por. Diabetol.	54 500,00	53 465,60	98,10%
Por.Endokrynol.	101 000,00	97 945,58	96,98%
Por.Neonatol.	16 300,00	14 896,50	91,39%
Por.Pulmonolog.	52 992,00	24 591,00	46,41%
Por.Neurologiczn.	52 296,00	54 899,28	104,98%
<b>Razem</b>	<b>1 616 685,00</b>	<b>1 532 994,55</b>	<b>94,82%</b>

Przy omawianiu kwestii realizacji przychodów w obszarze przyszpitalnych poradni specjalistycznych należy zwrócić uwagę na fakt premiowania przez NFZ szpitali, które zwiększają operatywę w AOS, na rzecz zmniejszania się procedur związanych z hospitalizacją. W przypadku COM występuje niewielkie nadwykonanie planu w ramach szpitala i spore niedowyołkonania w ramach AOS. Ten stan rzeczy należy uznać za niewłaściwy z punktu widzenia algorytmu określającego poziom ryczałtu.

Jak wynika z danych zaprezentowanych w powyższej tabeli, największe niedowyołkonanie było w Poradni Pulmonologicznej, a poradnią, która nadwykołowała kontrakt w zadawalającym stopniu była Poradnia Neurologiczna. Ogólnie poradnie wykołowały kontrakt w zaledwie 95%.

W toku analizy zbadano, jak wyglądałaby sytuacja finansowa poradni, gdyby NFZ zapłacił za nadwykołowania oraz gdyby w pozostałych poradniach nie było niewykołowania kontraktu, czyli NFZ zapłacił by do wysokości planu. Strata zmniejszyłaby się wówczas o ok. 72 tys. zł, na skutek zwiększenia przychodów przy jednoczesnym zwiększeniu kosztów zmiennych.

Wykołując większy kontrakt koszty zmienne w 9 poradniach zwiększyłby się, a w 2 poradniach minimalnie by spadły. Łącznie koszty zmienne wzrosłyby o ponad 18 tys. zł, przy jednoczesnym wzroście przychodów o ponad 90 tys. zł.

Wynik finansowy poradni poprawiłby się o ponad 72 tys. zł.

### Porównanie wyników finansowych

Lp.	6 m-cy 2019r.	Z nadw / niewykon kontraktu	Wykonanie = 100% planu	Różnica
1.	Wartość przychodów	1 565 879,29	1 656 387,32	90 508,03
2.	Koszty Poradni	1 738 492,28	1 756 689,97	18 197,69
3.	Koszty stałe	1 381 216,15	1 381 216,15	0,00
4.	Koszty zmienne	357 276,13	375 473,82	18 197,69
5.	<b>Wynik finansowy</b>	<b>-172 612,99</b>	<b>-100 302,65</b>	<b>72 310,34</b>

#### Wniosek:

Wykonanie kontraktu w I półroczu 2019 do wysokości planu skutkowałoby poprawą wyniku finansowego o ponad 72 tys. zł głównie za sprawą wyższych o 90 tys. zł przychodów.

Z powyższych wyliczeń wynika, że wykonanie do 100% kontraktu z jednoczesnym dociążeniem wykonania kosztami zmiennymi, ale również wyższymi przychodami, jest w przypadku poradni opłacalne, a to głównie za sprawą niskich jednostkowych kosztów zmiennych.

Należy pamiętać, że większe wykonanie kontraktu nie powoduje większych kosztów stałych. Koszty stałe pozostają na tym samym poziomie.

### 3.4. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy obszaru ekonomiczno – finansowego

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu zaliczyć można do dużych szpitali szczebla powiatowego. Podobnie, jak zdecydowana większość (aktualnie, ok. 90 % szpitali powiatowych) generuje stratę na swej działalności operacyjnej, która się wraz z upływem czasu powiększa. Strata netto za 2017 rok wyniosła – 2 909 101,42 zł, za 2018 – 8 128 364,13 zł, a za I półrocze 2019 roku strata netto osiągnęła już poziom – 4 450 592,37 zł.

Z roku na rok udział kapitałów własnych w finansowaniu majątku Jednostki spada i w 2018 roku osiągnął już wartość ujemną w wysokości -553 637,71 zł, która na koniec I półrocza 2019 r. wynosi -5 004 230,08 zł. Wobec takiego stanu rzeczy COM finansuje obecnie w coraz większym stopniu swoje aktywa zobowiązaniami, które z roku na rok zwiększają się istotnie.

Wzrost kosztów działalności operacyjnej ( w relacji rok do roku: 2018 do 2017) wynoszący 11 357 547,1 zł zdecydowanie przewyższa wzrost przychodów netto ze sprzedaży, 6 143 625,80 zł. Na wzrost kosztów wpłynęło przede wszystkim zwiększenie kosztów osobowych Jednostki.

Nierozliczona strata z lat ubiegłych jest wobec osiągniętych przychodów rocznych bardzo wysoka. Na koniec 2018 roku osiągnęła ona poziom – 19 496 073,49 zł przy przychodach netto ze sprzedaży na poziomie 76 872 619,11 zł tj. ponad 25 %.

Odnotowano również niepokojący spadek poziomu wskaźników finansowych. Wskaźniki zyskowności na przestrzeni okresu I 2018 – VI 2019 r. obniżyły się, podobnie, jak wskaźniki płynności finansowej, co oznacza, że bez zmiany wzajemnej relacji przychodów i kosztów zdolność do terminowego regulowania zobowiązań aktualnie może być zaburzona, a to może skutkować utratą bieżącej płynności finansowej. Analiz wskaźnikowa stwierdza spadek badanej Jednostki z poziomu C do kategorii D, co należy uznać za zjawisko bardzo niepokojące.

Przeprowadzona analiza obszaru ekonomiczno – finansowego skłania Audytorów do wyartykułowania następujących wniosków i rekomendacji:

- 1) pogarszające się wyniki analizy wskaźników ekonomiczno – finansowych oraz dynamika wzrostu straty na działalności operacyjnej Jednostki powinny skłaniać kierownictwo COM do zdecydowanego wdrożenia rekomendacji wynikających z niniejszego Opracowania.
- 2) koszty stałe ponoszone przez COM są zbyt wysokie, w stosunku do kosztów zmiennych, głównie przez wysokość ponoszonych kosztów osobowych. Nie jest to zjawisko pozytywne, jednakże przyczynia się to do wyrażenia rekomendacji skłaniającej Jednostkę do przekraczania planu przychodów do poziomu 105-107 % biorąc pod uwagę Szpital łącznie z AOS. Da to szansę na zwiększenie ryczału na kolejne okresy rozliczeniowe z NFZ przy bardzo nieznacznych wzrostach kosztów, co wpłynie pozytywnie na poprawę wyniku finansowego.
- 3) koniecznym jest, do czasu uzyskania efektu finansowego z wprowadzanych zmian w funkcjonowaniu Jednostki rekomendowanych w niniejszym Opracowaniu, wsparcie się kapitałem zewnętrznym dla zachowania bezpieczeństwa kontynuacji statutowej działalności.

- 4) Analizując stopień wykonania kontraktu w oddziałach szpitalnych oraz w poradniach specjalistycznych dostrzega się spore różnice zarówno w kwotowym, jak i w procentowym wykonaniu kontraktów, co powinno skłonić Jednostkę do lepszego planowania wewnętrznego budżetu (stosowanie tzw. elastycznego budżetu). Jest to szczególnie ważne do optymalnego wykorzystania własnego potencjału w wykorzystaniu przyznanych przez NFZ środków finansowych w ujęciu bieżącym oraz planowanym na przyszłe lata.

## 4. ANALIZA POTENCJAŁU MEDYCZNEGO

### 4.1. Analiza produktowa

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu jest wpisany do Księgi Rejestrowej Wojewody Podkarpackiego pod numerem 000000010150 i prowadzi działalność leczniczą na terenie powiatu jarosławskiego w następujących zakresach:

- Szpitalny Oddział Ratunkowy 10 łóżek, w tym 2 intensywnej opieki medycznej
- Anestezjologii i Intensywnej Terapii 6 łóżek
- Chirurgiczny 34 łóżka, w tym 2 intensywnej opieki medycznej, (uwaga: w Rejestrze wpisano też w zakresie chirurgii - chirurgia onkologiczna)
- Dziecięcy 25 łóżek, w tym 1 intensywnej opieki medycznej
- Kardiologiczny 35 łóżek
- Neurologiczny 20 łóżek, w tym 1 intensywnej opieki medycznej
- Obserwacyjno – Zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW 23 łóżek, w tym 1 intensywnej opieki medycznej
- Położniczo – Ginekologiczny 35 łóżek, w tym 2 intensywnej opieki medycznej
- Neonatologiczny 18 łóżek, w tym 12 łóżek dla noworodków, 3 inkubatory, 2 intensywnej terapii noworodka, 2 po sztucznej wentylacji, 2 dla noworodków nie wymagających wsparcia oddechowego
- Urazowo Ortopedyczny 16 łóżek
- Wewnętrzny 50 łóżek, w tym 6 łóżek intensywnej opieki medycznej,
- Reumatologiczny 12 łóżek
- Blok Operacyjny 4 łóżka
- Izba Przyjęć 2 łóżka
- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy 35 łóżek
- Pododdział Udarowy 20 łóżek, w tym 7 intensywnej opieki medycznej
- Dział Anestezjologii
- A ponadto w Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu, Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu Filia w Laszkach oraz Filia w Wiązownicy i Filia w Radawie i Filia w Wietlinie i Filia w Zapałowie, w Miększu Nowym, w Łowcach



- Specjalistyczna Opieka Zdrowotna realizowana w formie leczenia ambulatoryjnego:
- Poradnia Kardiologiczna w Jarosławiu i Filia w Laszkach
- Reumatologiczna
- Chorób Zakaźnych
- Ginekologiczna
- Endokrynologiczna
- Diabetologiczna
- Neurologiczna
- Pulmonologiczna
- Anestezjologiczna
- Internistyczna
- Pediatria
- Chirurgiczna
- Urazowo - ortopedyczna
- Gabinet Profilaktyki Szkolnej i Pomocy Przedlekarskiej
- Poradnia Medycyny Pracy
- Zespół Wyjazdowy POZ
- Zespół Transportu Sanitarnego
- Zespół transportu Medycznego
- Zespół Rehabilitacji Domowej
- Gabinet Pielęgniarki Środowiskowo – Rodzinnej
- Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu Filia Poradnia Studencka
- Gabinet Pielęgniarek Opieki Długoterminowej
- Punkt Szczepień
- Gabinet Diagnostyczny - Zabiegowy
- Gabinet Zabiegowy
- Rehabilitacja Lecznicza

oraz

- Dział Diagnostyki Medycznej Laboratorium
- Pracownia Mikrobiologii
- Ambulatorium POZ
- Pracownia RTG
- Pracownia USG
- Pracownia Tomografii Komputerowej
- Pracownia Rezonansu Magnetycznego
- Pracownia elektrofizjologii, stymulacji serca i kontroli rozruszników
- Pracownia Endoskopii
- Pracownia Mammografii
- Bank Krwi
- Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej
- Apteka Szpitalna
- Centralna sterylizatornia

Zaznaczyć przy tym należy, że Szpitalny Oddział Ratunkowy jest nową komórką organizacyjną, która rozpoczęła funkcjonowanie we wrześniu 2019 roku.

Struktura produktowa charakteryzuje się relatywnie szeroką ofertą przychodni specjalistycznych, w zasadzie dobrze skorelowanych z lecnictwem stacjonarnym realizowanym w COM oraz dużą ilością ośrodków zdrowia usytuowanych na terenie całego powiatu.

## **4.2. Analiza danych statystycznych oddziałów szpitalnych**

W I półroczu 2019r. w Szpitalu hospitalizowano łącznie 8 063 pacjentów, wykonując 36 809 osobodni. Wskaźnik wykorzystania łóżek w oddziałach szpitalnych wyniósł 71,45%, a średni czas pobytu 4,61 dni.

Okresem bazowym do porównań określono I półrocze 2018. W porównywalnym okresie, tj. w I półroczu 2019 roku wszystkie wskaźniki statystyczne w zakresie działalności szpitalnej spadły;

- liczba łóżek zmniejszyła się o 11 łóżek, z czego najwięcej bo o 8 łóżek w Oddziale Reumatologii,
- liczba leczonych pacjentów spadła o ok. 10%, tj. o 883 pacjentów, z czego w NFZ rozliczono 719 pacjentów mniej,
- podobnie w przypadku osobodni, ich liczba spadła o 2 584 osobodni, tj. o ok. 6,5 %, a wskaźnik wykorzystania łóżek spadł o ok. 2%.

## **4.3. Analiza wykorzystania bazy łóżkowej z określeniem niezbędnej liczby łóżek w stosunku do wielkości kontraktu i umożliwiającej dostępność do świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach szpitalnych**

Analiza potencjału bazy łóżkowej została przeprowadzona dla każdego oddziału oddzielnie w oparciu o dane za I półrocze 2019 r. Analizę przeprowadzono pod kątem szacowania możliwości zwiększenia zakresu świadczeń przy wykorzystaniu aktualnie posiadanych przez Szpital zasobów oraz ich zwiększenia. Sprawdzone wykorzystanie łóżek w trzech aspektach:

- a) w sytuacji bieżącej tj. z nadwykonaniem / niewykonaniem kontraktu,

b) w sytuacji wykonania kontraktu do planu,

c) w sytuacji nadwykonań i niedowykonań z I półrocza 2019 wraz z wydłużeniem lub skróceniem pobytów pacjentów.

#### **4.3.1. Oddział Dziecięcy**

W I półroczu 2019 r. Oddział Dziecięcy wykonał kontrakt w 111,01 % przy 53,66 % wykorzystaniu łóżek, do wielkości którego potrzebnych było 17 łóżek.

Przeliczono zapotrzebowanie na łóżka wg wykonania kontraktu w 100% z wydłużeniem pobytu do 3,42 dni, które uznaje się w tych oddziałach za optymalne. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 15 łóżek plus 3 łóżka będące w tzw. gotowości.

Łącznie Oddział powinien liczyć 18 łóżek.

Dokonano również analizy wykorzystania łóżek w sytuacji, gdyby kontrakt został wykonany w 105%. W tej sytuacji zapotrzebowanie na łóżka wynosiłoby również 18 łóżek.

#### **Wniosek:**

Proponuje się zmniejszenie łóżek do 18, a uzyskane w ten sposób sale przeznaczyć na podniesienie komfortu i atrakcyjności Oddziału (świetlica dla dzieci powyżej 3 roku życia, biblioteczka oddziałowa itp.).

#### **4.3.2. Oddział Chorób Wewnętrznych**

W Oddziale Wewnętrznym zrealizowano kontrakt w 92,90% przy średniej długości hospitalizacji 6,23 dni, którą przyjmuje się za optymalną. Liczba łóżek obłożonych wynosiła wówczas 43, wyliczono że aby zachować 85% obłożenia Oddziału, należy zabezpieczyć 8 łóżek do tzw. gotowości. W tej sytuacji o 1 łóżko było w oddziale za mało. Wyliczono, że wykonując 100% kontraktu przy tych samych założeniach j.w. będzie brakowało 4 łóżek.

Dokonano również analizy wykorzystania łóżek w sytuacji gdyby kontrakt został wykonany w 105%. W tej sytuacji zapotrzebowanie na łóżka wynosiłoby 56 łóżek.

**Wniosek:**

Nie rekomenduje się zwiększenia liczby łóżek. Należy w tym oddziale hospitalizować mniej pacjentów z jednoczesnym, wyższym rozliczeniem pkt-ów aby wykonać kontrakt w 100%.

Realizując zaledwie 92,90 % kontraktu, oddział nie wykonał 221 964,28 pkt, co w przeliczeniu stanowi ok. 74 pacjentów, których można było dodatkowo przyjąć do leczenia, średnio 12 pacjentów więcej na miesiąc.

Istnieje druga możliwość uzyskania pełnego ryczałtu, poprzez lepsze rozliczenie pacjentów hospitalizowanych. W tym przypadku wystarczyło rozliczyć średnio 228,59 pkt więcej na pacjenta (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt, byłyby to ok. 4,5 pkt).

**4.3.3. Oddział Kardiologii**

Oddział Kardiologii do zrealizowania kontraktu z NFZ w 100,12% , z uwzględnieniem średniej długości pobytu pacjenta w oddziale 4,82 dni, potrzebował 30 łóżek. Jednak do wykonania kontraktu w 100% ze skróconym średnim pobytom pacjenta w oddziale , potrzebuje 27 łóżek. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85% wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 23 łóżka plus 4 łóżka będące w tzw. gotowości. Z powyższych wyliczeń wynika, że przy realizacji planu w wysokości 105%, Oddział potrzebuje 29 łóżek.

**Wniosek:**

Proponuje się pozostawienie 30 łóżek, co nawet w sytuacji nadwykonania kontraktu do 105% jest liczbą wystarczającą.

**4.3.4. Oddział Chirurgii Ogólnej**

W Oddziale Chirurgicznym do zrealizowania kontraktu z NFZ w 100% z uwzględnieniem wydłużonych hospitalizacji do 4,96, które uważa się za optymalne, potrzeba 24 łóżka. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 20 łóżek plus 4 łóżka będące w tzw. gotowości.

Do zrealizowania kontraktu w 105% przy wydłużonym do 4,96 dni pobycie, potrzeba również 24 łóżka. Tak więc liczba 24 łóżek jest wystarczająca nawet w sytuacji wykonania kontraktu w 105%.

**Wniosek:**

Proponuje się rozważenie zmniejszenia liczby łóżek do 24. Pozostawienie obecnej bazy łóżkowej, tj. 34 łóżka byłoby zasadne jedynie w sytuacji rozszerzenia zakresu świadczonych usług m.in. o zabiegi naczyniowe lub onkologiczne. W tej sytuacji należałoby pozyskać chirurga naczyniowego na 1 dzień w tygodniu z przeznaczeniem na zabiegi naczyniowe. Należałoby się nastawić na pewnego rodzaju zabiegi, które będą szczególnie charakterystyczne dla tego Oddziału i takie, które będą rozślawiały Szpital w tym właśnie zakresie. Podobnie, w przypadku zabiegów onkologicznych, gdzie chirurg onkolog mógłby zwiększyć liczbę wykonywanych zabiegów z korzyścią dla pacjentów i finansów Szpitala.

Proponuje się również rozszerzenie operatywy o wykonywanie zabiegów bariatrycznych, jak np. 43.82 Rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy), 44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka, 44.681 Opasanie żołądka [laparoskopowo] oraz 44.93 Wprowadzenie balona żołądkowego. Procedury te charakteryzują się korzystną strukturą przychody-koszty. Zabiegi te są zabiegami planowanymi, a czas hospitalizacji pacjenta wynosi do 3 dni. Dwie pierwsze procedury rozliczane są w ramach grupy F14 Chirurgiczne leczenie otyłości i wycenione są przez NFZ na kwotę 11 382 zł. Dwie kolejne rozliczane są grupą F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy w kwocie 5 743 zł, a do 3 dni pobytu – 5 284 zł.

**4.3.5. Oddział Ginekologiczno-Położniczy**

W I półroczu 2019 r. Oddział Położniczo-Ginekologiczny wykonał kontrakt w 101,57 %, z czego realizacja w zakresie: hospitalizacji była na poziomie 93,71 %, natomiast w zakresie: porody na poziomie 113,56 %. Wykorzystanie łóżek wynosiło ok. 61 %.

Wyliczono, że do zrealizowania kontraktu w 100% z uwzględnieniem średniej długości hospitalizacji 3,5 dnia, potrzeba 27 łóżek. Aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia należy zabezpieczyć 23 łóżka oraz 4 łóżka będące w tzw. gotowości, łącznie 27 łóżek.

Z powyższych wyliczeń wynika, że nadwyżka łóżek przy 100% realizacji planu i średnim pobycie ok. 3,5 dnia wynosi 8 łóżek.

Do zrealizowania kontraktu w 105% potrzeba 28 łóżek, nadwyżka łóżek wyniesie wtedy 7 łóżek.

**Wniosek:**

Realizując zaledwie 93,71% kontraktu w zakresie hospitalizacji, oddział nie wykonał 65 369 pkt. Wystarczyło rozliczyć średnio 97 pkt. więcej na pacjentkę (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt., byłyby to niecałe 2 pkt.).

Niska ilość rozliczanych punktów w ramach hospitalizacji świadczy bardziej o charakterze zachowawczym tego oddziału, niż o zabiegowym. Trend ten może zostać odwrócony przez zwiększenie operatywy, np. z zakresu urologicznych zabiegów nietrzymania moczu, czy zabiegów onkologicznych.

W przypadku porodów, od 2016 roku ich liczba z roku na rok sukcesywnie rośnie. W 2016 r. było 477 porodów, w 2017 r. 535, w 2018 r. 562, a w 2019 r. na podstawie I półrocza, szacuje się ok 600 porodów. Wg danych GUS za 2017, w Powiecie Jarosławskim urodziło się 1 116 dzieci, z czego co najmniej 581 urodzeń, tj. ponad 50 % odbyło się w innych szpitalach. Należy przypuszczać, że podobny trend miał miejsce również w 2018 roku i I półroczu 2019 ( brak danych GUS za 2018 i 2019). Szpital powinien lepiej reklamować swoje usługi w zakresie porodów, zwłaszcza porodów rodzinnych, aby pacjentki nie wybierały szpitali innych. Największym atutem i cechą, z której słyną "porodówki" w szpitalach powiatowych jest ciepła, przyjazna atmosfera w oddziale i tu należy upatrywać pola do zwiększenia zainteresowania tym właśnie szpitalem. Szerzej na ten temat napisano w dalszej części niniejszego Opracowania.

**4.3.6. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dysponuje 6 łózkami, wykorzystując na przestrzeni roku ( przy zdecydowanie za długich pobytach) ok. 81% łóżek z jednoczesnym nadwykonaniem kontraktu w wysokości 129,53%. Przeliczono wykorzystanie łóżek w sytuacji krótszych pobytów, tj. 9 dniowych i wykonania kontraktu w 100%. Wykorzystanie łóżek w tej sytuacji wynosi mniej niż 30%.

Wyliczono, że aby zrealizować kontrakt na poziomie 100% i 105% potrzebne są 4 łóżka.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii mówi w § 4 ust. 3, że liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Rekomenduje się więc pozostawienie obecnego stanu 6 łóżek. Jednakże powinna ulec zmianie struktura leczonych pacjentów. Oddział Intensywnej Terapii winien kierować się Wytocznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii

i Intensywnej Terapii. Celem opracowania tego dokumentu jest zwiększenie bezpieczeństwa chorych hospitalizowanych w szpitalach, w tym poddawanych zabiegom operacyjnym, jak również racjonalizacja wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych i sprzętowych. Ponadto dokument ten określa cztery grupy priorytetów, którym należy przypisać poszczególnych pacjentów. Zawarte w nim są również szczegółowe wskazania do przyjęcia do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W przypadku, gdy stan pacjenta nie wymaga dalszego postępowania z zakresu intensywnej terapii, leczenie przejmują inne oddziały szpitala. W tym miejscu przypomina się na fakt, że do rozliczenia świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii kwalifikują się wyłącznie osobodni, w których pacjent osiągnął co najmniej 19 punktów w skali TISS – 28. Przy hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii pacjentów, którzy nie mogą być rozliczeni z powodu nie osiągnięcia minimum 19 punktów w skali TISS – 28, należy podejmować decyzję o wypisie z oddziału. Należy też zrezygnować z leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii pacjentów, którzy mogą być poddani leczeniu o charakterze paliatywnym.

**Wniosek:**

W Oddziale Intensywnej Terapii należy pozostawić ilość łóżek na aktualnym poziomie, jednak należy zmienić strukturę pacjentów w oparciu o Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

**4.3.7. Oddział Obserwacyjno - Zakaźny**

Oddział Obserwacyjno-Zakaźny do zrealizowania kontraktu w 100% z uwzględnieniem średniej długości hospitalizacji ok. 7 dni, którą przyjmuje się za optymalną potrzebuje 20 łóżek. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 4 łóżka będące w tzw. gotowości, łącznie 24 łóżka.

Do zrealizowania kontraktu w 105% potrzeba również 24 łóżka, a więc liczba 23 łóżek, które oddział obecnie posiada, jest niewystarczająca. Z powyższych wyliczeń wynika, że brakuje 1 łóżka.

**Wniosek:**

Realizując zaledwie 96,01 % kontraktu, oddział w zakresie hospitalizacji nie wykonał 55 694,56 pkt. Niewykonanie kontraktu może wynikać z błędów w sprawozdawaniu i rozliczaniu pacjentów z NFZ. Wystarczyło rozliczyć średnio 145 pkt. więcej na pacjenta (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt., byłoby to ok. 3 pkt.



#### **4.3.8. Oddział Ortopedii**

W Oddziale Ortopedii wykonano kontrakt w wysokości prawie 100%, wykorzystując 16 łóżek przy średnim pobycie 2,82 dni.

Wyliczono, że przy wydłużonych pobytach, średnio do 3,73 dni, które uznaje się za optymalne i przy realizacji kontraktu w 100% i w 105% potrzeba 17 łóżek i 3 łóżka w tzw. gotowości. Łącznie 20 łóżek zachowując 85% poziom wykorzystania posiadanej bazy łóżkowej. Tak więc zapotrzebowanie na bazę łóżkową jest o 4 łóżka większe od obecnie posiadanej.

**Wniosek:**

Należy rozważyć poszerzenie bazy łóżkowej do 20 łóżek. Ponadto zwiększenie wykonywania procedur oddzielnie kontraktowanych. Warunkiem jednak tego jest dokładne wyliczenie rentowności tych procedur.

#### **4.3.9. Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym**

W Oddziale Neurologicznym wykonano kontrakt zaledwie w 95,11% wykorzystując ok. 89 % łóżek. Do zrealizowania kontraktu w 100% z uwzględnieniem średniej długości hospitalizacji ok. 5 dni, którą przyjmuje się za optymalną, potrzeba 38 łóżek. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 7 łóżek będących w tzw. gotowości. Łącznie potrzebnych jest w tym oddziale 45 łóżek, a więc istniejące obecnie łóżka są niewystarczające.

**Wniosek:**

W I półroczu 2019 w Oddziale Neurologii nie wykonano 163 028,12 pkt., co w przeliczeniu na liczbę brakujących pacjentów wynosi ok. 10 pacjentów/miesiąc. Drugim powodem niewykonania kontraktu mogły być niewłaściwe, tj. zbyt niskie rozliczenia pacjentów, średnio o ok. 142 pkt./pacjenta (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt., byłoby to ok. 3 pkt.). Należy, w celu poprawy rozliczania pacjentów z NFZ wdrożyć korzystanie z koderów, o czym szerzej mowa w rekomendacjach strategicznych.



#### **4.3.10. Oddział Reumatologii**

W Oddziale Reumatologii do zrealizowania kontraktu z NFZ w 100% z uwzględnieniem średniej długości hospitalizacji 5,64 dni, którą przyjmuje się za optymalną potrzeba 11 łóżek. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 2 łóżka będące w tzw. gotowości, łącznie 13 łóżek.

Do zrealizowania kontraktu w 105% potrzeba 14 łóżek, a więc liczba 14 łóżek jest niezbędna w sytuacji nadwykonywania kontraktu. Z powyższych wyliczeń wynika, że niedobór łóżek przy 105% realizacji planu wynosi 2 łóżka.

##### **Wniosek:**

Realizując zaledwie 84,63 % kontraktu, Oddział nie wykonał 119 870,04 pkt., co w przeliczeniu stanowi ok. 46 pacjentów, których można było dodatkowo przyjąć do leczenia, średnio 4 pacjentów więcej na miesiąc lub lepiej ich rozliczyć. W tym przypadku wystarczyło rozliczyć średnio 470 pkt. więcej na pacjenta (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt., byłyby to ok. 9 pkt.).

Ryczałtowe finansowanie szpitali z jednej strony odebrało możliwość rozliczania tzw. nadwykonań, z drugiej zaś pozwala dyrektorom szpitali swobodnie gospodarować przyznanym poziomem ryczału. Wykonanie ryczału poniżej 98 %, jak w przypadku Oddziału Reumatologii może prowadzić do obniżenia poziomu finansowania Szpitala w następnych latach. Dlatego nie można doprowadzać do takiej sytuacji, gdzie w jednym oddziale jest wykonanie poniżej 98 %, a w innym powyżej 100 %. Prowadzenie controllingu finansowego pomogłoby przeciwdziałać podobnym zjawiskom, o czym szerzej w rekomendacjach strategicznych.

#### **4.3.11. Oddział Neonatologii**

Wykorzystanie bazy łóżkowej w Oddziale jest dość niskie, w I półroczu 2019 wynosiło 34,28% i jest ściśle powiązane z ilością porodów. Wyliczono, że przy wydłużonych do 3,72 dni pobytach i przy wykonaniu kontraktu w 100%, jest zapotrzebowanie na 8 łóżeczek. W sytuacji nadwykonania kontraktu do 105%, potrzeba 9 łóżeczek.

##### **Wniosek :**

Oddział Neonatologiczny posiada potencjał do wykonania przynajmniej dwukrotnie większej ilości świadczeń. Proponuje się jednak pozostawienie obecnej liczby łóżeczek i dążenie do zwiększenia porodów w Szpitalu w Jarosławiu.

Szerzej na ten temat w dalszej części Opracowania.

#### **4.4. Analiza wykorzystania Bloku Operacyjnego**

Blok Operacyjny jest komórką organizacyjną szpitala, która ze względu na swą własną specyfikę generuje istotne koszty. Blok Operacyjny ma ściśle określone wymagania sanitarno – techniczne, które w wielu szpitalach są na etapie dostosowawczym. Natomiast COM w Jarosławiu ten niezwykle kosztowny element Planu Dostosowawczego ma już zrealizowany, co należy uznać za bardzo ważny i istotny element. Pozytywnym elementem możliwości większego wykorzystania Bloku Operacyjnego jest utworzenie od września 2019 roku Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Blok Operacyjny sam z siebie nie generuje przychodów. Niestety nie ma przypisanego finansowania w postaci np. ryczału za gotowość. Blok Operacyjny „współtworzy” przychody z oddziałami zabiegowymi poprzez realizację zabiegów medycznych przeprowadzanych w ramach jego działania. Dlatego tak ważnym i istotnym jest optymalne wykorzystanie jego zasobów. Stosunek czasu wykorzystania Bloku Operacyjnego na wykonywanie przychodowych procedur do czasu pozostawania w kosztownej gotowości winien być poddawany szczegółowej i stałej analizie prowadzonej np. przez dział controllingu, o czym szerzej mowa w rekomendacjach strategicznych. Na potrzeby niniejszego Opracowania analiza tego elementu została dokonana poniżej.

##### **4.4.1 Liczba wykonywanych zabiegów.**

W analizowanym okresie, wykonano 1 425 zabiegów, tj. średnio 238 zabiegów na m-c, z czego ok. 44 % zabiegów przypadało na Oddział Ortopedii, 25 % na Oddział Chirurgii, 19 % na Oddział Ginekologii oraz ok. 12 % na cięcia cesarskie.

Oddział Kardiologii wykonał na Bloku Operacyjnym 87 zabiegów wszczepienia rozruszników, tj. średnio 15 zabiegów na miesiąc, co w skali całego Bloku stanowi niecały 1 %.

W uśrednionym ujęciu dziennym (brano pod uwagę tylko dni robocze w roku) liczba wykonywanych zabiegów dziennie utrzymywała się w I półroczu 2019 roku na poziomie ok. 12 zabiegów, z czego średnio 5 zabiegów przypadało na Oddział Ortopedii, który dziennie zajmował salę operacyjną Bloku przez ok. 4,3 godziny. Średnio 3 zabiegi dziennie przypadały na

Oddział Chirurgii i 2 zabiegi dziennie na Oddział Ginekologii. Wykonywano w tym okresie średnio 1 cesarskie cięcie na dzień roboczy. Liczba godzin zabiegów operacyjnych wykonywanych na Bloku Operacyjnym przypadająca na 1 dzień roboczy, łącznie na 5 salach była bardzo niska.

Blok Operacyjny jest dobrze zabezpieczony pod względem liczby zatrudnionych anestezjologów, ale z powyższych danych wynika, że można byłoby lepiej ich wykorzystać, poprzez wykonywanie większej liczby zabiegów, do których wymagane są znieczulenia.

W ocenie Audytorów, jedną z możliwości zwiększenia operatywności na Bloku Operacyjnym jest między innymi wykonywanie zabiegów bariatrycznych, jak np. 43.82 Rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy), 44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka, 44.681 Opasanie żołądka [laparoskopowo] oraz 44.93 Wprowadzenie balona żołądkowego. Procedury te charakteryzują się korzystną strukturą przychody-koszty. Zabiegi te są zabiegami planowanymi, a czas hospitalizacji pacjenta wynosi do 3 dni. Dwie pierwsze procedury rozliczane są w ramach grupy F14-Chirurgiczne leczenie otyłości i wycenione są przez NFZ na kwotę 11 382 zł. Dwie kolejne rozliczane są grupą F12 -Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy w kwocie 5 743 zł, do 3 dni – 5 284 zł.

#### **4.4.2. Wskaźnik zabiegów operacyjnych.**

Oceny efektywności bloku operacyjnego dokonuje się z perspektywy oddziałów zabiegowych korzystających z Bloku Operacyjnego, za pomocą wskaźnika zabiegów operacyjnych.

**Wskaźnik zabiegów operacyjnych** jest to stopień wykorzystania sal operacyjnych przez pacjentów poszczególnych oddziałów zabiegowych w ramach przeprowadzanych zabiegów operacyjnych. Wskaźnik ten jest stosunkiem liczby zabiegów do liczby pacjentów leczonych na oddziale zabiegowym, wyrażonym w %.

Osiągane wskaźniki świadczą o tym, że ok 45 % leczonych pacjentów w oddziałach zabiegowych, to pacjenci zachowawczy. W Oddziale Ortopedii wskaźnik ten wynosi ponad 80 %, co oznacza że ok. 20 % pacjentów, to pacjenci zachowawczy. Natomiast w Oddziale Chirurgii wskaźnik ten kształtuje się na poziomie zaledwie 52 %, co oznacza, że w tym oddziale ok. 48 % leczonych pacjentów to pacjenci leczeni zachowawczo. W Oddziale Ginekologii wskaźnik zabiegów operacyjnych jest bardzo niski wynosi ok. 36 %. Tak więc, ponad 65 % leczonych pacjentek to pacjentki nieoperacyjne.

**Wniosek:**

Istnieje przypuszczenie, że oddziały zabiegowe nie osiągają wyższych przychodów, ponieważ relacja pacjentów leczonych zabiegowo w stosunku do pacjentów leczonych zachowawczo są na niewłaściwym poziomie. Hospitalizacje bez procedur zabiegowych rozlicza się za znacznie niższą wartość punktową.

**4.4.3. Wskaźnik wykorzystania sal operacyjnych.**

Blok Operacyjny jest szczególną komórką organizacyjną Szpitala. Wymagania sanitarno – epidemiologiczne i techniczne oraz medyczne, jakie musi spełniać Blok Operacyjny powoduje, że jest on komórką organizacyjną bardzo kosztochłonną. Jak już wspomniano powyżej, Blok Operacyjny sam z siebie nie generuje przychodów. Blok Operacyjny „współtworzy” przychody z oddziałami zabiegowymi poprzez realizację zabiegów medycznych przeprowadzanych w ramach jego działania. Stąd dla równoważenia ciężaru kosztowego koniecznym jest wykorzystywanie go w jak najbardziej optymalnym zakresie czasowym, który definiuje się na poziomie 10 godzin dziennie. Dla analizy został użyty optymalny czas na poziomie tylko 7,5 godzin w dni robocze i 5 godzin w dni wolne i świąteczne. Jak wykazała analiza dokumentów źródłowych, jedna sala na Bloku Operacyjnym w Szpitalu w Jarosławiu jest wykorzystana ok. 3 godzin dziennie, tj. w ok. 32% optymalnego wykorzystania. Tak więc w ponad 68 % czasu Blok Operacyjny nie jest zajmowany przez zespół zabiegowy, którego to działalność powinna przynosić bezpośrednią wartość przychodową dla Szpitala.

**Analizę efektywności Bloku Operacyjnego** przeprowadzono za pomocą wskaźnika wykorzystania sal operacyjnych i odniesiono go do analizy poszczególnych oddziałów zabiegowych.

W analizie efektywności sal przyjęto następującą dostępną liczbę godzin :

1) w dni robocze - od godz. 7.30 do 15.00, tj. 7,5 godz.

2) w dni wolne i święta - od godz. 8.00 do godz. 13.00, tj. 5 godz.

W I półroczu 2019 r. Blok Operacyjny był wykorzystany poniżej 32%. Oznacza to, że ponad 68 % kosztów stałych, które Szpital ponosi z tytułu posiadania Bloku Operacyjnego jest

niewykorzystanych. Należałoby te koszty wykorzystać do pozyskania dodatkowych przychodów, np. rozszerzając zakres wykonywanych zabiegów.

Należy pamiętać o regule obniżania kosztu jednostkowego, tzn. wykonując większą liczbę zabiegów, ponosimy większe koszty zmienne, ale koszty stałe pozostają na dotychczasowym poziomie (lub w niewielkim stopniu się zwiększają). W efekcie końcowym koszt jednostkowy maleje, co powoduje niższe niż dotychczas koszty zabiegów, a to z kolei przekłada się na niższe koszty oddziału zabiegowego i poprawę jego wyniku finansowego. Ma to jednak sens tylko wtedy, jeśli można rozliczyć dodatkowo wykonany zabieg, pozyskując dodatkowe przychody.

### **Wniosek:**

Rekomenduje się istotne zwiększenie wykorzystania Bloku Operacyjnego. Możliwe jest to poprzez działania wielokierunkowego, np. poprzez zwiększenie produktowe na oddziałach zabiegowych o procedury dotychczas nie wykonywane (niektóre, zwłaszcza najbardziej rentowne zabiegi onkologiczne, urologiczne, większe zabiegi ginekologiczne itp.), poprzez wynajęcie Bloku Operacyjnego na zabiegi komercyjne itp. działania.

## **4.5 Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy potencjału medycznego**

Dokonana analiza bazy łóżkowej miała pokazać optymalną liczbę łóżek zarówno do wielkości ustalonego kontraktu, jak również w kwestii dostosowania wielkości zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek do łóżek efektywnych, tj. obłożonych.

Obecnie Szpital dysponuje 294 bazą łóżkową, która zdaniem Audytorów powinna liczyć 276 łóżek. Wyliczenia wskazują nadwyżkę 18 łóżek. Biorąc pod uwagę wykonanie kontraktu w 105% i zoptymalizowane pobyty, nadwyżka ta wynosi 23 łóżka. W niektórych oddziałach przy tych wyliczeniach występuje niedobór łóżek, jednak Audytorzy są zdania, że nie ma sensu tam zwiększać liczby łóżek. W trzech oddziałach : Ginekologiczno-Położniczym, Neonatologicznym oraz OIT, pomimo wyliczonej nadwyżki rekomenduje się pozostawienie obecnej liczby łóżek; w Oddziale Ginekologiczno Położniczym i Neonatologicznym z racji rekomendowanego wejścia do koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży i jej dzieckiem, a w OIT z uwagi na wymogi 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Proponuje się w Oddziale Dziecięcym zmniejszenie liczby łóżek do 18, w Oddziale Kardiologii do 30, w Oddziale Chirurgii do 24, natomiast zwiększenie w Oddziale Ortopedii do 20 łóżek. W pozostałych oddziałach proponuje się utrzymać obecny stan ilościowy.

Audytorzy rekomendują utrzymanie statusu oddziału dla Oddziału Chorób Wewnętrznych, natomiast Oddział Kardiologii i Reumatologii włączyć w strukturę Oddziału Chorób Wewnętrznych jako jego pododdziały.

Kolejną rekomendacją jest rozszerzenie bazy łóżkowej dla Oddziału Ortopedii, a nawet zmianę lokalizacji tego oddziału z Oddziałem Chirurgii.

Sale Bloku Operacyjnego nie są w pełni wykorzystane, a to świadczy o nieoptymalnej liczbie zabiegów, czego konsekwencją może być za niska liczba punktów rozliczonych z NFZ na pacjenta zabiegowego, co przekłada się na zbyt niskie przychody.

Utrzymanie w gotowości Bloku Operacyjnego jest bardzo kosztowne, stąd należy dążyć do obniżenia kosztów stałych poprzez zwiększenie wskaźnika operatywności przez oddziały zabiegowe.

## **5. ANALIZA POPRAWNOŚCI ROZLICZEŃ Z NFZ**

### **5.1. Analiza poprawności rozliczeń z NFZ w oddziałach szpitalnych**

Dokonano przeglądu dokumentacji losowo wybranych pacjentów rozliczonych w poszczególnych oddziałach szpitala pod kątem prawidłowości rozpoznań zasadniczych, rozpoznań współistniejących, długości pobytu, wykonanych procedur, wyników badań diagnostycznych, wywiadu, opisów zawartych w protokołach operacyjnych i idącej za tym kwalifikacji do właściwej grupy JGP oraz oceniono poprawność rozliczeń. Uzyskane wyniki przedstawiono poniżej.

#### **Podsumowanie:**

W skontrolowanych historiach chorób nie dopatrzono się niewłaściwych rozliczeń, jednak Audytorzy mają poważne zastrzeżenia co do ilości świadczeń z "zerowym" rozliczeniem.

Świadczenia te mają, co jest oczywiste, niską wartość punktów TISS, co z podsumowania daje 28 208 pkt na 1 856 201 pkt ogółem wykonanych. Jest to zaledwie 1,52% , a więc statystycznie nieistotny wynik. Jednak analizując liczbę świadczeń , to na 12 070 świadczeń aż 11 060 ( 92%) było bez przychodu. Świadczy to o tym, że w tym oddziale głównie leczy się pacjentów, którzy nie powinni zajmować łóżka oiomowe czyli najdroższe. Pacjenci z ustabilizowanymi funkcjami życiowymi powinni zostać przekazani na oddziały, z których trafili na OIT, bądź przekazani do innych jednostek ( m. in. pacjenci palitywni).

Audytorzy przede wszystkim podkreślają niewłaściwą strukturę leczonych pacjentów i sugerują zmiany organizacyjne w tym zakresie.

## **5.2 Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy poprawności rozliczeń z NFZ w oddziałach szpitalnych.**

Główne rekomendacje dla poszczególnych zakresów świadczeń dotyczące efektywnego rozliczania hospitalizacji przedstawiono poniżej.

### **Oddział Położniczo-Ginekologiczny**

- Przy ustalaniu rozpoznania zasadniczego należałoby rozważyć czy nie można zastosować podobnego rozpoznania z innym numerem, który kwalifikuje do wyższej grupy.
- Kwalifikując do JGP w wielu przypadkach istotne jest wpisanie właściwej procedury – w katalogu istnieją procedury o podobnej nazwie i zakresie, natomiast właściwy numer kieruje do grupy o wyższej wycenie.
- Sugeruje się dokładniejsze opisywanie w dokumentacji wywiadu i objawów przy przyjęciu, oraz chorób współistniejących - szczególnie istotne w przypadku pacjentek z zagrożoną ciążą - możliwość zakwalifikowania do grupy o wyższej wycenie.
- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – skrócenie lub wydłużenie w niektórych przypadkach może dać korzystniejsze rozliczenie.



**Oddział Dziecięcy**

- Sugeruje się dokładniejsze opisywanie w dokumentacji wywiadu i objawów przy przyjęciu oraz chorób współistniejących, w niektórych przypadkach zmiana rozpoznania zasadniczego na współistniejące kieruje do wyższej grupy.
- Wykonanie dodatkowych badań laboratoryjnych lub procedur (np. wymazy) daje możliwość zakwalifikowania do grupy o wyższej wycenie.
- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – wydłużenie pobytu o 1 dzień w niektórych przypadkach może dać korzystniejsze rozliczenie.

**Oddział Chirurgiczny**

- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – wydłużenie pobytu o 1 dzień w niektórych przypadkach może dać korzystniejsze rozliczenie w tej samej grupie – w analizowanej dokumentacji było to 12% leczonych pacjentów.

**Oddział Kardiologiczny**

- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – niektórych przypadkach korzystne rozliczenie zostaje skonsumowane przez długi pobyt pacjenta.
- Analiza dokumentacji przed kodowaniem - zamiana rozpoznania zasadniczego ze współistniejącym pozwoliłoby uzyskać korzystniejsze rozliczenie.

**Oddział Wewnętrzny**

- Sugeruje się dokładniejsze analizowanie wywiadu i objawów przy przyjęciu oraz chorób współistniejących, w niektórych przypadkach zmiana rozpoznania zasadniczego na współistniejące pozwoliłoby uzyskać korzystniejsze rozliczenie.
- Planowanie hospitalizacji - wykonanie dodatkowych procedur daje możliwość zakwalifikowania do grupy o wyższej wycenie.

**Oddział Neurologiczny**

- Rozważenie możliwości skrócenia hospitalizacji w uzasadnionych przypadkach - uwagę zwracają długie pobyty przy dobrym, bez dolegliwości stanie pacjenta przez kilka dni (analiza Kart Obserwacji Lekarskiej).
- Planowanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych w chwili przyjęcia – duża ilość



procedur przy jednoczesnym braku, w niektórych przypadkach, procedury kierującej do grupy z wyższą wyceną.

- Dokładna weryfikacja JGP przed postawieniem rozpoznania zasadniczego - zmiana rozpoznania może skutkować korzystniejszą wyceną.

### **Oddział Obserwacyjno-Zakaźny**

- Sugeruje się dokładniejsze opisywanie w dokumentacji wywiadu i objawów przy przyjęciu oraz chorób współistniejących - w niektórych przypadkach zmiana rozpoznania zasadniczego na współistniejące lub dodanie rozpoznania współistniejącego kieruje do wyższej grupy.

### **Oddział Reumatologiczny**

- Planowanie diagnostyki i długości hospitalizacji przy przyjęciu - w niektórych przypadkach wydłużenie pobytu chorego i/lub wykonanie dodatkowych procedur może dać korzystniejsze rozliczenie (w analizowanej próbie można by było rozliczyć korzystniej 14% przypadków).

### **Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu - w niektórych przypadkach wydłużenie pobytu o 1 dzień dałoby korzystniejsze rozliczenie.

### **Oddział Neonatologiczny**

- Sugeruje się planowanie hospitalizacji oraz dokładniejszą weryfikację JGP przed postawieniem rozpoznania zasadniczego - zmiana rozpoznania i wykonanie 1 dodatkowej procedury może skutkować korzystniejszą wyceną.

### **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

- Rekomenduje się stosowanie Wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Intensywnej Terapii.
- Audytorzy mają poważne zastrzeżenia co do ilości świadczeń z "zerowym" rozliczeniem.

Świadczenia te mają, co jest oczywiste, niską wartość punktów TISS, co z podsumowania daje 28 208 pkt na 1 856 201 pkt ogółem wykonanych. Jest to zaledwie 1,52% , a więc statystycznie nieistotny wynik. Jednak analizując liczbę świadczeń , to na 12 070

świadczeń aż 11 060 ( 92%) było bez przychodu. Świadczy to o tym, że w tym oddziale głównie leczy się pacjentów, którzy nie powinni zajmować łóżka oimowe czyli najdroższe. Pacjenci z ustabilizowanymi funkcjami życiowymi powinni zostać przekazani na oddziały, z których trafili na OIT, bądź przekazani do innych jednostek ( m. in. pacjenci palitywni).

Audytorzy przede wszystkim podkreślają niewłaściwą strukturę leczonych pacjentów i sugerują zmiany organizacyjne w tym zakresie.

### **5.3. Wnioski z analizy poprawności rozliczeń świadczeń z NFZ**

Prawidłowe kodowanie świadczeń zdrowotnych wg ICD10 i ICD9 i ich optymalne rozliczanie z NFZ wymaga przekazania wiedzy na ten temat osobom zajmującym się rozliczaniem pacjentów z NFZ. Wiedza taka usprawnia ten proces oraz pozwala wyeliminować wiele błędów już w pierwszej fazie, tj. na etapie "czytania" historii choroby pacjenta.

Rekomenduje się dokonywać przeglądu dokumentacji pacjentów rozliczanych w danych grupach JGP pod kątem prawidłowości rozpoznań zasadniczych, rozpoznań współistniejących, długości pobytu, wykonanych procedur, wyników badań diagnostycznych, opisów zawartych w protokołach operacyjnych itp.

Aby uzyskać efekt 100% wykonania kontraktu, czy nadwykonania kontraktu nie ma konieczności zwiększania liczby leczonych pacjentów. Wystarczy lepiej ich rozliczyć.

### **5.4. Analiza poprawności rozliczeń z NFZ w poradniach specjalistycznych**

Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym dodatkowo porady początkowej o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa — świadczenia pierwszorazowe) wraz z datą jej wykonania.

W toku audytu dokonano analizy struktury udzielonych porad ze względu na sposób rozliczenia z NFZ. Porównano liczbę sprawozdanych porad pierwszorazowych WP1 tzw. „zerowych” (nie są one rozliczane przez NFZ - wartość to 0 zł) z liczbą sprawozdanych świadczeń pierwszorazowych. Po poradzie WP1 teoretycznie powinna wystąpić kolejna porada rozliczona, jako świadczenie pierwszorazowe W40-W49.

W analizowanym okresie od stycznia do czerwca 2019r. zrealizowano ogółem 1 459 porad WP1 i 1 330 porad pierwszorazowych. Różnica nie zawsze świadczy o tym, że porada kolejna się nie odbyła, gdyż w przypadku wykonania procedury zabiegowej na kolejnej wizycie, rozliczone najprawdopodobniej zostało świadczenie zabiegowe tzw. „Z” a nie pierwszorazowe.

Jednak na podstawie przeprowadzonej analizy, można przyjąć założenie, że w pierwszym półroczu 2019r. szpital utracił przychody z tytułu nierozliczenia świadczenia pierwszorazowego ze względu na nie pojawienie się pacjenta na kolejnej wizycie (po poradzie WP1) – dotyczy to łącznie 129 porad pierwszorazowych (różnica pomiędzy ilością porad WP1 a ilością porad pierwszorazowych). Szacunkowa strata w pierwszym półroczu 2019r. ze względu na niepojawienie się pacjenta na kolejnej wizycie to ok.  $(129 \times W41\ 89,00\ \text{zł})$  11 500 zł.

W strukturze porad, w wielu poradniach przeważają porady rozliczane za niskie wartości punktowe takie jak W11 i W40; są to porady, które można nazwać „poradami bez procedur medycznych” tj. wraz, z którymi sprawozdawane są dwie, jedna lub zero procedur medycznych. Sumując liczbę porad WP1 tzw. „zerowych”, porad recepturowych oraz porad W11 i W40 okazuje się, że w pierwszym półroczu 2019r. w poradni diabetologicznej stanowiły one 61,24% wszystkich porad, w poradni reumatologicznej 54,95%, w poradni ortopedycznej 42,44%, w poradni chorób zakaźnych 47,96%, w poradni neurologicznej 85,44% i w poradni pulmonologicznej 44,42%.

W toku analizy świadczeń wykonanych w Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu stwierdzono nieprawidłowości w przypisywaniu procedur ICD-9. Procedury nie są zgodne z listą procedur opisanych w charakterystyce świadczeń, co może powodować zaniżenie wyznaczenia optymalnej JGP. Zakładając, że wykonane 72 porady specjalistyczne 1-go typu mają nieprawidłowe kody ICD-9 to utracony przychód dla szpitala z tego powodu wynosi ok. 2 500 zł.

W toku audytu porównano strukturę rozliczanych świadczeń wybranych poradni ze strukturą świadczeń sprawozdawanych w innym szpitalu. Analiza porównawcza potwierdza, że w Szpitalu kontrolowanym świadczenia rozliczane są mniej korzystnie.

Ponadto, stwierdzono nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń medycznych, gdzie występuje brak rozliczenia do NFZ, przy sprawozdaniu wykonanych podczas wizyty procedur ICD-9 – łącznie 98 porad można założyć, że szpital utracił przychody ponosząc koszty:

- przyjmując, że są to świadczenia pierwszorazowe 1-go typu (bez ginekologii, chirurgii ogólnej i ortopedii) –  $55\ \text{porad} \times 56 = 3\ 080\ \text{zł}$
- przyjmując, że w chirurgii ogólnej i ortopedii są to świadczenia z najniższej grupy zabiegowej –  $42\ \text{porady} \times 37 = 1\ 554\ \text{zł}$
- przyjmując, że w ginekologii jest to świadczenie specjalistyczne 1-go typu –  $1\ \text{porada} \times 33 = 33\ \text{zł}$

**Wnioski:**

- Struktura liczby sprawozdawanych świadczeń wydaje się niekorzystna z punktu widzenia przychodów – duża liczba porad „słabo” rozliczanych z NFZ i porad tzw. zerowych.
- Częstym przypadkiem jest nie pojawianie się pacjentów na kolejnej wizycie, przez co pacjent pierwszorazowy obsługowany przez lekarza w ramach porady pierwszorazowej rozliczany jest z wartością 0, a w przypadku wykonania przez niego badań po wizycie i nie pojawienia się na kolejnej, powstaje dodatkowy nierozliczony koszt – koszty wykonanych badań.
- W stosunku do wszystkich wykonanych porad, niski udział stanowią porady zabiegowe (poradnia ortopedyczna i chirurgiczna).

**5.5. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy poprawności rozliczeń przychodów w przychodniach specjalistycznych**

- Zdaniem Audytorów należałoby dokonać kontroli (na wybranej próbie) rozliczanych świadczeń, pod kątem sprawozdawania wszystkich procedur zleconych na poprzedniej wizycie i wykonanych przez pacjenta.
- Należałoby rozważyć zmianę organizacji udzielania świadczeń w taki sposób by w dniu wizyty pacjenta pierwszorazowego możliwe byłoby wykonanie badań i jednocześnie ich rozliczenie.
- Należałoby wziąć pod uwagę przeniesienie niektórych zabiegów, które wykonywane są w oddziałach szpitalnych, a mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, co znacznie zmniejszy koszty poniesione przez Szpital.
- Należy poddać kontroli porady, które były wykonane a mogą pozostawać bez rozliczenia do NFZ oraz porady, które mogą pozostawać w statusie „w trakcie realizacji” i również nie mają sprawozdanego rozliczenia do NFZ.
- Należy przeprowadzić kontrolę prawidłowości sprawozdawania procedur obrazowych (np. rtg, usg) ICD-9.

**6. ANALIZA UTRACONYCH PRZYCHODÓW****6.1. Utracone przychody wynikające z niewłaściwego rozliczania świadczeń z NFZ - oddziały szpitalne**

Na podstawie analizy poprawności rozliczeń świadczeń w oddziałach szpitalnych dokonano ekstrapolacji utraconych przychodów w skali całego roku. Wyniki przedstawia poniższa tabela.

Prowadząc audyt skontrolowano 550 historii chorób, jednak pomimo większości przypadków rozliczonych prawidłowo, znaleziono również takie rozliczenia, na których Szpital stracił przychody. Ich wartość wynosi ponad 102 tys. zł. W skali roku daje to kwotę 3 283 tys. zł., co pokazuje potrzebę dalszej kontroli rozliczonych pacjentów zwłaszcza, że część z tych rozliczeń jest do odzyskania z NFZ.

W I półroczu 2019 Szpital na skutek niewłaściwego rozliczania pacjentów stracił ponad 1 641 tys. punktów. Ta wartość byłaby jednocześnie nadwykonaniem kontraktu, co w warunkach Ryczałtu nie przekłada się jednak na zwiększenie finansowania. Wyliczono, że w I półroczu 2019 w ramach tych punktów można było wykonać kontrakt w 100% lecząc o ok. 506 pacjentów mniej, ale lepiej ich rozliczając.

Uwzględniając mniejszą liczbę leczonych pacjentów na skutek właściwego ich rozliczenia, a tym samym uwzględniając mniejsze koszty zmienne wyliczono, że wynik finansowy oddziałów w skali I półrocza 2019 poprawiłby się o ok. 987 tys. zł., co w skali roku daje kwotę 1 974 tys. zł.

Przy uwzględnieniu mniejszej liczby pacjentów i przy założeniu optymalizacji ich rozliczeń można poprawić wynik finansowy na wszystkich oddziałach szpitalnych. Strata oddziałów szpitalnych tylko z tego tytułu za I półrocze 2019 z 5 981 tys. zł zmniejszyłaby się do wartości 4 994 tys. zł.

#### Wynik finansowy w sytuacji braku nadwykonań i poprawnych rozliczeń

Lp.	Wyszczególnienie	Stan faktyczny za I półrocze 2019	Stan prognozowany uwzględniający mniejszą liczbę pacjentów i wykonanie = 100% planu	Poprawa WF w skali I półrocza 2019	Poprawa WF w skali roku
1.	Wartość przychodów	27 411 301,52	27 994 042,74	582 741,22	
2.	Koszty Oddziałów	33 392 122,26	32 987 969,35	-404 152,91	
3.	Koszty stałe	26 994 066,83	26 994 066,83	0,00	
4.	Koszty zmienne	6 398 055,43	5 993 902,52	-404 152,91	
<b>Wynik finansowy</b>		-5 980 820,74	<b>-4 993 926,61</b>	986 894,13	1 973 788,26

## 6.2. Utracone przychody wynikające z niewłaściwego rozliczania świadczeń z NFZ - poradnie specjalistyczne

Podobnie jak w przypadku oddziałów szpitalnych, sprawdzono poprawność rozliczanych porad w ramach funkcjonowania poradni specjalistycznych.

Z uwagi na niewykonanie kontraktu w 9 poradniach, skupiono się przede wszystkim na utraconych przychodach, a tym samym na symulacji wyniku finansowego w sytuacji 100% wykonania planu.

Tylko dwie poradnie wykonały plan punktowy ponad limit, generując tym samym dodatkowe, ale niewielkie koszty zmienne.

Symulując wynik finansowy do wysokości planu, wzięto do przeliczeń zarówno utracone przychody, jak również większe koszty zmienne.

Wyliczono, że w wyniku wykonania kontraktu w 100% przez wszystkie poradnie, łączne koszty zmienne wzrosną o ponad 18 tys. zł, przy jednoczesnym wzroście przychodów o 90,5 tys. zł. W symulacji ujęto również przychody utracone na skutek niewłaściwych rozliczeń porad z NFZ, tj. ok. 19 tys. zł, jednak kwota ta z pewnością byłaby wyższa, gdyby ponownie rozliczył to NFZ.

W rezultacie poprawa wyniku finansowego poradni specjalistycznych za I półrocze 2019 jest spora i wynosi ok. 91 tys. zł, co w skali roku daje kwotę ok. 182 tys. zł, co prezentuje poniższa tabela.

### Symulowana poprawa wyniku finansowego uwzględniająca wykonanie planu w 100% oraz poprawne rozliczenia porad do NFZ

Wyszczególnienie	Stan faktyczny za I półrocze 2019	Stan uwzględniający wykonanie = 100% planu	Poprawa WF w skali I półrocza 2019	Poprawa WF w skali roku
Wartość przychodów	1 565 879,29	1 675 054,32	109 175,03	
Koszty Poradni	1 738 492,28	1 756 689,97	18 197,69	
Koszty stałe	1 381 216,15	1 381 216,15	0,00	
Koszty zmienne	357 276,13	375 473,82	18 197,69	

<b>Wynik finansowy</b>	<b>-172 612,99</b>	<b>-81 635,65</b>	<b>90 977,34</b>	<b>181 954,69</b>
------------------------	--------------------	-------------------	------------------	-------------------

### 6.3. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy utraconych przychodów

Z uwagi na szereg nieprawidłowości w rozliczaniu pacjentów z NFZ, zdaniem Audytorów należałoby dokonać szerszej kontroli rozliczanych świadczeń, pod kątem sprawozdawania wszystkich procedur oraz produktów do rozliczenia z NFZ. Zwłaszcza, że spora część przychodów będzie do odzyskania z NFZ. Należy również poddać kontroli hospitalizacje i porady, które były wykonane a mogą pozostawać bez rozliczenia do NFZ.

W związku z niemałą ilością powtarzających się rehospitalizacji przed upływem 14 dni od poprzedniej hospitalizacji zarówno w roku 2018, jak i w I półroczu 2019, należy poddać kontroli zasadność kolejnego przyjęcia do szpitala lub przedwczesnego wypisania podczas poprzedniego pobytu. Jeśli były to przypadki uzasadnione medycznie, to nie powinny mieć statusu przyjęcia planowego, tylko pilnego. W takich sytuacjach należy wprowadzić zasadę stosowania pism do NFZ o indywidualne rozliczenie za zgodą płatnika.

W przypadku poradni specjalistycznych struktura sprawozdawanych świadczeń wydaje się niekorzystna z punktu widzenia przychodów – duża liczba porad „słabo” rozliczanych z NFZ i porad tzw. zerowych.

W stosunku do wszystkich wykonanych porad, niski udział stanowią porady zabiegowe (chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo -ortopedycznej).

Częstym przypadkiem jest nie pojawianie się pacjentów na kolejnej wizycie, przez co pacjent pierwszorazowy obsługowany przez lekarza w ramach porady pierwszorazowej rozliczany jest z wartością 0, a w przypadku wykonania przez niego badań po wizycie i nie pojawienia się na kolejnej, powstaje dodatkowy nierozliczony koszt – koszty wykonanych badań.

Z uwagi na to, iż NFZ kwestionuje niektóre rozliczenia należy dokonać kontroli, czy błędy są weryfikowane i poprawiane na bieżąco. W sytuacji zakwestionowania pewnych rozliczeń przychody za ich wykonanie są w tzw. "chmurze" i jeśli nie zostaną zidentyfikowane przez szpital i nie zostaną poprawione na bieżąco, to są to utracone przychody, z czego często szpital nie zdaje sobie sprawy.

Zdaniem Audytorów należy poddać kontroli sprawozdawczość zarówno z oddziałów, poradni, ale również z obecnego SOR. W przypadku SOR-u brak poprawnie sprawozdanych świadczeń



może skutkować brakiem wzrostu stawki ryczałtu, a w szczególnych przypadkach nawet jej obniżeniem.

Audytorzy rekomendują przeszkolenie lekarzy oraz sekretarek rozliczających pacjentów z NFZ w zakresie prawidłowego kodowania świadczeń oraz ich właściwego grupowania w systemie JGP.

Celem takiego szkolenia jest zaprezentowanie prawidłowego kodowania świadczeń zdrowotnych wg ICD10 i ICD9 i ich optymalnego rozliczania z NFZ. Szkolenie pozwala na przekazanie praktycznej wiedzy w zakresie usprawnienia tego procesu oraz wyeliminowania wielu błędów już w pierwszej fazie, tj. na etapie "czytania" historii choroby pacjenta. Przedstawienie bardzo wielu przykładów kodowania tego samego przypadku chorobowego, jednak z różnym efektem finansowym, pozwala na wyeliminowanie utraconych przychodów.

Zaprezentowanie sposobu przeglądu dokumentacji pacjentów rozliczonych w danych grupach JGP pod kątem prawidłowości rozpoznań zasadniczych, rozpoznań współistniejących, długości pobytu, wykonanych procedur, wyników badań diagnostycznych, opisów zawartych w protokołach operacyjnych itp., będzie stanowiło propozycję optymalnych rozliczeń z NFZ.

Audytorzy proponują również utworzenie w strukturach Szpitala Sekcji Koderów, o czym szerzej w Rekomendacjach Strategicznych.

## **7. ANALIZA POTENCJAŁU KADROWEGO**

### **7.1. Analiza zatrudnienia personelu medycznego, niemedycznego i administracyjnego: informacje ogólne.**

Z punktu widzenia bilansowego podmioty lecznicze, ze względu na charakter swego działania, wyróżniają się stosunkowo wysokim udziałem kosztów osobowych w kosztach ogółem oraz relacją kosztów osobowych w wypracowywanych przychodach.

Ponadto podmioty lecznicze, jako szczególnie wysokospecjalistyczne jednostki, charakteryzują się zapotrzebowaniem na relatywnie wysoko opłacanych specjalistów, których obecnie na polskim rynku odnotowuje się deficyt, co wpływa na ukształtowanie się tzw. „rynku pracownika” wysuwającego swoje żądania płacowe. Stąd analiza potencjału kadrowego jest tak istotna ze względu na jego bardzo duży wpływ na wynik finansowy badanej Jednostki.



W Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu pracownicy zatrudnieni są, podobnie jak w innych podmiotach leczniczych w kraju, w oparciu o Kodeks pracy na podstawie umowy o pracę zgodnie z prezentacją w tabelach nr od 70 do 72 oraz w oparciu o Kodeks cywilny na podstawie umowy zlecenia oraz umów kontraktowych.

## 7.2. Struktura i formy zatrudnienia

Z Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu związanych jest ogółem 878 osób, z czego:

- 779 osób pracuje na umowę o pracę, łącznie na 754,62 etatach,
- 26 osób mają zawarte umowy zlecenia, w łącznej ilości odpowiadającej 23,75 etatów,
- 73 osoby są związane są cywilnoprawną umową kontraktową, w łącznej ilości odpowiadającej 32,64 etatów.
- Ponadto zawartych jest 45 kontraktów na dyżury.

Zatrudnianie zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i na umowy cywilnoprawne jest obecnie tendencją ogólnokrajową, która daje możliwość swobody kształtowania zasad współpracy w zależności od wielu czynników leżących po obu stronach umowy.

Ważną kwestią wyboru umowy z pracownikiem/współpracownikiem (w oparciu o Kodeks pracy)/(w oparciu o Kodeks cywilny) jest właściwy dobór umowy do stawianych oczekiwań. Należy przy tym mieć na względzie, że niedopuszczalne jest nadużywanie umowy zlecenia tam, gdzie współpracownik wykonuje swe czynności w z góry narzuconych mu godzinach pracy i miejscu oraz pod nadzorem przełożonego. Takie praktyki najczęściej kończą się wraz z kontrolą Państwowej Inspekcji Pracy. Po stwierdzeniu nieprawidłowości w tym zakresie zleceniodawca może odpowiadać za popełnienie wykroczenia związanego z prawami pracowniczymi narażając się na sankcje prawne kary grzywny w wysokości od 1 tys. do 30 tys. zł (art. 281 pkt. 1 Kodeksu pracy).

Stąd też godnym rozważenia jest zweryfikowanie zasadności i dopuszczalności stosowania umowy zlecenia (czy też o dzieło) na niektórych stanowiskach pracy.

Umowa kontraktowa, jako umowa starannego działania, zgodnie z zasadą swobody zawierania umów nie narzuca stronom umowy żadnych warunków, pod warunkiem umowy zawieranej z poszanowaniem prawa. Najczęściej umowy takie zawiera się z lekarzami medycyny, choć coraz

więcej pielęgniarek decyduje się na rezygnację z pracy „na etacie” i pracy na podstawie umowy kontraktowej.

Stawka godzinowa umowy kontraktowej jest dużo wyższa niż za godzinę pracy w oparciu o umowę o pracę. Jest to związane przede wszystkim z innymi obciążeniami fiskalnymi (składki społeczne, podatki itp.) i organizacyjnymi (urlopy, chorobowe, odpowiedzialność itp.)

Ustalając zasady określania wysokości wynagrodzenia za realizację umowy kontraktowej należy obliczyć całkowite obciążenie SPZOZ-u kosztem pracy zawartej na podstawie umowy o pracę i umowy kontraktowej na tym samym stanowisku. Porównanie tych dwóch danych da odpowiedź na pytanie, którą umowę i na jakich warunkach zawierać, by była bardziej dla Jednostki opłacalna.

### **7.3. Niezbędna liczba lekarzy i pielęgniarek w stosunku do ilości łóżek i ilości leczonych pacjentów**

Realizacja działalności medycznej w każdym oddziale szpitalnym winna odbywać się przy zatrudnieniu optymalnej ilości wykwalifikowanych pracowników. Pojęcie optymalności w tym przypadku zawiera, ze względu na bardzo dużą kosztochłonność, właściwe, tj. bez nadmiernej ilości etatowej określone ilości personelu, zgodne z warunkami określonymi stosownymi przepisami, przy uwzględnieniu przede wszystkim bezpieczeństwa prowadzenia działalności leczniczej.

Rozmiar etatowy powinien uwzględniać kilka aspektów:

1. ustawowe minimalne normy zatrudnienia,
2. ilość przychodów realizowanych w ramach działalności komórki organizacyjnej,
3. właściwej organizacji pracy wewnątrz komórki organizacyjnej,
4. możliwości wspomagania się pozostałym personelem medycznym generującym niższe koszty pracy,
5. możliwą formą zatrudnienia personelu.

Należy więc dokonać wewnętrznej analizy każdej komórki organizacyjnej pod względem odpowiedniego wykorzystania kadrowego tak, by dokonać ewentualnych wewnętrznych przesunięć w obszary pozwalające wygenerować dodatkowe przychody dla jednostki.

W obecnym stanie prawnym, od początku roku 2019, baza łóżkowa pozostająca w zasobach szpitala ma dodatkowe znaczenie. Jest to istotne nie tylko z punktu widzenia operacyjnej działalności medycznej miejscem prowadzenia hospitalizacji pacjentów, czy z punktu widzenia finansowego postrzegana, jako ośrodek powstawania kosztów, ale dodatkowo prawnie przypisana została funkcja kreująca minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Tak więc dziś ilość łóżek determinuje konieczność zabezpieczenia środków finansowych na wynagrodzenia stosownie do bazy łóżkowej, a biorąc pod uwagę istotną rolę czynnika obciążenia płacami i pochodnymi od nich kosztów dla szpitali, bazie łóżkowej przypisuje się dziś jedną z kluczowych ról w analizie ekonomiczno – finansowej. Dodatkowo nie można pominąć analizy czynnika wykorzystania wielkości bazy łóżkowej do generowania przychodów szpitala, co zostało również ujęte w prowadzonej analizie tego obszaru.

#### **Podstawa prawna regulująca normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych:**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 11 X 2018 r. (Dz.U.2018 poz.2012) zawierające obowiązek zapewnienia odpowiednich wskaźników zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach:

- od 1 I 2019 r. – wskaźnika 0,6 etatu/łóżko w oddziałach zachowawczych oraz wskaźnika 0,7 etatu/łóżko w oddziałach zabiegowych (dotyczy oddziałów dla pacjentów dorosłych oraz dzieci),
- od 1 I 2021 r. – wskaźnika 0,8 etatu/łóżko w oddziałach zachowawczych dla dzieci i wskaźnika 0,9 etatu/łóżko w oddziałach zabiegowych dla dzieci (vide: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 VI 2019 r. w sprawie zmiany rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – Dz. U. z dnia 28.06.2019 poz. 1196).

#### **7.3.1. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Dziecięcym**

Na Oddziale Dziecięcym, aktualnie jest 25 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 %, a nawet 105 % planu wystarczającym jest 18 łóżek (15 łóżek efektywnych i 3 tzw. w gotowości).

Aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 7,7 etatów lekarskich oraz 5 etatów przeliczeniowych na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich, a ponadto występuje jeszcze 1 etat przeliczeniowy na umowę zlecenia. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 3,21 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 3,33 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich

niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 6,78 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 6,9 etatu przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarską na poziomie 6,92 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i 6,81 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Koszt wykazanej nadwyżki lekarskiej wynosi ok. 1.000.000 zł w skali roku.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 15 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Dziecięcego potrzeba 14,78 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 25 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 20 etatów (Szpital obecnie nie spełnia norm zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 18 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 14,4 etatu pielęgniarskiego. Występuje wówczas niewielka nadwyżka 0,6 etatu pielęgniarskiego, co ostatecznie Audytorzy uznają za akceptowalne.

Tak więc przy optymalnym 18 łóżkowym Oddziale Dziecięcym obecna liczba zabezpieczenia pielęgniarskiego jest właściwa.

### **7.3.2 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Wewnętrznym**

Na Oddziale Wewnętrznym, aktualnie jest 50 łóżek. Jest to ilość zbyt mała dla realizacji 100 % planu. Obliczono, że do wykonania 100 % planu niezbędnym są 54 łóżka, a do wykonania 105 % planu 56 łóżek. Dotyczy to sytuacji rozliczania hospitalizowanych pacjentów w sposób prowadzony obecnie. Audytorzy po zweryfikowaniu obszaru utraconego przychodu stwierdzili duże możliwości zwiększenia przychodów na tej samej ilości pacjentów przy zoptymalizowaniu rozliczeń pacjentów. Ze względu na tkwiące w tym obszarze możliwości poprawy strony przychodowej Oddziału bez potrzeby zwiększania ilości hospitalizowanych pacjentów rekomenduje się pozostawienie obecnej ilości łóżek na poziomie 50.

Obecnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 5,8 etatów lekarskich oraz 5 etatów przeliczeniowych na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich, co łącznie daje 10,8 etatów przeliczeniowych. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 8,20 etatów przy wykonaniu 100 % planu i 8,51 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 11,77 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 12,08 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się niedobór lekarzy na poziomie -0,97 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 30 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Wewnętrznego potrzeba 29,57 etatów pielęgniarskich dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 50 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 30 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale).

Tak więc przy obecnym poziomie liczby łóżek, który odpowiada ilości łóżek rekomendowanych obecna liczba pielęgniarek jest właściwa.

### **7.3.3. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Kardiologicznym**

Na Oddziale Kardiologicznym aktualnie jest 35 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu niezbędnym jest 27 łóżek, a przy 105 % planu wystarczającym jest 29 łóżek.

Aktualnie Oddział Kardiologiczny funkcjonuje jako samodzielna komórka organizacyjna. Jednakże po przeanalizowaniu struktury pacjentów i leczonych schorzeń Audytorzy stwierdzają, że taki profil Oddziału w zupełności można prowadzić w ramach Oddziału Wewnętrznego tworząc w jego strukturze Pododdział Kardiologiczny. Pozwoli to z jednej strony lepiej wykorzystać personel obu oddziałów oraz oszczędzić na koszcie dodatków ordynatorskich i oddziałowych.

Obecnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 3,9 etatów lekarskich, 1,93 etatu przeliczeniowego na kontrakcie oraz dodatkowo 6 etatów przeliczeniowych na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 4,17 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 4,35 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 1,79 etatu, poprzez zastosowanie dyżurów łączonych z Oddziałem Reumatologicznym, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 6,96 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 6,14 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarską na poziomie 5,87 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i 5,69 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Koszt wykazanej nadwyżki lekarskiej wynosi ok. 1.070.000 zł w skali roku.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 29 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Kardiologicznego potrzeba 18,54 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 35 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 21 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 27 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 16,2 etatu pielęgniarskiego. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 18,54 etatu pielęgniarskiego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc występuje na Oddziale Kardiologicznym nadwyżka 10,46 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć do komórek organizacyjnych mających niedobór personelu pielęgniarskiego.

#### **7.3.4. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Chirurgii**

Na Oddziale Chirurgii aktualnie jest 34 łóżka. Obliczono, że do wykonania 100 %, a nawet 105 % planu wystarczającym jest 24 łóżka.

Aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 5 etatów lekarskich oraz 3 etatów przeliczeniowych na kontraktach. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 4,62 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 4,77 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 8,19 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 8,34 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się niedobór etatów lekarskich na poziomie -0,20 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 100 % planu i -0,34 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu.

Audytorzy proponują do zatrudnienia jednego etatu lekarskiego, zwłaszcza, że w poprzednich punktach Opracowania rekomendowali zwiększenie operatywy, która w obecnej, niskiej liczbie, mogła wynikać z niedoboru lekarzy.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 20 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Kardiologicznego potrzeba 18,54 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 34 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 23,8 etatów (Szpital obecnie nie spełnia norm zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 24 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 16,8 etatu pielęgniarskiego. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 18,54 etatu pielęgniarskiego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc występuje na Oddziale Chirurgicznym nadwyżka 1,46 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć do komórek organizacyjnych mających niedobór personelu pielęgniarskiego.

### **7.3.5. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym**

Oddział Ginekologiczno – Położniczy jest oddziałem II stopnia referencyjności.

Na Oddziale aktualnie jest 35 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu niezbędnym jest 27 łóżek, a przy 105 % planu wystarczającym jest 28 łóżek.

Zabezpieczonych jest na umowę o pracę 3,64 etatów lekarskich, a także 1,5 etatu przeliczeniowego kontraktowego oraz 9 etatów przeliczeniowych na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 4,99 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 5,14 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 7,14 etatów, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 12,13 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 12,28 przy wykonaniu 105 % planu.

Proponujemy pozostawienie tej nadwyżki z uwagi na rekomendacje w zakresie wdrożenia Koordynowanej Opieki nad Matką w ciąży i jej dzieckiem (KOC), o czym w dalszej części opracowania.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarską na poziomie 2,01 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i 1,86 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu zabezpieczenie personelu położniczego aktualnie jest na poziomie 35 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Ginekologiczno - Położniczego potrzeba 23,31 etatów położnych dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych przy obecnie 35 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 21 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 27 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 16,2 etatu położniczego. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 23,31 etatu położniczego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc występuje na Oddziale Ginekologiczno - Położniczym nadwyżka 11,69 etatów położniczych.



Audytorzy proponują pozostawienie z tej nadwyżki 7 etatów w Oddziale, z czego 2 etaty przesunąć do Szkoły Rodzenia (z jasno określonym zakresem czynności zawierającym nie tylko samo prowadzenie zajęć w Szkole Rodzenia, ale przede wszystkim szeroko zakrojonych działań wpływających na znaczne zwiększenie liczby porodów w COM), a 5 etatów do zabezpieczenia KOC. Pozostałe, tj. 4,69 etatów pozostają etatami nadwyżkowymi, które w skali roku generują koszt osobowy w wysokości ok. 350 tys zł w skali roku.

Przy okazji omawiania funkcjonowania Oddziału Ginekologiczno – Położniczego należy zwrócić uwagę na dużo większy potencjał położniczy od obecnie wykorzystywanego. Z danych GUS wynika, że w 2017 roku w Powiecie Jarosławskim urodziło się ogółem 1 116 dzieci. W tym okresie w COM urodziło się 535 dzieci. Jak z powyższego wynika, biorąc pod uwagę to, że w COM rodzą się również dzieci spoza Powiatu Jarosławskiego, większość mieszanek Powiatu Jarosławskiego wybiera miejsce urodzenia poza szpitalem w Jarosławiu. Ten trend należy odwrócić.

Obecnie Oddział Ginekologiczno – Położniczy jest bardzo nowoczesnym oddziałem. Sale dwuosobowe z węzłem sanitarnym, dużą przestrzenią, dobrym wyposażeniem medycznym, a ponadto Oddział z II stopniem referencyjności, wspólnie z tak nowoczesnym infrastrukturalnie i sprzętowo Oddziałem Neonatologicznym z II stopniem referencyjności winien być wybierany jako miejsce porodu nie tylko dla kobiet zamieszkujących Powiat Jarosławski, ale również dla mieszanek ościennych powiatów. Należy w tym celu przeprowadzić szeroko zakrojoną kampanię marketingową wskazującą COM jako bezpieczne i przyjazne miejsce do powitania na świecie swego potomka. Służyć temu powinna Szkoła Rodzenia prowadzona przez opłacone przez Szpital położne. Szkoła winna być odpłatna, a zebrane w ten sposób pieniądze powinny wracać do Matki i Dziecka w postaci pierwszej wyprawki przekazywanej matce przy wypisie ze szpitala. Ponadto warto zadbać, by matka miała zagwarantowane odpowiednie porady i instruktaż laktacyjny, opiekę psychologiczną i fizjoterapeutyczną. Niech będą to choćby na początek śladowe oferty opieki okołoporodowej, ale wzbogacają istotnie proces porodu i położu, a ponadto będą wyraźnym wyróżnikiem na tle innych szpitali. Warto również, za zgodą rodziców, publikować w powiatowej prasie nowonarodzonych w COM. Takie rozwiązania cieszą się dużą popularnością i niejednym szpitalem.

Ponadto rekomenduje się zgłoszenie Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu do wprowadzenia w życie procesu kompleksowej opieki medycznej nad matką w okresie ciąży, porodu, położu oraz jej nowo narodzonym dzieckiem – tzw. KOC. Oferowanie ciężarnym kompleksowej opieki w okresie ciąży aż do sześciu tygodni po porodzie. Obecnie warunkiem do wejścia w program KOC, który to jest dodatkowo finansowany przez NFZ jest ilość porodów ponad 600 w skali roku, co w COM można w krótkim czasie osiągnąć oraz zmniejszenie ilości cięć cesarskich na rzecz porodów metodą naturalną. W tym obszarze COM musi sporo jeszcze zrobić, by odsetek cięć cesarskich istotnie się zmniejszył.



Rekomenduje się również utworzenie strefy porodów rodzinnych, gdzie ojciec dziecka mógłby bez skrupowania brać udział w porodzie. Porody rodzinne nie powinny odbywać się na zwykłym trakcie porodowym, gdzie równocześnie rodzi inna kobieta.

Dodatkowo należy w tym miejscu zaakcentować faktyczny związek posiadania przez szpital „nośnego i znanego” nazwiska lekarza ginekologa, który jest często czynnikiem wyboru przez kobiety miejsca porodu. Jeśli COM nie posiada takiego ginekologa w swych zasobach, to należy albo zatrudnić takiego lekarza, albo wykreować ze swego grona lekarskiego.

Istotne zwiększenie ilości porodów da możliwości lepszego wykorzystania zarówno Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, jak i Neonatologicznego oraz duże zwiększenie przychodów przy relatywnie niewielkim wzroście kosztów zmiennych, co poprawi wyniki finansowe obydwu Oddziałów.

### **7.3.6. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Intensywnej Terapii**

Na Oddziale Intensywnej Terapii aktualnie jest 6 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % określonego dla tego Oddziału planu, a nawet 105 % planu wystarczające są 4 łóżka. Audytorzy stoją jednak na stanowisku, aby utrzymać stan 6 łóżek, na których jednak należałoby wykonywać istotnie zwiększony plan, a co za tym idzie, zwiększony przychód, o czym w komentarzu w punkcie 4.3.

Aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 1 etat lekarski, dodatkowo 6 etatów przeliczeniowych kontraktowych oraz 1 etat przeliczeniowy kontraktowy na dyżury lekarskie. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 0,94 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 0,96 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 4,51 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 4,53 % przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarską na poziomie 3,49 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i 3,47 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu, którą proponuje się pozostawić do zabezpieczenia zwiększonej operatywy w ramach anestezjologii oraz do zabezpieczenia SOR.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 26 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Intensywnej Terapii potrzeba 18,54 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę

minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy 6 łózkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 13,2 etatu (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 18,54 etatu pielęgniarskiego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc występuje na Oddziale Intensywnej Terapii nadwyżka 7,46 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć do komórek organizacyjnych mających niedobór personelu pielęgniarskiego.

### **7.3.7. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym**

Na Oddziale Obserwacyjno Zakaźnym aktualnie są 23 łóżka. Obliczono, że do wykonania 100 %, a także 105 % planu niezbędne są 24 łóżka.

Aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 2,68 etatów lekarskich, a także 1 etat przeliczeniowy kontraktowy oraz 1 etat przeliczeniowy na kontrakcie z przeznaczeniem na dyżury. Łącznie 4,68 etatu przeliczeniowego. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej niezbędnym jest zabezpieczenie 3,61 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 3,83 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 7,18 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 7,40 etatów przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się niedobór lekarzy na poziomie 2,50 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 100 % planu i 2,72 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Rekomenduje się zatem dyżury lekarskie zabezpieczyć lekarzami z innych oddziałów, gdzie stwierdzono nadwyżki etatowe.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 14 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Obserwacyjno Zakaźnego potrzeba 13,03 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 23 łózkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 13,8 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 24 łózkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 14,4 etatu pielęgniarskiego.

Tak więc na Oddziale Obserwacyjno Zakaźnym przy zwiększeniu do 24 łózek wystąpi potrzeba zwiększenia 0,4 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć z komórek organizacyjnych mających nadmiar personelu pielęgniarskiego.

### **7.3.8. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Ortopedycznym**

Na Oddziale Ortopedycznym aktualnie jest 16 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu niezbędnym jest 20 łóżek, a przy 105 % planu również 20 łóżek.

Nie ma na tym Oddziale lekarzy zatrudnionych w oparciu na umowę o pracę. Na umowach kontraktowych lekarze zabezpieczają 5,15 etatu przeliczeniowego, jeden lekarz pracuje w oparciu o umowę zlecenia i dodatkowo jeden lekarz w wymiarze 1 etatu przeliczeniowego zabezpiecza dyżury. Łącznie daje to 7,15 etatu przeliczeniowego. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej niezbędnym jest zabezpieczenie 4,78 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 4,92 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 8,35 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 8,49 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się niedobór lekarski na poziomie -1,20 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i -1,35 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Dla zoptymalizowania pracy na Oddziale Ortopedycznym należy dotrudnić lekarzy w wymiarze co najmniej 1,20 etatu.

Ponadto, Oddział Ortopedyczny charakteryzuje się możliwością realizacji zakresu finansowanego w ramach ryczału, jak i w ramach odrębnego finansowania za procedury wszczepiania endoprotez stawu kolanowego i biodrowego. W tym przypadku warto dbać o to, by Szpital był rozliczany współczynnikiem 1,2 przy odpowiednich ilościach tychże procedur.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 15 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Ortopedycznego potrzeba 15,78 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 16 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 11,2 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 20 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 14 etatów pielęgniarskich. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 15,78 etatu pielęgniarskiego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc na Oddziale Ortopedycznym należy przy zwiększeniu liczby łóżek do 20 zwiększyć zatrudnienie pielęgniarskie o 0,78 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć z komórek organizacyjnych mających nadmiar personelu pielęgniarskiego.

### **7.3.9 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym**

Na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym aktualnie jest 40 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu, podobnie jak do 105 % planu wymagany jest 45 łóżek.

Na Oddziale aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 8,38 etatów lekarskich, ponadto 1,5 etatu przeliczeniowego kontraktu lekarskiego oraz 4 etaty przeliczeniowe na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich. Łącznie daje to 13,88 etatu przeliczeniowego. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wymagane jest zabezpieczenie na poziomie 6,97 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 7,34 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Ponadto uwzględniono 2 etaty lekarskie na konsultacje. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 12,54 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 12,91 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę w ilości 1,34 etatu przeliczeniowego w przypadku realizacji 100 % planu i 0,97 etatu przeliczeniowego przy realizacji 105 % planu. Koszt wykazanej nadwyżki wynosi ok. 250.000 zł w skali roku.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 30 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym potrzeba 17,54 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, oraz 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 40 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 24 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 45 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 27 etatu pielęgniarskiego.

Tak więc występuje na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym nadwyżka 6 etatów pielęgniarskich, które należy przesunąć do komórek organizacyjnych mających niedobór personelu pielęgniarskiego.

### **7.3.10. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neonatologicznym**

Na Oddziale Neonatologicznym aktualnie jest 18 łóżeczek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu, wystarczy 8 łóżeczek, a do 105 % planu wystarczy 9 łóżeczek. Liczba łóżeczek powinna

zostać na dotychczasowym poziomie przy zdecydowanym dążeniu do zwiększenia ilości porodów, o czym szerzej napisano w innym miejscu Opracowania.

Na Oddziale zabezpieczonych jest na umowę o pracę 3 etaty lekarskie, ponadto 1,4 etatów przeliczeniowych kontraktu lekarskiego oraz 3 etaty przeliczeniowe na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich. Łącznie daje to 7,4 etatów przeliczeniowych. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wymagane jest zabezpieczenie 1,55 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 1,61 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 1,79 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 3,34 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 3,40 etatu przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarzy w wysokości 4,07 etatu realizując 100 % planu i 4,01 etatu przeliczeniowego realizując 105 % planu. Audytorzy rekomendują pozostawienie z tej nadwyżki 2 etatów do zabezpieczenia KOC.

Koszt wykazanej nadwyżki pozostałych 2,07 etatów jest rzędu 360 tyś. zł w skali roku.

Zabezpieczenie personelu położniczego aktualnie jest na poziomie 15 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Neonatologicznego potrzeba 12,03 etatu położniczego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, przy obecnie 18 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 10,8 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 8 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 4,8 etatu położniczego. Audytorzy postulują jednak z racji rekomendowanego KOC-a zabezpieczyć Oddział obecnością ilością etatów położniczych.

Tak więc występuje na Oddziale Neonatologicznym występuje nadwyżka 4,2 etatu położniczego.

### **7.3.11 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Reumatologicznym**

Na Oddziale Reumatologicznym aktualnie jest 12 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu, wymagane jest 13 łóżek, a do wykonania 105 % planu 14 łóżek.

Na Oddziale zatrudnionych jest na umowę o pracę 1,58 etatów lekarskich, ponadto zabezpieczony jest 1 etat przeliczeniowy na umowę zlecenia oraz 0,21 etatu przeliczeniowego na kontrakcie. Łącznie daje to 2,79 etatu przeliczeniowego. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wymagane jest zabezpieczenie 1,84 etatu przy wykonaniu 100 % planu oraz 1,93 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia

dyżurów lekarskich łączonych z Oddziałem Kardiologicznym niezbędne jest 1,79 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 3,69 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 3,72 % przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc występuje niedobór lekarzy w ilości 0,84 etatu przy realizacji 100 % planu i 0,93 etatu przy realizacji 105 % plan.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 7 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Reumatologicznego potrzeba 7,51 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 35 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 7,2 etatów (Szpital obecnie nie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 27 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 7,8 etatu pielęgniarskiego.

Tak więc występuje na Oddziale Reumatologicznym niedobór 0,8 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć z komórek organizacyjnych mających nadmiar personelu pielęgniarskiego.

#### **7.4. Wnioski wynikające z analizy wykorzystania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego na poszczególnych oddziałach**

Powyższe analizy wykazały w zdecydowanie wielu oddziałach nadwyżki personelu, zarówno lekarskiego, jak i pielęgniarskiego wraz z położniczym.

Podmioty lecznicze charakteryzują się największą pozycją kosztową w postaci wynagrodzeń pracowników oraz zakupów usług medycznych lekarzy medycyny i innych pracowników medycznych. Stąd planując prowadzenie działalności medycznej na poszczególnych oddziałach szpitala winno się precyzyjnie określać faktyczne i optymalne zatrudnienie pracowników biorąc pod uwagę wielkość oddziału liczoną łózkami, zakres prowadzonej działalności, struktury pacjentów hospitalizowanych oraz innych czynników. Właściwe określenie zapotrzebowania na wielkość etatową pracowników oddziału odnosi się z kolei na stosunek wielkości przychodu z działalności operacyjnej do kosztów osobowych. Pozbawione jest sensu ekonomicznego prowadzenie działalności, gdzie koszty osobowe są równe, bądź przewyższają uzyskiwane przychody.

Niewłaściwy dobór ilości pracowników medycznych często prowadzi do zadłużania się jednostek, co z czasem niesie za sobą ryzyko utraty możliwości dalszego funkcjonowania w ogóle. Audytorzy po przeprowadzeniu analizy stanów kadrowych poszczególnych oddziałów stwierdzają, że jedną z głównych przyczyn wewnętrznych Centrum Opieki Medycznej



pogłębiania się trudności finansowej jednostki jest utrzymująca się istotna nadwyżka kadry medycznej ponad faktyczne potrzeby poszczególnych oddziałów. Poniższa tabela obrazuje zestawienie efektów tejże analizy w zakresie kadry lekarzy medycyny.

#### Niezbędne zatrudnienie lekarzy medycyny w obecnej strukturze oddziałów.

Oddział	liczba łóżek		liczba lekarzy			nadmiar/ niedomiar
	obecna	rekomendowana	obecna	rekomendowana		
				ordynacja dzienna 100 %	dyżury	
Dziecięcy	25	18	13,7	3,21	3,57	6,92
Wewnętrzny	50	50	10,8	8,2	3,57	-0,97
Kardiologiczny	35	29	11,83	4,67	1,79	5,37
Chirurgii	34	24	8	4,62	3,57	-0,19
Ginekologiczno Położniczy	35	27	14,14	4,99	7,14	2,01
OIT	6	6	8	0,94	3,57	3,49
Obserwacyjno Zakaźny	23	24	4,68	3,61	3,57	-2,5
Ortopedyczny	16	20	7,15	4,78	3,57	-1,2
Neurologiczny	40	45	13,88	8,97	3,57	1,34
Neonatologiczny	18	8	7,4	1,55	3,57	2,28
Reumatologiczny	12	13	2,79	2,34	1,79	-1,34
RAZEM	294	264	102,4	47,88	37,50	15,21

Jak widać z powyższego zestawienia, jedynie Oddział Chirurgii cechuje się właściwą ilością zaangażowanego personelu lekarskiego, natomiast do realizacji 100 % planu przychodów należy zrezygnować z łóżek, które nie są przez Oddział Chirurgii wykorzystywane. Optymalna wielkość Oddziału Chirurgii winna być określona ilością 24 łóżek, które to w zupełności wystarczą do wypracowania 100 % planu.

Cztery Oddziały (Wewnętrzny, Obserwacyjno Zachowawczy, Ortopedyczny i Reumatologiczny) cechują się niewielkimi brakami kadry lekarskiej niezbędnej do zoptymalizowania działalności oddziałów. Łącznie brak kadrowy określono na 6,2 etatu przeliczeniowego.

W sześciu Oddziałach stwierdzono nadmiar kadrowy wśród lekarzy (Dziecięcy, Kardiologiczny, Ginekologiczno – Położniczy, Intensywnej Terapii, Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Neonatologii) łącznie sięgający aż 24,97 etatów przeliczeniowych.

Saldo nadwyżki i niedoboru kadry lekarskiej wynosi 16,99 etatów przeliczeniowych (!).

Poniższa tabela obrazuje efekt zmian zapotrzebowania kadrowego lekarzy medycyny przy zastosowaniu rekomendacji Audytorów.

**Niezbędne zatrudnienie lekarzy medycyny po przeprowadzeniu reorganizacji oddziałów szpitalnych**

Oddział	liczba łóżek		liczba lekarzy			nadmiar/ niedomiar
	obecna	rekomendowana	obecna	Rekomendowana		
				ordynacja dzienna 100 %	dyżury	
Dziecięcy	25	18	13,7	3,21	3,57	6,92
Wewnętrzny	50	50	10,8	8,2	3,57	4,06
Kardiologiczny	35	29	11,83	4,17	1,79	
Reumatologiczny	12	13	2,79	1,84	1,79	
Ginekologiczno Położniczy	35	27	14,14	4,99	7,14	2,01
OIT	6	6	8	0,94	3,57	3,49
Obserwacyjno Zakaźny	23	24	4,68	3,61	3,57	-2,5
Ortopedyczny	16	20	7,15	4,78	3,57	-1,2
Chirurgii	34	24	8	4,62	3,57	-0,19
Neurologiczny	40	45	13,88	8,97	3,57	1,34
Neonatologiczny	18	8	7,4	1,55	3,57	2,28
RAZEM	294	264	102,4	46,88	37,50	16,21

Rekomendowane zmiany dotyczą po pierwsze dostosowanie ilości bazy łóżkowej do faktycznych potrzeb poszczególnych Oddziałów szpitalnych tak, by z jednej strony nie ponosić zbędnych kosztów „pustego łóżka”, a z drugiej posiadać ilość łóżek wystarczającą do wykonania co najmniej 100 % planu, a po drugie rekomendacje dotyczą zmian strukturalnych spowodowanych włączeniem Oddziału Kardiologicznego oraz Reumatologicznego do Oddziału Wewnętrznego w postaci Pododdziałów Kardiologicznego, jak i Reumatologicznego. Pozwoli to na lepsze wykorzystanie personelu (nadmiar lekarzy Oddziału Kardiologii można wykorzystać do uzupełnienia niedoborów lekarskich na Oddziale Wewnętrznym i Reumatologicznym choćby w formie dyżurów lekarskich), a także zmniejszeniu kosztów osobowych zarówno na łączonych dyżurach lekarskich (wspólny dyżur lekarski na Pododdziałach Kardiologicznym i Reumatologicznym) o ok. 420 tys. zł rocznie oraz na dwóch ordynatorskich dodatkach funkcyjnych w kwocie ok. 90 tys. zł rocznie, a w przypadku ustanowienia na Pododdziale



Kardiologicznym i Reumatologicznym zastępców ordynatora z przysługującymi im dodatkami funkcyjnymi, w kwocie ok. 40 tys. zł rocznie.

Łączne oszczędności ze „zdjęcia” nadwyżki kadry lekarskiej pozwoli na wygenerowanie zmniejszenia kosztów osobowych (po uwzględnieniu ‘przesunięcia” 2,93 etatu przeliczeniowego do zabezpieczenia niedoborów kadrowych w poradniach specjalistycznych) w kwocie ok. 2.300.000 zł w skali roku.

Audytorzy stoją na stanowisku, że posiadany kapitał w postaci lekarzy specjalistów jest dużą wartością samą w sobie i nie powinno się, zwłaszcza w dobie braku na rynku lekarzy wielu specjalności, rezygnować z ich zainteresowania pracą w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, jednakże nadmiar personelu lekarskiego winien być wykorzystany do wygenerowania dodatkowych przychodów przewyższających wielkość kosztów osobowych ponoszonych na tychże lekarzy.

Z nadwyżki 16,21 lekarskich etatów przeliczeniowych, Audytorzy proponują zmniejszenie zatrudnienia jedynie w 4 oddziałach, tj. Dziecięcym, Kardiologicznym, Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz Neonatologicznym. W innych oddziałach zmniejszenie zatrudnienia, głównie poprzez przesunięcie do komórek organizacyjnych, w których występują lekarskie niedobory kadrowe. Pozostałą nadwyżkę personelu należy zdaniem Audytorów spożytkować na zwiększenie przychodów oddziałów, w których są zatrudnieni, poprzez wykonywanie innych świadczeń medycznych niż dotychczas oraz poprzez dokładniejsze rozliczanie pacjentów z NFZ.

W obszarze zatrudnienia pielęgniarek i położnych również stwierdzono występowanie istotnych nadwyżek etatowych prowadzących do nadmiernego angażowania środków finansowych na wynagrodzenia. Poniższa tabela obrazuje zestawienie efektów tejże analizy w zakresie kadry pielęgniarek i położnych.

#### Niezbędne zatrudnienie pielęgniarek i położnych w obecnej strukturze oddziałów.

Oddział	Liczba łóżek		liczba pielęgniarek		nadmiar/ niedomiar
	obecna	rekomendowana	obecna	rekomendowana	
Dziecięcy	25	18	15	14,78	0,22
Wewnętrzny	50	50	30	29,57	0,43
Kardiologiczny	35	29	29	18,54	10,46
Chirurgii	34	24	20	18,54	1,46
Ginekologiczno Położniczy	35	27	35	28,08	6,92

<b>OIT</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>17,54</b>	<b>8,46</b>
<b>Obserwacyjno Zakaźny</b>	<b>23</b>	<b>24</b>	<b>14</b>	<b>13,03</b>	<b>0,97</b>
<b>Ortopedyczny</b>	<b>16</b>	<b>20</b>	<b>15</b>	<b>15,78</b>	<b>-0,78</b>
<b>Neurologiczny</b>	<b>40</b>	<b>45</b>	<b>30</b>	<b>28,57</b>	<b>1,43</b>
<b>Neonatologiczny</b>	<b>18</b>	<b>8</b>	<b>15</b>	<b>12,03</b>	<b>2,97</b>
<b>Reumatologiczny</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	<b>7</b>	<b>7,51</b>	<b>-0,51</b>
<b>RAZEM</b>	<b>294</b>	<b>264</b>	<b>236</b>	<b>203,97</b>	<b>32,03</b>

Jak prezentuje powyższa tabela, w zasadzie Oddział Obserwacyjno – Zakaźny ma właściwą ilość pielęgniarek. Oddziały Reumatologiczny i Ortopedyczny mają minimalnie poniżej optimum, natomiast pozostałe oddziały mają nadwyżki personelu pielęgniarek i położnych; najwięcej w Oddziale Intensywnej Terapii i Ginekologiczno – Położniczym.

Nadwyżkę pielęgniarek i położnych można wyrazić kwotą ich wynagrodzeń łącznie z kosztami pracodawcy na rocznym poziomie ok. 1 730 000 zł.

**Niezbędne zatrudnienie pielęgniarek i położnych po przeprowadzeniu reorganizacji oddziałów szpitalnych.**

Oddział	Liczba łóżek		liczba pielęgniarek		nadmiar/ niedomiar
	obecna	rekomendowana	obecna	rekomendowana	
<b>Dziecięcy</b>	25	<b>18</b>	15	<b>14,78</b>	0,22
<b>Wewnętrzny</b>	50	<b>50</b>	30	<b>29,57</b>	10,38
<b>Kardiologiczny</b>	35	<b>29</b>	29	<b>18,54</b>	
<b>Reumatologiczny</b>	12	<b>13</b>	7	<b>7,51</b>	
<b>Ginekologiczno Położniczy</b>	35	<b>27</b>	35	<b>28,08</b>	6,92
<b>OIT</b>	6	<b>6</b>	26	<b>17,54</b>	8,46
<b>Obserwacyjno Zakaźny</b>	23	<b>24</b>	14	<b>13,03</b>	0,97
<b>Ortopedyczny</b>	16	<b>20</b>	15	<b>15,78</b>	-0,78
<b>Chirurgii</b>	34	<b>24</b>	20	<b>18,54</b>	1,46
<b>Neurologiczny</b>	40	<b>45</b>	30	<b>28,57</b>	1,43
<b>Neonatologiczny</b>	18	<b>8</b>	15	<b>12,03</b>	2,97
<b>RAZEM</b>	<b>294</b>	<b>264</b>	<b>236</b>	<b>203,97</b>	<b>32,03</b>

Jak widać z powyższego zestawienia Centrum Opieki Medycznej charakteryzuje się dość niezwykle, dla ogólnej sytuacji w kraju, nadwyżką etatową w grupie pielęgniarek i położnych. Właśnie ze względu na brak równowagi popytowo-podażowej na rynku pielęgniarek i położnych w kraju Audytorzy nie rekomendują przeprowadzenia rezygnacji z usług tej grupy zawodowej w ilości wynikającej z wykazanego zestawienia. Propozycje częściowego zagospodarowania nadwyżek pielęgniarsko – położniczych omówione zostały w innej części niniejszego Opracowania.

### **7.5. Niezbędna liczba personelu medycznego w poradniach specjalistycznych w stosunku do wielkości kontraktu.**

Poradnie specjalistyczne pełnią istotną rolę w procesie leczenia oraz profilaktyki. Należy dążyć do optymalizowania organizacji pracy poradni tak, by ogólnopolski problem długości kolejek do lekarza specjalisty był niwelowany.

Istotnym tematem jest wyrabianie przyznanego ryczałtu wraz z przekroczeniem 100 %, choćby z tego powodu, że poradnictwo specjalistyczne generuje zdecydowanie mniej kosztów funkcjonowania niż leczenie szpitalne, ponadto, ze względu na długie kolejki do lekarzy specjalistów w zasadzie nie powinien być tolerowany czas poradni „w oczekiwaniu” na pacjenta, co wyraża się wolnymi łózkami na oddziałach szpitalnych.

Zbadano, jak powinno wyglądać zatrudnienie w poradniach specjalistycznych, biorąc pod uwagę wykonanie kontraktu do 100% planu oraz uwzględniając również nadwykonania kontraktu.

Według wyliczeń zapotrzebowanie na etaty lekarskie we wszystkich poradniach wynosi 7,89 etatu, z czego najwięcej, bo ok. 2 etatów w Por. Chirurgicznej i w Poradni Ortopedycznej oraz ok.1 etat w Poradni Ginekologicznej.

Porównano powyższe wyliczenia z aktualnym stanem zatrudnienia w poradniach specjalistycznych, co przedstawia tabela poniżej.

#### **Obecne zatrudnienie wobec zapotrzebowania wg wyliczeń Audytora**

Poradnia	Niezbędny wymiar etatu	Obecne zatrudn.(et)	Różnica
Por.Chirurg.	1,89	1,33	-0,56
Por.Ortop.	1,81	0,55	-1,26

Por.Reumatol.	0,63	0,42	-0,21
Por.Kardiolog.	0,61	0,10	-0,51
Por.Ginekol.	0,92	0,72	-0,20
Por.Chor.Zakaż.	0,46	0,42	-0,04
Por. Diabetol.	0,56	0,30	-0,26
Por.Endokrynol.	0,38	0,31	-0,07
Por.Pulmonol.	0,24	0,31	0,07
Por.Neurol.	0,31	0,40	0,09
Por. Neonatolog.	0,09	0,10	0,01
<b>Razem</b>	<b>7,89</b>	<b>4,96</b>	<b>-2,93</b>

Z powyższego porównania wynika, że na 11 poradni, w 8 występuje za mały wymiar etatów lekarskich do tego, by wykonać kontrakt co najmniej do wysokości planu.

Największy niedobór występuje w Poradni Ortopedycznej, Chirurgicznej oraz Kardiologicznej. W przypadku Poradni Kardiologicznej, Ginekologicznej, Diabetologicznej i Endokrynologicznej niedobór ten mógłby być pokryty nadwyżką lekarzy z oddziałów szpitalnych.

Na podstawie przeprowadzonej analizy rozliczeń świadczeń w AOS stwierdzono wiele nieprawidłowości, które miały odzwierciedlenie w niewykonaniu kontraktu. W poradniach nie brakowało pacjentów, ale wiele z porad nie zostało rozliczonych.

Audytorzy przypuszczają, iż na ten stan rzeczy mogło mieć właśnie wpływ zbyt niskie zatrudnienie.

## 7.6. Analiza wynagrodzeń pracowników

Jak już wcześniej podniesiono, cechą wspólną wszystkich podmiotów leczniczych jest to, iż największy udział procentowy w kosztach podmiotu stanowią koszty osobowe. Obszar zarządzania kosztami osobowymi stanowi dziś nie lada wyzwanie przed zarządzającymi placówkami ochrony zdrowia. Duży rozdźwięk między popytem a podażą na rynku pracowniczym, zwłaszcza w zakresie personelu medycznego, choć obecnie już wykraczający daleko poza pracowników medycznych, powoduje konieczność zaspokajania oczekiwań płacowych często ponad miarę możliwości placówki. Dziś ponadto brak wystarczającej ilości lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych pracowników medycznych na rynku polskim wywołuje presję podwyższania wynagradzania, często kosztem zadłużania się jednostek ochrony zdrowia. Aktualnie długi szpitali publicznych i instytutów badawczych w Polsce

sięgnęły kwoty 13,2 mld zł z blisko 2 mld zł zobowiązań wymagalnych i stan ten nadal się pogłębia.

Wynagrodzenia personelu medycznego i niemedycznego są obecnie regulowane w zakresie minimalnych stawek wynagrodzeń, natomiast stawki maksymalne nie są prawnie określone, stąd reguluje je reguła rynkowa. Dyrektorzy szpitali winni jednak dołożyć dużo staranności, by poziom wynagrodzeń był na możliwości finansowe zarządzanych przez nich jednostek. W tym przypadku zatem należy przykładać również dużą wagę do oferty pozapłacowej (elastyczność zatrudnienia, bezpieczeństwo pracy, dobre wyposażenie stanowisk pracy, klarowne i przejrzyste procedury, dobra atmosfera w miejscu pracy, działania integrujące środowisko zawodowe, możliwości rozwoju zawodowego itp.).

W badanej jednostce płace kształtują się średniomiesięcznie w pierwszym półroczu 2019 r. biorąc pod uwagę całkowite koszty personelu na wszystkich oddziałach szpitalnych niezależnie od formy zatrudnienia na poziomie 2.838 tys. zł.

Wyniki analizy kosztów osobowych poszczególnych oddziałów w relacji do ponoszonych kosztów ogółem oraz osiąganych przychodów w odniesieniu do osiąganego wyniku finansowego i rentowności oddziału pokazują, że jedynie w Oddziale Ortopedycznym koszty osobowe są na niskim poziomie w stosunku do kosztów ogółem i wypracowanych przychodów. Związane to jest ze specyfiką zakresu realizowanego przez ten oddział. Procedury wysokoprzychodowe (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i stawu kolanowego) generują wysokie koszty materiałów medycznych. Stąd ogólny udział kosztów osobowych w kosztach oddziału i przychodach oddziału są dużo niższe niż w innych oddziałach. Jednakże Oddział Ortopedyczny ma ujemną 22 % rentowność swej działalności wyrażoną stratą za pierwsze półrocze 2019 roku kwotą – 889 285 zł.

Oddziały: Kardiologiczny, Dziecięcy i Reumatologiczny utrzymują koszty osobowe na poziomie 50%-60% przychodów, co przekłada się na rentowność na poziomie zbliżonym do 0%.

Pozostałe Oddziały koszty osobowe mają powyżej 60%, a rentowności ujemne ze względu na generowanie strat na swej działalności. Wyjątkiem jest Oddział Wewnętrzny, który pomimo swego zachowawczego charakteru i obciążenia kosztami osobowymi na poziomie 58 % w stosunku do przychodów, ma wynik finansowy ujemny w kwocie - 815 664 zł za I półrocze 2019 roku, przy rentowności – 24%.

Najbardziej nierentownymi okazują się być oddziały: Intensywnej Terapii, Ginekologiczno – Położniczy i Neonatologii. OiT charakteryzuje się udziałem 95% kosztów osobowych w realizowanych przychodach, co przekłada się na wynik finansowy – 748 930 zł za I półrocze 2019 r. przy osiągniętej rentowności na poziomie aż -41% (!)

Oddział Ginekologiczno-Położniczy charakteryzuje się tym, że całość swych przychodów przekazuje na ponoszenie kosztów osobowych (udział kosztów osobowych w przychodach

ogółem = ok. 100%), co przekłada się na ujemny wynik finansowy, po pierwszym półroczu 2019 roku w wysokości – 1 787 698 zł, osiągając rentowność swej działalności na poziomie -88% (!).

Oddział Neonatologiczny charakteryzuje się obciążeniem osobowym finansowo przekraczającym uzyskiwane przychody (!). Tak niskie przychody wręcz nie są w stanie pokryć kosztów stałych Oddziału. Należy podjąć zdecydowane działania zwłaszcza w obszarze zwiększenia porodów, o czym szerzej mowa w innej części niniejszego Opracowania. Oddział Neonatologiczny odnotował stratę na I półroczu 2019 r. w wysokości -515 481 zł przy rentowności Oddziału na poziomie -55% (!).

Na wielkość kosztów osobowych mają wpływ dwa czynniki: a) stawki osobowe realizowane przez Szpital oraz b) ilość zaangażowanego personelu. Stąd w poniższej tabeli przedstawiono zarówno ilości lekarzy i pielęgniarek w poszczególnych oddziałach w odniesieniu do danych benchmark'u, a także zmiany kosztów personelu ogółem kwartał do kwartału oraz wielkości kosztu personalnego w przeliczeniu na 1 000 zł wypracowanego przychodu i zachodzących w tym obszarze zmian na przestrzeni I kwartału 2018 roku do I kwartału 2019 roku.

#### Koszt personelu poszczególnych oddziałów szpitalnych w skali porównawczej kwartał do kwartału. Stan na koniec I kw. 2019 r.

ODDZIAŁ	Lekarze*		Rezyd.	Pielęgniarki*		Koszt personelu na 1000 zł przychodu [zł]				Koszt personelu [tys. zł]		
	COM	Bench		COM	Bench	3M 2019	3M 2018	wzrost tys.[zł]	wzrost %	3M 2019	3M 2018	wzrost tys.[zł]
Chirurg	11	10		20	19	675	465	210	45%	1 201	756	445
Gin-Położn	11	8		35	23	949	753	196	26%	1 076	768	308
Wewn.	13	11	1	30	27	605	494	111	22%	1 054	846	208
Neurlol.	10	11	1	30	16	491	358	133	37%	1 048	869	179
Kardiol.	9	6		29	11	552	436	116	27%	931	769	162
OiT	11	7		26	17	892	705	187	27%	916	664	252
Ortoped	10	9		15	17	350	344	6	2%	742	564	178
Obserw.Zak.	8	6		14	15	706	613	93	15%	557	477	80
Dziecięcy	6	9	3	15	23	423	499	-76	-15%	540	465	75
Neonat	7	4		15	10	952	989	-37	-4%	522	455	67
Reumat	2	2		7	5	476	408	68	17%	205	156	49
Razem	98	83	5	236	183	643	551	92	17%	8 792	6 789	2003

\* stan na koniec I kw. 2019 -etaty przeliczeniowe z dyżurami i nadgodzinami

Powyższa tabela obrazuje stan nadwyżek personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz położniczego w stosunku do porównywalnych wielkości oddziałów szpitalnych w innych jednostkach.

Jak widać z prezentowanej analizy, na przestrzeni roku (I kw. 2018 – I kw. 2019) we wszystkich oddziałach relacja kosztu personelu na 1 000 zł wypracowanego przychodu pogorszyła się. Wyjątkiem są oddziały: Dziecięcy i Neonatologiczny. Na Oddziale Dziecięcym wynagrodzenia wzrosły kwartał do kwartału o 75 tys. zł, jednak przychody wypracowane przez Oddział rosły relatywnie szybciej pozwalając na poprawę relacji udziału kosztów osobowych w przychodach. Na Oddziale Neonatologicznym dynamika wzrostu wynagrodzeń była niska (wzrost 67 tys. zł za I kw. 2019 wobec I kw. 2018), co przy wzroście realizowanych przychodów dało nieznaczłą poprawę w relacji udziału kosztów osobowych w uzyskiwanych przychodach.

Biorąc pod uwagę sumę wszystkich oddziałów COM wzrost kosztów osobowych nie nadążyła za wzrostem wypracowywanych przychodów, co przekłada się na stałe pogarszanie się kondycji finansowej badanej Jednostki.

Podsumowując obszar wynagradzania należy stwierdzić, że jest to kluczowy obszar, który w dużej mierze odpowiada za osiągnięte wyniki finansowe. Należy więc przeprowadzić zdecydowane zmiany w prowadzonej polityce kadrowej w kontekście:

- ilości zaangażowanego personelu,
- wypracowywanego przez ten personel poziomu przychodów,
- wysokości ponoszenia kosztów osobowych w ujęciu zarówno ogólnym, jak i w udziale kosztów osobowych w realizowanych przychodach.

## **7.7. Wnioski i rekomendacje naprawcze w zakresie potencjału kadrowego**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu posiada bardzo duży stan osobowy personelu wzrastający na przestrzeni ostatnich lat i sięgający obecnie 878 osób z czego na umowę o pracę pracuje 779 osób na 754,62 etatach. Pozostałe osoby związane są z COM umowami cywilno – prawnymi. Zasoby osobowe, po dokonaniu szczegółowych analiz, są zbyt wysokie w stosunku do prowadzonej działalności.



Ze względu na kluczową rolę kosztów osobowych w kreowaniu wyniku finansowego podmiotu leczniczego należy zdecydowanie dostosować zasoby kadrowe do faktycznych, mierzalnych potrzeb każdej z komórek organizacyjnych Jednostki, jak o zaprezentowano w powyższym materiale.

Niedobory kadrowe wskazane w jednych komórkach należy uzupełnić nadwyżkami występującymi w innych komórkach organizacyjnych, a zbędne etaty zagospodarować do realizacji dodatkowych przychodów.

Wykazana w toku analizy nadwyżka etatów lekarskich w ilości 16,21 etatów przeliczeniowych. Z tej nadwyżki lekarskich etatów przeliczeniowych, Audytorzy proponują zmniejszenie zatrudnienia jedynie w 4 oddziałach, tj. Dziecięcym, Kardiologicznym, Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz Neonatologicznym. W innych oddziałach zmniejszenie zatrudnienia, głównie poprzez przesunięcie do komórek organizacyjnych, w których występują lekarskie niedobory kadrowe. Pozostałą nadwyżkę personelu należy zdaniem Audytorów spożytkować na zwiększenie przychodów oddziałów, w których są zatrudnieni, poprzez wykonywanie innych świadczeń medycznych niż dotychczas oraz poprzez dokładniejsze rozliczanie pacjentów z NFZ.

Analiza zasobów osobowych w strukturach pielęgniarek i położnych wykazała nadmiar w wysokości 32,03 etatów, co jest stanem odmiennym wobec aktualnej sytuacji w kraju, gdzie odnotowuje się brak personelu pielęgniarskiego. Ze względu na ogólnopolski deficyt pielęgniarek Audytorzy nie rekomendują redukcji etatów pielęgniarskich wynikających z wielkości nadwyżek etatowych, a raczej przynajmniej częściowe zagospodarowanie w celu zwiększenia strony przychodowej Jednostki oraz zapewnienia lepszej opieki nad pacjentem.

Należy przy tym prowadzić ciągły monitoring relacji kosztów osobowych w realizowanych przychodach na każdym oddziale szpitala z ukierunkowaniem się na osiągnięcie wyników zbliżonych do wyników benchmarking'owych.

Jak wykazała analiza obszaru wynagrodzeń osobowych, w COM relacje koszty osobowe w stosunku do wypracowywanych przychodów są niewspółmiernie wysokie. Utrzymując obecną proporcję kosztów osobowych w stosunku do realizowanych przychodów Jednostka nigdy nie będzie się bilansowała. Tak więc rekomenduje się prowadzenie bieżącej analizy relacji kosztów osobowych w przychodach każdego oddziału oraz każdej poradni specjalistycznej.

Ze względu na specyfikę struktury kosztów w podmiotach leczniczych, obszar zarządzania zasobem osobowym jest kluczowy dla kreowania wyników finansowych Jednostki, tak więc należy mu nadać odpowiednią rangę w procesie zarządzania Jednostką.

## **8. IDENTYFIKACJA I ANALIZA PRZYCZYN TRUDNEJ SYTUACJI FINANSOWEJ COM**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, podobnie, jak 90 % obecnie szpitali powiatowych osiąga ujemny wynik finansowy. Jest on głównie spowodowany czynnikami zewnętrznymi, ale można zidentyfikować również wewnętrzne przyczyny trudnej sytuacji finansowej Jednostki.

Do czynników zewnętrznych zaliczyć należy:

1. Wzrost kosztów pracy. W 2017 roku w związku z realizacją ustawowych obowiązków (tj. ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017 poz. 1473) oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 września 2016 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r. (Dz. U. poz. 1456) nastąpił wzrost wynagrodzeń oraz kosztów Szpitala w zakresie kosztów osobowych. Powyższe regulacje spowodowały konieczność zwiększenia wynagrodzeń pracowników medycznych oraz pozostałych wraz z pochodnymi, a także wzrost stawek za usługi kontraktowe.
2. Kolejnym czynnikiem zewnętrznym mającym wpływ na pogorszenie się sytuacji finansowej Jednostki jest fakt pozbawienia COM świadczeń w ramach Ratownictwa Medycznego, które jest zakresem możliwym do realizowania na dodatniej rentowności, zwłaszcza w sytuacji posiadania w swych strukturach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
3. Innym czynnikiem zewnętrznym wpływającym negatywnie na wynik finansowy jest dokonanie przez prezesa NFZ zmian wyceny grup JGP w zakresie ortopedii. W skutek tego obniżono przychody w realizacji procedur H4 do H19.
4. Istotnym czynnikiem zewnętrznym jest również ogólnie niska wycena w zasadzie prawie wszystkich procedur medycznych, wobec konieczności ponoszonych kosztów na ich realizację.

Do czynników wewnętrznych mających wpływ na wzrost dynamiki pogarszania się wyniku finansowego COM jest:

1. niewłaściwie zachowana proporcja struktury kosztów osobowych w relacji do osiągniętych przychodów. Spowodowane jest to trzema podstawowymi czynnikami:
  - a) relatywnie wysokimi stawkami (zwłaszcza dla kadry lekarskiej zatrudnianej na kontraktach)

b) nadmierną ilością pracowników zarówno medycznych, jak i niemedycznych oraz administracyjnych. Ilość etatów przeliczeniowych na przestrzeni ostatnich trzech lat stale wzrasta. Analizy audytu wykazały ogólny nadmiar etatowy w skali całego Szpitala.

c) zbyt niska realizacja przychodów Szpitala wobec ilości zaangażowanego personelu oraz potencjału tkwiącego w Szpitalu.

2. zbyt mała liczba porodów realizowanych w COM, wobec zarówno potencjału popytowego wynikającego z ilości dzieci rodzących się w Powiecie Jarosławskim, jak i z potencjału podażowego, będącego w samym Szpitalu (II stopień referencyjności położnictwa i neonatologii, bardzo dobrej infrastruktury oraz wysokiej klasy sprzętu medycznego)

3. niewłaściwie dobrana baza łóżkowa do możliwości jej optymalnego wykorzystania,

4. brak poprawności w rozliczeniach z NFZ za realizowane procedury medyczne,

5. brak umiejętności ustalania budżetów poszczególnych oddziałów i szpitala, jako całości,

6. niewłaściwa struktura pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii,

7. brak tworzenia i korzystania z informacji zarządczej, z powodu braku prowadzenia controllingu finansowego,

Prócz tych najistotniejszych czynników mających bezpośredni wpływ na sytuację finansową Jednostki można wyartykułować jeszcze wiele innych mniejszej wagi.

## **9. ANALIZA ZOBOWIĄZAŃ COM WYNIKAJĄCA Z KREDYTÓW ORAZ POŻYCZEK**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu na dzień 31.12,2018 r. posiadał trzy długoterminowe zobowiązania na łączną kwotę 9 032 489,10 zł:

### **1. Kredyt obrotowy - Santander Bank Polska S.A.**

#### Warunki finansowe kredytu:

Oprocentowanie:	WIBOR 1M+marża 2,5 p.p.
Wysokość miesięcznej raty:	nie dotyczy
Termin spłaty:	2019-12-15

Kwota pozostała do spłaty na dzień 31.12.2018r.: 1 299 155,73 zł

Warunki zabezpieczenia: cesja umowy z POW NFZ w Rzeszowie w zakresie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 3 000 000,00 zł. + blokada środków w kwocie 1 500 000,00 zł. zgromadzonych przez Powiat Jarosławski na lokacie prowadzonej przez Bank.

## **2. Pożyczka - Idea Bank S.A. Warszawa**

### Warunki finansowe kredytu:

Oprocentowanie: 5,51%

Wysokość miesięcznej raty: 74 074,07 zł

Termin spłaty: 2027-03-31

Kwota pozostała do spłaty na dzień 31.12.2018r.: 7 333 333,37 zł

Warunki zabezpieczenia: cesja umowy z POW NFZ w Rzeszowie w zakresie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 170% salda.

## **3. Pożyczka – Powiat Jarosławski**

### Warunki finansowe kredytu:

Oprocentowanie: 0%

Wysokość miesięcznej raty: 33 333,00 zł

Termin spłaty: 2019-11-30

Kwota pozostała do spłaty na dzień 31.12.2018r.: 400 000 zł

Warunki zabezpieczenia: brak

W przypadku niemożności regulowania w terminie zobowiązań wobec dostawców COM naraża się na ponoszenie dodatkowych kosztów. Np. za opóźnienia płatności w transakcjach handlowych zgodnie z art. 3 ust. 3 ustawy z 8 marca 2013 roku o terminach zapłaty w transakcjach handlowych kontrahenci podmiotu leczniczego mogą naliczać odsetki w wysokości 9,5% w stosunku rocznym. Ponadto, na podstawie art. 10.1 ww. ustawy

wierzycielowi, od dnia nabycia uprawnienia do odsetek przysługuje od dłużnika, bez wezwania, równowartość kwoty 40 euro, stanowiącej rekompensatę za koszty odzyskiwania należności.

Dodatkowym aspektem ponoszenia kosztów odsetkowych jest narażanie się kierownika jednostki na odpowiedzialność dyscypliny finansów publicznych.

Stąd też pozytywnie należy ocenić wspieranie się Szpitala środkami zewnętrznymi, które są tańsze, niż odsetki ustawowe. Szczególnie korzystnymi są pożyczki od podmiotu tworzącego, w których to koszt uzyskania pożyczki jest zerowy, a dodatkowo istnieje potencjalna szansa na choć częściowe umorzenie uzyskanej w taki sposób pożyczki.

Częstokroć podmioty lecznicze korzystają z zewnętrznego finansowania używając go do montażu finansowego do pokrycia kapitału inwestycyjnego (inwestycje infrastrukturalne, sprzętowe, modernizacje itp.), co jest bardzo pozytywnym zjawiskiem. Natomiast kapitał zewnętrzny pozyskiwany do finansowania bieżących zobowiązań jednostki jest tym, czego powinno się unikać. Niestety obecnie wiele szpitali, w tym COM jest zmuszone do sięgania po kapitał zewnętrzny pozwalający na choć częściowe odzyskanie płynności finansowej i przetrwanie do czasu przeprowadzenia zmian funkcjonowania jednostki tak, by istotnie zbliżyć się do równoważenia kosztów operacyjnych przychodami uzyskiwanymi ze statutowej działalności.

W tej sytuacji rekomenduje się

- uzyskanie pożyczki od podmiotu tworzącego lub, jeśli jest to niemożliwe ze względu na sytuację budżetu powiatu jarosławskiego,
- odnowienie kredytu (powiększonego) obrotowego w Santander Bank Polska S.A. ze względu na niski koszt pieniądza,
- uzyskanie pożyczki w innym banku (np. Bank Gospodarstwa Krajowego) z oprocentowaniem łącznie niższym niż odsetki ustawowe oraz z możliwością karencji w spłacie pożyczki,
- lub uzyskanie pożyczki w innym podmiocie oferującym obecnie pożyczki na poziomie WIBOR 1M wraz z marżą do 4,30%.

Pozyskanie zewnętrznego kapitału na bieżące finansowanie jednostki należy, co jest oczywiste, realizować z natychmiastowymi zmianami wewnętrznymi Szpitala ograniczającymi koszty jego finansowania oraz zwiększającymi jego przychody.

## 10. REKOMENDACJE STRATEGICZNE

1. Sugeruje się, aby podjąć działania w kierunku zoptymalizowania istniejącej bazy łóżkowej. W Oddziale Dziecięcym, Kardiologii i Chirurgii proponuje się zmniejszenie liczby łóżek, w Oddziale Ortopedii zwiększenie, a w pozostałych pozostawienie w obecnym stanie. Innym rozwiązaniem może być wykorzystanie wolnych łóżek pod nowe produkty, np. rozszerzenie struktury produktowej o świadczenia z zakresu chirurgii naczyniowej, bariatryi, urologii, czy onkologii. W tym celu należy pozyskać lekarzy specjalistów, którzy na zasadzie umów cywilnoprawnych wykonywaliby jeden dzień w tygodniu tego typu zabiegi. Proponowane działania tym bardziej są wskazane, ponieważ Szpital dysponuje nadwyżką lekarzy anestezjologów, którą można byłoby wykorzystać do zwiększonej operatywy, nie ponosząc dodatkowych kosztów związanych z wynagrodzeniami anestezjologów.

2. Rekomenduje się włączenie Oddziału Kardiologii i Oddziału Reumatologii jako pododdziałów Oddziału Chorób Wewnętrznych, w których funkcję Ordynatora/Kierownika Oddziału pełniłaby jedna osoba. Pozwoli to uzupełnić niedobory kadrowe w Oddziale Wewnętrznym, pozwoli na dyżury łączone dla Kardiologii i Reumatologii oraz przełoży się na mniejsze koszty tych dyżurów, jak również oszczędności z tytułu dodatków funkcyjnych.

3. Proponuje się zmniejszenie zatrudnienia kadry medycznej, ale tylko i wyłącznie tam, gdzie nadwyżka jest znacząca i która nie ma odzwierciedlenia w uzyskiwanych przychodach. Należy dokonać wewnętrznej analizy każdej komórki organizacyjnej pod względem odpowiedniego wykorzystania kadrowego tak, by dokonać wewnętrznych przesunięć w obszary pozwalające wygenerować dodatkowe przychody dla Szpitala.

4. Wynajęcie 1 sali operacyjnej w weekendy podmiotowi zewnętrznemu zwiększyłoby wskaźnik wykorzystania Bloku Operacyjnego, a tym samym spowodowałoby wyższe przychody.

3. Spowodowanie prawidłowego i wyczerpującego rozliczania pacjentów z NFZ.

4. Sprawdzenie poprawności rozliczeń krwi, preparatów krwiopochodnych oraz żywienia do/ i pozajelitowego.

5. Dokonanie dokładnej analizy rozliczanych pacjentów w SOR pod kątem procedur w ramach poszczególnych Kategorii, wyeliminowania niewłaściwych luk pomiędzy Kategoriami,

sprawdzenie czy wszystkie procedury zostały sprawozdane do NFZ. Należy pamiętać, że kwota przyznanego ryczału dobowego w SOR głównie opiera się na ryczałcie za funkcję, czyli za procedury, gdzie podobnie jak w przypadku grup JGP niewłaściwe rozliczenie pacjentów, to niższy ryczałt dobowy, a więc niższe przychody.

6. Sprawdzanie na bieżąco kwestionowanych przez NFZ rozliczeń i ich natychmiastowe poprawianie, aby nie umykały należne przychody.

7. W oddziałach szpitalnych należy podjąć decyzję o bezwzględnej kontroli wykonania kontraktu, a przede wszystkim dokładnym sprawdzaniu wszystkich elementów leczenia determinujących najkorzystniejsze rozliczenie świadczeń. Należy jak najszybciej podjąć w oddziałach szpitalnych działania w obszarze równoważenia liczby świadczonych usług medycznych z wielkością kontraktu w ramach ryczału.

8. Należy zoptymalizować długości hospitalizacji pacjenta, co znacznie ograniczy koszty zmienne, zwłaszcza w Oddziale Intensywnej Terapii.

9. Podobnie, jak w przypadku rozliczeń świadczeń w leczeniu szpitalnym, należy dokonać kontroli rozliczanych świadczeń w AOS, pod kątem sprawozdawania wszystkich porad i procedur wykonanych na rzecz pacjenta.

Należy rozważyć zmianę organizacji udzielania świadczeń w taki sposób, by w dniu wizyty pacjenta pierwszorazowego możliwe byłoby wykonanie badań i jednoczesne ich rozliczenie.

Należy poddać kontroli porady, które były wykonane, a mogą pozostawać bez rozliczenia do NFZ oraz porady, które mogą pozostawać w statusie „w trakcie realizacji” i również nie mają sprawozdanego rozliczenia do NFZ.

10. W proces zarządzania należy włączyć zdecydowanie efektywniejsze korzystanie z dostępnych możliwości pozyskiwania środków unijnych i krajowych w ramach programów wojewódzkich, czy krajowych nie wyłączając również innych.

11. Zwracać uwagę na prawidłowość opisów specyfikacji istotnych warunków zamówienia, by nie ograniczać konkurencyjności na rynku.

12. Postuluje się przededefiniować akcenty priorytetów, nadać odpowiedniej rangi procesowi planowania, nadzoru oraz szybkiej reakcji na poprawę odchyleń od założonych celów. Zarząd na kluczowych stanowiskach winien posiadać pracowników wysoce merytorycznych, wnoszących rzeczywistą i wymierną wartość dodaną dla Szpitala.



13. Istotnym elementem organizacyjnym jest również odpowiednie reagowanie na zmieniające się otoczenie prawne, by w porę dostosowywać prawo wewnętrzne tak, by nie dochodziło do obrazy przepisów prawa w randze ustawy, czy rozporządzenia.

14. Proponuje się rozważenie uzyskania kredytu i/lub pożyczki na nowych, konkurencyjnych warunkach, celem spłaty droższych instrumentów finansowych oraz zabezpieczeniu płynności finansowej Szpitala.

15. Należy bezwzględnie wprowadzić w Szpitalu controlling finansowy.

16. Rekomenduje się utworzenie w Szpitalu Sekcji Koderów, której praca będzie miała na celu bieżącą weryfikację rozliczanych świadczeń oraz pomoc i wsparcie oddziałów celem optymalizacji i weryfikacji poprawności rozliczeń od momentu przyjęcia pacjenta do wypisu. Dzięki temu możliwa będzie modyfikacja rozliczeń, co po wypisaniu pacjenta jest już niemożliwe. Współpraca Sekcji Koderów z Działem Rozliczeń i Działem Analiz/Controllingu w Szpitalu na wszystkich etapach rozliczenia i kontroli świadczeń medycznych będzie skutkowała możliwością korzystniejszego rozliczenia poszczególnych pacjentów a przez to uzyskania przez szpital wyższych przychodów.

17. Rekomenduje się podjęcie działań do wdrożenia Programu KOC .

Posiadając II stopień referencyjności w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i w Oddziale Neonatologicznym oraz spełniając pozostałe kryteria NFZ, Szpital w Jarosławiu powinien zdaniem Audytorów skorzystać z rozwiązań jakie daje KOC.

W myśl zarządzenia NFZ, kobiety w ciąży, które zgłoszą się do programu, uzyskają w ramach opieki finansowanej przez NFZ, pełnoprofilową opiekę w okresie ciąży, porodu oraz w okresie sześciu tygodni po urodzeniu dziecka. Warto podkreślić, że ciężarna może zgłosić się do programu na każdym etapie ciąży.

Nad bezpieczeństwem mamy i dziecka czuwa zespół złożony z lekarza ginekologa, położnej oraz lekarzy szpitala. W ramach opieki koordynowanej zespół zapewnia całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży lub zgłoszenia się pacjentki do czasu ukończenia przez dziecko pierwszych sześciu tygodni życia. Opieka po urodzeniu dziecka będzie obejmuje między innymi wizyty położnej w domu oraz konsultacje w zakresie karmienia piersią.

Kompleksowa opieka medyczna nad matką i dzieckiem poprawia komfort i poczucie bezpieczeństwa kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu, wpływa na zmniejszenie umieralności okołoporodowej, a także mniejszą liczbę cięć cesarskich.

Wymiernym efektem jest również poprawa wyniku finansowego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Neonatologicznego.

**ROZLICZENIE GRUP N01, N02, N03 - zbiorczo**

	Finansowanie w ramach KOC	Finansowanie w ramach zwykłej umowy		W skali półrocza ze wsp.koryg.	W skali roku ze współcz. koryg.
symulowana liczba pacjentek w danej kategorii	wartość udzielonych świadczeń wg KOCA	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N01, N02,N03,N20 (II stopień referenc.)	wartość udzielonych świadczeń	różnica pomiędzy KOC a zwykłą umową	różnica pomiędzy KOC a zwykłą umową
210,00	1 826 326,80		1 202 727,89	748 319	<b>1 496 637</b>

## 11. EFEKT FINANSOWY PROPONOWANYCH DZIAŁAŃ

Podsumowując rekomendowane przez Audytorów działania należy się spodziewać, iż sytuacja finansowa Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu ma duże szanse na poprawę.

Wyliczono Efekt finansowy dla Szpitala w dwóch wariantach.

**Tabela nr 94 Efekt finansowy rekomendowanych działań**

Wyszczególnienie	Wariant I	Wariant II
Wykonanie kontraktu do 100% planu i poprawne rozliczenia świadczeń w oddziałach szpitalnych	1 980 000,00	1 980 000,00

Wykonanie kontraktu do 100% planu i poprawne rozliczenia świadczeń w poradniach specjalistycznych	182 000,00	182 000,00
Zmniejszenie kosztów osobowych (redukcja etatów, łączenie dyżurów, dodatki funk. Ordyn.) - Lekarze		2 300 000,00
Zmniejszenie kosztów osobowych - Pielęgniarki		1 730 000,00
Wejście do Programu KOC	1 500 000,00	1 500 000,00
<b>EFEKT FINANSOWY</b>	<b>3 662 000,00</b>	<b>7 692 000,00</b>

**Wariant I przewiduje :**

- 1) "uszczelnienie " przychodów, polegające przede wszystkim na prawidłowym kodowaniu świadczeń zdrowotnych wg ICD10 i ICD9 i ich optymalnym rozliczaniu z NFZ. Sugeruje się usprawnienie tego procesu oraz wyeliminowanie wielu błędów już w pierwszej fazie, tj. na etapie "czytania" historii choroby pacjenta. Wiele skontrolowanych historii chorób pokazało jak można zakodować ten sam przypadek chorobowy, jednak z różnym efektem finansowym. Należy pamiętać, że przy tych samych poniesionych kosztach można uzyskać znacznie wyższe przychody. Można również wypracować ten sam kontrakt, lecząc mniej pacjentów, którzy zostaną wyżej rozliczeni, czyli przy tych samych przychodach można ponieść niższe koszty.
- 2) rozliczanie wyżej wycenionych grup JGP, np. świadczeń zabiegowych, wśród których możliwe jest wykonywanie zabiegów onkologicznych poza kontraktem w ramach DIL0;
- 3) zapłatę przez NFZ wg wykonania, w warunkach ryczału w ramach PSZ, ; nadwykonania w okresie poprzedzającym okres rozliczeniowy są istotne, ponieważ m.in. na tej podstawie oblicza się wielkość ryczału w systemie PSZ na okres kolejny.
- 4) niedopuszczanie do niedowykonania kontraktu; powinna zostać opracowana procedura informowania lekarzy POZ i SOR o stopniu realizacji kontraktu, by w sytuacji spodziewanego, niższego wykonania kontraktu, niż planowany, mogli kierować do tych poradni swoich pacjentów.

5) wejście do programu koordynowanej opieki nad matką w ciąży i jej dzieckiem (KOC ).

Stosując powyższe działania, spodziewany efekt finansowy oscyluje na kwotę ok. **3,6 mln zł rocznie**.

Wdrażając rekomendacje z **Wariantu II**, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu ma szansę na jeszcze większy efekt finansowy. Wariant ten przewiduje przede wszystkim:

- 1) poprawne rozliczanie świadczeń, jak opisano wyżej,
- 2) zmniejszenie kosztów osobowych personelu lekarskiego zarówno z powodu występujących nadwyżek, łączonych dyżurów, jak również z powodu zlikwidowania dodatków funkcyjnych ordynatorów z dwóch oddziałów rekomendowanych jako pododdziały,
- 3) zmniejszenie kosztów osobowych personelu pielęgniarского i położniczego z powodu występujących nadwyżek kadrowych,
- 4) wejście do programu KOC, jak w opisie wyżej.

W tym przypadku COM mógłby poprawić swoją sytuację finansową o ponad **7,7 mln zł rocznie**.

Zalecane działania naprawcze dotyczące optymalizacji rozliczeń świadczeń już w pierwszym roku spowodują poprawę wyniku finansowego Jednostki, choć nadal wynik ten będzie ujemny. Kolejna znaczna poprawa wyniku nastąpi w następnych okresach ujmujących pełny efekt wprowadzonych działań naprawczych. Dzięki osiągnięciu rentowności na działalności podstawowej oraz przeprowadzeniu restrukturyzacji zadłużenia poprzez zamianę zobowiązań wymagalnych na kredyt bankowy Centrum Opieki Medycznej jest w stanie dalej funkcjonować i świadczyć usługi medyczne oraz rozwijać swoją działalność poprzez inwestycje odtworzeniowe oraz rozwojowe.

# **PLAN NAPRAWCZY**

**dla**

## **CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ**

**z siedzibą**

## **W JAROSŁAWIU**

**Mikołów, 15.09.2019 r.**

## SPIS TREŚCI

WPROWADZENIE .....	6
1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ SP ZOZ W JAROSŁAWIU .....	7
2. ANALIZA ROZWIĄZAŃ ORGANIZACYJNYCH COM .....	8
2.1 Weryfikacja i ocena wewnętrznych dokumentów prawnych COM. ....	8
2.2 Analiza zgodności prowadzonej działalności z zakresem określonym w Księdze Rejestrowej oraz Regulaminie Organizacyjnym .....	9
2.3. Wnioski i rekomendacje wynikające z obszaru organizacyjnego. ....	13
3. ANALIZA SYTUACJI EKONOMICZNO - FINANSOWEJ COM .....	14
3.1. Ogólna sytuacja ekonomiczno – finansowa COM .....	14
3.1.1. Analiza SWOT .....	14
3.1.2. Analiza Bilansu .....	16
3.1.3. Analiza Rachunku Zysków i Strat .....	17
3.1.4. Analiza Wskaźnikowa .....	19
3.2. Analiza kosztów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych .....	24
3.2.1. Analiza kosztów stałych i zmiennych oddziałów szpitalnych. ....	25
3.2.2. Analiza kosztów stałych i zmiennych w poradniach specjalistycznych .....	42
3.3. Analiza przychodów i stopnia realizacji kontraktu z NFZ .....	47
3.3.1. Analiza stopnia realizacji kontraktu oddziałów szpitalnych w ramach istniejącego potencjału medycznego .....	47
3.3.2. Analiza stopnia realizacji kontraktu poradni specjalistycznych w ramach istniejącego potencjału medycznego .....	51
3.4. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy obszaru ekonomiczno – finansowego .....	54
4. ANALIZA POTENCJAŁU MEDYCZNEGO .....	56
4.1. Analiza produktowa .....	56

4.2. Analiza danych statystycznych oddziałów szpitalnych.....	58
4.3. Analiza wykorzystania bazy łóżkowej z określeniem niezbędnej liczby łóżek w stosunku do wielkości kontraktu i umożliwiającej dostępność do świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach szpitalnych.....	63
4.3.1. Oddział Dziecięcy.....	63
4.3.2. Oddział Chorób Wewnętrznych.....	65
4.3.3. Oddział Kardiologii.....	66
4.3.4. Oddział Chirurgii Ogólnej.....	67
4.3.5. Oddział Ginekologiczno-Położniczy .....	69
4.3.6. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii.....	71
4.3.7. Oddział Obserwacyjno - Zakaźny.....	72
4.3.8. Oddział Ortopedii .....	74
4.3.9. Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym.....	75
4.3.10. Oddział Reumatologii .....	76
4.3.11. Oddział Neonatologii .....	78
4.4. Analiza wykorzystania Bloku Operacyjnego .....	79
4.4.1 Liczba wykonywanych zabiegów. ....	79
4.4.2. Wskaźnik zabiegów operacyjnych. ....	81
4.4.3. Wskaźnik wykorzystania sal operacyjnych. ....	82
4.5 Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy potencjału medycznego .....	85
5. ANALIZA POPRAWNOŚCI ROZLICZEŃ Z NFZ .....	86
5.1. Analiza poprawności rozliczeń z NFZ w oddziałach szpitalnych .....	86
5.2 Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy poprawności rozliczeń z NFZ w oddziałach szpitalnych.....	157
5.3. Wnioski z analizy poprawności rozliczeń świadczeń z NFZ .....	159
5.4. Analiza poprawności rozliczeń z NFZ w poradniach specjalistycznych .....	160



5.5. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy poprawności rozliczeń przychodów w przychodniach specjalistycznych.....	166
6. ANALIZA UTRACONYCH PRZYCHODÓW .....	167
6.1. Utracone przychody wynikające z niewłaściwego rozliczania świadczeń z NFZ - oddziały szpitalne .....	167
6.2. Utracone przychody wynikające z niewłaściwego rozliczania świadczeń z NFZ - poradnie specjalistyczne.....	170
6.3. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy utraconych przychodów .....	173
7. ANALIZA POTENCJAŁU KADROWEGO .....	174
7.1. Analiza zatrudnienia personelu medycznego, niemedycznego i administracyjnego: informacje ogólne.....	174
7.2. Struktura i formy zatrudnienia. ....	175
7.3. Niezbędna liczba lekarzy i pielęgniarek w stosunku do ilości łóżek i ilości leczonych pacjentów. ....	188
7.3.1. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Dziecięcym .....	190
7.3.2 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Wewnętrznym .....	193
7.3.3. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Kardiologicznym .....	196
7.3.4. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Chirurgii .....	199
7.3.5. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym .....	202
7.3.6. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Intensywnej Terapii .....	207
7.3.7. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym. ....	210
7.3.8. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Ortopedycznym. ....	213
7.3.9 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym.....	217
7.3.10. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neonatologicznym.....	220
7.3.11 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Reumatologicznym. ....	223

7.4. Wnioski wynikające z analizy wykorzystania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego na poszczególnych oddziałach .....	226
7.5. Niezbędna liczba personelu medycznego w poradniach specjalistycznych w stosunku do wielkości kontraktu. ....	231
7.6. Analiza wynagrodzeń pracowników. ....	233
7.7. Wnioski i rekomendacje naprawcze w zakresie potencjału kadrowego .....	236
8. IDENTYFIKACJA I ANALIZA PRZYCZYN TRUDNEJ SYTUACJI FINANSOWEJ COM .....	238
9. ANALIZA ZOBOWIĄZAŃ COM WYNIKAJĄCA Z KREDYTÓW ORAZ POŻYCZEK .....	239
10. REKOMENDACJE STRATEGICZNE .....	242
11. EFEKT FINANSOWY PROPONOWANYCH DZIAŁAŃ .....	244

## WPROWADZENIE

Plan Naprawczy dla Centrum Opieki Medycznej Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, zwanym dalej COM lub SP ZOZ, z siedzibą w Jarosławiu został sporządzony i opracowany przez firmę Ekspertus – Szkolenia Mirosława Trojnacka Firma Doradczo – Szkoleniowa Wspierająca Zarządzanie ZOZ z siedzibą w Mikołowie, ul. Krótka 22, 43-190 Mikołów, NIP: 647-103-64-89 REGON: 272857920.

Niniejszy Plan Naprawczy wykonany został na zlecenie Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, na podstawie umowy z dnia 08.08.2019 roku, zwaną dalej umową.

Szczegółowy zakres analizy niezbędnej do opracowania Planu Naprawczego ustalony został przez strony i zawarty w umowie.

Celem niniejszego Planu Naprawczego jest określenie rekomendowanych działań prowadzących do poprawy sytuacji ekonomiczno – finansowej Centrum Opieki Medycznej.

Analiza przedmiotowego dokumentu została dokonana przy założeniu, iż wszystkie informacje i dokumenty uzyskane podczas opracowania były wyczerpujące i zgodne ze stanem faktycznym.

Zakresem Planu Naprawczego zostały objęte następujące obszary:

1. Ogólną charakterystykę SPZOZ i analizę podstawowych regulacji prawnych.
2. Analiza sytuacji finansowo - ekonomicznej Szpitala.
3. Analiza potencjału medycznego.
4. Analiza potencjału kadrowego.
5. Analiza utraconych przychodów.
6. Identyfikację i analizę przyczyn trudnej sytuacji finansowej SPZOZ.

Zakończeniem analiz dokonanych przy sporządzaniu niniejszego Opracowania są zalecenia i rekomendacje do zastosowania w celu poprawy sytuacji ekonomiczno – finansowej COM, których przewidywany efekt finansowy jest umieszczony na końcu Opracowania.

## 1. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ SP ZOZ W JAROSŁAWIU

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu jest Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej, którego podmiotem tworzącym jest Powiat Jarosławski. COM jest zakładem leczniczym służącym przede wszystkim mieszkańcom powiatu jarosławskiego.

Powiat jarosławski zamieszkuje ok. 121 tyś. mieszkańców. W okresie 2002 – 2017 liczba mieszkańców zmalała o 0,8 %. Prognozowana liczba mieszkańców powiatu jarosławskiego w 2050 roku wynosi 100 566, co wskazuje na wyludnianie się powiatu, a co zatem, zmniejszanie się potencjału pacjentów dla COM w Jarosławiu. Powiat jarosławski ponadto ma ujemny przyrost naturalny wynoszący -7, co jest odmiennym wyróżnikiem w województwie podkarpackim, który to ma przyrost naturalny dodatni. Przyrost naturalny powiatu jarosławskiego odpowiada przyrostowi naturalnemu -0,06 na 1 000 mieszkańców powiatu.

W 2017 roku urodziło się 1 116 dzieci, w tym okresie w COM urodziło się 535 dzieci. **Biorąc pod uwagę to, że wśród tych 535 noworodków były również dzieci spoza powiatu jarosławskiego, więcej dzieci rodziło się poza własnym powiatem, niż w swoim powiatowym szpitalu, tak więc potencjał do zwiększenia ilości porodów jest spory.** Wskaźnik urodzeń w przeliczeniu na 1 000 mieszkańców w powiecie jarosławskim wynosi 9,6, podczas gdy w województwie podkarpackim 10,3, a w Polsce 10,5.

W 2016 roku 49,6% zgonów w powiecie jarosławskim spowodowanych było chorobami układu krążenia, przyczyną 25,3% zgonów w powiecie jarosławskim były nowotwory, a 3,0% zgonów spowodowanych było chorobami układu oddechowego. (dane GUS.)

W województwie podkarpackim wartym odnotowania jest najwyższe w Polsce oczekiwanie trwania życia noworodka. W 2016 roku wartość tego parametru wynosiła dla województwa 75,4 lat dla chłopców i prawie 83 lata dla dziewczynek. Jest to parametr większy niż wartości dla Polski: o 1,5 roku dla noworodków płci męskiej i o 1 rok dla noworodków płci żeńskiej. Podobnie wygląda sytuacja pod względem oczekiwanego dalszego trwania życia osoby w wieku 60 ukończonych lat: wartości tego parametru wyniosły 20 lat dla mężczyzn wobec 19,3 lat w skali kraju i 25 lat dla kobiet w porównaniu do 24,5 lat dla Polski.

Dane te wskazują na to, iż stosunkowo wysoki współczynnik oczekiwania życia noworodka przy tak niskiej płodności województwa prowadzi do intensywnego starzenia się populacji tego województwa, w tym wzrostu liczby i udziału osób w wieku 80 lat i więcej, a to z kolei determinuje konieczność rozwoju usług zdrowotnych, uwzględniających zapotrzebowanie na leczenie i opiekę dla osób w podeszłym wieku. (dane Mapy Potrzeb Zdrowotnych)

## 2. ANALIZA ROZWIĄZAŃ ORGANIZACYJNYCH COM

### 2.1 Weryfikacja i ocena wewnętrznych dokumentów prawnych COM.

#### ANALIZA REGULAMINU ORGANIZACYJNEGO.

Zgodnie z art. 50 a ust. 1 udl utworzenie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej następuje w drodze rozporządzenia, zarządzenia albo uchwały właściwego organu podmiotu tworzącego. Tymczasem Regulamin Organizacyjny w §1 mówi, że Centrum Opieki Medycznej jest podmiotem leczniczym, którego organem założycielskim jest Powiat Jarosławski.

Biorąc powyższe pod uwagę, aktualnie właściwym prawnie nazewnictwem w nomenklaturze winno być podmiot tworzący, a nie organ założycielski.

§8 ust. 5 Regulaminu Organizacyjnego upoważnia Dyrektora do tworzenia, likwidacji, łączenia i przekształcania komórek organizacyjnych – po uzyskaniu opinii Rady Społecznej. Zdaniem Audytorów jest prawnie dopuszczalne obwarowanie wymienionych wyżej czynności Dyrektora uzyskaniem opinii Rady Społecznej, jednakże warunek ten nie wpływa z zapisów ustawowych i może być elementem opóźniającym konieczność dokonywania przedmiotowych czynności.

§8 ust. 6 Regulaminu stanowi, iż „Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu tworzą: przedsiębiorstwa.”, podczas gdy, Centrum Opieki Medycznej ma status Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej, którego funkcjonowanie reguluje Rozdział 5 udl, zatytułowany: Podmioty lecznicze niebędące przedsiębiorcami. W rzeczywistości zgłoszone i uwidocznione w Księdze Rejestrowej Wojewody Podkarpackiego są trzy zakłady lecznicze, a nie przedsiębiorstwa.

W przesłanych do badania dokumentów wyczytać można inny schemat organizacyjny w stosunku do tego, który jest na stronie internetowej COM. Ten drugi pozbawiony jest przedstawionych powyżej niezgodności prawnych i faktycznych.

§18 ust. 2 określa katalog osób uprawnionych do uzyskania świadczenia zdrowotnego poza kolejnością. Krąg osób uprawnionych do uzyskania świadczenia zdrowotnego został w 2018 roku poszerzony. Należy więc zweryfikować ten zapis Regulaminu pod względem zgodności ze stanem prawnym obowiązującym obecnie.

Stwierdza się brak unormowania w zakresie warunków współdziałania jednostek lub komórek organizacyjnych, o których mowa w art. 24 ust. 1 pkt. 7 udl.

Usytuowanie na schemacie organizacyjnym naczelnej pielęgniarki wśród samodzielnych stanowisk nie wskazuje na powiązanie jej z innymi komórkami organizacyjnymi jednostki.

## **2.2 Analiza zgodności prowadzonej działalności z zakresem określonym w Księdze Rejestrowej oraz Regulaminie Organizacyjnym**

### **KSIĘGA REJESTROWA**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu jest zarejestrowany w Księdze Rejestrowej Wojewody Podkarpackiego pod numerem księgi 000000010150. Siedziba podmiotu leczniczego wskazana jest pod adresem 37-500 Jarosław ul. 3 maja 70. Forma organizacyjno – prawna: samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej. Data wpisu podmiotu do rejestru określono na dzień 1993-02-24, a rozpoczęcia działalności na dzień 1999-01-01. Data ostatniej zmiany uwidocznionej w rejestrze, to 2019-03-28.

W dziale ZAKŁADY LECZNICZE uwidocznione są trzy zakłady:

- CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ LECZENIE SZPITALNE
- CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ ŚWIADCZENIA AMBULATORYJNE
- CENTRUM OPIEKI MEDYCZNEJ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY

Dział II określa jednostki organizacyjne zakładów leczniczych w postaciach:

- Podstawowa opieka zdrowotna
- Przychodnia specjalistyczna
- Szpital
- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy COM
- Pracownie diagnostyczne i zabiegowe

Dział III wymienia komórki organizacyjne zakładu leczniczego i ich profile.

Zgodność wpisów w Rejestrze Wojewody z Regulaminem Organizacyjnym COM oraz stanem faktycznego funkcjonowania przedstawia poniższa tabela.

**Tabela nr 1. Porównanie wpisów w Księdze Rejestrowej Wojewody Podkarpackiego ze stanem faktycznym.**

lp.	Komórki organizacyjne wg Rejestru Wojewody	Komórki organizacyjne wg Regulaminu Organizacyjnego	Komórki organizacyjne wg stanu faktycznego funkcjonowania	Liczba łóżek w Rejestrze	Liczba łóżek faktyczna
1	Oddział Kardiologiczny	Oddział Kardiologiczny	funkcjonuje	35	
2	Oddział Neurologiczny	Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym	funkcjonuje jako jedna komórka, podczas gdy w Rejestrze wykazano, jako odrębne komórki	20	
3	Oddział Wewnętrzny	Oddział Wewnętrzny	funkcjonuje	50	
4	Oddział Urazowo - Ortopedyczny	Oddział Urazowo - Ortopedyczny	funkcjonuje	16	
5	Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii	Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii	funkcjonuje	6	
6	Oddział Dziecięcy	Oddział Dziecięcy	funkcjonuje	25	
7	Oddział Reumatologiczny	Oddział Reumatologiczny	funkcjonuje	12	
8	Oddział Chirurgiczny	Oddział Chirurgiczny	funkcjonuje	34	
9	Oddział Położniczo - Ginekologiczny	Oddział Położniczo - Ginekologiczny	funkcjonuje	35	
10	Oddział Neonatologiczny	Oddział Neonatologiczny	funkcjonuje	18	
11	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW	Oddział Obserwacyjno - Zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW	funkcjonuje	23	
12	Izba Przyjęć	Izba Przyjęć	funkcjonuje	2	
13	Blok Operacyjny	Blok Operacyjny	funkcjonuje	4	
14	Apteka Szpitalna	Apteka Szpitalna	funkcjonuje	-	
15	Centralna Sterylizatornia	Centralna Sterylizatornia	funkcjonuje	-	
16	Prosektorium	Prosektorium Szpitalne	nie	-	
17	Poradnia Chirurgiczna	Poradnia Chirurgiczna	funkcjonuje	-	
18	Poradnia Chorób Zakaźnych	Poradnia Chorób Zakaźnych	funkcjonuje	-	
19	Poradnia Kardiologiczna	Poradnia Kardiologiczna	funkcjonuje	-	
20	Poradnia Reumatologiczna	Poradnia Reumatologiczna	funkcjonuje	-	
21	Poradnia Urazowo - Ortopedyczna	Poradnia Urazowo - Ortopedyczna	Funkcjonuje	-	
22	Poradnia Diabetologiczna	Poradnia Diabetologiczna	Funkcjonuje	-	



23	Poradnia Neonatologiczna	Poradnia Neonatologiczna	Funkcjonuje	-	
24	Poradnia Endokrynologiczna	Poradnia Endokrynologiczna	Funkcjonuje	-	
25	Poradnia Ginekologiczna	Poradnia Ginekologiczna	Funkcjonuje	-	
26	Poradnia Medycyny Pracy	Poradnia Medycyny Pracy	Funkcjonuje	-	
27	Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu	Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej z Filiami	Funkcjonuje	-	
28		Gminne Ośrodki Zdrowia z Filiami	funkcjonuje	-	
29	Gabinet Pielęgniarki Środowiskowo - Rodzinnej	Gabinet Pielęgniarek Środowiskowo - Rodzinnych	Funkcjonuje	-	
30	Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej	Gabinet położnych Środowiskowo - Rodzinnych	Funkcjonuje	-	
31	Gabinety Profilaktyki Szkolnej i Pomocy Przedlekarskiej	Gabinety Profilaktyki Szkolnej Pomocy Przedlekarskiej	Funkcjonuje	-	
32		Nocna i Świąteczna Opieka Ambulatoryjna	Funkcjonuje	-	
33	Gabinet Pielęgniarek Opieki Długoterminowej	Opieka pielęgniarska długoterminowa domowa	Funkcjonuje	-	
34		Zespół Wyjazdowy R	Nie funkcjonuje	-	
35		Zespół Wyjazdowy W	Nie funkcjonuje	-	
36		Rehabilitacja Lecznicza	Funkcjonuje	-	
37		Diagnostyka Medyczna	Funkcjonuje	-	
38	Zakład Opiekuńczo - Leczniczy	Zakład Opiekuńczo Leczniczy	Funkcjonuje	35	
39	Zespół Wyjazdowy POZ		Funkcjonuje	-	
40	Dział Diagnostyki Medycznej Labbtorium		Funkcjonuje	-	
41	Pracownia usprawnienia leczniczego		Funkcjonuje	-	
42	Dział Diagnostyki Medycznej. Pracownia RTG		funkcjonuje	-	
43	Dział Diagnostyki Medycznej. Pracownia USG		funkcjonuje	-	
44	Dział Diagnostyki Medycznej. Pracownia tomografii komputerowej		Funkcjonuje	-	

45	Dział Diagnostyki Medycznej. Pracownia endoskopii.		Funkcjonuje	-	
46	Dział Diagnostyki Medycznej. Pracownia mammografii		Funkcjonuje	-	
47	Bank krwi		Funkcjonuje	-	
48	Punkt szczepień		Funkcjonuje	-	
49	Gabinet zabiegowy		Funkcjonuje	-	
50	Dział Diagnostyki Medycznej. Pracownia rezonansu magnetycznego		Funkcjonuje	-	
51	Pododdział udarowy		Funkcjonuje	20	
52	Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu Filia Poradnia Studencka		Funkcjonuje	-	
53	Zespół transportu sanitarnego		Funkcjonuje	-	
54	Pracownia elektrofizjologii, stymulacji serca i kontroli rozruszników		Funkcjonuje	-	
55	Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy		Funkcjonuje	-	
56	Rehabilitacja Lecznicza		Funkcjonuje	-	
57	Poradnia Neurologiczna		Funkcjonuje	-	
58	Poradnia Pulmonologiczna		Funkcjonuje	-	
59	Dział Diagnostyki Medycznej Pracownia Mikrobiologii		Funkcjonuje	-	
60	Ambulatorium POZ		Funkcjonuje	-	
61	Dział Anestezjologii		Funkcjonuje	-	
62	Pracownia Serologii Transfuzjologicznej		Funkcjonuje	-	
63	Zespół Transpostu Medycznego		Funkcjonuje	-	
64	Zespół Rehabilitacji Domowej		Funkcjonuje	-	
65	Poradnia Anestezjologiczna		Funkcjonuje	-	
66	Poradnia Internistyczna		Funkcjonuje	-	
67	Poradnia Pediatriczna		Funkcjonuje	-	
68	Szpitalny Oddział Ratunkowy		Funkcjonuje	10	

Audytorzy zwracają uwagę, że na stronie internetowej COM w Jarosławiu kilkakrotnie jest napisano, że organem założycielskim jest Rada Powiatu Jarosławskiego. Podczas, gdy udl w art. 2 ust. 2 pkt. 6) określa dziś poprawną nazwę, jako podmiot tworzący, a nie organ założycielski. Ponadto podmiotem tworzącym nie może być rada powiatu, ale powiat, który to ma osobowość prawną. Rada powiatu jest natomiast organem stanowiącym podmiotu tworzącego, którym jest właśnie powiat, jako jednostka samorządu terytorialnego.

Należy zatem doprowadzić do poprawności treści zapisane na stronie internetowej COM oraz posługiwać się właściwymi określeniami zgodnymi z zapisami prawa w przyszłości we wszystkich dokumentach.

### **2.3. Wnioski i rekomendacje wynikające z obszaru organizacyjnego.**

Obszar organizacyjny jest płaszczyzną planowania i organizowania systemu funkcjonowania podmiotu leczniczego. Powinno się nadać temu rangę zgodności z obowiązującym prawem, oczekiwaniami społecznymi, a przede wszystkim rangę kreowania i dostosowywania się do zmieniającej się rzeczywistości. Obszar ten winien ponadto cechować się dużą dokładnością i skrupulatnością oraz kulturą administracyjną.

Na podstawie analizy obszaru organizacyjnego Centrum Opiekuńczo Medycznego proponuje się, by:

- przy najbliższej nowelizacji Regulaminu Organizacyjnego wprowadzić zmiany prowadzące do wyeliminowania wykazanych w punkcie 2.1 nieprawidłowości,
- doprowadzić do zgodności stanu faktycznego funkcjonowania COM ze stanem uwidocznionym w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz dopilnować terminowe zgłaszanie stosownych zmian w działalności leczniczej do organu prowadzącego przedmiotowy Rejestr.
- w przyszłości dochować staranności w tworzeniu wewnętrznych aktów prawnych, by były one zgodne z aktami prawnymi wyższego rzędu. Dobrą procedurą tworzenia wewnętrznych aktów prawnych jest ustosunkowanie się do przygotowywanych projektów tych akt radcy prawnego, który po sprawdzeniu dokumentu winien dokonać adnotacji o treści np. „nie wnoszę uwag formalno – prawnych”.

### **3. ANALIZA SYTUACJI EKONOMICZNO - FINANSOWEJ COM**

#### **3.1. Ogólna sytuacja ekonomiczno – finansowa COM**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu na przestrzeni ostatnich lat generuje straty na działalności operacyjnej, co więcej, dynamika pogarszania się sytuacji finansowej wzrasta, co jest zjawiskiem bardzo niebezpiecznym dla zachowania bezpieczeństwa kontynuacji działalności w przyszłości.

O ile rok 2016 jednostka zamknęła zyskiem netto w kwocie 18 039,25 zł, to już w roku następnym – 2017 odnotowano stratę netto na poziomie - 2 909 101,42. W roku kolejnym – 2018 strata netto osiągnęła już poziom - 8 128 364,13 zł, a po pierwszym półroczu 2019 roku jednostka odnotowała stratę netto w kwocie - 4 450 592,37. Szpital w 2018 i 2019 roku przeprowadził duże zmiany infrastrukturalne i sprzętowe, poprzez przebudowę, rozbudowę i nadbudowę części budynków oraz budowę tzw. „łącznika” scalającego dwa odrębne wcześniej budynki szpitala. W montażu finansowym partycypował podmiot tworzący oraz szpital, przy wsparciu środkami zewnętrznymi.

Zaznaczyć jednak należy, że problemy trudnej sytuacji finansowej COM nie leżą w realizacji zadań inwestycyjnych (co również w niewielkim stopniu wpływa na wynik finansowy, jednakże funkcjonowanie jednostki nie polega jedynie na ponoszeniu kosztów bieżących, ale również na koniecznym inwestowaniu w sprzęt i infrastrukturę, by one pozwalały na prowadzenie działalności leczniczej w przyszłości). Audytorzy, znając zewnętrzne, ogólnopolskie, systemowe przyczyny trudnej sytuacji placówek ochrony zdrowia, zwłaszcza wśród szpitali powiatowych, zidentyfikowali kilka obszarów mających wpływ na sytuację finansowo – ekonomiczną będących wynikiem wewnętrznych działań badanej jednostki. Temat ten przedstawiony jest w punkcie 8.

W tym miejscu warto zwrócić uwagę na kilka zasadniczych kwestii wynikających z analizy Bilansu oraz Rachunku Zysków i Strat oraz z analizy silnych i słabych stron, szans i zagrożeń (SWOT), jakie charakteryzują Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu.

##### **3.1.1. Analiza SWOT**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu ma swoje cechy wspólne z innymi podmiotami medycznymi powiatowego szczebla, ale też sporo cech odbiegających od przeciętnej krajowej. Dla zobrazowania tych kwestii posłuży analiza mocnych i słabych stron oraz szans i zagrożeń stojących przed COM.

**Mocne strony.**

Mocną stroną centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu jest:

- nowoczesny, o bardzo wysokim standardzie Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Neonatologiczny,
- drugi stopień referencyjności Oddziałów: Ginekologiczno – Położniczego i Neonatologicznego,
- poprawiająca się infrastruktura Szpitalna,
- dobre wyposażenie w sprzęt medyczny,
- część nowoczesnych oddziałów szpitalnych spełniających normy sanitarno-techniczne,
- nowoczesny Blok Operacyjny,
- utworzenie Szpitalnego Oddziału Ratunkowego,
- brak problemu z brakami kadry medycznej (nadwyżki personelu),
- dobrze skorelowane poradnictwo specjalistyczne ze strukturą oddziałów szpitalnych,
- sporą sieć gabinetów POZ rozmieszczonych na terytorium całego powiatu,
- brak konkurencji innych szpitali,
- pomoc i współpracę z podmiotem tworzącym,
- dobra atmosfera pracy.

**Słabe strony**

- utrata kontraktu na realizację zakresu z Ratownictwa Medycznego,
- niewykonywanie planów na poszczególnych oddziałach szpitalnych,
- tracone potencjalne przychody,
- nadmiar personelu medycznego wobec realizowanych przychodów,
- zbyt duże koszty stałe, zwłaszcza wynagrodzeń wobec realizowanych przychodów,
- konieczność dostosowania części oddziałów do wymogów sanitarno-technicznych,
- brak prawnej możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych,
- nieprzewidywalne obciążenia finansowe szpitali nakładane przez organizatora systemu (Ministerstwo Zdrowia),
- niestabilność systemu (częste zmiany przepisów regulujących działalność leczniczą),
- pogarszające się wyniki finansowe jednostki,
- zbyt mała ilość porodów,
- bardzo niekorzystny stosunek porodów naturalnych wobec porodów CC,
- niewłaściwa struktura pacjentów w Oddziale Intensywnej Terapii.

**Szanse**

- możliwość zaangażowania ponadlimitowego personelu do realizacji dodatkowych przychodów
- możliwości zwiększania ryczałtu,
- możliwości zwiększania przychodów z realizacji zakresów odrębnie finansowanych,

- wdrożenie kompleksowej opieki medycznej nad matką w okresie ciąży, porodu, połogu oraz jej nowo narodzonym dzieckiem (KOC),
- efektywniejsze działanie Szkoły Rodzenia,
- determinacja kierownictwa jednostki do zmian,
- stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne z przyczyn demograficznych (zjawisko starzenia się społeczeństwa),
- stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne z przyczyn epidemiologicznych (wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, udary mózgu),
- potencjalna możliwość zwiększenia przez resort zdrowia wycen nierentownych świadczeń realizowanych przez COM,
- wzrost gospodarczy kraju,
- możliwości pozyskiwania zewnętrznych źródeł finansowania inwestycji, w szczególności ze środków UE.

### Zagrożenia

- niewystarczający poziom finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia,
- roszczenia płacowe pracowników służby zdrowia,
- pogarszające się wskaźniki ekonomiczne,
- ujemny kapitał własny,
- wzrost roszczeniowości pacjentów,
- odpływ pacjentów do innych szpitali,
- konkurencja ze strony niepublicznych świadczeniodawców, w szczególności w wysoko rentownych zakresach świadczeń,
- brak prawnej możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych na zasadach komercyjnych,
- długotrwałe i skomplikowane procedury zamówień publicznych dla realizacji zakupów i inwestycji,
- wejście w życie od 1 stycznia 2021 roku na mocy ustawy z dnia 4 X 2018 r. o pracowniczych planach kapitałowych konieczności ponoszenia kosztów wpłat na PPK w wysokości minimum 1,5 % wynagrodzenia od każdego zadeklarowanego uczestnika programu PPK.

### 3.1.2. Analiza Bilansu

**Bilans** sporządzony na dzień 31.12.2018 roku wskazuje wzrost wartości aktywów jednostki rok do roku o kwotę 5 291 504,52 uzyskując na koniec roku obrachunkowego wielkość 68 198 039,78 zł. Finansowanie aktywów odbywa się przez kapitał obcy.

**Kapitał własny** jednostki mający na koniec 2017 roku wartość 7 574 726,42 zł po kolejnych 12 miesiącach **osiągnął wartość ujemną** w wysokości -553 637,71 zł. Bilans jednostki

sporządzony na dzień 31 VI 2019 r. wykazuje wartość Kapitału własnego w wysokości ujemnej:  
- 5 004 230,08 zł.

Pasywa trwałe (kapitał własny + rezerwy na zobowiązania) pokrywają jedynie w 5,64% majątek trwały (aktywa trwałe), co jednoznacznie wskazuje na brak płynności finansowej jednostki. Zaznaczyć należy, że za rok 2017 pasywa trwałe w 23,67% pokrywały majątek trwały.

Jak więc widać z tego porównania sytuacja stabilności finansowej jednostki poważnie się pogorszyła.

**Tabela nr 2. Wartości bilansu na przestrzeni lat 2016 -2019**

Aktywa trwałe				Kapitał własny			
2016	2017	2018	I półr.2019	2016	2017	2018	I półr.2019
30 374 945,46	46 223 214,51	52 157 934,10	55 440 241,96	10 483 827,84	7 574 726,42	-553 637,71	-5 004 230,08
				Zobowiązania długoterminowe			
				800 000,00	7 733 333,37	6 444 444,53	8 423 077,16

Aktywa obrotowe				Zobowiązania krótkoterminowe			
2016	2017	2018	I półr.2019	2016	2017	2018	I półr.2019
12 423 926,92	16 673 410,75	16 040 105,68	17 099 667,89	13 014 545,55	17 577 343,13	20 816 731,50	24 733 453,11

Powyższe zestawienie aktywów trwałych z długoterminowymi źródłami ich finansowania wskazuje z jednej strony na wzrastające aktywa trwałe, co należy uznać za pozytywne zjawisko, które są jednak finansowane przede wszystkim gwałtownie wzrastającymi zobowiązaniami krótkoterminowymi, co jest zjawiskiem niepożądanym. Pogłębia to bowiem problem braku płynności finansowej jednostki.

Ponadto biorąc pod uwagę przychody zrealizowane przez jednostkę w roku 2018 na poziomie 76 872 619,11 zł, to poziom uwidocznionych zobowiązań COM należy uznać za zdecydowanie wysoki.

### 3.1.3. Analiza Rachunku Zysków i Strat

**Rachunek Zysków i Strat** Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu za okres 2016 – I półrocze 2019 charakteryzuje się gwałtownym pogorszeniem się wyniku z działalności operacyjnej, co doprowadziło do przełomu, gdzie za rok 2016 jednostka odnotowała zysk netto w wysokości 18 039,25 zł, a od roku następnego jednostka odnotowuje powiększające się straty netto; za rok



2017 w kwocie – 2 909 101,42 zł, za rok 2018 w kwocie – 8 128 364,13 zł, a za I półrocze 2019 roku strata została określona w wysokości -4 450 592,37 zł.

Wobec wystąpienia straty za rok obrotowy 2018 w wysokości przekraczającej wartość amortyzacji, na mocy art. 59 ust. 2 udl podmiot tworzący jest zobowiązany do pokrycia straty netto zakładu w kwocie 4 600 581,17 zł.

Dodatkowo należy zwrócić uwagę na nierozliczoną stratę z lat ubiegłych, która po 2018 roku wyniosła – 19 496 073,49 zł, a po I półroczu 2019 roku, już osiągnęła wartość -23 46 665,86 zł. Biorąc pod uwagę wielkość rocznych przychodów uzyskiwanych przez jednostkę należy nierozliczoną stratę z lat poprzednich uznać jako bardzo wysoką.

**Tabela nr 3. Zestawienie wybranych danych z Rachunku Zysków i Strat w okresie porównawczym 2016 r. – 2018 r.**

R Z i S	2016	2017	2017-2016	2018	2018-2017
Przychody netto ze sprzedaży	65 593 151,95	70 728 993,31	5 135 841,36	76 872 619,11	6 143 625,80
Koszty działalności operacyjnej	71 481 486,43	77 031 153,01	5 549 666,58	88 383 727,92	11 352 574,91
Zysk/strata z działalności operacyjnej	139 892,57	-2 666 447,98	-2 806 340,55	-7 625 333,91	-4 958 885,93
Zysk /strata netto	18 039,25	-2 909 101,42	-2 927 140,67	-8 128 364,13	-5 219 262,71

Jak widać z prezentacji powyższej tabeli, wzrost przychodów ze sprzedaży nie nadążył za wzrostem kosztów działalności operacyjnej, co przekłada się ostatecznie na wynik finansowy na działalności operacyjnej oraz wynik netto jednostki. Na szczególną uwagę zasługuje ogromny rozdzźwięk między wzrostem przychodów: 6 143 625,80 zł w stosunku do wzrostu kosztów: 11 352 574,91 zł w porównaniu lat 2018 do 2017. Skutkiem tego strata rok do roku powiększyła się aż o 5 219 262,71 zł.

Analiza Rachunku Zysków i Strat za pierwsze półrocze 2019 roku, który wykazuje osiągniętą stratę za pół roku w wysokości -4 450 592,37 zł skłania Audytorów do stwierdzenia, że badana Jednostka nie ma możliwości funkcjonowania w obecnym kształcie w oparciu o przychody realizowane ze statutowej działalności. Koniecznym jest wdrożenie rekomendowanych w niniejszym Opracowaniu działań, które w efekcie prowadzić będzie do stabilizacji finansowej Jednostki. Do tego czasu Szpitalowi niezbędne jest finansowanie kapitałem zewnętrznym, aby zachować kontynuację działalności z zachowaniem bezpieczeństwa leczonych pacjentów.

### 3.1.4. Analiza Wskaźnikowa

W toku audytu dokonano oceny sytuacji finansowo – ekonomicznej na podstawie na podstawie wskaźników, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 832). Analiza ta uwzględnia specyfikę branży oraz przedstawia syntetyczny miernik oceny sytuacji finansowej zakładu opieki zdrowotnej.

**Tabela nr 4. Analiza wskaźnikowa na podstawie danych za rok 2018**

GRUPA	WSKAŹNIKI FINANSOWE	WARTOŚCI WSKAŹNIKA	PUNKTY
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	<b>I.A. Wskaźnik zyskowności netto</b> <i>Wynik netto x 100% / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe</i>	-9,98%	0
	<b>I.B. Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej</b> <i>Wynik z działalności operacyjnej x 100% / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne</i>	-9,37%	0
	<b>I.C. Wskaźnik zyskowności aktywów (%)</b> <i>Wynik netto x 100% / aktywa razem gdzie średni stan aktywów to suma aktywów razem na koniec poprzedniego roku obrotowego i aktywów razem na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.</i>	-12,40%	0
<b>I. RAZEM:</b>			0

II.	WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	<b>II.A. Wskaźnik bieżącej płynności</b> <i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) / Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>	0,75	4
		<b>II.B. Wskaźnik szybkiej płynności</b> <i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy / Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>	0,69	8
II. RAZEM:			12	

III.	WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	<b>III.A. Wskaźnik rotacji należności</b> <i>Średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365) / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i> <i>gdzie średni stan należności z tytułu dostaw i usług to suma tych należności na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.</i>	48	2
		<b>III.B. Wskaźnik rotacji zobowiązań</b> <i>Średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365) / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i> <i>gdzie średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług to suma tych zobowiązań na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.</i>	86	4
III. RAZEM:			6	

IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	IV.A. Wskaźnik zadłużenia aktywów (%) (Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania) x 100% / Aktywa razem	42,14%	10
	IV.B. Wskaźnik wypłacalności Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania / Fundusz własny	-55,55	0
IV. RAZEM:			10

ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW:	28
------------------------	----

KATEGORIA :	C
-------------	---

Tabela nr 5. Analiza wskaźnikowa na podstawie danych za I półrocze 2019

<b>ARKUSZ ANALIZY WSKAŹNIKOWEJ</b>
/OCENA EKONOMICZNO-FINANSOWA SZPITALI W SIECI/

GRUPA	WSKAŹNIKI FINANSOWE	WARTOŚCI WSKAŹNIKA	PUNKTY
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	I.A. Wskaźnik zyskowności netto Wynik netto x 100% / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne + przychody finansowe	-10,10%	0
	I.B. Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej Wynik z działalności operacyjnej x 100% / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne	-9,46%	0

	<b>I.C. Wskaźnik zyskowności aktywów (%)</b> <i>Wynik netto x 100% / aktywa razem</i> gdzie średni stan aktywów to suma aktywów razem na koniec poprzedniego roku obrotowego i aktywów razem na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.	-6,32%	0
<b>I. RAZEM:</b>			0

<b>II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI</b>	<b>II.A. Wskaźnik bieżącej płynności</b> <i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) / Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>	0,65	4
	<b>II.B. Wskaźnik szybkiej płynności</b> <i>Aktywa obrotowe – należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty powyżej 12 miesięcy – krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) – zapasy / Zobowiązania krótkoterminowe – zobowiązania z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności powyżej 12 miesięcy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe</i>	0,60	8
<b>II. RAZEM:</b>			12

<b>III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI</b>	<b>III.A. Wskaźnik rotacji należności</b> <i>Średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365) / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i> gdzie średni stan należności z tytułu dostaw i usług to suma tych należności na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.	42	3
------------------------------------	---	----	---

	<b>III.B. Wskaźnik rotacji zobowiązań</b> <i>Średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie (365) / Przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów</i> gdzie średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług to suma tych zobowiązań na koniec poprzedniego roku obrotowego i na koniec bieżącego roku obrotowego podzielona przez 2.	94	0
<b>III. RAZEM:</b>			3

<b>IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA</b>	<b>IV.A. Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)</b> <i>(Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania) x 100% / Aktywa razem</i>	50,13%	10
	<b>IV.B. Wskaźnik wypłacalności</b> <i>Zobowiązania długoterminowe + zobowiązania krótkoterminowe + rezerwy na zobowiązania / Fundusz własny</i>	-7,31	0
<b>IV. RAZEM:</b>			10

<b>ŁĄCZNA LICZBA PUNKTÓW:</b>	<b>25</b>
-------------------------------	-----------

<b>KATEGORIA :</b>	<b>D</b>
--------------------	----------

Przy określaniu kategorii stabilności ekonomiczno – finansowej ZOZ do celów oceny przyjmuje się cztery podstawowe obszary analizy: zyskowność, płynność, efektywność oraz zadłużenie.

W analizie wyróżniono pięć kategorii stabilności ekonomiczno – finansowej szpitali zdefiniowanych liczbą punktów uzyskanych w ramach oceny ekonomiczno – finansowej oraz warunkami dodatkowymi. Liczba uzyskanych w roku 2018 punktów to 28, natomiast w roku 2019 - 25 pkt. Wartość z roku 2019 plasuje Szpital w Jarosławiu w Kategorii D (w pięciostopniowej skali stabilności ekonomiczno-finansowej szpitali), która świadczy o bardzo trudnej sytuacji Szpitala. Ta analiza potwierdza, że konieczne są działania, które ograniczą pogłębianie straty.

Uzyskana wartość wskaźników jest wynikiem zanotowanej straty netto na koniec I półrocza 2019 w wysokości -4 450,6 tys. zł, a za 2018r. - 8 128,3 tys. zł. Stąd też wskaźniki zyskowności (rentowności), obrazujące relacje osiągniętego wyniku finansowego do takich kategorii ekonomicznych jak majątek i osiągane przychody są ujemne i Szpital uzyskał 0 punktów w tej kategorii.

Wskaźniki płynności finansowej, które służą do oceny zdolności płatniczej jednostki kształtują się na niskim poziomie, co oznacza, że Szpital działa z dnia na dzień i nie posiada wystarczających zasobów gotówkowych do spłacenia bieżących zobowiązań. Przyjęcie do oceny płynności finansowej łącznych aktywów bieżących zaciemnia obraz zdolności Szpitala do wywiązania się z zobowiązań krótkoterminowych. Powstaje więc potrzeba wyłączenia z tych aktywów zapasów, których płynność jest opóźniona w relacji do innych aktywów, tj. nie mogą one być odpowiednio szybko zamienione na gotówkę.

Ten wskaźnik płynności (bez zapasów) jest również niski, co świadczy o zagrożeniu zdolności płatniczej Jednostki.

Wskaźniki rotacji poszczególnych składników w dniach wskazują na długość cyklu obrotowego tj. szybkość możliwości wyzwolenia płynnych środków finansowych. Porównanie, w I półroczu 2019, szybkości obrotu należnościami w dniach (42 dni) z rotacją zobowiązań (94 dni) wskazuje na brak zachowania równowagi dni rotacji w odniesieniu do należności i zobowiązań.

Wskaźnik zadłużenia aktywów w 2018r. wyniósł 42,14%, natomiast w I półroczu 2019r. ponad 50%, co oznacza, że więcej, niż połowa aktywów finansowanych jest kapitałami obcymi. Natomiast wskaźnik wypłacalności zarówno w 2018r. , jak i w I półroczu 2019r. osiągnął wartość ujemną, ze względu na ujemne kapitały własne, przez co uzyskał 0 pkt.

### **3.2. Analiza kosztów oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych**

Analizę kosztów zarówno oddziałów szpitalnych, jak i poradni specjalistycznych przeprowadzono z uwzględnieniem podziału na koszty stałe i koszty zmienne, jako te, które determinują zmiany wyników finansowych w kontekście wielkości realizacji kontraktu.



Koszty stałe, to koszty gotowości do świadczenia usług zdrowotnych, które nie zależą od ilości wytworzenia tych usług, czyli nie zmieniają się ze zmianą ilości świadczeń.

Koszty zmienne natomiast, to koszty, które ulegają zmianie wraz ze zmianą ilości wykonywanych usług medycznych.

Podział kosztów na stałe i zmienne jest dość trudny, ponieważ dotyczy krótkiego okresu czasu. Często, aby tego podziału dokonać przyjmuje się pewne założenia i uproszczenia. W długim okresie wszystkie koszty są zmienne. Najistotniejsze założenie, przyjmowane we wszystkich metodach podziału kosztów na stałe i zmienne polega na uzależnieniu poziomu kosztów tylko od jednego czynnika – wielkości świadczonych usług medycznych.

Rachunek kosztów zmiennych w większości zakładów opieki zdrowotnej jest niedoceniany, a właśnie jego dogłębna analiza i podjęte na jej podstawie decyzje, prowadzi do poprawy efektywności działań i stanowi użyteczne narzędzie do zwiększenia rentowności sprzedaży usług zdrowotnych poprzez ograniczenie kosztów działalności operacyjnej.

Szpital w Jarosławiu posiada oprogramowanie firmy ASSECO, które umożliwia podział kosztów na stałe i zmienne w systemie Finansowo Księgowo Kosztowym (FKK), jednak bez prawidłowego ich przypisania do poszczególnych pozycji kosztów szczegółowych nie można uzyskać poprawnych danych.

Z tego względu, że Audytor otrzymał rozbieżności na koszty stałe i zmienne jedynie w zakresie kosztów bezpośrednich, więc na potrzeby niniejszego Raportu Audytor samodzielnie dokonał takiego podziału, wykorzystując dane z ewidencji księgowej. W oparciu o zarejestrowane pozycje kosztowe oraz na bazie doświadczenia i rozsądnego osądu opartego na obserwowaniu zachowania się kosztów pod wpływem zmian zachodzących w wykorzystaniu zdolności produkcyjnych zakładu, dokonał kwalifikacji zarejestrowanych pozycji kosztów odpowiednio, jako stałe i zmienne. Z uwagi, iż podział kosztów dokonywany został w pewnym stopniu na podstawie subiektywnej oceny Audytora, podział ten może być obarczony niewielkim błędem.

Podział na koszty stałe i zmienne był niezbędny z uwagi na wyliczenia kosztów nadwykonania kontraktu.

### **3.2.1. Analiza kosztów stałych i zmiennych oddziałów szpitalnych.**

**Tabela nr 6. Koszty stałe i zmienne w oddziałach szpitalnych – I-VI 2019 r.**

			ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY	ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŻNYCH	ODDZIAŁ NEONATOLOGII	OIT	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZ.UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOLOGII
	<b>KOSZTY BEZPOŚREDNIE</b>		2 938 615,25	2 215 042,77	1 361 417,28	2 569 822,99	2 737 429,74	1 432 655,25	1 268 794,00	2 228 908,40	2 627 989,24	2 728 131,11	496 943,08
<b>I</b>	<b>Żużycie materiałów i energii</b>		611 484,23	284 978,93	157 205,83	336 716,90	221 247,38	205 269,26	92 145,39	409 309,17	1 088 648,12	371 881,47	47 292,69
401-01-01	Bielizna i pościel	st	143,52	1 045,87	814,43	572,67	2 515,95	824,47	336,29	889,84	516,84	460,94	186,58
401-02-01	Odzież ochronna i robocza	st	0,00	35,64	111,76	207,08	6,85	241,48	51,41	2 673,00	79,73	22,68	0,00
401-03-01	Sprzęt jednorazowego użytku	zm	50 605,65	45 067,73	31 208,97	60 202,58	42 226,27	19 282,36	30 090,86	115 658,04	85 328,00	53 881,39	3 280,85
401-03-02	Materiały ortopedyczne	zm	0,00	0,00	0,00	1 404,00	4 536,00	0,00	0,00	0,00	874 794,90	0,00	0,00
401-03-03	Materiały do diagnostyki laboratoryjnej	zm	6 865,13	3 465,99	2 198,89	2 336,07	2 101,39	1 382,45	596,59	1 295,63	2 013,40	3 768,67	880,58
401-04-01	Sprzęt gospodarczy	st	31,66	1 166,02	1 010,02	685,66	1 786,06	899,78	510,26	5 662,66	820,46	1 546,60	232,34
401-05-01	Materiały i części do remontu samochodów	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
401-06-01	Paliwo do samochodów	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
401-06-02	Paliwo- agregat prądotwórczy	st	340,20	245,51	125,65	106,92	337,57	137,59	91,46	151,96	150,02	209,58	137,59
401-07-01	Materiały do remontów	st	17 629,96	3 931,55	597,92	2 585,70	621,82	1 223,67	57,77	1 086,03	2 600,56	3 333,18	984,54
401-08-01	Środki czystości	zm	5 834,70	4 136,33	3 966,19	2 768,43	7 450,41	2 789,95	2 130,28	2 193,70	3 611,32	5 782,55	640,08

401-09-01	Artykuły kancelaryjne	zm	2 302,22	2 939,38	5 180,31	1 621,89	1 800,19	1 500,71	1 109,69	1 152,74	4 187,21	8 167,20	1 017,55
401-09-03	Druki	zm	117,06	42,40	21,97	48,62	14,03	0,00	0,00	0,00	34,64	63,25	20,98
401-10-01	Tlen medyczny	zm	4 605,31	3 213,03	5 497,40	2 362,56	2 997,62	2 467,29	769,40	7 250,63	1 587,02	4 856,74	0,00
401-10-02	Podtlenek azotu	zm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
401-11-01	Artykuły spożywcze	st	58,29	19,43	31,09	17,49	46,64	58,30	29,15	81,22	69,96	89,40	46,64
401-12-01	Leki i materiały medyczne	zm	198 245,34	115 903,05	39 728,86	88 165,74	42 616,38	60 856,23	27 348,63	166 066,21	36 311,52	180 875,90	11 894,16
401-12-02	Antybiotyki	zm	86 884,40	20 382,36	12 542,02	32 110,30	24 351,38	36 187,18	402,17	28 299,39	4 777,09	15 401,07	477,89
401-12-03	Leki do programów lekowych	zm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1 639,44	0,00
401-12-04	Leki darowe	zm	6 056,10	4 326,35	0,00	24,14	0,00	44,15	257,68	666,20	12,66	841,07	467,27
401-12-05	Materiały opatrunkowe	zm	32 238,06	14 084,63	11 742,54	45 915,22	13 281,33	11 204,95	2 473,89	14 500,12	8 470,11	23 983,39	800,49
401-12-06	Nici chirurgiczne	zm	0,00	0,00	0,00	2 218,22	4 204,88	0,00	274,32	401,55	0,00	0,00	0,00
401-12-07	Środki do dezynfekcji	zm	12 738,91	12 398,50	10 436,70	13 352,39	14 850,15	6 798,58	3 707,76	9 395,87	10 184,73	14 391,13	1 281,24
401-13-01	Odczynniki laboratoryjne	zm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
401-13-02	Odczynniki bakteriologiczne	zm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
401-13-03	Odczynniki serologiczne	zm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

401-14-01	Szczepionki	zm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17 018,80	6 357,70	0,00	0,00	0,00	0,00
401-15-01	Materiały EKG	zm	844,36	1 047,58	25,82	133,84	9,91	9,88	0,00	525,85	94,12	616,80	15,49
401-15-02	Materiały RTG	zm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
401-16-01	Krew i preparaty krwi	zm	123 994,00	6 356,00	0,00	50 540,00	8 302,00	8 982,00	515,40	27 390,00	25 908,00	2 046,00	0,00
401-17-01	Energia ciepła	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
401-18-01	Woda	zm	8 601,01	6 630,22	2 509,83	5 538,40	5 496,38	2 506,65	1 635,91	1 180,80	2 372,64	7 807,95	2 047,10
401-19-01	Energia elektryczna	st	32 426,11	23 378,24	11 954,13	10 154,38	31 875,60	13 033,60	8 739,78	14 490,34	14 252,67	19 944,70	13 149,21
401-19-02	Gaz	st	20 579,19	15 031,11	17 501,33	13 575,60	9 613,55	17 425,49	4 590,99	8 262,39	10 470,52	22 084,84	9 703,11
401-19-03	Olej opałowy	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
401-20-01	Pozostałe materiały	st	343,05	132,01	0,00	69,00	205,02	393,70	68,00	35,00	0,00	67,00	29,00
<b>II</b>	<b>Usługi obce</b>		634 398,16	464 571,39	173 683,79	535 153,83	545 061,18	190 741,82	279 032,11	861 808,40	888 389,52	439 923,15	49 457,18
402-01-01	Remontowe z własnych środków	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-01-02	Remonty z dotacji	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-02-01	Serwisy	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-02-02	Bieżąca konserwacja i naprawa sprzętu	st	5 686,45	8 593,67	2 675,37	3 681,58	8 428,45	1 928,56	4 695,02	5 309,19	4 497,27	11 153,09	502,57

402-03-01	Transport	st	296,00	111,69	6,15	55,20	142,76	61,90	163,76	1 644,68	11,61	82,50	0,00
402-04-01	Telekomunikacyjne	st	184,50	184,50	184,50	184,50	153,75	184,50	184,50	184,50	184,50	215,25	184,50
402-04-03	Pocztowe	st	19,69	0,00	490,30	511,90	287,64	329,15	0,00	46,20	0,00	0,00	0,00
402-05-01	Usługi najmu lokali	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-05-02	Dzierżawa sprzętu medycznego	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	31,98	0,00	0,00
402-05-03	Dzierżawa zbiornika na tlen medyczny	st	1 257,90	1 086,36	0,00	1 143,54	1 257,90	0,00	343,08	1 029,18	628,92	1 772,46	0,00
402-06-01	Koszty bankowych opłat manipulacyjnych	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-07-01	Usługi kontraktowe lekarskie w ramach ordynacji	st	387 873,29	179 240,25	8 675,00	260 873,20	60 580,00	44 976,25	89 647,50	476 404,60	498 812,05	65 938,75	9 120,00
402-07-02	Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury	st	68 186,66	180 634,81	81 117,25	116 402,00	369 115,50	66 567,05	179 032,10	363 764,00	297 970,85	98 617,35	0,00
402-07-03	Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury gotowości	st	0,00	0,00	0,00	62 538,42	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-07-04	Usługi kontraktowe lekarskie- realizacja procedur med..	st	0,00	3 570,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-07-05	Usługi kontraktowe- pozostali personel	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-08-01	Konsultacje i usługi lekarskie zewnętrzne	zm	3 100,00	2 060,00	15 975,00	7 715,00	225,00	1 110,00	430,00	710,00	45 070,00	87 067,00	2 260,00
402-08-02	Usługi diagnostyczne zewnętrzne	zm	32 615,00	7 749,00	21 317,00	14 482,00	4 722,00	15 936,00	939,00	613,00	2 662,00	57 978,65	12 682,00

402-08-03	Badania histopatologiczne	zm	1 291,00	231,00	0,00	15 927,00	21 761,00	33,00	0,00	0,00	391,00	112,00	0,00
402-09-01	Usługi żywieniowe	zm	118 018,51	68 722,99	35 293,30	40 112,74	62 255,91	48 927,43	0,00	2 718,06	30 304,98	101 717,18	22 807,88
402-10-01	Wywóz nieczystości	zm	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
402-10-02	Utylizacja odpadów	zm	12 343,64	8 746,29	5 603,28	9 131,43	11 666,61	8 637,06	1 126,36	7 069,83	4 620,24	12 442,25	1 367,28
402-10-03	Pozostałe usługi	zm	3 525,52	3 640,69	2 346,64	2 395,32	4 464,66	2 050,92	2 470,79	2 315,16	3 204,12	2 826,67	532,95
402-11-01	Usługi pralnicze	zm	0,00	0,00	0,00	0,00						0,00	
<b>III</b>	<b>Podatki i opłaty</b>		2 929,08	2 278,84	2 356,98	1 936,42	5 160,90	2 357,41	923,67	1 185,00	1 465,30	3 138,39	1 320,82
403-01-01	Podatek od nieruchomości	st	2 682,24	2 088,12	2 282,70	1 776,30	5 005,98	2 282,70	875,88	1 149,36	1 395,54	2 912,58	1 262,58
403-02-01	Opłaty sądowe i manipulacyjne	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
403-03-01	Pozostałe podatki i opłaty	st	246,84	190,72	74,28	160,12	154,92	74,71	47,79	35,64	69,76	225,81	58,24
403-04-01	Opłaty na PFRON	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
403-05-01	Opłaty skarbowe oraz manipulacyjne	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
403-06-01	Opłaty za zanieczyszczanie środowiska	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>IV</b>	<b>Wynagrodzenia</b>		1 362 362,23	1 183 679,07	793 074,62	1 409 810,61	1 467 815,00	849 361,28	661 318,13	740 313,25	509 228,78	1 567 547,35	326 895,77
404-01-01	Wynagrodzenia ze stosunku pracy	st	1 147 549,47	1 009 320,83	599 838,51	955 280,14	1 116 540,53	619 750,99	527 983,75	628 401,65	500 942,49	1 359 961,60	314 988,88

404-02-01	Dyżury zakładowe	st	146 192,59	124 777,83	163 849,28	238 885,02	262 556,82	216 350,52	100 714,60	71 220,18	0,00	162 587,01	0,00
404-03-01	Nagrody jubileuszowe	st	34 461,07	29 571,59	8 247,79	101 403,43	76 058,84	9 399,38	27 873,44	31 518,70	4 903,80	30 338,84	11 058,10
404-04-01	Odprawy emerytalne	st	15 799,10	0,00	0,00	87 470,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
404-05-01	Wynagrodzenia za czas choroby	st	13 655,27	17 392,39	12 381,19	24 345,69	12 393,87	895,73	4 728,61	7 882,70	1 255,27	8 469,15	829,44
404-08-01	Podwyżki dla pielęgniarek i położnych	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
404-09-01	Umowy zlecenia z ZUS	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
404-10-01	Umowy zlecenia bez ZUS	st	4 704,73	2 616,43	8 757,85	2 425,75	264,94	2 964,66	17,73	1 290,02	2 127,22	6 190,75	19,35
404-11-01	Umowy o dzieło	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>V</b>	<b>Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia na rzecz pracowników</b>		283 497,41	240 894,37	163 686,21	252 577,54	277 913,18	172 113,12	129 969,80	160 485,28	109 115,96	323 149,02	66 424,06
405-01-01	Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	st	252 837,63	218 367,69	149 243,79	229 973,84	254 481,74	158 862,56	117 946,86	143 362,94	95 283,36	293 976,56	60 592,32
405-01-02	Składki Fundusz Pracy	st	0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
405-01-03	Składki Fundusz Emerytur Pomostowych	st	0,00	0,00				0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
405-02-01	Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	st	25 947,78	21 754,68	13 420,42	19 361,70	22 254,44	10 393,56	11 565,94	12 410,34	12 370,60	27 210,46	5 499,74
405-03-01	Świadczenia związane z BHP	st	3 332,00	82,00	332,00	582,00	332,00	832,00	82,00	332,00	82,00	582,00	332,00



405-04-01	Pozostałe świadczenia na rzecz pracowników	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
405-05-01	Szkolenia pracowników	st	1 380,00	690,00	690,00	2 660,00	845,00	2 025,00	375,00	4 380,00	1 380,00	1 380,00	0,00
<b>VI</b>	<b>Amortyzacja</b>		43 472,14	38 640,17	71 409,85	33 627,69	220 068,30	12 344,76	104 861,40	55 807,30	31 141,56	22 491,73	5 552,56
408-01-01	Amortyzacja KUP	st	17 996,04	9 354,64	4 652,07	21 713,67	17 704,17	6 342,18	35 350,71	23 267,73	6 552,04	12 200,85	3 047,34
408-02-01	Amortyzacja NKUP	st	23 937,12	29 135,53	40 071,78	11 374,02	200 261,16	5 702,58	61 711,26	31 180,56	8 706,72	10 037,88	1 868,82
408-03-01	Amortyzacja jednorazowa	st	1 538,98	150,00	26 686,00	540,00	2 102,97	300,00	7 799,43	1 359,01	15 882,80	253,00	636,40
<b>VII</b>	<b>Pozostałe koszty</b>		<b>472,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>163,80</b>	<b>467,60</b>	<b>543,50</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
409-01-01	Ubezpieczenia majątkowe	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
409-02-01	Ubezpieczenia OC	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
409-03-01	Wypłaty pieniężne na rzecz pracowników	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
409-04-01	Koszty reprezentacji i reklamy	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
409-05-01	Koszty podróży służbowych	st	472,00	0,00	0,00	0,00	163,80	467,60	543,50	0,00	0,00	0,00	0,00
409-06-01	Pozostałe koszty	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>KOSZTY PROCEDUR MEDYCZNYCH</b>		733 701,93	877 485,00	366 618,39	1 274 369,81	725 467,30	165 205,85	23 766,04	93 451,73	1 845 746,94	822 159,94	101 699,43
	<i>Szkoła Rodzenia</i>	st/zm	0,00	0,00	0,00	0,00	10 363,58	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
99,43%		st	0,00	0,00	0,00	0,00	10 304,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,57%		zm	0,00	0,00	0,00	0,00	59,43	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

	Medyczne Laboratorium Diagnostyczne	st/zm	125 195,76	132 071,99	178 289,74	55 872,57	28 278,91	40 064,22	17 099,41	42 664,31	19 091,78	122 313,74	33 256,13
48,59%		st	60 826,66	64 167,49	86 622,50	27 145,82	13 739,38	19 465,30	8 307,79	20 728,56	9 275,79	59 426,42	16 157,57
51,41%		zm	64 369,10	67 904,50	91 667,24	28 726,75	14 539,53	20 598,92	8 791,62	21 935,75	9 815,99	62 887,32	17 098,56
	Pracownia Mikrobiologii	st/zm	57 551,83	18 776,72	76 579,13	14 454,15	21 615,37	44 596,37	1 866,68	12 217,89	4 237,19	13 401,65	1 538,22
62,16%		st	35 777,08	11 672,54	47 605,40	8 985,42	13 437,19	27 723,32	1 160,42	7 595,25	2 634,05	8 331,13	956,23
37,84%		zm	21 774,75	7 104,18	28 973,73	5 468,73	8 178,18	16 873,05	706,26	4 622,64	1 603,14	5 070,52	581,99
	Pracownia Serologii Transfuzjologicznej	st/zm	56 496,37	4 845,32	0,00	67 490,27	23 595,71	8 099,65	4 099,60	14 731,65	30 016,35	4 601,49	0,00
75,44%		st	42 621,48	3 655,36	0,00	50 915,40	17 800,86	6 110,46	3 092,78	11 113,72	22 644,66	3 471,41	0,00
24,56%		zm	13 874,89	1 189,96	0,00	16 574,87	5 794,85	1 989,19	1 006,82	3 617,93	7 371,69	1 130,08	0,00
	Pracownia RTG	st/zm	19 712,23	15 461,01	12 680,75	14 836,05	2 299,59	3 934,37	148,70	2 789,51	23 961,47	23 438,76	26 056,17
83,30%		st	16 419,98	12 878,78	10 562,87	12 358,20	1 915,52	3 277,27	123,86	2 323,62	19 959,53	19 524,12	21 704,39
16,70%		zm	3 292,25	2 582,23	2 117,88	2 477,85	384,07	657,10	24,84	465,89	4 001,94	3 914,64	4 351,78
	Pracownia Tomografii Komputerowej	st/zm	82 836,41	17 551,66	11 670,42	66 329,92	8 739,10	17 497,09	0,00	4 541,35	5 504,19	100 262,20	3 055,66
44,62%		st	36 964,39	7 832,14	5 207,73	29 598,64	3 899,68	7 807,79	0,00	2 026,50	2 456,15	44 740,37	1 363,54
55,38%		zm	45 872,02	9 719,52	6 462,69	36 731,28	4 839,42	9 689,30	0,00	2 514,85	3 048,04	55 521,83	1 692,12
	Pracownia Rezonansu Magnetycznego	st/zm	12 745,28	172,13	35 599,22	6 097,52	3 049,57	3 329,61	0,00	0,00	3 565,68	284 195,12	4 730,71
71,29%		st	9 085,83	122,71	25 377,91	4 346,79	2 173,97	2 373,61	0,00	0,00	2 541,90	202 596,56	3 372,42
28,71%		zm	3 659,45	49,42	10 221,31	1 750,73	875,60	956,00	0,00	0,00	1 023,78	81 598,56	1 358,29
	Pracownia USG	st/zm	918,45	4 611,29	311,88	267,29	1 341,13	1 015,01	0,00	0,00	258,77	2 805,60	7 989,56
65,63%		st	602,76	3 026,29	204,68	175,42	880,16	666,13	0,00	0,00	169,83	1 841,26	5 243,38

34,37%	zm		315,69	1 585,00	107,20	91,87	460,97	348,88	0,00	0,00	88,94	964,34	2 746,18
	Pracownia Endoskopii- Gastroskopii st/zm		51 425,36	3 750,10	2 035,66	134 025,56	0,00	14 096,74	0,00	2 342,56	126,56	1 240,65	1 333,08
54,91%	st		28 236,83	2 059,12	1 117,75	73 591,27	0,00	7 740,29	0,00	1 286,26	69,49	681,22	731,97
45,09%		zm	23 188,53	1 690,98	917,91	60 434,29	0,00	6 356,45	0,00	1 056,30	57,07	559,43	601,11
	Pracownia Holtera Kard. st/zm		100,30	2 692,74	4,19	2,45	7,18	5,52	0,00	0,00	3,07	695,62	12,62
97,41%		st	97,71	2 623,12	4,08	2,39	6,99	5,38	0,00	0,00	2,99	677,64	12,29
2,59%		zm	2,59	69,62	0,11	0,06	0,19	0,14	0,00	0,00	0,08	17,98	0,33
	Pracownia Echokardiografii st/zm		190,95	2 598,22	0,00	22,11	11,44	41,00	0,00	0,00	16,84	199,30	32,58
97,16%		st	185,53	2 524,50	0,00	21,48	11,12	39,84	0,00	0,00	16,36	193,65	31,66
2,84%		zm	5,42	73,72	0,00	0,63	0,32	1,16	0,00	0,00	0,48	5,65	0,92
	Pracow.Elektrostymulacji Serca st/zm		0,00	479 984,34	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
8,03%		st	0,00	38 555,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
91,97%		zm	0,00	441 429,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Izba Przyjęć st/zm		283 382,50	180 539,08	49 447,40	233 066,87	31 693,39	25 085,25	0,00	8 535,53	205 953,83	228 686,81	17 536,54
94,87%		st	268 831,18	171 268,64	46 908,34	221 099,19	30 065,98	23 797,16	0,00	8 097,24	195 378,37	216 944,04	16 636,06
5,13%		zm	14 551,32	9 270,44	2 539,06	11 967,68	1 627,41	1 288,09	0,00	438,29	10 575,46	11 742,77	900,48
	Prosektorium st/zm		14 747,14	3 534,29	0,00	2 106,70	0,00	2 389,53	0,00	2 215,90	0,00	4 414,55	0,00
93,41%		st	13 774,58	3 301,21	0,00	1 967,76	0,00	2 231,94	0,00	2 069,76	0,00	4 123,41	0,00
6,59%		zm	972,56	233,08	0,00	138,94	0,00	157,59	0,00	146,14	0,00	291,14	0,00
100%	Dział Anestezjologii st		2 614,06	7 116,21	0,00	127 190,27	69 961,30	638,85	0,00	0,00	143 858,76	1 577,69	0,00
	Blok Operacyjny st/zm		0,00	0,00	0,00	520 810,43	115 374,48	0,00	0,00	0,00	1 369 929,04	0,00	0,00

80,18%	st		0,00	0,00	0,00	417 592,18	92 508,67	0,00	0,00	0,00	1 098 425,89	0,00	0,00
19,82%	zm		0,00	0,00	0,00	103 218,25	22 865,81	0,00	0,00	0,00	271 503,15	0,00	0,00
	Blok Operacyjny Położniczy	st/zm	0,00	0,00	0,00	0,00	272 535,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
74,09%		st	0,00	0,00	0,00	0,00	201 930,62	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
25,91%		zm	0,00	0,00	0,00	0,00	70 604,98	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
100%	Sala Porodowa	st	0,00	0,00	0,00	0,00	136 040,97	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Pracownia Endoskopii- Kolonoskopii	st/zm	25 065,47	2 831,40	0,00	27 949,42	0,00	3 872,87	0,00	0,00	233,29	444,18	680,87
73,87%		st	18 515,31	2 091,49	0,00	20 645,61	0,00	2 860,80	0,00	0,00	172,33	328,11	502,94
26,13%		zm	6 550,16	739,91	0,00	7 303,81	0,00	1 012,07	0,00	0,00	60,96	116,07	177,93
	Pracownia Usprawnienia Leczniczego Dla Oddziałów st/zm		719,82	948,50	0,00	3 848,23	559,98	539,77	551,65	3 413,03	38 990,12	33 882,58	5 477,29
99,69%	st		717,58	945,54	0,00	3 836,24	558,23	538,09	549,93	3 402,39	38 868,62	33 776,99	5 460,22
0,31%	zm		2,24	2,96	0,00	11,99	1,75	1,68	1,72	10,64	121,50	105,59	17,07
	KOSZTY POŚREDNIE NIEMEDYCZNE		247 081,53	152 898,08	133 222,01	152 668,02	260 824,91	148 180,87	68 208,97	105 563,55	132 213,17	227 206,97	58 457,25
	Apteka	st	34 236,02	16 836,11	7 623,84	17 690,63	10 597,24	11 835,98	3 372,00	22 503,99	5 668,80	24 160,42	1 571,37
	Centralna Sterylizatornia	st	1 472,57	1 648,67	723,66	13 512,48	7 688,78	70,44	11 920,03	4 067,08	5 457,77	921,25	104,30
	Tlenownia	st	5 164,33	3 605,89	6 340,02	2 763,18	3 320,70	2 995,86	868,64	7 614,89	1 728,19	5 447,07	0,00
	Warsztaty	st	9 966,59	4 466,33	5 482,54	4 900,39	5 092,98	10 871,76	1 921,94	2 194,42	5 709,68	7 329,68	3 591,09
	Obsługa (portiernia, pracownicy transport- porządkowi)	st	7 875,21	6 169,63	6 552,93	5 099,26	15 517,84	6 552,93	2 900,78	3 701,84	4 005,80	8 448,86	3 624,44
	Kotłownia	st	12 836,18	10 056,18	10 680,92	8 311,50	25 293,25	10 680,92	4 728,12	7 063,71	6 529,25	13 771,19	5 907,65

	Punkt Dystrybucji Bielizny i Pościeli	st	46 302,68	22 013,22	16 477,36	25 137,67	30 268,89	17 704,78	10 882,30	14 608,51	24 816,94	40 903,29	5 259,63
	Sekcja higieny żywności i żywienia	st	22 033,92	12 377,20	6 864,38	9 600,89	10 965,83	8 973,44	3 225,43	2 011,66	6 292,04	18 390,64	4 019,44
	Sekcja Transportu	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Grupa sprzątająca	st	72 713,89	56 965,83	60 504,88	47 082,68	143 280,22	60 504,88	26 783,64	29 365,32	36 986,63	78 010,42	33 465,38
	Bank Krwi	st	1 109,86	62,67	0,00	565,53	106,41	83,43	0,21	352,43	307,77	27,63	0,00
	Przychodnia Specjalistyczna- Rejestracja	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Zespół Transportu medycznego-wewn.COM	st	24 977,13	12 706,70	7 977,48	11 473,89	1 312,84	7 141,72	269,52	5 601,41	10 736,70	21 615,36	0,00
	Sekcja Trans. - Trans.Sanit. POZ	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Chlorownia	st	3 204,81	2 478,05	940,50	2 073,26	2 020,43	961,04	606,22	448,24	899,99	2 914,32	757,41
	Dezynfektor	st	3 330,76	2 195,31	2 066,18	2 769,67	3 997,04	9 186,57	0,00	3 162,02	1 647,59	3 591,25	0,00
	Magazyny COM	st	1 857,58	1 316,29	987,32	1 686,99	1 362,46	617,12	730,14	2 868,03	21 426,02	1 675,59	156,54
	Przychodnia Specjalistyczna-Punkt Pobrań	st	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>KOSZTY ZARZĄDU</b>	st	259 079,12	214 971,26	122 783,32	262 958,34	246 940,21	115 460,07	89 888,74	160 718,71	303 437,77	250 513,43	43 424,49
	<b>Razem koszty</b>		4 178 477,83	3 460 397,11	1 984 041,00	4 259 819,16	3 970 662,16	1 861 502,04	1 450 657,75	2 588 642,39	4 909 387,12	4 028 011,45	700 524,25

**Tabela nr 7 Udział kosztów stałych i zmiennych w kosztach całkowitych – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ DZIECIĘCY	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY	ODDZIAŁ CHOROBY ZAKAŻNYCH	ODDZIAŁ NEONATOLOGI I	OIT	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZIAŁEM	ODDZIAŁ REUMATOLOGI I
koszty stałe	3 269 220,94	2 585 608,82	1 635 439,15	3 586 415,55	3 561 096,15	1 553 846,82	1 357 490,07	2 164 431,19	3 454 175,19	3 217 819,23	608 523,71
koszty zmienne	909 256,89	874 788,29	348 601,85	673 403,61	409 566,01	307 655,22	93 167,68	424 211,20	1 455 211,93	810 192,22	92 000,54
<b>razem koszty</b>	4 178 477,83	3 460 397,11	1 984 041,00	4 259 819,16	3 970 662,16	1 861 502,04	1 450 657,75	2 588 642,39	4 909 387,12	4 028 011,45	700 524,25
udział kosztów stałych	78,24%	74,72%	82,43%	84,19%	89,69%	83,47%	93,58%	83,61%	70,36%	79,89%	86,87%
udział kosztów zmiennych	21,76%	25,28%	17,57%	15,81%	10,31%	16,53%	6,42%	16,39%	29,64%	20,11%	13,13%

Jak przedstawiają powyższe zestawienia, we wszystkich oddziałach udział kosztów stałych jest zbyt wysoki w stosunku do rozmiarów prowadzonej działalności. Największy wpływ na wysokość kosztów stałych mają wynagrodzenia, co prezentuje tabela poniżej.

**Tabela nr 8. Udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ WEWNĘT.	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ DZIECIĘCY	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOG	ODDZIAŁ CHORÓB ZAKAŹNYCH
<b>Koszty ogółem</b>	<b>4 178 477,83</b>	<b>3 460 397,11</b>	<b>1 984 041,00</b>	<b>4 259 819,16</b>	<b>3 970 662,16</b>	<b>1 861 502,04</b>
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	1 147 549,47	1 009 320,83	599 838,51	955 280,14	1 116 540,53	619 750,99
Wynagrodzenia za czas choroby	13 655,27	17 392,39	12 381,19	24 345,69	12 393,87	895,73
Dyżury zakładowe	146 192,59	124 777,83	163 849,28	238 885,02	262 556,82	216 350,52
Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	252 837,63	218 367,69	149 243,79	229 973,84	254 481,74	158 862,56
Usługi kontraktowe lekarskie w ramach ordynacji	387 873,29	179 240,25	8 675,00	260 873,20	60 580,00	44 976,25
Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury	68 186,66	180 634,81	81 117,25	116 402,00	369 115,50	66 567,05
Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury gotowości	0,00	0,00	0,00	62 538,42	0,00	0,00
Usługi kontraktowe lekarskie-realizacja procedur med..	0,00	3 570,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Umowy zlecenia bez ZUS	4 704,73	2 616,43	8 757,85	2 425,75	264,94	2 964,66
<b>Razem wynagrodzenia</b>	<b>2 020 999,64</b>	<b>1 735 920,37</b>	<b>1 023 862,87</b>	<b>1 890 724,06</b>	<b>2 075 933,40</b>	<b>1 110 367,76</b>
<b>Udział wynagrodzeń w kosztach ogółem</b>	<b>48,37%</b>	<b>50,17%</b>	<b>51,60%</b>	<b>44,39%</b>	<b>52,28%</b>	<b>59,65%</b>
Nagrody jubileuszowe	34 461,07	29 571,59	8 247,79	101 403,43	76 058,84	9 399,38
Odprawy emerytalne	15 799,10	0,00	0,00	87 470,58	0,00	0,00
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	25 947,78	21 754,68	13 420,42	19 361,70	22 254,44	10 393,56
Świadczenia związane z BHP	3 332,00	82,00	332,00	582,00	332,00	832,00
Szkolenia pracowników	1 380,00	690,00	690,00	2 660,00	845,00	2 025,00
Koszty podróży służbowych	472,00	0,00	0,00	0,00	163,80	467,60
<b>Razem pochodne wynagrodzeń</b>	<b>81 391,95</b>	<b>52 098,27</b>	<b>22 690,21</b>	<b>211 477,71</b>	<b>99 654,08</b>	<b>23 117,54</b>
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	<b>2 102 391,59</b>	<b>1 788 018,64</b>	<b>1 046 553,08</b>	<b>2 102 201,77</b>	<b>2 175 587,48</b>	<b>1 133 485,30</b>
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w kosztach ogółem</b>	<b>50,31%</b>	<b>51,67%</b>	<b>52,75%</b>	<b>49,35%</b>	<b>54,79%</b>	<b>60,89%</b>



cd. Tabela nr 8.

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ NEONATOLOGII	OIT	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZ.UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOLOGII
<b>Koszty ogółem</b>	<b>1 450 657,75</b>	<b>2 588 642,39</b>	<b>4 909 387,12</b>	<b>4 028 011,45</b>	<b>700 524,25</b>
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	527 983,75	628 401,65	500 942,49	1 359 961,60	314 988,88
Wynagrodzenia za czas choroby	4 728,61	7 882,70	1 255,27	8 469,15	829,44
Dyżury zakładowe	100 714,60	71 220,18	0,00	162 587,01	0,00
Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	117 946,86	143 362,94	95 283,36	293 976,56	60 592,32
Usługi kontraktowe lekarskie w ramach ordynacji	89 647,50	476 404,60	498 812,05	65 938,75	9 120,00
Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury	179 032,10	363 764,00	297 970,85	98 617,35	0,00
Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury gotowości	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Usługi kontraktowe lekarskie- realizacja procedur med..	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Umowy zlecenia bez ZUS	17,73	1 290,02	2 127,22	6 190,75	19,35
<b>Razem wynagrodzenia</b>	<b>1 020 071,15</b>	<b>1 692 326,09</b>	<b>1 396 391,24</b>	<b>1 995 741,17</b>	<b>385 549,99</b>
<b>Udział wynagrodzeń w kosztach ogółem</b>	<b>70,32%</b>	<b>65,38%</b>	<b>28,44%</b>	<b>49,55%</b>	<b>55,04%</b>
Nagrody jubileuszowe	27 873,44	31 518,70	4 903,80	30 338,84	11 058,10
Odprawy emerytalne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	11 565,94	12 410,34	12 370,60	27 210,46	5 499,74
Świadczenia związane z BHP	82,00	332,00	82,00	582,00	332,00
Szkolenia pracowników	375,00	4 380,00	1 380,00	1 380,00	0,00
Koszty podróży służbowych	543,50	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Razem pochodne wynagrodzeń</b>	<b>40 439,88</b>	<b>48 641,04</b>	<b>18 736,40</b>	<b>59 511,30</b>	<b>16 889,84</b>
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	<b>1 060 511,03</b>	<b>1 740 967,13</b>	<b>1 415 127,64</b>	<b>2 055 252,47</b>	<b>402 439,83</b>
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w kosztach ogółem</b>	<b>73,11%</b>	<b>67,25%</b>	<b>28,82%</b>	<b>51,02%</b>	<b>57,45%</b>

Koszty osobowe, to nie tylko wynagrodzenia i ZUS, ale również pochodne od tych kosztów. Ich udział w kosztach całkowitych jest różny w poszczególnych oddziałach i wynosi od 29% w Oddziale Ortopedii, aż do 73% w Oddziale Neonatologii. Analiza udziału kosztów osobowych w kosztach całkowitych jest ważna, jednak z punktu widzenia wyników finansowych oddziałów, jeszcze istotniejsza jest analiza udziału kosztów osobowych w przychodach realizowanych w poszczególnych Oddziałach.

Ten aspekt przedstawia tabela poniżej.

**Tabela nr 9. Udział kosztów osobowych w przychodach – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY	ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH
<b>Przychody ogółem</b>	3 362 813,81	3 512 734,83	1 993 014,51	3 365 146,98	2 182 963,68	1 588 278,76
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	1 147 549,47	1 009 320,83	599 838,51	955 280,14	1 116 540,53	619 750,99
Wynagrodzenia za czas choroby	13 655,27	17 392,39	12 381,19	24 345,69	12 393,87	895,73
Dyżury zakładowe	146 192,59	124 777,83	163 849,28	238 885,02	262 556,82	216 350,52
Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	252 837,63	218 367,69	149 243,79	229 973,84	254 481,74	158 862,56
Usługi kontraktowe lekarskie w ramach ordynacji	387 873,29	179 240,25	8 675,00	260 873,20	60 580,00	44 976,25
Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury	68 186,66	180 634,81	81 117,25	116 402,00	369 115,50	66 567,05
Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury gotowości	0,00	0,00	0,00	62 538,42	0,00	0,00
Usługi kontraktowe lekarskie- realizacja procedur med..	0,00	3 570,14	0,00	0,00	0,00	0,00
Umowy zlecenia bez ZUS	4 704,73	2 616,43	8 757,85	2 425,75	264,94	2 964,66
<b>Razem wynagrodzenia</b>	<b>2 020 999,64</b>	<b>1 735 920,37</b>	<b>1 023 862,87</b>	<b>1 890 724,06</b>	<b>2 075 933,40</b>	<b>1 110 367,76</b>
<b>Udział wynagrodzeń w przychodach</b>	<b>60,10%</b>	<b>49,42%</b>	<b>51,37%</b>	<b>56,19%</b>	<b>95,10%</b>	<b>69,91%</b>
Nagrody jubileuszowe	34 461,07	29 571,59	8 247,79	101 403,43	76 058,84	9 399,38
Odprawy emerytalne	15 799,10	0,00	0,00	87 470,58	0,00	0,00
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	25 947,78	21 754,68	13 420,42	19 361,70	22 254,44	10 393,56
Świadczenia związane z BHP	3 332,00	82,00	332,00	582,00	332,00	832,00
Szkolenia pracowników	1 380,00	690,00	690,00	2 660,00	845,00	2 025,00

Koszty podróży służbowych	472,00	0,00	0,00	0,00	163,80	467,60
<b>Razem pochodne wynagrodzeń</b>	<b>81 391,95</b>	<b>52 098,27</b>	<b>22 690,21</b>	<b>211 477,71</b>	<b>99 654,08</b>	<b>23 117,54</b>
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	<b>2 102 391,59</b>	<b>1 788 018,64</b>	<b>1 046 553,08</b>	<b>2 102 201,77</b>	<b>2 175 587,48</b>	<b>1 133 485,30</b>
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w przychodach</b>	<b>62,52%</b>	<b>50,90%</b>	<b>52,51%</b>	<b>62,47%</b>	<b>99,66%</b>	<b>71,37%</b>

cd. Tabela nr 9.

Wyszczególnienie	ODDZIAŁ NEONATOL.	OIT	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZ.UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOLOGII
<b>Przychody ogółem</b>	<b>935 177,07</b>	<b>1 839 712,42</b>	<b>4 020 101,95</b>	<b>3 913 432,55</b>	<b>697 924,96</b>
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	527 983,75	628 401,65	500 942,49	1 359 961,60	314 988,88
Wynagrodzenia za czas choroby	4 728,61	7 882,70	1 255,27	8 469,15	829,44
Dyżury zakładowe	100 714,60	71 220,18	0,00	162 587,01	0,00
Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	117 946,86	143 362,94	95 283,36	293 976,56	60 592,32
Usługi kontraktowe lekarskie w ramach ordynacji	89 647,50	476 404,60	498 812,05	65 938,75	9 120,00
Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury	179 032,10	363 764,00	297 970,85	98 617,35	0,00
Usługi kontraktowe lekarskie za dyżury gotowości	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Usługi kontraktowe lekarskie-realizacja procedur med..	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Umowy zlecenia bez ZUS	17,73	1 290,02	2 127,22	6 190,75	19,35
<b>Razem wynagrodzenia</b>	<b>1 020 071,15</b>	<b>1 692 326,09</b>	<b>1 396 391,24</b>	<b>1 995 741,17</b>	<b>385 549,99</b>
<b>Udział wynagrodzeń w przychodach</b>	<b>109,08%</b>	<b>91,99%</b>	<b>34,74%</b>	<b>51,00%</b>	<b>55,24%</b>
Nagrody jubileuszowe	27 873,44	31 518,70	4 903,80	30 338,84	11 058,10
Odprawy emerytalne	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	11 565,94	12 410,34	12 370,60	27 210,46	5 499,74
Świadczenia związane z BHP	82,00	332,00	82,00	582,00	332,00
Szkolenia pracowników	375,00	4 380,00	1 380,00	1 380,00	0,00
Koszty podróży służbowych	543,50	0,00	0,00	0,00	0,00

<b>Razem pochodne wynagrodzeń</b>	40 439,88	48 641,04	18 736,40	59 511,30	16 889,84
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	1 060 511,03	1 740 967,13	1 415 127,64	2 055 252,47	402 439,83
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w przychodach</b>	113,40%	94,63%	35,20%	52,52%	57,66%

Udział kosztów osobowych w przychodach w 6 oddziałach jest zbyt wysoki, w dwóch oddziałach, tj w: Ginekologiczno-Położniczym i OIT koszty osobowe całkowicie pochłaniają uzyskiwane przychody, a w przypadku Neonatologii znacząco je przewyższają.

Dostosowanie liczby personelu medycznego do wielkości kontraktu oraz wysokość wynagrodzeń omówione zostało w dalszej części niniejszego Opracowania.

### 3.2.2. Analiza kosztów stałych i zmiennych w poradniach specjalistycznych

**Tabela nr 10. Koszty stałe i zmienne w poradniach specjalistycznych – I – VI 2019 r.**

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>PORADNIA CHIRURGICZNA</b>	<b>PORADNIA REUMATOLOG.</b>	<b>PORADNIA KARDIOLOG.</b>	<b>PORADNIA ORTOPEDYCZ</b>	<b>PORADNIA GINEKOLOG.</b>	<b>PORADNIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH</b>
koszty stałe	305 567,80	104 670,20	105 514,20	336 955,33	172 319,16	116 027,11
koszty zmienne	143 879,82	26 640,00	2 612,33	44 575,44	41 811,87	47 555,00
razem koszty	449 447,62	131 310,20	108 126,53	381 530,77	214 131,03	163 582,11
udział kosztów stałych	67,99%	79,71%	97,58%	88,32%	80,47%	70,93%
udział kosztów zmiennych	32,01%	20,29%	2,42%	11,68%	19,53%	29,07%

cd. Tabela nr 10.

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>PORADNIA DIABETOLOG.</b>	<b>PORADNIA ENDOKRYNOLOG.</b>	<b>PORADNIA NEONATOLOG.</b>	<b>PORADNIA NEUROLOG.</b>	<b>PORADNIA PULMONOLOG.</b>
koszty stałe	63 860,97	108 955,80	9 400,51	39 518,59	18 426,48
koszty zmienne	5 041,15	24 018,85	243,00	18 088,05	2 810,62
razem koszty	68 902,12	132 974,65	9 643,51	57 606,64	21 237,10

udział kosztów stałych	92,68%	81,94%	97,48%	68,60%	86,77%
udział kosztów zmiennych	7,32%	18,06%	2,52%	31,40%	13,23%

W poradniach specjalistycznych w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, podobnie jak w większości podmiotów leczniczych, udział kosztów stałych jest wysoki w stosunku do całkowitych kosztów. Tutaj również największy wpływ na wysokość tych kosztów mają wynagrodzenia, co prezentuje poniższa tabela.

**Tabela nr 11. Udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych – I-VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	PORADNIA CHIRURGICZNA	PORADNIA REUMATOLOG	PORADNIA KARDIOLOG	PORADNIA ORTOPEDYCZ	PORADNIA GINEKOLOGICZ	PORADNIA CHOROBY ZAKAŻNYCH
<b>Koszty ogółem</b>	<b>449 447,62</b>	<b>131 310,20</b>	<b>108 126,53</b>	<b>381 530,77</b>	<b>214 131,03</b>	<b>163 582,11</b>
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	105 381,31	46 491,98	23 240,05	26 223,68	72 594,86	29 503,84
Wynagrodzenia za czas choroby	1 776,50	0,00	6,19	34,93	0,00	0,00
Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	18 992,24	9 250,68	4 618,37	5 207,72	14 457,35	5 766,97
Usługi kontraktowe lekarskie- realizacja procedur med..	45 063,20	0,00	45 396,05	139 996,69	10 710,00	30 123,08
Umowy zlecenia bez ZUS	0,63	0,00	55,45	337,50	0,00	0,00
<b>Razem wynagrodzenia</b>	<b>171 213,88</b>	<b>55 742,66</b>	<b>73 316,11</b>	<b>171 800,52</b>	<b>97 762,21</b>	<b>65 393,89</b>
<b>Udział wynagrodzeń w kosztach ogółem</b>	<b>38,09%</b>	<b>42,45%</b>	<b>67,81%</b>	<b>45,03%</b>	<b>45,66%</b>	<b>39,98%</b>
Nagrody jubileuszowe	8 749,50	0,00	24,44	61,08	3 425,51	0,00
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	2 403,70	1 332,46	640,12	653,18	1 613,34	478,50
Świadczenia związane z BHP	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00	0,00
Koszty podróży służbowych	0,00	384,00	0,00	0,00	5,00	0,00
<b>Razem pochodne wynagrodzeń</b>	<b>11 153,20</b>	<b>1 716,46</b>	<b>664,56</b>	<b>714,26</b>	<b>5 293,85</b>	<b>478,50</b>
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	<b>182 367,08</b>	<b>57 459,12</b>	<b>73 980,67</b>	<b>172 514,78</b>	<b>103 056,06</b>	<b>65 872,39</b>
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w kosztach ogółem</b>	<b>40,58%</b>	<b>43,76%</b>	<b>68,42%</b>	<b>45,22%</b>	<b>48,13%</b>	<b>40,27%</b>

**cd. Tabelanr 11.**

Wyszczególnienie	PORADNIA DIABETOLOG	PORADNIA ENDOKRYNOLOG	PORADNIA NEONATOLOG	PORADNIA NEUROLOG	PORADNIA PULMONOLOG
<b>Koszty ogółem</b>	<b>68 902,12</b>	<b>132 974,65</b>	<b>9 643,51</b>	<b>57 606,64</b>	<b>21 237,10</b>
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	27 950,72	7 813,20	0,00	10 909,76	0,00
Wynagrodzenia za czas choroby	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	5 118,29	1 364,22	0,00	2 060,63	0,00
Usługi kontraktowe lekarskie- realizacja procedur med..	10 225,32	52 758,64	4 875,84	7 471,70	11 776,62
Umowy zlecenia bez ZUS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Razem wynagrodzenia</b>	<b>43 294,33</b>	<b>61 936,06</b>	<b>4 875,84</b>	<b>20 442,09</b>	<b>11 776,62</b>
<b>Udział wynagrodzeń w kosztach ogółem</b>	<b>62,83%</b>	<b>46,58%</b>	<b>50,56%</b>	<b>35,49%</b>	<b>55,45%</b>
Nagrody jubileuszowe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	587,88	195,98	0,00	156,76	0,00
Świadczenia związane z BHP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Koszty podróży służbowych	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Razem pochodne wynagrodzeń</b>	<b>587,88</b>	<b>195,98</b>	<b>0,00</b>	<b>156,76</b>	<b>0,00</b>
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	<b>43 882,21</b>	<b>62 132,04</b>	<b>4 875,84</b>	<b>20 598,85</b>	<b>11 776,62</b>
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w kosztach ogółem</b>	<b>63,69%</b>	<b>46,72%</b>	<b>50,56%</b>	<b>35,76%</b>	<b>55,45%</b>

Zdecydowanie największy, zbyt wysoki udział kosztów osobowych w kosztach całkowitych występuje w następujących poradniach: Kardiologicznej i Diabetologicznej. Najniższy zaś, w poradniach: Neurologicznej, Chirurgicznej oraz Chorób Zakaźnych.

Sprawdzono również udział kosztów osobowych w przychodach za 6 miesięcy 2019 roku, co prezentuje poniższa tabela..

**Tabela nr 12. Udział kosztów osobowych w przychodach – I -VI 2019 r.**

Wyszczególnienie	PORADNIA CHIRURGICZNA	PORADNIA REUMATOLOG	PORADNIA KARDIOLOG	PORADNIA ORTOPED	PORADNIA GINEKOLOG	PORADNIA CHOROÓB ZAKAŻNYCH
<b>Przychody ogółem</b>	<b>381 162,47</b>	<b>125 250,10</b>	<b>137 038,52</b>	<b>300 646,27</b>	<b>242 267,60</b>	<b>157 697,86</b>
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	105 381,31	46 491,98	23 240,05	26 223,68	72 594,86	29 503,84
Wynagrodzenia za czas choroby	1 776,50	0,00	6,19	34,93	0,00	0,00
Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	18 992,24	9 250,68	4 618,37	5 207,72	14 457,35	5 766,97
Usługi kontraktowe lekarskie- realizacja procedur med..	45 063,20	0,00	45 396,05	139 996,69	10 710,00	30 123,08
Umowy zlecenia bez ZUS	0,63	0,00	55,45	337,50	0,00	0,00
<b>Razem wynagrodzenia</b>	<b>171 213,88</b>	<b>55 742,66</b>	<b>73 316,11</b>	<b>171 800,52</b>	<b>97 762,21</b>	<b>65 393,89</b>
<b>Udział wynagrodzeń w przychodach</b>	<b>44,92%</b>	<b>44,51%</b>	<b>53,50%</b>	<b>57,14%</b>	<b>40,35%</b>	<b>41,47%</b>
Nagrody jubileuszowe	8 749,50	0,00	24,44	61,08	3 425,51	0,00
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	2 403,70	1 332,46	640,12	653,18	1 613,34	478,50
Świadczenia związane z BHP	0,00	0,00	0,00	0,00	250,00	0,00
Koszty podróży służbowych	0,00	384,00	0,00	0,00	5,00	0,00
<b>Razem pochodne wynagrodzeń</b>	<b>11 153,20</b>	<b>1 716,46</b>	<b>664,56</b>	<b>714,26</b>	<b>5 293,85</b>	<b>478,50</b>
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	<b>182 367,08</b>	<b>57 459,12</b>	<b>73 980,67</b>	<b>172 514,78</b>	<b>103 056,06</b>	<b>65 872,39</b>
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w przychodach</b>	<b>47,84%</b>	<b>45,88%</b>	<b>53,99%</b>	<b>57,38%</b>	<b>42,54%</b>	<b>41,77%</b>
Marża na pokrycie pozostałych kosztów ( w zł)	198 795,39	67 790,98	63 057,85	128 131,49	139 211,54	91 825,47
Marża na pokrycie pozostałych kosztów ( %)	52,16%	54,12%	46,01%	42,62%	57,46%	58,23%

cd. Tabela nr 12.

Wyszczególnienie	PORADNIA DIABETOLOG	PORADNIA ENDOKRYNOLOG	PORADNIA NEONATOLOG	PORADNIA NEUROLOG	PORADNIA PULMONOLOG
<b>Przychody ogółem</b>	<b>57 820,47</b>	<b>83 634,38</b>	<b>11 922,67</b>	<b>43 602,04</b>	<b>24 836,91</b>
Wynagrodzenia ze stosunku pracy	27 950,72	7 813,20	0,00	10 909,76	0,00
Wynagrodzenia za czas choroby	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Składki z tyt. ubezpieczeń społecznych,	5 118,29	1 364,22	0,00	2 060,63	0,00
Usługi kontraktowe lekarskie- realizacja procedur med..	10 225,32	52 758,64	4 875,84	7 471,70	11 776,62
Umowy zlecenia bez ZUS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Razem wynagrodzenia</b>	<b>43 294,33</b>	<b>61 936,06</b>	<b>4 875,84</b>	<b>20 442,09</b>	<b>11 776,62</b>
<b>Udział wynagrodzeń w przychodach</b>	<b>74,88%</b>	<b>74,06%</b>	<b>40,90%</b>	<b>46,88%</b>	<b>47,42%</b>
Nagrody jubileuszowe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Odpis na Zakładowy Fundusz Świadczeń Socjalnych	587,88	195,98	0,00	156,76	0,00
Świadczenia związane z BHP	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Koszty podróży służbowych	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Razem pochodne wynagrodzeń</b>	<b>587,88</b>	<b>195,98</b>	<b>0,00</b>	<b>156,76</b>	<b>0,00</b>
<b>Razem wynagrodzenia z pochodnymi</b>	<b>43 882,21</b>	<b>62 132,04</b>	<b>4 875,84</b>	<b>20 598,85</b>	<b>11 776,62</b>
<b>Udział wynagrodzeń z pochodnymi w przychodach</b>	<b>75,89%</b>	<b>74,29%</b>	<b>40,90%</b>	<b>47,24%</b>	<b>47,42%</b>
Marża na pokrycie pozostałych kosztów ( w zł)	13 938,26	21 502,34	7 046,83	23 003,19	13 060,29
Marża na pokrycie pozostałych kosztów ( %)	24,11%	25,71%	59,10%	52,76%	52,58%

W przypadku poradni specjalistycznych koszty osobowe nie powinny przekraczać 40 % uzyskiwanych przychodów. Zbliżony wynik do wskazanego wyżej, uzyskują następujące poradnie: Neonatologiczna, Ginekologiczna oraz Pulmonologiczna. W pozostałych poradniach koszty osobowe są zbyt wysokie, zwłaszcza w poradni: Diabetologicznej i Endokrynologicznej.



### 3.3. Analiza przychodów i stopnia realizacji kontraktu z NFZ

W celu zoptymalizowania przychodów realizowanych na podstawie zawartych umów z NFZ dokonano analizy rozliczeń świadczeń medycznych w poszczególnych zakresach Szpitala w Jarosławiu.

#### 3.3.1. Analiza stopnia realizacji kontraktu oddziałów szpitalnych w ramach istniejącego potencjału medycznego

Każdy podmiot medyczny ma własny potencjał, który powinien być optymalnie wykorzystany dla ekonomicznego uzasadnienia jego skali. Jeśli potencjał nie odpowiada zaspokojeniu oczekiwań ekonomicznych, należy go modyfikować tak, by znaleźć właściwą proporcję popytowo – podażową w zakresie świadczonych usług medycznych.

W ramach badania COM w Jarosławiu dokonano analizy stopnia realizacji kontraktu wszystkich oddziałów szpitalnych w ramach istniejącego potencjału medycznego.

**Tabela nr 13. Stopień wykonania kontraktu w oddziałach szpitalnych w I półroczu 2019**

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	Limit narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (%)
Oddział Pediatrii	1 668 500,00	1 852 165,00	111,01%
Oddział Chorób Wewnętrznych	3 125 000,00	2 903 035,72	92,90%
Oddział Kardiologii	2 995 000,00	2 998 690,16	100,12%
Oddział Chirurgii	3 000 000,00	3 019 245,65	100,64%
Oddział Ginek.- Położn.	1 720 843,00	1 747 814,56	101,57%
Oddział OIT	1 433 000,00	1 856 201,07	129,53%
Oddział Obserw.- Zakaż.	1 395 000,00	1 339 305,44	96,01%
Oddział Ortopedii	3 883 521,00	3 861 336,78	99,43%
Oddział Neurologii	3 335 000,00	3 171 971,88	95,11%
Oddział Reumatologii	780 000,00	660 129,96	84,63%
Oddział Neonatologiczny	779 057,00	917 709,43	117,80%
<b>Razem</b>	<b>24 114 921,00</b>	<b>24 327 605,65</b>	<b>100,88%</b>

Jak wynika z danych zaprezentowanych w powyższej tabeli, 6 oddziałów nadwykonało kontrakt, z czego największe nadwykonanie było w Oddziale OIT oraz Neonatologii i Pediatrii. 5 oddziałów nie wykonało kontraktu, jednak były to wartości zbliżone do 100%, poza Oddziałem Reumatologii, który zrealizował kontrakt zaledwie w 85%. Ogólnie łącznie oddziały osiągnęły zadawalający (98%-100%) poziom, tj. 100,88%. Świadczy to o tym, że jest zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne w ramach prowadzonej działalności, zwłaszcza, że istnieje odpowiedni potencjał w zakresie kadry medycznej.

W toku analizy zbadano, jak wyglądałaby sytuacja finansowa oddziałów, gdyby NFZ zapłacił za wszystkie nadwykonania oraz gdyby w pozostałych oddziałach nie było niewykonania kontraktu, czyli NFZ zapłacił by do wysokości planu. Strata zmniejszyłaby się wówczas o ok. 600 tys. zł, co pokazuje tabela poniżej.

**Tabela nr 14. Osiągnięte wyniki finansowe oddziałów szpitalnych za okres I-VI 2019 r.**

Lp.	6 m-cy 2019r.	ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY	ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY	OIT
1.	Wartość przychodów:	1 993 014,51	3 362 813,81	3 512 734,83	3 365 146,98	2 182 963,68	1 839 712,42
2.	Koszty Oddziału	1 984 041,00	4 178 477,83	3 460 397,11	4 259 819,16	3 970 662,16	2 588 642,39
3.	Koszty stałe	1 635 439,15	3 269 220,94	2 585 608,82	3 586 415,55	3 561 096,15	2 164 431,19
4.	Koszty zmienne	348 601,85	909 256,89	874 788,29	673 403,61	409 566,01	424 211,20
5.	Wynik finansowy	8 973,51	-815 664,02	52 337,72	-894 672,18	-1 787 698,48	-748 929,97
6.	kjzm	0,19	0,31	0,29	0,22	0,23	0,23

**cd. Tabela nr 14.**

Lp.	6 m-cy 2019r.	ODDZIAŁ CHOROBY ZAKAŻNYCH	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZ.UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOLOGII	ODDZIAŁ NEONATOLOGII
1.	Wartość przychodów:	1 588 278,76	4 020 101,95	3 913 432,55	697 924,96	935 177,07
2.	Koszty Oddziału	1 861 502,04	4909387,12	4028011,45	700524,25	1450657,75

3.	Koszty stałe	1 553 846,82	3454175,193	3217819,234	608523,7077	1357490,069	
4.	Koszty zmienne	307 655,22	1455211,927	810192,2157	92000,5423	93167,68063	
5.	<b>Wynik finansowy</b>	-273 223,28	-889 285,17	-114 578,90	-2 599,29	-515 480,68	-5 980 820,74
6.	kjzm	0,23	0,38	0,26	0,14	0,10	

**Tabela nr 15. Wyniki finansowe oddziałów za 6 m-cy 2019r.- z wykonaniem kontraktu do 100% planu**

Lp.	6 m-cy 2019r.	ODDZIAŁ PEDIATRYCZNY	ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	ODDZIAŁ KARDIOLOGII	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY	ODDZIAŁ POŁOŻNICZO- GINEKOLOGICZNY	OIT
1.	liczba nadw./niewyk.pkt	183 665,00	-221 964,28	3 690,16	19 245,65	26 971,56	423 201,07
2.	wartość nadwyk./niedow.pkt	34 568,17	69 521,21	1 076,51	4 292,49	6 320,26	96 717,24
3.	Koszty zmienne do wartości 100% kontraktu	314 033,67	978 778,10	873 711,78	669 111,12	403 245,75	327 493,97
4.	Koszty stałe	1 635 439,15	3 269 220,94	2 585 608,82	3 586 415,55	3 561 096,15	2 164 431,19
5.	<b>RAZEM KOSZTY</b>	1 949 472,83	4 247 999,04	3 459 320,60	4 255 526,67	3 964 341,90	2 491 925,15
6.	Dodatkowe przychody (do 100% kontraktu)		221 964,28				
7.	<b>PRZYCHODY OGÓŁEM</b>	1 993 014,51	3 584 778,09	3 512 734,83	3 365 146,98	2 182 963,68	1 839 712,42
8.	<b>WF</b>	43 541,68	-663 220,95	53 414,23	-890 379,69	-1 781 378,22	-652 212,73
9.	<b>poprawa WF ( zł )</b>	34 568,17	152 443,07	1 076,51	4 292,49	6 320,26	96 717,24

cd. Tabela nr 15.

Lp.	6 m-cy 2019r.	ODDZIAŁ CHOROÓB ZAKAŻNYCH	ODDZIAŁ ORTOPEDYCZNY	ODDZIAŁ NEUROLOGII Z PODODDZ.UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOLOGII	ODDZIAŁ NEONATOLOGII	
1.	liczba nadw./niewyk.pkt	-55 694,56	-22 184,22	-163 028,12	-119 870,04	138 652,43	
2.	wartość nadwyk./niedow.pkt	12 793,74	8 360,51	41 641,01	16 705,97	14 076,27	
3.	Koszty zmienne do wartości 100% kontraktu	320 448,95	1 463 572,44	851 833,23	108 706,51	79 091,41	
4.	Koszty stałe	1 553 846,82	3 454 175,19	3 217 819,23	608 523,71	1 357 490,07	
5.	RAZEM KOSZTY	1 874 295,78	4 917 747,63	4 069 652,46	717 230,22	1 436 581,48	
6.	Dodatkowe przychody (do 100% kontraktu)	55 694,56	22 184,22	163 028,12	119 870,04		
7.	PRZYCHODY OGÓŁEM	1 643 973,32	4 042 286,17	4 076 460,67	817 795,00	935 177,07	
8.	WF	-230 322,46	-875 461,46	6 808,21	100 564,78	-501 404,41	-5 390 051,02
9.	poprawa WF ( zł )	42 900,82	13 823,71	121 387,11	103 164,07	14 076,27	590 769,72

Tabela nr 16. Porównanie wyników finansowych

Lp.	6 m-cy 2019r.	Z nadw / niewykon kontraktu	Wykonanie = 100% planu	Różnica
1.	Wartość przychodów	27 411 301,52	27 994 042,74	582 741,22
2.	Koszty Oddziałów	33 392 122,26	33 384 093,76	-8 028,50
3.	Koszty stałe	26 994 066,83	26 994 066,83	0,00
4.	Koszty zmienne	6 398 055,43	6 390 026,93	-8 028,50
5.	Wynik finansowy	-5 980 820,74	-5 390 051,02	590 769,72

**Wniosek:**

Wykonanie kontraktu w I półroczu 2019 do wysokości planu skutkowałoby poprawą wyniku finansowego ponad 590 tys. zł. Głównie za sprawą wyższych o 582 tys. zł przychodów oraz mniejszych o 8 tys. zł kosztów zmiennych.

Z powyższych wyliczeń wynika, że nadwykonania z uwagi na niskie koszty zmienne nie mają większego wpływu na pogorszenie wyniku finansowego. W przeciwieństwie do przychodów utraconych w wyniku niewykonania kontraktu, zważywszy na fakt że koszty stałe pozostają niemalże na tym samym poziomie.

**3.3.2. Analiza stopnia realizacji kontraktu poradni specjalistycznych w ramach istniejącego potencjału medycznego**

Z przeprowadzonej analizy realizacji kontraktu za I półrocze 2019 wynika, że poradnie specjalistyczne nie wykorzystują swojego potencjału, tj. 9 poradni na 11 funkcjonujących w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu nie wykonało kontraktu, a 2 w niewielkim stopniu go nadwykonały.

**Tabela nr 17. Stopień wykonania kontraktu w poradniach specjalistycznych w I półroczu 2019**

Poradnia	Limit narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (%)
Por.Chirurg.	430 000,00	396 728,90	92,26%
Por.Ortop.	340 000,00	331 563,80	97,52%
Por.Reumatol.	111 500,00	109 106,20	97,85%
Por.Kardiolog.	145 500,00	138 806,82	95,40%
Por.Ginekol.	201 597,00	202 971,20	100,68%
Por.Chor.Zakaż.	111 000,00	108 019,67	97,32%
Por. Diabetol.	54 500,00	53 465,60	98,10%
Por.Endokrynol.	101 000,00	97 945,58	96,98%
Por.Neonatol.	16 300,00	14 896,50	91,39%
Por.Pulmonolog.	52 992,00	24 591,00	46,41%
Por.Neurologiczn.	52 296,00	54 899,28	104,98%
<b>Razem</b>	<b>1 616 685,00</b>	<b>1 532 994,55</b>	<b>94,82%</b>

Przy omawianiu kwestii realizacji przychodów w obszarze przyszpitalnych poradni specjalistycznych należy zwrócić uwagę na fakt premiowania przez NFZ szpitali, które zwiększają operatywę w AOS, na rzecz zmniejszania się procedur związanych z hospitalizacją. W przypadku COM występuje niewielkie nadwykonanie planu w ramach szpitala i spore niedowyołkonania w ramach AOS. Ten stan rzeczy należy uznać za niewłaściwy z punktu widzenia algorytmu określającego poziom ryczałtu.

Jak wynika z danych zaprezentowanych w powyższej tabeli, największe niedowyołkonanie było w Poradni Pulmonologicznej, a poradnią, która nadwykonała kontrakt w zadawalającym stopniu była Poradnia Neurologiczna. Ogólnie poradnie wykonały kontrakt w zaledwie 95%.

Wyniki finansowe uzyskane przez poradnie przedstawia tabela poniżej.

**Tabela nr 18. Osiągnięte wyniki finansowe poradniach specjalistycznych za okres I-VI 2019 r.**

Poradnia	Przychody	Koszty stałe	Koszty zmienne	Koszty razem	WF
Por.Chirurg.	381 162,47	305 567,80	143 879,82	449 447,62	-68 285,15
Por.Ortop.	300 646,27	336 955,33	44 575,44	381 530,77	-80 884,50
Por.Reumatol.	125 250,10	104 670,20	26 640,00	131 310,20	-6 060,10
Por.Kardiolog.	137 038,52	105 514,20	2 612,33	108 126,53	28 911,99
Por.Ginekol.	242 267,60	172 319,16	41 811,87	214 131,03	28 136,57
Por.Chor.Zakaż.	157 697,86	116 027,11	47 555,00	163 582,11	-5 884,25
Por. Diabetol.	57 820,47	63 860,97	5 041,15	68 902,12	-11 081,65
Por.Endokrynol.	83 634,38	108 955,80	24 018,85	132 974,65	-49 340,27
Por.Neonatol.	11 922,67	9 400,51	243,00	9 643,51	2 279,16
Por.Pulmonolog.	24 836,91	18 426,48	2 810,62	21 237,10	3 599,81
Por.Neurologiczn.	43 602,04	39 518,59	18 088,05	57 606,64	-14 004,60
<b>Razem</b>	<b>1 565 879,29</b>	<b>1 381 216,15</b>	<b>357 276,13</b>	<b>1 738 492,28</b>	<b>-172 612,99</b>

W toku analizy zbadano, jak wyglądałaby sytuacja finansowa poradni, gdyby NFZ zapłacił za nadwykonania oraz gdyby w pozostałych poradniach nie było niewykonania kontraktu, czyli NFZ zapłacił by do wysokości planu. Strata zmniejszyłaby się wówczas o ok. 72 tys. zł, na skutek zwiększenia przychodów przy jednoczesnym zwiększeniu kosztów zmiennych.

**Tabela nr 19. Analiza kosztów zmiennych wynikających ze zwiększonego wykonania kontraktu w poradniach specjalistycznych w I półroczu 2019**

Poradnia	Koszty stałe	Koszty zmienne	koszt zm/pkt	liczba niedowyon pkt	liczba nadwyon pkt	koszty zmienne niedowyon pkt	koszty zmienne nadwyon pkt	Koszty zmienne do 100% kontraktu
Por.Chirurg.	305 567,80	143 879,82	0,36	33 271,10		12 066,27		12 066,27
Por.Ortop.	336 955,33	44 575,44	0,13	8 436,20		1 134,16		1 134,16
Por.Reumatol.	104 670,20	26 640,00	0,24	2 393,80		584,48		584,48
Por.Kardiolog.	105 514,20	2 612,33	0,02	6 693,18		125,96		125,96
Por.Ginekol.	172 319,16	41 811,87	0,21		1 374,20		283,08	-283,08
Por.Chor.Zakaż.	116 027,11	47 555,00	0,44	2 980,33		1 312,07		1 312,07
Por. Diabetol.	63 860,97	5 041,15	0,09	1 034,40		97,53		97,53
Por.Endokrynol.	108 955,80	24 018,85	0,25	3 054,42		749,02		749,02
Por.Neonatol.	9 400,51	243,00	0,02	1 403,50		22,89		22,89
Por.Pulmonolog.	18 426,48	2 810,62	0,11	28 401,00		3 246,08		3 246,08
Por.Neurologiczn.	39 518,59	18 088,05	0,33		2 603,28		857,72	-857,72
<b>Razem</b>	<b>1 381 216,15</b>	<b>357 276,13</b>		<b>87 667,93</b>	<b>3 977,48</b>	<b>19 338,49</b>	<b>1 140,80</b>	<b>18 197,69</b>

Wykonując większy kontrakt koszty zmienne w 9 poradniach zwiększyłyby się, a w 2 poradniach minimalnie by spadły. Łącznie koszty zmienne wzrosłyby o ponad 18 tys. zł, przy jednoczesnym wzroście przychodów o ponad 90 tys. zł.

**Tabela nr 20. Wyniki finansowe poradni specjalistycznych za 6 m-cy 2019 r.- z wykonaniem kontraktu do 100% planu**

Poradnia	Przychody	Utrac. przych z niewyk. kontr.	Razem przychody	Koszty stałe	Koszty zmienne	Koszty razem	WF	Poprawa WF
Chirurg.	381 162,47	33 271,10	414 433,57	305 567,80	155 946,09	461 513,89	-47 080,32	
Ortop.	300 646,27	8 436,20	309 082,47	336 955,33	45 709,60	382 664,93	-73 582,46	
Reumatol.	125 250,10	2 393,80	127 643,90	104 670,20	27 224,48	131 894,68	-4 250,78	
Kardiolog.	137 038,52	6 693,18	143 731,70	105 514,20	2 738,29	108 252,49	35 479,21	
Ginekol.	242 267,60		242 267,60	172 319,16	41 528,79	213 847,95	28 419,65	
Chor.Zakaż.	157 697,86	2 980,33	160 678,19	116 027,11	48 867,07	164 894,18	-4 215,99	
Diabetol.	57 820,47	1 034,40	58 854,87	63 860,97	5 138,68	68 999,65	-10 144,78	
Endokrynol.	83 634,38	3 054,42	86 688,80	108 955,80	24 767,87	133 723,67	-47 034,87	
Neonatol.	11 922,67	1 403,50	13 326,17	9 400,51	265,89	9 666,40	3 659,77	
Pulmonolog.	24 836,91	31 241,10	56 078,01	18 426,48	6 056,70	24 483,18	31 594,83	

Neurologiczn.	43 602,04		43 602,04	39 518,59	17 230,33	56 748,92	-13 146,88	
<b>Razem</b>	1 565 879,29	90 508,03	1 656 387,32	1 381 216,15	375 473,82	1 756 689,97	-100 302,65	<b>72 310,34</b>

Wynik finansowy poradni poprawiłby się o ponad 72 tys. zł.

**Tabela nr 21. Porównanie wyników finansowych**

Lp.	6 m-cy 2019r.	Z nadw / niewykon kontraktu	Wykonanie = 100% planu	Różnica
1.	Wartość przychodów	1 565 879,29	1 656 387,32	90 508,03
2.	Koszty Poradni	1 738 492,28	1 756 689,97	18 197,69
3.	Koszty stałe	1 381 216,15	1 381 216,15	0,00
4.	Koszty zmienne	357 276,13	375 473,82	18 197,69
5.	<b>Wynik finansowy</b>	<b>-172 612,99</b>	<b>-100 302,65</b>	<b>72 310,34</b>

#### **Wniosek:**

Wykonanie kontraktu w I półroczu 2019 do wysokości planu skutkowałoby poprawą wyniku finansowego o ponad 72 tys. zł głównie za sprawą wyższych o 90 tys. zł przychodów.

Z powyższych wyliczeń wynika, że wykonanie do 100% kontraktu z jednoczesnym dociążeniem wykonania kosztami zmiennymi, ale również wyższymi przychodami, jest w przypadku poradni opłacalne, a to głównie za sprawą niskich jednostkowych kosztów zmiennych.

Należy pamiętać, że większe wykonanie kontraktu nie powoduje większych kosztów stałych. Koszty stałe pozostają na tym samym poziomie.

### **3.4. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy obszaru ekonomiczno – finansowego**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu zaliczyć można do dużych szpitali szczebla powiatowego. Podobnie, jak zdecydowana większość (aktualnie, ok. 90 % szpitali powiatowych)



generuje stratę na swej działalności operacyjnej, która się wraz z upływem czasu powiększa. Strata netto za 2017 rok wyniosła – 2 909 101,42 zł, za 2018 – 8 128 364,13 zł, a za I półrocze 2019 roku strata netto osiągnęła już poziom – 4 450 592,37 zł.

Z roku na rok udział kapitałów własnych w finansowaniu majątku Jednostki spada i w 2018 roku osiągnął już wartość ujemną w wysokości -553 637,71 zł, która na koniec I półrocza 2019 r. wynosi -5 004 230,08 zł. Wobec takiego stanu rzeczy COM finansuje obecnie w coraz większym stopniu swoje aktywa zobowiązaniami, które z roku na rok zwiększają się istotnie.

Wzrost kosztów działalności operacyjnej ( w relacji rok do roku: 2018 do 2017) wynoszący 11 357 547,1 zł zdecydowanie przewyższa wzrost przychodów netto ze sprzedaży, 6 143 625,80 zł. Na wzrost kosztów wpłynęło przede wszystkim zwiększenie kosztów osobowych Jednostki.

Nierozliczona strata z lat ubiegłych jest wobec osiągniętych przychodów rocznych bardzo wysoka. Na koniec 2018 roku osiągnęła ona poziom – 19 496 073,49 zł przy przychodach netto ze sprzedaży na poziomie 76 872 619,11 zł tj. ponad 25 %.

Odnotowano również niepokojący spadek poziomu wskaźników finansowych. Wskaźniki zyskowności na przestrzeni okresu I 2018 – VI 2019 r. obniżyły się, podobnie, jak wskaźniki płynności finansowej, co oznacza, że bez zmiany wzajemnej relacji przychodów i kosztów zdolność do terminowego regulowania zobowiązań aktualnie może być zaburzona, a to może skutkować utratą bieżącej płynności finansowej. Analiza wskaźnikowa stwierdza spadek badanej Jednostki z poziomu C do kategorii D, co należy uznać za zjawisko niepokojące.

Przeprowadzona analiza obszaru ekonomiczno – finansowego skłania Audytorów do wyartykułowania następujących wniosków i rekomendacji:

- 1) pogarszające się wyniki analizy wskaźników ekonomiczno – finansowych oraz dynamika wzrostu straty na działalności operacyjnej Jednostki powinny skłaniać kierownictwo COM do zdecydowanego wdrożenia rekomendacji wynikających z niniejszego Opracowania.
- 2) koszty stałe ponoszone przez COM są zbyt wysokie, w stosunku do kosztów zmiennych, głównie przez wysokość ponoszonych kosztów osobowych. Nie jest to zjawisko pozytywne, jednakże przyczynia się to do wyrażenia rekomendacji skłaniającej Jednostkę do przekraczania planu przychodów do poziomu 105-107 % biorąc pod uwagę Szpital łącznie z AOS. Da to szansę na zwiększenie ryczałtu na kolejne okresy rozliczeniowe z NFZ przy bardzo nieznacznych wzrostach kosztów, co wpłynie pozytywnie na poprawę wyniku finansowego.
- 3) koniecznym jest, do czasu uzyskania efektu finansowego z wprowadzanych zmian w funkcjonowaniu Jednostki rekomendowanych w niniejszym Opracowaniu, wsparcie

się kapitałem zewnętrznym dla zachowania bezpieczeństwa kontynuacji statutowej działalności.

- 4) Analizując stopień wykonania kontraktu w oddziałach szpitalnych oraz w poradniach specjalistycznych dostrzega się spore różnice zarówno w kwotowym, jak i w procentowym wykonaniu kontraktów, co powinno skłonić Jednostkę do lepszego planowania wewnętrznego budżetu (stosowanie tzw. elastycznego budżetu). Jest to szczególnie ważne do optymalnego wykorzystania własnego potencjału w wykorzystaniu przyznanych przez NFZ środków finansowych w ujęciu bieżącym oraz planowanym na przyszłe lata.

## 4. ANALIZA POTENCJAŁU MEDYCZNEGO

### 4.1. Analiza produktowa

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu jest wpisany do Księgi Rejestrowej Wojewody Podkarpackiego pod numerem 000000010150 i prowadzi działalność leczniczą na terenie powiatu jarosławskiego w następujących zakresach:

- Szpitalny Oddział Ratunkowy 10 łóżek, w tym 2 intensywnej opieki medycznej
- Anestezjologii i Intensywnej Terapii 6 łóżek
- Chirurgiczny 34 łóżka, w tym 2 intensywnej opieki medycznej, (uwaga: w Rejestrze wpisano też w zakresie chirurgii - chirurgia onkologiczna)
- Dziecięcy 25 łóżek, w tym 1 intensywnej opieki medycznej
- Kardiologiczny 35 łóżek
- Neurologiczny 20 łóżek, w tym 1 intensywnej opieki medycznej
- Obserwacyjno – Zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW 23 łóżek, w tym 1 intensywnej opieki medycznej
- Położniczo – Ginekologiczny 35 łóżek, w tym 2 intensywnej opieki medycznej
- Neonatologiczny 18 łóżek, w tym 12 łóżek dla noworodków, 3 inkubatory, 2 intensywnej terapii noworodka, 2 po sztucznej wentylacji, 2 dla noworodków nie wymagających wsparcia oddechowego
- Urazowo Ortopedyczny 16 łóżek
- Wewnętrzny 50 łóżek, w tym 6 łóżek intensywnej opieki medycznej,
- Reumatologiczny 12 łóżek
- Blok Operacyjny 4 łóżka
- Izba Przyjęć 2 łóżka
- Zakład Opiekuńczo – Leczniczy 35 łóżek
- Pododdział Udarowy 20 łóżek, w tym 7 intensywnej opieki medycznej
- Dział Anestezjologii

- A ponadto w Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu, Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu Filia w Laszkach oraz Filia w Wiązownicy i Filia w Radawie i Filia w Wietlinie i Filia w Zapałowie, w Miększu Nowym, w Łowcach
  - Specjalistyczna Opieka Zdrowotna realizowana w formie leczenia ambulatoryjnego:
  - Poradnia Kardiologiczna w Jarosławiu i Filia w Laszkach
  - Reumatologiczna
  - Chorób Zakaźnych
  - Ginekologiczna
  - Endokrynologiczna
  - Diabetologiczna
  - Neurologiczna
  - Pulmonologiczna
  - Anestezjologiczna
  - Internistyczna
  - Pediatria
  - Chirurgiczna
  - Urazowo - ortopedyczna
  - Gabinet Profilaktyki Szkolnej i Pomocy Przedlekarskiej
  - Poradnia Medycyny Pracy
  - Zespół Wyjazdowy POZ
  - Zespół Transportu Sanitarnego
  - Zespół transportu Medycznego
  - Zespół Rehabilitacji Domowej
  - Gabinet Pielęgniarki Środowiskowo – Rodzinnej
  - Przychodnia Podstawowej Opieki Zdrowotnej w Jarosławiu Filia Poradnia Studencka
  - Gabinet Pielęgniarek Opieki Długoterminowej
  - Punkt Szczepień
  - Gabinet Diagnostyczno - Zabiegowy
  - Gabinet Zabiegowy
  - Rehabilitacja Lecznicza
- oraz
- Dział Diagnostyki Medycznej Laboratorium
  - Pracownia Mikrobiologii
  - Ambulatorium POZ
  - Pracownia RTG
  - Pracownia USG
  - Pracownia Tomografii Komputerowej
  - Pracownia Rezonansu Magnetycznego
  - Pracownia elektrofizjologii, stymulacji serca i kontroli rozruszników
  - Pracownia Endoskopii
  - Pracownia Mammografii
  - Bank Krwi
  - Gabinet położnej środowiskowo-rodzinnej
  - Apteka Szpitalna
  - Centralna sterylizatornią

Zaznaczyć przy tym należy, że Szpitalny Oddział Ratunkowy jest nową komórką organizacyjną, która rozpoczęła funkcjonowanie we wrześniu 2019 roku.

Struktura produktowa charakteryzuje się relatywnie szeroką ofertą przychodni specjalistycznych, w zasadzie dobrze skorelowanych z lecznictwem stacjonarnym realizowanym w COM oraz dużą ilością ośrodków zdrowia usytuowanych na terenie całego powiatu.

#### 4.2. Analiza danych statystycznych oddziałów szpitalnych

W I półroczu 2019r. w Szpitalu hospitalizowano łącznie 8 063 pacjentów, wykonując 36 809 osobodni. Wskaźnik wykorzystania łóżek w oddziałach szpitalnych wyniósł 71,45%, a średni czas pobytu 4,61 dni.

W tabeli poniżej przedstawiono podstawowe dane statystyczne Szpitala za I półrocze 2018 r. oraz I półrocze 2019 r.

**Tabela nr 22. Liczba leczonych, osobodni i łóżek - 01.01.2018 - 30.06.2018 r.**

Nazwa Oddziału	Liczba łóżek	Liczba leczonych w oddziale	Liczba pacjentów hospitalizowanych	Liczba osobodni	Wskaźnik wykorzystania łóżek	Średni czas pobytu (w dniach)
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	25	792	719	2 358	52,11%	2,98
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	50	1 272	996	8 442	93,28%	6,64
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	35	1 116	1 001	4 354	68,73%	3,90
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	34	916	777	5 221	84,84%	5,70
ODDZIAŁ GIN.-POŁ.	36	1 338	1 089	3 725	57,17%	2,78
ODDZIAŁ OIT	6	61	43	884	81,40%	14,49
ODDZIAŁ OBSERW.-ZAKAŻNY	25	543	453	3 047	67,34%	5,61
ODDZIAŁ ORTOPEDII	16	760	691	2 062	71,20%	2,71
ODDZIAŁ NEUROLOGII	40	1 551	1 331	7 040	97,24%	4,54
ODDZIAŁ REUMATOLOGII	20	278	250	1 261	34,83%	4,54
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	18	319	280	999	30,66%	3,13
<b>Razem</b>	<b>305</b>	<b>8 946</b>	<b>7 630</b>	<b>39 393</b>	<b>71,36%</b>	<b>4,40</b>

**Tabela nr 23. Liczba leczonych, osobodni i łóżek - 01.01.2019 - 30.06.2019**

Nazwa Oddziału	Liczba łóżek	Liczba leczonych w oddziale	Liczba pacjentów hospitalizowanych	Liczba osobodni	Wskaźnik wykorzystania łóżek	Średni czas pobytu (w dniach)
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	25	831	756	2 428	53,66%	2,92
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	50	1 234	971	7 684	84,91%	6,23
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	35	903	772	4 351	68,68%	4,82
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	34	699	578	3 361	54,61%	4,81
ODDZIAŁ GIN.-POŁ.	35	1 107	998	3 833	60,51%	3,46
ODDZIAŁ OIT	6	43	36	874	80,48%	20,33
ODDZIAŁ OBSERW.-ZAKAŻNY	23	480	385	3 147	75,59%	6,56
ODDZIAŁ ORTOPEDII	16	778	709	2 192	75,69%	2,82
ODDZIAŁ NEUROLOGII	40	1 357	1 149	6 427	88,77%	4,74
ODDZIAŁ REUMATOLOGII	12	304	255	1 395	64,23%	4,59
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	18	327	302	1 117	34,28%	3,42
<b>Razem</b>	<b>294</b>	<b>8 063</b>	<b>6 911</b>	<b>36 809</b>	<b>69,17%</b>	<b>4,57</b>

**PORÓWNANIE DANYCH STATYSTYCZNYCH:**

**Tabela nr 24. Porównanie liczby łóżek**

Nazwa Oddziału	Liczba łóżek w oddziale		zmiana liczby leczonych w II okresie w stosunku do I okresu	
	I okres: 01.01.2018 - 30.06.2018	II okres: 01.01.2019- 30.06.2019	ilościowo	procentowo
ODDZIAŁ DZIECICY	25	25	0	0,00%
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	50	50	0	0,00%
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	35	35	0	0,00%
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	34	34	0	0,00%
ODDZIAŁ GIN.-POŁ.	36	35	-1	-2,78%
ODDZIAŁ OIT	6	6	0	0,00%
ODDZIAŁ OBSERW.-ZAKAŻNY	25	23	-2	-8,00%
ODDZIAŁ ORTOPEDII	16	16	0	0,00%
ODDZIAŁ NEUROLOGII	40	40	0	0,00%
ODDZIAŁ REUMATOLOGII	20	12	-8	-40,00%
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	18	18	0	0,00%
<b>Razem</b>	<b>305</b>	<b>294</b>	<b>-11</b>	<b>-3,61%</b>

**Tabela nr 25. Porównanie liczby leczonych**

Nazwa Oddziału	Liczba leczonych w oddziale		zmiana liczby leczonych w II okresie w stosunku do I okresu	
	I okres: 01.01.2018 - 30.06.2018	II okres: 01.01.2019- 30.06.2019	ilościowo	procentowo
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	792	831	39	4,92%
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	1 272	1 234	-38	-2,99%
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	1 116	903	-213	-19,09%
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	916	699	-217	-23,69%
ODDZIAŁ GIN.-POŁ.	1 338	1 107	-231	-17,26%
ODDZIAŁ OIT	61	43	-18	-29,51%
ODDZIAŁ OBSERW.-ZAKAŻNY	543	480	-63	-11,60%
ODDZIAŁ ORTOPEDII	760	778	18	2,37%
ODDZIAŁ NEUROLOGII	1 551	1 357	-194	-12,51%
ODDZIAŁ REUMATOLOGII	278	304	26	9,35%
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	319	327	8	2,51%
<b>Razem</b>	<b>8 946</b>	<b>8 063</b>	<b>-883</b>	<b>-9,87%</b>

**Tabela nr 26. Porównanie liczby hospitalizowanych**

Nazwa Oddziału	Liczba hospitalizowanych w oddziale		zmiana liczby hospit. w II okresie w stosunku do I okresu	
	I okres: 01.01.2018 - 30.06.2018	II okres: 01.01.2019 - 30.06.2019	ilościowo	procentowo
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	719	756	37	5,15%
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	996	971	-25	-2,51%
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	1 001	772	-229	-22,88%
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	777	578	-199	-25,61%
ODDZIAŁ GIN.-POŁ.	1 089	998	-91	-8,36%
ODDZIAŁ OIT	43	36	-7	-16,28%
ODDZIAŁ OBSERW.-ZAKAŻNY	453	385	-68	-15,01%
ODDZIAŁ ORTOPEDII	691	709	18	2,60%
ODDZIAŁ NEUROLOGII	1 331	1 149	-182	-13,67%
ODDZIAŁ REUMATOLOGII	250	255	5	2,00%
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	280	302	22	7,86%
<b>Razem</b>	<b>7 630</b>	<b>6 911</b>	<b>-719</b>	<b>-9,42%</b>

**Tabela nr 27. Porównanie liczby osobodni**

Nazwa Oddziału	Liczba osobodni w oddziale		zmiana liczby osobodni w II okresie w stosunku do I okresu	
	I okres: 01.01.2018 -	II okres: 01.01.2019 -	ilościowo	procentowo
	30.06.2018	30.06.2019		
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	2358	2428	70	2,97%
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	8442	7684	-758	-8,98%
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	4354	4351	-3	-0,07%
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	5221	3361	-1860	-35,63%
ODDZIAŁ GIN.-POŁ.	3725	3833	108	2,90%
ODDZIAŁ OIT	884	874	-10	-1,13%
ODDZIAŁ OBSERW.-ZAKAŻNY	3047	3147	100	3,28%
ODDZIAŁ ORTOPEDII	2062	2192	130	6,30%
ODDZIAŁ NEUROLOGII	7040	6427	-613	-8,71%
ODDZIAŁ REUMATOLOGII	1261	1395	134	10,63%
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	999	1117	118	11,81%
<b>Razem</b>	39393	36809	-2584	-6,56%

**Tabela nr 28. Porównanie wskaźnika wykorzystania łóżek**

Nazwa Oddziału	Wskaźnik wykorzystania łóżek w oddziale		zmiana wsk. wykorzystania łóżek w II okresie w stosunku do I okresu
	I okres: 01.01.2018 -	II okres: 01.01.2019 -	
	30.06.2018	30.06.2019	
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	52,11%	53,66%	1,55%
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	93,28%	84,91%	-8,38%
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	68,73%	68,68%	-0,05%
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	84,84%	54,61%	-30,22%
ODDZIAŁ GIN.-POŁ.	57,17%	60,51%	3,34%
ODDZIAŁ OIT	81,40%	80,48%	-0,92%
ODDZIAŁ OBSERW.-ZAKAŻNY	<b>67,34%</b>	<b>75,59%</b>	8,26%
ODDZIAŁ ORTOPEDII	71,20%	75,69%	4,49%
ODDZIAŁ NEUROLOGII	97,24%	88,77%	-8,47%
ODDZIAŁ REUMATOLOGII	34,83%	64,23%	29,39%
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	30,66%	34,28%	3,62%
<b>Razem</b>	71,36%	69,17%	-2,19%

**Tabela nr 29. Porównanie średniego dnia pobytu w oddziale.**

Nazwa Oddziału	Średni czas pobytu w oddziale		zmiana śr.czasu pobytu w II okresie w stosunku do I okresu	
	I okres: 01.01.2018 -	II okres: 01.01.2019 -	ilościowo	procentowo
	30.06.2018	30.06.2019		
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	2,98	2,92	-0,06	-1,86%
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	6,64	6,23	-0,41	-6,18%
ODDZIAŁ KARDIOLOGII	3,90	4,82	0,92	23,50%
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	5,70	4,81	-0,89	-15,64%
ODDZIAŁ GIN.-POŁ.	2,78	3,46	0,68	24,37%
ODDZIAŁ OIT	14,49	20,33	5,83	40,26%
ODDZIAŁ OBSERW.-ZAKAŻNY	5,61	<b>6,56</b>	0,94	16,84%
ODDZIAŁ ORTOPEDII	2,71	2,82	0,10	3,85%
ODDZIAŁ NEUROLOGII	4,54	4,74	0,20	4,34%
ODDZIAŁ REUMATOLOGII	4,54	4,59	0,05	1,17%
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	3,13	3,42	0,28	9,08%
<b>Razem</b>	4,40	4,57	0,16	3,67%

Okresem bazowym do porównań określono I półrocze 2018. Z powyższych tabel wynika, że w porównywalnym okresie, tj. w I półroczu 2019 roku wszystkie wskaźniki statystyczne w zakresie działalności szpitalnej spadły;

- liczba łóżek zmniejszyła się o 11 łóżek, z czego najwięcej bo o 8 łóżek w Oddziale Reumatologii,
- liczba leczonych pacjentów spadła o ok. 10%, tj. o 883 pacjentów, z czego w NFZ rozliczono 719 pacjentów mniej,
- podobnie w przypadku osobodni, ich liczba spadła o 2 584 osobodni, tj. o ok. 6,5 %, a wskaźnik wykorzystania łóżek spadł o ok. 2%.



### 4.3. Analiza wykorzystania bazy łóżkowej z określeniem niezbędnej liczby łóżek w stosunku do wielkości kontraktu i umożliwiającej dostępność do świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach szpitalnych

Analiza potencjału bazy łóżkowej została przeprowadzona dla każdego oddziału oddzielnie w oparciu o dane za I półrocze 2019 r. Analizę przeprowadzono pod kątem szacowania możliwości zwiększenia zakresu świadczeń przy wykorzystaniu aktualnie posiadanych przez Szpital zasobów oraz ich zwiększenia. Sprawdzone wykorzystanie łóżek w trzech aspektach:

- a) w sytuacji bieżącej tj. z nadwykonaniem / niewykonaniem kontraktu,
- b) w sytuacji wykonania kontraktu do planu,
- c) w sytuacji nadwykonań i niedowykonań z I półrocza 2019 wraz z wydłużeniem lub skróceniem pobytów pacjentów.

#### 4.3.1. Oddział Dziecięcy

**Tabela nr 30. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019r.**

Lp.	Oddział Dziecięcy	I - VI 2019	brak nadwykonań (wyk.kontr.=100% planu)	wydłużone pobyty i brak nadwykon.	nadwykon.w wysokosci 105% planu i wydłużone pobyty
1.	Liczba łóżek	25	25	25	25
2.	Liczba leczonych w oddziale	831	756	756	790
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych ( wypis.+zgony)	756	681	681	715
4.	Liczba osobodni	2 428	2 209	2 586	2 702
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	53,66%	48,82%	57,14%	59,71%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	2,92	2,92	3,42	3,42
7.	Liczba łóżek efektywnych	13,41	12,20	14,29	14,93
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	2,37	2,15	2,52	2,63
9.	Razem łóż.efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	17,00	16,00	18,00	18,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)			18,00	

11.	Nadwyżka/niedobór łóżek		9,00	7,00	7,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	1 668 500,00	1 350 001,00	1 350 002,00	1 350 003,00
13.	<b>Plan wartościowy</b>	1 668 500,00	1 350 001,00	1 350 002,00	1 350 003,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	1 852 165,00	1 350 001,00	1 350 002,00	1 417 503,15
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	1 852 165,00	1 350 001,00	1 350 002,00	1 417 503,15
16.	Wykonanie planu ( % )	111,01	100,00	100,00	105,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	2 449,95	1 982,28	1 982,28	1 982,28
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	183 665,00	0,00	0,00	67 500,15
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	75	0	0	34

W I półroczu 2019 r. Oddział Dziecięcy wykonał kontrakt w 111,01 % przy 53,66 % wykorzystaniu łóżek, do wielkości którego potrzebnych było 17 łóżek.

Przeliczono zapotrzebowanie na łóżka wg wykonania kontraktu w 100% z wydłużeniem pobytu do 3,42 dni, które uznaje się w tych oddziałach za optymalne. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-towa wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 15 łóżek plus 3 łóżka będące w tzw. gotowości.

Łącznie Oddział powinien liczyć 18 łóżek.

Dokonano również analizy wykorzystania łóżek w sytuacji, gdyby kontrakt został wykonany w 105%. W tej sytuacji zapotrzebowanie na łóżka wynosiłoby również 18 łóżek.

Wniosek:

Proponuje się zmniejszenie łóżek do 18, a uzyskane w ten sposób sale przeznaczyć na podniesienie komfortu i atrakcyjności Oddziału (świetlica dla dzieci powyżej 3 roku życia, biblioteczka oddziałowa itp.).

#### 4.3.2. Oddział Chorób Wewnętrznych

**Tabela nr 31. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019r.**

Lp.	Oddział Chorób Wewnętrznych	I - VI 2019	brak nadwykonań (wyk.kontr.=100% planu)	nadwykon.w wysokosci 105% planu
1.	Liczba łóżek	50	50	50
2.	Liczba leczonych w oddziale	1 234	1 308	1 361
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych (wypis.+zgony)	971	1045	1098
4.	Liczba osobodni	7 684	8 146	8 472
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	84,91%	90,01%	93,61%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	6,23	6,23	6,23
7.	Liczba łóżek efektywnych	42,45	45,01	46,81
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	7,49	7,94	8,26
9.	Razem łóż. efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	51,00	54,00	56,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)		54,00	
11.	Nadwyżka łóżek	-1,00	-4,00	-6,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	3 125 000,00	3 125 000,00	3 125 000,00
13.	<b>Plan wartościowy</b>	3 125 000,00	3 125 000,00	3 125 000,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	2 903 035,72	3 125 000,00	3 281 250,00
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	2 903 035,72	3 125 000,00	3 281 250,00
16.	Wykonanie planu ( %)	92,90	100	105,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	2989,74	2989,74	2989,74
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	-221 964,28	0,00	156 250,00
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	-74	0	52

W Oddziale Wewnętrznym zrealizowano kontrakt w 92,90% przy średniej długości hospitalizacji 6,23 dni, którą przyjmuje się za optymalną. Liczba łóżek obłożonych wynosiła wówczas 43, wyliczono że aby zachować 85% obłożenia Oddziału , należy zabezpieczyć 8 łóżek do tzw. gotowości. W tej sytuacji o 1 łóżko było w oddziale za mało. Wyliczono, że wykonując 100% kontraktu przy tych samych założeniach j.w. będzie brakowało 4 łóżek.

Dokonano również analizy wykorzystania łóżek w sytuacji gdyby kontrakt został wykonany w 105%. W tej sytuacji zapotrzebowanie na łóżka wynosiłoby 56 łóżek.

Wniosek:

Nie rekomenduje się zwiększenia liczby łóżek. Należy w tym oddziale hospitalizować mniej pacjentów z jednoczesnym, wyższym rozliczeniem pkt-ów aby wykonać kontrakt w 100%.

Realizując zaledwie 92,90 % kontraktu, oddział nie wykonał 221 964,28 pkt, co w przeliczeniu stanowi ok. 74 pacjentów, których można było dodatkowo przyjąć do leczenia, średnio 12 pacjentów więcej na miesiąc.

Istnieje druga możliwość uzyskania pełnego ryczału, poprzez lepsze rozliczenie pacjentów hospitalizowanych. W tym przypadku wystarczyło rozliczyć średnio 228,59 pkt więcej na pacjenta (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt, byłyby to ok. 4,5 pkt).

#### 4.3.3. Oddział Kardiologii

**Tabela nr 32. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019r.**

Lp.	Oddział Kardiologii	I - VI 2019	brak niedowyoonań (wyk.kontr.=100% planu)	skrócone pobyty i brak nadwykon.	nadwykon.w wysokości 105% planu i wydłużone pobyty
1.	Liczba łóżek	35	35	35	35
2.	Liczba leczonych w oddziale	903	902	902	941
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych ( wypis.+zgony)	772	771	771	810
4.	Liczba osobodni	4 351	4 346	4 095	4 270
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	68,68%	68,61%	64,65%	67,41%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	4,82	4,82	4,54	4,54
7.	Liczba łóżek efektywnych	24,04	24,01	22,63	23,59
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	4,24	4,24	3,99	4,16
9.	Razem łóż.efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	30,00	30,00	27,00	29,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)			27,00	
11.	Nadwyżka łóżek	5,00	5,00	8,00	6,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	2 995 000,00	2 995 000,00	2 995 000,00	2 995 000,00
13.	<b>Plan wartościowy</b>	2 995 000,00	2 995 000,00	2 995 000,00	2 995 000,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	2 998 690,16	2 995 000,00	2 995 000,00	3 144 750,00
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	2 998 690,16	2 995 000,00	2 995 000,00	3 144 750,00
16.	Wykonanie planu ( % )	100,12	100	100,00	105,00

17.	Liczba pkt/1 leczon.	3 884,31	3 884,31	3 884,31	3 884,31
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	3 690,16	0,00	0,00	149 750,00
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	0,95	0,00	0,00	38,55

Oddział Kardiologii do zrealizowania kontraktu z NFZ w 100,12% , z uwzględnieniem średniej długości pobytu pacjenta w oddziale 4,82 dni, potrzebował 30 łóżek. Jednak do wykonania kontraktu w 100% ze skróconym średnim pobytom pacjenta w oddziale , potrzebuje 27 łóżek. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85% wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 23 łóżka plus 4 łóżka będące w tzw. gotowości. Z powyższych wyliczeń wynika, że przy realizacji planu w wysokości 105%, Oddział potrzebuje 29 łóżek.

Wniosek:

Proponuje się pozostawienie 30 łóżek, co nawet w sytuacji nadwykonania kontraktu do 105% jest liczbą wystarczającą.

#### 4.3.4. Oddział Chirurgii Ogólnej

**Tabela nr 33. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019 r.**

Lp.	Oddział Chirurgii Ogólnej	I - VI 2019	brak nadwykonań (wyk.kontr.=100% planu)	wydłużone pobyty i brak nadwykon.	nadwykon.w wysokosci 105% planu i wydłużone pobyty
1.	Liczba łóżek	34	34	34	34
2.	Liczba leczonych w oddziale	699	695	695	724
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych ( wypis.+zgony)	578	574	574	603
4.	Liczba osobodni	3 361	3 343	3 449	3 591
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	54,61%	54,33%	56,04%	58,36%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	4,81	4,81	4,96	4,96
7.	Liczba łóżek efektywnych	18,57	18,47	19,05	19,84
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	3,28	3,26	3,36	3,50
9.	Razem łóż.efekt+w gotow.- po zaokrągł.w górę	23,00	23,00	24,00	24,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)			24,00	

11.	Niedobór łóżek	11,00	11,00	10,00	10,00
12.	Plan ilościowy pkt-ów	3 000 000,00	3 000 000,00	3 000 000,00	3 000 000,00
13.	Plan wartościowy	3 000 000,00	3 000 000,00	3 000 000,00	3 000 000,00
14.	Wykonanie planu (ilość pkt-ów)	3 019 245,65	3 000 000,00	3 000 000,00	3 150 000,00
15.	Wykonanie planu (wartość)	3 019 245,65	3 000 000,00	3 000 000,00	3 150 000,00
16.	Wykonanie planu ( %)	100,64	100,00	100,00	105,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	5 223,61	5 223,61	5 223,61	5 223,61
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	19 245,65	0,00	0,00	150 000,00
20.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	3,68	0,00	0,00	28,72

W Oddziale Chirurgicznym do zrealizowania kontraktu z NFZ w 100% z uwzględnieniem wydłużonych hospitalizacji do 4,96, które uważa się za optymalne, potrzeba 24 łóżka. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-ową wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 20 łóżek plus 4 łóżka będące w tzw. gotowości.

Do zrealizowania kontraktu w 105% przy wydłużonym do 4,96 dni pobycie, potrzeba również 24 łóżka. Tak więc liczba 24 łóżek jest wystarczająca nawet w sytuacji wykonania kontraktu w 105%.

Wniosek:

Proponuje się rozważenie zmniejszenia liczby łóżek do 24. Pozostawienie obecnej bazy łóżkowej, tj. 34 łóżka byłoby zasadne jedynie w sytuacji rozszerzenia zakresu świadczonych usług m.in. o zabiegi naczyniowe lub onkologiczne. W tej sytuacji należałoby pozyskać chirurga naczyniowego na 1 dzień w tygodniu z przeznaczeniem na zabiegi naczyniowe. Należałoby się nastawić na pewnego rodzaju zabiegi, które będą szczególnie charakterystyczne dla tego Oddziału i takie, które będą rozślawiały Szpital w tym właśnie zakresie. Podobnie, w przypadku zabiegów onkologicznych, gdzie chirurg onkolog mógłby zwiększyć liczbę wykonywanych zabiegów z korzyścią dla pacjentów i finansów Szpitala.

Proponuje się również rozszerzenie operatywy o wykonywanie zabiegów bariatrycznych, jak np. 43.82 Rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy), 44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka, 44.681 Opasanie żołądka [laparoskopowo] oraz 44.93 Wprowadzenie balona żołądkowego. Procedury te charakteryzują się korzystną strukturą przychody-koszty. Zabiegi te są zabiegami planowanymi, a czas hospitalizacji pacjenta wynosi do 3 dni. Dwie pierwsze procedury rozliczane są w ramach grupy F14 Chirurgiczne leczenie otyłości i wycenione są przez NFZ na kwotę 11 382 zł. Dwie kolejne rozliczane są grupą F12 Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy w kwocie 5 743 zł, a do 3 dni pobytu – 5 284 zł.

#### 4.3.5. Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Tabela nr 34. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019r.

Lp.	Oddział Ginekologiczno - Położniczy	I - VI 2019	brak niedowyoonań (wyk.kontr.=100% planu)	nadwykon.w wysokości 105% planu
1.	Liczba łózek	35	35	35
2.	Liczba leczonych w oddziale	1 107	1 152	1 202
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych ( wypis.+zgony)	998	1 043	1 093
4.	Liczba osobodni	3 833	3 989	4 163
5.	Wskaźnik wykorzystania łózek	60,51%	62,97%	65,72%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	3,46	3,46	3,46
7.	Liczba łózek efektywnych	21,18	22,04	23,00
8.	Liczba łózek "w gotowości"	3,74	3,89	4,06
9.	Razem łóž.efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	26,00	27,00	28,00
10.	Niezbędna liczba łózek do 100% kontraktu (+got.)		27,00	
11.	Nadwyżka/niedobór łózek	9,00	8,00	7,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	1 720 843,00	1 720 843,00	1 720 843,00
	hospitalizacja	1 040 000,00	1 040 000,00	1 040 000,00
	hospitalizacja N01,N20	680 843,00	680 843,00	680 843,00
13.	<b>Plan wartościowy</b>	1 720 843,00	1 720 843,00	1 720 843,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	1 747 814,56	1 720 843,00	1 806 885,15
	hospitalizacja	974 631,00	1 040 000,00	1 092 000,00
	hospitalizacja N01,N20	773 183,56	680 843,00	714 885,15
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	1 747 814,56	1 720 843,00	1 806 885,15
16.	<b>Wykonanie planu ( %)</b>	101,57	100,00	105,00
	hospitalizacja	93,71%	100,00%	105,00%
	hospitalizacja N01,N20	113,56%	100,00%	105,00%
17.	<b>Liczba pkt/1 leczon.</b>	1 751,32	1 751,32	1 751,32
	hospitalizacja	1 448,19	1 448,19	1 448,19
	hospitalizacja N01,N20	2 379,03	2 379,03	2 379,03
18.	<b>Liczba nadwykon./niedowyk.pkt</b>	26 971,56	0,00	86 042,15
	hospitalizacja	-65 369,00	0,00	52 000,00
	hospitalizacja N01,N20	92 340,56	0,00	34 042,15
19.	<b>Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów</b>	15	0	49

	hospitalizacja	-45	0	36
	hospitalizacja N01,N20	39	0	14

W I półroczu 2019 r. Oddział Położniczo-Ginekologiczny wykonał kontrakt w 101,57 %, z czego realizacja w zakresie: hospitalizacji była na poziomie 93,71 %, natomiast w zakresie: porody na poziomie 113,56 %. Wykorzystanie łóżek wynosiło ok. 61 %.

Wyliczono, że do zrealizowania kontraktu w 100% z uwzględnieniem średniej długości hospitalizacji 3,5 dnia, potrzeba 27 łóżek. Aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia należy zabezpieczyć 23 łóżka oraz 4 łóżka będące w tzw. gotowości, łącznie 27 łóżek.

Z powyższych wyliczeń wynika, że nadwyżka łóżek przy 100% realizacji planu i średnim pobycie ok. 3,5 dnia wynosi 8 łóżek.

Do zrealizowania kontraktu w 105% potrzeba 28 łóżek, nadwyżka łóżek wyniesie wtedy 7 łóżek.

Wniosek:

Realizując zaledwie 93,71% kontraktu w zakresie hospitalizacji, oddział nie wykonał 65 369 pkt. Wystarczyło rozliczyć średnio 97 pkt. więcej na pacjentkę (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt., byłyby to niecałe 2 pkt.).

Niska ilość rozliczanych punktów w ramach hospitalizacji świadczy bardziej o charakterze zachowawczym tego oddziału, niż o zabiegowym. Trend ten może zostać odwrócony przez zwiększenie operatywy, np. z zakresu urologicznych zabiegów nietrzymania moczu, czy zabiegów onkologicznych.

W przypadku porodów, od 2016 roku ich liczba z roku na rok sukcesywnie rośnie. W 2016 r. było 477 porodów, w 2017 r. 535, w 2018 r. 562, a w 2019 r. na podstawie I półroczu, szacuje się ok 600 porodów. Wg danych GUS za 2017, w Powiecie Jarosławskim urodziło się 1 116 dzieci, z czego co najmniej 581 urodzeń, tj. ponad 50 % odbyło się w innych szpitalach. Należy przypuszczać, że podobny trend miał miejsce również w 2018 roku i I półroczu 2019 ( brak danych GUS za 2018 i 2019). Szpital powinien lepiej reklamować swoje usługi w zakresie porodów, zwłaszcza porodów rodzinnych, aby pacjentki nie wybierały szpitali innych. Największym atutem i cechą, z której słyną "porodówki" w szpitalach powiatowych jest ciepła, przyjazna atmosfera w oddziale i tu należy upatrywać pola do zwiększenia zainteresowania tym właśnie szpitalem. Szerzej na ten temat napisano w dalszej części niniejszego Opracowania.



#### 4.3.6. Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

**Tabela nr 35. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019 r.**

Lp.	Oddział OIT	I - VI 2019	brak nadwykonań (wyk.kontr.=100% planu)	skrócone pobyty i brak nadwykon.	nadwykon.w wysokości 105% planu i wydłużone pobyty
1.	Liczba łóżek	6	6	6	6
2.	Liczba leczonych w oddziale	43	35	35	36
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych ( wypis.+zgony)	36	28	28	29
4.	Liczba osobodni	874	707	316	329
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	80,48%	65,12%	29,09%	30,25%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	20,33	20,33	9,08	9,08
7.	Liczba łóżek efektywnych	4,83	3,91	1,75	1,82
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	2,00	2,00	2,00	2,00
9.	Razem łóż.efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	7,00	6,00	4,00	4,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)			4,00	
11.	Niedobór łóżek	-1,00	0,00	2,00	2,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	1 433 000,00	1 433 000,00	1 433 000,00	1 433 000,00
13.	<b>Plan wartościowy</b>	1 433 000,00	1 433 000,00	1 433 000,00	1 433 000,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	1 856 201,07	1 433 000,00	1 433 000,00	1 504 650,00
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	1 856 201,07	1 433 000,00	1 433 000,00	1 504 650,00
16.	Wykonanie planu ( % )	129,53	100,00	100,00	105,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	51 561,14	51 561,14	51 561,14	51 561,14
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	423 201,07	0,00	0,00	71 650,00
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	8,21	0,00	0,00	1,39

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dysponuje 6 łózkami, wykorzystując na przestrzeni roku ( przy zdecydowanie za długich pobytach) ok. 81% łóżek z jednoczesnym nadwykonaniem kontraktu w wysokości 129,53%. Przeliczono wykorzystanie łóżek w sytuacji krótszych pobyków, tj. 9 dniowych i wykonania kontraktu w 100%. Wykorzystanie łóżek w tej sytuacji wynosi mniej niż 30%.

Wyliczono, że aby zrealizować kontrakt na poziomie 100% i 105% potrzebne są 4 łózka.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii mówi w § 4 ust. 3, że liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii stanowi co najmniej 2 % ogólnej liczby łóżek w szpitalu. Rekomenduje się więc pozostawienie obecnego stanu 6 łóżek. Jednakże powinna ulec zmianie struktura leczonych pacjentów. Oddział Intensywnej Terapii winien kierować się Wytycznymi Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Celem opracowania tego dokumentu jest zwiększenie bezpieczeństwa chorych hospitalizowanych w szpitalach, w tym poddawanych zabiegom operacyjnym, jak również racjonalizacja wykorzystania dostępnych zasobów kadrowych i sprzętowych. Ponadto dokument ten określa cztery grupy priorytetów, którym należy przypisać poszczególnych pacjentów. Zawarte w nim są również szczegółowe wskazania do przyjęcia do Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii. W przypadku, gdy stan pacjenta nie wymaga dalszego postępowania z zakresu intensywnej terapii, leczenie przejmują inne oddziały szpitala. W tym miejscu przypomina się na fakt, że do rozliczenia świadczeń w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii kwalifikują się wyłącznie osobodni, w których pacjent osiągnął co najmniej 19 punktów w skali TISS – 28. Przy hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii pacjentów, którzy nie mogą być rozliczeni z powodu nie osiągnięcia minimum 19 punktów w skali TISS – 28, należy podejmować decyzję o wypisie z oddziału. Należy też zrezygnować z leczenia na Oddziale Intensywnej Terapii pacjentów, którzy mogą być poddani leczeniu o charakterze paliatywnym.

Wniosek:

W Oddziale Intensywnej Terapii należy pozostawić ilość łóżek na aktualnym poziomie, jednak należy zmienić strukturę pacjentów w oparciu o Wytyczne Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określającymi zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do oddziałów Anestezjologii i Intensywnej Terapii.

#### 4.3.7. Oddział Obserwacyjno - Zakaźny

Tabela nr 36. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019 r.

Lp.	Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	I - VI 2019	brak nadwykonań (wyk.kontr.=100% planu)	wydłużone pobyty i brak nadwykon.	nadwykon.w wysokości 105% planu i wydłużone pobyty
1.	Liczba łóżek	23	23	23	23
2.	Liczba leczonych w oddziale	480	496	496	516

3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych (wypis.+zgony)	385	401	401	421
4.	Liczba osobodni	3 147	3 252	3 452	3 592
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	75,59%	78,12%	82,93%	86,28%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	6,56	6,56	6,96	6,96
7.	Liczba łóżek efektywnych	17,39	17,97	19,07	19,84
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	3,07	3,17	3,37	3,50
9.	Razem łóż.efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	22,00	22,00	24,00	24,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)			24,00	
11.	Niedobór łóżek	1,00	1,00	-1,00	-1,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	1 395 000,00	1 395 000,00	1 395 000,00	1 395 000,00
13.	<b>Plan wartościowy</b>	1 395 000,00	1 395 000,00	1 395 000,00	1 395 000,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	1 339 305,44	1 395 000,00	1 395 000,00	1 464 750,00
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	1 339 305,44	1 395 000,00	1 395 000,00	1 464 750,00
16.	Wykonanie planu ( % )	96,01	100,00	100,00	105,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	3 478,72	3 478,72	3 478,72	3 478,72
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	-55 694,56	0,00	0,00	69 750,00
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	-16,01	0,00	0,00	20,05

Oddział Obserwacyjno-Zakaźny do zrealizowania kontraktu w 100% z uwzględnieniem średniej długości hospitalizacji ok. 7 dni, którą przyjmuje się za optymalną potrzebuje 20 łóżek. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 4 łóżka będące w tzw. gotowości, łącznie 24 łóżka.

Do zrealizowania kontraktu w 105% potrzeba również 24 łóżka, a więc liczba 23 łóżek, które oddział obecnie posiada, jest niewystarczająca. Z powyższych wyliczeń wynika, że brakuje 1 łóżka.

Wniosek:

Realizując zaledwie 96,01 % kontraktu, oddział w zakresie hospitalizacji nie wykonał 55 694,56 pkt. Niewykonanie kontraktu może wynikać z błędów w sprawozdawaniu i rozliczaniu pacjentów z NFZ. Wystarczyło rozliczyć średnio 145 pkt. więcej na pacjenta (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt., byłoby to ok. 3 pkt.

#### 4.3.8. Oddział Ortopedii

**Tabela 37. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019r.**

Lp.	Oddział Ortopedii	I - VI 2019	brak nadwykonań (wyk.kontr.=100% planu)	wydłużone pobyty i brak niedowykon.	nadwykon.w wysokości 105% planu i wydłużone pobyty
1.	Liczba łóżek	16	16	16	16
2.	Liczba leczonych w oddziale	778	782	782	818
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych ( wypis.+zgony)	709	713	713	749
4.	Liczba osobodni	2 192	2 203	2 917	3 050
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	75,69%	76,09%	100,73%	105,32%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	2,82	2,82	3,73	3,73
7.	Liczba łóżek efektywnych	12,11	12,17	16,12	16,85
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	2,14	2,15	2,84	2,97
9.	Razem łóż.efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	16,00	16,00	20,00	20,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)			20,00	
11.	Niedobór łóżek	0,00	0,00	-4,00	-4,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	3 883 521,00	3 883 521,00	3 883 521,00	3 883 521,00
13.	<b>Plan wartościowy</b>	3 883 521,00	3 883 521,00	3 883 521,00	3 883 521,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	3 861 336,78	3 883 521,00	3 883 521,00	4 077 697,05
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	3 861 336,78	3 883 521,00	3 883 521,00	3 883 521,00
16.	Wykonanie planu ( % )	99,43	100,00	100,00	105,00
					0,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	5446,17	5446,17	5446,17	5 446,17
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	-22 184,22	0,00	0,00	194 176,05
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	-4,07	0,00	0,00	35,65

W Oddziale Ortopedii wykonano kontrakt w wysokości prawie 100%, wykorzystując 16 łóżek przy średnim pobycie 2,82 dni.

Wyliczono, że przy wydłużonych pobytach , średnio do 3,73 dni, które uznaje się za optymalne i przy realizacji kontraktu w 100% i w 105% potrzeba 17 łóżek i 3 łóżka w tzw. gotowości. Łącznie 20 łóżek zachowując 85% poziom wykorzystania posiadanej bazy łóżkowej. Tak więc zapotrzebowanie na bazę łóżkową jest o 4 łóżka większe od obecnie posiadanej.

Wniosek:

Należy rozważyć poszerzenie bazy łóżkowej do 20 łóżek. Ponadto zwiększenie wykonywania procedur oddzielnie kontraktowanych. Warunkiem jednak tego jest dokładne wyliczenie rentowności tych procedur.

#### 4.3.9. Oddział Neurologii z Pododdziałem Udarowym

**Tabela nr 38. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019 r.**

Lp.	Oddział Neurologii	I - VI 2019	brak niedowykonań (wyk.kontr.=100% planu)	nadwykon.w wysokości 105% planu
1.	Liczba łóżek	40	40	40
2.	Liczba leczonych w oddziale	1 357	1 416	1 416
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych ( wypis.+zgony)	1 149	1208	1268
4.	Liczba osobodni	6 427	6 707	6 767
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	88,77%	92,63%	93,47%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	4,74	4,74	4,74
7.	Liczba łóżek efektywnych	35,51	37,05	37,39
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	6,27	6,54	6,60
9.	Razem łóż.efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	43,00	45,00	45,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)		45,00	
11.	Niedobór łóżek	-3,00	-5,00	-5,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	3 335 000,00	3 335 000,00	3 335 000,00
13.	<b>Plan wartościowy</b>	3 335 000,00	3 335 000,00	3 335 000,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	3 171 971,88	3 335 000,00	3 501 750,00
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	3 171 971,88	3 335 000,00	3 501 750,00
16.	Wykonanie planu ( %)	95,11	100,00	105,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	2 760,64	2 760,64	2 760,64
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	-163 028,12	0,00	166 750,00
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	-59,05	0,00	60,40

W Oddziale Neurologicznym wykonano kontrakt zaledwie w 95,11% wykorzystując ok. 89 % łóżek. Do zrealizowania kontraktu w 100% z uwzględnieniem średniej długości hospitalizacji ok. 5 dni, którą przyjmuje się za optymalną, potrzeba 38 łóżek. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 7 łóżek będących w tzw. gotowości. Łącznie potrzebnych jest w tym oddziale 45 łóżek, a więc istniejące obecnie łóżka są niewystarczające.

Wniosek:

W I półroczu 2019 w Oddziale Neurologii nie wykonano 163 028,12 pkt., co w przeliczeniu na liczbę brakujących pacjentów wynosi ok. 10 pacjentów/miesiąc. Drugim powodem niewykonania kontraktu mogły być niewłaściwe, tj. zbyt niskie rozliczenia pacjentów, średnio o ok. 142 pkt./pacjenta (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt., byłoby to ok. 3 pkt.). Należy, w celu poprawy rozliczania pacjentów z NFZ wdrożyć korzystanie z koderów, o czym szerzej mowa w rekomendacjach strategicznych.

#### 4.3.10. Oddział Reumatologii

**Tabela nr 39. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019 r.**

Lp.	Oddział Reumatologii	I - VI 2019	brak nadwykonań (wyk.kontr.=100% planu)	wydłużone pobyty i brak nadwykon.	nadwykon.w wysokosci 105% planu i wydłużone pobyty
1.	Liczba łóżek	12	12	12	12
2.	Liczba leczonych w oddziale	304	350	350	365
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych (wypis.+zgony)	255	301	301	316
4.	Liczba osobodni	1 395	1 607	1 976	2 061
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	64,23%	74,01%	90,96%	94,87%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	4,59	4,59	5,64	5,64
7.	Liczba łóżek efektywnych	7,71	8,88	10,92	11,38
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	1,36	1,57	1,93	2,01
9.	Razem łóż.efekt+w.gotow.- po zaokrągl.w górę	10,00	11,00	13,00	14,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)			13,00	
11.	Niedobór łóżek	2,00	1,00	-1,00	-2,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	780 000,00	780 000,00	780 000,00	780 000,00

13.	<b>Plan wartościowy</b>	780 000,00	780 000,00	780 000,00	780 000,00
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	660 129,96	780 000,00	780 000,00	819 000,00
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	660 129,96	780 000,00	780 000,00	819 000,00
16.	Wykonanie planu ( % )	84,63	100,00	100,00	105,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	2 588,74	2 588,74	2 588,74	2 588,74
18.	Liczba nadwykon./niedowyk.pkt	-119 870,04	0,00	0,00	39 000,00
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	-46,30	0,00	0,00	15,07

W Oddziale Reumatologii do zrealizowania kontraktu z NFZ w 100% z uwzględnieniem średniej długości hospitalizacji 5,64 dni, którą przyjmuje się za optymalną potrzeba 11 łóżek. Wyliczono, że aby uzyskać docelowo 85%-tą wartość obłożenia, należy zabezpieczyć 2 łóżka będące w tzw. gotowości, łącznie 13 łóżek.

Do zrealizowania kontraktu w 105% potrzeba 14 łóżek, a więc liczba 14 łóżek jest niezbędna w sytuacji nadwykonywania kontraktu. Z powyższych wyliczeń wynika, że niedobór łóżek przy 105% realizacji planu wynosi 2 łóżka.

#### Wniosek:

Realizując zaledwie 84,63 % kontraktu, Oddział nie wykonał 119 870,04 pkt., co w przeliczeniu stanowi ok. 46 pacjentów, których można było dodatkowo przyjąć do leczenia, średnio 4 pacjentów więcej na miesiąc lub lepiej ich rozliczyć. W tym przypadku wystarczyło rozliczyć średnio 470 pkt. więcej na pacjenta (wg stawki poprzedniej 52 zł za pkt., byłyby to ok. 9 pkt.).

Ryczałtowe finansowanie szpitali z jednej strony odebrało możliwość rozliczania tzw. nadwykonań, z drugiej zaś pozwala dyrektorom szpitali swobodnie gospodarować przyznanym poziomem ryczałtu. Wykonanie ryczałtu poniżej 98 %, jak w przypadku Oddziału Reumatologii może prowadzić do obniżenia poziomu finansowania Szpitala w następnych latach. Dlatego nie można doprowadzać do takiej sytuacji, gdzie w jednym oddziale jest wykonanie poniżej 98 %, a w innym powyżej 100 %. Prowadzenie controllingu finansowego pomogłoby przeciwdziałać podobnym zjawiskom, o czym szerzej w rekomendacjach strategicznych.

#### 4.3.11. Oddział Neonatologii

**Tabela nr 40. Wykorzystanie bazy łóżkowej - I - VI 2019 r.**

Lp.	Oddział Neonatologiczny	I - VI 2019	brak niedowykon. (wyk.kontr.=100% planu)	wydłużone pobyty i brak nadwykon.	nadwykon.w wysokości 105% planu i wydłużone pobyty
1.	Liczba łóżek	18	18	18	18
2.	Liczba leczonych w oddziale	327	281	281	294
3.	Liczba pacjentów hospitalizowanych ( wypis.+zgony)	302	256	256	269
4.	Liczba osobodni	1 117	961	1 047	1 094
5.	Wskaźnik wykorzystania łóżek	34,28%	29,50%	32,13%	33,59%
6.	Średni czas pobytu (w dniach)	3,42	3,42	3,72	3,72
7.	Liczba łóżek efektywnych	6,17	5,31	5,78	6,05
8.	Liczba łóżek "w gotowości"	1,09	0,94	1,02	1,07
9.	Razem łóż.efekt+w gotow.- po zaokrągl.w górę	9,00	7,00	8,00	9,00
10.	Niezbędna liczba łóżek do 100% kontraktu (+got.)			8,00	
11.	Nadwyżka/niedobór łóżek		11,00	10,00	9,00
12.	<b>Plan ilościowy pkt-ów</b>	779 057,00	917 063,18	917 064,18	917 065,18
13.	<b>Plan wartościowy</b>	779 057,00	917 063,18	917 064,18	917 065,18
14.	<b>Wykonanie planu (ilość pkt-ów)</b>	917 709,43	917 063,18	917 064,18	962 918,44
15.	<b>Wykonanie planu (wartość)</b>	917 709,43	917 063,18	917 064,18	962 918,44
16.	Wykonanie planu ( % )	117,80	100,00	100,00	105,00
17.	Liczba pkt/1 leczon.	3 038,77	3 577,08	3 577,08	3 577,08
18.	Liczba nadwykon./niedowykon.pkt	138 652,43	0,00	0,00	45 853,26
19.	Liczba nadwyk/niedowyk.pacjentów	45,63	0,00	0,00	12,82

Wykorzystanie bazy łóżkowej w Oddziale jest dość niskie, w I półroczu 2019 wynosiło 34,28% i jest ściśle powiązane z ilością porodów. Wyliczono, że przy wydłużonych do 3,72 dni pobytach i przy wykonaniu kontraktu w 100%, jest zapotrzebowanie na 8 łóżeczek. W sytuacji nadwykonania kontraktu do 105% , potrzeba 9 łóżeczek .



Wniosek :

Oddział Neonatologiczny posiada potencjał do wykonania przynajmniej dwukrotnie większej ilości świadczeń. Proponuje się jednak pozostawienie obecnej liczby łóżeczek i dążenie do zwiększenia porodów w Szpitalu w Jarosławiu.

Szerzej na ten temat w dalszej części Opracowania.

#### **4.4. Analiza wykorzystania Bloku Operacyjnego**

Blok Operacyjny jest komórką organizacyjną szpitala, która ze względu na swą własną specyfikę generuje istotne koszty. Blok Operacyjny ma ściśle określone wymagania sanitarno – techniczne, które w wielu szpitalach są na etapie dostosowawczym. Natomiast COM w Jarosławiu ten niezwykle kosztowny element Planu Dostosowawczego ma już zrealizowany, co należy uznać za bardzo ważny i istotny element. Pozytywnym elementem możliwości większego wykorzystania Bloku Operacyjnego jest utworzenie od września 2019 roku Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Blok Operacyjny sam z siebie nie generuje przychodów. Niestety nie ma przypisanego finansowania w postaci np. ryczałtu za gotowość. Blok Operacyjny „współtworzy” przychody z oddziałami zabiegowymi poprzez realizację zabiegów medycznych przeprowadzanych w ramach jego działania. Dlatego tak ważnym i istotnym jest optymalne wykorzystanie jego zasobów. Stosunek czasu wykorzystania Bloku Operacyjnego na wykonywanie przychodowych procedur do czasu pozostawania w kosztownej gotowości winien być poddawany szczegółowej i stałej analizie prowadzonej np. przez dział controllingu, o czym szerzej mowa w rekomendacjach strategicznych. Na potrzeby niniejszego Opracowania analiza tego elementu została dokonana poniżej.

##### **4.4.1 Liczba wykonywanych zabiegów.**

Poniższa tabela przedstawia liczbę zabiegów operacyjnych wykonanych na Bloku Operacyjnym w I półroczu 2019 r. w podziale na oddziały zabiegowe.

**Tabela nr 41. Liczba zabiegów oper. wykonanych w Bloku Operacyjnym - I - VI 2019 r.**

Nazwa Oddziału	I - VI 2019 rok		
	Liczba zabiegów	Liczba zab./m-c	udział %
ORTOPEDIA	626	104	43,93
CHIRURGIA OGÓLNA	360	60	25,26
GINEKOLOGIA	272	45	19,09
CIĘCIA CESARSKIE	167	28	11,72
<b>Razem</b>	<b>1 425</b>	<b>238</b>	<b>100,00</b>
KARDIOLOGIA	87	15	0,96

W analizowanym okresie, wykonano 1 425 zabiegów, tj. średnio 238 zabiegi na m-c, z czego ok. 44 % zabiegów przypadało na Oddział Ortopedii, 25 % na Oddział Chirurgii, 19 % na Oddział Ginekologii oraz ok. 12 % na cięcia cesarskie.

Oddział Kardiologii wykonał na Bloku Operacyjnym 87 zabiegów wszczepienia rozruszników, tj. średnio 15 zabiegów na miesiąc, co w skali całego Bloku stanowi niecały 1 %.

**Tabela nr 42. Średnia liczba wykonywanych zabiegów / dzień w okresie I - VI 2019 r.**

Nazwa Oddziału	Liczba zabiegów	Liczba godzin	liczba zab/ dzień rob.	liczba godz.zab/ dzień rob.
ORTOPEDIA	626	532,35	5,05	4,29
CHIRURGIA OGÓLNA	360	354,30	2,90	2,86
GINEKOLOGIA	272	104,12	2,19	0,84
CIĘCIA CESARSKIE	167	112,92	1,35	0,91
<b>Razem</b>	<b>1 425</b>	<b>1103,69</b>	<b>11,49</b>	<b>8,90</b>
KARDIOLOGIA	87	55,80	0,70	0,45

W uśrednionym ujęciu dziennym (brano pod uwagę tylko dni robocze w roku) liczba wykonywanych zabiegów dziennie utrzymywała się w I półroczu 2019 roku na poziomie ok.12 zabiegów, z czego średnio 5 zabiegów przypadało na Oddział Ortopedii, który dziennie zajmował salę operacyjną Bloku przez ok. 4,3 godziny. Średnio 3 zabiegi dziennie przypadały na Oddział Chirurgii i 2 zabiegi dziennie na Oddział Ginekologii. Wykonywano w tym okresie średnio 1 cesarskie cięcie na dzień roboczy. Liczba godzin zabiegów operacyjnych

wykonywanych na Bloku Operacyjnym przypadająca na 1 dzień roboczy, łącznie na 5 salach była bardzo niska.

Blok Operacyjny jest dobrze zabezpieczony pod względem liczby zatrudnionych anestezjologów, ale z powyższych danych wynika, że można byłoby lepiej ich wykorzystać, poprzez wykonywanie większej liczby zabiegów, do których wymagane są znieczulenia.

W ocenie Audytorów, jedną z możliwości zwiększenia operatywny na Bloku Operacyjnym jest między innymi wykonywanie zabiegów bariatrycznych, jak np. 43.82 Rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy), 44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka, 44.681 Opasanie żołądka [laparoskopowo] oraz 44.93 Wprowadzenie balona żołądkowego. Procedury te charakteryzują się korzystną strukturą przychody-koszty. Zabiegi te są zabiegami planowanymi, a czas hospitalizacji pacjenta wynosi do 3 dni. Dwie pierwsze procedury rozliczane są w ramach grupy F14-Chirurgiczne leczenie otyłości i wycenione są przez NFZ na kwotę 11 382 zł. Dwie kolejne rozliczane są grupą F12 -Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy w kwocie 5 743 zł, do 3 dni – 5 284 zł.

#### 4.4.2. Wskaźnik zabiegów operacyjnych.

Oceny efektywności bloku operacyjnego dokonuje się z perspektywy oddziałów zabiegowych korzystających z Bloku Operacyjnego, za pomocą wskaźnika zabiegów operacyjnych.

**Wskaźnik zabiegów operacyjnych** jest to stopień wykorzystania sal operacyjnych przez pacjentów poszczególnych oddziałów zabiegowych w ramach przeprowadzanych zabiegów operacyjnych. Wskaźnik ten jest stosunkiem liczby zabiegów do liczby pacjentów leczonych na oddziale zabiegowym, wyrażonym w %.

**Tabela nr 43. Wskaźnik zabiegów operacyjnych w roku I - VI 2019**

Nazwa Oddziału	I - VI 2019
	wsk.zab.oper.
ORTOPEDIA	80,46%
CHIRURGIA OGÓLNA	51,50%
GINEKOLOGIA	35,70%
CIĘCIA CESARSKIE	48,41%
<b>Razem</b>	55,15%
KARDIOLOGIA	9,63%

Osiągane wskaźniki świadczą o tym, że ok 45 % leczonych pacjentów w oddziałach zabiegowych, to pacjenci zachowawczy. W Oddziale Ortopedii wskaźnik ten wynosi ponad 80 %, co oznacza że ok. 20 % pacjentów, to pacjenci zachowawczy. Natomiast w Oddziale Chirurgii wskaźnik ten kształtuje się na poziomie zaledwie 52 %, co oznacza, że w tym oddziale ok. 48 % leczonych pacjentów to pacjenci leczeni zachowawczo. W Oddziale Ginekologii wskaźnik zabiegów operacyjnych jest bardzo niski wynosi ok. 36 %. Tak więc, ponad 65 % leczonych pacjentek to pacjentki nieoperacyjne.

Wniosek:

Istnieje przypuszczenie, że oddziały zabiegowe nie osiągają wyższych przychodów, ponieważ relacja pacjentów leczonych zabiegowo w stosunku do pacjentów leczonych zachowawczo są na niewłaściwym poziomie. Hospitalizacje bez procedur zabiegowych rozlicza się za znacznie niższą wartość punktową.

#### **4.4.3. Wskaźnik wykorzystania sal operacyjnych.**

Blok Operacyjny jest szczególną komórką organizacyjną Szpitala. Wymagania sanitarno – epidemiologiczne i techniczne oraz medyczne, jakie musi spełniać Blok Operacyjny powoduje, że jest on komórką organizacyjną bardzo kosztochłonną. Jak już wspomniano powyżej, Blok Operacyjny sam z siebie nie generuje przychodów. Blok Operacyjny „współtworzy” przychody z oddziałami zabiegowymi poprzez realizację zabiegów medycznych przeprowadzanych w ramach jego działania. Stąd dla równoważenia ciężaru kosztowego koniecznym jest wykorzystywanie go w jak najbardziej optymalnym zakresie czasowym, który definiuje się na poziomie 10 godzin dziennie. Dla analizy został użyty optymalny czas na poziomie tylko 7,5 godzin w dni robocze i 5 godzin w dni wolne i świąteczne. Jak wykazała analiza dokumentów źródłowych, jedna sala na Bloku Operacyjnym w Szpitalu w Jarosławiu jest wykorzystana ok. 3 godzin dziennie, tj. w ok. 32% optymalnego wykorzystania. Tak więc w ponad 68 % czasu Blok Operacyjny nie jest zajmowany przez zespół zabiegowy, którego to działalność powinna przynosić bezpośrednią wartość przychodową dla Szpitala.

**Tabela nr 44. Wykorzystanie sal operacyjnych na Bloku Operacyjnym /dzień w okresie I-VI. 2019 r.**

Nazwa Oddziału	Liczba zabiegów	Liczba godzin zabiegów z przygotow.do zab.	liczba sal operacyjn.	liczba zab/ dzień rob.	liczba godz.zajętości sal op./ dzień rob.
ORTOPEDIA	626	845,35	1	5,05	6,82
ORTOPEDIA			1		
KARDIOLOGIA	87	99,3	1	0,70	0,80
CHIRURGIA OGÓLNA	360	534,30	1	2,90	4,31
GINEKOLOGIA	272	240,12	1	2,19	1,94
CIĘCIA CESARSKIE	167	196,42	1	1,35	1,58
<b>Razem</b>	<b>1 512</b>	<b>1915,49</b>	<b>5</b>	<b>12,19</b>	<b>15,45</b>

**Analizę efektywności Bloku Operacyjnego** przeprowadzono za pomocą wskaźnika wykorzystania sal operacyjnych i odniesiono go do analizy poszczególnych oddziałów zabiegowych.

**Wskaźnik wykorzystania sal operacyjnych** wyraża się wzorem:

**t zo**

**Wskaźnik wykorzystania sal = ----- x 100 ,**

**D o**

gdzie:

tzo – czas trwania zabiegów operacyjnych wraz z przygotowaniem pacjenta oraz sali operacyjnej [w godz.],

Do – dostępność sali operacyjnej [w godz.].

W analizie efektywności sal przyjęto następującą dostępną liczbę godzin :

1) w dni robocze - od godz. 7.30 do 15.00, tj. 7,5 godz.

2) w dni wolne i święta - od godz. 8.00 do godz. 13.00, tj. 5 godz.

**Tabela nr 45. Wskaźnik wykorzystania sal operacyjnych I - VI 2019 r.**

<b>I - VI 2019</b>	<b>ORTOPEDIA</b>	<b>KARDIOLOGIA</b>	<b>CHIRURGIA</b>	<b>GINEKOLOGIA</b>	<b>CESARSKIE CIĘCIA</b>	<b>Razem</b>
Liczba zabiegów	626	87	360	272	167	1512
Czas trwania zabiegów op.+ przygotow.pacjenta na Sali op.	845,35	99,30	534,30	240,12	196,42	1915,49
Dostępny czas Sali op.	1822,5	608	1215	1215	1215	6075
<b>Wskaźnik wykorzyst.Sali op.</b>	<b>46,38%</b>	<b>16,35%</b>	<b>43,98%</b>	<b>19,76%</b>	<b>16,17%</b>	<b>31,53%</b>

Z powyższych danych wynika, że w I półroczu 2019 r. Blok Operacyjny był wykorzystany poniżej 32%. Oznacza to, że ponad 68 % kosztów stałych, które Szpital ponosi z tytułu posiadania Bloku Operacyjnego jest niewykorzystanych. Należałoby te koszty wykorzystać do pozyskania dodatkowych przychodów, np. rozszerzając zakres wykonywanych zabiegów.

Należy pamiętać o regule obniżania kosztu jednostkowego, tzn. wykonując większą liczbę zabiegów, ponosimy większe koszty zmienne, ale koszty stałe pozostają na dotychczasowym poziomie (lub w niewielkim stopniu się zwiększają). W efekcie końcowym koszt jednostkowy maleje, co powoduje niższe niż dotychczas koszty zabiegów, a to z kolei przekłada się na niższe koszty oddziału zabiegowego i poprawę jego wyniku finansowego. Ma to jednak sens tylko wtedy, jeśli można rozliczyć dodatkowo wykonany zabieg, pozyskując dodatkowe przychody.

#### Wniosek:

Rekomenduje się istotne zwiększenie wykorzystania Bloku Operacyjnego. Możliwe jest to poprzez działania wielokierunkowe, np. poprzez zwiększenie produktowe na oddziałach zabiegowych o procedury dotychczas nie wykonywane (niektóre, zwłaszcza najbardziej rentowne zabiegi onkologiczne, urologiczne, większe zabiegi ginekologiczne itp.), poprzez wynajęcie Bloku Operacyjnego na zabiegi komercyjne itp. działania.

## 4.5 Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy potencjału medycznego

Dokonana analiza bazy łóżkowej miała pokazać optymalną liczbę łóżek zarówno do wielkości ustalonego kontraktu, jak również w kwestii dostosowania wielkości zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek do łóżek efektywnych, tj. obłożonych.

**Tabela. Rekomendowane ilości łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych**

I - VI 2019 rok	ODDZIAŁ DZIECIĘCY	ODDZIAŁ WEWN.	ODDZIAŁ KARDIOL.	ODDZIAŁ CHIRURG.	ODDZIAŁ POŁOŻN- GINEK.	OIT
Aktualna liczba łóżek	25	50	35	34	35	6
Niezbędna liczba łóżek do 100%	18	54	27	24	27	4
Niezbędna liczba łóżek do 105%	18	56	29	24	28	4
Nadwyżka/niedobór łóżek	7	-6	6	10	7	2
<b>Proponowana liczba łóżek do pozostawienia</b>	<b>18</b>	<b>50</b>	<b>30</b>	<b>24</b>	<b>35</b>	<b>6</b>

**Cd. Tabela. Rekomendowane ilości łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych**

I - VI 2019 rok	ODDZIAŁ CHOROŚB ZAKAŻN.	ODDZIAŁ ORTOPED	ODDZIAŁ NEUROLOGII +UDAR.	ODDZIAŁ REUMATOL.	ODDZIAŁ NEONAT.	Razem	Ogólna nadwyżka łóżek
Aktualna liczba łóżek	23	16	40	12	18	294	
Niezbędna liczba łóżek do 100%	24	20	45	13	8	264	
Niezbędna liczba łóżek do 105%	24	20	45	14	9	271	
Nadwyżka/niedobór łóżek	-1	-4	-5	-2	9	23	
<b>Proponowana liczba łóżek</b>	<b>23</b>	<b>20</b>	<b>40</b>	<b>12</b>	<b>18</b>	<b>276</b>	<b>18</b>

Obecnie Szpital dysponuje 294 bazą łóżkową, która zdaniem Audytorów powinna liczyć 276 łóżek. Wyliczenia wskazują nadwyżkę 18 łóżek. Biorąc pod uwagę wykonanie kontraktu w 105% i zoptymalizowane pobyty, nadwyżka ta wynosi 23 łóżka. W niektórych oddziałach przy tych wyliczeniach występuje niedobór łóżek, jednak Audytorzy są zdania, że nie ma sensu tam zwiększać liczby łóżek. W trzech oddziałach : Ginekologiczno-Położniczym, Neonatologicznym oraz OIT, pomimo wyliczonej nadwyżki rekomenduje się pozostawienie obecnej liczby łóżek; w Oddziale Ginekologiczno Położniczym i Neonatologicznym z racji rekomendowanego wejścia do koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży i jej dzieckiem, a w OIT z uwagi na wymogi 2% ogólnej liczby łóżek w Szpitalu.

Proponuje się w Oddziale Dziecięcym zmniejszenie liczby łóżek do 18, w Oddziale Kardiologii do 30, w Oddziale Chirurgii do 24, natomiast zwiększenie w Oddziale Ortopedii do 20 łóżek. W pozostałych oddziałach proponuje się utrzymać obecny stan ilościowy.

Audytorzy rekomendują utrzymanie statusu oddziału dla Oddziału Chorób Wewnętrznych, natomiast Oddział Kardiologii i Reumatologii włączyć w strukturę Oddziału Chorób Wewnętrznych jako jego pododdziału.

Kolejną rekomendacją jest rozszerzenie bazy łóżkowej dla Oddziału Ortopedii, a nawet zmianę lokalizacji tego oddziału z Oddziałem Chirurgii.

Sale Bloku Operacyjnego nie są w pełni wykorzystane, a to świadczy o nieoptymalnej liczbie zabiegów, czego konsekwencją może być za niska liczba punktów rozliczonych z NFZ na pacjenta zabiegowego, co przekłada się na zbyt niskie przychody.

Utrzymanie w gotowości Bloku Operacyjnego jest bardzo kosztowne, stąd należy dążyć do obniżenia kosztów stałych poprzez zwiększenie wskaźnika operatywny przez oddziały zabiegowe.

## **5. ANALIZA POPRAWNOŚCI ROZLICZEŃ Z NFZ**

### **5.1. Analiza poprawności rozliczeń z NFZ w oddziałach szpitalnych**

Dokonano przeglądu dokumentacji losowo wybranych pacjentów rozliczonych w poszczególnych oddziałach szpitala pod kątem prawidłowości rozpoznań zasadniczych, rozpoznań współistniejących, długości pobytu, wykonanych procedur, wyników badań diagnostycznych, wywiadu, opisów zawartych w protokołach operacyjnych i idącej za tym kwalifikacji do właściwej grupy JGP oraz oceniono poprawność rozliczeń. Uzyskane wyniki



przedstawiono poniżej.

Poniższe zestawienie przedstawia potencjalnie utracony przychód na podstawie przedłożonej do analizy dokumentacji medycznej.

**Tabela nr 46. Potencjalnie utracony przychód w poszczególnych oddziałach szpitalnych**

Lp.	Oddział	Potencjalne przychody w zł
1	Położniczo-Ginekologiczny	10 375,00 zł
2	Dziecięcy	11 873,00 zł
3	Chirurgiczny	10 390,00 zł
4	Kardiologiczny	4 304,00 zł
5	Wewnętrzny	23 373,00 zł
6	Neurologiczny	12 137,00 zł
7	Obserwacyjno-Zakaźny	8 250,00 zł
8	Reumatologiczny	15 877,00 zł
9	Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	617,00 zł
10	Neonatologiczny	5 676,00 zł
11	Intensywnej Terapii i Anestezjologii	0,00 zł
Razem:		102 872,00 zł

#### **Oddział Położniczo-Ginekologiczny**

**Tabela nr 47. Zbiorcze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
M18 LECZENIE ZACHOWAWCZE DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO	116	57 464.0000	57 464.0000
J33 ŚREDNIE ZABIEGI SKÓRNE*	3	6 021.0000	6 021.0000
K59 INNE CHOROBY UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO	3	4 243.0000	4 243.0000
L85 KAMICA MOCZOWA	1	487.0000	487.0000
M29 LECZENIE ZACHOWAWCZE NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH UKŁADU ROZRODCZEGO BEZ PW	1	1 839.0000	1 839.0000
N02 PORÓD MNOGI LUB PRZEDWCZESNY*	5	12 440.0000	12 440.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z KRWI PEŁNEJ.	2	900.0000	900.0000
PRZETOCZENIE OSOCZA ŚWIEŻO MROŻONEGO.	2	200.0000	200.0000
M26 LECZENIE ZACHOWAWCZE GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO	21	10 983.0000	10 983.0000
M04 MAŁE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	5	2 529.0000	2 529.0000
M05 ZABIEGI W NIETRZYMANIU MOCZU*	2	6 954.0000	6 954.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	14	2 976.0000	2 976.0000
M30 LECZENIE ZACHOWAWCZE W INNYCH CHOROBAH UKŁADU	9	12 035.0000	12 035.0000

ROZRODCZEGO			
F46 CHOROBY JAMY BRZUSZNEJ	25	27 009.0000	27 009.0000
HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIE UJĘTYCH GDZIE INDEJ	2	1 082.0000	1 082.0000
M02 DUŻE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	20	92 784.0000	92 784.0000
HOSPITALIZACJA PRZED PRZEKAZANIEM DO OŚRODKA O WYŻSZYM POZIOMIE REFERENCYJNYM	1	649.0000	649.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	16	2 976.0000	2 976.0000
N01 PORÓD*	210	466 056.6000	466 056.6000
M19 LECZENIE ZACHOWAWCZE ZABURZEŃ STATYKI NARZĄDU RODNEGO	1	973.0000	973.0000
N03 PATOLOGIA CIĄŻY LUB PŁODU Z PORODEM > 5 DNI*	83	284 048.0000	284 048.0000
M03 ŚREDNIE ZABIEGI DOLNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	9	12 206.0000	12 206.0000
M27 LECZENIE ZACHOWAWCZE JAJNIKÓW, JAJOWODÓW I MIEDNICY MNIEJSZEJ	6	12 036.0000	12 036.0000
N12 PATOLOGIA CIĄŻY I POŁOGU-DIAGNOSTYKA, OBSERWACJA, LECZENIE <12 DNI	118	175 186.0000	175 186.0000
M15 MAŁE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	123	98 874.0000	98 874.0000

M13 DUŻE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	11	40 447.0000	40 447.0000
N06 PATOLOGIA CIĄŻY I POŁOGU- DIAGNOSTYKA, LECZENIE - > 11 DNI	17	59 485.0000	59 485.0000
F42 DUŻE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ*	2	13 758.0000	13 758.0000
PRZEDŁUŻONA HOSPITALIZACJA MATKI KARMIĄCEJ PIERSIĄ Z POWODU STANU ZDROWIA DZIECKA - OD 5 DOBY OD PORODU	13	6 056.9600	6 056.9600
M16 ZAGRAŻAJĄCE LUB DOKONANE PORONIENIE, ZAKOŃCZENIE CIĄŻY OBUMARŁEJ*	133	182 786.0000	182 786.0000
M14 ŚREDNIE ZABIEGI GÓRNEJ CZĘŚCI UKŁADU ROZRODCZEGO*	63	149 130.0000	149 130.0000
F43F ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE LECZNICZE ZABIEGI JAMY BRZUSZNEJ < 66 R.Ż.*	1	2 695.0000	2 695.0000
FILTROWANIE DAWKI TERAPEUTYCZNEJ KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	2	260.0000	260.0000
REDUKCJA BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH OSOCZA ŚWIEŻO MROŻONEGO.	2	246.0000	246.0000

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1 (89)** zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: U pacjentki rozliczono procedurę 67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne oraz procedurę 68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy.

Można rozważyć rozliczenie procedury 68.234 Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy lub 68.233 Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy, co pozwoliłoby rozliczyć grupę M14 za 2338 zł (hospitalizacja <3 dni).

Różnica: 2 338 zł – 796 zł – można zyskać = 1 542 zł

**Pacjent 2 (86)** zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: j.w.

Różnica: 2 338 zł – 796 zł – można zyskać = 1 542 zł

**Pacjent 3 (81)** zakwalifikowano do grupy N03+N25 - kodowanie prawidłowe – brak uwag**Pacjent 4 (363)** zakwalifikowano do grupy N12 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: finansowany grupą N12 za 487 zł jest pobyt 1-dniowy, a za każdy następny dzień płatnik dolicza 270 zł, stąd też najbardziej korzystna jest hospitalizacja 1-dniowa, ewentualnie jak najkrótsza. W tym przypadku pacjentka wyszła ze szpitala na własne żądanie.

**Pacjent 5 (361)** zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: hospitalizacja M16<3 dni kosztuje 1 082 zł, wydłużenie hospitalizacji do 3 dni podniesie wycenę do 1 514 zł.

Różnica: 1 514 zł – 1 082 zł – można zyskać = 432 zł

**Pacjent 6 (345)** zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: U pacjentki rozliczono procedurę 67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne oraz procedurę 68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy.

Można rozważyć rozliczenie procedury 68.234 Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy lub 68.233 Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy, co pozwoliłoby rozliczyć grupę M14 za 2 338 zł (hospitalizacja <3 dni).

Różnica: 2 338 zł – 796 zł – można zyskać = 1 542 zł

**Pacjent 7** (342) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 8** (449) zakwalifikowano jako hospitalizacja z przyczyn nie ujętych gdzie indziej- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 9** (439) zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 10** (436) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 11** (2287) zakwalifikowano do grupy N12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 12** (2190) zakwalifikowano do grupy N12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 13** (2187) zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: U pacjentki rozliczono procedurę 67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne oraz procedurę 68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy.

Można rozważyć rozliczenie procedury 68.234 Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy lub 68.233 Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy, co pozwoliłoby rozliczyć grupę M14 za 2 338 zł (hospitalizacja <3 dni).

Różnica: 2 338 zł – 796 zł – można zyskać = 1 542 zł

**Pacjent 14** (2183) zakwalifikowano do grupy M27 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 15** (2030) zakwalifikowano do grupy N06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 16** (2021) zakwalifikowano do grupy N06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 17** (2016) zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: U pacjentki rozliczono procedurę 67.39 Zniszczenie lub wycięcie zmiany lub tkanki szyjki macicy – inne oraz procedurę 68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy.

Można rozważyć rozliczenie procedury 68.234 Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy lub 68.233 Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy, co pozwoliłoby rozliczyć grupę M14 za 2338 zł (hospitalizacja <3 dni).

Różnica: 2 338 zł – 796 zł – można zyskać = 1 542 zł

**Pacjent 18** (2012) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 19** (2013) zakwalifikowano do grupy N06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 20** (2014) zakwalifikowano do grupy F46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 21** (2554) zakwalifikowano do grupy N12- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 22** (2535) zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 23** (2631) zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 24** (2627) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 25** (2404) zakwalifikowano do grupy N12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 26** (2968) zakwalifikowano do grupy N12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 27** (2964) zakwalifikowano do grupy N06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 28** (2959) zakwalifikowano do grupy N02+N22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 29** (3063) zakwalifikowano do grupy M19 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 30** (3057) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 31** (4125) zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

Uwaga: U pacjentki rozliczono procedurę 68.231 Rozszerzenie kanału szyjki i wyłyżeczkowanie ścian jamy macicy.

Można rozważyć rozliczenie procedury 68.234 Histeroskopowe wycięcie zmiany chorobowej w macicy lub 68.233 Histeroskopowe zniszczenie zmiany chorobowej w macicy, co pozwoliłoby rozliczyć grupę M14 za 2 542 zł.

Różnica: 2 542 zł – 796 zł – można zyskać = 1 746 zł

**Pacjent 32** (4126) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 33** (4118) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 34** (3804) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 35** (3912) zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 36** (3908) zakwalifikowano do grupy N12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 37** (3905) zakwalifikowano do grupy M18 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 38** (3903) zakwalifikowano do grupy N01+N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 39** (3901) zakwalifikowano do grupy M18 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 40** (3898) zakwalifikowano do grupy N03+N25 oraz 5.53.01.0000708- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 41** (6524) zakwalifikowano do grupy N06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 42** (6529) zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 43** (6605) zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 44** (6609) zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 45** (6327) zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 46** (4723) zakwalifikowano do grupy N03+N25 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 47** (4716) zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 48** (4842) zakwalifikowano do grupy M15 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 49** (4843) zakwalifikowano do grupy M16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 50** (5356) zakwalifikowano do grupy N12 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: można rozważyć zamianę rozpoznania zasadniczego na rozpoznanie z listy M16 np. O20.0 Poronienie zagrażające, co przekieruje do grupy M16 i pozwoli rozliczyć za 1 514 zł zamiast z grupy N12 za 1 027 zł (487+540 taryfa dod.)

Różnica: 1 514 zł – 1 027 – można zyskać = 487 zł

#### Uwagi ogólne:

- w niektórych przypadkach hospitalizacje rozliczone jako N12 (krótkie pobyt związane z patologią ciąży) mogłyby zostać zakwalifikowane do grupy M16, gdyby zmieniono rozpoznanie zasadnicze np. na O20.0 Poronienie zagrażające lub O20.8 Inny krwotok we wczesnym okresie ciąży.

**Podsumowanie:** zmiana procedury, rozpoznania zasadniczego i/lub liczby dni hospitalizacji pozwoliłoby uzyskać dodatkowy przychód w analizowanych przypadkach łącznie: 10 375 zł.

**Utracony przychód: 10 375 zł**

#### Oddział Dziecięcy

**Tabela nr 48. Zbiornicze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych za okres I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia- grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA	5	5 045.0000	6 045.0000
P06 MAŁE INFЕКCJE (W TYM CHOROBY IMMUNOLOGICZNE)	31	73 222.0000	74 222.0000
D47 ZAPALENIE PŁUC Z PW	1	2 301.0000	3 301.0000
E71 OMDLENIE I ZAPAŚĆ	1	1 667.0000	2 667.0000
S07 ZABURZENIA KRZEPILWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY < 2 DNI	1	343.0000	343.0001



P15 ZABURZENIA ZACHOWANIA	31	71 486.0000	72 486.0000
D48 ZAPALENIE PŁUC BEZ PW	7	10 885.0000	11 885.0000
K28F WRODZONE WADY METABOLICZNE < 66 R.Ż.	2	9 860.0000	10 860.0000
P05 DUŻE INFEKCJE (W TYM CHOROBY IMMUNOLOGICZNE)	4	21 372.0000	22 372.0000
P30 INFEKCJE WIRUSOWE OKREŚLONE	41	159 654.0000	160 654.0000
S55F GORĄCZKA NIEJASNEGO POCHODZENIA < 66 R.Ż.	1	774.0000	774.0001
H88 CHOROBY INFEKCYJNE KOŚCI I STAWÓW	1	1 892.0000	2 892.0000
P29 BÓLE GŁOWY - DIAGNOSTYKA I LECZENIE	4	11 024.0000	12 024.0000
P08 DRGAWKI GORĄCZKOWE	2	1 912.0000	2 912.0000
P12 INNE ZABURZENIA ŻOŁĄDKOWO- JELITOWE I METABOLICZNE	61	102 907.0000	103 907.0000
P21 CHOROBY SERCA	21	62 601.0000	63 601.0000
P17 CHOROBY UKŁADU MOCZOWO- PŁCIOWEGO	1	1 687.0000	2 687.0000
D52 NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA	2	5 504.0000	6 504.0000
P47 ZABURZENIA ODŻYWIENIA < 18 R.Ż.	19	54 454.0000	55 454.0000
P22 INFEKCYJNE I NIEINFEKCYJNE ZAPALENIE ŻOŁĄDKA I JELIT	215	580 500.0000	581 500.0000
ZNIECZULENIE OGÓLNE LUB DOŻYLNIE U DZIECKA	8	2 163.2000	3 163.2000
P99 INNE CHOROBY DZIECI	76	72 048.0000	73 048.0000
P23 PADACZKA	9	30 375.0000	31 375.0000

H87C CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ < 4 DNI	1	1 376.0000	2 376.0000
D46 POCHP I INNE OBTURACYJNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO	46	90 685.0000	91 685.0000
D18 ZAPALENIE PŁUC NIETYPOWE, WIRUSOWE	17	68 112.0000	69 112.0000
F16F CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY < 66 R.Ż.	8	16 968.0000	17 968.0000
HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIE UJĘTYCH GDZIE INDEJ	2	1 082.0000	2 082.0000
H87D CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI	1	3 898.0000	4 898.0000
P19 CHOROBY KRWI	1	1 969.0000	2 969.0000
P04 CHOROBY DOLNYCH DRÓG ODDECHOWYCH	83	280 125.0000	281 125.0000
S43 ZATRUCIE LEKKIE	20	48 140.0000	49 140.0000
P03 CHOROBY GÓRNEGO ODCINKA DRÓG ODDECHOWYCH	31	45 322.0000	46 322.0000
P20 CHOROBY SKÓRY, UKŁADU MIĘŚNIOWO-KOSTNEGO LUB TKANKI ŁĄCZNEJ	3	6 918.0000	7 918.0000
LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN	1	3 893.8000	4 893.8000

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (3787) zakwalifikowano do grupy P99 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 2** (3910) zakwalifikowano do grupy P04 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 3** (3911) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 4** (4122) zakwalifikowano do grupy P30 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 5** (4116) zakwalifikowano do grupy P04 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 6** (4362) zakwalifikowano do grupy P99 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 7** (4352) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 8** (3984) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 9** (2549) zakwalifikowano do grupy P04 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 10** (2539) zakwalifikowano do grupy P06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 11** (2635) zakwalifikowano do grupy P21 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 12** (6477) zakwalifikowano do grupy P99 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy.

Uwaga: W wywiadzie: „alergia celem poszerzenia diagnostyki, astma, zaparcia nawykowe”; jako rozpoznanie zasadnicze dano J45.9 Nieokreślona dychawica oskrzelowa. Gdyby zmienić rozpoznanie np. na J45.0 Dychawica oskrzelowa w głównej mierze z przyczyn uczuleniowych oraz wykonać dwie procedury z listy P01 (029 Równowaga kwasowo-zasadowa (pH, pCO<sub>2</sub>, pO<sub>2</sub>, HCO<sub>3</sub>, BE; 89.602 Pulsoksymetria; 89.383 Badanie spirometryczne) można zakwalifikować do grupy P01 za 2 137 zł.

Różnica: (P01-2137 zł) - (P99-948zł) - można zyskać = 1 190 zł

**Pacjent 13** (6508) zakwalifikowano do grupy P06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 14** (6603) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 15** (6606) zakwalifikowano do grupy D52 - kodowanie nieprawidłowe

Uwaga: jako rozpoznanie zasadnicze wpisano J96.9 Nieokreślona niewydolność oddechowa, a jako współistniejące J18.8 Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami. Zamiana rozpoznania zasadniczego na J18.8 przekieruje do grupy P04 za 3 375 zł.

Różnica: (P04-3375 zł) - (D52-2752zł) - można zyskać = 623 zł

### **lub**

ponieważ w wywiadzie jest „...rotawirusy w kale” - jako rozpoznanie zasadnicze J12.8 Zapalenie płuc wywołane innym wirusem lub zastosować podwójne kodowanie wykorzystując rozpoznanie współistniejące. Pozwoli to na zakwalifikowanie do grupy D18 zapalenie płuc nietypowe, wirusowe za 4 128 zł.

Różnica: (D18-4128 zł) - (D52-2752zł) - można zyskać = 1 376 zł

**Pacjent 16** (5695) zakwalifikowano do grupy P99 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 17** (4719) zakwalifikowano do grupy P12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 18** (4565) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 19** (4569) zakwalifikowano do grupy S43 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 20** (4554) zakwalifikowano do grupy P06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 21** (4854) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 22** (3802) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 23** (3798) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 24** (457) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: zlecenie badania mikrobiologicznego, które pozwoliłoby ustalić przyczynę zapalenia oskrzeli i ewentualną zmianę rozpoznania zasadniczego z J20.9 Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli na J20.8 Ostre zapalenie oskrzeli wywołane innym określonym drobnoustrojem mogłoby skutkować przekierowaniem do grupy P04 za 3 375 zł.

Różnica: (P04-3375 zł) - (D46-2239zł) - można zyskać = 1 136 zł

**Pacjent 25** (450) zakwalifikowano do grupy P12 - kodowanie nieprawidłowe

Uwaga: wpisano rozpoznanie R10.4 Inny i nieokreślony ból brzucha oraz współistniejące K53.9 Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego; zamiana rozpoznania zasadniczego na R10.3 Ból zlokalizowany w innych okolicach podbrzusza pozwoli przekierować do grupy F46 za 1 777 zł.

Różnica: (F46-1777 zł) - (P12-1687 zł) - można zyskać = 90 zł

**Pacjent 26** (447) zakwalifikowano do grupy P12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 27** (446) nie można rozliczyć – powtórna hospitalizacja przed upływem 14 dni  
**Pacjent 28** (550) zakwalifikowano do grupy P22- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 29** (858) zakwalifikowano do grupy P06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 30** (604) zakwalifikowano do grupy P03 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 31** (2139) zakwalifikowano do grupy P12 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: jako rozpoznanie współistniejące jest E55.9 Niedobór witaminy D, nieokreślony. Gdyby dać je jako zasadnicze i wydłużyć pobyt o 1 dzień można rozliczyć grupę K27 za 2 866 zł.

Różnica: (K27-2866 zł) - (P12-1687 zł) - można zyskać = 1 179 zł

**Pacjent 32** (2136) zakwalifikowano do grupy P04 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: jako rozpoznanie zasadnicze jest J18.8 Zapalenie płuc wywołane innymi nieokreślonymi drobnoustrojami; zlecenie badania mikrobiologicznego, które pozwoliłoby ustalić przyczynę zapalenia płuc i zamienić rozpoznanie zasadnicze na J16.8 Zapalenie płuc wywołane przez inne określone drobnoustroje pozwoliłoby rozliczyć hospitalizację jako D18 za 4 128 zł.

Różnica: (D18- 4128 zł) - (P04-3375 zł) - można zyskać = 753 zł

**Pacjent 33** (2127) zakwalifikowano do grupy P99 - kodowanie nieprawidłowe

Uwaga: w tym przypadku tylko zamiana rozpoznania zasadniczego na R56.0 da korzystniejsze rozliczenie grupy P08 za 956 zł zamiast 948. Natomiast pobranie wymazu z gardła lub krtani i zamiana rozpoznania zasadniczego na A49.9 Zakażenia bakteryjne, nieokreślone lub B34.9 Zakażenia wirusowe, nieokreślone pozwoliłoby rozliczyć hospitalizację jako P04 za 3 375 zł.

Różnica: (P04-3375 zł) - (P99 - 948 zł) - można zyskać = 2 427 zł

**Pacjent 34** (2123) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 35** (2116) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 36** (97) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 37** (93) zakwalifikowano do grupy P99 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 38** (83) zakwalifikowano do grupy P29 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 39** (2629) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie nieprawidłowe

Uwaga: jako rozpoznanie zasadnicze podano J20.9 Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli; w epikryzie opisano obecność rotawirusów i włączenie antybiotykoterapii; zamiana rozpoznania zasadniczego na J20.8 Ostre zapalenie oskrzeli wywołane innym określonym drobnoustrojem, które pozwoliłoby rozliczyć hospitalizację jako P04 za 3 375 zł.

Różnica: (P04-3375 zł) - (D46-2239zł) - można zyskać = 1 136 zł

**Pacjent 40** (2412) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 41** (2410) zakwalifikowano do grupy F16F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 42** (2969) zakwalifikowano do grupy P30 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 43** (3051) zakwalifikowano do grupy P12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 44** (3506) zakwalifikowano do grupy P99 - kodowanie nieprawidłowe

Uwaga: pobrano wymaz z gardła (dodatni) oraz posiew krwi; zamiana rozpoznania z J02.9 Nieokreślone ostre zapalenie gardła na J02.8 Ostre zapalenie gardła spowodowane innymi określonymi drobnoustrojami pozwala rozliczyć jako P03 za 1 462 zł.

Różnica: (P03-1462 zł) - (P99-948zł) - można zyskać = 514 zł

**Pacjent 45** (3498) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 46** (2289) zakwalifikowano do grupy P15 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 47** (2285) zakwalifikowano do grupy P22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 48** (2193) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: zlecenie badania mikrobiologicznego, które pozwoliłoby ustalić przyczynę zapalenia oskrzeli i ewentualną zmianę rozpoznania zasadniczego z J20.9 Nieokreślone ostre zapalenie oskrzeli na J20.8 Ostre zapalenie oskrzeli wywołane innym określonym drobnoustrojem mogłoby skutkować przekierowaniem do grupy P04 za 3 375 zł.

Różnica: (P04-3375 zł) - (D46-2239zł) - można zyskać = 1 136 zł

**Pacjent 49** (2172) zakwalifikowano do grupy C57 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 50** (2028) zakwalifikowano do grupy P99 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: dziecko przyjęte z rozpoznaniem na skierowaniu J03.9 Nieokreślone ostre zapalenie migdałków. Przy przyjęciu w badaniu fizykalnym: „gardło przekrwione, migdałki podniebienne rozpulchnione, przekrwione, poza tym bez istotnych odchyłeń od normy”. Wypisane z J06.9 Nieokreślone ostre zakażenie górnych dróg oddechowych. Gdyby dać J03.9 jako zasadnicze i przedłużyć hospitalizację o 1 dzień można by rozliczyć jako C57 za 1 261 zł.

Różnica: (C57- 1261 zł) - (P99-948zł) - można zyskać = 313 zł

**Podsumowanie:** przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień, wykonanie wymazu z górnych dróg oddechowych w kilku przypadkach oraz zmiana rozpoznania pozwoliłoby zyskać w analizowanych przypadkach łącznie: 11 873 zł.

**Utracony przychód: 11 873 zł**

## Oddział Chirurgiczny

**Tabela nr 49. Zbiorcze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
F36 CHOROBY JELITA GRUBEGO	24	49 536.0000	49 536.0000
HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIE UJĘTYCH GDZIE INDEJ	4	2 164.0000	2 164.0000
A77 URAZY GŁOWY BEZ ISTOTNEGO USZKODZENIA MÓZGU	26	23 842.0000	23 842.0000

LECZONE ZACHOWAWCZO			
CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA	17	2 758.0800	2 758.0800
F58F CHOROBY ZAPALNE JELIT < 66 R.Ż.	16	64 204.0000	64 204.0000
G16 OSTRE CHOROBY WĄTROBY	3	9 975.0000	9 975.0000
D07 MAŁE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ*	8	32 893.3100	32 893.3100
J49 ŁAGODNE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	1	774.0000	774.0000
F66 KRWAWIENIA Z PRZEWODU POKARMOWEGO - LECZENIE ZACHOWAWCZE	2	1 490.0000	1 490.0000
F61 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W KRWAWIENIACH Z PRZEWODU POKARMOWEGO*	1	8 362.0000	8 362.0000
D28 CHOROBY NOWOTWOROWE UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ	1	4 357.0000	4 357.0000
C34 MAŁE ZABIEGI USZU*	1	745.0000	745.0000
KONSULTACJA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO WYKONANIA ZNIECZULENIA DO ZABIEGU OPERACYJNEGO, DIAGNOSTYCZNEGO LUB LECZNICZEGO.	3	300.0000	300.0000
F72 OPERACJE PRZEPUKLIN JAMY BRZUSZNEJ Z WSZCZEPEM*	35	114 252.0000	114 252.0000
F21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA CIENKIEGO*	8	89 432.0000	89 432.0000

PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	193	37 944.0000	37 944.0000
G28 NOWOTWORY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH	3	12 039.0000	12 039.0000
Q20 MAŁE ZABIEGI NA UKŁADZIE LIMFATYCZNYM*	4	2 587.0000	2 587.0000
F07E CHOROBY PRZEŁYKU > 65 R.Ż.	1	3 391.0000	3 391.0000
G26E CHOROBY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH > 65 R.Ż.	5	9 639.0000	9 639.0000
F32 DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO*	5	31 815.0000	31 815.0000
F83 WYCIECIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO*	10	30 504.0000	30 504.0000
H72 AMPUTACJE ROZLEGŁE I DUŻE*	8	54 030.0000	54 030.0000
J31 - ZABIEGI ZWIĄZANE Z PRZESZCZEPAMI SKÓRY *	1	6 729.0000	6 729.0000
REDUKCJA BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBOTWÓRCZYCH OSOCZA ŚWIEŻO MROŻONEGO.	9	1 107.0000	1 107.0000
J34 LECZENIE CHIRURGICZNE ZMIAN TROFICZNYCH STOPY*	5	31 599.6000	31 599.6000
Q19 ŚREDNIE ZABIEGI NA UKŁADZIE LIMFATYCZNYM*	1	2 293.0000	2 293.0000
J37 OWRZODZENIA SKÓRY	1	12 829.0000	12 829.0000
CZĘŚCIOWE (NIEKOMPLETNE) ŻYWIENIE POZAJELITOWE	1	757.1200	757.1200
G36 OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI O	28	465	465 472.0000



CIĘŻKIM PRZEBIEGU		472.0000	
H83 ŚREDNIE ZABIEGI NA TKANKACH MIĘKKICH*	49	125 326.8000	125 326.8000
F62 DUŻE I ENDOSKOPOWE LECZNICZE ZABIEGI W KRWAWIENIACH Z PRZEWODU POKARMOWEGO*	44	174 341.0000	174 341.0000
J46 DUŻE CHOROBY INFEKCYJNE SKÓRY	6	12 612.0000	12 612.0000
F46 CHOROBY JAMY BRZUSZNEJ	30	30 918.0000	30 918.0000
J23 CIĘŻKIE OPARZENIA Z ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM > 10 DNI*	3	155 637.0000	155 637.0000
F16E CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY > 65 R.Ż.	4	8 953.0000	8 953.0000
F11E KOMPLEKSOWE ZABIEGI ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY > 65 R.Ż.*	1	16 624.0000	16 624.0000
F16F CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY < 66 R.Ż.	3	5 303.0000	5 303.0000
G38 PRZEWLEKŁE CHOROBY TRZUSTKI	2	10 224.0000	10 224.0000
G25E WYCIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO > 65 R.Ż.*	12	55 296.0000	55 296.0000
F34 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI PRZEWODU POKARMOWEGO*	8	9 381.0000	9 381.0000
Q23 OPERACJE ŻYŁAKÓW Z SAFENEKTOMIĄ*	5	11 814.0000	11 814.0000
H74E MNIEJSZE AMPUTACJE > 65	1	1 951.0000	1 951.0000

R.Ż.*			
F52 DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI W CHOROBYCH ZAPALNYCH JELIT*	1	6 879.0000	6 879.0000
F12 DUŻE ZABIEGI ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY*	5	28 715.0000	28 715.0000
H85F POURAZOWE USZKODZENIA POZA USZKODZENIEM MÓZGU > 17 R.Ż. I < 66 R.Ż.	1	1 706.0000	1 706.0000
REKONSTYTUCJA KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	2	276.0000	276.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z KRWI PEŁNEJ.	3	1 350.0000	1 350.0000
G25F WYCIĘCIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO < 66 R.Ż*	27	110 386.8000	110 386.8000
T07 LECZENIE ZACHOWAWCZE URAZÓW	35	77 020.9500	77 020.9500
PRZETOCZENIE OSOCZA ŚWIEŻO MROŻONEGO.	36	4 000.0000	4 000.0000
NAPROMIENIOWANIE KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	2	52.0000	52.0000
KOMPLETNE ŻYWIENIE POZAJELITOWE	19	26 391.0400	26 391.0400
J32 DUŻE ZABIEGI SKÓRNE*	3	11 178.0000	11 178.0000
G22 DUŻE ZABIEGI PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH*	2	10 662.0000	10 662.0000
G31G RESEKCJE TRZUSTKI BEZ ZABIEGÓW REKONSTRUKCYJNYCH	1	20 999.3500	20 999.3500
F42 DUŻE ZABIEGI JAMY	67	470	470 698.0000

BRZUSZNEJ*		698.0000	
G37 OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI	9	26 601.0000	26 601.0000
FILTROWANIE JEDNOSTKI KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	2	166.0000	166.0000
F07F CHOROBY PRZEŁYKU < 66 R.Ż.	4	6 450.0000	6 450.0000
J33 ŚREDNIE ZABIEGI SKÓRNE*	4	2 748.0000	2 748.0000
G21 KOMPLEKSOWE ZABIEGI PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH*	1	15 248.0000	15 248.0000
F13 ZABIEGI LECZNICZE ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY*	4	8 190.0000	8 190.0000
D51 ODMA OPŁUCNOWA	4	10 548.0000	10 548.0000
G26F CHOROBY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH < 66 R.Ż.	2	2 579.0000	2 579.0000
J05 ŚREDNIA CHIRURGIA PIERSI*	1	1 266.0000	1 266.0000
F22 DUŻE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI JELITA CIENKIEGO*	6	47 124.0000	47 124.0000
A01 ZABIEGI WEWNĄTRZCZASZKOWE Z POWODU POWAŻNEGO URAZU*	6	54 023.0400	54 023.0400
D03 DUŻE ZABIEGI KLATKI PIERSIOWEJ*	3	35 024.4000	35 024.4000
J24 ŚREDNIE OPARZENIA/ODMROŻENIA Z ZABIEGIEM CHIRURGICZNYM > 5 DNI*	1	36 171.0000	36 171.0000
PRZETOCZENIE UBOGOLEUKOCYTARNEGO KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z AFEREZY.	1	1 111.0000	1 111.0000

F73 OPERACJE PRZEPUKLIN BRZUSZNYCH*	2	4 802.4000	4 802.4000
Q66 CHOROBY NACZYŃ	2	5 504.0000	5 504.0000
G34 ZABIEGI ENDOSKOPOWE I PRZEZSKÓRNE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH I TRZUSTKI*	10	47 580.0000	47 580.0000
ŻYWIENIE DOJELITOWE	1	1 730.5600	1 730.5600
G11 KOMPLEKSOWE ZABIEGI WĄTROBY*	2	26 140.2000	26 140.2000
F58E CHOROBY ZAPALNE JELIT > 65 R.Ż	19	110 057.0000	110 057.0000
F31 KOMPLEKSOWE ZABIEGI JELITA GRUBEGO	4	58 468.0000	58 468.0000
F93 ŚREDNIE ZABIEGI ODBYTU*	5	8 112.0000	8 112.0000
A76 URAZY GŁOWY Z ISTOTNYM USZKODZENIEM MÓZGU LECZONE ZACHOWAWCZO	3	4 298.0000	4 298.0000
F82 WYCIĘCIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO Z POWIKŁANIAMİ*	2	7 912.0000	7 912.0000
L85 KAMICA MOCZOWA	1	487.0000	487.0000
FILTROWANIE DAWKI TERAPEUTYCZNEJ KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	3	390.0000	390.0000

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (1263) zakwalifikowano do grupy F58E- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 2** (3997) zakwalifikowano do grupy G11 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 3** (3393) zakwalifikowano do grupy F72 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 4** (4293) zakwalifikowano do grupy G26F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 5** (4207) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: korzystniejsze byłoby T09 za 5 732 zł

Różnica: (T09-5 732zł) – (T07 z taryfą dod. za 5 211 zł) - można zyskać = 521 zł

**Pacjent 6** (624) zakwalifikowano do grupy F21 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 7** (636) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 8** (1260) zakwalifikowano do grupy F58F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 9** (1256) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: korzystniejsze byłoby T09 za 5 732 zł

Różnica: (T09-5 732zł) – (T07 z taryfą dod. za 2 921 zł) - można zyskać = 2 811 zł

**Pacjent 10** (1254) zakwalifikowano do grupy F46 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień daje korzystniejsze rozliczenie w tej grupie za 1 777 zł zamiast 533 (<3 dni).

Różnica: 1 777 – 533 - można zyskać = 1 240 zł

**Pacjent 11** (1107) zakwalifikowano do grupy G26E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 12** (21) zakwalifikowano do grupy G36 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 13** (4206) zakwalifikowano do grupy L85 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień daje korzystniejsze rozliczenie w tej grupie za 974 zł zamiast 487 (<3 dni).

Różnica: 974 – 487 - można zyskać = 487 zł

**Pacjent 14** (4424) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 15** (4570) zakwalifikowano do grupy F46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień daje korzystniejsze rozliczenie w tej grupie za 1 777 zł zamiast 533 (<3 dni).

Różnica: 1 777 – 533 - można zyskać = 1 240 zł

**Pacjent 16** (4568) zakwalifikowano do grupy Q66 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 17** (4982) zakwalifikowano do grupy A77- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 18** (5482) zakwalifikowano do grupy F73 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 19** (5473) zakwalifikowano do grupy F62 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 20** (3831) zakwalifikowano do grupy F36 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień daje korzystniejsze rozliczenie w tej grupie za 2 752 zł zamiast 1 376 (<3 dni).

Różnica: 2 752 – 1 376 - można zyskać = 1 376 zł

**Pacjent 21** (3824) zakwalifikowano do grupy F42 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 22** (4004) zakwalifikowano do grupy F62 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 23** (6526) zakwalifikowano do grupy G36 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 24** (6530) zakwalifikowano do grupy F22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 25** (6511) zakwalifikowano do grupy G25E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 26** (5673) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: korzystniejsze byłoby T09 za 5 732 zł

Różnica: (T09-5732zł) – (T07 z taryfą dod. za 3 379 zł) - można zyskać = 2 353 zł

**Pacjent 27** (5707) zakwalifikowano do grupy H72 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 28** (2717) zakwalifikowano do grupy G36 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 29** (2958) zakwalifikowano do grupy D28 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 30** (3117) zakwalifikowano do grupy F42 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 31** (3115) zakwalifikowano do grupy F62 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 32** (3113) zakwalifikowano do grupy F62 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 33** (3106) zakwalifikowano do grupy J32 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 34** (3620) zakwalifikowano do grupy G25F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 35** (1920) zakwalifikowano do grupy F42 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 36** (1919) zakwalifikowano do grupy F42 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 37** (1897) zakwalifikowano do grupy F12 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 38** (2513) zakwalifikowano do grupy Q23 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 39** (2506) zakwalifikowano do grupy G25F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 40** (3039) zakwalifikowano do grupy F31 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 41** (2299) zakwalifikowano do grupy F62 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 42** (2292) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień daje korzystniejsze rozliczenie w tej grupie za 2 257 zł zamiast 2 076 (<3 dni).

Różnica: 2 257 – 2 076 - można zyskać = 181 zł

**Pacjent 43** (2291) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień daje korzystniejsze rozliczenie w tej grupie za 2 257 zł zamiast 2 076 (<3 dni).

Różnica: 2 257 – 2 976 - można zyskać = 181 zł

**Pacjent 44** (2140) zakwalifikowano do grupy F42 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 45** (2138) zakwalifikowano do grupy F36 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 46** (1359) zakwalifikowano do grupy F93 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 47** (1841) zakwalifikowano do grupy F42- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 48** (288) zakwalifikowano do grupy H63 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 49** (19) zakwalifikowano do grupy A01 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 50** (3102) zakwalifikowano do grupy G26E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Podsumowanie:** wydłużenie pobytu lub zmiana grupy pozwoliłoby zyskać w analizowanych przypadkach łącznie: 10 390 zł

**Utracony przychód: 10 390 zł**

#### Oddział Kardiologiczny

**Tabela nr 50. Zbiorcze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
D16 ZATOR PŁUCNY	20	107 736.0000	107 736.0000
E56 CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA > 69 R.Ż. LUB Z PW	49	113 764.0000	113 764.0000
E16 OZW > 69 R.Ż. LUB Z PW	47	113 872.0000	113 872.0000
CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA	1	162.2400	162.2400
E32 WSZCZEPIENIE/ WYMIANA ROZRUSZNIKA DWUJAMOWEGO*	54	513 648.0000	513 648.0000
HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIE UJĘTYCH GDZIE INDEJ	5	2 705.0000	2 705.0000
INTENSYWNA HEMODIALIZA	4	1 297.9200	1 297.9200

D38 OBRZEK PŁUC	4	10 780.0000	10 780.0000
E73 CHOROBY ZASTAWEK SERCA > 17 R.Ż.	12	34 078.0000	34 078.0000
E62 ZABURZENIA RYTMU SERCA > 17 R.Ż. < 70 R.Ż. BEZ PW	52	67 230.0000	67 230.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	33	6 138.0000	6 138.0000
E31 WSZCZEPNIENIE/ WYMIANA ROZRUSZNIKA JEDNOJAMOWEGO*	9	70 029.0000	70 029.0000
FILTROWANIE JEDNOSTKI KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	2	166.0000	166.0000
E59 NAGŁE ZATRZYMANIE KRAŻENIA	1	3 380.0000	3 380.0000
E57 CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA > 17 R.Ż. < 70 R.Ż. BEZ PW	35	61 183.0000	61 183.0000
E71 OMDLENIE I ZAPAŚĆ	18	28 340.0000	28 340.0000
E34 WSZCZEPNIENIE/ WYMIANA KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA JEDNO-/ DWUJAMOWEGO*	13	276 354.0000	276 354.0000
NAPROMIENIOWANIE KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	2	52.0000	52.0000
E36 WSZCZEPNIENIE/ WYMIANA CRT-D > 17 R.Ż.*	1	33 829.0000	33 829.0000
E52 ZAAWANSOWANA NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA	67	398 543.0000	398 543.0000
E61 ZABURZENIA RYTMU SERCA > 69 R.Ż. LUB Z PW	87	155 378.0000	155 378.0000
E53G NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA	208	702 889.0000	702 889.0000



E17G OZW - LECZENIE ZACHOWAWCZE	15	25 689.0000	25 689.0000
E74E WRODZONE WADY SERCA > 65 R.Ż.	2	7 852.0000	7 852.0000
E37 REPERACJA/ REPOZYCJA/ REWIZJA/ WYMIANA ELEKTRODY/ UKŁADU STYMULUJĄCEGO/ KARDIOWERTERA-DEFIBRYLATORA*	1	4 800.0000	4 800.0000
E51 ZAPALENIE WSIERDZIA	4	54 148.0000	54 148.0000
E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	9	23 496.0000	23 496.0000
D52 NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA	3	8 772.0000	8 772.0000
E50 OSTRA LUB ZDEKOMPENSOWANA NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA - LECZENIE W OINK	6	99 030.0000	99 030.0000
E72 NIEINWAZYJNA DIAGNOSTYKA BÓLU W KŁATCE PIERSIOWEJ >17 R.Ż.	6	8 084.0000	8 084.0000
E88 NADCIŚNIENIE TĘTNICZE > 17 R.Ż.	41	57 532.0000	57 532.0000
E89 KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA KARDIOLOGICZNA	2	1 198.0000	1 198.0000
E74F WRODZONE WADY SERCA > 17 R.Ż. I < 66 R.Ż.	2	6 535.0000	6 535.0000

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (1748) zakwalifikowano do grupy E31 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 2** (1750) zakwalifikowano do grupy D38 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 3** (1634) zakwalifikowano do grupy E17G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 4** (1598) zakwalifikowano do grupy E61 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 5** (3678) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 6** (3677) zakwalifikowano do grupy E17G - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 7** (3680) zakwalifikowano do grupy E53G- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 8** (3609) zakwalifikowano do grupy E57- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 9** (4214) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 10** (4213) zakwalifikowano do grupy E56 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: zamiana rozpoznania zasadniczego I25.9 Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona na współistniejące I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa spowoduje przekierowanie do grupy E53G.

Różnica: (E53G-3 454) - (E56- 2 395 zł) - można zyskać = 1 059 zł

**Pacjent 11** (3729) zakwalifikowano do grupy E52 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 12** (3737) zakwalifikowano do grupy E16 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: zamiana rozpoznania zasadniczego I21.0 Ostry zawał serca pełnościenny ściany przedniej na współistniejące I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa spowoduje przekierowanie do grupy E53G.

Różnica: (E53G-3 454) - (E16- 3 301 zł) - można zyskać = 153 zł

**Pacjent 13** (3703) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 14** (4774) zakwalifikowano do grupy E71 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 15** (4769) zakwalifikowano do grupy E52 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 16** (4548) zakwalifikowano do grupy E32- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 17** (4540) zakwalifikowano do grupy E61 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 18** (4560) zakwalifikowano do grupy E16 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: zamiana rozpoznania zasadniczego I20.0 Dusznica niestabilna na współistniejące I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa spowoduje przekierowanie do grupy E53G.

Różnica: (E53G-3454) - (E16- 3301 zł) - można zyskać = 153 zł

**Pacjent 19** (2695) zakwalifikowano do grupy E52 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 20** (2605) zakwalifikowano do grupy E57 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień oraz zamiana rozpoznania zasadniczego I25.9 Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona na współistniejące I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa spowoduje przekierowanie do grupy E53G.

Różnica: (E53G-3 454) - (E57- 2 006 zł) - można zyskać = 1 448 zł

**Pacjent 21** (426) zakwalifikowano do grupy E51 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 22** (5603) zakwalifikowano do grupy E77 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy Uwaga: pacjent przyjęty z rozpoznaniem wstępnym I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona; w Kacie Obserwacji Lekarskiej i epikryzie: „55-letni pacjent z przewlekłą niewydolnością serca, kardiomiopatią rozstrzeniową, po implantacji ICD ...”. Jako rozpoznanie zasadnicze podano I42.0 Kardiomiopatia rozstrzeniowa. Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze wpisano I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa to przekieruje do grupy E53G za 3 454 zł.

Różnica: (E53G-3 454) - (E77- 3 133 zł) - można zyskać = 321 zł

**Pacjent 23** (6607) zakwalifikowano do grupy E52 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 24** (5625) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 25** (5601) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 26** (5661) zakwalifikowano do grupy A48 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 27** (2384) zakwalifikowano do grupy E61 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: zamiana rozpoznania zasadniczego I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków na współistniejące I25.1 Choroba serca w przebiegu miażdżycy powinno przekierować do grupy E56 za 2395 zł.

Różnica: (E56-2 395 zł) - (E61- 2 005 zł) - można zyskać = 390 zł

**Pacjent 28** (3206) zakwalifikowano do grupy E61 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: zamiana rozpoznania zasadniczego I47.2 Częstoskurcz komorowy na współistniejące I25.9 Przewlekła choroba niedokrwienności serca, nieokreślona powinno przekierować do grupy E56 za 2395 zł.

Różnica: (E56-2 395 zł) - (E61- 2 005 zł) - można zyskać = 390 zł

**Pacjent 29** (233) zakwalifikowano do grupy E57- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 30** (1612) zakwalifikowano do grupy E57 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 31** (1279) zakwalifikowano do grupy E88 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 32** (1639) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 33** (1285) zakwalifikowano do grupy E52 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 34** (1358) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 35** (1271) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 36** (2592) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 37** (2589) zakwalifikowano do grupy E56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 38** (2568) zakwalifikowano do grupy E61 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 39** (2401) zakwalifikowano do grupy E56- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 40** (2402) zakwalifikowano do grupy E61 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 41** (2671) zakwalifikowano do grupy E56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 42** (247) zakwalifikowano do grupy E62 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 43** (245) zakwalifikowano do grupy E56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 44** (236) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 45** (223) zakwalifikowano do grupy E62 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 46** (45) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 47** (35) zakwalifikowano do grupy E61 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: zamiana rozpoznania zasadniczego I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków na współistniejące I25.9 Przewlekła choroba niedokrwienna serca, nieokreślona powinno przekierować do grupy E56 za 2 395 zł.

Różnica: (E56-2 395 zł) - (E61- 2 005 zł) - można zyskać = 390 zł

**Pacjent 48** (170) zakwalifikowano do grupy E56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 49** (166) zakwalifikowano do grupy E52- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 50** (1680) zakwalifikowano do grupy E61 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

#### Podsumowanie:

- zmiana kolejności rozpoznania zasadniczego ze współistniejącym pozwoliłoby zyskać w analizowanych przypadkach łącznie: 4 304 zł.

- należałoby także zwrócić uwagę na długość hospitalizacji, w niektórych przypadkach dosyć korzystne rozliczenie zostaje skonsumowane przez długi pobyt pacjenta.

**Utracony przychód: 4 304 zł**

#### Oddział Wewnętrzny

**Tabela nr 51. Zbiornicze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
D28 CHOROBY NOWOTWOROWE UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI	45	195 603.0000	195 603.0000

PIERSIOWEJ			
L07 ZAKAŻENIA NEREK LUB DRÓG MOCZOWYCH	12	16 168.0000	16 168.0000
E59 NAGŁE ZATRZYMANIE KRAŻENIA	3	10 140.0000	10 140.0000
D47 ZAPALENIE PŁUC Z PW	29	66 729.0000	66 729.0000
S42E ZATRUCIE ŚREDNIE > 65 R.Ż.	1	6 663.0000	6 663.0000
E71 OMDLENIE I ZAPĄŚĆ	4	5 835.0000	5 835.0000
J37 OWRZODZENIA SKÓRY	4	14 676.0000	14 676.0000
D52 NIEWYDOLNOŚĆ ODDECHOWA	2	5 504.0000	5 504.0000
G26F CHOROBY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH < 66 R.Ż.	2	2 579.0000	2 579.0000
INTENSYWNA HEMODIALIZA	9	2 920.3200	2 920.3200
L86 BADANIA W ZAKRESIE DRÓG MOCZOWYCH	1	631.0000	631.0000
NAPROMIENIOWANIE KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	105	2 808.0000	2 808.0000
L83 PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK	38	77 400.0000	77 400.0000
CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA	3	486.7200	486.7200
D46 POCHP I INNE OBTURACYJNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO	87	197 766.0000	197 766.0000
E88 NADCIŚNIENIE TĘTNICZE > 17 R.Ż.	11	16 383.0000	16 383.0000
F34 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI PRZEWODU POKARMOWEGO*	14	16 745.0000	16 745.0000
F07E CHOROBY PRZEŁYKU > 65 R.Ż.	5	16 955.0000	16 955.0000
A31 CHOROBY NERWÓW OBWODOWYCH	2	3 438.0000	3 438.0000

G38 PRZEWLEKŁE CHOROBY TRZUSTKI	12	37 824.0000	37 824.0000
G18 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW	9	20 460.0000	20 460.0000
F58F CHOROBY ZAPALNE JELIT < 66 R.Ż.	2	6 879.0000	6 879.0000
K47 CHOROBY TARCZYCY	4	6 022.0000	6 022.0000
G16 OSTRE CHOROBY WĄTROBY	2	4 988.0000	4 988.0000
H86 CHOROBY TKANEK MIĘKKICH	1	802.0000	802.0000
H56C ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA < 4 DNI	1	688.0000	688.0000
E52 ZAAWANSOWANA NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA	16	113 420.0000	113 420.0000
L84F INNE CHOROBY NEREK < 66 R.Ż.	2	6 994.0000	6 994.0000
HOSPITALIZACJA Z PRZYCZYN NIE UJĘTYCH GDZIE INDEKS	1	541.0000	541.0000
F58E CHOROBY ZAPALNE JELIT > 65 R.Ż.	5	29 745.0000	29 745.0000
C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA	3	3 783.0000	3 783.0000
D49 USZKODZENIA INHALACYJNE PŁUC	1	5 216.0000	5 216.0000
PRZETOCZENIE OSOCZA ŚWIEŻO MROŻONEGO.	2	200.0000	200.0000
D16 ZATOR PŁUCNY	1	4 586.0000	4 586.0000
G26E CHOROBY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH > 65 R.Ż.	3	5 355.0000	5 355.0000
D50 ZWŁÓKNIENIE I PYLICA PŁUC	1	4 930.0000	4 930.0000
D55 ZIARNINIAKI, CHOROBY PŁUC ALERGICZNE I Z AUTOIMMUNIZACJI	1	5 446.0000	5 446.0000

K59 INNE CHOROBY UKŁADU WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO	41	82 806.0000	82 806.0000
F36 CHOROBY JELITA GRUBEGO	29	71 552.0000	71 552.0000
F16E CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY > 65 R.Ż.	33	79 298.0000	79 298.0000
S56 POSOCZNICA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU	25	200 625.0000	200 625.0000
Q66 CHOROBY NACZYŃ	3	8 256.0000	8 256.0000
S03 CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I ODPORNOŚCIOWEGO > 1 DNIA	11	50 679.0000	50 679.0000
K39 STOPA CUKRZYCOWA	3	15 486.0000	15 486.0000
S60 CHOROBY ZAKAŻNE NIEWIRUSOWE	2	4 586.0000	4 586.0000
E16 OZW > 69 R.Ż. LUB Z PW	2	6 602.0000	6 602.0000
D17 ROPIEŃ PŁUC, ROPOWICA	2	10 318.0000	10 318.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	466	89 094.0000	89 094.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z KRWI PEŁNEJ.	19	8 550.0000	8 550.0000
K35 CUKRZYCA Z POWIKŁANIAM I INNE STANY HIPOGLIKEMICZNE	10	22 708.0000	22 708.0000
F66 KRWAWIENIA Z PRZEWODU POKARMOWEGO - LECZENIE ZACHOWAWCZE	9	17 710.0000	17 710.0000
H87D CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI	2	7 796.0000	7 796.0000

REKONSTYTUCJA KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	1	138.0000	138.0000
J39 DUŻE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	4	7 568.0000	7 568.0000
S04 CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I ODPORNOŚCIOWEGO < 2 DNI	1	860.0000	860.0000
D18 ZAPALENIE PŁUC NIETYPOWE, WIRUSOWE	1	4 128.0000	4 128.0000
K16 CHOROBY PRZYSADKI	1	2 350.0000	2 350.0000
K26 ZABURZENIA WODNO-ELEKTROLITOWE	10	15 248.0000	15 248.0000
J46 DUŻE CHOROBY INFEKCYJNE SKÓRY	1	2 293.0000	2 293.0000
G17 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY Z PW >5 DNI	7	39 326.0000	39 326.0000
E77 INNE CHOROBY UKŁADU KRAŻENIA > 17 R.Ż.	1	3 133.0000	3 133.0000
FILTROWANIE DAWKI TERAPEUTYCZNEJ KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	19	2 470.0000	2 470.0000
D48 ZAPALENIE PŁUC BEZ PW	18	27 337.0000	27 337.0000
G37 OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI	5	16 625.0000	16 625.0000
F07F CHOROBY PRZEŁYKU < 66 R.Ż.	9	19 350.0000	19 350.0000
KOMPLETNE ŻYWIENIE POZAJELITOWE	6	5 191.6800	5 191.6800
K27 ZABURZENIA ODŻYWIENIA	9	24 361.0000	24 361.0000
A87 INNE CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO	2	3 554.0000	3 554.0000
S07 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE	2	686.0000	686.0000



CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY < 2 DNI			
A46 PRZEMIJAJĄCE NIEDOKRWIENIE MÓZGU	1	2 121.0000	2 121.0000
K37 CUKRZYCA ZE STANAMI HIPERGLIKEMICZNYMI	2	5 504.0000	5 504.0000
G28 NOWOTWORY DRÓG ŻÓŁCIOWYCH	4	16 052.0000	16 052.0000
A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	1	3 382.0000	3 382.0000
S06 ZABURZENIA KRZEPYLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY > 1 DNIA	46	29 026.0000	29 026.0000
S43 ZATRUCIE LEKKIE	26	62 582.0000	62 582.0000
D10F DYCHAWICA OSKRZELOWA < 66 R.Ż.	11	28 091.0000	28 091.0000
F46 CHOROBY JAMY BRZUSZNEJ	16	26 433.0000	26 433.0000
F16F CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY < 66 R.Ż.	26	46 666.0000	46 666.0000
E73 CHOROBY ZASTAWEK SERCA > 17 R.Ż.	4	10 843.0000	10 843.0000
E17G OZW - LECZENIE ZACHOWAWCZE	2	5 710.0000	5 710.0000
F04 DIAGNOSTYCZNE I MAŁE ZABIEGI PRZEWODU POKARMOWEGO*	4	2 474.0000	2 474.0000
L84E INNE CHOROBY NEREK > 65 R.Ż.	20	86 494.0000	86 494.0000
E55 ZAKRZEPICA ŻYŁ GŁĘBOKICH	1	2 720.0000	2 720.0000
H89D CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW > 3 DNI	1	2 407.0000	2 407.0000
J08 CHOROBY PIERSI ZŁOŚLIWE	1	2 007.0000	2 007.0000
K58 NOWOTWORY ENDOKRYNNE POZA PRZYSADKĄ	8	20 491.0000	20 491.0000

L82 OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK	15	67 920.0000	67 920.0000
J49 ŁAGODNE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	1	1 548.0000	1 548.0000
E53G NIEWYDOLNOŚĆ KRAŻENIA	152	521 554.0000	521 554.0000
S05 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY > 10 DNI	26	96 876.0000	96 876.0000
E56 CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA > 69 R.Ż. LUB Z PW	1	2 395.0000	2 395.0000
PRZETOCZENIE UBOGOLEUKOCYTARNEGO KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z AFEREZY.	11	12 221.0000	12 221.0000
FILTROWANIE JEDNOSTKI KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	91	7 802.0000	7 802.0000
D26 WYSIĘKOWE ZAPALENIE OPŁUCNEJ	4	12 152.0000	12 152.0000
S42F ZATRUCIE ŚREDNIE < 66 R.Ż.	1	5 045.0000	5 045.0000
D10E DYCHAWICA OSKRZELOWA > 65 R.Ż.	11	42 174.0000	42 174.0000
E57 CHOROBA NIEDOKRWIENNA SERCA > 17 R.Ż. < 70 R.Ż. BEZ PW	1	1 003.0000	1 003.0000
E61 ZABURZENIA RYTMU SERCA > 69 R.Ż. LUB Z PW	2	4 010.0000	4 010.0000
D38 OBRZĘK PŁUC	1	2 695.0000	2 695.0000
A34C GUZY MÓZGU I RDZENIA KRĘGOWEGO	2	3 096.0000	3 096.0000
S55F GORĄCZKA NIEJASNEGO POCHODZENIA < 66 R.Ż.	1	1 548.0000	1 548.0000

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (2134) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 2** (2133) zakwalifikowano do grupy E52 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 3** (1848) zakwalifikowano do grupy D47 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: jako rozpoznanie zasadnicze jest J18.9 Nieokreślone zapalenie płuc; zlecenie badania mikrobiologicznego, które pozwoliłoby ustalić przyczynę zapalenia płuc i ewentualna zamiana rozpoznania zasadniczego na np. J16.8 Zapalenie płuc wywołane przez inne określone drobnoustroje pozwoliłoby rozliczyć hospitalizację jako D18 za 4 128 zł.

Różnica: (D18- 4 128 zł) - (D47-2 301 zł) - można zyskać = 1 827 zł

**Pacjent 4** (1849) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 5** (1840) zakwalifikowano do grupy E73 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 6** (1838) zakwalifikowano do grupy D47 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: przy przyjęciu u pacjenta opisano od kilku dni duszność wysiłkową, w badaniu fizykalnym czynność serca niemiaraowa, 100-120/min. W rozpoznaniach współistniejących I50.9, I25.9, I48.

Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze podać I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona to przekieruje do grupy E53G za 3 454 zł.

Różnica: (E53G-3454 zł) - (D47- 2301 zł) - można zyskać = 1 153 zł

**Pacjent 7** (1916) zakwalifikowano do grupy A31- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 8** (2512) zakwalifikowano do grupy S43- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 9** (2511) zakwalifikowano do grupy S43 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 10** (1261) zakwalifikowano do grupy S06 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: pacjentce wykonano gastroskopię i kolonoskopię, jako rozpoznanie współistniejące podano K57.9 Choroba uchyłkowa jelita, części nieokreślonej, bez przedziurawienia lub ropnia. Zamiana rozpoznania zasadniczego na K57.9 zakwalifikuje do grupy F36 za 2 752 zł.

Różnica: (F36 - 2752 zł) - (S06 - 631 zł) - można zyskać = 2 121 zł

**Pacjent 11** (2304) zakwalifikowano do grupy D46 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: pacjentka przyjęta z powodu duszności, obciążona kardiologicznie. W rozpoznaniach współistniejących I50.9, I25.9, I48.

Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze podać I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona to przekieruje do grupy E53G za 3 454 zł.

Różnica: (E53G-3454 zł) - (D46- 2239 zł) - można zyskać = 1 218 zł

**Pacjent 12** (2303) zakwalifikowano do grupy S06 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: pacjentka przyjęta z powodu ogólnego osłabienia, zawrotów głowy, uczucia kołatania serca, obciążona kardiologicznie (przewlekła niewydolność serca, migotanie przedsionków, stabilną chorobą niedokrwienną serca, nadciśnieniem). W trakcie hospitalizacji epizod migotania przedsionków.

Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze podać I48 Migotanie i trzepotanie przedsionków to przekieruje do grupy E62 za 1 494 zł.

Różnica: (E62-1494 zł) - (S06- 631 zł) - można zyskać = 863 zł

**Pacjent 13** (2137) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: jako rozpoznanie zasadnicze jest J18.9 Nieokreślone zapalenie płuc; zlecenie badania mikrobiologicznego, które pozwoliłoby ustalić przyczynę zapalenia płuc i ewentualna zamiana rozpoznania zasadniczego na np. J16.8 Zapalenie płuc wywołane przez inne określone drobnoustroje pozwoliłaby rozliczyć hospitalizację jako D18 za 4 128 zł.

Różnica: (D18- 4 128 zł) - (D46-2 239 zł) - można zyskać = 1 889 zł

**Pacjent 14** (942) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 15** (937) zakwalifikowano do grupy S06 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: pacjent przyjęty m.in. z powodu duszności, obciążony kardiologicznie. W rozpoznaniach współistniejących I50.9, I25.9, I48.

Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze podać I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona to przekieruje do grupy E53G za 3454 zł.

Różnica: (E53G - 3454 zł) - (S06 - 631 zł) - można zyskać = 2 823 zł

**Pacjent 16** (5501) zakwalifikowano do grupy K16 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 17** (4567) zakwalifikowano do grupy F16F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 18** (4559) zakwalifikowano do grupy S05 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: pacjentce wykonano gastroscopię, w karcie informacyjnej rozpoznano chorobę wrzodową dwunastnicy. Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze podano K26.3 Wrzód dwunastnicy, to wówczas istnieje możliwość zakwalifikowania do grupy F16F za 2 121 zł.

Różnica: (F16F- 2 121 zł) - (S06 - 631 zł) - można zyskać = 1 490 zł

**Pacjent 19** (5005) zakwalifikowano do grupy F46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 20** (4983) zakwalifikowano do grupy L84E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 21** (5477) zakwalifikowano do grupy G17 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 22** (6519) zakwalifikowano do grupy L83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 23** (6515) zakwalifikowano do grupy K27 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 24** (5893) zakwalifikowano do grupy H56C - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 25** (6057) zakwalifikowano do grupy F46 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: u pacjenta jako rozpoznanie współistniejące jest E83.0 Zaburzenia przemian miedzi, wpisane jako zasadnicze przekieruje do grupy K28F za 4 930 zł.

Różnica: (K28F- 4930 zł) - (F46 - 1777 zł) - można zyskać = 3 153 zł

**Pacjent 26** (632) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 27** (18) zakwalifikowano do grupy L83 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: pacjent przyjęty m.in. z powodu dolegliwości bólowych w klatce piersiowej, obciążony kardiologicznie. W rozpoznaniach współistniejących I50.9, I25.9, I11.9.

Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze podać I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona to przekieruje do grupy E53G za 3 454 zł.

Różnica: (E53G - 3454 zł) - (L83 - 2064 zł) - można zyskać = 1 390 zł

**Pacjent 28** (11) zakwalifikowano do grupy E56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 29** (3985) zakwalifikowano do grupy S56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 30** (4295) zakwalifikowano do grupy G26E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 31** (4287) zakwalifikowano do grupy D28 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 32** (4285) zakwalifikowano do grupy D47 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: pacjentka obciążona kardiologicznie. W rozpoznaniach współistniejących I50.9, I11.9, E11.9.

Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze dać I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona to przekieruje do grupy E53G za 3 454 zł.

Różnica: (E53G - 3454 zł) - (D47 - 2301 zł) - można zyskać = 1 153 zł

**Pacjent 33** (4219) zakwalifikowano do grupy S56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 34** (3028) zakwalifikowano do grupy L84E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 35** (3833) zakwalifikowano do grupy F34 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 36** (3832) zakwalifikowano do grupy F16E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 37** (3829) zakwalifikowano do grupy S06 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 38** (3810) zakwalifikowano do grupy S06 - kodowanie nieprawidłowe

Uwaga: gdyby podać jako rozpoznanie zasadnicze jedno ze współistniejących K86.1 Inne przewlekłe zapalenia trzustki lub I10 samoistne (pierwotne) nadciśnienie można rozliczyć korzystniej w grupie E88 za 1 514 zł lub G38 za 3 152 zł.

Różnica: (G38- 3152 zł) - (S06 - 631 zł) - można zyskać = 2 521 zł

**Pacjent 39** (3998) zakwalifikowano do grupy L07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 40** (3303) zakwalifikowano do grupy E52 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 41** (3299) zakwalifikowano do grupy S06 - kodowanie nieprawidłowe

Uwaga: dając jako zasadnicze jedno z rozpoznań współistniejących C61 Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego uzyskamy grupę L46 za 1 188 zł.

Różnica: (L46- 1 188 zł) - (S06 - 631 zł) - można zyskać = 557 zł

**Pacjent 42** (3298) zakwalifikowano do grupy D46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 43** (3297) zakwalifikowano do grupy F46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 44** (3038) zakwalifikowano do grupy D46 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy Uwaga: jako rozpoznanie zasadnicze jest J44.1 Nieokreślona przewlekła zaporowa choroba płuc; pacjent obciążony kardiologicznie. W rozpoznaniach współistniejących I50.9, I25.9, I11.9.

Gdyby jako rozpoznanie zasadnicze dać I50.9 Niewydolność serca, nieokreślona to przekieruje do grupy E53G za 3 454 zł.

Różnica: (E53G – 3 454 zł) - (D46-2 239 zł) - można zyskać = 1 215 zł

**Pacjent 45** (3035) zakwalifikowano do grupy F36 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 46** (280) zakwalifikowano do grupy L07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 47** (278) zakwalifikowano do grupy S43 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 48** (2502) zakwalifikowano do grupy E53G - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 49** (273) zakwalifikowano do grupy F21 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 50** (3736) zakwalifikowano do grupy D28 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Podsumowanie:** zmiana rozpoznania zasadniczego oraz wykonanie dodatkowych procedur w trakcie leczenia pozwoliłoby zyskać w analizowanych przypadkach łącznie: 23 373 zł.

**Utracony przychód: 23 373zł**

## Oddział Neurologiczny

**Tabela nr 52. Zbiorcze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
GLATIRAMERI ACETAS - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	26	35 042.3520	35 042.3520
A34D GUZY MÓZGU I RDZENIA KRĘGOWEGO>3 DNI	30	146 190.0000	146 190.0000
H89D CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW > 3 DNI	9	21 663.0000	21 663.0000
A35C CHOROBY ZWYRODNIENIOWE OUN	24	36 456.0000	36 456.0000
T07 LECZENIE ZACHOWAWCZE URAZÓW	1	1 776.0000	1 776.0000
A36 CHOROBY DEMIELINIZACYJNE	14	51 111.0000	51 111.0000

A56 CHOROBY NERWÓW CZASZKOWYCH	6	11 352.0000	11 352.0000
A30 KOMPLEKSOWA DIAGNOSTYKA POLINEUROPATII I CHORÓB MIĘŚNI	13	77 337.0000	77 337.0000
A46 PRZEMIJAJĄCE NIEDOKRWIENIE MÓZGU	14	27 574.0000	27 574.0000
KOSZT LEKU TROMBOLITYCZNEGO NIE ZAWARTY W KOSZTACH ŚWIADCZENIA	6	24 000.0000	24 000.0000
DIAGNOSTYKA W PROGRAMIE LECZENIA STWARDNIENIA ROZSIANEGO	75	24 660.4800	24 660.4800
A67 PADACZKA - DIAGNOSTYKA I LECZENIE > 3 DNI	50	222 780.0000	222 780.0000
A87 INNE CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO	152	266 458.0000	266 458.0000
CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA	88	14 277.1200	14 277.1200
Q48 RADIOLOGIA ZABIEGOWA - ZABIEGI DIAGNOSTYCZNE *	1	1 688.0000	1 688.0000
A48 KOMPLEKSOWE LECZENIE UDARÓW MÓZGU > 7 DNI W ODDZIALE UDAROWYM	126	1 124 100.0000	1 124 100.0000
KOSZT LEKU TROMBOLITYCZNEGO NIE ZAWARTY W KOSZTACH ŚWIADCZENIA	25	100 000.0000	100 000.0000
DIAGNOSTYKA W PROGRAMIE LECZENIA DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY	108	8 787.9568	8 787.9568
INTERFERONUM BETA-1B - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 0.001 MG	95	195 791.8500	195 791.8500
A47 PRZEMIJAJĄCE NIEDOKRWIENIE MÓZGU - ROZSZERZONA DIAGNOSTYKA	152	609 600.0000	609 600.0000
A34C GUZY MÓZGU I RDZENIA	12	18 576.0000	18 576.0000



KRĘGOWEGO			
HOSPITALIZACJA W TRYBIE JEDNODNIOWYM ZWIĄZANA Z WYKONANIEM PROGRAMU	12	5 840.6400	5 840.6400
A66 PADACZKA - DIAGNOSTYKA I LECZENIE	20	18 340.0000	18 340.0000
A50 UDAR MÓZGU - LECZENIE	24	50 904.0000	50 904.0000
H56D ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA >3 DNI	31	53 289.0000	53 289.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	7	1 302.0000	1 302.0000
ŻYWIENIE DOJELITOWE	8	2 920.3200	2 920.3200
C57 INNE CHOROBY GARDŁA, USZU I NOSA	5	6 305.0000	6 305.0000
H87D CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI	1	5 042.0000	5 042.0000
ŻYWIENIE DOJELITOWE	3	5 732.4800	5 732.4800
PRZYJĘCIE PACJENTA W TRYBIE AMBULATORYJNYM ZWIĄZANE Z WYKONANIEM PROGRAMU	112	12 113.9200	12 113.9200
PRZYJĘCIE PACJENTA W TRYBIE AMBULATORYJNYM ZWIĄZANE Z WYKONANIEM PROGRAMU	215	23 254.4000	23 254.4000
DIMETHYLIS FUMARAS - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	70	135 698.9760	135 698.9760
INTERFERONUM BETA 1A A 44 MCG - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 0.001 MG	32	94 830.9120	94 830.9120
A49 UDAR MÓZGU - LECZENIE > 3 DNI	13	57 382.0000	57 382.0000

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA	4	648.9600	648.9600
TOXINUM BOTULINICUM TYPUM A AD INIECTABILE A 100 - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 J.M.	120	62 172.3000	62 172.3000
A31 CHOROBY NERWÓW OBWODOWYCH	11	18 909.0000	18 909.0000
A33 ZABURZENIA RÓWNOWAGI	3	4 730.0000	4 730.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	4	744.0000	744.0000
A59 BÓLE GŁOWY	50	73 959.0000	73 959.0000
A45 CHOROBY NACZYŃ MÓZGOWYCH - LECZENIE ZACHOWAWCZE	30	98 078.0000	98 078.0000
H56C ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA < 4 DNI	7	4 816.0000	4 816.0000
A32E CHOROBY MIĘŚNI > 65 R.Ż.	2	9 518.0000	9 518.0000
A57 CHOROBY ZAPALNE UKŁADU NERWOWEGO	1	4 414.0000	4 414.0000

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (5006) zakwalifikowano do grupy A47 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 2** (4997) zakwalifikowano do grupy A30 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 3** (5481) zakwalifikowano do grupy A47 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 4** (6525) zakwalifikowano do grupy A48 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 5** (6510) zakwalifikowano do grupy A87 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy Uwaga: pacjent przyjęty z rozpoznaniem M51.0 Nieokreślone spondylozy; rozpoznanie zasadnicze z listy H89D np. M19.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe przekieruje do grupy H89D za 2 407.

Różnica: (H89D-2 407 zł) -(A87- 1 777 zł) - można zyskać = 630 zł

**Pacjent 6** (6509) zakwalifikowano do grupy H56D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 7** (5780) zakwalifikowano do grupy H56D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 8** (2301) zakwalifikowano do grupy A87 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: pacjentka 73 lata, w epikryzie i we współlistniejących opisano chorobę zwyrodnieniową kręgosłupa i stawów. Gdyby dać rozpoznanie zasadnicze z listy H89D np. M19.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe przekieruje do grupy H89D za 2 407.

Różnica: (H89D-2 407 zł) - (A87- 1 777 zł) - można zyskać = 630 zł

**Pacjent 9** (2130) zakwalifikowano do grupy A87 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 10** (1372) zakwalifikowano do grupy A59 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 11** (1846) zakwalifikowano do grupy A49 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: gdyby pacjentowi wykonano 1 procedurę więcej np. 88.716 USG przezczaszkowe – doppler można by rozliczyć jako A48 za 8 816 zł. (wykonano 4 procedury z 5; pobyt 9 dni)

Różnica: (A48 – 8 816 zł) - (A49-4 414 zł) - można zyskać = 4 402 zł

**Pacjent 12** (1836) zakwalifikowano do grupy A50 - kodowanie prawidłowe - brak uwag

**Pacjent 13** (1832) zakwalifikowano do grupy A45 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 14** (1925) zakwalifikowano do grupy C57 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 15** (1922) zakwalifikowano do grupy A35C - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 16** (3293) zakwalifikowano do grupy A87 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 17** (4289) zakwalifikowano do grupy A87 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 18** (4566) zakwalifikowano do grupy A48 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 19** (4561) zakwalifikowano do grupy A48 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 20** (3295) zakwalifikowano do grupy A34C - kodowanie prawidłowe

Uwaga: pacjent od dnia 01.04 do 05.04 oczekiwał w szpitalu na przyjęcie na Neurochirurgię w Rzeszowie, jak napisano w epikryzie : „W trakcie hospitalizacji wykonano szereg badań laboratoryjnych, RTG klatki piersiowej.” Gdyby ponadto wykonano 1 procedurę grupy A34D można by rozliczyć grupę A34D za 4 873 zł

Różnica: (A34D- 4 873 zł) - (A34C-1 548 zł) - można zyskać = 3 325 zł

**Pacjent 21** (3041) zakwalifikowano do grupy A48- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 22** (3034) zakwalifikowano do grupy A47 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 23** (929) zakwalifikowano do grupy A47 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 24** (4000) zakwalifikowano do grupy A67 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 25** (3999) zakwalifikowano do grupy A87 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: w MR kręgosłupa zmiany degeneracyjne; rozpoznanie zasadnicze z listy H89D np. M19.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe przekieruje do grupy H89D za 2 407.

Różnica: (H89D-2 407 zł) -(A87- 1 777 zł) - można zyskać = 630 zł

**Pacjent 26** (3032) zakwalifikowano do grupy A87 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: w MRI LS dyskopatia; rozpoznanie zasadnicze z listy H89D np. M19.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe przekieruje do grupy H89D za 2 407.

Różnica: (H89D-2 407 zł) -(A87- 1 777 zł) - można zyskać = 630 zł

**Pacjent 27** (1097) program lekowy - rozliczenie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 28** (1092) zakwalifikowano do grupy A45 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 29** (2523) program lekowy - rozliczenie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 30** (2519) program lekowy - rozliczenie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 31** (5937) zakwalifikowano do grupy A31 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 32** (3027) zakwalifikowano do grupy A35C - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 33** (3624) zakwalifikowano do grupy A67 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 34** (3621) zakwalifikowano do grupy A87 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 35** (3608) zakwalifikowano do grupy A34D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 36** (3835) zakwalifikowano do grupy A35C - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 37** (3813) zakwalifikowano do grupy A87 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: rozpoznanie współistniejące M47.8 Inne spondylozy; rozpoznanie zasadnicze z listy H89D np. M19.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe przekieruje do grupy H89D za 2 407.

Różnica: (H89D-2 407 zł) -(A87- 1 777 zł) - można zyskać = 630 zł

**Pacjent 38** (3812) zakwalifikowano do grupy A87 - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: rozpoznanie zasadnicze z listy H89D np. M19.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe przekieruje do grupy H89D za 2 407.

Różnica: (H89D-2 407 zł) -(A87- 1 777 zł) - można zyskać = 630 zł

**Pacjent 39** (4003) zakwalifikowano do grupy H56D - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: rozpoznanie zasadnicze z listy H89D np. M19.9 Nieokreślone choroby zwyrodnieniowe przekieruje do grupy H89D za 2 407.

Różnica: (H89D-2 407 zł) -(A87- 1 777 zł) - można zyskać = 630 zł

**Pacjent 40** (1102) zakwalifikowano do grupy A47 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 41** (2499) zakwalifikowano do grupy A67 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 42** (3302) zakwalifikowano do grupy A34D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 43** (3300) zakwalifikowano do grupy A47 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 44** (24) zakwalifikowano do grupy A67 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 45** (20) zakwalifikowano do grupy A48 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 46** (279) zakwalifikowano do grupy A48 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 47** (634) zakwalifikowano do grupy A67 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 48** (628) zakwalifikowano do grupy A47 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 49** (2305) zakwalifikowano do grupy A47 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 50** (268) zakwalifikowano do grupy A48 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

#### Podsumowanie:

- zmiana rozpoznania zasadniczego oraz wykonanie dodatkowych procedur pozwoliłoby zyskać w analizowanych przypadkach łącznie: 12 137 zł.

- w niektórych przypadkach długie pobyty, jednocześnie w Karcie Obserwacji Lekarskiej jest adnotacja przez kilka dni, że pacjent czuje się dobrze dolegliwości nie zgłasza/stan stabilny/bez zmian, czuje się dobrze itp., przebywa w szpitalu jeszcze kilka dni.

- należy zwrócić uwagę na dużą ilość procedur przy jednoczesnym braku, w niektórych przypadkach, procedury kierującej do grupy z wyższą wyceną.

**Utracony przychód: 12 137 zł**

#### Oddział Obserwacyjno-Zakaźny

**Tabela nr 53. Zbiorcze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
S60 CHOROBY ZAKAŻNE NIEWIRUSOWE	45	99 919.0000	99 919.0000
CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA	13	2	2 109.1200

		109.1200	
J49 ŁAGODNE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	1	1 548.0000	1 548.0000
F47F CHOROBY INFEKCYJNE JELIT < 66 R.Ż.	46	76 414.0000	76 414.0000
L83 PRZEWLEKŁA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK	4	7 224.0000	7 224.0000
L84F INNE CHOROBY NEREK < 66 R.Ż.	3	10 491.0000	10 491.0000
F36 CHOROBY JELITA GRUBEGO	5	12 384.0000	12 384.0000
S07 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY < 2 DNI	2	686.0000	686.0000
S05 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY > 10 DNI	2	7 452.0000	7 452.0000
F34 ŚREDNIE I ENDOSKOPOWE ZABIEGI PRZEWODU POKARMOWEGO*	1	1 261.0000	1 261.0000
G18 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY BEZ PW	18	37 311.0000	37 311.0000
J46 DUŻE CHOROBY INFEKCYJNE SKÓRY	16	36 688.0000	36 688.0000
G16 OSTRE CHOROBY WĄTROBY	3	9 975.0000	9 975.0000
S56 POSOCZNICA O CIĘŻKIM PRZEBIEGU	18	144 450.0000	144 450.0000
F04 DIAGNOSTYCZNE I MAŁE ZABIEGI PRZEWODU POKARMOWEGO*	1	581.0000	581.0000
L84E INNE CHOROBY NEREK > 65 R.Ż.	4	13 564.0000	13 564.0000

D46 POCHP I INNE OBTURACYJNE CHOROBY UKŁADU ODDECHOWEGO	2	4 478.0000	4 478.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z KRWI PEŁNEJ.	2	1 350.0000	1 350.0000
J39 DUŻE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	1	1 892.0000	1 892.0000
P06 MAŁE INFEKCJE (W TYM CHOROBY IMMUNOLOGICZNE)	1	2 362.0000	2 362.0000
ŻYWIENIE DOJELITOWE	1	1 297.9200	1 297.9200
F46 CHOROBY JAMY BRZUSZNEJ	12	20 080.0000	20 080.0000
F58F CHOROBY ZAPALNE JELIT < 66 R.Ż.	23	100 892.0000	100 892.0000
G17 PRZEWLEKŁE CHOROBY WĄTROBY Z PW >5 DNI	41	234 914.0000	234 914.0000
FILTROWANIE DAWKI TERAPEUTYCZNEJ KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	2	390.0000	390.0000
D18 ZAPALENIE PŁUC NIETYPOWE, WIRUSOWE	21	90 123.0000	90 123.0000
K27 ZABURZENIA ODŻYWIENIA	1	2 866.0000	2 866.0000
S57 INNE CHOROBY WIRUSOWE	14	20 440.0000	20 440.0000
L82 OSTRZA NIEWYDOLNOŚĆ NEREK	2	9 056.0000	9 056.0000
D17 ROPIEŃ PŁUC, ROPOWICA	2	10 318.0000	10 318.0000

G26F CHOROBY DRÓG ŻŁĆCIOWYCH < 66 R.Ż.	2	2 579.0000	2 579.0000
LECZENIE PRZETOCZENIAMI IMMUNOGLOBULIN	3	11 681.4000	11 681.4000
D20 GRUŻLICA	1	1 785.0000	1 785.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	23	5 766.0000	5 766.0000
S02 CHOROBY UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO I ODPORNOŚCIOWEGO > 10 DNI	1	10 275.0000	10 275.0000
J38 CIĘŻKIE CHOROBY DERMATOLOGICZNE	1	4 435.0000	4 435.0000
H87D CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI	1	3 898.0000	3 898.0000
F47E CHOROBY INFEKCYJNE JELIT > 65 R.Ż.	27	61 480.0000	61 480.0000
F58E CHOROBY ZAPALNE JELIT > 65 R.Ż.	42	249 858.0000	249 858.0000
F16F CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY < 66 R.Ż.	12	21 212.0000	21 212.0000
F16E CHOROBY ŻOŁĄDKA I DWUNASTNICY > 65 R.Ż.	1	2 558.0000	2 558.0000
S06 ZABURZENIA KRZEPLIWOŚCI, INNE CHOROBY KRWI I ŚLEDZIONY > 1 DNIA	2	1 262.0000	1 262.0000

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.



**Pacjent 1** (2784) zakwalifikowano do grupy S56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 2** (2773) zakwalifikowano do grupy F47F - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: w rozpoznaniach współistniejących B58.9 Toksoplazmoza, nieokreślona, zamiana rozpoznania da grupę S60 za 2 293 zł.

Różnica: (S60-2 293 zł) - (F47F-1 777 zł) - można zyskać = 516 zł

**Pacjent 3** (2609) zakwalifikowano do grupy F47F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 4** (503) zakwalifikowano do grupy F46 – kodowanie prawidłowe

Uwaga: do rozważenia - zamiast rozpoznania K52.9 Niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, nieokreślone można dać K52.8 Inne określone niezakaźne zapalenie żołądkowo-jelitowe i jelita grubego, możliwość rozliczenia grupy F58E za 2 975 zł (<3 dni).

Różnica: (F58E-2 975 zł) - (F46-1 777 zł) - można zyskać = 1 198 zł

**Pacjent 5** (496) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 6** (548) zakwalifikowano do grupy S60 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 7** (533) zakwalifikowano do grupy F36 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 8** (4563) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 9** (4564) zakwalifikowano do grupy G17 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 10** (4745) zakwalifikowano do grupy G17 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 11** (4836) zakwalifikowano do grupy F47F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 12** (4821) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 13** (2598) zakwalifikowano do grupy F16E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 14** (2586) zakwalifikowano do grupy F58F - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 15** (2556) zakwalifikowano do grupy D18 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 16** (2376) zakwalifikowano do grupy S60 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 17** (2701) zakwalifikowano do grupy F47F- istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: w rozpoznaniach współistniejących A69.2 Choroba z Lyme, jako rozpoznanie zasadnicze da grupę S60 za 2 293 zł.

Różnica: (S60-2 293 zł) - (F47F-1 777 zł) - można zyskać = 516 zł

**Pacjent 18** (2698) zakwalifikowano do grupy G18 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: dodanie rozpoznania współistniejącego np. K70.9 Alkoholowa choroba wątroby, nieokreślona (w wywiadzie nadużywanie alkoholu) dałoby grupę G17 za 5 618 zł.

Różnica: (G17- 5 618 zł) - (G18-2 407 zł) - można zyskać = 3 211 zł

**Pacjent 19** (2707) zakwalifikowano do grupy S60 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 20** (3652) zakwalifikowano do grupy G17 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 21** (3673) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 22** (3619) zakwalifikowano do grupy S60 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 23** (4503) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 24** (4507) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 25** (4209) zakwalifikowano do grupy J46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 26** (3719) zakwalifikowano do grupy F47F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 27** (3734) zakwalifikowano do grupy D18 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 28** (3712) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 29** (1371) zakwalifikowano do grupy F58E - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 30** (1374) zakwalifikowano do grupy S56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 31** (1317) zakwalifikowano do grupy G26F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 32** (1268) zakwalifikowano do grupy D18 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 33** (1288) zakwalifikowano do grupy F47F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 34** (1289) zakwalifikowano do grupy F47F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 35** (1654) zakwalifikowano do grupy F46F - istnieje możliwość zakwalifikowania do wyższej grupy

Uwaga: dodanie rozpoznania współistniejącego A04.7 Zapalenie jelita cienkiego i grubego wywołane przez *Clostridium difficile* jako zasadnicze przekieruje do grupy F58F za 4 586 zł.

Różnica: (F58F – 4 586 zł) - (F46F -1 777 zł) - można zyskać = 2 809 zł

**Pacjent 36** (1658) zakwalifikowano do grupy D18 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 37** (40) zakwalifikowano do grupy G17 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 38** (5119) zakwalifikowano do grupy S60 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 39** (5713) zakwalifikowano do grupy G26F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 40** (5666) zakwalifikowano do grupy J46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 41** (5616) zakwalifikowano do grupy D18 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 42** (5619) zakwalifikowano do grupy F16F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 43** (158) zakwalifikowano do grupy F47F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 44** (154) zakwalifikowano do grupy S60 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 45** (252) zakwalifikowano do grupy F46 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 46** (424) zakwalifikowano do grupy S60 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 47** (435) zakwalifikowano do grupy G22 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 48** (1627) zakwalifikowano do grupy F58F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 49** (1626) zakwalifikowano do grupy F47E - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 50** (426) zakwalifikowano do grupy S56 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Podsumowanie:** wpisanie rozpoznania współistniejącego jako zasadnicze lub dodanie rozpoznania współistniejącego pozwoliłoby zyskać w analizowanych przypadkach łącznie: 8 250 zł. **Utracony przychód: 8 250 zł**

## Oddział Reumatologiczny

**Tabela nr 54. Zbiorcze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
H89D CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW > 3 DNI	52	125 164.0000	125 164.0000
H86 CHOROBY TKANEK MIĘKKICH	1	1 605.0000	1 605.0000
S60 CHOROBY ZAKAŻNE NIEWIRUSOWE	5	10 319.0000	10 319.0000
HOSPITALIZACJA W TRYBIE JEDNODNIOWYM ZWIĄZANA Z WYKONANIEM PROGRAMU	1	486.7200	486.7200
CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA	29	4 704.9600	4 704.9600
H96D UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI	5	25 795.0000	25 795.0000
HOSPITALIZACJA W TRYBIE JEDNODNIOWYM ZWIĄZANA Z WYKONANIEM PROGRAMU	27	13 141.4400	13 141.4400
H87D CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ > 3 DNI	99	385 902.0000	385 902.0000
H96CE UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ > 65 R.Ż.	11	23 562.0000	23 562.0000
A32F CHOROBY MIĘŚNI < 66 R.Ż.	1	3 440.0000	3 440.0000
ETANERCEPTUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	1	1 293.8400	1 293.8400
H89C CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW < 4 DNI	12	8 256.0000	8 256.0000

H98 KRYSTALOPATIE	4	7 424.0000	7 424.0000
PRZYJĘCIE PACJENTA W TRYBIE AMBULATORYJNYM ZWIĄZANE Z WYKONANIEM PROGRAMU	1	108.1600	108.1600
TOCILIZUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	56	61 409.8000	61 409.8000
H87C CHOROBY ZAPALNE STAWÓW I TKANKI ŁĄCZNEJ < 4 DNI	13	17 888.0000	17 888.0000
H56C ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA < 4 DNI	2	1 376.0000	1 376.0000
H56D ZESPOŁY BÓLOWE KRĘGOSŁUPA >3 DNI	4	6 876.0000	6 876.0000
DIAGNOSTYKA W PROGRAMIE LECZENIA REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW O PRZEBIEGU AGRESYWNYM	9	1 622.3699	1 622.3699
ADALIMUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	1	959.9840	959.9840
H96CF UKŁADOWE CHOROBY TKANKI ŁĄCZNEJ < 66 R.Ż.	22	37 818.0000	37 818.0000

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (3611) zakwalifikowano do grupy H89C - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 2 dni pozwoliłoby rozliczyć grupę H89D za 2 407 zł.

Różnica: (H89D – 2 407 zł) - (H89C - 688 zł) - można zyskać = 1 719 zł

**Pacjent 2** (4056) zakwalifikowano do grupy H96CE - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 3** (4055) zakwalifikowano do grupy H87C - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień pozwoliłoby rozliczyć grupę H87D za 3898 zł.

Różnica: (H87D – 3 898 zł) - (H87C – 1 376 zł) - można zyskać = 2 522 zł

**Pacjent 4** (4062) zakwalifikowano do grupy H87C - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 5** (4085) zakwalifikowano do grupy H87C - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 2 dni pozwoliłoby rozliczyć grupę H87D za 3 898 zł.

Różnica: (H87D – 3 898 zł) - (H87C – 1 376 zł) - można zyskać = 2 522 zł

**Pacjent 6** (4096) zakwalifikowano do grupy H87C - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 7** (4091) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 8** (4490) zakwalifikowano do grupy H87C - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 9** (3686) zakwalifikowano do grupy H87C - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień pozwoliłoby rozliczyć grupę H87D za 3 898 zł.

Różnica: (H87D – 3 898 zł) - (H87C – 1 376 zł) - można zyskać = 2 522 zł

**Pacjent 10** (3612) zakwalifikowano do grupy H56D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 11** (2577) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 12** (2569) zakwalifikowano do grupy H89C - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 2 dni pozwoliłoby rozliczyć grupę H89D za 2 407 zł.

Różnica: (H89D – 2 407 zł) - (H89C - 688 zł) - można zyskać = 1 719 zł

**Pacjent 13** (2762) zakwalifikowano do grupy H96CF - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 14** (2760) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 15** (2898) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 16** (2899) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 17** (2891) zakwalifikowano do grupy H56C - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 18** (2855) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 19** (2856) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 20** (3162) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 21** (2181) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 22** (2293) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 23** (5623) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 24** (2290) zakwalifikowano do grupy H96CF - kodowanie prawidłowe

Uwaga: wykonanie 2 procedur z listy H10a dałoby możliwość rozliczenia grupy H96D za 4 873 zł.

Różnica: (H96D – 4 873 zł) - (H96CF – 1 719 zł) - można zyskać = 3 154 zł

**Pacjent 25** (2235) zakwalifikowano do grupy H96CF - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 26** (2234) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 27** (1353) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 28** (1355) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 29** (1276) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 30** (1648) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 31** (1652) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 32** (4752) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 33** (4746) zakwalifikowano do grupy H96D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 34** (4743) zakwalifikowano do grupy S60 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 35** (4740) zakwalifikowano do grupy H86C - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie hospitalizacji o 2 dni pozwoliłoby rozliczyć grupę H89D za 2 407 zł.

Różnica: (H89D – 2 407 zł) - (H89C - 688 zł) - można zyskać = 1 719 zł

**Pacjent 36** (4777) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 37** (36) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 38** (28) zakwalifikowano do grupy H96CE - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 39** (248) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 40** (246) zakwalifikowano do grupy H96D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 41** (244) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 42** (359) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 43** (355) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 44** (344) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 45** (547) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 46** (543) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 47** (5681) zakwalifikowano do grupy H96CE - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 48** (5680) zakwalifikowano do grupy H87D - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 49** (6244) zakwalifikowano do grupy D55 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 50** (6247) zakwalifikowano do grupy H89D - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Podsumowanie:** przedłużenie hospitalizacji o 2 dni oraz wykonanie 2 dodatkowych procedur (w 1 przypadku) pozwoliłoby zyskać w analizowanych przypadkach łącznie: 15 877 zł.

**Utracony przychód: 15 877 zł**



**Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

**Tabela nr 55. Zbiorcze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
H31F KOMPLEKSOWE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYNY DOLNEJ I MIEDNICY < 66 R.Ż.*	4	53 237.0000	53 237.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z KRWI PEŁNEJ.	2	900.0000	900.0000
H64 MNIEJSZE ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA*	4	6 228.0000	6 228.0000
H86 CHOROBY TKANEK MIĘKKICH	3	3 209.0000	3 209.0000
H74F MNIEJSZE AMPUTACJE < 66 R.Ż.*	2	2 636.0000	2 636.0000
H19 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CAŁKOWITA KOLANA*	2	41 078.4000	41 078.4000
H21 ARTROSKOPOWA REKONSTRUKCJA Z UŻYCIEM IMPLANTÓW MOCUJĄCYCH*	32	113 814.0000	113 814.0000
H32 DUŻE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYNY DOLNEJ I MIEDNICY*	34	203 399.0000	203 399.0000
H14 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA Z REKONSTRUKCJĄ KOSTNĄ, ENDOPROTEZOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO Z ZASTOSOWANIEM TRZPIENIA PRZYNASADOWEGO, KAPOPLASTYKA STAWU BIODROWEGO*	32	519 475.2000	519 475.2000
H80 ARTROTOMIE W CHOROBAH INFEKCYJNYCH, NOWOTWOROWYCH KOŚCI, STAWÓW, TKANKI ŁĄCZNEJ *	1	10 676.0000	10 676.0000

H01 ENDOPROTEZOPLASTYKA ŁOKCIA, BARKU, NADGARSTKA, STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO, PIERWOTNA CZĘŚCIOWA KOLANA*	2	16 132.0000	16 132.0000
H33 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE DOLNEJ*	69	91 172.0000	91 172.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	80	15 066.0000	15 066.0000
T07 LECZENIE ZACHOWAWCZE URAZÓW	43	46 767.9500	46 767.9500
PRZETOCZENIE OSOCZA ŚWIEŻO MROŻONEGO.	1	100.0000	100.0000
H17 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CAŁKOWITA BIODRA*	2	33 583.2000	33 583.2000
H10 ZABIEGI OPERACYJNE - REWIZYJNE W PRZYPADKACH INFЕКCJI WOKÓŁ PROTEZY *	1	16 893.6000	16 893.6000
H63 ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE KOŃCZYN GÓRNEJ	77	288 145.2400	288 145.2400
H62E ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE MIEDNICY LUB KOŃCZYN DOLNEJ > 65 R.Ż.*	36	302 463.5600	302 463.5600
H01 ENDOPROTEZOPLASTYKA ŁOKCIA, BARKU, NADGARSTKA, STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO, PIERWOTNA CZĘŚCIOWA KOLANA*	3	29 037.6000	29 037.6000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z AFEREZY.	2	526.0000	526.0000
H62F ZŁAMANIA LUB ZWICHNIĘCIA W OBRĘBIE MIEDNICY LUB KOŃCZYN DOLNEJ < 66 R.Ż.*	49	260 286.0000	260 286.0000



H42 DUŻE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	17	83 261.0000	83 261.0000
H84 MNIEJSZE ZABIEGI W OBRĘBIE UKŁADU MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWEGO LUB TKANEK MIĘKKICH*	12	17 997.0000	17 997.0000
H89C CHOROBY NIEZAPALNE KOŚCI I STAWÓW < 4 DNI	6	4 128.0000	4 128.0000
H67 CZYNNOŚCIOWE LECZENIE ZŁAMAŃ KOŚCI DŁUGICH, STAWOWYCH, MIEDNICY, KRĘGOSŁUPA	1	4 763.0000	4 763.0000
KONSULTACJA W ZAKRESIE KWALIFIKACJI DO WYKONANIA ZNIECZULENIA DO ZABIEGU OPERACYJNEGO, DIAGNOSTYCZNEGO LUB LECZNICZEGO.	31	3 100.0000	3 100.0000
H82 DUŻE ZABIEGI W CHOROBACH INFEKCYJNYCH, NOWOTWOROWYCH KOŚCI, STAWÓW, TKANKI ŁĄCZNEJ*	2	6 922.0000	6 922.0000
H43 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	38	50 199.0000	50 199.0000
A87 INNE CHOROBY UKŁADU NERWOWEGO	1	889.0000	889.0000
H85F POURAZOWE USZKODZENIA POZA USZKODZENIEM MÓZGU > 17 R.Ż. I < 66 R.Ż.	1	853.0000	853.0000
WYRÓB MEDYCZNY NIE ZAWARTY W KOSZTACH ŚWIADCZENIA	4	27 041.9500	27 041.9500
H11 ZABIEGI RESEKCYJNE ZMIAN NOWOTWOROWYCH LUB GUZOWATYCH Z ENDOPROTEZOPLASTYKĄ LUB ZABIEG REWIZYJNY Z UŻYCIEM PROTEZ PORESEKCYJNYCH *	1	15 964.8000	15 964.8000

CAŁOŚCIOWA OCENA GERIATRYCZNA	14	2 271.3600	2 271.3600
H15 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA*	31	462 693.6000	462 693.6000
H13 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA BIODRA*	52	673 920.0000	673 920.0000
H16 ENDOPROTEZOPLASTYKA REWIZYJNA CZĘŚCIOWA BIODRA*	3	41 112.0000	41 112.0000
H83 ŚREDNIE ZABIEGI NA TKANKACH MIĘKKICH*	134	334 472.4000	334 472.4000
FILTROWANIE DAWKI TERAPEUTYCZNEJ KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	2	260.0000	260.0000
H52 ZABIEGI NA KRĘGOSŁUPIE Z ZASTOSOWANIEM IMPLANTÓW*	1	14 602.0000	14 602.0000
H22 ARTROSKOPIA LECZNICZA*	13	25 426.0000	25 426.0000
PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	46	8 556.0000	8 556.0000
WYRÓB MEDYCZNY NIE ZAWARTY W KOSZTACH ŚWIADCZENIA	2	28 078.9200	28 078.9200

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (4543) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 2** (48) zakwalifikowano do grupy H62E - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 3** (353) zakwalifikowano do grupy H21 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 4** (347) zakwalifikowano do grupy H14 kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 5** (2601) zakwalifikowano do grupy H63 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 6** (2564) zakwalifikowano do grupy H13 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 7** (2562) zakwalifikowano do grupy H32 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 8** (2399) zakwalifikowano do grupy H62E - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 9** (4384) zakwalifikowano do grupy H62F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 10** (3683) zakwalifikowano do grupy H13 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 11** (3617) zakwalifikowano do grupy H13 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 12** (5689) zakwalifikowano do grupy H42- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 13** (5670) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 14** (5612) zakwalifikowano do grupy H15 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 15** (5599) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 16** (1736) zakwalifikowano do grupy H62F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 17** (1735) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 18** (1734) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 19** (1625) zakwalifikowano do grupy H62F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 20** (1373) zakwalifikowano do grupy H63 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: przedłużenie pobytu o 1 dzień dałoby korzystniejsze rozliczenie w tej samej grupie tj.

3 842 zł

Różnica: 3 842 – 3 535 można zyskać = 307 zł

**Pacjent 21** (1375) zakwalifikowano do grupy H64 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 22** (1328) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 23** (1291) zakwalifikowano do grupy H62F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 24** (1297) zakwalifikowano do grupy H62E - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 25** (1281) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 26** (3618) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 27** (4534) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 28** (4532) zakwalifikowano do grupy H62F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 29** (4529) zakwalifikowano do grupy H85F - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 30** (4558) zakwalifikowano do grupy T07- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 31** (2667) zakwalifikowano do grupy H33 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 32** (2505) zakwalifikowano do grupy H43 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 33** (4100) zakwalifikowano do grupy H63 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 34** (4390) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 35** (4376) zakwalifikowano do grupy H33 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 36** (3726) zakwalifikowano do grupy T07 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 37** (3713) zakwalifikowano do grupy H84 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

Uwaga: przedłużenie pobytu o 1 dzień dałoby korzystniejsze rozliczenie w tej samej grupie tj.

1 618 zł

Różnica: 1 618 – 1 489 można zyskać = 129 zł

**Pacjent 38** (3657) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

Uwaga: przedłużenie pobytu o 1 dzień dałoby korzystniejsze rozliczenie w tej samej grupie tj.

2 257 zł.

Różnica: 2 257 – 2 076 można zyskać = 181 zł

**Pacjent 39** (3655) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 40** (242) zakwalifikowano do grupy H14- kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 41** (243) zakwalifikowano do grupy H63 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 42** (240) zakwalifikowano do grupy H33 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 43** (356) zakwalifikowano do grupy H13 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 44** (2394) zakwalifikowano do grupy H84 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 45** (2373) zakwalifikowano do grupy H63 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 46** (2371) zakwalifikowano do grupy H83 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 47** (2370) zakwalifikowano do grupy H33 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 48** (241) zakwalifikowano do grupy H15 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 49** (354) zakwalifikowano do grupy H33 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 50** (32) zakwalifikowano do grupy H83- kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Podsumowanie:** przedłużenie hospitalizacji o 1 dzień pozwoliłoby na rozliczenie korzystniejsze w tej samej grupie łącznie: 617 zł.

**Utracony przychód: 617 zł**

### Oddział Neonatologiczny

**Tabela nr 56. Zbiornicze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Nazwa świadczenia - grupa JGP	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość w zł
ŻYWIENIE DOJELITOWE MLEKIEM Z BANKU MLEKA KOBIECEGO LUB ODCIĄGNIĘTYM MLEKIEM MATKI	2	2 774.2500	2 774,25 zł
N22 NOWORODEK WYMAGAJĄCY INTENSYWNEJ TERAPII	18	404 136.0000	404 136,00 zł
N24 NOWORODEK WYMAGAJĄCY SZCZEGÓLNEJ OPIEKI	3	14 601.0000	14 601,00 zł
N25 NOWORODEK WYMAGAJĄCY	48	131	131 018,00

WZMOŻONEGO NADZORU		018.0000	zł
NAPROMIENIOWANIE KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	1	26.0000	26,00 zł
KOMPLETNE ŻYWIENIE POZAJELITOWE	25	29 635.8400	29 635,84 zł
N20 NOWORODEK WYMAGAJĄCY NORMALNEJ OPIEKI	226	283 700.4000	283 700,40 zł
PRZETOCZENIE UBOGOLEUKOCYTARNEGO KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z AFEREZY.	1	1 111.0000	1 111,00 zł
CZĘŚCIOWE (NIEKOMPLETNE) ŻYWIENIE POZAJELITOWE	5	1 514.2400	1 514,24 zł
N23 NOWORODEK WYMAGAJĄCY INTENSYWNEJ OPIEKI	8	49 104.0000	49 104,00 zł
ŻYWIENIE DOJELITOWE MLEKIEM MODYFIKOWANYM	1	88.7000	88,70 zł

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (3882) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 2** (3931) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 3** (4135) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 4** (3898) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 5** (4177) zakwalifikowano do grupy N23+ żyw. pozaj. - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 6** (4180) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 7** (4324) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 8** (2962) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 9** (4346) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 10** (4450) zakwalifikowano do grupy N25 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 11** (5099) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 12** (5368) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 13** (5385) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 14** (5231) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 15** (5333) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 16** (3222) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 17** (3249) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 18** (3244) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 19** (3124) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 20** (3243) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 21** (3325) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 22** (3215) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 23** (3376) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 24** (3397) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: zamieniając rozpoznanie zasadnicze Z38. Pojedynczo urodzone w szpitalu na współistniejące P08.1 Inne noworodki z bardzo dużą w stosunku do wieku płodowego masą ciała oraz wykonując 1 procedurę z listy N08 można by rozliczyć grupę N25 za 2 974 zł.

Różnica: 2 974 zł - 1 082 zł - można zyskać = 1 892 zł

**Pacjent 25** (3265) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 26** (1177) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 27** (1069) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 28** (1246) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 29** (896) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 30** (788) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 31** (1021) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 32** (1081) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

Uwaga: zamieniając rozpoznanie zasadnicze Z38. Pojedynczo urodzone w szpitalu na współistniejące P08.1 Inne noworodki z bardzo dużą w stosunku do wieku płodowego masą ciała oraz wykonując 1 procedurę z listy N08 można by rozliczyć grupę N25 za 2 974 zł.

Różnica: 2 974 zł - 1 082 zł - można zyskać = 1 892 zł

**Pacjent 33** (1131) zakwalifikowano do grupy N03 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 34** (1130) zakwalifikowano do grupy N22+ żyw. pozaj. - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 35** (812) zakwalifikowano do grupy N25 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 36** (5908) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 37** (6095) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 38** (5968) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 39** (6124) zakwalifikowano do grupy N25 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 40** (6110) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag  
**Pacjent 41** (1541) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag



**Pacjent 42** (1578) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe

Uwaga: zamieniając rozpoznanie zasadnicze Z38.Pojedynczo urodzone w szpitalu na współistniejące P05.0 Niska urodzeniowa masa ciała noworodka w stosunku do wieku płodowego oraz wykonując 1 procedurę z listy N08 można by rozliczyć grupę N25 za 2 974 zł.

Różnica: 2 974 zł - 1 082 zł - można zyskać = 1 892 zł

**Pacjent 43** (2074) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 44** (2051) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 45** (1959) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 46** (1921) zakwalifikowano do grupy N25 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 47** (1682) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 48** (1732) zakwalifikowano do grupy N20 - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 49** (1546/71/19) zakwalifikowano do grupy N22 + żyw. pozaj. - kodowanie prawidłowe – brak uwag

**Pacjent 50** (1546/70/19) zakwalifikowano do grupy N22 + żyw. pozaj. - kodowanie prawidłowe – brak uwag

#### Podsumowanie:

- zamiana rozpoznania zasadniczego oraz wykonanie 1 dodatkowej procedury pozwoliłoby zyskać w analizowanych przypadkach łącznie: 5 676 zł.

**Utracony przychód: 5 676 zł**

#### Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii

**Tabela nr 57. Zbiorcze zestawienie struktury świadczeń w poszczególnych grupach JGP na podstawie danych z okresu I-VI 2019 r.**

Świadczenie	Nazwa świadczenia	Liczba świadczeń	Realizacja punkty	Realizacja wartość
5.57.01.0002002	ODDYCHANIE_PODTRZYMYWANIE ODDYCHANIA - 2 PKT.	234	0.0000	0.0000
5.53.01.0005030	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG	45	74 322.0000	74 322.0000

	SKALI TISS - 28-30 PKT			
5.57.01.0001007	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE_PIEŁĘGNACJA DRENAŻY - 3 PKT.	265	0.0000	0.0000
5.53.01.0005025	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-25 PKT	5	6 270.6000	6 270.6000
5.57.01.0004001	NERKI_POMIAR DIUREZY - 2 PKT.	866	0.0000	0.0000
5.57.01.0004002	NERKI_DIUREZA WYMUSZONA - 3 PKT.	804	0.0000	0.0000
5.57.01.0002004	ODDYCHANIE_FIZJOTERAPIA ODDECHOWA - 1 PKT.	842	0.0000	0.0000
5.57.01.0001006	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE_CZĘSTA ZMIANA OPATRUNKÓW - 1 PKT.	311	0.0000	0.0000
5.57.01.0005001	METABOLIZM_ŻYWIENIE POZAJELITOWE - 3 PKT.	140	0.0000	0.0000
5.57.01.0002003	ODDYCHANIE_SZTUCZNE DROGI ODDECHOWE - 1 PKT.	687	0.0000	0.0000
5.57.01.0003001	KRĄŻENIE_WIELE LEKÓW WAZOAKTYWNYCH - 4 PKT.	76	0.0000	0.0000
5.53.01.0005042	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-42 PKT	5	14 988.2500	14 988.2500
5.53.01.0005044	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-44 PKT	2	6 596.6800	6 596.6800
5.53.01.0005032	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-32 PKT	151	276 585.1900	276 585.1900



5.53.01.0005031	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-31 PKT	7	12 178.2500	12 178.2500
5.53.01.0005037	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-37 PKT	44	103 509.1200	103 509.1200
5.53.01.0005039	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-39 PKT	46	119 309.2800	119 309.2800
5.52.01.0001467	HOSPITALIZACJA WYŁĄCZNIE W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	10	0.0000	0.0000
5.53.01.0005047	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-47 PKT	5	19 017.2500	19 017.2500
5.57.01.0004003	NERKI_ZAŁOŻENIE CEWNIKA DIALIZACYJNEGO - 3 PKT.	2	0.0000	0.0000
5.57.01.0006001	INNE INTERWENCJE_INTERWENCJE W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII - 5 PKT.	3	0.0000	0.0000
5.53.01.0001517	PRZETOCZENIE OSOCZA ŚWIEŻO MROŻONEGO.	22	2 200.0000	2 200.0000
5.57.01.0003005	KRAŻENIE_CEWNIK W ŻYLE CENTRALNEJ - 2 PKT.	855	0.0000	0.0000
5.53.01.0005035	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-35 PKT	86	183 244.5000	183 244.5000
5.57.01.0002000	ODDYCHANIE_WENTYLACJA MECHANICZNA - 5 PKT.	628	0.0000	0.0000
5.53.01.0001472	CIĄGŁE LECZENIE NERKOZASTĘPCZE	26	67 491.8400	67 491.8400

5.53.01.0005040	LECZENIE W OAiIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-40 PKT	25	68 059.7500	68 059.7500
5.57.01.0006002	INNE INTERWENCJE_CZYNNOŚCI POZA OAiIT - 5 PKT.	66	0.0000	0.0000
5.57.01.0003002	KRAŻENIE_MASYWNA UTRATA PŁYNÓW - 4 PKT.	11	0.0000	0.0000
5.53.01.0001515	PRZETOCZENIE UBOGOLEUKOCYTARNEGO KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z AFEREZY.	1	1 111.0000	1 111.0000
5.53.01.0005028	LECZENIE W OAiIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-28 PKT	16	23 743.3600	23 743.3600
5.53.01.0005046	LECZENIE W OAiIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-46 PKT	4	14 508.6000	14 508.6000
5.57.01.0005002	METABOLIZM_ŻYWIENIE DOJELITOWE (ENTERALNE) - 2 PKT.	555	0.0000	0.0000
5.53.01.0005038	LECZENIE W OAiIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-38 PKT	75	185 277.7500	185 277.7500
5.53.01.0005036	LECZENIE W OAiIT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-36 PKT	69	154 522.0500	154 522.0500
5.57.01.0002001	ODDYCHANIE_WSPOMAGANIE ODDYCHANIA - 3 PKT.	20	0.0000	0.0000
5.53.01.0001520	REDUKCJA BIOLOGICZNYCH CZYNNIKÓW CHOROBTWÓRCZYCH OSOCZA ŚWIEŻO MROŻONEGO.	2	246.0000	246.0000

5.53.01.0005023	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-23 PKT	8	8 899.4400	8 899.4400
5.57.01.0001005	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE_OPATRUNKI - STANDARD - 1 PKT.	862	0.0000	0.0000
5.53.01.0005033	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-33 PKT	79	152 265.3900	152 265.3900
5.53.01.0005024	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-24 PKT	12	14 186.2800	14 186.2800
5.53.01.0005043	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-43 PKT	4	12 579.0000	12 579.0000
5.53.01.0005041	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-41 PKT	19	54 273.6900	54 273.6900
5.57.01.0003004	KRAŻENIE_CEWNIK W TĘTNICY PŁUCNEJ - 8 PKT.	2	0.0000	0.0000
5.53.01.0001512	PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK CZERWONYCH Z KRWI PEŁNEJ.	94	17 484.0000	17 484.0000
5.57.01.0001001	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE_LABORATORIUM - 1 PKT.	858	0.0000	0.0000
5.53.01.0005034	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-34 PKT	40	81 076.8000	81 076.8000
5.57.01.0001004	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE_WIELE LEKÓW - 4 PKT.	864	0.0000	0.0000

5.57.01.0003003	KRAŻENIE_CEWNIK TĘTNICZY - 5 PKT.	861	0.0000	0.0000
5.57.01.0005000	METABOLIZM_KWASICA / ZASADOWICA - 4 PKT.	43	0.0000	0.0000
5.53.01.0005045	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-45 PKT	5	17 294.8000	17 294.8000
5.57.01.0006000	INNE INTERWENCJE_POJEDYNCZA INTERWENCJA W ODDZIALE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII - 3 PKT.	52	0.0000	0.0000
5.53.01.0005029	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-29 PKT	63	98 668.0800	98 668.0800
5.53.01.0005026	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-26 PKT	39	51 799.8000	51 799.8000
5.53.01.0001524	FILTROWANIE DAWKI TERAPEUTYCZNEJ KRWI LUB JEJ SKŁADNIKÓW.	1	130.0000	130.0000
5.53.01.0001514	PRZETOCZENIE KONCENTRATU KRWINEK PŁYTKOWYCH Z KRWI PEŁNEJ.	2	540.0000	540.0000
5.57.01.0001000	CZYNNOŚCI PODSTAWOWE_MONITOROWANIE - 5 PKT.	865	0.0000	0.0000
5.57.01.0003000	KRAŻENIE_POJEDYNCZY LEK WAZOAKTYWNY - 3 PKT.	239	0.0000	0.0000
5.57.01.0003006	KRAŻENIE_RESUSCYTACJA KRAŻENIOWO -- ODDECHOWA - 3 PKT.	13	0.0000	0.0000
5.53.01.0005027	LECZENIE W OAiT DLA	7	9	9

	DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-27 PKT		835.0000	835.0000
5.57.01.0004000	NERKI_LECZENIE NERKOZASTĘPCZE - 1 PKT.	26	0.0000	0.0000
5.53.01.0005048	LECZENIE W OAiT DLA DOROSŁYCH - OCENA WEDŁUG SKALI TISS - 28-48 PKT	1	3 987.3200	3 987.3200

Na podstawie 50 losowo wybranych historii chorób z br. dokonano analizy poprawności/efektywności rozliczeń pacjentów z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z uwagi na ochronę danych osobowych prezentowane wyniki zostały zanonimizowane, w nawiasie podano numer historii choroby.

**Pacjent 1** (2664) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 2** (2844) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 3** (2690) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 4** (3294) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 5** (2196) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 6** (123) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 7** (13365) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 8** (13802) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 9** (343) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 10** (70) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 11** (6329) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 12** (6316) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 13** (6221) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 14** (856) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 15** (1000) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 16** (6978) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 17** (3170) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 18** (3305) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 19** (3501) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 20** (1026) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 21** (4945) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 22** (5009) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 23** (5300) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 24** (5350) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 25** (5435) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 26** (4578) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 27** (5169) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 28** (4654) rozliczenie kompletne – brak uwag

**Pacjent 29** (5837) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 30** (5018) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 31** (5429) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 32** (3241) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 33** (3615) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 34** (3682) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 35** (6638) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 36** (149) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 37** (474) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 38** (1766) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 39** (1321) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 40** (4487) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 41** (3666) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 42** (3718) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 43** (4218) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 44** (4368) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 45** (1632) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 46** (1599) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 47** (1349) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 48** (1659) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 49** (1304) rozliczenie kompletne – brak uwag  
**Pacjent 50** (2272) rozliczenie kompletne – brak uwag

**Podsumowanie:**

W skontrolowanych historiach chorób nie dopatrzone się niewłaściwych rozliczeń, jednak Audytorzy mają poważne zastrzeżenia co do ilości świadczeń z "zerowym" rozliczeniem.

Świadczenia te mają, co jest oczywiste, niską wartość punktów TISS, co z podsumowania daje 28 208 pkt na 1 856 201 pkt ogółem wykonanych. Jest to zaledwie 1,52% , a więc statystycznie nieistotny wynik. Jednak analizując liczbę świadczeń , to na 12 070 świadczeń aż 11 060 ( 92%) było bez przychodu. Świadczy to o tym, że w tym oddziale głównie leczy się pacjentów, którzy nie powinni zajmować łóżka oiomowe czyli najdroższe. Pacjenci z ustabilizowanymi funkcjami życiowymi powinni zostać przekazani na oddziały, z których trafili na OIT, bądź przekazani do innych jednostek ( m. in. pacjenci palitywni).

Audytorzy przede wszystkim podkreślają niewłaściwą strukturę leczonych pacjentów i sugerują zmiany organizacyjne w tym zakresie.

## **5.2 Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy poprawności rozliczeń z NFZ w oddziałach szpitalnych.**

Główne rekomendacje dla poszczególnych zakresów świadczeń dotyczące efektywnego rozliczania hospitalizacji przedstawiono poniżej.

### **Oddział Położniczo-Ginekologiczny**

- Przy ustalaniu rozpoznania zasadniczego należałoby rozważyć czy nie można zastosować podobnego rozpoznania z innym numerem, który kwalifikuje do wyższej grupy.
- Kwalifikując do JGP w wielu przypadkach istotne jest wpisanie właściwej procedury – w katalogu istnieją procedury o podobnej nazwie i zakresie, natomiast właściwy numer kieruje do grupy o wyższej wycenie.
- Sugeruje się dokładniejsze opisywanie w dokumentacji wywiadu i objawów przy przyjęciu, oraz chorób współistniejących - szczególnie istotne w przypadku pacjentek z zagrożoną ciążą - możliwość zakwalifikowania do grupy o wyższej wycenie.
- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – skrócenie lub wydłużenie w niektórych przypadkach może dać korzystniejsze rozliczenie.

### **Oddział Dziecięcy**

- Sugeruje się dokładniejsze opisywanie w dokumentacji wywiadu i objawów przy przyjęciu oraz chorób współistniejących, w niektórych przypadkach zmiana rozpoznania zasadniczego na współistniejące kieruje do wyższej grupy.
- Wykonanie dodatkowych badań laboratoryjnych lub procedur (np. wymazy) daje możliwość zakwalifikowania do grupy o wyższej wycenie.
- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – wydłużenie pobytu o 1 dzień w niektórych przypadkach może dać korzystniejsze rozliczenie.

### **Oddział Chirurgiczny**

- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – wydłużenie pobytu o 1 dzień w niektórych przypadkach może dać korzystniejsze rozliczenie w tej samej grupie – w analizowanej dokumentacji było to 12% leczonych pacjentów.

**Oddział Kardiologiczny**

- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – niektórych przypadkach korzystne rozliczenie zostaje skonsumowane przez długi pobyt pacjenta.
- Analiza dokumentacji przed kodowaniem - zamiana rozpoznania zasadniczego ze współistniejącym pozwoliłoby uzyskać korzystniejsze rozliczenie.

**Oddział Wewnętrzny**

- Sugeruje się dokładniejsze analizowanie wywiadu i objawów przy przyjęciu oraz chorób współistniejących, w niektórych przypadkach zmiana rozpoznania zasadniczego na współistniejące pozwoliłoby uzyskać korzystniejsze rozliczenie.
- Planowanie hospitalizacji - wykonanie dodatkowych procedur daje możliwość zakwalifikowania do grupy o wyższej wycenie.

**Oddział Neurologiczny**

- Rozważenie możliwości skrócenia hospitalizacji w uzasadnionych przypadkach - uwagę zwracają długie pobyty przy dobrym, bez dolegliwości stanie pacjenta przez kilka dni (analiza Kart Obserwacji Lekarskiej).
- Planowanie badań diagnostycznych i laboratoryjnych w chwili przyjęcia – duża ilość procedur przy jednoczesnym braku, w niektórych przypadkach, procedury kierującej do grupy z wyższą wyceną.
- Dokładna weryfikacja JGP przed postawieniem rozpoznania zasadniczego - zmiana rozpoznania może skutkować korzystniejszą wyceną.

**Oddział Obserwacyjno-Zakaźny**

- Sugeruje się dokładniejsze opisywanie w dokumentacji wywiadu i objawów przy przyjęciu oraz chorób współistniejących - w niektórych przypadkach zmiana rozpoznania zasadniczego na współistniejące lub dodanie rozpoznania współistniejącego kieruje do wyższej grupy.

**Oddział Reumatologiczny**

- Planowanie diagnostyki i długości hospitalizacji przy przyjęciu – w niektórych przypadkach wydłużenie pobytu chorego i/lub wykonanie dodatkowych procedur może dać korzystniejsze rozliczenie (w analizowanej próbie można by było rozliczyć



korzystniej 14% przypadków).

#### **Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**

- Planowanie długości hospitalizacji przy przyjęciu – w niektórych przypadkach wydłużenie pobytu o 1 dzień dałoby korzystniejsze rozliczenie.

#### **Oddział Neonatologiczny**

- Sugeruje się planowanie hospitalizacji oraz dokładniejszą weryfikację JGP przed postawieniem rozpoznania zasadniczego - zmiana rozpoznania i wykonanie 1 dodatkowej procedury może skutkować korzystniejszą wyceną.

#### **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

- Rekomenduje się stosowanie Wytycznych Polskiego Towarzystwa Anestezjologii i Intensywnej Terapii określające zasady kwalifikacji oraz kryteria przyjęcia chorych do Oddziałów Intensywnej Terapii.

### **5.3. Wnioski z analizy poprawności rozliczeń świadczeń z NFZ**

Prawidłowe kodowanie świadczeń zdrowotnych wg ICD10 i ICD9 i ich optymalne rozliczanie z NFZ wymaga przekazania wiedzy na ten temat osobom zajmującym się rozliczaniem pacjentów z NFZ. Wiedza taka usprawnia ten proces oraz pozwala wyeliminować wiele błędów już w pierwszej fazie, tj. na etapie "czytania" historii choroby pacjenta.

Rekomenduje się dokonywać przeglądu dokumentacji pacjentów rozliczanych w danych grupach JGP pod kątem prawidłowości rozpoznań zasadniczych, rozpoznań współistniejących, długości pobytu, wykonanych procedur, wyników badań diagnostycznych, opisów zawartych w protokołach operacyjnych itp.

Aby uzyskać efekt 100% wykonania kontraktu, czy nadwykonania kontraktu nie ma konieczności zwiększania liczby leczonych pacjentów. Wystarczy lepiej ich rozliczyć.

## 5.4. Analiza poprawności rozliczeń z NFZ w poradniach specjalistycznych

Świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, obowiązany jest do sprawozdawania w raporcie statystycznym dodatkowo porady początkowej o kodzie: 5.01.28.0000001 (WP1 porada początkowa — świadczenia pierwszorazowe) wraz z datą jej wykonania.

W toku audytu dokonano analizy struktury udzielonych porad ze względu na sposób rozliczenia z NFZ. Porównano liczbę sprawozdanych porad pierwszorazowych WP1 tzw. „zerowych” (nie są one rozliczane przez NFZ - wartość to 0 zł) z liczbą sprawozdanych świadczeń pierwszorazowych. Po poradzie WP1 teoretycznie powinna wystąpić kolejna porada rozliczona, jako świadczenie pierwszorazowe W40-W49.

W analizowanym okresie od stycznia do czerwca 2019r. zrealizowano ogółem 1 459 porad WP1 i 1 330 porad pierwszorazowych. Różnica nie zawsze świadczy o tym, że porada kolejna się nie odbyła, gdyż w przypadku wykonania procedury zabiegowej na kolejnej wizycie, rozliczone najprawdopodobniej zostało świadczenie zabiegowe tzw. „Z” a nie pierwszorazowe.

Jednak na podstawie przeprowadzonej analizy, można przyjąć założenie, że w pierwszym półroczu 2019r. szpital utracił przychody z tytułu nierozliczenia świadczenia pierwszorazowego ze względu na nie pojawienie się pacjenta na kolejnej wizycie (po poradzie WP1) – dotyczy to łącznie 129 porad pierwszorazowych (różnica pomiędzy ilością porad WP1 a ilością porad pierwszorazowych). Szacunkowa strata w pierwszym półroczu 2019r. ze względu na niepojawienie się pacjenta na kolejnej wizycie to ok. (129 x W41 89,00 zł) 11 500 zł.

W strukturze porad, w wielu poradniach przeważają porady rozliczane za niskie wartości punktowe takie jak W11 i W40; są to porady, które można nazwać „poradami bez procedur medycznych” tj. wraz, z którymi sprawozdawane są dwie, jedna lub zero procedur medycznych. Sumując liczbę porad WP1 tzw. „zerowych”, porad recepturowych oraz porad W11 i W40 okazuje się, że w pierwszym półroczu 2019r. w poradni diabetologicznej stanowiły one 61,24% wszystkich porad, w poradni reumatologicznej 54,95%, w poradni ortopedycznej 42,44%, w poradni chorób zakaźnych 47,96%, w poradni neurologicznej 85,44% i w poradni pulmonologicznej 44,42%.

W toku analizy świadczeń wykonanych w Poradni Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu stwierdzono nieprawidłowości w przypisywaniu procedur ICD-9. Procedury nie są zgodne z listą procedur opisanych w charakterystyce świadczeń, co może powodować zaniżenie wyznaczenia optymalnej JGP. Zakładając, że wykonane 72 porady specjalistyczne 1-go typu mają nieprawidłowe kody ICD-9 to utracony przychód dla szpitala z tego powodu wynosi ok. 2 500 zł.

W toku audytu porównano strukturę rozliczanych świadczeń wybranych poradni ze strukturą świadczeń sprawozdawanych w innym szpitalu. Analiza porównawcza potwierdza, że w Szpitalu kontrolowanym świadczenia rozliczane są mniej korzystnie.

**Tabela nr 58. Struktura porad – porównanie udziału sprawozdawanych świadczeń WP1, W02, W40 i W11 w wybranych poradniach ze strukturą tych porad w innym szpitalu (dot. okresu I-VI 2019)**

Szpital	świadczenia	Poradnia Kardiologiczna	Poradnia Diabetologiczna	Poradnia Chirurgii Ogólnej	Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	Poradnia Endokrynologiczna	Poradnia Neurologiczna	Poradnia Reumatologiczna	Poradnia Chorób Zakaźnych
<b>COM</b>	Porady - świadczenia WP1, W02, W40, W11	195	749	1 799	2 483	263	1 021	1 260	800
	Porady - świadczenia WP1, W02, W40, W11	9,86%	61,24%	31,46%	42,44%	20,40%	85,44%	54,95%	47,96%
<b>Szpital X</b>	Porady - świadczenia WP1, W02, W40, W11	13	136	1 923	5 923	342	1 987	2 234	1 340
	Porady - świadczenia WP1, W02, W40, W11	1,23%	23,74%	29,72%	25,34%	11,28%	47,89%	44,23%	23,16%

**Tabela nr 59. Struktura udzielonych porad(dot. okresu I-VI 2019)**

Poradnia	porady rozliczone z NFZ	porady specjalistyczne	porady pierwszorazowe	porady receptowe	porady zabiegowe	porady pohospitalizacyjne	Programy lekowe	WP1	Porada WP1 minus por. pierwszoraz.	Specjalistycz. 1-go typu + W40 pierwszoraz. 1-go typu	porady "bez procedur"	% porady "bez procedur"
Poradnia Neonatologii	274	86	0	0	0	185	0	3	3	80	83	30,29
Poradnia Kardiologiczna	1 978	1 623	170	0	0	5	0	177	7	18	195	9,86
Poradnia Położnictwa i Ginekologii	3 018	2 994	0	1	22	0	0	0	0	788	789	26,14
Poradnia Diabetologiczna	1 223	924	142	0	0	5		147	5	602	749	61,24
Poradnia Chirurgii Ogólnej	5 718	2 764	0	0	2 742	178	0	0	0	1 799	1 799	31,46
Poradnia Reumatologiczna	2 293	1 643	198	0	8	11	7	226	28	1 034	1 260	54,95
Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	5 851	4 612	0	0	860	352	0	0	0	2 483	2 483	42,44
Poradnia Endokrynologiczna	1 289	1 058	101	0	15	0	0	109	8	154	263	20,40
Poradnia Chorób Zakaźnych	1 668	656	382	0	0	15	50	452	70	348	800	47,96
Poradnia Neurologiczna	1 195	851	161	0	0	0	9	169	8	852	1 021	85,44
Poradnia Pulmonologiczna	538	186	176	0	0	0	0	176	0	63	239	44,42

W toku analizowanego materiału stwierdzono nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń medycznych, gdzie występuje brak rozliczenia do NFZ, przy sprawozdaniu wykonanych podczas

wizyty procedur ICD-9 – łącznie 98 porad można założyć, że szpital utracił przychody ponosząc koszty:

- przyjmując, że są to świadczenia pierwszorazowe 1-go typu (bez ginekologii, chirurgii ogólnej i ortopedii) – 55 porad x 56 = 3 080 zł
- przyjmując, że w chirurgii ogólnej i ortopedii są to świadczenia z najniższej grupy zabiegowej – 42 porady x 37 = 1 554 zł
- przyjmując, że w ginekologii jest to świadczenie specjalistyczne 1-go typu – 1 porada x 33 = 33 zł

**Tabela nr 60. Wykaz porad bez rozliczenia z NFZ (dot. okresu I-VI 2019)**

Miejsce realizacji	PESEL	Data przyjęcia	Data wypisu	Rozpoznanie zas.	Procedury
Poradnia Kardiologiczna	78061606200	2019-02-21	2019-02-21	R55	88.721; 89.00
Poradnia Kardiologiczna	39052209983	2019-06-26	2019-06-26	I11.9	89.00; 89.522
Poradnia Kardiologiczna	48022517359	2019-04-03	2019-04-03	I49	89.00
Poradnia Diabetologiczna	63081311700	2019-02-06	2019-02-06	R73	89.00
Poradnia Diabetologiczna	93050705582	2019-02-06	2019-02-06	O24	89.00
Poradnia Diabetologiczna	40061511512	2019-05-29	2019-05-29	E11	89.00
Poradnia Diabetologiczna	41082508026	2019-06-19	2019-06-19	E11	89.00
Poradnia Diabetologiczna	40061511512	2019-05-29	2019-05-29	E11	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	90022011951	2019-01-09	2019-01-09	S66	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	59091101462	2019-03-25	2019-03-25	L97	86.222; 86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	43010210371	2019-02-13	2019-02-13	L97	86.222; 86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	43010210371	2019-01-21	2019-01-21	L97	86.222; 86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	31020911089	2019-01-14	2019-01-14	K62	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	43010210371	2019-01-28	2019-01-28	L97	86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	43010210371	2019-02-04	2019-02-04	L97	86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	43010210371	2019-01-25	2019-01-25	L97	86.222; 86.284; 89.00; 91.831
Poradnia Chirurgii Ogólnej	43010210371	2019-02-25	2019-02-25	L97	86.222; 86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	49020813928	2019-03-13	2019-03-13	L60	86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	82102016693	2019-01-30	2019-01-30	L02	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	85080913714	2019-01-28	2019-01-28	D23	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	86081113837	2019-02-04	2019-02-04	K29	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	72040916515	2019-02-13	2019-02-13	D22	86.284; 89.00; 97.38
Poradnia Chirurgii Ogólnej	94102910259	2019-03-25	2019-03-25	R10	89.00

Poradnia Chirurgii Ogólnej	50050414531	2019-05-27	2019-05-27	K63	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	64071214030	2019-05-13	2019-05-13	E10.5	86.284; 89.00; 93.57
Poradnia Chirurgii Ogólnej	46061701768	2019-04-26	2019-04-26	L08	86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	54010121749	2019-06-10	2019-06-10	L97	86.222; 86.284; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	46052401062	2019-04-10	2019-04-10		89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	54010121749	2019-04-12	2019-04-12	L97	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	54010121749	2019-05-08	2019-05-08	L97	86.222; 86.284; 89.00; 91.831
Poradnia Chirurgii Ogólnej	60061901775	2019-06-19	2019-06-19	L97	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	55040117339	2019-04-17	2019-04-17	S01	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	84061819454	2019-05-22	2019-05-22	S93	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	63051514940	2019-06-10	2019-06-10	I80	88.777; 89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	50041417389	2019-05-24	2019-05-24	S20	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	77031619435	2019-04-12	2019-04-12	L08	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	63051514940	2019-06-03	2019-06-03	I80	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	60061901775	2019-06-26	2019-06-26	L97	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	59091101462	2019-04-10	2019-04-10	L97	86.284; 89.00; 93.57
Poradnia Chirurgii Ogólnej	84090214901	2019-06-13	2019-06-13	S61	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	92071310432	2019-05-24	2019-05-24	L08	89.00
Poradnia Chirurgii Ogólnej	63051514940	2019-06-24	2019-06-24	I80	89.00
Poradnia Reumatologiczna	53010150665	2019-01-02	2019-01-02	M07	89.00; I17; I19; L69; M37
Poradnia Reumatologiczna	60070515066	2019-01-07	2019-01-07	M05	83.94; 89.00; C55; I17; I81; O91
Poradnia Reumatologiczna	42082810340	2019-01-16	2019-01-16	M06	89.00; C55; C59; I17
Poradnia Reumatologiczna	72032716068	2019-01-21	2019-01-21	M13.0	89.00
Poradnia Reumatologiczna	74112907621	2019-01-24	2019-01-24	M15.0	89.00
Poradnia Reumatologiczna	48030201482	2019-03-06	2019-03-06	M05	89.00
Poradnia Reumatologiczna	46060700942	2019-03-07	2019-03-07	M15	89.00; I81; K21; M45; O91
Poradnia Reumatologiczna	74112907621	2019-01-24	2019-01-24	M15.0	89.00
Poradnia Reumatologiczna	72070115986	2019-06-19	2019-06-19	M06	89.00; C55; C59; I17; I81
Poradnia Reumatologiczna	38042009981	2019-04-23	2019-04-23	M06	89.00
Poradnia Reumatologiczna	37051312587	2019-05-15	2019-05-15	M17	89.00
Poradnia Reumatologiczna	61101804140	2019-06-24	2019-06-24	M81.0	89.00
Poradnia Reumatologiczna	65040310373	2019-05-02	2019-05-02	M47	89.00; 89.394
Poradnia Reumatologiczna	60100412321	2019-05-15	2019-05-15	M35.3	89.00
Poradnia Reumatologiczna	40021211913	2019-06-04	2019-06-04	M15	87.221; 89.00
Poradnia Reumatologiczna	52122911122	2019-05-22	2019-05-22	M05.9	89.00

Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	87090114592	2019-01-28	2019-01-28		88.23; 89.00
Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	65031409664	2019-02-06	2019-02-06	S42	88.21; 89.00
Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	46072108633	2019-02-26	2019-02-26	S72	88.26; 88.27; 89.00
Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	62020900652	2019-01-16	2019-01-16	S33	87.241; 89.00
Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	11292806094	2019-01-10	2019-01-10	S52	88.23; 89.00
Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	46072108633	2019-05-28	2019-05-28	S72	88.26; 89.00
Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	92101608939	2019-04-30	2019-04-30		88.23; 89.00
Poradnia Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu	85080913714	2019-05-15	2019-05-15	S62	88.23; 89.00
Poradnia Endokrynologiczna	49051915646	2019-01-24	2019-01-24	E04	89.00
Poradnia Endokrynologiczna	68031513041	2019-03-07	2019-03-07	E05	88.713; 89.00; 199; L69; O49
Poradnia Endokrynologiczna	83022617425	2019-03-18	2019-03-18	E03	89.00
Poradnia Endokrynologiczna	92071312908	2019-04-10	2019-04-10	E34	89.00
Poradnia Endokrynologiczna	72020613403	2019-04-24	2019-04-24	D35	89.00; C53; M37; N45
Poradnia Endokrynologiczna	72020613403	2019-04-24	2019-04-24	D35	89.00; C53; M37; N45
Poradnia Chorób Zakaźnych	62090713293	2019-01-14	2019-01-14	B18.2	88.761; 89.00; 161
Poradnia Chorób Zakaźnych	45021702904	2019-01-15	2019-01-15	K76.9	89.00; V40; V48
Poradnia Chorób Zakaźnych	43040112997	2019-01-28	2019-01-28	A46	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	56092813594	2019-02-15	2019-02-15	R50	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	45021205377	2019-03-01	2019-03-01	Z03	88.790; 89.00; C55; X43; X45
Poradnia Chorób Zakaźnych	55062622752	2019-03-01	2019-03-01	B18.1	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	91043004249	2019-03-08	2019-03-08	B58	89.00; C55; C59; F23; F50; F91
Poradnia Chorób Zakaźnych	68010213940	2019-03-28	2019-03-28	A69.2	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	58021316606	2019-03-29	2019-03-29	A69.2	89.00; S21; S25
Poradnia Chorób Zakaźnych	84072119578	2019-03-29	2019-03-29	Z03	89.00; S21; S25
Poradnia Chorób Zakaźnych	65100105073	2019-04-01	2019-04-01	A46	89.00

Poradnia Chorób Zakaźnych	81041608927	2019-04-04	2019-04-04	Z03	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	63072813187	2019-04-11	2019-04-11	A69.2	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	84082315432	2019-04-12	2019-04-12	Z03	89.00; S21; S25
Poradnia Chorób Zakaźnych	43112603592	2019-04-12	2019-04-12	Z03	89.00; S31
Poradnia Chorób Zakaźnych	86081113837	2019-05-14	2019-05-14	B18.2	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	81041608927	2019-04-04	2019-04-04	Z03	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	59120814167	2019-04-26	2019-04-26	Z03	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	43112603592	2019-04-12	2019-04-12	Z03	89.00; S31
Poradnia Chorób Zakaźnych	63072813187	2019-04-11	2019-04-11	A69.2	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	12270402402	2019-05-20	2019-05-20	Z03	89.00
Poradnia Chorób Zakaźnych	48022904931	2019-06-14	2019-06-14	Z03	89.00
Poradnia Neurologiczna	50010419631	2019-04-08	2019-04-08	R42	89.00
Poradnia Neurologiczna	41031800650	2019-05-27	2019-05-27	I69.4	88.714; 89.00
Poradnia Neurologiczna	71041908417	2019-06-24	2019-06-24	G40.8	89.00
Poradnia Położnictwa i Ginekologii	94041702508	2019-05-23	2019-05-23	Z00	88.782; 89.00; L69; O69; U79

#### Wnioski:

- Struktura liczby sprawozdawanych świadczeń wydaje się niekorzystna z punktu widzenia przychodów – duża liczba porad „słabo” rozliczanych z NFZ i porad tzw. zerowych.
- Częstym przypadkiem jest nie pojawianie się pacjentów na kolejnej wizycie, przez co pacjent pierwszorazowy obsługiwany przez lekarza w ramach porady pierwszorazowej rozliczany jest z wartością 0, a w przypadku wykonania przez niego badań po wizycie i nie pojawienia się na kolejnej, powstaje dodatkowy nierozliczony koszt – koszty wykonanych badań.
- W stosunku do wszystkich wykonanych porad, niski udział stanowią porady zabiegowe (poradnia ortopedyczna i chirurgiczna).

### 5.5. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy poprawności rozliczeń przychodów w przychodniach specjalistycznych

- Zdaniem Audytorów należałoby dokonać kontroli (na wybranej próbie) rozliczanych świadczeń, pod kątem sprawozdawania wszystkich procedur zleconych na poprzedniej wizycie i wykonanych przez pacjenta.



- Należałoby rozważyć zmianę organizacji udzielania świadczeń w taki sposób by w dniu wizyty pacjenta pierwszorazowego możliwe byłoby wykonanie badań i jednocześnie ich rozliczenie.
- Należałoby wziąć pod uwagę przeniesienie niektórych zabiegów, które wykonywane są w oddziałach szpitalnych, a mogą być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, co znacznie zmniejszy koszty poniesione przez Szpital.
- Należy poddać kontroli porady, które były wykonane a mogą pozostawać bez rozliczenia do NFZ oraz porady, które mogą pozostawać w statusie „w trakcie realizacji” i również nie mają sprawozdanego rozliczenia do NFZ.
- Należy przeprowadzić kontrolę prawidłowości sprawozdawania procedur obrazowych (np. rtg, usg) ICD-9.

## 6. ANALIZA UTRACONYCH PRZYCHODÓW

### 6.1. Utracone przychody wynikające z niewłaściwego rozliczania świadczeń z NFZ - oddziały szpitalne

Na podstawie analizy poprawności rozliczeń świadczeń w oddziałach szpitalnych dokonano ekstrapolacji utraconych przychodów w skali całego roku. Wyniki przedstawia poniższa tabela.

**Tabela nr 61. Prognozowane wartości utraconych przychodów w skali roku**

Lp.	Oddział	Utracone przychody wynikające ze skontrolowanych historii chorób	liczba badanych przypadków	liczba rozliczonych pacjentów z NFZ	Symulowana wartość utraconych przychodów w okresie I-VI.2019r.	Sym.wartość utraconych przychodów w skali roku
1	Położniczo-Ginekologiczny	10 375,00	50,00	998,00	207 085,00	
2	Pediatryczny	11 873,00	50,00	756,00	179 519,76	
3	Chirurgiczny	10 390,00	50,00	699,00	145 252,20	
4	Kardiologiczny	4 304,00	50,00	772,00	66 453,76	
5	Wewnętrzny	23 373,00	50,00	1 234,00	576 845,64	
6	Neurologiczny	12 137,00	50,00	1 149,00	278 908,26	
7	Obserwacyjno-Zakaźny	8 250,00	50,00	385,00	63 525,00	
8	Reumatologiczny	15 877,00	50,00	255,00	80 972,70	
9	Ortopedii	617,00	50,00	709,00	8 749,06	
10	Neonatologiczny	5 676,00	50,00	302,00	34 283,04	
11	OIT	0,00	50,00	36,00	0,00	
	<b>Razem:</b>	<b>102 872,00 zł</b>	<b>550,00</b>	<b>7 295,00</b>	<b>1 641 594,42</b>	<b>3 283 188,84</b>

Prowadząc audyt skontrolowano 550 historii chorób, jednak pomimo większości przypadków rozliczonych prawidłowo, znaleziono również takie rozliczenia, na których Szpital stracił przychody. Ich wartość wynosi ponad 102 tys. zł. W skali roku daje to kwotę 3 283 tys. zł., co pokazuje potrzebę dalszej kontroli rozliczonych pacjentów zwłaszcza, że część z tych rozliczeń jest do odzyskania z NFZ.

W I półroczu 2019 Szpital na skutek niewłaściwego rozliczania pacjentów stracił ponad 1 641 tys. punktów. Ta wartość byłaby jednocześnie nadwykonaniem kontraktu, co w warunkach Ryczałtu nie przekłada się jednak na zwiększenie finansowania. Wyliczono, że w I półroczu 2019 w ramach tych punktów można było wykonać kontrakt w 100% lecząc o ok. 506 pacjentów mniej, ale lepiej ich rozliczając.

**Tabela nr 62. Liczba nadwykonanych pacjentów w sytuacji poprawnych rozliczeń w okresie I-VI.2019 r.**

Lp.	Oddział	Plan pkt	Wykonanie pkt	Symulowana liczba utraconych pkt w okresie I-VI.2019r.	Wykonanie z liczbą utrac.pkt	Liczba pkt (wykonane + utracone)	średnia liczba rozlicz. pkt/pacj	Symul. liczba nadwykon. pacjentów
1.	Dziecięcy	1 668 500,00	1 852 165,00	179 519,76	2 031 684,76	363 184,76	2 449,95	148
2.	Wewnętrzny	3 125 000,00	2 903 035,72	576 845,64	3 479 881,36	354 881,36	2 989,74	119
3.	Kardiologii	2 995 000,00	2 998 690,16	66 453,76	3 065 143,92	70 143,92	3 884,31	18
4.	Chirurgii	3 000 000,00	3 019 245,65	145 252,20	3 164 497,85	164 497,85	5 223,61	31
5.	Ginek.- Położn.	1 040 000,00	974 631,00	207 085,00	1 181 716,00	141 716,00	1 448,19	98
6.	OIT	1 433 000,00	1 856 201,07	0,00	1 856 201,07	423 201,07	51 561,14	8
7.	Obserw.- Zakaż.	1 395 000,00	1 339 305,44	63 525,00	1 402 830,44	7 830,44	3 478,72	2
8.	Ortopedii	3 883 521,00	3 861 336,78	8 749,06	3 870 085,84	-13 435,16	5 446,17	-2
9.	Neurologii	3 335 000,00	3 171 971,88	278 908,26	3 450 880,14	115 880,14	2 760,64	42
10.	Reumatologii	780 000,00	660 129,96	80 972,70	741 102,66	-38 897,34	2 588,74	-15
11.	Neonatologiczny	779 057,00	917 709,43	34 283,04	951 992,47	172 935,47	3 038,77	57
<b>Razem</b>		<b>23 434 078,00</b>	<b>23 554 422,09</b>	<b>1 641 594,42</b>	<b>25 196 016,51</b>	<b>1 761 938,51</b>		<b>506</b>

Uwzględniając mniejszą liczbę leczonych pacjentów na skutek właściwego ich rozliczenia, a tym samym uwzględniając mniejsze koszty zmienne wyliczono, że wynik finansowy oddziałów w skali I półrocza 2019 poprawiłby się o ok. 987 tys. zł., co w skali roku daje kwotę 1 974 tys. zł.

**Tabela nr 63. Symulowana poprawa wyniku finansowego uwzględniająca mniejszą liczbę leczonych pacjentów**

Lp.	Oddział	Liczba pkt (wykonane + utracone)	koszt zm/pkt	Koszty zmienne nadwykon.pkt	Utracone przychody z niewykon.	Poprawa WF w skali 6 miesięcy 2019	Poprawa WF w skali roku
1.	Pediatrici	363 184,76 zł	0,19	69 005,10 zł		69 005,10	
2.	Wewnętrzny	354 881,36 zł	0,31	110 013,22 zł	221 964,28	331 977,50	
3.	Kardiologii	70 143,92 zł	0,29	20 341,74 zł		20 341,74	
4.	Chirurgii	164 497,85 zł	0,22	36 189,53 zł		36 189,53	
5.	Ginek.- Położn.	141 716,00 zł	0,23	32 594,68 zł		32 594,68	
6.	OIT	423 201,07 zł	0,23	97 336,25 zł		97 336,25	
7.	Obserw.- Zakaż.	7 830,44 zł	0,23	1 801,00 zł	55 694,56	57 495,56	
8.	Ortopedii	-13 435,16 zł	0,38	-5 105,36 zł	22 184,22	17 078,86	
9.	Neurologii	115 880,14 zł	0,26	30 128,84 zł	163 028,12	193 156,96	
10.	Reumatologii	-38 897,34 zł	0,14	-5 445,63 zł	119 870,04	114 424,41	
11.	Neonatologiczny	172 935,47 zł	0,10	17 293,55 zł		17 293,55	
<b>Razem</b>		<b>1 761 938,51 zł</b>		<b>404 152,91 zł</b>	<b>582 741,22</b>	<b>986 894,13</b>	<b>1 973 788,26</b>

Jak prezentuje powyższa tabela, przy uwzględnieniu mniejszej liczby pacjentów przy założeniu optymalizacji ich rozliczeń można poprawić wynik finansowy na wszystkich oddziałach szpitalnych. Strata oddziałów szpitalnych tylko z tego tytułu za I półrocze 2019 z 5 981 tys. zł zmniejszyłaby się do wartości 4 994 tys. zł.

**Tabela nr 64. Wynik finansowy w sytuacji braku nadwykonań i poprawnych rozliczeń**

Lp.	Wyszczególnienie	Stan faktyczny za I półrocze 2019	Stan prognozowany uwzględniający mniejszą liczbę pacjentów i wykonanie = 100% planu	Poprawa WF w skali I półrocza 2019	Poprawa WF w skali roku
1.	Wartość przychodów	27 411 301,52	27 994 042,74	582 741,22	
2.	Koszty Oddziałów	33 392 122,26	32 987 969,35	-404 152,91	
3.	Koszty stałe	26 994 066,83	26 994 066,83	0,00	
4.	Koszty zmienne	6 398 055,43	5 993 902,52	-404 152,91	
<b>Wynik finansowy</b>		<b>-5 980 820,74</b>	<b>-4 993 926,61</b>	<b>986 894,13</b>	<b>1 973 788,26</b>

## 6.2. Utracone przychody wynikające z niewłaściwego rozliczania świadczeń z NFZ - poradnie specjalistyczne

Podobnie jak w przypadku oddziałów szpitalnych, sprawdzono poprawność rozliczanych porad w ramach funkcjonowania poradni specjalistycznych.

Z uwagi na niewykonanie kontraktu w 9 poradniach, skupiono się przede wszystkim na utraconych przychodach, a tym samym na symulacji wyniku finansowego w sytuacji 100% wykonania planu.

**Tabela nr 65. Realizacja kontraktu - I półrocze 2019**

Poradnia	Limit narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (pkt)	Wykonanie narastająco (%)
Por.Chirurg.	430 000,00	396 728,90	92,26%
Por.Ortop.	340 000,00	331 563,80	97,52%
Por.Reumatol.	111 500,00	109 106,20	97,85%
Por.Kardiolog.	145 500,00	138 806,82	95,40%
Por.Ginekol.	201 597,00	202 971,20	100,68%
Por.Chor.Zakaż.	111 000,00	108 019,67	97,32%
Por. Diabetol.	54 500,00	53 465,60	98,10%
Por.Endokrynol.	101 000,00	97 945,58	96,98%
Por.Neonatol.	16 300,00	14 896,50	91,39%
Por.Pulmonolog.	52 992,00	24 591,00	46,41%
Por.Neurologiczn.	52 296,00	54 899,28	104,98%
<b>Razem</b>	<b>1 616 685,00</b>	<b>1 532 994,55</b>	<b>94,82%</b>

Tylko dwie poradnie wykonały plan punktowy ponad limit, generując tym samym dodatkowe, ale niewielkie koszty zmienne.

Symulując wynik finansowy do wysokości planu, wzięto do przeliczeń zarówno utracone przychody, jak również większe koszty zmienne.

**Tabela nr 66. Wyjściowe ( faktyczne ) wyniki finansowe poradni za I półrocze 2019 r.**

Poradnia	Przychody	Koszty stałe	Koszty zmienne	Koszty razem	WF
Por.Chirurg.	381 162,47	305 567,80	143 879,82	449 447,62	-68 285,15
Por.Ortop.	300 646,27	336 955,33	44 575,44	381 530,77	-80 884,50
Por.Reumatol.	125 250,10	104 670,20	26 640,00	131 310,20	-6 060,10
Por.Kardiolog.	137 038,52	105 514,20	2 612,33	108 126,53	28 911,99
Por.Ginekol.	242 267,60	172 319,16	41 811,87	214 131,03	28 136,57
Por.Chor.Zakaż.	157 697,86	116 027,11	47 555,00	163 582,11	-5 884,25
Por. Diabetol.	57 820,47	63 860,97	5 041,15	68 902,12	-11 081,65
Por.Endokrynol.	83 634,38	108 955,80	24 018,85	132 974,65	-49 340,27
Por.Neonatol.	11 922,67	9 400,51	243,00	9 643,51	2 279,16
Por.Pulmonolog.	24 836,91	18 426,48	2 810,62	21 237,10	3 599,81
Por.Neurologiczn.	43 602,04	39 518,59	18 088,05	57 606,64	-14 004,60
<b>Razem</b>	<b>1 565 879,29</b>	<b>1 381 216,15</b>	<b>357 276,13</b>	<b>1 738 492,28</b>	<b>-172 612,99</b>

**Tabela nr 67. Koszty zmienne wynikające z wykonania kontraktu w 100%**

Poradnia	Koszty stałe	Koszty zmienne	koszt zm/pkt	liczba niedowyon pkt	liczba nadwykon pkt	koszty zmienne niedowyon pkt	koszty zmienne nadwykon pkt	Koszty zmienne do 100% kontraktu
Por.Chirurg.	305 567,80	143 879,82	0,36	33 271,10		12 066,27		12 066,27
Por.Ortop.	336 955,33	44 575,44	0,13	8 436,20		1 134,16		1 134,16
Por.Reumatol.	104 670,20	26 640,00	0,24	2 393,80		584,48		584,48
Por.Kardiolog.	105 514,20	2 612,33	0,02	6 693,18		125,96		125,96
Por.Ginekol.	172 319,16	41 811,87	0,21		1 374,20		283,08	-283,08
Por.Chor.Zakaż.	116 027,11	47 555,00	0,44	2 980,33		1 312,07		1 312,07
Por. Diabetol.	63 860,97	5 041,15	0,09	1 034,40		97,53		97,53
Por.Endokrynol.	108 955,80	24 018,85	0,25	3 054,42		749,02		749,02
Por.Neonatol.	9 400,51	243,00	0,02	1 403,50		22,89		22,89
Por.Pulmonolog.	18 426,48	2 810,62	0,11	28 401,00		3 246,08		3 246,08
Por.Neurologiczn.	39 518,59	18 088,05	0,33		2 603,28		857,72	-857,72
<b>Razem</b>	<b>1 381 216,15</b>	<b>357 276,13</b>		<b>87 667,93</b>	<b>3 977,48</b>	<b>19 338,49</b>	<b>1 140,80</b>	<b>18 197,69</b>

Wyliczono, że w wyniku wykonania kontraktu w 100% przez wszystkie poradnie, łączne koszty zmienne wzrosną o ponad 18 tys. zł, przy jednoczesnym wzroście przychodów o 90,5 tys. zł. W symulacji ujęto również przychody utracone na skutek niewłaściwych rozliczeń porad z NFZ, tj. ok. 19 tys. zł, jednak kwota ta z pewnością byłaby wyższa, gdyby ponownie rozliczył to NFZ.

**Tabela nr 68. Symulowany wynik finansowy w sytuacji wykonania kontraktu w 100 % i poprawnych rozliczeniach.**

Poradnia	Przychody	Utrac. przych. z niewyk. kontr.	Razem przychody	Koszty stałe	Koszty zmienne	Koszty razem	WF za I półrocze 2019 przy założ.wykon.=100%	Utracone przychody wynikające z rozlicz.porad	Symulowany WF za I półrocze 2019
Por.Chirurg.	381 162,47	33 271,10	414 433,57	305 567,80	155 946,09	461 513,89	-47 080,32		
Por.Ortop.	300 646,27	8 436,20	309 082,47	336 955,33	45 709,60	382 664,93	-73 582,46		
Por.Reumatol.	125 250,10	2 393,80	127 643,90	104 670,20	27 224,48	131 894,68	-4 250,78		
Por.Kardiolog.	137 038,52	6 693,18	143 731,70	105 514,20	2 738,29	108 252,49	35 479,21		
Por.Ginekol.	242 267,60		242 267,60	172 319,16	41 528,79	213 847,95	28 419,65		
Por.Chor.Zakaż.	157 697,86	2 980,33	160 678,19	116 027,11	48 867,07	164 894,18	-4 215,99		
Por. Diabetol.	57 820,47	1 034,40	58 854,87	63 860,97	5 138,68	68 999,65	-10 144,78		
Por.Endokrynol.	83 634,38	3 054,42	86 688,80	108 955,80	24 767,87	133 723,67	-47 034,87		
Por.Neonatol.	11 922,67	1 403,50	13 326,17	9 400,51	265,89	9 666,40	3 659,77		
Por.Pulmonolog.	24 836,91	31 241,10	56 078,01	18 426,48	6 056,70	24 483,18	31 594,83		
Por.Neurologiczn.	43 602,04		43 602,04	39 518,59	17 230,33	56 748,92	-13 146,88		
<b>Razem</b>	<b>1 565 879,29</b>	<b>90 508,03</b>	<b>1 656 387,32</b>	<b>1 381 216,15</b>	<b>375 473,82</b>	<b>1 756 689,97</b>	<b>-100 302,65</b>	<b>18 667,00</b>	<b>-81 635,65</b>

W rezultacie poprawa wyniku finansowego poradni specjalistycznych za I półrocze 2019 jest spora i wynosi ok.91 tys. zł, co w skali roku daje kwotę ok. 182 tys. zł, co prezentuje poniższa tabela.

**Tabela nr 69. Symulowana poprawa wyniku finansowego uwzględniająca wykonanie planu w 100% oraz poprawne rozliczenia porad do NFZ**

Wyszczególnienie	Stan faktyczny za I półrocze 2019	Stan uwzględniający wykonanie = 100% planu	Poprawa WF w skali I półrocza 2019	Poprawa WF w skali roku
Wartość przychodów	1 565 879,29	1 675 054,32	109 175,03	
Koszty Poradni	1 738 492,28	1 756 689,97	18 197,69	
Koszty stałe	1 381 216,15	1 381 216,15	0,00	

Koszty zmienne	357 276,13	375 473,82	18 197,69	
Wynik finansowy	-172 612,99	-81 635,65	90 977,34	181 954,69

### 6.3. Wnioski i rekomendacje wynikające z analizy utraconych przychodów

Z uwagi na szereg nieprawidłowości w rozliczaniu pacjentów z NFZ, zdaniem Audytorów należałoby dokonać szerszej kontroli rozliczanych świadczeń, pod kątem sprawozdawania wszystkich procedur oraz produktów do rozliczenia z NFZ. Zwłaszcza, że spora część przychodów będzie do odzyskania z NFZ. Należy również poddać kontroli hospitalizacje i porady, które były wykonane a mogą pozostawać bez rozliczenia do NFZ.

W związku z niemałą ilością powtarzających się rehospitalizacji przed upływem 14 dni od poprzedniej hospitalizacji zarówno w roku 2018, jak i w I półroczu 2019, należy poddać kontroli zasadność kolejnego przyjęcia do szpitala lub przedwczesnego wypisania podczas poprzedniego pobytu. Jeśli były to przypadki uzasadnione medycznie, to nie powinny mieć statusu przyjęcia planowego, tylko pilnego. W takich sytuacjach należy wprowadzić zasadę stosowania pism do NFZ o indywidualne rozliczenie za zgodą płatnika.

W przypadku poradni specjalistycznych struktura sprawozdawanych świadczeń wydaje się niekorzystna z punktu widzenia przychodów – duża liczba porad „słabo” rozliczanych z NFZ i porad tzw. zerowych.

W stosunku do wszystkich wykonanych porad, niski udział stanowią porady zabiegowe (chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo -ortopedycznej).

Częstym przypadkiem jest nie pojawianie się pacjentów na kolejnej wizycie, przez co pacjent pierwszorazowy obsługowany przez lekarza w ramach porady pierwszorazowej rozliczany jest z wartością 0, a w przypadku wykonania przez niego badań po wizycie i nie pojawienia się na kolejnej, powstaje dodatkowy nierozliczony koszt – koszty wykonanych badań.

Z uwagi na to, iż NFZ kwestionuje niektóre rozliczenia należy dokonać kontroli, czy błędy są weryfikowane i poprawiane na bieżąco. W sytuacji zakwestionowania pewnych rozliczeń przychody za ich wykonanie są w tzw. "chmurze" i jeśli nie zostaną zidentyfikowane przez szpital i nie zostaną poprawione na bieżąco, to są to utracone przychody, z czego często szpital nie zdaje sobie sprawy.

Zdaniem Audytorów należy poddać kontroli sprawozdawczość zarówno z oddziałów, poradni, ale również z obecnego SOR. W przypadku SOR-u brak poprawnie sprawozdanych świadczeń może skutkować brakiem wzrostu stawki ryczałtu, a w szczególnych przypadkach nawet jej obniżeniem.

Audytorzy rekomendują przeszkolenie lekarzy oraz sekretarek rozliczających pacjentów z NFZ w zakresie prawidłowego kodowania świadczeń oraz ich właściwego grupowania w systemie JGP.

Celem takiego szkolenia jest zaprezentowanie prawidłowego kodowania świadczeń zdrowotnych wg ICD10 i ICD9 i ich optymalnego rozliczania z NFZ. Szkolenie pozwala na przekazanie praktycznej wiedzy w zakresie usprawnienia tego procesu oraz wyeliminowania wielu błędów już w pierwszej fazie, tj. na etapie "czytania" historii choroby pacjenta. Przedstawienie bardzo wielu przykładów kodowania tego samego przypadku chorobowego, jednak z różnym efektem finansowym, pozwala na wyeliminowanie utraconych przychodów.

Zaprezentowanie sposobu przeglądu dokumentacji pacjentów rozliczonych w danych grupach JGP pod kątem prawidłowości rozpoznań zasadniczych, rozpoznań współistniejących, długości pobytu, wykonanych procedur, wyników badań diagnostycznych, opisów zawartych w protokołach operacyjnych itp., będzie stanowiło propozycję optymalnych rozliczeń z NFZ.

Audytorzy proponują również utworzenie w strukturach Szpitala Sekcji Koderów, o czym szerzej w Rekomendacjach Strategicznych.

## **7. ANALIZA POTENCJAŁU KADROWEGO**

### **7.1. Analiza zatrudnienia personelu medycznego, niemedycznego i administracyjnego: informacje ogólne.**

Z punktu widzenia bilansowego podmioty lecznicze, ze względu na charakter swego działania, wyróżniają się stosunkowo wysokim udziałem kosztów osobowych w kosztach ogółem oraz relacją kosztów osobowych w wypracowywanych przychodach.

Ponadto podmioty lecznicze, jako szczególnie wysokospecjalistyczne jednostki, charakteryzują się zapotrzebowaniem na relatywnie wysoko opłacanych specjalistów, których obecnie na polskim rynku odnotowuje się deficyt, co wpływa na ukształtowanie się tzw. „rynku pracownika” wysuwającego swoje żądania płacowe.



Stąd analiza potencjału kadrowego jest tak istotna ze względu na jego bardzo duży wpływ na wynik finansowy badanej Jednostki.

W Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu pracownicy\* zatrudnieni są, podobnie jak w innych podmiotach leczniczych w kraju, w oparciu o Kodeks pracy na podstawie umowy o pracę zgodnie z prezentacją w tabelach nr od 70 do 72 oraz w oparciu o Kodeks cywilny na podstawie umowy zlecenia oraz umów kontraktowych, co prezentuje tabela nr 73.

*\*- pisząc w tym miejscu „pracownicy”, Audytorzy mieli na myśli potoczne, a nie kodeksowe określenie tych, którzy związani są zawodowo z audytowaną jednostką.*

## 7.2. Struktura i formy zatrudnienia.

Z Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu związanych jest ogółem 878 osób, z czego:

- 779 osób pracuje na umowę o pracę, łącznie na 754,62 etatach,
- 26 osób mają zawarte umowy zlecenia, w łącznej ilości odpowiadającej 23,75 etatów,
- 73 osoby są związane są cywilnoprawną umową kontraktową, w łącznej ilości odpowiadającej 32,64 etatów.
- Ponadto zawartych jest 45 kontraktów na dyżury.

Poniższa tabela prezentuje stan osobowy pracowników medycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz zmiany ilościowe i etatowe tych pracowników COM na przestrzeni 1,5 roku kalendarzowego.

**Tabela nr 70. Pracownicy medyczni zatrudnieni na podstawie umowy o pracę.**

Oddział Kardiologiczny						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	3	3	3	3	4	3,9
<b>pielęgniarki</b>	26	26	26	26	29	29
Oddział Wewnętrzny						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	6	6	6	6	6	5,8

<b>pielęgniarki</b>	30	30	31	31	30	30
<b>opiekunka medyczna</b>	0	0	1	1	1	1
<b>Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	6	5,68	6	5,68	9	8,38
<b>pielęgniarki</b>	12	12	13	13	12	12
<b>opiekunka medyczna</b>	0	0	1	1	1	1
<b>technk rtg</b>			1	0,5	1	0,6
<b>psycholog</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Pododdział Udarowy</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>pielęgniarki</b>	19	19	19	19	18	18
<b>Oddział Dziecięcy</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	9	8,9	8	7,7	8	7,7
<b>pielęgniarki</b>	15	15	15	15	15	15
<b>Oddział Chirurgiczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	5	5	5	5	5	5
<b>pielęgniarki</b>	22	22	22	22	20	20
<b>opiekunka medyczna</b>	1	1	1	1	0	0
<b>Oddział Urazowo-Ortopedyczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>						
<b>pielęgniarki</b>	14	14	16	16	15	15
<b>Oddział Położniczo-Ginekologiczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	6	4,8	5	4,4	4	3,64
<b>położne</b>	25	25	34	34	35	35
<b>Oddział Neonatologiczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat

lekarze	3	3	3	3	3	3
pielęgniarki	7	7	8	8	10	10
położne	5	5	5	5	5	5
<b>Oddział Oberwacyjno-Zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
lekarze	7	7	3	2,68	3	2,68
pielęgniarki	14	14	14	14	14	14
<b>Oddział Intensywnej Terapii i Anestezjologii</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
lekarze	1	1	1	1	1	1
pielęgniarki	24	24	27	27	26	26
<b>Oddział Reumatologiczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
lekarze	2	2	2	2	2	1,58
pielęgniarki	6	6	7	7	7	7
<b>Blok Operacyjny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
lekarze						
pielęgniarki	16	16	20	20	20	20
<b>Izba Przyjęć</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
lekarze						
pielęgniarki	25	25	24	24	25	25
położne	3	3				
ratownik medyczny	1	1	1	1	1	1
lekarze stażyści /oddziały					4	4
<b>Zakład Opiekuńczo-Leczniczy</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
lekarze	1	1	1	1	1	1,00
pielęgniarki	15	15	14	14	14	14,00
opiekunka medyczna	6	5,5	8	7,5	8	7,50
terapeuta zajęciowy	1	1	1	1	1	1,00
psycholog	1	1	1	1	1	1,00

<b>logopeda</b>	1	0,5	1	0,5	1	0,50
<b>Gabinet Opieki Długoterminowej</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>pielęgniarki</b>	2	2	2	2	2	2
<b>APTEKA</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>mgr farmacji</b>	1	1	2	2	2	2
<b>technik farmacji</b>	3	3	2	2	2	2
<b>Medyczne Laboratorium Diagnostyczne</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>diagnosta lab.</b>	8	8	7	7	7	7
<b>technik analityki</b>	9	9	9	9	9	9
<b>Pracownia Mikrobiologii</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>diagnosta lab.</b>	3	3	3	3	4	4
<b>technik analityki</b>	2	2	2	2	2	2
<b>Pracownia Serologii Transfuzjologicznej</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>diagnosta lab.</b>	3	3	3	3	2	2
<b>technik analityki</b>	6	6	4	4	4	4
<b>Dział Diagnostyki Obrazowej</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	1	1	1	1	1	1
<b>mł.asystent elektoradiologii</b>	1	1	1	1	1	1
<b>technik elektoradiologii</b>	15	15	16	16	18	18
<b>pielęgniarki</b>	4	4	5	5	5	5
<b>Pracownia Endoskopii – Gastroskopii</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>pielęgniarki</b>	3	3	3	3	3	3

Pracownia Usprawniania Leczniczego						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>Fizjoterapeuci</b>	9	9	11	11	8	8
Przychodnia Specjalistyczna						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	1	0,58	1	0,58	1	0,58
<b>pielęgniarki</b>	9	9	9	9	10	10
<b>położne</b>	3	3	3	3	3	3
Ambulatorium POZ						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>pielęgniarki</b>	11	11,00	11	11,00	11	11,00
Transport medyczny						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>pielęgniarki</b>	1	1,00	1	1,00	1	1,00
<b>ratownik medyczny</b>	5	5	5	5	5	5
Rehabilitacja Lecznicza						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>Fizjoterapeuci</b>	7	7	7	7	6	6
<b>technik fizjoterapii</b>	1	1	1	1	1	1
<b>technik masażysta</b>	3	3	3	3	3	3
Przychodnia POZ						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	5	4	3	3	3	2,50
<b>pielęgniarki</b>	7	7	7	7	2	2
Filia Laszki						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	1	1	1	1	1	1
<b>pielęgniarki</b>	2	2	2	2	2	2
<b>położne</b>	1	1	1	1	1	1
Filia Wietlin, Mięksisz Nowy						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	1	1	1	1	1	1
<b>pielęgniarki</b>	2	2	2	2	2	2

<b>Filia Wiazownica, Radawa, Zapałów, Łowce</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>lekarze</b>	3	2,43	4	3,43	4	3,43
<b>pielęgniarki</b>	5	5	6	6	6	6
<b>Gabinet Profilaktyki Szkolnej i Pomocy Przedlekarskiej</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>pielęgniarki</b>	8	8	7	7	7	7
<b>higienistki szkolne</b>	10	101	10	10	10	10
<b>Gabinet Pielęgniarki Środowiskowo-Rodzinej</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>pielęgniarki</b>	3	3	3	3	3	3
<b>położne</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Pielęgniarka epidemiologiczna</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Przewodnicząca Zw.Zaw.</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Naczelną Pielęgniarką</b>	1	1	1	1	1	1
<b>OGÓŁEM</b>	<b>497,00</b>	<b>584,39</b>	<b>515,00</b>	<b>510,97</b>	<b>515,00</b>	<b>510,29</b>

Poniższa tabela prezentuje stan osobowy pracowników niemedycznych zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz zmiany ilościowe i etatowe tych pracowników COM na przestrzeni 1,5 roku kalendarzowego.

**Tabela nr 71. Personel niemedyczny zatrudniony na podstawie umowy o pracę.**

<b>Oddział Kardiologiczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	2	2	3	3	2	2
<b>Oddział Wewnętrzny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	2	2	2	2	3	3
<b>Oddział Neurologiczny z Pododdziałem Udarowym</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	2	2	2	2	2	2

<b>Oddział Dziecięcy</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Oddział Chirurgiczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	1	1	2	2	2	2
<b>Oddział Urazowo-Ortopedyczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	1	1	2	2	2	2
<b>Oddział Położniczo-Ginekologiczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Oddział Neonatologiczny</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Oddział Oberwacyjno-Zakaźny z Pododdziałem Hepatologicznym i Ośrodkiem Leczenia WZW</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>sekretarka medyczna</b>	1	1	1	1	1	1
<b>Izba Przyjęć</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>rejestratorka medyczna</b>					2	2
<b>Transport medyczny oddziałów</b>						
<b>pracownik gospodarczy</b>	14	14	17	17	19	19
<b>Zakład Opiekuńczo-Lecznicy</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>pracownik socjalny</b>	1	1	1	1	1	1

<b>Medyczne Laboratorium Diagnostyczne</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
rejestratorka medyczna					1	1
<b>Dział Diagnostyki Obrazowej</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
rejestratorka medyczna	1	1	2	2	2	2
<b>Pracownia Endoskopii – Gastroskopii</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
rejestratorka medyczna	1	1	1	1	1	1
<b>Przychodnia Specjalistyczna</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
rejestratorka medyczna	3	3,00	4	4,00	5	5,00
<b>Rehabilitacja Lecznicza</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
rejestratorka medyczna	1	1	1	1	0	0
<b>Przychodnia POZ z Filiami</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
rejestratorka medyczna	2	2	2	2	2	2
pracownik gospodarczy	5	3,25	5	3,25	5	3,25
<b>Centralna Sterylizatornia</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
Operator urz.ciś steryl.	5	5	4	4	7	7
Operator urz.ciś steryl. Blok op.	1	1	1	1		
<b>Sekcja Higieny Żywności i Żywienia</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
kierownik	1	1	1	1	1	1
dietetyczki	4	4	5	5	5	5



Dezynfektornia						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
dezynfektor	2	2	2	2	2	2
Grupa sprzątająca Szpital						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
pracownik gospodarczy	69	69	68	68	71	71
Obsługa						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
pracownik gospodarczy	3	3	3	3	3	3
tlenowcy	2	2	2	2	2	2
warsztaty	6	6	6	6	6	6
portierzy	5	5	5	5	5	5
kotłownia	6	6	5	5	6	6
dystribucja bielizny	2	2	2	2	2	2
kierowcy	13	13	14	14	12	12
mechanik	1	1	1	1	1	1
<b>Ogółem niemedyczny</b>	<b>160,00</b>	<b>158,25</b>	<b>167,00</b>	<b>165,25</b>	<b>176,00</b>	<b>174,25</b>

Poniższa tabela prezentuje stan osobowy pracowników administracji zatrudnionych na podstawie umowy o pracę oraz zmiany ilościowe i etatowe tych pracowników COM na przestrzeni 1,5 roku kalendarzowego.

**Tabela nr 72. Personel administracji zatrudniony na podstawie umowy o pracę.**

DYREKCJA						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
dyrektor	1	1	1	1	1	1
Z-ca dyr ds medycznych	1	1	1	1	1	1
Sekretariat						
	31-12-2017		31-12-2018		30-06-2019	

	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>inspektor</b>	2	2	2	2	2	2
<b>Dział finansowo-księgowy</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>główny księgowy</b>	1	1	1	1	1	1
<b>z-ca gł.księgowego</b>	1	1	1	1	1	1
<b>kierownik Sekcji Płac</b>	1	1	1	1	1	1
<b>księgowa, referent inspektor</b>	11	11	12	12	12	12
<b>Dział Służb Pracowniczych</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>kierownik</b>	1	1	1	1	1	1
<b>referent, inspektor</b>	4	4	4	4	4	4
<b>Dział Organizacji i Nadzoru</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>kierownik</b>	1	1	1	1	1	1
<b>referent, inspektor</b>	11	11	10	10	10	10
<b>mł.asystent</b>	3	3	3	3	3	3
<b>Sekcja Informatyczna</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>kierownik</b>	1	1	1	1	1	1
<b>informatyk</b>	2	2	2	2	2	2
<b>Sekcja Zamówień Publicznych i Zaopatrzenia</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>kierownik</b>	1	1	1	1	1	1
<b>inspektor</b>	2	2	2	2	2	2
<b>magazynier</b>	2	2	2	2	2	2
<b>Dział Techniczno-Gospodarczy</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
<b>kierownik</b>	1	1	1	1	1	1
<b>inspektor</b>	5	5	5	5	4	4

magazynier	2	2	2	2	2	2
magazyn bielizny	1	1	1	1	1	1
<b>Dział Jakości i Promocji Zdrowia</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
kierownik	1	1	1	1	1	1
inspektor	2	2	2	2	2	2
<b>Grupa sprząająca</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
kierownik	1	1	1	1	1	1
<b>Sekcja Transportu</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
kierownik	1	1	1	1	1	1
inspektor	1	1	1	1	1	1
<b>Samodzielne stanowiska</b>						
	<b>31-12-2017</b>		<b>31-12-2018</b>		<b>30-06-2019</b>	
	ilość	etat	ilość	etat	ilość	etat
Kapelan	1	1	1	1	1	1
OC	1	0,5	1	0,5	1	0,5
BHP	1	1	1	1	1	1
P/poż	1	0,5	1	0,5		
<b>Ogółem administracja</b>	<b>65,00</b>	<b>64,00</b>	<b>65,00</b>	<b>64,00</b>	<b>63,00</b>	<b>62,50</b>

Poniższa tabela prezentuje stan osobowy personelu zbiorczo zatrudnionych na podstawie umów cywilno-prawnych wg stanu na dzień 31 czerwca 2019 r..

**Tabela nr 73. Personel zatrudniony na podstawie umów cywilno – prawnych.**

Komórka organizacyjna	umowa zlecenia os.	umowa zlecenia et.	kontrakt os.	kontrakt et.	kontrakt dyżury
<b>Oddz. Kardiologiczny</b>					
lekarze			2	1,93	6,00
<b>Oddz. Wewnętrzny</b>					
lekarze			5	5,00	

<b>Oddz. Neur+Udarowy</b>					
lekarze			5	1,50	4,00
<b>Oddz. Dziecięcy</b>					
lekarze	1	1			5,00
<b>Oddz. Chirurgiczny</b>					
lekarze			3	3,00	
<b>Oddz. Uraz.Ortoped.</b>					
lekarze	1	1	8	5,15	1,00
<b>Oddz. Ginek-Położn.</b>					
lekarze			5	1,50	9,00
<b>Oddz. Neonatolog.</b>					
lekarze			2	1,40	3,00
<b>Oddz. Obs-Zakaźny</b>					
lekarze			1	1,00	1,00
<b>Oddz.Intensywnej Terapii</b>					
lekarze			6	6,00	1,00
<b>Oddz. Reumatologiczny</b>					
lekarze	1	1	1	0,21	
<b>Zakład Opiek-Leczniczy</b>					
lekarze			2	0,47	
<b>Medyczne Laboratorium Diagnostyczne</b>					
diagnosta lab.	1	1			
<b>Dział Diagnost. Obrazowej</b>					
lekarze					9,00
<b>Pracownia Endo-Gastro.</b>					
lekarze			2	0,50	
<b>Poradnia Chirurgiczna</b>					
lekarze			5	0,75	
<b>Poradnia Diabetologiczna</b>					
lekarze			1	0,10	
<b>Poradnia Ortopedyczna</b>					
lekarze			7	0,55	
<b>Poradnia Ginekologiczna</b>					
lekarze			1	0,36	
<b>Poradnia Neonatologiczna</b>					
lekarze			1	0,10	
<b>Poradnia Endokrynologiczna</b>					

lekarze			1	0,31	
<b>Poradnia Neurologiczna</b>					
lekarze			2	0,10	
<b>Poradnia Chorób Zakaźnych</b>					
lekarze			1	0,10	
<b>Poradnia Pulmonologiczna</b>					
lekarze			2	0,31	
<b>Ambulatorium POZ</b>					
lekarze	9	9			6,00
<b>Dział Techniczno-Gospodarczy</b>					
inspektor specjalista	1	1			
<b>Samodzielne stanowiska</b>					
prawnik	1	1			
<b>PERSONEL NIEMEDYCZNY</b>					
Prosektorium/pomocnik sekcyjny	1	1			
<b>Filia Łowce</b>					
pracownik gospodarczy	1	0,25			
<b>Filia Wietlin, Mięksisz Nowy</b>					
pracownik gospodarczy	2	0,5			
<b>Obsługa</b>					
kierowcy	6	6			
<b>RAZEM</b>	<b>25</b>	<b>22,75</b>	<b>63</b>	<b>30,34</b>	<b>45,00</b>

W powyższym zestawieniu pominięto Izbę Przyjęć, ze względu na fakt utworzenia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, który to zmienił funkcjonowanie Izby Przyjęć.

Zatrudnianie zarówno na podstawie umowy o pracę, jak i na umowy cywilnoprawne jest obecnie tendencją ogólnokrajową, która daje możliwość swobody kształtowania zasad współpracy w zależności od wielu czynników leżących po obu stronach umowy.

Ważną kwestią wyboru umowy z pracownikiem/współpracownikiem (w oparciu o Kodeks pracy)/(w oparciu o Kodeks cywilny) jest właściwy dobór umowy do stawianych oczekiwań. Należy przy tym mieć na względzie, że niedopuszczalne jest nadużywanie umowy zlecenia tam, gdzie współpracownik wykonuje swe czynności w z góry narzuconych mu godzinach pracy i miejscu oraz pod nadzorem przełożonego. Takie praktyki najczęściej kończą się wraz z kontrolą Państwowej Inspekcji Pracy. Po stwierdzeniu nieprawidłowości w tym zakresie zleceniodawca może odpowiadać za popełnienie wykroczenia związanego z prawami pracowniczymi narażając się na sankcje prawne kary grzywny w wysokości od 1 tys. do 30 tys. zł (art. 281 pkt. 1 Kodeksu pracy).

Stąd też godnym rozważenia jest zweryfikowanie zasadności i dopuszczalności stosowania umowy zlecenia (czy też o dzieło) na niektórych stanowiskach pracy.

Umowa kontraktowa, jako umowa starannego działania, zgodnie z zasadą swobody zawierania umów nie narzuca stronom umowy żadnych warunków, pod warunkiem umowy zawieranej z poszanowaniem prawa. Najczęściej umowy takie zawiera się z lekarzami medycyny, choć coraz więcej pielęgniarek decyduje się na rezygnację z pracy „na etacie” i pracy na podstawie umowy kontraktowej.

Stawka godzinowa umowy kontraktowej jest dużo wyższa niż za godzinę pracy w oparciu o umowę o pracę. Jest to związane przede wszystkim z innymi obciążeniami fiskalnymi (składki społeczne, podatki itp.) i organizacyjnymi (urlopy, chorobowe, odpowiedzialność itp.)

Ustalając zasady określania wysokości wynagrodzenia za realizację umowy kontraktowej należy obliczyć całkowite obciążenie SPZOZ-u kosztem pracy zawartej na podstawie umowy o pracę i umowy kontraktowej na tym samym stanowisku. Porównanie tych dwóch danych da odpowiedź na pytanie, którą umowę i na jakich warunkach zawierać, by była bardziej dla Jednostki opłacalna.

### **7.3. Niezbędna liczba lekarzy i pielęgniarek w stosunku do ilości łóżek i ilości leczonych pacjentów.**

Realizacja działalności medycznej w każdym oddziale szpitalnym winna odbywać się przy zatrudnieniu optymalnej ilości wykwalifikowanych pracowników. Pojęcie optymalności w tym przypadku zawiera, ze względu na bardzo dużą kosztochłonność, właściwe, tj. bez nadmiernej ilości etatowej określone ilości personelu, zgodne z warunkami określonymi stosownymi przepisami, przy uwzględnieniu przede wszystkim bezpieczeństwa prowadzenia działalności leczniczej.

Rozmiar etatowy powinien uwzględniać kilka aspektów:

1. ustawowe minimalne normy zatrudnienia,
2. ilość przychodów realizowanych w ramach działalności komórki organizacyjnej,
3. właściwej organizacji pracy wewnątrz komórki organizacyjnej,
4. możliwości wspomagania się pozostałym personelem medycznym generującym niższe koszty pracy,
5. możliwą formą zatrudnienia personelu.

Należy więc dokonać wewnętrznej analizy każdej komórki organizacyjnej pod względem odpowiedniego wykorzystania kadrowego tak, by dokonać ewentualnych wewnętrznych przesunięć w obszary pozwalające wygenerować dodatkowe przychody dla jednostki.

W obecnym stanie prawnym, od początku roku 2019, baza łóżkowa pozostająca w zasobach szpitala ma dodatkowe znaczenie. Jest to istotne nie tylko z punktu widzenia operacyjnej działalności medycznej miejscem prowadzenia hospitalizacji pacjentów, czy z punktu widzenia finansowego postrzegana, jako ośrodek powstawania kosztów, ale dodatkowo prawnie przypisana została funkcja kreująca minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Tak więc dziś ilość łóżek determinuje konieczność zabezpieczenia środków finansowych na wynagrodzenia stosownie do bazy łóżkowej, a biorąc pod uwagę istotną rolę czynnika obciążenia płacami i pochodnymi od nich kosztów dla szpitali, bazie łóżkowej przypisuje się dziś jedną z kluczowych ról w analizie ekonomiczno – finansowej. Dodatkowo nie można pominąć analizy czynnika wykorzystania wielkości bazy łóżkowej do generowania przychodów szpitala, co zostało również ujęte w prowadzonej analizie tego obszaru.

#### **Podstawa prawna regulująca normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na oddziałach szpitalnych:**

Rozporządzenie Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 11 X 2018 r. (Dz.U.2018 poz.2012) zawierające obowiązek zapewnienia odpowiednich wskaźników zatrudnienia pielęgniarek na oddziałach:

- od 1 I 2019 r. – wskaźnika 0,6 etatu/łóżko w oddziałach zachowawczych oraz wskaźnika 0,7 etatu/łóżko w oddziałach zabiegowych (dotyczy oddziałów dla pacjentów dorosłych oraz dzieci),
- od 1 I 2021 r. – wskaźnika 0,8 etatu/łóżko w oddziałach zachowawczych dla dzieci i wskaźnika 0,9 etatu/łóżko w oddziałach zabiegowych dla dzieci (vide: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 VI 2019 r. w sprawie zmiany rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego – Dz. U. z dnia 28.06.2019 poz. 1196).

### 7.3.1. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Dziecięcym

**Tabela nr 74. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Dziecięcym.**

		wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
	Liczba łóżek	18	18
	Wskaźnik wykorzyst. Łóżek	57,14%	59,71%
	Wykonanie planu ( %)	100	105
	Liczba łóżek efektywnych	15	15
	Liczba łóżek "w gotowości"	3	3
	Niezbędna liczba łóżek (+got.)	18	18
	Liczba leczonych	756	790
	Liczba hospitalizowanych	681	715
	Liczba osobodni	2 586	2 702
	<b>LEKARZE</b>		
	obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>7,7</b>	<b>7,7</b>
	Kontrakt - dyżury	<b>5</b>	<b>5</b>
	Zatrudnienie łączne	13,7	13,7
Umowa zlecenie		1	1
	<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		
<b>1)</b>	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników ) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	126	132
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,33	0,33
-	łączny czas na planow.lecz.[h]	41,58	43,45
-	liczba niezb.etatów wg dost.prakt.	<b>0,30</b>	<b>0,32</b>
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska -obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	25,20	25,20
-	liczba niezb.etatów wg dost.prakt.	<b>0,18</b>	<b>0,18</b>
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	431	450
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łączna liczba godzin związ.z badaniami	142,23	148,61
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	<b>1,03</b>	<b>1,08</b>
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		



-	liczba osobodni / m-c	431	450
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	21	21
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,25	0,25
-	łącna liczba godzin związ.z uzup.dokument.	107,75	112,58
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	<b>0,78</b>	<b>0,82</b>
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	114	119
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łącny czas przezn. na wypisy [w h]	56,75	59,58
-	liczba et.niezb.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	<b>0,41</b>	<b>0,43</b>
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	<b>2,71</b>	<b>2,83</b>
<b>7)</b>	Etat Ordynatora – kierowanie Oddziałem	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>
	<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsl. oddziału w ordynacji dziennej</b>	<b>3,21</b>	<b>3,33</b>
	Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych	3,57	3,57
	Nadwyżka etatów lekarskich	<b>6,92</b>	<b>6,81</b>

<b>PIELĘGNIARKI :</b>			
obecne zatrudnienie [ w et ]		<b>15</b>	<b>15</b>
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	18	18
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	7	7
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	11,92	11,92

2,5 piel /  
zmianie

	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	13,78	13,78	
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	1,00	1,00	
	Łączna liczba et.pielęgn.	14,78	14,78	
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	0,22	0,22	
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału pediatrycznego (zachowawczy)	0,8		
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	18		
		14,4	1	15,4
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,8		
	liczba łóżek	25		
		20	1	21

Na Oddziale Dziecięcym, aktualnie jest 25 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 %, a nawet 105 % planu wystarczającym jest 18 łóżek (15 łóżek efektywnych i 3 tzw. w gotowości).

Aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 7,7 etatów lekarskich oraz 5 etatów przeliczeniowych na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich, a ponadto występuje jeszcze 1 etat przeliczeniowy na umowę zlecenia. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 3,21 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 3,33 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 6,78 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 6,9 etatu przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarską na poziomie 6,92 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i 6,81 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Koszt wykazanej nadwyżki lekarskiej wynosi ok. 1.000.000 zł w skali roku.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 15 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Dziecięcego potrzeba 14,78 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 25 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 20 etatów (Szpital obecnie nie spełnia norm zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast

przy postulowanych 18 łózkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 14,4 etatu pielęgniarskiego. Występuje wówczas niewielka nadwyżka 0,6 etatu pielęgniarskiego, co ostatecznie Audytorzy uznają za akceptowalne.

Tak więc przy optymalnym 18 łózkowym Oddziale Dziecięcym obecna liczba zabezpieczenia pielęgniarskiego jest właściwa.

### 7.3.2 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Wewnętrznym

**Tabela nr 75. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Wewnętrznym.**

		wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
	Liczba łózek	54	56
	Wskaźnik wykorzyst. łózek	90,01%	93,61%
	Wykonanie planu ( % )	100	105
	Liczba łózek efektywnych	46	47
	Liczba łózek "w gotowości"	8	9
	Niezbędna liczba łózek (+got.)	54	56
	Liczba leczonych	1 308	1 361
	Liczba hospitalizowanych	1 040	1 098
	Liczba osobodni	8 146	8 472
	<b>LEKARZE</b>		
	obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>5,8</b>	<b>5,8</b>
	Kontrakt - dyżury	<b>5</b>	<b>5</b>
		<b>10,8</b>	<b>10,8</b>
	<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		
<b>1)</b>	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników ) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	218	227
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,50	0,50
-	łączy czas na planow.lecz.[h]	109,00	113,42
-	liczba niezbt.etatów wg dost.prakt.	<b>0,79</b>	<b>0,82</b>
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska -obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08

-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	77,28	78,96
-	liczba niezb. etatów wg dost. prakt.	<b>0,56</b>	<b>0,57</b>
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	1358	1412
-	czas przyp. na badania/1 pacj. [w h]	0,33	0,33
-	łączna liczba godzin związ. z badaniami	448,03	465,96
-	liczba etatów na badania wg dost. prakt.	<b>3,25</b>	<b>3,38</b>
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	1358	1412
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	65	67
-	czas przyp. na uzupełn. dok. 1 pacj. [w h]	0,25	0,25
-	łączna liczba godzin związ. z uzup. dokument.	339,42	353,00
-	liczba etatów na uzup. dok. wg dost. prakt.	<b>2,46</b>	<b>2,56</b>
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	173	183
-	czas przezn. na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łączny czas przezn. na wypisy [w h]	86,67	91,50
-	liczba et. niezb. do zrob. wypisów wg dost. prakt.	<b>0,63</b>	<b>0,66</b>
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	<b>7,70</b>	<b>8,01</b>
<b>7)</b>	<b>Etat Ordynatora</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>
<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>		<b>8,20</b>	<b>8,51</b>
Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych		<b>3,57</b>	<b>3,57</b>
Nadwyżka etatów lekarskich		<b>-0,97</b>	<b>-1,28</b>

<b>PIELĘGNIARKI :</b>			
obecne zatrudnienie [ w et ]		<b>30</b>	<b>30</b>
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	54	56
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	11	11
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00

5 piel/dyżur

-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00	
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13	
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	23,85	23,85	
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	<b>27,57</b>	<b>27,57</b>	
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	
3)	Liczba niezab.etatów w gab.zab	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	
	Łączna liczba et.pielęgn.	<b>29,57</b>	<b>29,57</b>	
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	<b>0,43</b>	<b>0,43</b>	
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	54		
		<b>32,4</b>	1	33,4
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	liczba łóżek	50		
		<b>30</b>	1	31

Na Oddziale Wewnętrznym, aktualnie jest 50 łóżek. Jest to ilość zbyt mała dla realizacji 100 % planu. Obliczono, że do wykonania 100 % planu niezbędnym są 54 łóżka, a do wykonania 105 % planu 56 łóżek. Dotyczy to sytuacji rozliczania hospitalizowanych pacjentów w sposób prowadzony obecnie. Audytorzy po zweryfikowaniu obszaru utraconego przychodu stwierdzili duże możliwości zwiększenia przychodów na tej samej ilości pacjentów przy zoptymalizowaniu rozliczeń pacjentów. Ze względu na tkwiące w tym obszarze możliwości poprawy strony przychodowej Oddziału bez potrzeby zwiększania ilości hospitalizowanych pacjentów rekomenduje się pozostawienie obecnej ilości łóżek na poziomie 50.

Obecnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 5,8 etatów lekarskich oraz 5 etatów przeliczeniowych na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich, co łącznie daje 10,8 etatów przeliczeniowych. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 8,20 etatów przy wykonaniu 100 % planu i 8,51 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 11,77 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 12,08 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się niedobór lekarzy na poziomie -0,97 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 30 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Wewnętrznego potrzeba 29,57 etatów pielęgniarskich dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 50 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 30 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale).

Tak więc przy obecnym poziomie liczby łóżek, który odpowiada ilości łóżek rekomendowanych obecna liczba pielęgniarek jest właściwa.

### 7.3.3. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Kardiologicznym

**Tabela nr 76. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Kardiologicznym.**

		wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
	Liczba łóżek	27	29
	Wskaźnik wykorzyst. łóżek	64,65%	67,41%
	Wykonanie planu ( %)	100	105
	Liczba łóżek efektywnych	23	24
	Liczba łóżek "w gotowości"	4	5
	Niezbędna liczba łóżek (+got.)	27	29
	Liczba leczonych	902	941
	Liczba hospitalizowanych	771	810
	Liczba osobodni	4 095	4 270
	<b>LEKARZE</b>		
	obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>5,83</b>	<b>5,83</b>
	Kontrakt - dyżury	<b>6</b>	<b>6</b>
		<b>11,83</b>	<b>11,83</b>
	<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników ) :		

-	liczba przyj.pacj.	150	157
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,50	0,50
-	łącny czas na planow.lecz.[h]	75,17	78,42
-	liczba niezb.etatów wg dost.prakt.	<b>0,55</b>	<b>0,57</b>
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska –obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łózek/m-c	38,64	40,32
-	liczba niezb.etatów wg dost.prakt.	<b>0,28</b>	<b>0,29</b>
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	683	712
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łącna liczba godzin związ.z badaniami	225,23	234,85
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	<b>1,64</b>	<b>1,71</b>
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	683	712
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	33	34
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,25	0,25
-	łącna liczba godzin związ.z uzup.dokument.	170,63	177,92
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	<b>1,24</b>	<b>1,29</b>
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	129	135
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łącny czas przezn. na wypisy [w h]	64,25	67,50
-	liczba et.niezb.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	<b>0,47</b>	<b>0,49</b>
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	<b>4,17</b>	<b>4,35</b>
<b>7)</b>	<b>Etat Ordynatora – kierowanie Oddziałem</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
	<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>	<b>4,17</b>	<b>4,35</b>
	Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych	<b>1,79</b>	<b>1,79</b>
	Nadwyżka etatów lekarskich	<b>5,88</b>	<b>5,69</b>

<b>PIELĘGNIARKI :</b>		
obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>29</b>	<b>29</b>
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		

1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :			
	liczba obłożonych łóżek	27	29	3 piel./dyżur
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	9	10	
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744	
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00	
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00	
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13	
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	14,31	14,31	
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	<b>16,54</b>	<b>16,54</b>	
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	
3)	Liczba niezab.etatów w gab.zab	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	
	Łączna liczba et.pielęgn.	<b>18,54</b>	<b>18,54</b>	
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	<b>10,46</b>	<b>10,46</b>	
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	27		
		<b>16,2</b>	1	17,2
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	liczba łóżek	35		
		<b>21</b>	1	22

Na Oddziale Kardiologicznym aktualnie jest 35 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu niezbędnym jest 27 łóżek, a przy 105 % planu wystarczającym jest 29 łóżek.

Aktualnie Oddział Kardiologiczny funkcjonuje jako samodzielna komórka organizacyjna. Jednakże po przeanalizowaniu struktury pacjentów i leczonych schorzeń Audytorzy stwierdzają, że taki profil Oddziału w zupełności można prowadzić w ramach Oddziału Wewnętrznego tworząc w jego strukturze Pododdział Kardiologiczny. Pozwoli to z jednej strony lepiej wykorzystać personel obu oddziałów oraz oszczędzić na koszcie dodatków ordynatorskich i oddziałowych.



Obecnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 3,9 etatów lekarskich, 1,93 etatu przeliczeniowego na kontrakcie oraz dodatkowo 6 etatów przeliczeniowych na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 4,17 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 4,35 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 1,79 etatu, poprzez zastosowanie dyżurów łączonych z Oddziałem Reumatologicznym, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 6,96 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 6,14 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarską na poziomie 5,87 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i 5,69 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Koszt wykazanej nadwyżki lekarskiej wynosi ok. 1.070.000 zł w skali roku.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 29 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Kardiologicznego potrzeba 18,54 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 35 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 21 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 27 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 16,2 etatu pielęgniarskiego. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 18,54 etatu pielęgniarskiego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc występuje na Oddziale Kardiologicznym nadwyżka 10,46 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć do komórek organizacyjnych mających niedobór personelu pielęgniarskiego.

#### **7.3.4. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Chirurgii**

**Tabela nr 77. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Chirurgii.**

	wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
Liczba łóżek	24	24
Wskaźnik wykorzyst. łóżek	56,04%	58,36%
Wykonanie planu ( % )	100	105
Liczba łóżek efektywnych	20	20
Liczba łóżek "w gotowości"	4	4
Niezbędna liczba łóżek (+got.)	24	24
Liczba leczonych	695	724
Liczba hospitalizowanych	574	603

Liczba osobodni		3 449	3 591
<b>LEKARZE</b>			
obecne zatrudnienie [ w et ]		<b>5</b>	<b>5</b>
Kontrakt		<b>3</b>	<b>3</b>
		<b>8</b>	<b>8</b>
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
<b>1)</b>	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	116	121
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,33	0,33
-	łącny czas na planow.lecz.[h]	38,23	39,82
-	liczba niezب.etatów wg dost.prakt.	<b>0,28</b>	<b>0,29</b>
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska -obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łózek/m-c	33,60	33,60
-	liczba niezب.etatów wg dost.prakt.	<b>0,24</b>	<b>0,24</b>
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	575	599
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łącna liczba godzin związ.z badaniami	189,70	197,51
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	<b>1,38</b>	<b>1,43</b>
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	575	599
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	27	29
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łącna liczba godzin związ.z uzup.dokument.	189,70	197,51
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	<b>1,38</b>	<b>1,43</b>
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	96	101
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łącny czas przezn. na wypisy [w h]	47,83	50,25
-	liczba et.niezb.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	<b>0,35</b>	<b>0,36</b>
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	<b>3,62</b>	<b>3,77</b>
<b>7)</b>	<b>Liczba etatów na Bloku Oper.</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>
<b>10)</b>	<b>Etat Ordynatora – kierowanie Oddziałem</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>
<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>		<b>4,62</b>	<b>4,77</b>

Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych	3,57	3,57
Nadwyżka etatów lekarskich	-0,20	-0,34

PIELĘGNIARKI :			
obecne zatrudnienie [ w et ]		20	20
Zabezpieczenie oddziału :			
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	24	24
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	8	8
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	14,31	14,31
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	16,54	16,54
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	1,00	1,00
3)	Liczba niezab.etatów w gab.zab	1,00	1,00
	Łączna liczba et.pielęgn.	18,54	18,54
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	1,46	1,46
Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zabiegowym	0,7	
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	24	
		16,8	1
Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,7	
	liczba łóżek	34	
		23,8	1

3 piel/dyżur

17,8

24,8

Na Oddziale Chirurgii aktualnie jest 34 łóżka. Obliczono, że do wykonania 100 %, a nawet 105 % planu wystarczającym jest 24 łóżka.

Aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 5 etatów lekarskich oraz 3 etatów przeliczeniowych na kontraktach. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 4,62 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 4,77 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 8,19 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 8,34 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się niedobór etatów lekarskich na poziomie -0,20 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 100 % planu i -0,34 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu.

Audytory proponują dotrudnienie jednego etatu lekarskiego, zwłaszcza, że w poprzednich punktach Opracowania rekomendowali zwiększenie operatywy, która w obecnej, niskiej liczbie, mogła wynikać z niedoboru lekarzy.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 20 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Kardiologicznego potrzeba 18,54 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 34 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 23,8 etatów (Szpital obecnie nie spełnia norm zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 24 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 16,8 etatu pielęgniarskiego. Audytory postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 18,54 etatu pielęgniarskiego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc występuje na Oddziale Chirurgicznym nadwyżka 1,46 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć do komórek organizacyjnych mających niedobór personelu pielęgniarskiego.

### **7.3.5. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym**

**Tabela nr 78. Analiza zatrudnienia personelu medycznego na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym.**

	wg wykonani a = 100% planu	wg wykonani a = 105% planu
Liczba łóżek	27	28
Wskaźnik wykorzyst. łóżek	62,97%	65,72%
Wykonanie planu ( % )	100	105

Liczba łóżek efektywnych	23	23
Liczba łóżek "w gotowości"	4	5
Niezbędna liczba łóżek (+got.)	27	28
Liczba leczonych	1 152	1 202
Liczba hospitalizowanych	1 043	1 093
Liczba osobodni	3 989	4 163
<b>LEKARZE</b>		
obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>5,14</b>	<b>5,14</b>
Kontrakt - dyżury	<b>9</b>	<b>9</b>
	<b>14,14</b>	<b>14,14</b>
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		
<b>1)</b>	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników ) :</b>	
-	liczba przyj.pacj.	192 200
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,33 0,33
-	łączny czas na planow.lecz.[h]	63,36 66,11
-	liczba niezb.etatów wg dost.prakt.	<b>0,46 0,48</b>
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska -obchód</b>	
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08 0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	38,64 38,64
-	liczba niezb.etatów wg dost.prakt.	<b>0,28 0,28</b>
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>	
-	liczba osobodni / m-c	665 694
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33 0,33
-	łączna liczba godzin związ.z badaniami	219,40 228,97
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	<b>1,59 1,66</b>
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>	
-	liczba osobodni / m-c	665 694
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	32 33
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,17 0,17
-	łączna liczba godzin związ.z uzup.dokument.	113,02 117,95
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	<b>0,82 0,86</b>
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>	
-	liczba wypisów / m-c	174 182
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5 0,5
-	łączny czas przezn. na wypisy [w h]	86,92 91,08
-	liczba et.niezb.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	<b>0,63 0,66</b>
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	
	<b>3,79</b>	<b>3,94</b>

7)	Liczba etatów na Bloku Oper.	0,20	0,20
8)	Liczba etatów -porody + c.c	0,50	0,50
10)	Etat Ordynatora	1,00	1,00
Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej		4,99	5,14
Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 2 -osobowych		7,14	7,14
Nadwyżka etatów lekarskich		2,01	2,01

PIELĘGNIARKI :			
obecne zatrudnienie [ w et ]		35	35
Zabezpieczenie oddziału :			
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	27	28
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	9	9
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	14,31	14,31
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	16,54	16,54
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	1,00	1,00
3)	Liczba niezb.etatów w gab.zab	1,00	1,00
4)	Liczba niezb.etatów trakt porodowy	4,77	4,77
	Łączna liczba et.pielęgn.	23,31	23,31
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	11,69	11,69

3piel/dyżu  
r

	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zabiegowym	0,7		
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	27		
		<b>18,9</b>		
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,7		
	liczba łóżek	35		
		<b>24,5</b>	1	25,5

Oddział Ginekologiczno – Położniczy jest oddziałem II stopnia referencyjności.

Na Oddziale aktualnie jest 35 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu niezbędnym jest 27 łóżek, a przy 105 % planu wystarczającym jest 28 łóżek.

Zabezpieczonych jest na umowę o pracę 3,64 etatów lekarskich, a także 1,5 etatu przeliczeniowego kontraktowego oraz 9 etatów przeliczeniowych na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 4,99 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 5,14 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 7,14 etatów, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 12,13 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 12,28 przy wykonaniu 105 % planu.

Proponujemy pozostawienie tej nadwyżki z uwagi na rekomendacje w zakresie wdrożenia Koordynowanej Opieki nad Matką w ciąży i jej dzieckiem (KOC), o czym w dalszej części opracowania.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarską na poziomie 2,01 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i 1,86 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu zabezpieczenie personelu położniczego aktualnie jest na poziomie 35 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Ginekologiczno - Położniczego potrzeba 23,31 etatów położnych dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych przy obecnie 35 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 21 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 27 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 16,2 etatu położniczego. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 23,31 etatu położniczego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc występuje na Oddziale Ginekologiczno - Położniczym nadwyżka 11,69 etatów położniczych.

Audytorzy proponują pozostawienie z tej nadwyżki 7 etatów w Oddziale, z czego 2 etaty przesunąć do Szkoły Rodzenia (z jasno określonym zakresem czynności zawierającym nie tylko samo prowadzenie zajęć w Szkole Rodzenia, ale przede wszystkim szeroko zakrojonych działań wpływających na znaczne zwiększenie liczby porodów w COM), a 5 etatów do zabezpieczenia KOC. Pozostałe, tj. 4,69 etatów pozostają etatami nadwyżkowymi, które w skali roku generują koszt osobowy w wysokości ok. 350 tys zł w skali roku.

Przy okazji omawiania funkcjonowania Oddziału Ginekologiczno – Położniczego należy zwrócić uwagę na dużo większy potencjał położniczy od obecnie wykorzystywanego. Z danych GUS wynika, że w 2017 roku w Powiecie Jarosławskim urodziło się ogółem 1 116 dzieci. W tym okresie w COM urodziło się 535 dzieci. Jak z powyższego wynika, biorąc pod uwagę to, że w COM rodzą się również dzieci spoza Powiatu Jarosławskiego, większość mieszanek Powiatu Jarosławskiego wybiera miejsce urodzenia poza szpitalem w Jarosławiu. Ten trend należy odwrócić.

Obecnie Oddział Ginekologiczno – Położniczy jest bardzo nowoczesnym oddziałem. Sale dwuosobowe z węzłem sanitarnym, dużą przestrzenią, dobrym wyposażeniem medycznym, a ponadto Oddział z II stopniem referencyjności, wspólnie z tak nowoczesnym infrastrukturalnie i sprzętowo Oddziałem Neonatologicznym z II stopniem referencyjności winien być wybierany jako miejsce porodu nie tylko dla kobiet zamieszkujących Powiat Jarosławski, ale również dla mieszanek ościennych powiatów. Należy w tym celu przeprowadzić szeroko zakrojoną kampanię marketingową wskazującą COM jako bezpieczne i przyjazne miejsce do powitania na świecie swego potomka. Służyć temu powinna Szkoła Rodzenia prowadzona przez opłacone przez Szpital położne. Szkoła winna być odpłatna, a zebrane w ten sposób pieniądze powinny wracać do Matki i Dziecka w postaci pierwszej wyprawki przekazywanej matce przy wypisie ze szpitala. Ponadto warto zadbać, by matka miała zagwarantowane odpowiednie porady i instruktaż laktacyjny, opiekę psychologiczną i fizjoterapeutyczną. Niech będą to choćby na początek śladowe oferty opieki okołoporodowej, ale wzbogacają istotnie proces porodu i porodu, a ponadto będą wyraźnym wyróżnikiem na tle innych szpitali. Warto również, za zgodą rodziców, publikować w powiatowej prasie nowonarodzonych w COM. Takie rozwiązania cieszą się dużą popularnością i niejednym szpitalem.

Ponadto rekomenduje się zgłoszenie Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu do wprowadzenia w życie procesu kompleksowej opieki medycznej nad matką w okresie ciąży, porodu, porodu oraz jej nowo narodzonym dzieckiem – tzw. KOC. Oferowanie ciężarnym kompleksowej opieki w okresie ciąży aż do sześciu tygodni po porodzie. Obecnie warunkiem do wejścia w program KOC, który to jest dodatkowo finansowany przez NFZ jest ilość porodów ponad 600 w skali roku, co w COM można w krótkim czasie osiągnąć oraz zmniejszenie ilości cięć cesarskich na rzecz



porodów metodą naturalną. W tym obszarze COM musi sporo jeszcze zrobić, by odsetek cięć cesarskich istotnie się zmniejszył.

Rekomenduje się również utworzenie strefy porodów rodzinnych, gdzie ojciec dziecka mógłby bez skrupowania brać udział w porodzie. Porody rodzinne nie powinny odbywać się na zwykłym trakcie porodowym, gdzie równocześnie rodzi inna kobieta.

Dodatkowo należy w tym miejscu zaakcentować faktyczny związek posiadania przez szpital „nośnego i znanego” nazwiska lekarza ginekologa, który jest często czynnikiem wyboru przez kobiety miejsca porodu. Jeśli COM nie posiada takiego ginekologa w swych zasobach, to należy albo zatrudnić takiego lekarza, albo wykreować ze swego grona lekarskiego.

Istotne zwiększenie ilości porodów da możliwości lepszego wykorzystania zarówno Oddziału Ginekologiczno-Położniczego, jak i Neonatologicznego oraz duże zwiększenie przychodów przy relatywnie niewielkim wzroście kosztów zmiennych, co poprawi wyniki finansowe obydwu Oddziałów.

### 7.3.6. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Intensywnej Terapii

**Tabela nr 79. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Intensywnej Terapii**

		wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
	Liczba łóżek	4	4
	Wskaźnik wykorzyst. łóżek	29,09%	30,25%
	Wykonanie planu ( %)	100	105
	Liczba łóżek efektywnych	2	2
	Liczba łóżek "w gotowości"	2	2
	Niezbędna liczba łóżek (+got.)	4	4
	Rekomendowana liczba łóżek	<b>6</b>	<b>6</b>
	Liczba leczonych	35	36
	Liczba hospitalizowanych	28	29
	Liczba osobodni	316	329
	<b>LEKARZE</b>		
	obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>7</b>	<b>7</b>

Kontrakt - dyżury		1	1
		8	8
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
<b>1)</b>	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	6	6
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	1,00	1,00
-	łączny czas na planow.lecz.[h]	5,83	6,00
-	liczba niezب.etatów wg dost.prakt.	0,04	0,04
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska -obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,16	0,16
-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	6,72	6,72
-	liczba niezب.etatów wg dost.prakt.	0,05	0,05
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	53	55
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łączna liczba godzin związ.z badaniami	17,38	18,10
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	0,13	0,13
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	53	55
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	3	3
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,50	0,50
-	łączna liczba godzin związ.z uzup.dokument.	26,33	27,42
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	0,19	0,20
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	5	5
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	1	1
-	łączny czas przezn. na wypisy [w h]	4,67	4,83
-	liczba et.niezب.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	0,03	0,04
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	0,44	0,46
<b>7)</b>	<b>Etat Ordynatora – kierowanie Oddziałem</b>	0,50	0,50
<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>		0,94	0,96
<b>Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych</b>		3,57	3,57
<b>Nadwyżka etatów lekarskich</b>		3,49	3,47

<b>PIELĘGNIARKI :</b>			
obecne zatrudnienie [ w et ]		<b>26</b>	<b>26</b>
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	6	6
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	2	2
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	14,31	14,31
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	<b>16,54</b>	<b>16,54</b>
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
3)	Liczba niezab.etatów w gab.zab	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
	Łączna liczba et.pielęgn.	<b>18,54</b>	<b>18,54</b>
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	<b>7,46</b>	<b>7,46</b>
Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu oiom	2,2	
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	6	
		<b>13,2</b>	1

3 piel/dyżur

14,2

Na Oddziale Intensywnej Terapii aktualnie jest 6 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % określonego dla tego Oddziału planu, a nawet 105 % planu wystarczające są 4 łóżka. Audytorzy stoją jednak na stanowisku, aby utrzymać stan 6 łóżek, na których jednak należałoby wykonywać istotnie zwiększony plan, a co za tym idzie, zwiększony przychód, o czym w komentarzu w punkcie 4.3.

Aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 1 etat lekarski, dodatkowo 6 etatów przeliczeniowych kontraktowych oraz 1 etat przeliczeniowy kontraktowy na dyżury lekarskie. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wystarczającym jest zabezpieczenie 0,94 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 0,96 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje

zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 4,51 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 4,53 % przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarską na poziomie 3,49 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i 3,47 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu, którą proponuje się pozostawić do zabezpieczenia zwiększonej operatywy w ramach anestezjologii oraz do zabezpieczenia SOR.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 26 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Intensywnej Terapii potrzeba 18,54 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy 6 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 13,2 etatu (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 18,54 etatu pielęgniarskiego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc występuje na Oddziale Intensywnej Terapii nadwyżka 7,46 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć do komórek organizacyjnych mających niedobór personelu pielęgniarskiego.

### 7.3.7. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym.

**Tabela nr 80. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Obserwacyjno – Zakaźnym.**

		wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
	Liczba łóżek	24	24
	Wskaźnik wykorzyst. łóżek	90,01%	93,61%
	Wykonanie planu ( % )	100	105
	Liczba łóżek efektywnych	20	20
	Liczba łóżek "w gotowości"	4	4
	Niezbędna liczba łóżek (+got.)	24	24
	Liczba leczonych	496	516
	Liczba hospitalizowanych	401	421
	Liczba osobodni	3 452	3 592
	<b>LEKARZE</b>		
	obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>3,68</b>	<b>3,68</b>

Kontrakt - dyżury		1	1
		4,68	4,68
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
<b>1)</b>	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	83	86
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,33	0,50
-	łączny czas na planow.lecz.[h]	27,28	43,00
-	liczba niezب.etatów wg dost.prakt.	0,20	0,31
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska –obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	33,60	33,60
-	liczba niezب.etatów wg dost.prakt.	0,24	0,24
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	575	599
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łączna liczba godzin związ.z badaniami	189,86	197,56
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	1,38	1,43
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	575	599
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	27	29
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,25	0,25
-	łączna liczba godzin związ.z uzup.dokument.	143,83	149,67
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	1,04	1,09
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	67	70
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łączny czas przezn. na wypisy [w h]	33,42	35,08
-	liczba et.niezب.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	0,24	0,25
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	3,11	3,33
<b>7)</b>	<b>Etat Ordynatora – kierowanie Oddziałem</b>	0,50	0,50
<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>		3,61	3,83
<b>Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych</b>		3,57	3,57
<b>Nadwyżka etatów lekarskich</b>		-2,50	-2,72

<b>PIELĘGNIARKI :</b>		
-----------------------	--	--

obecne zatrudnienie [ w et ]		14	14	
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>				
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :			
	liczba obłożonych łóżek	24	24	2 piel/dyżur
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	12	12	
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744	
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00	
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00	
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13	
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	9,54	9,54	
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	11,03	11,03	
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	1,00	1,00	
3)	Liczba niezab.etatów w gab.zab	1,00	1,00	
	Łączna liczba et.pielęgn.	13,03	13,03	
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	0,97	0,97	
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	24		
		14,4	1	15,4
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	liczba łóżek	23		
		13,8	1	14,8

Na Oddziale Obserwacyjno Zakaźnym aktualnie są 23 łóżka. Obliczono, że do wykonania 100 %, a także 105 % planu niezbędne są 24 łóżka.

Aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 2,68 etatów lekarskich, a także 1 etat przeliczeniowy kontraktowy oraz 1 etat przeliczeniowy na kontrakcie z przeznaczeniem na dyżury. Łącznie 4,68 etatu przeliczeniowego. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w

ordynacji dziennej niezbędnym jest zabezpieczenie 3,61 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 3,83 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 7,18 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 7,40 etatów przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się niedobór lekarzy na poziomie 2,50 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 100 % planu i 2,72 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Rekomenduje się zatem dyżury lekarskie zabezpieczyć lekarzami z innych oddziałów, gdzie stwierdzono nadwyżki etatowe.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 14 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Obserwacyjno Zakaźnego potrzeba 13,03 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 23 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 13,8 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 24 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 14,4 etatu pielęgniarskiego.

Tak więc na Oddziale Obserwacyjno Zakaźnym przy zwiększeniu do 24 łóżek, wystąpi potrzeba zwiększenia 0,4 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć z komórek organizacyjnych mających nadmiar personelu pielęgniarskiego.

### 7.3.8. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Ortopedycznym.

**Tabela nr 81. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Ortopedycznym.**

	wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
Liczba łóżek	20	20
Wskaźnik wykorzyst. łóżek	100,73%	105,32%
Wykonanie planu ( % )	100	105
Liczba łóżek efektywnych	17	17
Liczba łóżek "w gotowości"	3	3
Niezbędna liczba łóżek (+got.)	20	20
Liczba leczonych	782	818
Liczba hospitalizowanych	713	749
Liczba osobodni	2 917	3 050

<b>LEKARZE</b>			
obecne zatrudnienie [ w et ]		<b>6,15</b>	<b>6,15</b>
Kontrakt - dyżury		<b>1</b>	<b>1</b>
		<b>7,15</b>	<b>7,15</b>
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
<b>1)</b>	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	130	136
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,33	0,33
-	łącny czas na planow.lecz.[h]	43,01	44,99
-	liczba niezب.etatów wg dost.prakt.	<b>0,31</b>	<b>0,33</b>
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska –obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	28,56	28,56
-	liczba niezب.etatów wg dost.prakt.	<b>0,21</b>	<b>0,21</b>
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	486	508
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łącna liczba godzin związ.z badaniami	160,44	167,75
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	<b>1,17</b>	<b>1,22</b>
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	486	508
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	23	24
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łącna liczba godzin związ.z uzup.dokument.	160,44	167,75
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	<b>1,17</b>	<b>1,22</b>
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	119	125
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łącny czas przezn. na wypisy [w h]	59,42	62,42
-	liczba et.niezb.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	<b>0,43</b>	<b>0,45</b>
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	<b>3,28</b>	<b>3,42</b>
<b>7)</b>	<b>Liczba etatów na Bloku Oper.</b>	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
<b>10)</b>	<b>Etat Ordynatora</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>
<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>		<b>4,78</b>	<b>4,92</b>



Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych	3,57	3,57
Nadwyżka etatów lekarskich	-1,20	-1,35

PIELĘGNIARKI :			
obecne zatrudnienie [ w et ]		15	15
Zabezpieczenie oddziału :			
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	20	20
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	8	8
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	11,92	11,92
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	13,78	13,78
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	1,00	1,00
3)	Liczba niezb.etatów w gab.zab	1,00	1,00
	łączna liczba et.pielęgn.	15,78	15,78
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	-0,78	-0,78
Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zabiegowym	0,7	
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	20	
		14	1
Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,7	
	liczba łóżek	16	
		11,2	1

Na Oddziale Ortopedycznym aktualnie jest 16 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu niezbędnym jest 20 łóżek, a przy 105 % planu również 20 łóżek.

Nie ma na tym Oddziale lekarzy zatrudnionych w oparciu na umowę o pracę. Na umowach kontraktowych lekarze zabezpieczają 5,15 etatu przeliczeniowego, jeden lekarz pracuje w oparciu o umowę zlecenia i dodatkowo jeden lekarz w wymiarze 1 etatu przeliczeniowego zabezpiecza dyżury. Łącznie daje to 7,15 etatu przeliczeniowego. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej niezbędnym jest zabezpieczenie 4,78 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 4,92 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 8,35 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 8,49 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się niedobór lekarski na poziomie -1,20 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 100 % planu i -1,35 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Dla zoptymalizowania pracy na Oddziale Ortopedycznym należy dotrudnić lekarzy w wymiarze co najmniej 1,20 etatu.

Ponadto, Oddział Ortopedyczny charakteryzuje się możliwością realizacji zakresu finansowanego w ramach ryczału, jak i w ramach odrębnego finansowania za procedury wszczepiania endoprotez stawu kolanowego i biodrowego. W tym przypadku warto dbać o to, by Szpital był rozliczany współczynnikiem 1,2 przy odpowiednich ilościach tychże procedur.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 15 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Ortopedycznego potrzeba 15,78 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 16 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 11,2 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 20 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 14 etatów pielęgniarskich. Audytorzy postulują jednak zabezpieczyć Oddział ilością 15,78 etatu pielęgniarskiego, jako optymalnej wielkości.

Tak więc na Oddziale Ortopedycznym należy przy zwiększeniu liczby łóżek do 20 zwiększyć zatrudnienie pielęgniarskie o 0,78 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć z komórek organizacyjnych mających nadmiar personelu pielęgniarskiego.

### 7.3.9 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym.

**Tabela nr 82. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym.**

		wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
	Liczba łóżek	45	45
	Wskaźnik wykorzyst. łóżek	92,63%	93,47%
	Wykonanie planu ( % )	100	105
	Liczba łóżek efektywnych	38	38
	Liczba łóżek "w gotowości"	7	7
	Niezbędna liczba łóżek (+got.)	45	45
	Liczba leczonych	1 416	1 416
	Liczba hospitalizowanych	1 208	1 268
	Liczba osobodni	6 707	6 767
	<b>LEKARZE</b>		
	obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>9,88</b>	<b>9,88</b>
	Kontrakt - dyżury	<b>4</b>	<b>4</b>
		<b>13,88</b>	<b>13,88</b>
	<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		
<b>1)</b>	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników ) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	236	236
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,33	0,50
-	łączny czas na planow.lecz.[h]	77,88	118,00
-	liczba niezb.etatów wg dost.prakt.	<b>0,57</b>	<b>0,86</b>
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska -obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	63,84	63,84
-	liczba niezb.etatów wg dost.prakt.	<b>0,46</b>	<b>0,46</b>
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	1118	1128
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łączna liczba godzin związ.z badaniami	368,89	372,19
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	<b>2,68</b>	<b>2,70</b>
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	1118	1128

-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	53	54
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,25	0,25
-	łączna liczba godzin związ.z uzupeł.dokument.	279,46	281,96
-	liczba etatów na uzupeł.dok.wg dost.prakt.	<b>2,03</b>	<b>2,05</b>
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	201	211
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łączny czas przezn. na wypisy [w h]	100,67	105,67
-	liczba et.niezb.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	<b>0,73</b>	<b>0,77</b>
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	<b>6,47</b>	<b>6,84</b>
<b>7)</b>	Etat Ordynatora – kierowanie Oddziałem	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>
	<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>	<b>6,97</b>	<b>7,34</b>
	Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych	<b>3,57</b>	<b>3,57</b>
	Liczba etatów potrzebna do konsultacji	<b>2</b>	<b>2</b>
	Nadwyżka etatów lekarskich	<b>1,34</b>	<b>0,97</b>

<b>PIELĘGNIARKI :</b>			
	obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>30</b>	<b>30</b>
	<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	45	45
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	15	15
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	14,31	14,31
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	<b>16,54</b>	<b>16,54</b>
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>
	Łączna liczba et.pielęgn.	<b>17,54</b>	<b>17,54</b>

3 piel/dyżur

	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	12,46	12,46	
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	45		
		27	1	28
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	liczba łóżek	40		
		24	1	25

Na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym aktualnie jest 40 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu, podobnie jak do 105 % planu wymagany jest 45 łóżek.

Na Oddziale aktualnie zatrudnionych jest na umowę o pracę 8,38 etatów lekarskich, ponadto 1,5 etatu przeliczeniowego kontraktu lekarskiego oraz 4 etaty przeliczeniowe na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich. Łącznie daje to 13,88 etatu przeliczeniowego. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wymagane jest zabezpieczenie na poziomie 6,97 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 7,34 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Ponadto uwzględniono 2 etaty lekarskie na konsultacje. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 3,57 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 12,54 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 12,91 etatów przeliczeniowych przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę w ilości 1,34 etatu przeliczeniowego w przypadku realizacji 100 % planu i 0,97 etatu przeliczeniowego przy realizacji 105 % planu. Koszt wykazanej nadwyżki wynosi ok. 250.000 zł w skali roku.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 30 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Neurologicznego z Pododdziałem Udarowym potrzeba 17,54 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, oraz 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 40 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 24 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 45 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 27 etatu pielęgniarskiego.

Tak więc występuje na Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym nadwyżka 6 etatów pielęgniarskich, które należy przesunąć do komórek organizacyjnych mających niedobór personelu pielęgniarskiego.

### 7.3.10. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neonatologicznym.

Tabela nr 83. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Neonatologicznym.

		wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
	Liczba łóżek	8	9
	Wskaźnik wykorzyst. łóżek	32,13%	33,59%
	Wykonanie planu ( %)	100	105
	Liczba łóżek efektywnych	6	7
	Liczba łóżek "w gotowości"	2	2
	Niezbędna liczba łóżek (+got.)	8	9
	Liczba leczonych	281	294
	Liczba hospitalizowanych	256	269
	Liczba osobodni	1 047	1 094
	<b>LEKARZE</b>		
	obecne zatrudnienie [ w et ]	4,4	4,4
	Kontrakt - dyżury	3	3
	łącznie	7,4	7,4
	<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		
1)	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników ) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	47	49
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,25	0,25
-	łącznie czas na planow.lecz.[h]	11,71	12,25
-	liczba niezab. etatów wg dost.prakt.	0,09	0,09
2)	<b>Codzienna wizyta lekarska -obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	10,08	11,76
-	liczba niezab. etatów wg dost.prakt.	0,07	0,09
3)	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		

-	liczba osobodni / m-c	175	182
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łączna liczba godzin związ.z badaniami	57,59	60,17
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	<b>0,42</b>	<b>0,44</b>
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	175	182
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	8	9
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,25	0,25
-	łączna liczba godzin związ.z uzup.dokument.	43,63	45,58
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	<b>0,32</b>	<b>0,33</b>
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	43	45
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łączny czas przezn. na wypisy [w h]	21,33	22,42
-	liczba et.niezb.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	<b>0,15</b>	<b>0,16</b>
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	<b>1,05</b>	<b>1,11</b>
<b>7)</b>	<b>Etat Ordynatora</b>	<b>0,50</b>	<b>0,50</b>
<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>		<b>1,55</b>	<b>1,61</b>
Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych		<b>3,57</b>	<b>3,57</b>
Nadwyżka etatów lekarskich		<b>2,28</b>	<b>2,22</b>

<b>PIELĘGNIARKI :</b>			
obecne zatrudnienie [ w et ]		<b>15</b>	<b>15</b>
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	8	9
	liczba łóżek / 1 piel./dyż	4	5
-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	9,54	9,54
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	<b>11,03</b>	<b>11,03</b>

2 piel/dyżur

2)	Liczba et.piel.oddziałowej	1,00	1,00	
	Łączna liczba et.pielęgn.	12,03	12,03	
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	2,97	2,97	
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	8		
		4,8	1	5,8
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	liczba łóżek	18		
		10,8	1	11,8

Na Oddziale Neonatologicznym aktualnie jest 18 łóżeczek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu, wystarczy 8 łóżeczek, a do 105 % planu wystarczy 9 łóżeczek. Liczba łóżeczek powinna zostać na dotychczasowym poziomie przy zdecydowanym dążeniu do zwiększenia ilości porodów, o czym szerzej napisano w innym miejscu Opracowania.

Na Oddziale zabezpieczonych jest na umowę o pracę 3 etaty lekarskie, ponadto 1,4 etatów przeliczeniowych kontraktu lekarskiego oraz 3 etaty przeliczeniowe na kontraktach w celu prowadzenia dyżurów lekarskich. Łącznie daje to 7,4 etatów przeliczeniowych. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wymagane jest zabezpieczenie 1,55 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 1,61 etatu przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich niezbędne jest 1,79 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 3,34 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 3,40 etatu przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc stwierdza się nadwyżkę lekarzy w wysokości 4,07 etatu realizując 100 % planu i 4,01 etatu przeliczeniowego realizując 105 % planu. Audytorzy rekomendują pozostawienie z tej nadwyżki 2 etatów do zabezpieczenia KOC.

Koszt wykazanej nadwyżki pozostałych 2,07 etatów jest rzędu 360 tyś. zł w skali roku.



Zabezpieczenie personelu położniczego aktualnie jest na poziomie 15 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Neonatologicznego potrzeba 12,03 etatu położniczego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, przy obecnie 18 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 10,8 etatów (Szpital obecnie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 8 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 4,8 etatu położniczego. Audytorzy postulują jednak z racji rekomendowanego KOC-a zabezpieczyć Oddział obecnością ilością etatów położniczych.

Tak więc występuje na Oddziale Neonatologicznym występuje nadwyżka 4,2 etatu położniczego.

### 7.3.11 Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Reumatologicznym.

**Tabela nr 84. Analiza zatrudnienia personelu medycznego w Oddziale Reumatologicznym.**

		wg wykonania = 100% planu	wg wykonania = 105% planu
	Liczba łóżek	13	14
	Wskaźnik wykorzyst. łóżek	90,96%	94,87%
	Wykonanie planu ( % )	100	105
	Liczba łóżek efektywnych	11	12
	Liczba łóżek "w gotowości"	2	3
	Niezbędna liczba łóżek (+got.)	13	14
	Liczba leczonych	350	365
	Liczba hospitalizowanych	301	316
	Liczba osobodni	1 976	2 061
	<b>LEKARZE</b>		
	obecne zatrudnienie [ w et ]	<b>1,79</b>	<b>1,79</b>
	Umowa zlecenie	<b>1</b>	<b>1</b>
		<b>2,79</b>	<b>2,79</b>
	<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>		
1)	<b>Opieka nad pacjentem ( w tym ustalanie strategii leczenia, analiza wyników ) :</b>		
-	liczba przyj.pacj.	58	61
-	czas na badanie, anal.wyników i plan lecz./pacj	0,33	0,33

-	łączy czas na planow.lecz.[h]	19,25	20,08
-	liczba niezab.etatów wg dost.prakt.	0,14	0,15
<b>2)</b>	<b>Codzienna wizyta lekarska -obchód</b>		
-	czas przyp.na 1 pacj.[w h]	0,08	0,08
-	liczba godzin na obchód obłożonych łóżek/m-c	18,48	20,16
-	liczba niezab.etatów wg dost.prakt.	0,13	0,15
<b>3)</b>	<b>Badania i procedury w oddziale</b>		
-	liczba osobodni / m-c	329	344
-	czas przyp.na badania/1 pacj.[w h]	0,33	0,33
-	łączy liczba godzin związ.z badaniami	108,68	113,36
-	liczba etatów na badania wg dost.prakt.	0,79	0,82
<b>4)</b>	<b>Uzupełnianie dokumentacji bieżącej</b>		
-	liczba osobodni / m-c	329	344
-	liczba pacjentów / 1 dzień roboczy	16	16
-	czas przyp.na uzupełn.dok. 1 pacj.[w h]	0,25	0,25
-	łączy liczba godzin związ.z uzup.dokument.	82,33	85,88
-	liczba etatów na uzup.dok.wg dost.prakt.	0,60	0,62
<b>5)</b>	<b>Wypis pacjenta i rozliczenie z NFZ</b>		
-	liczba wypisów / m-c	50	53
-	czas przezn.na 1 wypis [w h]	0,5	0,5
-	łączy czas przezn. na wypisy [w h]	25,08	26,33
-	liczba et.niezb.do zrob.wypisów wg dost.prakt.	0,18	0,19
<b>6)</b>	<b>Liczba etatów lek. na Oddziale</b>	1,84	1,93
<b>7)</b>	<b>Etat Ordynatora -</b>	0,00	0,00
<b>Niezbędna liczba lekarzy do obsł. oddziału w ordynacji dziennej</b>		1,84	1,93
Liczba etatów potrzebna do zabezpieczenia dyżurów 1 -osobowych		1,79	1,79
Nadwyżka etatów lekarskich		-0,84	-0,93
<b>PIELĘGNIARKI :</b>			
obecne zatrudnienie [ w et ]		7	7
<b>Zabezpieczenie oddziału :</b>			
1)	Opieka nad pacjentem ( w tym prowadzenie dokumentacji med.) :		
	liczba obłożonych łóżek	13	14
	liczba łóżek / 1 piel.dyż	13	14

1 piel/dyżur

-	liczba godzin do zabezpieczenia oddziału/m-c	744	744	
-	czas trwania 1 dyżuru pielęgniarskiego[w h]	12,00	12,00	
-	liczba dyżurów 12-to godzinnych/m-c	62,00	62,00	
-	liczba dyżurów do wypracowania /m-c/1 etat	13	13	
-	liczba et. piel.do zabezp. dyżurów	4,77	4,77	
	liczba et. piel.do zabezp.dyż.wg dost.prakt.	<b>5,51</b>	<b>5,51</b>	
2)	Liczba et.piel.oddziałowej	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	
3)	Liczba niezb.etatów w gab.zab	<b>1,00</b>	<b>1,00</b>	
	Łączna liczba et.pielęgn.	<b>7,51</b>	<b>7,51</b>	
	Liczba etatów do redukcji/dotrudnienia	<b>-0,51</b>	<b>-0,51</b>	
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	niezbędna liczba łóżek do 100% wykonania	13		
		<b>7,8</b>	1	8,8
	Wymiar etatów pielęgniarek wg wskaźników zatrudnienia :			
	wskaźnik dla oddziału o profilu zachowawczym	0,6		
	liczba łóżek	12		
		<b>7,2</b>	1	8,2

Na Oddziale Reumatologicznym aktualnie jest 12 łóżek. Obliczono, że do wykonania 100 % planu, wymagane jest 13 łóżek, a do wykonania 105 % planu 14 łóżek.

Na Oddziale zatrudnionych jest na umowę o pracę 1,58 etatów lekarskich, ponadto zabezpieczony jest 1 etat przeliczeniowy na umowę zlecenia oraz 0,21 etatu przeliczeniowego na kontrakcie. Łącznie daje to 2,79 etatu przeliczeniowego. Wyliczono, że dla zabezpieczenia lekarskiego w ordynacji dziennej wymagane jest zabezpieczenie 1,84 etatu przy wykonaniu 100 % planu oraz 1,93 etatu przeliczeniowego przy wykonaniu 105 % planu. Dla zabezpieczenia dyżurów lekarskich łączonych z Oddziałem Kardiologicznym niezbędne jest 1,79 etatu, co łącznie daje zapotrzebowanie na optymalną liczbę lekarzy na poziomie 3,69 etatu przy wykonaniu 100 % planu i 3,72 % przy wykonaniu 105 % planu.

Tak więc występuje niedobór lekarzy w ilości 0,84 etatu przy realizacji 100 % planu i 0,93 etatu przy realizacji 105 % plan.

Zabezpieczenie personelu pielęgniarskiego aktualnie jest na poziomie 7 etatów. Wg wyliczeń Audytorów do zabezpieczenia Oddziału Reumatologicznego potrzeba 7,51 etatu pielęgniarskiego dla wykonania 100 %, a nawet 105 % planu. Natomiast biorąc pod uwagę minimalne normy zatrudnienia pielęgniarek przy obecnie 35 łóżkowym Oddziale winno być zabezpieczonych 7,2 etatów (Szpital obecnie nie spełnia normy zatrudnienia pielęgniarek na tym Oddziale), natomiast przy postulowanych 27 łóżkach, ta ilość obliczona jest na poziomie 7,8 etatu pielęgniarskiego.

Tak więc występuje na Oddziale Reumatologicznym niedobór 0,8 etatu pielęgniarskiego, który należy przesunąć z komórek organizacyjnych mających nadmiar personelu pielęgniarskiego.

#### **7.4. Wnioski wynikające z analizy wykorzystania personelu lekarskiego i pielęgniarskiego na poszczególnych oddziałach**

Powyższe analizy wykazały w zdecydowanie wielu oddziałach nadwyżki personelu, zarówno lekarskiego, jak i pielęgniarskiego wraz z położniczym.

Podmioty lecznicze charakteryzują się największą pozycją kosztową w postaci wynagrodzeń pracowników oraz zakupów usług medycznych lekarzy medycyny i innych pracowników medycznych. Stąd planując prowadzenie działalności medycznej na poszczególnych oddziałach szpitala winno się precyzyjnie określać faktyczne i optymalne zatrudnienie pracowników biorąc pod uwagę wielkość oddziału liczoną łózkami, zakres prowadzonej działalności, struktury pacjentów hospitalizowanych oraz innych czynników. Właściwe określenie zapotrzebowania na wielkość etatową pracowników oddziału odnosi się z kolei na stosunek wielkości przychodu z działalności operacyjnej do kosztów osobowych. Pozbawione jest sensu ekonomicznego prowadzenie działalności, gdzie koszty osobowe są równe, bądź przewyższają uzyskiwane przychody.

Niewłaściwy dobór ilości pracowników medycznych często prowadzi do zadłużania się jednostek, co z czasem niesie za sobą ryzyko utraty możliwości dalszego funkcjonowania w ogóle. Audytorzy po przeprowadzeniu analizy stanów karowych poszczególnych oddziałów stwierdzają, że jedną z głównych przyczyn wewnętrznych Centrum Opieki Medycznej pogłębiania się trudności finansowej jednostki jest utrzymująca się istotna nadwyżka kadry medycznej ponad faktyczne potrzeby poszczególnych oddziałów. Poniższa tabela obrazuje zestawienie efektów tejże analizy w zakresie kadry lekarzy medycyny.

**Tabela nr 85. Niezbędne zatrudnienie lekarzy medycyny w obecnej strukturze oddziałów.**

Oddział	liczba łóżek		liczba lekarzy			nadmiar/ niedomiar
	obecna	rekomendowana	obecna	rekomendowana		
				ordynacja dzienna 100 %	dyżury	
Dziecięcy	25	18	13,7	3,21	3,57	6,92
Wewnętrzny	50	50	10,8	8,2	3,57	-0,97
Kardiologiczny	35	29	11,83	4,67	1,79	5,37
Chirurgii	34	24	8	4,62	3,57	-0,19
Ginekologiczno Położniczy	35	27	14,14	4,99	7,14	2,01
OIT	6	6	8	0,94	3,57	3,49
Obserwacyjno Zakaźny	23	24	4,68	3,61	3,57	-2,5
Ortopedyczny	16	20	7,15	4,78	3,57	-1,2
Neurologiczny	40	45	13,88	8,97	3,57	1,34
Neonatologiczny	18	8	7,4	1,55	3,57	2,28
Reumatologiczny	12	13	2,79	2,34	1,79	-1,34
RAZEM	294	264	102,4	47,88	37,50	15,21

Jak widać z powyższego zestawienia, jedynie Oddział Chirurgii cechuje się właściwą ilością zaangażowanego personelu lekarskiego, natomiast do realizacji 100 % planu przychodów należy zrezygnować z łóżek, które nie są przez Oddział Chirurgii wykorzystywane. Optymalna wielkość Oddziału Chirurgii winna być określona ilością 24 łóżek, które to w zupełności wystarczą do wypracowania 100 % planu.

Cztery Oddziały (Wewnętrzny, Obserwacyjno Zachowawczy, Ortopedyczny i Reumatologiczny) cechują się niewielkimi brakami kadry lekarskiej niezbędnej do zoptymalizowania działalności oddziałów. Łącznie brak kadrowy określono na 6,2 etatu przeliczeniowego.

W sześciu Oddziałach stwierdzono nadmiar kadrowy wśród lekarzy (Dziecięcy, Kardiologiczny, Ginekologiczno – Położniczy, Intensywnej Terapii, Neurologii z Pododdziałem Udarowym, Neonatologii) łącznie sięgający aż 24,97 etatów przeliczeniowych.

Saldo nadwyżki i niedoboru kadry lekarskiej wynosi 16,99 etatów przeliczeniowych (!).

Poniższa tabela obrazuje efekt zmian zapotrzebowania kadrowego lekarzy medycyny przy zastosowaniu rekomendacji Audytorów.

**Tabela nr 86. Niezbędne zatrudnienie lekarzy medycyny po przeprowadzeniu reorganizacji oddziałów szpitalnych**

Oddział	liczba łóżek		liczba lekarzy			nadmiar/ niedomiar
	obecna	rekomendowana	obecna	Rekomendowana ordynacja dzienna 100 %	dyżury	
Dziecięcy	25	18	13,7	3,21	3,57	6,92
Wewnętrzny	50	50	10,8	8,2	3,57	4,06
Kardiologiczny	35	29	11,83	4,17	1,79	
Reumatologiczny	12	13	2,79	1,84	1,79	
Ginekologiczno Położniczy	35	27	14,14	4,99	7,14	2,01
OIT	6	6	8	0,94	3,57	3,49
Obserwacyjno Zakaźny	23	24	4,68	3,61	3,57	-2,5
Ortopedyczny	16	20	7,15	4,78	3,57	-1,2
Chirurgii	34	24	8	4,62	3,57	-0,19
Neurologiczny	40	45	13,88	8,97	3,57	1,34
Neonatologiczny	18	8	7,4	1,55	3,57	2,28
RAZEM	294	264	102,4	46,88	37,50	16,21

Rekomendowane zmiany dotyczą po pierwsze dostosowanie ilości bazy łóżkowej do faktycznych potrzeb poszczególnych Oddziałów szpitalnych tak, by z jednej strony nie ponosić zbędnych kosztów „pustego łóżka”, a z drugiej posiadać ilość łóżek wystarczającą do wykonania co najmniej 100 % planu, a po drugie rekomendacje dotyczą zmian strukturalnych spowodowanych włączeniem Oddziału Kardiologicznego oraz Reumatologicznego do Oddziału Wewnętrznego w postaci Pododdziałów Kardiologicznego, jak i Reumatologicznego. Pozwoli to na lepsze wykorzystanie personelu (nadmiar lekarzy Oddziału Kardiologii można wykorzystać do uzupełnienia niedoborów lekarskich na Oddziale Wewnętrznym i Reumatologicznym choćby w formie dyżurów lekarskich), a także zmniejszeniu kosztów osobowych zarówno na łączonych dyżurach lekarskich (wspólny dyżur lekarski na Pododdziałach Kardiologicznym i Reumatologicznym) o ok. 420 tys. zł rocznie oraz na dwóch ordynatorskich dodatkach funkcyjnych w kwocie ok. 90 tys. zł rocznie, a w przypadku ustanowienia na Pododdziale Kardiologicznym i Reumatologicznym zastępców ordynatora z przysługującymi im dodatkami funkcyjnymi, w kwocie ok. 40 tys. zł rocznie.

Łączne oszczędności ze „zdjęcia” nadwyżki kadry lekarskiej pozwoli na wygenerowanie zmniejszenia kosztów osobowych (po uwzględnieniu ‘przesunięcia” 2,93 etatu przeliczeniowego

do zabezpieczenia niedoborów kadrowych w poradniach specjalistycznych) w kwocie ok. 2.300.000 zł w skali roku.

Audytorzy stoją na stanowisku, że posiadany kapitał w postaci lekarzy specjalistów jest dużą wartością samą w sobie i nie powinno się, zwłaszcza w dobie braku na rynku lekarzy wielu specjalności, rezygnować z ich zainteresowania pracą w Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, jednakże nadmiar personelu lekarskiego winien być wykorzystany do wygenerowania dodatkowych przychodów przewyższających wielkość kosztów osobowych ponoszonych na tychże lekarzy.

Z nadwyżki 16,21 lekarskich etatów przeliczeniowych, Audytorzy proponują zmniejszenie zatrudnienia jedynie w 4 oddziałach, tj. Dziecięcym, Kardiologicznym, Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz Neonatologicznym. W innych oddziałach zmniejszenie zatrudnienia, głównie poprzez przesunięcie do komórek organizacyjnych, w których występują lekarskie niedobory kadrowe. Pozostałą nadwyżkę personelu należy zdaniem Audytorów spożytkować na zwiększenie przychodów oddziałów, w których są zatrudnieni, poprzez wykonywanie innych świadczeń medycznych niż dotychczas oraz poprzez dokładniejsze rozliczanie pacjentów z NFZ.

W obszarze zatrudnienia pielęgniarek i położnych również stwierdzono występowanie istotnych nadwyżek etatowych prowadzących do nadmiernego angażowania środków finansowych na wynagrodzenia. Poniższa tabela obrazuje zestawienie efektów tejże analizy w zakresie kadry pielęgniarek i położnych.

**Tabela nr 87. Niezbędne zatrudnienie pielęgniarek i położnych w obecnej strukturze oddziałów.**

Oddział	Liczba łóżek		liczba pielęgniarek		nadmiar/ niedomiar
	obecna	rekomendowana	obecna	rekomendowana	
Dziecięcy	25	18	15	14,78	0,22
Wewnętrzny	50	50	30	29,57	0,43
Kardiologiczny	35	29	29	18,54	10,46
Chirurgii	34	24	20	18,54	1,46
Ginekologiczno Położniczy	35	27	35	28,08	6,92
OIT	6	6	26	17,54	8,46
Obserwacyjno Zakaźny	23	24	14	13,03	0,97
Ortopedyczny	16	20	15	15,78	-0,78
Neurologiczny	40	45	30	28,57	1,43

Neonatologiczny	18	8	15	12,03	2,97
Reumatologiczny	12	13	7	7,51	-0,51
<b>RAZEM</b>	<b>294</b>	<b>264</b>	<b>236</b>	<b>203,97</b>	<b>32,03</b>

Jak prezentuje powyższa tabela, w zasadzie Oddział Obserwacyjno – Zakaźny ma właściwą ilość pielęgniarek. Oddziały Reumatologiczny i Ortopedyczny mają minimalnie poniżej optimum, natomiast pozostałe oddziały mają nadwyżki personelu pielęgniarek i położnych; najwięcej w Oddziale Intensywnej Terapii i Ginekologiczno – Położniczym.

Nadwyżkę pielęgniarek i położnych można wyrazić kwotą ich wynagrodzeń łącznie z kosztami pracodawcy na rocznym poziomie ok. 1 730 000 zł.

**Tabela nr 88. Niezbędne zatrudnienie pielęgniarek i położnych po przeprowadzeniu reorganizacji oddziałów szpitalnych.**

Oddział	Liczba łóżek		liczba pielęgniarek		nadmiar/ niedomiar
	obecna	rekomendowana	obecna	rekomendowana	
Dziecięcy	25	18	15	14,78	0,22
Wewnętrzny	50	50	30	29,57	10,38
Kardiologiczny	35	29	29	18,54	
Reumatologiczny	12	13	7	7,51	
Ginekologiczno Położniczy	35	27	35	28,08	6,92
OIT	6	6	26	17,54	8,46
Obserwacyjno Zakaźny	23	24	14	13,03	0,97
Ortopedyczny	16	20	15	15,78	-0,78
Chirurgii	34	24	20	18,54	1,46
Neurologiczny	40	45	30	28,57	1,43
Neonatologiczny	18	8	15	12,03	2,97
<b>RAZEM</b>	<b>294</b>	<b>264</b>	<b>236</b>	<b>203,97</b>	<b>32,03</b>

Jak widać z powyższego zestawienia Centrum Opieki Medycznej charakteryzuje się dość niezwykle, dla ogólnej sytuacji w kraju, nadwyżką etatową w grupie pielęgniarek i położnych. Właśnie ze względu na brak równowagi popytowo podaźowej na rynku pielęgniarek i położnych w kraju Audytorzy nie rekomendują przeprowadzenia rezygnacji z usług tej grupy zawodowej



w ilości wynikającej z wykazanego zestawienia. Propozycje częściowego zagospodarowania nadwyżek pielęgniarsko – położniczych omówione zostały w innej części niniejszego Opracowania.

## 7.5. Niezbędna liczba personelu medycznego w poradniach specjalistycznych w stosunku do wielkości kontraktu.

Poradnie specjalistyczne pełnią istotną rolę w procesie leczenia oraz profilaktyki. Należy dążyć do optymalizowania organizacji pracy poradni tak, by ogólnopolski problem długości kolejek do lekarza specjalisty był niwelowany.

Istotnym tematem jest wyrabianie przyznanego ryczałtu wraz z przekroczeniem 100 %, choćby z tego powodu, że poradnictwo specjalistyczne generuje zdecydowanie mniej kosztów funkcjonowania niż lecznictwo szpitalne, ponadto, ze względu na długie kolejki do lekarzy specjalistów w zasadzie nie powinien być tolerowany czas poradni „w oczekiwaniu” na pacjenta, co wyraża się wolnymi łózkami na oddziałach szpitalnych.

Zbadano, jak powinno wyglądać zatrudnienie w poradniach specjalistycznych, biorąc pod uwagę wykonanie kontraktu do 100% planu oraz uwzględniając również nadwykonania kontraktu.

**Tabela nr 89. Wymiar zatrudnienia w specjalistycie**

Poradnia	I półrocze 2019							Czas porad w min	Czas potrzebny na wykon.miesięczn. kontraktu		Niezbędny wymiar etatu
	Wykon kontr. %	Wykonana liczba pkt	Plan pkt	Liczba porad	l.pkt/por	śred.liczba plan.pkt/m-c	miesięcz l.porad wg planu pkt		w min	w godz	
<b>Chirurg.</b>	0,92	396 728,90	430 000,00	5 753	68,96	71 666,67	1 039	15	15589	259,81	1,89
<b>Ortop.</b>	0,98	331 563,80	340 000,00	5 840	56,77	56 666,67	998	15	14971	249,52	1,81
<b>Reumatol.</b>	0,98	109 106,20	111 500,00	2 040	53,48	18 583,33	347	15	5212	86,86	0,63
<b>Kardiolog.</b>	0,95	138 806,82	145 500,00	1 934	71,77	24 250,00	338	15	5068	84,47	0,61
<b>Ginekol.</b>	1,01	202 971,20	201 597,00	3 048	66,59	33 599,50	505	15	7568	126,14	0,92
<b>Chor.Zakaż.</b>	0,97	108 019,67	111 000,00	1 472	73,38	18 500,00	252	15	3782	63,03	0,46
<b>Diabetol.</b>	0,98	53 465,60	54 500,00	1 094	48,87	9 083,33	186	25	4647	77,44	0,56
<b>Endokrynol.</b>	0,97	97 945,58	101 000,00	1 204	81,35	16 833,33	207	15	3104	51,73	0,38
<b>Pulmonol.</b>	0,46	24 591,00	52 992,00	362	67,93	8 832,00	130	15	1950	32,50	0,24

<b>Neurol.</b>	1,05	54 899,28	52 296,00	1 076	51,02	8 716,00	171	15	2562	42,71	0,31
<b>Neonatolog</b>	0,91	14 896,50	16 300,00	278	53,58	2 716,67	51	15	760	12,67	0,09
<b>Razem</b>	0,95	1 532 994,55	1 616 685,00	24 101							7,89

Według powyższych wyliczeń zapotrzebowanie na etaty lekarskie we wszystkich poradniach wynosi 7,89 etatu, z czego najwięcej, bo ok. 2 etatów w Por. Chirurgicznej i w Poradni Ortopedycznej oraz ok.1 etat w Poradni Ginekologicznej.

Porównano powyższe wyliczenia z aktualnym stanem zatrudnienia w poradniach specjalistycznych, co przedstawia tabela poniżej.

**Tabela nr 90. Obecne zatrudnienie wobec zapotrzebowania wg wyliczeń Audytora**

Poradnia	Niezbędny wymiar etatu	Obecne zatrudn.(et)	Różnica
<b>Por.Chirurg.</b>	1,89	1,33	-0,56
<b>Por.Ortop.</b>	1,81	0,55	-1,26
<b>Por.Reumatol.</b>	0,63	0,42	-0,21
<b>Por.Kardiolog.</b>	0,61	0,10	-0,51
<b>Por.Ginekol.</b>	0,92	0,72	-0,20
<b>Por.Chor.Zakaż.</b>	0,46	0,42	-0,04
<b>Por. Diabetol.</b>	0,56	0,30	-0,26
<b>Por.Endokrynol.</b>	0,38	0,31	-0,07
<b>Por.Pulmonol.</b>	0,24	0,31	0,07
<b>Por.Neurol.</b>	0,31	0,40	0,09
<b>Por. Neonatolog.</b>	0,09	0,10	0,01
<b>Razem</b>	<b>7,89</b>	<b>4,96</b>	<b>-2,93</b>

Z powyższego porównania wynika, że na 11 poradni, w 8 występuje za mały wymiar etatów lekarskich do tego, by wykonać kontrakt co najmniej do wysokości planu.

Największy niedobór występuje w Poradni Ortopedycznej, Chirurgicznej oraz Kardiologicznej. W przypadku Poradni Kardiologicznej, Ginekologicznej, Diabetologicznej i Endokrynologicznej niedobór ten mógłby być pokryty nadwyżką lekarzy z oddziałów szpitalnych.

Na podstawie przeprowadzonej analizy rozliczeń świadczeń w AOS stwierdzono wiele nieprawidłowości, które miały odzwierciedlenie w niewykonaniu kontraktu. W poradniach nie brakowało pacjentów, ale wiele z porad nie zostało rozliczonych.

Audytorzy przypuszczają, iż na ten stan rzeczy mogło mieć właśnie wpływ zbyt niskie zatrudnienie.

## **7.6. Analiza wynagrodzeń pracowników.**

Jak już wcześniej podniesiono, cechą wspólną wszystkich podmiotów leczniczych jest to, iż największy udział procentowy w kosztach podmiotu stanowią koszty osobowe. Obszar zarządzania kosztami osobowymi stanowi dziś nie lada wyzwanie przed zarządzającymi placówkami ochrony zdrowia. Duży rozdźwięk między podażą a popytem na rynku pracowniczym, zwłaszcza w zakresie personelu medycznego, choć obecnie już wykraczający daleko poza pracowników medycznych, powoduje konieczność zaspokajania oczekiwań płacowych często ponad miarę możliwości placówki. Dziś ponadto brak wystarczającej ilości lekarzy, pielęgniarek, fizjoterapeutów i innych pracowników medycznych na rynku polskim wywołuje presję podwyższania wynagradzania, często kosztem zadłużania się jednostek ochrony zdrowia. Aktualnie długi szpitali publicznych i instytutów badawczych w Polsce sięgnęły kwoty 13,2 mld zł z blisko 2 mld zł zobowiązań wymagalnych i stan ten nadal się pogłębia.

Wynagrodzenia personelu medycznego i niemedycznego są obecnie regulowane w zakresie minimalnych stawek wynagrodzeń, natomiast stawki maksymalne nie są prawnie określone, stąd reguluje je reguła rynkowa. Dyrektorzy szpitali winni jednak dołożyć dużo staranności, by poziom wynagrodzeń był na możliwości finansowe zarządzanych przez nich jednostek. W tym przypadku zatem należy przykładać również dużą wagę do oferty pozapłacowej (elastyczność zatrudnienia, bezpieczeństwo pracy, dobre wyposażenie stanowisk pracy, klarowne i przejrzyste procedury, dobra atmosfera w miejscu pracy, działania integrujące środowisko zawodowe, możliwości rozwoju zawodowego itp.).

W badanej jednostce płace kształtują się średniomiesięcznie w pierwszym półroczu 2019 r. biorąc pod uwagę całkowite koszty personelu na wszystkich oddziałach szpitalnych niezależnie od formy zatrudnienia na poziomie 2.838 tys. zł.

Wyniki analizy kosztów osobowych poszczególnych oddziałów w relacji do ponoszonych kosztów ogółem oraz osiąganych przychodów w odniesieniu do osiąganego wyniku finansowego i rentowności oddziału zostały zaprezentowane w poniższej tabeli.

**Tabela nr 91. Koszty personelu oddziałów szpitalnych w ujęciu ogólnym oraz porównawczym z kosztami ogółem i przychodami ogółem.**

ODDZIAŁ	wynagrodz. umowa o pracę	Ubezp. Społ i inne na rzecz prac	kontrakty	razem	średn/ m-c	przychód ogółem	koszt ogółem	koszt / koszt ogółem	koszt /przych ogół.	wynik finansowy	rento wność
Chirurg	1 409 811	252 578	439 814	2 102 202	350 367	3 365 147	4 259 819	49%	62%	-894 672	-27%
Gin-Położn	1 467 815	277 913	429 696	2 175 424	362 571	2 182 964	3 970 662	55%	100%	-1 787 698	-82%
Wewn.	1 362 362	283 497	319 112	1 964 972	327 495	3 362 814	4 178 478	47%	58%	-815 664	-24%
Neurrol+Udar	1 567 547	323 149	319 112	2 209 809	368 301	3 671 488	4 028 011	55%	60%	-356 524	-10%
Kardiol.	1 183 679	240 894	363 445	1 788 019	298 003	3 512 735	3 460 397	52%	51%	52 338	1%
OiT	740 313	160 485	840 169	1 740 967	290 161	1 839 712	2 588 642	67%	95%	-748 930	-41%
Ortoped	509 229	109 116	796 783	1 415 128	235 855	4 020 102	4 909 387	29%	35%	-889 285	-22%
Obserw.Zak.	849 361	172 113	111 543	1 133 018	188 836	1 588 279	1 861 502	61%	71%	-273 223	-17%
Dziecięcy	793 075	163 686	81 117	1 037 878	172 980	1 993 015	1 984 041	52%	52%	8 974	0%
Neonat	661 318	129 970	268 680	1 059 968	176 661	935 177	1 450 658	73%	113%	-515 481	-55%
Reumat	326 896	66 424	9 120	402 440	67 073	697 925	700 524	57%	58%	-2 600	0%
Razem	10 871 406	2 179 826	3 978 590	17 029 822	2 838 304	27169357	33 392 122	51%	63%	-6 222 766	-23%

Powyższa tabela prezentuje informację o tym, że jedynie w Oddziale Ortopedycznym koszty osobowe są na niskim poziomie w stosunku do kosztów ogółem i wypracowanych przychodów. Związane to jest ze specyfiką zakresu realizowanego przez ten oddział. Procedury wysokoprzychodowe (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i stawu kolanowego) generują wysokie koszty materiałów medycznych. Stąd ogólny udział kosztów osobowych w kosztach oddziału i przychodach oddziału są dużo niższe niż w innych oddziałach. Jednakże Oddział Ortopedyczny ma ujemną 22 % rentowność swej działalności wyrażoną stratą za pierwsze półrocze 2019 roku kwotą – 889 285 zł.

Oddziały: Kardiologiczny, Dziecięcy i Reumatologiczny utrzymują koszty osobowe na poziomie 50%-60% przychodów, co przekłada się na rentowność na poziomie zbliżonym do 0%.

Pozostałe Oddziały koszty osobowe mają powyżej 60%, a rentowności ujemne ze względu na generowanie strat na swej działalności. Wyjątkiem jest Oddział Wewnętrzny, który pomimo swego zachowawczego charakteru i obciążenia kosztami osobowymi na poziomie 58 % w stosunku do przychodów, ma wynik finansowy ujemny w kwocie - 815 664 zł za I półrocze 2019 roku, przy rentowności – 24%.

Najbardziej nierentownymi okazują się być oddziały: Intensywnej Terapii, Ginekologiczno – Położniczy i Neonatologii. OiT charakteryzuje się udziałem 95% kosztów osobowych w realizowanych przychodach, co przekłada się na wynik finansowy – 748 930 zł za I półrocze 2019 r. przy osiągniętej rentowności na poziomie aż -41% (!)

Oddział Ginekologiczno-Położniczy charakteryzuje się tym, że całość swych przychodów przekazuje na ponoszenie kosztów osobowych (udział kosztów osobowych w przychodach ogółem = ok. 100%), co przekłada się na ujemny wynik finansowy, po pierwszym półroczu 2019 roku w wysokości – 1 787 698 zł, osiągając rentowność swej działalności na poziomie -88% (!).

Oddział Neonatologiczny charakteryzuje się obciążeniem osobowym finansowo przekraczającym uzyskiwane przychody (!). Tak niskie przychody wręcz nie są w stanie pokryć kosztów stałych Oddziału. Należy podjąć zdecydowane działania zwłaszcza w obszarze zwiększenia porodów, o czym szerzej mowa w innej części niniejszego Opracowania. Oddział Neonatologiczny odnotował stratę na I półroczu 2019 r. w wysokości -515 481 zł przy rentowności Oddziału na poziomie -55% (!).

Na wielkość kosztów osobowych mają wpływ dwa czynniki: a) stawki osobowe realizowane przez Szpital oraz b) ilość zaangażowanego personelu. Stąd w poniższej tabeli przedstawiono zarówno ilości lekarzy i pielęgniarek w poszczególnych oddziałach w odniesieniu do danych benchmark'u, a także zmiany kosztów personelu ogółem kwartał do kwartału oraz wielkości kosztu personalnego w przeliczeniu na 1 000 zł wypracowanego przychodu i zachodzących w tym obszarze zmian na przestrzeni I kwartału 2018 roku do I kwartału 2019 roku.

**Tabela nr 92. Koszt personelu poszczególnych oddziałów szpitalnych w skali porównawczej kwartał do kwartału. Stan na koniec I kw. 2019 r.**

ODDZIAŁ	Lekarze*		Rezydenci	Pielęgniarki*		Koszt personelu na 1000 zł przychodu [zł]				Koszt personelu [tys. zł]		
	COM	Bench		COM	Bench	3M 2019	3M 2018	wzrost tys.[zł]	wzrost %	3M 2019	3M 2018	wzrost tys.[zł]
Chirurg	11	10		20	19	675	465	210	45%	1 201	756	445
Gin-Położn	11	8		35	23	949	753	196	26%	1 076	768	308
Wewn.	13	11	1	30	27	605	494	111	22%	1 054	846	208
Neurlol.	10	11	1	30	16	491	358	133	37%	1 048	869	179
Kardiol.	9	6		29	11	552	436	116	27%	931	769	162
OiT	11	7		26	17	892	705	187	27%	916	664	252
Ortoped	10	9		15	17	350	344	6	2%	742	564	178
Obserw.Zak.	8	6		14	15	706	613	93	15%	557	477	80
Dziecięcy	6	9	3	15	23	423	499	-76	-15%	540	465	75
Neonat	7	4		15	10	952	989	-37	-4%	522	455	67
Reumat	2	2		7	5	476	408	68	17%	205	156	49
Razem	98	83	5	236	183	643	551	92	17%	8 792	6 789	2 003

\* stan na koniec I kw. 2019 -etaty przeliczeniowe z dyżurami i nadgodzinami

Powyższa tabela obrazuje stan nadwyżek personelu lekarskiego i pielęgniarskiego oraz położniczego w stosunku do porównywalnych wielkości oddziałów szpitalnych w innych jednostkach.

Jak widać z prezentowanej analizy, na przestrzeni roku (I kw. 2018 – I kw. 2019) we wszystkich oddziałach relacja kosztu personelu na 1 000 zł wypracowanego przychodu pogorszyła się. Wyjątkiem są oddziały: Dziecięcy i Neonatologiczny. Na Oddziale Dziecięcym wynagrodzenia wzrosły kwartał do kwartału o 75 tys. zł, jednak przychody wypracowane przez Oddział rosły relatywnie szybciej pozwalając na poprawę relacji udziału kosztów osobowych w przychodach. Na Oddziale Neonatologicznym dynamika wzrostu wynagrodzeń była niska (wzrost 67 tys. zł za I kw. 2019 wobec I kw. 2018), co przy wzroście realizowanych przychodów dało nieznaczną poprawę w relacji udziału kosztów osobowych w uzyskiwanych przychodach.

Biorąc pod uwagę sumę wszystkich oddziałów COM wzrost kosztów osobowych nie nadążyła za wzrostem wypracowywanych przychodów, co przekłada się na stałe pogarszanie się kondycji finansowej badanej Jednostki.

Podsumowując obszar wynagradzania należy stwierdzić, że jest to kluczowy obszar, który w dużej mierze odpowiada za osiągnięte wyniki finansowe. Należy więc przeprowadzić zdecydowane zmiany w prowadzonej polityce kadrowej w kontekście:

- ilości zaangażowanego personelu,
- wypracowywanego przez ten personel poziomu przychodów,
- wysokości ponoszenia kosztów osobowych w ujęciu zarówno ogólnym, jak i w udziale kosztów osobowych w realizowanych przychodach.

## **7.7. Wnioski i rekomendacje naprawcze w zakresie potencjału kadrowego**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu posiada bardzo duży stan osobowy personelu wzrastający na przestrzeni ostatnich lat i sięgający obecnie 878 osób z czego na umowę o pracę pracuje 779 osób na 754,62 etatach. Pozostałe osoby związane są z COM umowami cywilno – prawnymi. Zasoby osobowe, po dokonaniu szczegółowych analiz, są zbyt wysokie w stosunku do prowadzonej działalności.

Ze względu na kluczową rolę kosztów osobowych w kreowaniu wyniku finansowego podmiotu leczniczego należy zdecydowanie dostosować zasoby kadrowe do faktycznych, mierzalnych potrzeb każdej z komórek organizacyjnych Jednostki, jak o zaprezentowano w powyższym materiale.

Niedobory kadrowe wskazane w jednych komórkach należy uzupełnić nadwyżkami występującymi w innych komórkach organizacyjnych, a zbędne etaty zagospodarować do realizacji dodatkowych przychodów.

Wykazana w toku analizy nadwyżka etatów lekarskich w ilości 16,21 etatów przeliczeniowych. Z tej nadwyżki lekarskich etatów przeliczeniowych, Audytorzy proponują zmniejszenie zatrudnienia jedynie w 4 oddziałach, tj. Dziecięcym, Kardiologicznym, Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym oraz Neonatologicznym. W innych oddziałach zmniejszenie zatrudnienia, głównie poprzez przesunięcie do komórek organizacyjnych, w których występują lekarskie niedobory kadrowe. Pozostałą nadwyżkę personelu należy zdaniem Audytorów spożytkować na zwiększenie przychodów oddziałów, w których są zatrudnieni, poprzez wykonywanie innych świadczeń medycznych niż dotychczas oraz poprzez dokładniejsze rozliczanie pacjentów z NFZ.

Analiza zasobów osobowych w strukturach pielęgniarek i położnych wykazała nadmiar w wysokości 32,03 etatów, co jest stanem odmiennym wobec aktualnej sytuacji w kraju, gdzie odnotowuje się brak personelu pielęgniarskiego. Ze względu na ogólnopolski deficyt pielęgniarek Audytorzy nie rekomendują redukcji etatów pielęgniarskich wynikających z wielkości nadwyżek etatowych, a raczej przynajmniej częściowe zagospodarowanie w celu zwiększenia strony przychodowej Jednostki oraz zapewnienia lepszej opieki nad pacjentem.

Należy przy tym prowadzić ciągły monitoring relacji kosztów osobowych w realizowanych przychodach na każdym oddziale szpitala z ukierunkowaniem się na osiągnięcie wyników zbliżonych do wyników benchmarking'owych.

Jak wykazała analiza obszaru wynagrodzeń osobowych, w COM relacje koszty osobowe w stosunku do wypracowywanych przychodów są niewspółmiernie wysokie. Utrzymując obecną proporcję kosztów osobowych w stosunku do realizowanych przychodów Jednostka nigdy nie będzie się bilansowała. Tak więc rekomenduje się prowadzenie bieżącej analizy relacji kosztów osobowych w przychodach każdego oddziału oraz każdej poradni specjalistycznej.

Ze względu na specyfikę struktury kosztów w podmiotach leczniczych, obszar zarządzania zasobem osobowym jest kluczowy dla kreowania wyników finansowych Jednostki, tak więc należy mu nadać odpowiednią rangę w procesie zarządzania Jednostką.



## **8. IDENTYFIKACJA I ANALIZA PRZYCZYN TRUDNEJ SYTUACJI FINANSOWEJ COM**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu, podobnie, jak 90 % obecnie szpitali powiatowych osiąga ujemny wynik finansowy. Jest on głównie spowodowany czynnikami zewnętrznymi, ale można zidentyfikować również wewnętrzne przyczyny trudnej sytuacji finansowej Jednostki.

Do czynników zewnętrznych zaliczyć należy:

1. Wzrost kosztów pracy. W 2017 roku w związku z realizacją ustawowych obowiązków (tj. ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych (Dz. U. 2017 poz. 1473) oraz Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 9 września 2016 r. w sprawie wysokości minimalnego wynagrodzenia za pracę w 2017 r. (Dz. U. poz. 1456) nastąpił wzrost wynagrodzeń oraz kosztów Szpitala w zakresie kosztów osobowych. Powyższe regulacje spowodowały konieczność zwiększenia wynagrodzeń pracowników medycznych oraz pozostałych wraz z pochodnymi, a także wzrost stawek za usługi kontraktowe.
2. Kolejnym czynnikiem zewnętrznym mającym wpływ na pogorszenie się sytuacji finansowej Jednostki jest fakt pozbawienia COM świadczeń w ramach Ratownictwa Medycznego, które jest zakresem możliwym do realizowania na dodatniej rentowności, zwłaszcza w sytuacji posiadania w swych strukturach Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.
3. Innym czynnikiem zewnętrznym wpływającym negatywnie na wynik finansowy jest dokonanie przez prezesa NFZ zmian wyceny grup JGP w zakresie ortopedii. W skutek tego obniżono przychody w realizacji procedur H4 do H19.
4. Istotnym czynnikiem zewnętrznym jest również ogólnie niska wycena w zasadzie prawie wszystkich procedur medycznych, wobec konieczności ponoszonych kosztów na ich realizację.

Do czynników wewnętrznych mających wpływ na wzrost dynamiki pogarszania się wyniku finansowego COM jest:

1. niewłaściwie zachowana proporcja struktury kosztów osobowych w relacji do osiąganych przychodów. Spowodowane jest to trzema podstawowymi czynnikami:
  - a) relatywnie wysokimi stawkami (zwłaszcza dla kadry lekarskiej zatrudnianej na kontraktach)



b) nadmierną ilością pracowników zarówno medycznych, jak i niemedycznych oraz administracyjnych. Ilość etatów przeliczeniowych na przestrzeni ostatnich trzech lat stale wzrasta. Analizy audytu wykazały ogólny nadmiar etatowy w skali całego Szpitala.

c) zbyt niska realizacja przychodów Szpitala wobec ilości zaangażowanego personelu oraz potencjału tkwiącego w Szpitalu.

2. zbyt mała liczba porodów realizowanych w COM, wobec zarówno potencjału popytowego wynikającego z ilości dzieci rodzących się w Powiecie Jarosławskim, jak i z potencjału podażowego, będącego w samym Szpitalu (II stopień referencyjności położnictwa i neonatologii, bardzo dobrej infrastruktury oraz wysokiej klasy sprzętu medycznego)

3. niewłaściwie dobrana baza łóżkowa do możliwości jej optymalnego wykorzystania,

4. brak poprawności w rozliczeniach z NFZ za realizowane procedury medyczne,

5. brak umiejętności ustalania budżetów poszczególnych oddziałów i szpitala, jako całości,

6. niewłaściwa struktura pacjentów hospitalizowanych w Oddziale Intensywnej Terapii,

7. brak tworzenia i korzystania z informacji zarządczej, z powodu braku prowadzenia controllingu finansowego,

Prócz tych najistotniejszych czynników mających bezpośredni wpływ na sytuację finansową Jednostki można wyartykułować jeszcze wiele innych mniejszej wagi.

## **9. ANALIZA ZOBOWIĄZAŃ COM WYNIKAJĄCA Z KREDYTÓW ORAZ POŻYCZEK**

Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu na dzień 31.12,2018 r. posiadał trzy długoterminowe zobowiązania na łączną kwotę 9 032 489,10 zł:

### **1. Kredyt obrotowy - Santander Bank Polska S.A.**

#### Warunki finansowe kredytu:

Oprocentowanie:	WIBOR 1M+marża 2,5 p.p.
Wysokość miesięcznej raty:	nie dotyczy
Termin spłaty:	2019-12-15

Kwota pozostała do spłaty na dzień 31.12.2018r.: 1 299 155,73 zł

Warunki zabezpieczenia: cesja umowy z POW NFZ w Rzeszowie w zakresie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 3 000 000,00 zł. + blokada środków w kwocie 1 500 000,00 zł. zgromadzonych przez Powiat Jarosławski na lokacie prowadzonej przez Bank.

## **2. Pożyczka - Idea Bank S.A. Warszawa**

### Warunki finansowe kredytu:

Oprocentowanie: 5,51%

Wysokość miesięcznej raty: 74 074,07 zł

Termin spłaty: 2027-03-31

Kwota pozostała do spłaty na dzień 31.12.2018r.: 7 333 333,37 zł

Warunki zabezpieczenia: cesja umowy z POW NFZ w Rzeszowie w zakresie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 170% salda.

## **3. Pożyczka – Powiat Jarosławski**

### Warunki finansowe kredytu:

Oprocentowanie: 0%

Wysokość miesięcznej raty: 33 333,00 zł

Termin spłaty: 2019-11-30

Kwota pozostała do spłaty na dzień 31.12.2018r.: 400 000 zł

Warunki zabezpieczenia: brak

W przypadku niemożności regulowania w terminie zobowiązań wobec dostawców COM naraża się na ponoszenie dodatkowych kosztów. Np. za opóźnienia płatności w transakcjach handlowych zgodnie z art. 3 ust. 3 ustawy z 8 marca 2013 roku o terminach zapłaty w transakcjach handlowych kontrahenci podmiotu leczniczego mogą naliczać odsetki w wysokości 9,5% w stosunku rocznym. Ponadto, na podstawie art. 10.1 ww. ustawy

wierzycielowi, od dnia nabycia uprawnienia do odsetek przysługuje od dłużnika, bez wezwania, równowartość kwoty 40 euro, stanowiącej rekompensatę za koszty odzyskiwania należności.

Dodatkowym aspektem ponoszenia kosztów odsetkowych jest narażanie się kierownika jednostki na odpowiedzialność dyscypliny finansów publicznych.

Stąd też pozytywnie należy ocenić wspieranie się Szpitala środkami zewnętrznymi, które są tańsze, niż odsetki ustawowe. Szczególnie korzystnymi są pożyczki od podmiotu tworzącego, w których to koszt uzyskania pożyczki jest zerowy, a dodatkowo istnieje potencjalna szansa na choć częściowe umorzenie uzyskanej w taki sposób pożyczki.

Częstokroć podmioty lecznicze korzystają z zewnętrznego finansowania używając go do montażu finansowego do pokrycia kapitału inwestycyjnego (inwestycje infrastrukturalne, sprzętowe, modernizacje itp.), co jest bardzo pozytywnym zjawiskiem. Natomiast kapitał zewnętrzny pozyskiwany do finansowania bieżących zobowiązań jednostki jest tym, czego powinno się unikać. Niestety obecnie wiele szpitali, w tym COM jest zmuszone do sięgania po kapitał zewnętrzny pozwalający na choć częściowe odzyskanie płynności finansowej i przetrwanie do czasu przeprowadzenia zmian funkcjonowania jednostki tak, by istotnie zbliżyć się do równoważenia kosztów operacyjnych przychodami uzyskiwanymi ze statutowej działalności.

W tej sytuacji rekomenduje się

- uzyskanie pożyczki od podmiotu tworzącego lub, jeśli jest to niemożliwe ze względu na sytuację budżetu powiatu jarosławskiego,
- odnowienie kredytu (powiększonego) obrotowego w Santander Bank Polska S.A. ze względu na niski koszt pieniądza,
- uzyskanie pożyczki w innym banku (np. Bank Gospodarstwa Krajowego) z oprocentowaniem łącznie niższym niż odsetki ustawowe oraz z możliwością karencji w spłacie pożyczki,
- lub uzyskanie pożyczki w innym podmiocie oferującym obecnie pożyczki na poziomie WIBOR 1M wraz z marżą do 4,30%.

Pozyskanie zewnętrznego kapitału na bieżące finansowanie jednostki należy, co jest oczywiste, realizować z natychmiastowymi zmianami wewnętrznymi Szpitala ograniczającymi koszty jego finansowania oraz zwiększającymi jego przychody.

## 10. REKOMENDACJE STRATEGICZNE

1. Sugeruje się, aby podjąć działania w kierunku zoptymalizowania istniejącej bazy łóżkowej. W Oddziale Dziecięcym, Kardiologii i Chirurgii proponuje się zmniejszenie liczby łóżek, w Oddziale Ortopedii zwiększenie, a w pozostałych pozostawienie w obecnym stanie. Innym rozwiązaniem może być wykorzystanie wolnych łóżek pod nowe produkty, np. rozszerzenie struktury produktowej o świadczenia z zakresu chirurgii naczyniowej, bariatryi, urologii, czy onkologii. W tym celu należy pozyskać lekarzy specjalistów, którzy na zasadzie umów cywilnoprawnych wykonywaliby jeden dzień w tygodniu tego typu zabiegi. Proponowane działania tym bardziej są wskazane, ponieważ Szpital dysponuje nadwyżką lekarzy anesteziologów, którą można byłoby wykorzystać do zwiększonej operatywy, nie ponosząc dodatkowych kosztów związanych z wynagrodzeniami anesteziologów.
2. Rekomenduje się włączenie Oddziału Kardiologii i Oddziału Reumatologii jako pododdziałów Oddziału Chorób Wewnętrznych, w których funkcję Ordynatora/Kierownika Oddziału pełniłaby jedna osoba. Pozwoli to uzupełnić niedobory kadrowe w Oddziale Wewnętrznym, pozwoli na dyżury łączone dla Kardiologii i Reumatologii oraz przełoży się na mniejsze koszty tych dyżurów, jak również oszczędności z tytułu dodatków funkcyjnych.
3. Proponuje się zmniejszenie zatrudnienia kadry medycznej, ale tylko i wyłącznie tam, gdzie nadwyżka jest znacząca i która nie ma odzwierciedlenia w uzyskiwanych przychodach. Należy dokonać wewnętrznej analizy każdej komórki organizacyjnej pod względem odpowiedniego wykorzystania kadrowego tak, by dokonać wewnętrznych przesunięć w obszary pozwalające wygenerować dodatkowe przychody dla Szpitala.
4. Wynajęcie 1 sali operacyjnej w weekendy podmiotowi zewnętrznemu zwiększyłoby wskaźnik wykorzystania Bloku Operacyjnego, a tym samym spowodowałoby wyższe przychody.
3. Spowodowanie prawidłowego i wyczerpującego rozliczania pacjentów z NFZ.
4. Sprawdzenie poprawności rozliczeń krwi, preparatów krwiopochodnych oraz żywienia do/ i pozajelitowego.
5. Dokonanie dokładnej analizy rozliczanych pacjentów w SOR pod kątem procedur w ramach poszczególnych Kategorii, wyeliminowania niewłaściwych luk pomiędzy Kategoriami, sprawdzenie czy wszystkie procedury zostały sprawozdane do NFZ. Należy pamiętać, że kwota przyznanego ryczałtu dobowego w SOR głównie opiera się na ryczałcie za funkcję, czyli za procedury, gdzie podobnie jak w przypadku grup JGP niewłaściwe rozliczenie pacjentów, to niższy ryczałt dobowy, a więc niższe przychody.

6. Sprawdzanie na bieżąco kwestionowanych przez NFZ rozliczeń i ich natychmiastowe poprawianie, aby nie umykały należne przychody.

7. W oddziałach szpitalnych należy podjąć decyzję o bezwzględnej kontroli wykonania kontraktu, a przede wszystkim dokładnym sprawdzaniu wszystkich elementów leczenia determinujących najkorzystniejsze rozliczenie świadczeń. Należy jak najszybciej podjąć w oddziałach szpitalnych działania w obszarze równoważenia liczby świadczonych usług medycznych z wielkością kontraktu w ramach ryczału.

8. Należy zoptymalizować długości hospitalizacji pacjenta, co znacznie ograniczy koszty zmienne, zwłaszcza w Oddziale Intensywnej Terapii.

9. Podobnie, jak w przypadku rozliczeń świadczeń w leczeniu szpitalnym, należy dokonać kontroli rozliczanych świadczeń w AOS, pod kątem sprawozdawania wszystkich porad i procedur wykonanych na rzecz pacjenta.

Należy rozważyć zmianę organizacji udzielania świadczeń w taki sposób, by w dniu wizyty pacjenta pierwszorazowego możliwe byłoby wykonanie badań i jednoczesne ich rozliczenie.

Należy poddać kontroli porady, które były wykonane, a mogą pozostawać bez rozliczenia do NFZ oraz porady, które mogą pozostawać w statusie „w trakcie realizacji” i również nie mają sprawozdanego rozliczenia do NFZ.

10. W proces zarządzania należy włączyć zdecydowanie efektywniejsze korzystanie z dostępnych możliwości pozyskiwania środków unijnych i krajowych w ramach programów wojewódzkich, czy krajowych nie wyłączając również innych.

11. Zwracać uwagę na prawidłowość opisów specyfikacji istotnych warunków zamówienia, by nie ograniczać konkurencyjności na rynku.

12. Postuluje się przededefiniować akcenty priorytetów, nadać odpowiednią rangę procesowi planowania, nadzoru oraz szybkiej reakcji na poprawę odchyleń od założonych celów. Zarząd na kluczowych stanowiskach winien posiadać pracowników wysoce merytorycznych, wnoszących rzeczywistą i wymierną wartość dodaną dla Szpitala.

13. Istotnym elementem organizacyjnym jest również odpowiednie reagowanie na zmieniające się otoczenie prawne, by w porę dostosowywać prawo wewnętrzne tak, by nie dochodziło do sprzeczności z zapisami ustawowymi.

14. Proponuje się rozważenie uzyskania kredytu i/lub pożyczki na nowych, konkurencyjnych warunkach, celem spłaty droższych instrumentów finansowych oraz zabezpieczeniu płynności finansowej Szpitala.

15. Należy bezwzględnie wprowadzić w Szpitalu controlling finansowy.

16. Rekomenduje się utworzenie w Szpitalu Sekcji Koderów, o czym w Załączniku nr 1 do Opracowania.

17. Rekomenduje się podjęcie działań do wdrożenia Programu KOC, o czym w Załączniku nr 2 do Opracowania.

## 11. EFEKT FINANSOWY PROPONOWANYCH DZIAŁAŃ

Podsumowując rekomendowane przez Audytorów działania należy się spodziewać, iż sytuacja finansowa Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu ma duże szanse na poprawę.

Wyliczono Efekt finansowy dla Szpitala w dwóch wariantach.

**Tabela nr 94 Efekt finansowy rekomendowanych działań**

Wyszczególnienie	Wariant I	Wariant II
Wykonanie kontraktu do 100% planu i poprawne rozliczenia świadczeń w oddziałach szpitalnych	1 980 000,00	1 980 000,00
Wykonanie kontraktu do 100% planu i poprawne rozliczenia świadczeń w poradniach specjalistycznych	182 000,00	182 000,00

Zmniejszenie kosztów osobowych (redukcja etatów, łączenie dyżurów , dodatki funkc. Ordyn.) - Lekarze		2 300 000,00
Zmniejszenie kosztów osobowych - Pielęgniarki		1 730 000,00
Wejście do Programu KOC	1 500 000,00	1 500 000,00
<b>EFEKT FINANSOWY</b>	<b>3 662 000,00</b>	<b>7 692 000,00</b>

**Wariant I** przewiduje :

- 1) "uszczelnienie " przychodów, polegające przede wszystkim na prawidłowym kodowaniu świadczeń zdrowotnych wg ICD10 i ICD9 i ich optymalnym rozliczaniu z NFZ. Sugeruje się usprawnienie tego procesu oraz wyeliminowanie wielu błędów już w pierwszej fazie, tj. na etapie "czytania" historii choroby pacjenta. Wiele skontrolowanych historii chorób pokazało jak można zakodować ten sam przypadek chorobowy, jednak z różnym efektem finansowym. Należy pamiętać , że przy tych samych poniesionych kosztach można uzyskać znacznie wyższe przychody. Można również wypracować ten sam kontrakt , lecząc mniej pacjentów, którzy zostaną wyżej rozliczeni, czyli przy tych samych przychodach można ponieść niższe koszty.
- 2) rozliczanie wyżej wycenionych grup JGP, np. świadczeń zabiegowych, wśród których możliwe jest wykonywanie zabiegów onkologicznych poza kontraktem w ramach DIL0;
- 3) zapłatę przez NFZ wg wykonania, w warunkach ryczału w ramach PSZ, ; nadwykonania w okresie poprzedzającym okres rozliczeniowy są istotne , ponieważ m.in. na tej podstawie oblicza się wielkość ryczału w systemie PSZ na okres kolejny.
- 4) niedopuszczanie do niedowykonania kontraktu; powinna zostać opracowana procedura informowania lekarzy POZ i SOR o stopniu realizacji kontraktu, by w sytuacji spodziewanego, niższego wykonania kontraktu, niż planowany, mogli kierować do tych poradni swoich pacjentów,
- 5) wejście do programu koordynowanej opieki nad matką w ciąży i jej dzieckiem (KOC ).

Stosując powyższe działania, spodziewany efekt finansowy oscyluje na kwotę ok. **3,6 mln zł rocznie**.

Wdrażając rekomendacje z **Wariantu II**, Centrum Opieki Medycznej w Jarosławiu ma szansę na jeszcze większy efekt finansowy. Wariant ten przewiduje przede wszystkim:

- 1) poprawne rozliczanie świadczeń, jak opisano wyżej,
- 2) zmniejszenie kosztów osobowych personelu lekarskiego zarówno z powodu występujących nadwyżek, łączonych dyżurów, jak również z powodu zlikwidowania dodatków funkcyjnych ordynatorów z dwóch oddziałów rekomendowanych jako pododdziały,
- 3) zmniejszenie kosztów osobowych personelu pielęgniarского i położniczego z powodu występujących nadwyżek kadrowych,
- 4) wejście do programu KOC, jak w opisie wyżej.

W tym przypadku COM mógłby poprawić swoją sytuację finansową o ponad **7,7 mln zł rocznie**.

Zalecane działania naprawcze dotyczące optymalizacji rozliczeń świadczeń już w pierwszym roku spowodują poprawę wyniku finansowego Jednostki, choć nadal wynik ten będzie ujemny. Kolejna znaczna poprawa wyniku nastąpi w następnych okresach ujmujących pełny efekt wprowadzonych działań naprawczych. Dzięki osiągnięciu rentowności na działalności podstawowej oraz przeprowadzeniu restrukturyzacji zadłużenia poprzez zamianę zobowiązań wymagalnych na kredyt bankowy Centrum Opieki Medycznej jest w stanie dalej funkcjonować i świadczyć usługi medyczne oraz rozwijać swoją działalność poprzez inwestycje odtworzeniowe oraz rozwojowe.



**Załącznik nr 1 do Planu Naprawczego COM w Jarosławiu****Utworzenie Sekcji Koderów**

Audytorzy rekomendują utworzenie w strukturach COM w Jarosławiu Sekcji Koderów do celów poprawnego kodowania świadczeń, ich właściwego grupowania w systemie JGP oraz optymalnego rozliczania z NFZ.

W zależności od struktury organizacji pracy w szpitalu oraz określonego zakresu obowiązków, koder medyczny (pracownik działu koderów) może w swojej codziennej pracy wykonywać różnego rodzaju zadania związane ze sprawozdawaniem i rozliczaniem świadczeń medycznych. Sekcje Koderów mają największy wpływ na końcowy efekt rozliczania świadczeń medycznych. W dużej mierze od ich aktywności (współpraca lekarz – koder - sekretarka medyczna) zależy wynik finansowy podmiotu.

**Poprawne rozliczenia świadczeń nie zwiększają kosztów (koszty już zostały poniesione) a powstałe nadwykonania w przyszłości mogą punktować przy zwiększeniu ryczałtu.**

Poprawne zakodowanie świadczeń medycznych umożliwia wyznaczenie grupy JGP i rozliczenie z NFZ, umożliwia korzystniejsze rozliczenie (np. wyznaczenie grupy JGP o wyższej wartości punktowej).

Indywidualne rozliczenie pacjenta (wniosek o indywidualne rozliczenie) pozwala uzyskać wyższą wartość przy rozliczeniu hospitalizacji niż zakodowanie grupy JGP wyznaczonej przez grupera.

**ZADANIA SEKCJI KODERÓW:**

- 1) Analiza danych od momentu przyjęcia pacjenta.
- 2) Weryfikacja kompletności i poprawności danych.
- 3) Weryfikacja pacjentów nieubezpieczonych oraz kontrola zgód o tymczasowe ubezpieczenie.
- 4) Sprawdzenie czy pacjent nie był hospitalizowany w odstępie krótszym niż 14 dni od dnia przyjęcia.
- 5) Sprawdzenie czy pacjent nie powrócił do szpitala tego samego dnia.

- 6) Każdy przyjęty pacjent jest weryfikowany (np. czy istnieje podejrzenie że pacjent może być onkologiczny).
- 7) Współpraca kodera z lekarzem, konsultacje dotyczące postępowania medycznego z pacjentem, jakie są planowane działania.
- 8) Ustalenie czy jakieś świadczenia korzystniej będzie zrealizować z poziomu Oddziału czy skierować np. do poradni czy na inny oddział.
- 9) Ustalenia kodera z lekarzem odnośnie kodowania rozpoznań.
- 10) Ustalenie czy zaproponowana grupa JGP jest optymalna i czy należy sporządzić wniosek o indywidualne rozliczenie.
- 11) Sprawdzenie kompletności dokumentacji medycznej (sprawdzenie wymaganych wpisów oraz podpisów).
- 12) Sprawdzenie dokumentów dodatkowych np. karta przetoczeń, karta żywienia.
- 13) Porównanie danych zawartych w dokumentacji medycznej z danymi wprowadzonymi do systemu informatycznego (ICD-9 oraz ICD-10).
- 14) Zakodowanie świadczeń dodatkowych (do sumowania).
- 15) Sporządzenie wniosku o indywidualne rozliczenie i kosztorysów.
- 16) Weryfikacja błędów walidacji (wewnętrznych).
- 17) Weryfikacja i poprawianie błędów statystycznych (weryfikacji NFZ) we współpracy z pozostałymi uczestnikami procesu.
- 18) Analizy sprawozdawanych danych – ilość rozliczonych punktów w odniesieniu do pacjenta, stopień realizacji kontraktu itp. Wykonywanie analiz porównawczych na podstawie wykonać z kolejnych miesięcy (spadek czy wzrost).
- 19) Weryfikacja hospitalizacji bez danych rozliczeniowych !
- 20) Monitorowanie przepisów prawnych i Zarządzeń NFZ.
- 21) Zgłaszanie propozycji do projektów Zarządzeń NFZ w porozumieniu z koordynatorami oddziałów.
- 22) Bieżące przekazywanie informacji o zmianach w rozliczeniach świadczeń.
- 23) Przygotowanie i aktualizacja tzw. Podpowiadaczy na poszczególne komórki.
- 24) Przygotowywanie pism do NFZ umożliwiających rozliczenie przypadków trudnych oraz prośby o odblokowanie umowy za poprzedni rok (szczególnie przy rozliczaniu badań genetycznych oraz przy zgodach wójta/burmistrza).
- 25) Nacisk na pacjenta onkologicznego DILO – rozliczenia poza ryczałtem – w pakiecie (świadczenia nielimitowane przez NFZ) lub poza pakietem.
- 26) Współpraca z komórkami (TK oraz endoskopia) – nacisk na wykonywanie badań kosztochłonnych ambulatoryjnie – bez kosztu dla szpitala – rozliczenia poprzez pracownie – rezerwacja miejsc dla pacjentów amb.

Praca Sekcji Koderów będzie miała na celu bieżącą weryfikację rozliczanych świadczeń oraz pomoc i wsparcie oddziałów celem optymalizacji i weryfikacji poprawności rozliczeń od momentu przyjęcia pacjenta do wypisu. Dzięki temu możliwa będzie modyfikacja rozliczeń, co

po wypisaniu pacjenta jest już niemożliwe. Współpraca Sekcji Koderów z Działem Rozliczeń i Działem Analiz/Controllingu w Szpitalu na wszystkich etapach rozliczenia i kontroli świadczeń medycznych będzie skutkowała możliwością korzystniejszego rozliczenia poszczególnych pacjentów a przez to uzyskania przez szpital wyższych przychodów.

**Załącznik nr 2 do Planu Naprawczego COM w Jarosławiu****Wejście do Programu Kompleksowej opieki medycznej nad matką w okresie ciąży, porodu, położu oraz jej nowo narodzonym dzieckiem (KOC).**

Posiadając II stopień referencyjności w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Neonatologicznym oraz spełniając pozostałe kryteria NFZ, Szpital w Jarosławiu powinien zdaniem Auditorów skorzystać z rozwiązań jakie daje KOC.

W myśl zarządzenia NFZ, kobiety w ciąży, które zgłoszą się do programu, uzyskają w ramach opieki finansowanej przez NFZ, pełnoprofilową opiekę w okresie ciąży, porodu oraz w okresie sześciu tygodni po urodzeniu dziecka. Warto podkreślić, że ciężarna może zgłosić się do programu na każdym etapie ciąży.

Nad bezpieczeństwem mamy i dziecka czuwa zespół złożony z lekarza ginekologa, położnej oraz lekarzy szpitala. W ramach opieki koordynowanej zespół zapewnia całość opieki nad matką i dzieckiem od momentu potwierdzenia ciąży lub zgłoszenia się pacjentki do czasu ukończenia przez dziecko pierwszych sześciu tygodni życia. Opieka po urodzeniu dziecka będzie obejmuje między innymi wizyty położnej w domu oraz konsultacje w zakresie karmienia piersią.

Kompleksowa opieka medyczna nad matką i dzieckiem poprawia komfort i poczucie bezpieczeństwa kobiet w okresie ciąży, porodu i położu, wpływa na zmniejszenie umieralności okołoporodowej, a także mniejszą liczbę cięć cesarskich.

Wymiernym efektem jest również poprawa wyniku finansowego Oddziału Ginekologiczno-Położniczego oraz Neonatologicznego.

Szpital - współkoordynator programu zapewniając jakość, ciągłość i kompleksowość opieki - może skorzystać z korzystnego sposobu rozliczenia. Placówka, która zdecyduje się realizować program opieki koordynowanej, może liczyć na wyższe finansowanie, pod warunkiem spełnienia określonych wymagań. Do programu mogą przystąpić te placówki, które deklarują minimum 600 porodów rocznie i jednocześnie zabezpieczą dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych oraz położnej. Właśnie Szpital w Jarosławiu ma ogromne szanse na spełnienie tych kryteriów, co w zdecydowany sposób może przełożyć się na poprawę sytuacji finansowej Szpitala.

**Zadania podmiotu koordynującego**

1. Przygotowuje „Informację dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży”, a tym samym uzyskuje zgodę pacjentki na przystąpienie do KOC,
2. Opracowuje schemat organizacyjny realizacji KOC,
3. Przygotowuje indywidualne plany opieki perinatalnej,
4. Realizuje i zapewnia świadczenia w zakresie poradnictwa ambulatoryjnego, związane z porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje,
5. Koordynuje czynności związane z zapewnieniem konsultacji specjalistycznych koniecznych w procesie opieki,
6. Współpracuje z lekarzem POZ, położną POZ oraz pielęgniarką środowiskową, na liście których znajduje się kobieta w ciąży,
7. Zapewnia opiekę medyczną 24/7 dni w tygodniu,
8. Koordynuje cały proces opieki,
9. W przypadku rezygnacji pacjentki z opieki w ramach KOC, odpowiada za odnotowanie tego faktu w historii choroby,
10. Odpowiada za prowadzenie dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami .

W ramach KOC realizowane powinny być konsultacje specjalistyczne w różnych dziedzinach zgodnie ze wskazaniami medycznymi, nie jest natomiast uwzględnione przewlekłe leczenie związane ze schorzeniami innych narządów prowadzone w poradniach innych specjalności niż położnictwo i ginekologia.

W przypadkach występowania powikłań lub opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych, zapewnia opiekę psychologiczną

Podmiot realizujący obowiązany jest do udzielania świadczeń z zakresu KOC, wszystkim zgłaszającym się ciężarnym, niezależnie od zaawansowania ciąży, oraz noworodkom zgodnie ze wskazaniami medycznymi w sytuacji kiedy poród odbył się w ośrodku o niższym poziomie referencyjnym.

**Organizacja udzielania świadczenia**

1. Włączenie do opieki koordynowanej następuje podczas pierwszej porady udzielanej ciężarnej kobiecie, w komórce realizującej KOC. Odnotowanie tego faktu w systemie informatycznym, udostępnionym przez Fundusz do monitorowania KOC powinno nastąpić niezwłocznie, najpóźniej do 3 dni od daty pierwszej porady,
2. Osobą prowadzącą ciążę może być położna lub lekarz położnik-ginekolog, zgodnie z wyborem kobiety objętej KOC i wskazaniami medycznymi,
3. Po dokonaniu wyboru formy opieki w czasie ciąży, porodu i porożu, kobieta uzyskuje informację KOC, która zawiera m.in. dane kontaktowe osoby (np. położnej), która będzie współpracować z pacjentką, oraz wykaz miejsc udzielania świadczeń w okresie objęcia opieką koordynowaną,
4. W ramach KOC zapewniona powinna być możliwość uzyskania porady we wszystkie dni tygodnia, z zachowaniem możliwości dostępu do świadczeń 24h na dobę w przypadku wskazań medycznych,
5. Podmiot koordynujący w ramach Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej nad kobietą w ciąży przygotowuje indywidualny plan opieki uwzględniający opiekę lekarza (wybór lekarza, położnej prowadzącej ciążę), stomatologa, psychologa, poradnictwa laktacyjnego oraz edukacji przedporodowej od 21 tygodnia ciąży prowadzonej przez położną,
6. Podmiot koordynujący odpowiada za realizację świadczeń zgodnie ze standardami i warunkami określonymi w przepisach prawa, w szczególności w aktualnie obowiązujących rozporządzeniach Ministra Zdrowia.

**Sposób finansowania**

Wycena świadczeń KOC obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem do czasu wypisania ze szpitala.

Wycena KOC obejmuje odpowiedni ryczałt, który zróżnicowany jest w zależności od tygodnia ciąży, w którym kobieta została objęta opieką.

**W przypadku wystąpienia powikłań w przebiegu ciąży, porodu lub w opiece nad noworodkiem, istnieje możliwość dosumowania do odpowiedniego ryczałtu KOC dodatkowych procedur:**

**POŁOŻNICZE**

- **Grupa N09** ciężka patologia ciąży – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe >6 dni
- **Grupa N11** ciężka patologia ciąży – diagnostyka rozszerzona, leczenie kompleksowe >10 dni z pw
- **Grupa N08** ciężka patologia płodu – diagnostyka, leczenie

**NOWORODKOWE**

- **Grupa N21** ciężka patologia noworodka > 30dni
- **Grupa N22** noworodek wymagający intensywnej terapii
- **Grupa N23** noworodek wymagający intensywnej opieki
- **Grupa N24** noworodek wymagający szczególnej opieki
- **Grupa N25** noworodek wymagający wzmożonego nadzoru

W przypadku realizacji KOC gdy wystąpiły wskazania do hospitalizacji w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii rozliczenie pobytu w OAiIT, następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne, w zakresie świadczeń: anestezjologia i intensywna terapia.

W przypadku wystąpienia wskazań klinicznych wymagających opieki psychologicznej, świadczenie to można dosumować.

W przypadku wystąpienia poronienia rozliczanie następuje w ramach umowy na leczenie szpitalne.

Po upływie trzech miesięcy, licząc od miesiąca w którym rozpoczęto realizację umowy, a następnie w okresach trzymiesięcznych, dokonywana jest ocena spełnienia parametrów jakościowych.

Skutek spełnienia ocenianych parametrów, uwzględniany jest przy finansowaniu świadczeń KOC w okresie następnych trzech miesięcy.

## Symulacja zwiększenia przychodów w ramach KOC

Poniższe wyliczenia oparto na liczbie 210 pacjentek w skali półroczna, tj.420 w skali roku przyjmując założenie, że nie wszystkie, a tylko ok.70% pacjentek zostanie włączonych do koordynowanej opieki.

Uzyskane wyniki zostały policzone w tzw. wersji minimum, ponieważ nie wzięto do przeliczeń żadnych świadczeń dodatkowych do sumowania. Zatem, należy przypuszczać, że wynik ten będzie znacznie korzystniejszy.

**Tabela nr 93. Symulacja zwiększenia przychodów w ramach KOC w skali roku**

### ROZLICZENIE GRUPY NO1 - PORÓD FIZJOLOGICZNY

	Finansowanie w ramach KOC	Finansowanie w ramach zwykłej umowy		
symulowana liczba pacjentek w danej kategorii	wartość udzielonych świadczeń wg KOCA	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N01, N20 (poród fizjologiczny noworodek zdrowy)	wartość udzielonych świadczeń	różnica pomiędzy KOC a zwykłą umową
140,00	1 190 336,60		621 145,00	569 191,60

### ROZLICZENIE GRUPY NO1 - PORÓD FIZJOLOGICZNY + PATOLOGIA CIAŻY

	Finansowanie w ramach KOC	Finansowanie w ramach zwykłej umowy		
symulowana liczba pacjentek w danej kategorii	wartość udzielonych świadczeń	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N01, N20 (poród fizjologiczny noworodek pod opieką + patologia ciąży)	wartość udzielonych świadczeń	różnica pomiędzy KOC a zwykłą umową
66,00	590 680,20		550 315,89	40 364,31

### ROZLICZENIE GRUPY NO2 - PORÓD MNOGI LUB PRZEDWCZESNY

	Finansowanie w ramach KOC	Finansowanie w ramach zwykłej umowy		
symulowana	wartość udzielonych	Finansowanie w ramach aktualnych	wartość	różnica



liczba pacjentek w danej kategorii	swiadczeń wg KOCA	umów NFZ. AOS, N02, N25 (poród fizjologiczny noworodek pod opieką)	udzielonych świadczeń	pomiędzy KOC a zwykłą umową
2,00	16 882,00		12 201,50	4 680,50

**ROZLICZENIE GRUPY N03 - PATOLOGIA Z PORODEM POBYT POWYŻEJ 5 DNI**

	Finansowanie w ramach KOC	Finansowanie w ramach zwykłej umowy		
symulowana liczba pacjentek w danej kategorii	wartość udzielonych świadczeń wg KOCA	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N01, N20 (poród fizjologiczny noworodek zdrowy)	wartość udzielonych świadczeń	różnica pomiędzy KOC a zwykłą umową
2,00	28 428,00		19 065,50	9 362,50

**ROZLICZENIE GRUP N01, N02, N03 - zbiorczo**

	Finansowanie w ramach KOC	Finansowanie w ramach zwykłej umowy		W skali półrocza ze wsp.koryg.	W skali roku ze współcz. koryg.
symulowana liczba pacjentek w danej kategorii	wartość udzielonych świadczeń wg KOCA	Finansowanie w ramach aktualnych umów NFZ. AOS, N01, N02, N03, N20 (II stopień referenc.)	wartość udzielonych świadczeń	różnica pomiędzy KOC a zwykłą umową	różnica pomiędzy KOC a zwykłą umową
210,00	1 826 326,80		1 202 727,89	748 319	<b>1 496 637</b>