

OKŁADKA AWERS

**Audyt działalności Regionalnego Szpitala
Specjalistycznego im. dr Władysława Biegańskiego w
Grudziądzu wraz z opracowaniem programu
naprawczego oraz przedstawieniem rekomendacji
co do strategii dalszego funkcjonowania
Szpitala i restrukturyzacji jego zadłużenia**



Poznań, sierpień 2017

WSTĘP

Zastrzeżenia do Raportu: Brak spójności z wersją papierową

SPIS OBJAŚNIENI I SKRÓTÓW

Formedis / Audytor	Formedis Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Poznaniu (60-649) przy ulicy ul. 28 Czerwca 1956 roku 406/29, wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS 0000426734 prowadzonego przez Sąd Rejonowy Poznań – Nowe Miasto i Wilda w Poznaniu, VIII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP: 783-169-01-52
Miasto Grudziądz	Urząd Miejski w Grudziądzu, ul. Ratuszowa 1, 86-300 Grudziądz
Szpital	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego, ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz
Organ Tworzący	Gmina Miasto Grudziądz
Zleceniodawca	Gmina Miasto Grudziądz
Umowa	Umowa o współpracy zawarta dnia 14 grudnia 2016 r. pomiędzy Miastem Grudziądz a Formedis
Raport	niniejszy dokument – prezentujący wyniki z przeprowadzonego audytu sytuacji wyjściowej Szpitala, zawierający rekomendacje co do strategii dalszego funkcjonowania Szpitala, uwzględniające szanse i ewentualne zagrożenia dla Szpitala wynikające z planowanych i wdrożonych zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia oraz przedstawiający i analizujący potencjalne warianty restrukturyzacji zadłużenia Szpitala.
Województwo	województwo kujawsko - pomorskie
Powiat	powiat grudziądzki

Miasto	Grudziądz
Program Medyczny	wykaz obszarów planowanej działalności Szpitala z uwzględnieniem listy oraz wielkości niezbędnych komórek organizacyjnych, jakie powinny funkcjonować w Szpitalu w celu optymalnej realizacji planowanego zakresu świadczeń leczniczych
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OW NFZ	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
Płatnik	NFZ lub jego następcę prawny
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
działalność lecznicza	polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych
świadczenia zdrowotne/usługi medyczne	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
podmiot leczniczy	podmiot wykonujący działalność leczniczą
szpital	zakład leczniczy, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne
ambulatorium	zakład leczniczy, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i/lub podstawowej opieki zdrowotnej
świadczenia szpitalne/leczenie szpitalne	wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji

Zastrzeżenia do Raportu: podmiot, który dzieli się na zakłady

Zastrzeżenia do Raportu: świadczenia

i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin

**świadczenia rehabilitacji
lecniczej**

świadczenia **lecnicze** mające na celu przywrócenie pełnej lub możliwej do osiągnięcia sprawności fizycznej i psychicznej, zdolności do pracy oraz poprawę jakości życia

**świadczenia pielęgnacyjne
i opiekuńcze w ramach opieki
długoterminowej**

świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane w ramach opieki długoterminowej

**świadczenia z zakresu opieki
paliatywnej i hospicyjnej**

Świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi oraz leczenie objawowe pacjentów z chorobami nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień **psychicznych, duchowych i socjalnych**

**świadczenia z zakresu
psychiatrii leczenia uzależnień**

Świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień są skierowane do osób z zaburzeniami psychicznymi oraz do osób uzależnionych i ich rodzin. W zależności od potrzeb i stanu pacjenta leczenie jest prowadzone w warunkach stacjonarnych, dziennych lub ambulatoryjnych.

**podstawowa opieka zdrowotna
(POZ) i POZN**

świadczenia zdrowotne z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, w tym z zakresu Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej

**ambulatoryjna opieka
specjalistyczna (AOS)**

świadczenia zdrowotne z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Zastrzeżenia do Raportu: co to oznacza?

Zastrzeżenia do Raportu: czy zdrowotne

Zastrzeżenia do Raportu: ???

stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne	stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż świadczenie szpitalne, w tym: świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach
pacjent	pacjent w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta
GUS	Główny Urząd Statystyczny
Mapy Potrzeb Zdrowotnych	narzędzie analityczne opracowane przez Ministerstwo Zdrowia na podstawie Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz z godnie z Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2015 r. w sprawie zakresu treści map potrzeb zdrowotnych, mające za zadanie wspieranie decyzji zarządczych w ochronie zdrowia. Przedstawiają one trendy demograficzne i epidemiologiczne, istniejącą infrastrukturę w ochronie zdrowia oraz przyszłe potrzeby w tym zakresie
PSZ / sieć szpitali	system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali) utworzony na bazie Ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1163)



GIM

Grudziądzkie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o.
ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz

STRESZCZENIE MENEDŻERSKIE

Audytor zgodnie z § 2 ust. 1 pkt. A umowy z dnia 14 grudnia 2016 r. zawartej z Urzędem Miejskim w Grudziądzu, przeprowadził:

- + audyt sytuacji wyjściowej Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu, oraz
- + przeprowadził analizę potencjalnych wariantów restrukturyzacji zadłużenia Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu,

i w niniejszym Streszczeniu Raportu (oraz w przedmiotowym Raporcie) zamieścił wyniki powyższych analiz oraz przedstawił rekomendacje dotyczące strategii dalszego funkcjonowania Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu, uwzględniające szanse i ewentualne zagrożenia dla Szpitala wynikające z planowanych zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

Nie ulega wątpliwości, że Regionalny Szpital Specjalistyczny w Grudziądzu, to jedna z najnowocześniejszych placówek tego typu w Polsce, o łącznej powierzchni zabudowy ok. 28.409 m² i powierzchni użytkowej wynoszącej ok. 96.010 m². Szpital rocznie leczy ponad 43 tys. pacjentów w trybie zachowawczym i zabiegowym. Posiada 38 oddziałów łóżkowych, wykonuje rocznie ponad 10,8 tys. różnego typu zabiegów operacyjnych od tych najdrobniejszych, wykonywanych np. w ramach Oddziału Chirurgii Ogólnej, po te najbardziej skomplikowane, wykonywane na Oddziałach Kardiochirurgii i Neurochirurgii, wykonuje ponadto ok. 16,5 tys. dializ, udziela ponad 200 tys. porad specjalistycznych i wykonuje ponad 1,0 mln różnego typu badań diagnostycznych.

Szpital prowadzi działalność w budynkach zlokalizowanych w Grudziądzu, przy ul. Ludwika Rydygiera 15/17 oraz przy ul. Szpitalnej 6/8 – gdzie mieszczą się: Przychodnia POZ (parter byłego Oddziału Wewnętrzny) oraz Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (I i II piętro budynku przy ul. Szpitalnej 6/8). Jak wynika z przeprowadzonego audytu ogólna powierzchnia użytkowa przeznaczona na podstawowe i pomocnicze funkcje medyczne wynosi ok. 55 444 m² (z czego ok. 2 634 m² w lokalizacji przy ul. Szpitalnej), co stanowi 57% ogółu powierzchni użytkowej budynków Szpitala (96 520 m²). Na dzień sporządzenia niniejszego Raportu – Szpital nie wykorzystywał ok. 2 190 m² powierzchni użytkowej Szpitala, co stanowiło ok. 2,3% powierzchni użytkowej ogółem. Niewykorzystywane powierzchnie w Budynku „B” przeznaczone będą na realizację niezbędnych zadań inwestycyjnych - Centralną Sterylizatornię oraz OAiIT. Budynki i pomieszczenia szpitalne mają najwyższy standard wykończenia i wyposażenie – niespotykany (lub bardzo rzadko spotykany) w polskich szpitalach. Szpital spełnia prawie wszystkie wymagania dla budynków i pomieszczeń szpitalnych określonych przepisami prawa, w tym wymagania określone Rozporządzeniem Ministra

Zastrzeżenia do Raportu: powierzchnia niespójna

Zastrzeżenia do Raportu: powierzchnia niespójna (jak powyżej)

Zastrzeżenia do Raportu: spełniamy wymogi Rozporządzenia

Zastrzeżenia do Raportu: Jakich nie spełnia szpital wymagań?

Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012 poz. 739).

Niespełnionym na dzień dzisiejszy przez Szpital wymaganiem jest wymaganie określone w § 4 ust. 3 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii - Dz.U. 2016 poz. 2218 – „liczba łóżek na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii powinna stanowić co najmniej 2% ogólnej liczby łóżek” w Szpitalu. Szpitalny OAiIT posiada 14 łóżek (stanowisk) i do spełnienia wymagań - przy obecnej liczbie łóżek w Szpitalu - niezbędne jest powiększenie Oddziału o 8-9 łóżek (stanowisk). Należy jednak nadmienić, że Szpital nie wykorzystuje potencjału posiadanej bazy łóżkowej i ich ewentualna redukcja mogłaby spowodować, że powiększenie OAiIT w tak znacznym zakresie byłoby niepotrzebne. Dodatkowo Szpital przewiduje realizację inwestycji w zakresie Centralnej Sterylizatorni (konieczność jej modernizacji w oparciu o nowe technologie, w tym również walidację procesu sterylizacji w Szpitalu) i Pracowni Gastroenterologii Dziecięcej oraz drobne inwestycje w Kuchnię i Parking. Łączny koszt wyżej opisanych inwestycji szacuje się na kwotę **ok. 10,97 mln zł.**

Szacowane koszty inwestycji w infrastrukturę budowlaną Szpitala

Komórka organizacyjna	Zakres inwestycji	Wartość
Centralna Sterylizatornia	Adaptacja pomieszczeń znajdujących się na parterze Budynku "B" dla potrzeb Centralnej Sterylizatorni wraz z zakupem wyposażenia	4 200 000
OAiIT	Adaptacja pomieszczeń po Oddziale Rehabilitacyjnym na potrzeby utworzenia OAiIT	6 500 000
Pracownia Gastroenterologii Dziecięcej	Adaptacja pomieszczeń na Pracownię	100 000
Kuchnia	Przebudowa instalacji gazowej dla potrzeb wytwornicy pary znajdującej się w budynku kuchni oraz dostawa, montaż i uruchomienie: wytwornicy pary Typ A250, podgrzewanego zbiornika zasilającego, komina o wysokości 8 wraz z podstawą i czopuchem, elementów połączeniowych do wody, pary, skroplin	134 000
Parking	Zakup, montaż i uruchomienie dwóch systemów parkingowych	36 000
Razem		10 970 000

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Szpital, w trakcie audytu, przedstawił Audytorowi opinię Komendanta Miejskiej Państwowej Straży Pożarnej w Grudziądzu z dnia 3 stycznia 2017 r., potwierdzającą fakt spełniania przez budynki, w

Zastrzeżenia do Raportu: Poniżej brak tekstu – brak spójności z wersją papierową.

Zastrzeżenia do Raportu: Powinny być uwzględnione sale izolacyjne.

Zastrzeżenia do Raportu: Co to oznacza i gdzie? Czy płatnik płaci za łóżko czy za świadczenie zdrowotne?

Zastrzeżenia do Raportu: W jaki sposób nie wykorzystuje potencjału, skoro szpital ma kolejki na udzielane świadczenia, a obłożenie łóżek jest powyżej średniej województwa.

których Szpital prowadzi działalność leczniczą, wymagań ochrony przeciwpożarowej budynków, określonych w przepisach, w tym w szczególności w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie (Dz.U. 2002 nr 75 poz. 690) wraz z późniejszymi zmianami (tekst jednolity: Obwieszczenie Ministra Infrastruktury i Rozwoju z dnia 17 lipca 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Infrastruktury w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie - Dz.U. 2015 nr 0 poz. 1422). **W przypadku odstąpienia od rozbudowy OAiIT oraz centralnej Sterylizatorni koszty te zostałyby ograniczone do kwoty ok. 270 tys. zł.**

Przeprowadzony w Szpitalu audyt wykazał, że wszystkie komórki organizacyjne Szpitala są wyposażone w sprzęt i aparaturę medyczną wymaganą przepisami prawa dla realizacji świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Oszacowana w trakcie audytu wartość nakładów odtworzeniowych w sprzęt i aparaturę medyczną jakie prawdopodobnie w latach 2018 – 2022 będzie musiał ponieść Szpital wynosi **ok. 33,80 mln zł** (ryzyko inwestycyjne). Kwota ta uwzględnia wartość wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną OAiIT oraz Centralnej Sterylizatorni (łącznie ok. 17,4 mln zł).

Szacowane koszty inwestycji w sprzęt i aparaturę medyczną

Komórka	Zadanie inwestycyjne	Wartość
Centralna Sterylizatornia	Zakup sprzętu na wyposażenie Centralnej Sterylizatorni	5 400 000
OAiIT	Zakup sprzętu na wyposażenie OAiIT	12 000 000
Pozostałe komórki Szpitala	Zakupy odtworzeniowe sprzętu i aparatury medycznej starszej niż 10 lat zgodnie ze specyfikacją zamieszczoną w tabeli nr 129 Raportu	16 400 000
Ogółem		33 800 000

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jednocześnie należy zaznaczyć, że 17,4 mln zł z powyższej kwoty stanowią koszty wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną nowego OAiIT oraz nowej Centralnej Sterylizatorni, czyli w przypadku odstąpienia od rozbudowy w/w komórek, koszty inwestycyjne w sprzęt i aparaturę medyczną byłyby wyłącznie związane z odtworzeniem sprzętu i aparatury medycznej starszej niż 10 lat i wyniosłyby ok. 16,4 mln zł. W tym przypadku należy zaznaczyć, że jest to wyłącznie ryzyko inwestycyjne – zakładające, że może wystąpić konieczność odtworzenia sprzętu i aparatury medycznej starszej niż 10 lat i że taki sprzęt i aparatura medyczna - ze względu na swoje zużycie techniczne i/lub technologiczne - powinna zostać wymieniona.

Zastrzeżenia do Raportu: Na jakiej podstawie? Czy analizowano wydajność i jakość obecnie?

Zastrzeżenia do Raportu: Czy był audyt Centralnej Sterylizatorni – czy ktoś widział?

Zastrzeżenia do Raportu: Czy analizowano efektywność pracy Centralnej Sterylizatorni, która bezpośrednio przedkłada się na efektywność bloków operacyjnych?

Zastrzeżenia do Raportu: Wartość planowanych inwestycji zostały aplikowane w projektach unijnych. Wstępnie szacowane wartości kosztów, które ponosiłby szpital oscyluje na poziomie 15%.

Zastrzeżenia do Raportu: Wartość planowanych inwestycji zostały aplikowane w projektach unijnych. Wstępnie szacowane wartości kosztów, które ponosiłby szpital oscyluje na poziomie 15%.

Zastrzeżenia do Raportu: Wysokie koszty serwisowania, częste awarie, brak możliwości realizowania świadczeń / zakupy, raty, dzierżawy. Czy były analizowane koszty serwisowania starzejącej się aparatury medycznej, a centralna sterylizatornia w 100% wymaga zakupu nowego sprzętu.

Zgodnie z dostarczonym Audytorowi w trakcie audytu dokumentem - „*Informacja dotycząca elektronicznej dokumentacji medycznej w systemie Eskulap*” - opracowanym przez firmę „RightSoft” Sp. z o.o., infrastruktura IT Szpitala na bieżąco jest dostosowywana do wymagań Ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657) wraz z późniejszymi zmianami (tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia - Dz.U. 2016 nr 0 poz. 1535). Szpital w ostatnich 10 latach zainwestował w infrastrukturę IT oraz telemedycynę ok. 20,0 mln zł. Infrastruktura IT Szpitala jest na bardzo wysokim - niespotykanym lub bardzo rzadko spotykanym w polskich szpitalach - poziomie. W najbliższych latach Szpital będzie potrzebował tylko niewielkich - standardowych inwestycji odtworzeniowych i rozwojowych w infrastrukturę IT, związanych z zużyciem technologicznym i/lub technicznym sprzętu oraz z koniecznością niezbędnego, stałego powiększania serwerów w związku z rozrastaniem się baz danych.

Zastrzeżenia do Raportu: Nie spójne z wersją papierową brakuje całych akapitów.

Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844) został utworzony system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali). Szpital na okres czterech lat - jako jeden z czterech szpitali w Województwie Kujawsko-Pomorskim - został zakwalifikowany do poziomu szpitali III-go stopnia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), co w kontekście jego znaczenia w regionie i ewentualnego dalszego rozwoju należy uznać za duży sukces przedstawicieli Organu Tworzącego i Dyrekcji Szpitala. W obszarze *leczenia szpitalnego*, którego przychody ze sprzedaży usług w ramach umów końcowych z NFZ stanowiły w 2016 r. ok. 73% przychodów ogółem Szpitala ze sprzedaży usług w ramach umów z NFZ, Szpital we wszystkich profilach z tego obszaru, które są objęte PSZ i w których Szpital aktualnie świadczy usługi w ramach umów z NFZ, został zakwalifikowany do PSZ. Z jednej strony oznacza to ustabilizowanie przychodów Szpitala w okresie najbliższych czterech lat, z drugiej strony, w związku z ciągłym brakiem - poddanego dopiero konsultacjom społecznym - rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz niejasnej sytuacji ze sposobem rozliczania w ramach PSZ świadczeń zrealizowanych ponad wartość określoną limitem (tzw. „nadwykonań”) nie daje gwarancji, że ryczałt przyznany Szpitalowi pozwoli na uzyskanie rentowności poszczególnych komórek organizacyjnych finansowanych ryczałtem PSZ. Pozostałe obszary działalności Szpitala - nierozliczane w ramach PSZ - będą finansowane na dotychczasowych zasadach - Szpital będzie uczestniczył w konkursach ofert ogłaszanych przez NFZ.

Z powyższego opisu można by było wyciągnąć wnioski, że mamy do czynienia z wręcz wzorcowym podmiotem leczniczym i należy stwierdzić, że z punktu widzenia oceny infrastruktury

posiadanej przez Szpital, bardzo szerokiego zakresu oferowanych świadczeń, bardzo wysokiego poziomu realizowanych usług, czyli z punktu widzenia pacjenta jest to **wzorcowy Szpital**. Również z punktu widzenia pracowników Szpitala jest to miejsce dające im szansę personalnego rozwoju a przede wszystkim miejsce dające szansę kadrze medycznej na szybkie podniesienie swoich kwalifikacji. W dobie szykującego się ogromnego kryzysu związanego z brakiem kadry lekarskiej (już dzisiaj nie jest łatwo pozyskać dobrych lekarzy specjalistów) jest to ogromny atut Szpitala.

Jednak analizując sytuację finansową Szpitala można dojść do wniosków, że jest to „~~koło na glinianych nogach~~”. Zgodnie z przekazanymi Audytorowi rocznymi sprawozdaniami finansowymi za lata 2013–2016, średnioroczne przychody Szpitala ze sprzedaży kształtowały się w tym okresie na poziomie 228,0 mln zł, przy średniorocznej sumie kosztów sprzedanych produktów, towarów i materiałów (241,3 mln zł), kosztów sprzedaży (2,2 mln zł), oraz kosztów ogólnego zarządu (9,8 mln zł) na poziomie 253,3 mln zł, w wyniku czego Szpital poniósł średnioroczny wynik na sprzedaży na poziomie **-25,4 mln zł**. Choć wartość ta jest sama w sobie niepokojąca, to zasadniczym problemem Szpitala jest to, iż zysk netto powiększony o amortyzację – tj. wykluczający najistotniejszą pozycję kosztową niebędącą wydatkiem – był ujemny w roku 2014 i 2015, a ponadto byłby także ujemny w roku 2016, gdyby doszło do wykluczenia operacji sprzedaży nieruchomości do Grudziądzkie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. (którą przeprowadzono w grudniu 2016 roku). Bazując na przekazanych Audytorowi sprawozdaniach finansowych, w całości analizowanego okresu, Szpital osiąga stratę na sprzedaży na poziomie **[-28,5 mln zł] – [-21,8 mln zł]**, a wynik ten w relacji do przychodów ze sprzedaży kształtował się na poziomie **[-7,3%] – [-4,4%]** (choć trzeba podkreślić, że w roku 2016 strata ta była najmniejsza). Jednakże było to wynikiem zaliczenia do przychodów ze sprzedaży Szpitala niezapłaconych przez NFZ nadwykonań w kwocie ok. 25,3 mln zł. Po odliczeniu wartości nadwykonań (tj. przyjmując założenie, że NFZ nie zapłaci za ich jakąkolwiek część), **wynik na sprzedaży w roku 2016 w rzeczywistości przyjąłby poziom -47,1 mln zł**. Audytor wyliczył, że koszty jakie Szpital poniósł na realizację w 2016 r. nadwykonań w kwocie 25,2 mln zł wyniosły **6,4 mln zł** – czyli będzie to rzeczywista strata, jaką poniesie Szpital z realizacji nadwykonań w przypadku braku zapłaty za nie.

Znaczący wpływ na wynik Szpitala na działalności operacyjnej w roku 2016 (oraz wyniki na niższych poziomach, w szczególności wynik netto) miała operacja sprzedaży następujących nieruchomości i gruntów do GIM:

- + budynku ambulatoryjno-łóżkowego o numerze inwentarzowym T/06220, o wartości brutto 70 745 960 47 zł, umorzeniu na kwotę 4 421 386,76 zł i wartości netto 66 324 573,71 zł;
- + budynku apteki szpitalnej o numerze inwentarzowym T/05474, o wartości brutto 12 940 083,66 zł, umorzeniu w kwocie 1 421 966,28 zł i wartości netto 11 518 117,38 zł;

Zastrzeżenia do Raportu: Analizy szpitala powinny być sporządzone w oparciu o podstawową działalność operacyjną z wyłączeniem działalności dotyczącej inwestycji.

Zastrzeżenia do Raportu: Ujemny wynik prezentowany przez Państwa należy skorygować o amortyzację dotyczącą inwestycji. Po skorygowaniu otrzymamy dodatni wynik z bieżącej działalności operacyjnej szpitala.

Zastrzeżenia do Raportu: Scenariusz pesymistyczny, a zgodnie ze sztuką analizy ryzyka powinno rozpatrywać się o scenariusz optymistyczny, pesymistyczny oraz najbardziej realny.

Zastrzeżenia do Raportu: Zgodnie z zasadą współmierności przychodów i kosztów, świadczenia ponadlimitowe są ujmowane zarówno w przychodach, jak i kosztach, następnie tworzone są odpisy aktualizacyjne wartości należności. Zgodnie z obowiązującymi przepisami.

- + budynku prosektorium o numerze inwentarzowym T/05476, o wartości brutto 2 507 219,46 zł, umorzeniu w kwocie 279 486,20 zł i wartości netto 2 227 733,26 zł;
- + działki gruntowej o numerze inwentarzowym T/06216, o wartości brutto 655 590,00 zł, w takiej samej wartości netto.

Przekazane Audytorowi dane sugerują, że wybrane nieruchomości należące do Szpitala zostały sprzedane GIM za kwotę 189 262 100 zł (Audytor bazuje tutaj na saldzie konta 760-07 *Sprzedaż środków trwałych*). Wartość netto sprzedanych nieruchomości i gruntów wyniosła łącznie 80 726 014,35 zł. Różnica między **zasugerowaną ceną sprzedaży** (saldo konta 760-07) a wartością netto budynków tj. kwota 108 536 086 zł została ujęta w rachunku wyników jako *Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych*.

Gdyby urealnić, tzn. skorygować wynik finansowy Szpitala za 2016 r. o w/w zdarzenia, tj.:

- 1) wyłączyć z przychodów ze sprzedaży Szpitala wartość zaksięgowanych tam w kwocie 25,3 mln zł niezapłaconych przez NFZ nadwykonań, oraz
- 2) wyłączyć z pozostałych przychodów operacyjnych wartość zysku ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych (sprzedaż w/w budynków Szpitala do GIM),

to Szpital wygenerowałaby w 2016 r. stratę netto w kwocie **ok. -101,0 mln zł** oraz stratę netto pomniejszoną o amortyzację w kwocie **ok. -72,9 mln zł**, która to kwota zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej - Dz.U. 2016 poz. 1638) musiałaby być pokryta przez Miasto Grudziądz.

Dodatkowo należy wskazać, że Szpital stosuje nietypową politykę ujmowania przychodów, gdyż traktuje wartość niezapłaconych (jak i również nie objętych porozumieniem lub ugodą z NFZ) usług, wykonanych na rzecz pacjentów ubezpieczonych w ramach powszechnego systemu zdrowotnego, przekraczającą wysokość kontraktów (umów pierwotnych) jako przychód. Wartość niezapłaconych usług wykonanych w ramach umów z NFZ jest odpisywana **pięć lat po roku**, w którym wykonano te usługi (odpisy te są wykazywane w pozycji „pozostałe koszty operacyjne”). W odniesieniu do tych przychodów, istnieje istotne ryzyko (w przypadku Szpitala potwierdzone faktami z ubiegłych lat), że NFZ nie zapłaci za część (lub całość) tych nadwykonań, co oznacza, że Szpital ma najprawdopodobniej zawyżone przychody ze sprzedaży i, co za tym idzie, ma przede wszystkim zawyżony także wynik finansowy na sprzedaży, a w konsekwencji wynik finansowy na poziomie zysku netto oraz wynik finansowy na poziomie zysku netto powiększonego o amortyzację, który zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r.

Zastrzeżenia do Raportu: Cena ustalona została w oparciu o wycenę rzeczoznawcy powołanego zgodnie z obowiązującymi przepisami, dlatego niedopuszczalnym jest określenie „zasugerowaną”.

Zastrzeżenia do Raportu: zgodną z prawem

Zastrzeżenia do Raportu: Zgodnie z zasadą współmierności przychodów i kosztów świadczenia ponadlimitowe są ujmowane zarówno w przychodach, jak i kosztach, następnie tworzone są odpisy aktualizacyjne wartości należności. Zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Zastrzeżenia do Raportu: Jest to porównanie niezgodne z prawdą, należności odpisywane są po określeniu prawdopodobieństwa odzyskania- zgodnie z obowiązującymi przepisami

w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej - Dz.U. 2016 poz. 1638), stanowi wartość (jeżeli jest ona ujemna), jest zobowiązany pokryć podmiot leczniczy, a jeśli jest to niemożliwe - organ tworzący. Nie pokrycie przez organ tworzący straty pomniejszonej o amortyzację w myśl zapisów w/w Ustawy skutkuje likwidacją podmiotu leczniczego.

W sprawozdaniu finansowym z roku 2016 Szpital umorzył i spisał w pozostałe koszty operacyjne niezapłacone przez NFZ nadwykonania z 2012 r. w kwocie ok. 21,8 mln zł, natomiast w dalszym ciągu w bilansie – jako należności – wykazywał niezapłacone przez NFZ nadwykonania za lata 2013 – 2015 w łącznej kwocie ok. 40,5 mln zł (w tym ok. 23,72 mln zł dochodzone na drodze sądowej). Gdyby dodatkowo oprócz korekt 1) i 2) powyżej:

- 3) zgodnie z zasadami rachunkowości umorzyć i spisać w koszty należności Szpitala wynikające z niezapłaconych przez NFZ a zrealizowanych przez Szpital nadwykonań w latach 2013 – 2015 w kwocie ok. 40,5 mln zł,

to Szpitala wygenerowałby w 2016 r. stratę netto w kwocie **ok. -141,5 mln zł** oraz stratę netto pomniejszoną o amortyzację w kwocie **ok. -113,4 mln zł**, która to kwota zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej - Dz.U. 2016 poz. 1638) musiałaby być pokryta przez Miasto Grudziądz.

Poniższa tabela przedstawia wynik finansowy Szpitala za 2016 r. zgodny z zatwierdzonym sprawozdaniem finansowym Szpitala za 2016 r. oraz: wynik finansowy skorygowany o korekty 1) i 2) oraz wynik finansowy skorygowany o korekty 1), 2) i 3).

Sprawozdany i skorygowany wynik finansowy Szpitala za 2016 r.

Pozycja	2016 zgodny ze sprawozdaniem finansowym	2016 skorygowany o korekty 1)+2)	2016 skorygowany o korekty 1)+2)+3)
Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów, w tym:	241 244 453	215 969 000	215 969 000
Przychody netto ze sprzedaży produktów	230 093 169	230 094 000	230 094 000
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	11 151 284	11 152 000	11 152 000
Korekta o niezapłacone nadwykonania 2016 r.		-25 277 000	-25 277 000
Koszty sprzedanych produktów, towarów i materiałów, w tym :	251 739 598	251 741 000	251 741 000
Koszt wytworzenia sprzedanych produktów	243 212 135	243 213 000	243 213 000

Zastrzeżenia do Raportu: Co przy częściowym pokryciu straty?

Zastrzeżenia do Raportu: Kreowanie alternatywnej rzeczywistości, na koniec roku 2017, w związku z zawartymi ugodami odpisano wszystkie świadczenia z lat ubiegłych, dlatego takie insynuacje są bezpodstawne.

Pozycja	2016 zgodny ze sprawozdaniem finansowym	2016 skorygowany o korekty 1)+2)	2016 skorygowany o korekty 1)+2)+3)
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	8 527 463	8 528 000	8 528 000
Zysk (strata) brutto ze sprzedaży	-10 495 145	-35 772 000	-35 772 000
Koszty sprzedaży	2 271 601	2 272 000	2 272 000
Koszty ogólnego zarządu	9 072 638	9 073 000	9 073 000
Zysk (strata) ze sprzedaży	-21 839 384	-47 117 000	-47 117 000
Pozostałe przychody operacyjne	118 463 058	9 928 000	9 928 000
Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	108 536 086	108 537 000	108 537 000
Korekta o zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych		-108 537 000	-108 537 000
Dotacje	2 596 055	2 597 000	2 597 000
Inne przychody operacyjne	7 330 917	7 331 000	7 331 000
Pozostałe koszty operacyjne	34 725 243	34 726 000	75 216 000
Inne koszty operacyjne (w tym spisane w koszty umorzone należności wynikające z niezapłaconych przez NFZ nadwykonań zrealizowanych w 2012 r.)	34 725 243	34 726 000	34 726 000
Spisane w koszty umorzone należności wynikające z niezapłaconych przez NFZ nadwykonań za lata 2013 - 2015			40 490 000
Zysk (strata) z działalności operacyjnej	61 898 430	-71 915 000	-112 405 000
Przychody finansowe	1 226 311	1 227 000	1 227 000
Odsetki	1 226 311	1 227 000	1 227 000
Koszty finansowe	29 956 927	29 958 000	29 958 000
Odsetki	27 749 265	27 750 000	27 750 000
Inne	2 207 662	2 208 000	2 208 000
Zysk (strata) z działalności gospodarczej	33 167 813	-100 646 000	-141 136 000
Podatek dochodowy	368 898	369 000	369 000
Zysk (strata) netto	32 798 915	-101 015 000	-141 505 000
Amortyzacja	28 137 272	28 138 000	28 138 000
Zysk netto + amortyzacja	60 936 187	-72 877 000	-113 367 000

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Rzeczywisty wynik finansowy Szpitala nie uwzględniający:

- 1) wartości zaksięgowanych w przychodach ze sprzedaży niezapłaconych przez NFZ nadwykonań, zrealizowanych przez Szpital w 2016 r., w kwocie ok. 25,3 mln zł,
- 2) zysku ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych (sprzedaż w/w budynków Szpitala do GIM) w kwocie ok. 108,5 mln zł,
- 3) spisania w koszty umorzonych należności wynikających z niezapłaconych przez NFZ nadwykonań zrealizowanych przez Szpital w 2012 r., w kwocie ok. 21,8 mln zł,

przedstawia poniższa tabela.

Sprawozdany i rzeczywisty wynik finansowy Szpitala za 2016 r.

Pozycja	2016 sprawozdany	2016 rzeczywisty
Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów, w tym:	241 244 453	215 969 000
Przychody netto ze sprzedaży produktów	230 093 169	230 094 000
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	11 151 284	11 152 000
Korekta o niezapłacone nadwykonania		-25 277 000
Koszty sprzedanych produktów, towarów i materiałów, w tym :	251 739 598	251 741 000
Koszt wytworzenia sprzedanych produktów	243 212 135	243 213 000
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	8 527 463	8 528 000
Zysk (strata) brutto ze sprzedaży	-10 495 145	-35 772 000
Koszty sprzedaży	2 271 601	2 272 000
Koszty ogólnego zarządu	9 072 638	9 073 000
Zysk (strata) ze sprzedaży (C-D-E)	-21 839 384	-47 117 000
Pozostałe przychody operacyjne	118 463 058	9 928 000
Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych	108 536 086	108 537 000
Korekta o zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych		-108 537 000
Dotacje	2 596 055	2 597 000
Inne przychody operacyjne	7 330 917	7 331 000
Pozostałe koszty operacyjne	34 725 243	12 932 000
Inne koszty operacyjne	34 725 243	34 726 000
Korekta o spisane w koszty umorzone należności wynikające z niezapłaconych przez NFZ nadwykonań za 2012 r.		-21 794 000
Zysk (strata) z działalności operacyjnej (F+G-H)	61 898 430	-50 121 000
Przychody finansowe	1 226 311	1 227 000

Zastrzeżenia do Raportu: Kolumna do usunięcia. Wynik sprawozdania jest wynikiem rzeczywistym, a insynuacje o fałszowaniu sprawozdania są poniżej krytyki. Osoby odpowiedzialne za zweryfikowanie prawidłowości zastosowania zasad rachunkowości są również odpowiedzialne za jakość przedstawianych informacji. W związku z powyższym przedstawienie innego wyniku jako rzeczywisty uderza w renomę biegłych rewidentów badających nasz bilans.

Pozycja	2016 sprawozdany	2016 rzeczywisty
Odsetki	1 226 311	1 227 000
Koszty finansowe	29 956 927	29 958 000
Odsetki	27 749 265	27 750 000
Inne	2 207 662	2 208 000
Zysk (strata) z działalności gospodarczej (I+J-K)	33 167 813	-78 852 000
Podatek dochodowy	368 898	369 000
Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)		
Zysk (strata) netto	32 798 915	-79 221 000
Amortyzacja	28 137 272	28 138 000
Zysk netto + amortyzacja	60 936 187	-51 083 000

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższej tabeli rzeczywisty – „oczyszczony” - wynik finansowy netto, jaki Szpital wygenerowałby w 2016 r. to strata netto w kwocie **ok. -79,2 mln zł** oraz strata netto pomniejszona o amortyzację w kwocie **ok. -51,1 mln zł**.

Zgodnie z § 11.1. Rozdziału 4 Statutu Szpitala – „*podstawą gospodarki finansowej Szpitala jest Plan Finansowy, w tym Plan Inwestycyjny ustalony przez Dyrektora*”. Wykonanie Planu Finansowego założonego przez Szpital na 2016 r. przedstawia się następująco:

- + Szpital w 101,6% (241,24 mln zł) zrealizował założone w Planie Finansowym na 2016 r. przychody ze sprzedaży (237,55 mln zł),
- + Szpital w 99,6% (264,1 mln zł) poniósł założone w Planie Finansowym na 2016 r. koszty na sprzedaży (265,1 mln zł),
- + Szpital w 83,0% (-22,89 mln zł) poniósł założoną w Planie Finansowym na 2016 r. stratę na sprzedaży (-27,57 mln zł),
- + Szpital osiągnął w 2017 r. zysk netto w kwocie 31,7 mln zł, zamiast zakładanej w Planie Finansowym na 2016 r. straty netto w kwocie -49,1 mln zł, do czego przyczyniło się wygenerowanie zysku ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych (sprzedaż do GIM części nieruchomości szpitalnych),
- + Szpital wygenerował w 2016 r. o ok. 32,2 mln wyższe od zakładanych w Planie Finansowym pozostałe koszty operacyjne - co było między innymi konsekwencją spisania w koszty umorzonych należności wynikających z niezapłaconych przez NFZ nadwykonań zrealizowanych przez Szpital w 2012 r.,

Zastrzeżenia do Raportu: Kolumna do usunięcia. Wynik sprawozdania jest wynikiem rzeczywistym, a insynuacje o fałszowaniu sprawozdania są poniżej krytyki. Osoby odpowiedzialne za zweryfikowanie prawidłowości zastosowania zasad rachunkowości są również odpowiedzialne za jakość przedstawianych informacji. W związku z powyższym przedstawienie innego wyniku jako rzeczywisty uderza w renomę biegłych rewidentów badających nasz bilans.

Zastrzeżenia do Raportu: Wynik sprawozdania jest wynikiem rzeczywistym, a insynuacje o fałszowaniu sprawozdania są poniżej krytyki. Osoby odpowiedzialne za zweryfikowanie prawidłowości zastosowania zasad rachunkowości są również odpowiedzialne za jakość przedstawianych informacji. W związku z powyższym przedstawienie innego wyniku jako rzeczywisty uderza w renomę biegłych rewidentów badających nasz bilans.

- + Szpital wygenerował w 2016 r. o ok. 4,8 mln wyższe od zakładanych w Planie Finansowym koszty finansowe.

W „Rachunku przepływów pieniężnych” za 2016 r. Szpital błędnie zaprezentował osiągnięte w 2016 r. przepływy pieniężne z działalności operacyjnej. Zgodnie z zasadami kalkulacji „przepływów pieniężnych z działalności operacyjnej” powinny one być skorygowane (na minus) o „zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych”, który został już uwzględniony w pozycji „zysk netto”. Szpital zamiast uwzględnić tą korektę, jako pozycję redukującą wartość przepływów pieniężnych z działalności operacyjnej, uwzględnił ją – jako pozycję zwiększającą wartość przepływów pieniężnych z działalności operacyjnej, co spowodowało zawyżenie osiągniętych przez Szpital w 2016 r. przepływów pieniężnych z działalności operacyjnej o kwotę **ok. 217,0 mln zł** (2 x ok. 108,5 mln zł). Tak więc faktyczne Szpital wygenerował ujemne przepływy pieniężne z działalności operacyjnej - w kwocie **ok. -57,2 mln zł** (zamiast prezentowanej w sprawozdaniu finansowym kwoty **ok. 159,8 mln zł**). Uzupełniając powyższą kwestię, zgodnie z zasadami kalkulacji rachunku przepływów pieniężnych, należy wskazać, że wartość osiągniętego przez Szpital zysku ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych (po redukcji o nią przepływów pieniężnych z działalności operacyjnej) powinna powiększyć przepływy pieniężne Szpitala z działalności inwestycyjnej.

Szpital ma bardzo wysokie zadłużenie i bardzo wysokie koszty obsługi długu. Koszty finansowe w latach 2013–2016 wynosiły przeciętnie **31,1 mln zł**, co stanowiło (przeciętnie) aż 13,6% przychodów ze sprzedaży. Wartość zobowiązań (wraz z rezerwami na zobowiązania) co prawda spadła z poziomu ok. 549 mln zł w roku 2015, do **poziomu ok. 421 mln zł** w roku 2016 (wyłącznie w wyniku transakcji sprzedaży części nieruchomości szpitalnych do GIM i kompensaty ceny sprzedaży z zobowiązaniami Szpitala wobec GIM) ale ich dalszy poziom oraz fakt, że na koniec roku wartość zobowiązań handlowych Szpitala wynosiła **87,85 mln zł**, z czego **58,21 mln zł** stanowiły zobowiązania wymagalne, sytuacja finansowa w jakiej znajduje się Szpital jest niezwykle trudna, żeby nie powiedzieć krytyczna - co wymaga podjęcia bardzo stanowczych działań restrukturyzacyjnych.

Analizując sytuację finansową Szpitala Audytor zwrócił uwagę na:

- 1) prowadzenie rachunkowości w sposób nie gwarantujący rzetelnego przedstawiania i oceny bieżącej sytuacji finansowej Szpitala, poprzez dokonywanie księgowania ukierunkowanych na poprawienie wyniku finansowego Szpitala,
- 2) nadmierny rozwój (przeinwestowanie) w stosunku do możliwości przychodowych – w tym przypadku możliwości finansowych płatnika - Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ - co często staje się powodem pogorszenia, a nawet załamania kondycji ekonomiczno-finansowej przedsiębiorstwa - i z czym mamy do czynienia w przypadku Szpitala,
- 3) Szpital w analizowanym okresie nie generował wystarczających środków na spłatę wszystkich zobowiązań, co powodowało wydłużenie czasu spłaty długów, zaciąganie nowych

Zastrzeżenia do Raportu: Poniżej brak tekstu – brak spójności z wersją papierową

Zastrzeżenia do Raportu: Jest wiele interpretacji dotyczących ujęcia tego zdarzenia w rachunku przepływów pieniężnych. Biegły rewident rekomendował i zaakceptował to rozwiązanie. Nie było obrotu gotówkowego w działalności inwestycyjnej.

Zastrzeżenia do Raportu: Ustawa o rachunkowości wymaga, aby sporządzone przez jednostkę sprawozdanie finansowe prawidłowo, rzetelnie i jasno przedstawiało sytuację majątkową i finansową jednostki oraz jej wynik finansowy. Zdarzenia, w tym operacje gospodarcze, należy ująć w księgach rachunkowych i wykazać w sprawozdaniu finansowym zgodnie z ich treścią ekonomiczną. Przez pojęcie prawidłowości zastosowanych zasad rachunkowości należy rozumieć to, że sprawozdanie finansowe zostało sporządzone zgodnie z istniejącymi przepisami prawa w zakresie rachunkowości, finansów, praw podatkowych i praw cywilno-handlowych, a przez jasność i rzetelność - że sprawozdanie finansowe w sposób pełny, uczciwy, dokładny i zgodny z treścią ekonomiczną przedstawia obraz osiągniętych wyników za okres objęty sprawozdaniem oraz sytuację majątkową i finansową jednostki na dzień kończący rok obrachunkowy. Niezależny biegły rewident badając sprawozdanie finansowe Szpitala nie tylko potwierdził powyższe założenia, ale dodatkowo przesłał list sugerujący wyjątkowość i rzetelność przy współpracy. W uproszczeniu, sprawozdanie finansowe - pod rygorem prawidłowości i rzetelności - powinno zawierać wszystkie istotne informacje umożliwiające inwestorom podjęcie racjonalnych decyzji, przedstawione w sposób jasny i zrozumiały, co zarówno w opinii kierownika jednostki jak i pozostałych komórek badających bilans zostało przedstawione prawidłowo w świetle obowiązujących przepisów, dlatego bezzasadnym jest podważanie rewidentów oraz instytutu podatkowego z którego opinią posiłkowaliśmy się.

Zastrzeżenia do Raportu: Proszę o analizę przepisów oraz poprzednich komentarzy.

Zastrzeżenia do Raportu: Proszę o wskazanie obszarów nadmiernego rozwoju o który posądzono szpital.

zobowiązań – na gorszych warunkach - na spłatę poprzednich (rolowanie długu), tworzenie rat balonowych,

- 4) brak efektywnych działań Szpitala, podejmowanych w celu zrównoważenia przychodów i kosztów działalności na poziomie sprzedaży oraz brak efektywnych działań restrukturyzacyjnych mogących przyczynić się do ustabilizowania sytuacji finansowej Szpitala,

w konsekwencji Szpital zamiast przeznaczać środki na statutową działalność - wydatkował je w dużej części na finansowanie kosztów związanych z obsługą zadłużenia.

Poważnym problemem Szpitala jest fakt, że większość podstawowych komórek organizacyjnych Szpitala – w tym przede wszystkim oddziały łóżkowe - są wysoce nierentowne, co powinno skłonić Szpital do rozważenia ich natychmiastowej restrukturyzacji, w celu trwałego uzdrowienia sytuacji finansowo-ekonomicznej Szpitala. W tym miejscu należy wskazać, że biorąc pod uwagę **wyłącznie aspekt finansowo – ekonomiczny**, część z nich powinna zostać zlikwidowana. Ochrona zdrowia jest jednak specyficznym obszarem działalności gospodarczej, w której oprócz czynników czysto ekonomicznych, wpływ na podejmowane decyzje mają inne czynniki, w tym w szczególności tzw. czynnik społeczny – czyli dobro pacjenta i jego dostępność do świadczeń zdrowotnych. Dodatkowo istotne znaczenie w podejmowaniu tak drastycznych decyzji ma fakt, że na infrastrukturę Szpitala wydano znaczne środki finansowe i likwidacja części komórek organizacyjnych mogłaby się wiązać z niegospodarnością. Z drugiej jednak strony niegospodarnością jest również pokrywanie ze środków publicznych – na mocy zapisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej - Dz.U. 2016 poz. 1638) straty pomniejszonej o amortyzację, jaką w związku z kontynuowaniem działalności tych nierentownych komórek generuje Szpital, chyba że pokrycia starty pomniejszonej o amortyzację nie uznamy za niegospodarność a raczej za rodzaj inwestycji w zapewnienie dostępności mieszkańcom miasta Grudziądz do świadczeń zdrowotnych (uznając, że sytuacja, w której podmioty lecznicze o strukturze Szpitala – finansowane ze środków publicznych - generują straty jest czymś standardowym). **W tym miejscu warto zauważyć, że konieczność pokrycia przez podmiot tworzący przedmiotowej straty jest, w kontekście niedoszacowanego finansowania podmiotów leczniczych (często to jest - a nie niegospodarność - przyczyną ponoszonych przez nie strat), „ukrytą” formą dofinansowania przez samorządy niedofinansowanego sektora ochrony zdrowia.**

Podsumowując problemy Szpitala można ująć w dwóch punktach:

- 1) **brak rentowności z działalności operacyjnej - wynikający z niewykorzystania potencjału posiadanego przez poszczególne komórki Szpitala, czego przyczyną są zbyt niskie w**

Zastrzeżenia do Raportu: Wykonując postanowienia Najwyższej Izby Kontroli wydatki inwestycyjne zostały ewidencjonowane w księgach rachunkowych szpitala. Do 2011 r. były ewidencjonowane oddzielnie, co skutkowało zwiększeniem zobowiązań.

Zastrzeżenia do Raportu: Nie zależy od szpitala, uwarunkowania systemu oraz niedoszacowanie świadczeń uniemożliwiają zrównoważenie przychodów i kosztów w poszczególnych komórkach

stosunku do posiadanego potencjału komórek organizacyjnych wartości umów z NFZ albo – patrząc z drugiej strony - ~~niedostosowanie (przewymiarowanie) potencjału komórek organizacyjnych Szpitala w stosunku do możliwości płatniczych Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ,~~

- 2) **wysokie zadłużenie Szpitala, którego przyczyną są znaczne (niedostosowane do przychodów) inwestycje – generujące wysokie koszty finansowe.**

Jak z powyższego wynika aktualne problemy Szpitala wynikają przede wszystkim z nadmiernej - w stosunku do osiągniętych przychodów – rozbudowy Szpitala. Budowę Szpitala rozpoczęto w 1985 r. Pierwszy etap, tj. kompleks pediatryczny, został oddany do użytku w 1996 r. Do 2006 r. oddano do użytku niektóre jednostki medyczne (poradnie specjalistyczne, Zakład Radiologii, Laboratorium Mikrobiologiczne, Oddział Onkologii Klinicznej-Chemioterapii, Stację Dializ z Pododdziałem Nefrologii). Dynamiczna rozbudowa Szpitala przy ul. Rydygiera 15/17 nastąpiła w latach 2007-2010 i wynikała z konieczności opuszczenia dotychczasowych obiektów, które nie nadawały do ich dostosowania do wymagań, jakie powinny spełniać budynki i pomieszczenia, w których prowadzona jest działalność lecznicza. Na budowę i wyposażenie Szpitala w latach 1985-2014 wydatkowano ok. 541,41 mln zł, z tego 340,44 mln zł ze środków zewnętrznych:

- + ok. 45,34 mln zł – z budżetu Miasta Grudziądz,
- + ok. 272,74 mln zł - z budżetu Państwa,
- + ok. 19,73 mln zł – ze środków UE,
- + ok. 2,25 mln zł – z Ministerstwa Zdrowia;
- + ok. 373,3 tys. zł z innych źródeł (zbiórki publiczne),

a ok. 200,98 mln zł ze środków własnych Szpitala (pożyczki), między innymi na mocy umowy pożyczki z dnia 6 lutego 2012 r. Szpital uzyskał od GIM 150,0 mln zł, z których na budowę obiektów szpitalnych wydatkowano ok. 108,81 mln zł, a na wyposażenie wybudowanych obiektów 41,19 mln zł.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że Szpital powstał i nadal jest tzw. „szpitalem miejskim”, natomiast jego rozbudowa oraz aktualny Program Medyczny stawiają go w szeregu nie tylko „szpitali wojewódzkich” ale nawet „szpitali krajowych”.

Tak znaczne dofinansowanie budowy Szpitala ze środków budżetu Państwa oznacza, że Szpital miał spełniać istotne – ponadregionalne - znaczenie w systemie ochrony zdrowia w Polsce i w związku z tym w aktualnie – niezmiernie trudnej - sytuacji finansowej Szpitala konieczne jest podjęcie starań, których celem będzie uzyskanie wsparcia Państwa w procesie restrukturyzacji Szpitala, w zakresie:

Zastrzeżenia do Raportu: Szpital po wyłączeniu amortyzacji jest rentowny w podstawowej działalności operacyjnej.

Zastrzeżenia do Raportu : brak rzetelnej analizy

Zastrzeżenia do Raportu : Szpital był jedynie inwestorem zastępczym - zlecenie z Urzędu Miasta.

Zastrzeżenia do Raportu : Poniżej brak tekstu. Nie spójne z wersją papierową.

Zastrzeżenia do Raportu : Szpital był szpitalem miejskim od 1998 r. do reformy ustrojowej Państwa, województwa i samorządów. Po tym okresie był szpitalem specjalistycznym, a z chwilą zakończenia umowy zgodnie z prawem regionalnym.

- + zwiększenia przychodów Szpitala – co pozwoli na wykorzystanie potencjału posiadanego przez poszczególne komórki organizacyjne Szpitala,
- + udzielenia gwarancji i wsparcia Szpitala w pozyskaniu kredytu w Banku Gospodarstwa Krajowego pozwalającego na :
 - o przejęcie przez Miasto Grudziądz i spłatę wobec aktualnych wierzycieli zobowiązań finansowych Szpitala,
 - o restrukturyzację przeterminowanych zobowiązań handlowych Szpitala.

Należy zaznaczyć, że w podobnej sytuacji co Szpital, w 2013 r. znajdował się Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp., który na dzień 31 lipca 2013 r. posiadał zobowiązania ogółem w kwocie ok. 280,1 mln zł, w tym zobowiązania wymagalne w kwocie ok. 87,7 mln zł. W tym przypadku – w wyniku przekształcenia szpitala w spółkę na bazie Ustawy o działalności leczniczej - organ założycielski (województwo lubuskie) przejął 45% zobowiązań szpitala (126,3 mln zł). Ponieważ województwo lubuskie spełniało warunki określone w art. 197 UDL - warunkujące uzyskanie dotacji celowej - wystąpiło do Ministerstwa Zdrowia z wnioskami o udzielenie dotacji celowej na spłatę przejętych od szpitala zobowiązań, którą ostatecznie otrzymało w kwocie ok. 104,8 mln zł. Bez wsparcia Państwa restrukturyzacja zadłużenia szpitala gorzowskiego byłaby niemożliwa.

Znowelizowana UDL nie pozwala na przekształcanie spoz w spółkę prawa handlowego (co i tak nie byłoby wskazane w przypadku Szpitala) ale przede wszystkim nie daje możliwości pozyskania dotacji na restrukturyzację Szpitala. Jednak mimo tego koniecznym jest podjęcie próby zaangażowania Ministerstwa Zdrowia (Państwa) w proces restrukturyzacji Szpitala, w zakresie o którym mowa powyżej.

W przypadku braku uzyskania wsparcia Państwa w/w obszarach, Organ Tworzący stanie przed koniecznością podjęcia decyzji o:

- + dalszym funkcjonowaniu Szpitala w aktualnym zakresie, przy jednoczesnym: przejęciu przez Miasto Grudziądz zobowiązań finansowych Szpitala oraz wdrożeniu w Szpitalu niezbędnych działań restrukturyzacyjnych w obszarach: przychodowym, kosztowym organizacyjnym, operacyjnym i restrukturyzacji zadłużenia. W przypadku nie uzyskania wzrostu przychodów ze środków publicznych (restrukturyzacja przychodowa), będzie się to wiązało z koniecznością corocznego pokrywania starty generowanej przez Szpital na poziomie wyniku finansowego netto, pomniejszonej o koszty amortyzacji (Szpital nie będzie się bilansował na poziomie działalności operacyjnej),

lub

- + redukcji programu Medycznego Szpitala do poziomu „szpitala miejskiego” ,

Zastrzeżenia do Raportu : Porównanie jest chybiłone Szpital w Gorzowie Wlkp. miał zobowiązania bieżące, a nie inwestycyjne. Był i jest szpitalem miejskim.



lub w ostateczności

+ likwidacji Szpitala.

Poniższy schemat przedstawia potencjalne scenariusze dalszego funkcjonowania Szpitala i konsekwencje wynikające z wyboru poszczególnych scenariuszy.

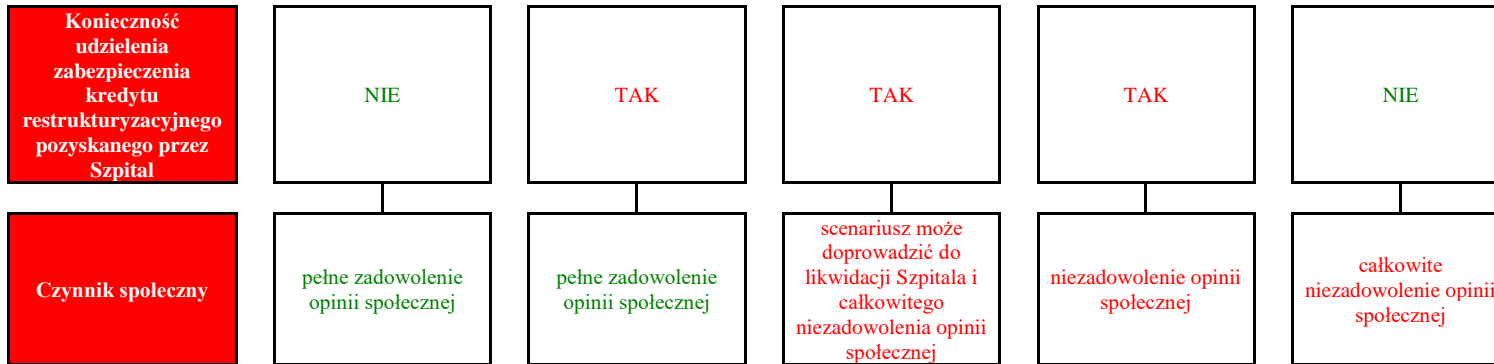
Potencjalne scenariusze dalszej działalności Szpitala

	Scenariusz I	Scenariusz II	Scenariusz III	Scenariusz IV	Scenariusz V
	funkcjonowanie Szpitala w aktualnej strukturze	funkcjonowanie Szpitala w aktualnej strukturze		funkcjonowanie Szpitala w strukturze "szpitala miejskiego" - redukcja zakresu działalności	likwidacja Szpitala
Restrukturyzacja przychodowa	pozyskanie wyższego poziomu finansowania ze środków publicznych, pozwalającego na wykorzystanie potencjału posiadanych przez Szpital komórek organizacyjnych	pozyskanie wyższego poziomu finansowania ze środków publicznych, w wybranych obszarach	brak	brak	brak
Restrukturyzacja organizacyjna	zgodnie z rekomendacjami Audytora zawartymi w Raporcie	zgodnie z rekomendacjami Audytora zawartymi w Raporcie	zgodnie z rekomendacjami Audytora zawartymi w Raporcie	zgodnie z rekomendacjami Audytora zawartymi w Raporcie	brak
Restrukturyzacja kosztowa	zgodnie z rekomendacjami Audytora zawartymi w Raporcie	zgodnie z rekomendacjami Audytora zawartymi w Raporcie	zgodnie z rekomendacjami Audytora zawartymi w Raporcie	zgodnie z rekomendacjami Audytora zawartymi w Raporcie	brak

Zastrzeżenia do Raportu : W jaki sposób?



PSZ (sieć szpitali)	Szpital pozostaje wśród szpitali III-go stopnia PSZ	Szpital pozostaje wśród szpitali III-go stopnia PSZ	Szpital pozostaje wśród szpitali III-go stopnia PSZ	Szpital zostanie przesunięty do poziomu szpitali II-go stopnia	
Ryzyko likwidacji Szpitala	NIE	NIE	POTENCJALNE	NIE	TAK
KONSEKWENCJE DLA MIASTA GRUDZIĄDZ					
Konieczność corocznego pokrywania starty Szpitala pomniejszonej o amortyzację	NIE	DOCELOWO - NIE	TAK	NIE	NIE
Przejęcie całkowitego zadłużenia Szpitala	NIE	NIE	POTENCJALNIE	NIE	TAK
Przejęcie zobowiązań finansowych Szpitala	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
Pozyskanie środków na spłatę zobowiązań finansowych przejętych od Szpitala	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK



źródło: opracowanie własne

Oczywistym jest, że idealnym scenariuszem dalszego funkcjonowania Szpitala jest „Scenariusz I”, w którym:

- + wdrożony w Szpitalu Program Medyczny jest bardzo zbliżonej do aktualnego Programu Medycznego Szpitala (drobne zmiany wynikają z rekomendacji w tym zakresie, które w założeniach zostały opisane w dalszej części niniejszego Streszczeniu Menedżerskiego a szczegółowo w Raporcie),
- + wdrożona – przy wsparciu Państwa - restrukturyzacja przychodowa - polegająca na pozyskanie wyższego poziomu finansowania ze środków publicznych - pozwoli na wykorzystanie potencjału posiadanego przez komórki organizacyjne Szpitala,
- + wdrożona w Szpitalu restrukturyzacja organizacyjna - poprawi sprawność i efektywność zarządzania Szpitalem (co w założeniach zostało opisane w dalszej części niniejszego Streszczeniu Menedżerskiego a szczegółowo w Raporcie),
- + wdrożona w Szpitalu restrukturyzacja kosztowa – pozwoli na osiągnięcie przez Szpital rentowności na poziomie operacyjnym (co w założeniach zostało opisane w dalszej części niniejszego Streszczeniu Menedżerskiego a szczegółowo w Raporcie),
- + wdrożona w Szpitalu restrukturyzacja zadłużenia – polegająca na przejściu zobowiązań finansowych Szpitala przez Miasto Grudziądz, pozwalająca na redukcję części wymagalnych zobowiązań handlowych w ramach procesu restrukturyzacji zobowiązań przeprowadzonego na bazie Ustawy z dnia 15 maja 2015 r. - Prawo restrukturyzacyjne (Dz.U. 2015 poz. 978 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 23 sierpnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy Prawo restrukturyzacyjne - Dz.U. 2016 poz. 1574) oraz spłatę pozostałych po redukcji zobowiązań przy pomocy pozyskanego w BGK kredytu restrukturyzacyjnego (wsparcie Państwa), zrestrukturyzuje zadłużenie Szpitala,

Zastrzeżenia do Raportu : Jakież?

Zastrzeżenia do Raportu : Jakież?

Zastrzeżenia do Raportu : Jakież?

Zastrzeżenia do Raportu : To nie jest zadanie szpitala.

W wyniku jego wdrożenia:

- 1) Szpital:
 - + osiągnięcie rentowności na działalności operacyjnej,
 - + zrestrukturyzuje i zredukuje swoje zadłużenie,
 - + pozostanie na poziomie szpitali III-go stopnia w PSZ,
 - + nie będzie zagrożony ryzykiem likwidacji,
- 2) Miasto Grudziądz:
 - + nie będzie musiało corocznie pokrywać starty netto generowanej przez Szpital pomniejszonej o amortyzację,

- + będzie zobowiązane do przejęcia zobowiązań finansowych Szpitala i do pozyskania na ich spłatę wobec aktualnych wierzycieli kredytu restrukturyzacyjnego w BGK (przy wsparciu Państwa),
- + nie będzie zobowiązane do udzielania zabezpieczenia kredytu restrukturyzującego wymagalne zobowiązania handlowe Szpitala (wsparcie Państwa),
- + scenariusz ten będzie z oczywistych względów scenariuszem w pełni akceptowalnym i zadowalającym mieszkańców miasta **Grudziądz**.

Scenariusze II i III różnią się od *Scenariusza I* tylko tym, że nie udaje się w nich pozyskać aktywnego wsparcia Państwa w restrukturyzacji przychodowej i restrukturyzacji zadłużenia Szpitala. Ciężar pozyskania większych przychodów ze środków publicznych spoczywa na negocjacjach Szpitala (przy aktywnym wsparciu Miasta Grudziądz) z Kujawsko-Pomorskim OW NFZ, a cały ciężar pozyskania i zabezpieczenia środków na restrukturyzację zadłużenia spoczywa na „barkach” Miasta Grudziądz. Scenariusze te między sobą różnią się tym, że w *Scenariuszu II* udaje się wynegocjować wzrost przychodów Szpitala ze środków publicznych, w wyniku negocjacji z NFZ a w *Scenariuszu III* nie udaje się wynegocjować dodatkowych przychodów z tego źródła. Niestety jak widać z powyższej analizy konsekwencje tego byłyby znacząco różne. Brak dodatkowych przychodów nie pozwoli na osiągnięcie rentowności Szpitala z działalności operacyjnej, co w konsekwencji nie pozwoli na restrukturyzację zadłużenia na bazie Ustawy Prawo restrukturyzacyjne (biznesplan, z którego wynika, że Szpital po wprowadzeniu działań restrukturyzacyjnych osiągnie rentowność jest jednym z podstawowych dokumentów umożliwiających otwarcie przez sąd postępowania restrukturyzacyjnego) i nie pozwoli Szpitalowi na pozyskanie kredytu restrukturyzacyjnego z BGK (brak zdolności do spłaty kredytu).

W wyniku wdrożenia *Scenariusza II*:

1) Szpital:

- + docelowo osiągnie rentowność na działalności operacyjnej,
- + zrestrukturyzuje i zredukuje swoje zadłużenie,
- + pozostanie na poziomie szpitali III-go stopnia w PSZ,
- + nie będzie zagrożony ryzykiem likwidacji,

2) Miasto Grudziądz:

- + docelowo - nie będzie musiało corocznie pokrywać starty netto generowanej przez Szpital pomniejszonej o amortyzację,
- + będzie zobowiązane do przejęcia zobowiązań finansowych Szpitala i do pozyskania środków zewnętrznych na ich spłatę wobec aktualnych wierzycieli,
- + będzie zobowiązane do udzielania zabezpieczenia kredytu restrukturyzującego zobowiązania handlowe Szpitala,

Zastrzeżenia do Raportu : Poniżej brak tekstu. Nie spójne z wersją papierową.

- + scenariusz ten będzie z oczywistych względów scenariuszem w pełni akceptowalnym i zadowalającym mieszkańców miasta Grudziądz.

W wyniku wdrożenia *Scenariusza III*:

1) Szpital:

- + nie osiągnie rentowności na działalności operacyjnej;
- + nie zrestrukturyzuje i nie zredukuje swojego zadłużenie — chyba, że zostanie ono w całości przejęte przez Miasto Grudziądz, co jest niemożliwe;
- + pozostanie na poziomie szpitali III-go stopnia w PSZ;
- + będzie zagrożony ryzykiem likwidacji;

2) Miasto Grudziądz:

- + będzie musiało corocznie pokrywać starty netto generowanej przez Szpital pomniejszonej o amortyzację;
- + będzie zobowiązane do przejęcia zobowiązań finansowych Szpitala (a potencjalnie do przejęcia całkowitego zadłużenia Szpitala, np. w przypadku zagrożenia likwidacją lub w przypadku konieczności likwidacji) i do pozyskania na ich spłatę środków zewnętrznych;
- + scenariusz ten będzie z oczywistych względów scenariuszem w pełni akceptowalnym i zadowalającym mieszkańców miasta Grudziądz, do czasu jeśli nie zakończy się likwidacją Szpitala, co będzie się wiązało z całkowitym niezadowolaniem opinii społecznej.

Scenariusz IV — zredukowanie Programu Medycznego Szpitala do poziomu „szpitala miejskiego” z pozostawieniem w strukturze Szpitala:

- + oddziałów typowych dla szpitala miejskiego oraz
- + z aktualnie funkcjonujących oddziałów pozostawienie poza oddziałami, które są typowe dla szpitala miejskiego — tych oddziałów, które są rentowne.

Wdrożenie tego scenariusza pociągnie za sobą niezadowolenie opinii społecznej oraz pracowników Szpitala (konieczność zwolnień) ale w przypadku braku możliwości wdrożenia *Scenariusza I* i *Scenariusza II* może być jedynym rozwiązaniem ratującym Szpital przed koniecznością jego likwidacji. Dodatkowo należy zwrócić uwagę, że scenariusz ten pociągnie za sobą jednorazowe koszty związane z wypłatą odpraw zwalnianym pracownikom.

W wyniku wdrożenia *Scenariusza IV*:

1) Szpital:

- + osiągnie rentowności na działalności operacyjnej;
- + zrestrukturyzuje i nie zredukuje swojego zadłużenie;
- + zostanie przesunięty do poziomu szpitali II-go stopnia w PSZ;
- + nie będzie zagrożony ryzykiem likwidacji;

2) Miasto Grudziądz:

- ~~+ nie będzie musiało corocznie pokrywać starty netto generowanej przez Szpital pomniejszonej o amortyzację;~~
- ~~+ będzie zobowiązane do przejęcia zobowiązań finansowych Szpitala i do pozyskania na ich spłatę wobec aktualnych wierzycieli środków zewnętrznych;~~
- ~~+ scenariusz ten z oczywistych względów nie będzie scenariuszem akceptowalnym i zadowolającym mieszkańców miasta Grudziądz; przy jego wdrożeniu niezbędne jest przeprowadzenie zakrojonych na szeroką skalę działań informujących opinię społeczną o konieczności wdrożenia tego scenariusza, de facto ratującego Szpitala przed likwidacją.~~

Scenariusz V – likwidacja Szpitala – należy dołożyć wszelkich starań aby nie doprowadzić do likwidacji Szpitala – byłoby to nieakceptowalne nie tylko przez opinię społeczną ale również ze względów ekonomicznych. Zgodnie z art. 61 ustawy o działalności leczniczej, zobowiązania i należności samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej po jego likwidacji stają się zobowiązaniami i należnościami Skarbu Państwa albo uczelni medycznej, albo właściwej jednostki samorządu terytorialnego.

W przypadku likwidacji Szpitala, Miasto Grudziądz byłoby zobowiązane przejąć zobowiązania Szpitala w kwocie ok. 421,0 mln zł (stan na 31 grudnia 2016 r.), tj. w wysokości 79% przychodów ogółem Miasta wygenerowanych w 2016 r. (532,9 mln zł) oraz ok. 84% przychodów prognozowanych w budżecie Miasta na 2017 r. (ok. 499,0 mln zł).

Wartość majątku trwałego Szpitala na koniec 2016 r. wynosiła 290,2 mln zł, wartość aktywów obrotowych ok. 124,7 mln zł, przy czym w aktywach obrotowych znajdują się należności wynikające z niezapłaconych przez NFZ nadwykonań za lata 2013 – 2015 ok. 40,5 mln zł). Z przedstawionych danych wynika, że majątek Szpitala nie wystarczy na spłatę zobowiązań, a w przypadku jego likwidacji obciąży budżet Miasta długami.

W przedmiotowym raporcie – co ma odzwierciedlenie w dalszej części niniejszego Streszczenia Menedżerskiego – Audytor szczegółowo opisuje rekomendowane działania naprawcze i projekcje finansowe dla **Scenariusza II** ale jednocześnie rekomenduje podjęcie wszelkich niezbędnych działań do uzyskania wsparcia Państwa w procesie restrukturyzacji Szpitala (**Scenariusz I**).

Rekomendacje w zakresie dalszego funkcjonowania Szpitala

Odnosząc się do danych z roku 2016, 93,9% przychodów Szpitala to przychody ze sprzedaży usług medycznych. Przychody z tytułu umów zawartych z NFZ stanowią 92,5% wszystkich

przychodów ze sprzedaży usług, co w praktyce oznacza niemal całkowite uzależnienie przychodów Szpitala od NFZ. Jest to typowa sytuacja dla większości szpitali funkcjonujących na polskim rynku ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim dla szpitali publicznych. **Dość nietypowy jak na polski rynek ochrona zdrowia** jest jednak wysoki udział przychodów z działalności niemedycznej w przychodach ze sprzedaży (6,2% w roku 2016). Większość tej sprzedaży (będącej łącznie na poziomie 14,8 mln zł) jest realizowana przez jednostki sklasyfikowane w tym miejscu jako „jednostki pomocnicze niemedyczne”.

Analizując koszty rodzajowe ze sprzedaży Szpitala i porównując je do benchmarku Auditor stwierdza, że udział kosztów amortyzacji oraz kosztów zużycia materiałów i energii do przychodów ze sprzedaży ogółem (po wyłączeniu z nich środków na ustawowe podwyżki wynagrodzeń dla pielęgniarek i położnych) przekracza wartość benchmarków. W przypadku kosztów zużycia materiałów i energii udział ten wynosi 30,5% (benchmark 15,0% - 16,0%), a w przypadku amortyzacji – 11,9% (benchmark 3,0% - 4,0%).

Najistotniejszą pozycją kosztową w obszarze zużycia materiałów i energii jest zużycie leków i materiałów opatrunkowych, które – nie licząc leków otrzymywanych w ramach programów lekowych z NFZ – stanowią 8,1% przychodów (w roku 2016). Jest to poziom wyższy niż obserwowany w innych podmiotach leczniczych, choć trzeba jednocześnie zauważyć, że koszty poniesione na leki i opatrunki zależą od struktury komórek organizacyjnych wchodzących w skład szpitala tj. są one uzależnione w znacznej mierze od zakresu i obszaru prowadzonej działalności przez szpital. Szpital posiada szereg komórek organizacyjnych generujących wyższe od przeciętnych koszty zużycia materiałów, w tym w szczególności: Blok Operacyjny Hybrydowy Kardiochirurgiczny, Blok Operacyjny Hybrydowy Chirurgii Naczyniowej, Pracownia Elektroterapii i Elektrofizjologii, Blok Pracownia Hemodynamiczna – Koronografia, Pracownia Hemodynamiczna – Angiografia, Oddział Kardiochirurgiczny, Oddział Neurochirurgiczny. Dodatkowo należy wskazać, że większość budynków szpitalnych nie jest ocieplona a ich ocieplenie zapewne przyczyniłoby się do redukcji kosztów ich ogrzewania.

Audytorka w tym zakresie rekomenduje i założyła w projekcjach finansowych stopniową redukcję w Szpitalu kosztów zużycia materiałów i energii (różną dla różnych pozycji wchodzących w skład „kosztów zużycia materiałów i energii”) średnio od 1,8% w 2018 r. do 3,5% w roku 2020.

Udział kosztów amortyzacji w przychodach ze sprzedaży kształtuje się w Szpitalu na poziomie 11,9% a benchmark tego udziału wynosi ok. 3,0 - 4,0%. Jest to związane z bardzo wysokim poziomem inwestycji przeprowadzonych w infrastrukturę budowlaną, sprzętową i IT Szpitala, co skutkuje spełnianiem przez Szpital prawie wszystkich wymagań dotyczących tego typu podmiotów leczniczego (wyjątkiem tu jest liczba wymaganych stanowisk intensywnej terapii na OAiIT) oraz bardzo wysokim poziomem infrastruktury szpitalnej. Jednocześnie tak znaczne przekroczenie tego

Zastrzeżenia do Raportu : Koszty amortyzacji są bezpośrednim skutkiem poczynionych inwestycji, natomiast koszty zużycia materiałów i energii sukcesywnie są ograniczane, jednakże biorąc pod uwagę wysoki poziom specjalistyki są nieuniknione. W ocenie szpitala poziom zużycia materiałów jest optymalny, dlatego prosimy o wskazanie benchmarków, z którymi szpital został porównany.

Zastrzeżenia do Raportu Zwiększony przychód generuje większe zużycie materiałów oraz kosztochłonne regulacje prawne, które szpital musi spełnić, opisane zostały we wcześniejszych wyjaśnieniach.

Zastrzeżenia do Raportu : Jest to nieprawda! Które budynki nie są ocieplone?. Wyjaśnienia zostały wysłane.

Zastrzeżenia do Raportu : nie prawda

Zastrzeżenia do Raportu : Jakie szpitale były brane do porównań, wielkość, oddziały?

Zastrzeżenia do Raportu : Wyjaśnienia były wysłane.

Zastrzeżenia do Raportu : Jakich?

Zastrzeżenia do Raportu : Ponownie wyjaśniam, że koszty amortyzacji są związane z poczynioną inwestycją, dlatego proszę o wskazanie szpitala, który z własnych środków sfinansował budowę.

Zastrzeżenia do Raportu : Amortyzacja jest skutkiem inwestycji, który szpital sam z własnych środków dokonywał takich inwestycji.

benchmarku sugeruje, że potencjał Szpitala nie jest w pełni wykorzystany i strona przychodowa w stosunku do posiadanej infrastruktury jest zbyt niska lub z drugiej strony, że Szpital został przeinwestowany w stosunku do poziomu możliwych do wygenerowania przychodów z Kujawsko – Pomorskiego OW NFZ.

Zastrzeżenia do Raportu : Jest to teza nieprawdziwa.

Audytora poprzez rekomendację ewentualnego przeniesienia (sprzedaży) nieruchomości szpitalnych do spółki celowej (lub GIM) założył w projekcjach finansowych znaczną redukcję kosztów amortyzacji. Z drugiej strony należy zaznaczyć, że amortyzacja, która jest kosztem ale nie jest wydatkiem, oraz której poziom nie wpływa na wielkość straty, jaką musi pokryć w myśl zapisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej - Dz.U. 2016 poz. 1638), nie jest pozycją kosztową, której redukcja jest niezbędna, co oznacza, że w przypadku podjęcia decyzji o pozostawieniu nieruchomości w strukturze Szpitala, nie będzie to miało wpływu na płynność finansową Szpitala oraz na budżet Organu Tworzącego.

Szpital posiada aktualnie 1 128 łóżek na 37 oddziałach łóżkowych (plus Oddział Psychiatryczny Dzienny). Średnioroczny poziom wykorzystania łóżek analizowany dla całego Szpitala, biorąc pod uwagę wszystkie dni tygodnia, wyniósł w 2016 r. 70%, a analizowany tylko w dni robocze wynosił 74% (średni optymalny poziom wykorzystania łóżek w szpitalu powinien się wahać na poziomie 85% i jest zależny od struktury posiadanych przez szpital oddziałów – np. optymalny poziom dla oddziałów dziecięcych i kardiochirurgicznych wynosi 70%, dla oddziałów opieki pielęgnacyjnej i opiekuńczej, rehabilitacyjnych, opieki paliatywnej wynosi 95%). Oznacza to, że z 1 128 łóżek posiadanych przez Szpital średnio w roku wykorzystywane były tylko 783. Oczywiście Szpital musi mieć pewną rezerwę w poziomie wykorzystania łóżek (stąd wprowadzone poziomy optymalnego obłożenia łóżek) i taka optymalna liczba łóżek dla Szpitala - przy poziomie obłożenia łóżek na poszczególnych oddziałach z 2016 r. – wynosiłaby 949 łóżek. W tym miejscu należy zaznaczyć, że analiza wyłącznie poziomu obłożenia łóżek nie może być podstawą podjęcia decyzji o liczbie łóżek, jaka jest optymalna dla poszczególnych oddziałów i o ewentualnej likwidacji części łóżek na oddziałach, ponieważ sama „fizyczna” likwidacja łóżek nie zmieni sytuacji finansowej oddziału i w konsekwencji szpitala. Szpital dalej będzie ponosił koszty w tej samej wysokości (koszty eksploatacji powierzchni, koszty osobowe personelu medycznego – ponieważ dla większości oddziałów minimalne normy zatrudnienia personelu medycznego nie zależą od ilości łóżek na oddziale, a są stałe). Analiza taka jest natomiast niezbędna do oszacowania faktycznego potencjału poszczególnych oddziałów w celu podjęcia działań zmierzających do renegotjacji wartości kontraktów z NFZ – pozwalającej na pełne wykorzystanie potencjału oddziału - lub reorganizacji struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego - powiększenie jednego oddziału o poziom obłożenia

Zastrzeżenia do Raportu : Raport GUS z 2014 r. mówi inaczej - średnie obłożenie łóżek dla województwa kujawsko-pomorskiego wynosi 63%.

łóżek przekraczającym poziom optymalny kosztem innego oddziału nie osiągniętego poziomu optymalnego.

Wskaźnik poziomu wykorzystania bazy łóżkowej zależy również od średniej długości czasu hospitalizacji pacjentów na oddziale oraz powinien być analizowany w kontekście poziomu wykonania przez dany oddział umowy z NFZ. W przypadku oddziału o niskim poziomie obłożenia łóżek, ale wykonującym w 100% (lub powyżej 100% generując nadwykonania) umowę z NFZ, mamy do czynienia z oddziałem, którego potencjał nie jest w całości wykorzystany, ze względu na zbyt niską wartość umowy z NFZ lub z oddziałem, który został przewymiarowany w stosunku do możliwości przychodowych.

Z takimi przypadkami mamy do czynienia w odniesieniu do szeregu oddziałów w Szpitalu, a najniższe obłożenie łóżek występuję na oddziałach: OAiIT dla Dzieci – 14%/15% (wskaźnik poziomu obłożenia we wszystkie dni tygodnia/wskaźnik poziomu obłożenia w dni robocze), dla którego optymalny poziom obłożenia wynosi 70%, w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym – 30%/30% (optymalny 95%), Oddziale Reumatologicznym – 35%/37% (optymalny 85%), Oddziale Chirurgii Naczyń – 38%/41% (optymalny 85%). Poziom obłożenia łóżek na wyżej wymienionych oddziałach jest wręcz dramatyczny i de facto w przypadku braku możliwości pozyskania wzrostu poziomu finansowania na te oddziały z finansowego punktu widzenia, powinny one być (wykluczając OAiIT dla Dzieci, którego funkcjonowanie w Szpitalu wynika z przepisów prawa - Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii -Dz.U. 2016 poz. 2218) zlikwidowane. Najwyższe obłożenie łóżek – przekraczające wartości optymalne – generują: Oddział Neurologiczny i Neuroimmunologii Klinicznej, Oddział Gastroenterologiczny, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej.

W tym miejscu należy nadmienić, że z analizy przeprowadzonej przez Ministerstwo Zdrowia, opublikowanej w Mapach potrzeb zdrowotnych największy wzrost zapotrzebowania na łóżka szpitalne w Województwie w 2029 roku w stosunku do stanu z 2016 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016), prognozowany jest w następujących obszarach:

- + neurologii (+46% = +146 łóżek),
- + urologii (+43% = +66 łóżek),
- + chorób wewnętrznych wraz z geriatrią (+41% = +424 łóżka),
- + neurochirurgii (+36% = +50 łóżek).

a największy spadek zapotrzebowania na łóżka szpitalne w Województwie w 2029 roku w stosunku do stanu z 2016 roku (wg RPWDL na dzień 31.03.2016), nastąpi w następujących obszarach:

- + neonatologia (-57% = -316 łóżek/stanowisk),
- + chirurgia dziecięca (-43% = -52 łóżka),
- + położnictwo i ginekologia (+40% = -417 łóżek),

Zastrzeżenia do Raportu : mało racjonalne

Zastrzeżenia do Raportu : Prosimy o korektę, ponieważ w algorytmie obliczającym obłożenie łóżek wkraśl się błąd polegający na nieuwzględnieniu długo trwających pobytów, co w przypadku ZPO jest standardem. W Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym jest obłożenie na poziomie 95%/95%.

Zastrzeżenia do Raportu : Koszty likwidacji związane są z operacyjnymi działaniami likwidacyjnymi, pomniejszenie przychodu, co może skutkować nie spełnieniem wymogów w NFZ.

- + pediatria (-35% = -212 łóżek).

Analizując powyższe prognozy należy wziąć pod uwagę fakt, że dla części oddziałów Mapy potrzeb zdrowotnych nie zawierają kompletnych danych. Dodatkowo należy wziąć pod uwagę fakt, że Mapy potrzeb zdrowotnych były realizowane przed wprowadzeniem w życie rządowych programów prorodzinnych, w tym przede wszystkim Programu 500+ i ich wpływu na liczbę urodzeń (urodzenia żywe w Polsce w 2015 r. wyniosły 369,3 tys. noworodków, urodzenia żywe 2016 r. – w którym jeszcze w niewielkim zakresie widać wpływ programów rządowych na liczbę urodzeń - już 382,3 tys., czyli o 13 tys. urodzeń żywych więcej niż do roku 2015, co daje wzrost o ok. 3,5%, natomiast prognozy rządowe na rok 2017 mówią o planowanym wzroście o ok. 25 – 35 tys. żywych urodzeń, co daje wzrost o ok. 7,0 – 9,5% w stosunku do 2015 r. Może mieć to wpływ na wynikające z Map potrzeb zdrowotnych prognozy dotyczące między innymi oddziałów: ginekologiczno-położniczych, neonatologicznych i wszystkich oddziałów dziecięcych.

Analizując szczegółowo wskaźniki finansowe i statystyczne każdego z oddziałów łóżkowych Szpitala, w tym w szczególności:

- + przychody,
- + koszty bezpośrednie i ich udział w przychodach oddziału,
- + wynik finansowy po kosztach bezpośrednich,
- + wynik finansowy po kosztach bezpośrednich po wykluczeniu z przychodów oddziału nadwykonań,
- + koszty pośrednie i ich udział w przychodach oddziału,
- + wynik finansowy po kosztach pośrednich,
- + wynik finansowy po kosztach pośrednich po wykluczeniu z przychodów oddziału nadwykonań,
- + wartość umowy z NFZ,
- + wartość wykonania umowy z NFZ,
- + wartość wykonanych nadwykonań,
- + spełnianie przez oddział wymagań określonych Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych (w kontekście oceny poziomu niezbędnych inwestycji dostosowawczych i opłacalności ich realizacji w kontekście rentowności oddziału),
- + liczbę łóżek na oddziale,
- + aktualną liczbę łóżek w obszarze działalności oddziału w Województwie,
- + prognozę zapotrzebowania na łóżka w obszarze działalności oddziału wynikającą z Map potrzeb zdrowotnych na 2029 r.,
- + średni poziom obłożenia łóżek na oddziale we wszystkie dni tygodnia i wyłącznie w dni robocze,

- + odchylenie poziomu obłożenia łóżek na oddziale w stosunku do optymalnego obłożenia łóżek na danym oddziale,
- + odchylenie wskaźnika operatywy na oddziałach zabiegowych od optymalnego wskaźnika (przeanalizowane w bardzo okrojonym zakresie, ze względu na brak danych),
- + liczbę osób leczonych na oddziale i ich udział w ogólnej liczbie osób leczonych w Szpitalu,
- + liczbę osobodni hospitalizacji pacjentów na oddziale i jej udział w liczbie osobodni hospitalizacji pacjentów w Szpitalu,
- + średnią długość hospitalizacji pacjenta na oddziale i jej porównanie do średniej długości hospitalizacji pacjenta na danym oddziale w kraju,
- + czasy oczekiwania w Szpitalu, i Województwie na przyjęcie na poszczególne typy oddziałów oraz czasy oczekiwania w Szpitalu i Województwie na realizację poszczególnych świadczeń.

Audytu zaproponował rekomendowany na dzisiaj i optymalny w przyszłości Program Medyczny dla oddziałów szpitalnych, który został przedstawiony w poniższej tabeli.

Rekomendowany Program Medyczny Szpitala

Oddział	Liczba łóżek					
	aktualna	wymagająca z optymalnego obłożenia	różnica pomiędzy aktualną a wymagającą z optymalnego obłożenia	Rekomendowana	różnica pomiędzy rekomendowaną a aktualną	Optymalna
Szpitalny Oddział Ratunkowy dla Dorosłych	TAK	TAK		TAK		TAK
Szpitalny Oddział Ratunkowy dla Dzieci	TAK	TAK		TAK		TAK
Szpitalny Oddział Ratunkowy Położniczo-Ginekologiczny	TAK	TAK		TAK		TAK
Izba Przyjęć - Psychiatryczna	TAK	TAK		TAK		TAK
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	14	17	3	23	+9	23
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci	4	2	-2	4	0	4
Oddział Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej	35	25	-10	35	0	35
Oddział Chirurgii Naczyniowej	29	15	-14	29	0	15
Oddział Chirurgii Ogólnej	27	28	1	27	0	27

Oddział	Liczba łóżek					
	aktualna	wynikająca z optymalnego obłożenia	różnica pomiędzy aktualną a wynikającą z optymalnego obłożenia	Rekomendowana	różnica pomiędzy rekomendowaną a aktualną	Optymalna
Oddział Chirurgii Onkologicznej	24	15	-9	24	0	15
Oddział Chorób Wewnętrznych (*Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami Nefrologii i Reumatologii)	65	59	-6	65	0	80*
Oddział Dziecięcy	31	32	1	31	0	> 31**
Oddział Endokrynologiczny i Terapii Izotopowej	25	26	1	25	0	> 25**
Oddział Gastroenterologiczny	18	28	10	18	0	> 18**
Oddział Kardiochirurgiczny	31	29	-2	31	0	31
Oddział Kardiologii, Elektrofizjologii i Zaburzeń Rytmu Serca	34	37	3	34	0	34
Oddział Medycyny Paliatywnej	16	12	-4	16	0	16
Oddział Dializ	26	26	0	26	0	> 26**
Oddział Nefrologiczny	9	10	1	9	0	0*
Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka	30	28	-2	30	0	30
Oddział Neurochirurgiczny	25	28	3	25	0	> 25**
Oddział Neurologiczny i Neuroimmunologii Klinicznej	20	35	15	20	0	> 20**
Oddział Niemowlęcy	35	29	-6	35	0	35
Oddział Okulistyczny	16	15	-1	16	0	16
Oddział Onkologii Klinicznej	29	26	-3	29	0	29
Oddział Otolaryngologiczny	16	16	0	16	0	16
Oddział Pediatrii, Gastroenterologii, Kardiologii, Neurologii, Endokrynologii i Diabetologii	40	40	0	40	0	> 40**
Oddział Pediatrii i Kardiologii Dziecięcej	40	40	0	40	0	> 40**
Oddział Położniczo - Ginekologiczny	80	52	-28	65	-15	65
Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży	50	36	-14	50	0	36
Oddział Psychiatryczny I	40	50	10	40	0	40

Oddział	Liczba łóżek					
	aktualna	wynikająca z optymalnego obłożenia	różnica pomiędzy aktualną a wynikającą z optymalnego obłożenia	Rekomendowana	różnica pomiędzy rekomendowaną a aktualną	Optymalna
Oddział Psychiatryczny II	40	51	11	40	0	40
Oddział Pulmonologiczny	50	33	-17	50	0	33
Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	20	25	5	30	+10	40
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	23	22	-1	30	+7	40
Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej	20	24	4	40	+20	50
Oddział Reumatologiczny	26	12	-14	26	0	0*
Oddział Udarowy	24	18	-6	24	0	24
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	28	32	4	28	0	28
Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej	20	23	3	20	0	20
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	68	23	-45	68	0	0***
Ogółem	1 128	1 019	-109	1 174	46	

*włączenie w strukturę Oddziału Chorób Wewnętrznych

**w przypadku uzyskania dodatkowego finansowania ze środków publicznych

***w przypadku braku odpowiedniego finansowania ze środków publicznych

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

Jak wynika z powyższej tabeli zaproponowano dwa etapy optymalizacji Programu Medycznego oddziałów łóżkowych Szpitala, przy czym drugi – zdaniem Audytora „optymalny” Program Medyczny – uzależniony jest od pomyślnych negocjacji z NFZ i uzyskaniem dodatkowego finansowania ze środków publicznych dla następujących oddziałów (restrukturyzacja przychodowa):

- + Oddział Neurochirurgiczny - wysoka rentowność już po kosztach pośrednich (bardzo wysoka rentowność po kosztach pośrednich po uwzględnieniu w jego przychodach zrealizowanych - a niezapłaconych przez NFZ – nadwykonań); poziom wykorzystania łóżek (89%) przekracza poziom optymalny – rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązane ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych;
- + Oddział Pediatrii i Kardiologii Dziecięcej - rentowność po kosztach pośrednich (bardzo wysoka rentowność po kosztach pośrednich po uwzględnieniu w jego przychodach

- zrealizowanych - a niezapłaconych przez NFZ – nadwykoniań); poziom wykorzystania łóżek (70%) osiągnął poziom optymalny – rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązane ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych;
- + Oddział Pediatrii, Gastroenterologii, Kardiologii, Neurologii, Endokrynologii i Diabetologii - rentowność po kosztach pośrednich (wysoka rentowność po kosztach pośrednich po uwzględnieniu w jego przychodach zrealizowanych - a niezapłaconych przez NFZ – nadwykoniań); poziom wykorzystania łóżek (70%) osiągnął poziom optymalny – rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązane ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych;
 - + Oddział Dziecięcy - rentowność po kosztach pośrednich (wysoka rentowność po kosztach pośrednich po uwzględnieniu w jego przychodach zrealizowanych - a niezapłaconych przez NFZ – nadwykoniań); poziom wykorzystania łóżek (70%) jest bliski poziomowi optymalnemu – rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązana ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych;
 - + Oddział Okulistyczny - wysoka rentowność po kosztach pośrednich (wysoka rentowność po kosztach pośrednich po uwzględnieniu w jego przychodach zrealizowanych - a niezapłaconych przez NFZ – nadwykoniań); poziom wykorzystania łóżek jest poniżej poziomu optymalnego - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla posiadanej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych, bez konieczności zwiększania liczby łóżek;
 - + Oddział Niemowlęcy - rentowność po kosztach pośrednich; poziom wykorzystania łóżek jest poniżej poziomu optymalnego - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla posiadanej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych, bez konieczności zwiększania liczby łóżek;
 - + Oddział Dializ - rentowność po kosztach pośrednich; wysoki poziom wykorzystania stanowisk do dializy – rekomendowane zwiększenie liczby stanowisk powiązana ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych, bez konieczności zwiększania liczby łóżek;

- + Oddział Endokrynologiczny i Terapii Izotopowej - rentowność po kosztach pośrednich, poziom wykorzystania łóżek (86%) osiągnął poziom optymalny – rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązane ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych;
- + Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii i Intensywnej Terapii Noworodków – rentowność po kosztach pośrednich; poziom wykorzystania łóżek/stanowisk (62%) bliski poziomowi optymalnego dla tego typu oddziałów; świadczenia realizowane przez Oddział są nielimitowane - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania większej liczby pacjentów – a w razie osiągnięcia optymalnego poziomu obłożenia łóżek/stanowisk (70%) – zwiększenie liczby łóżek (stanowisk) na Oddziale, co pozwoli na generowanie większych przychodów;
- + Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – brak rentowności po kosztach pośrednich; Oddział jednak w przypadku uwzględnienia w przychodach wartości zrealizowanych (a niezapłaconych przez NFZ) nadwykonań (a więc w wyniku zwiększenia jego przychodów o wartość zrealizowanych nadwykonań) – staje się wysoce rentowny po nawet po kosztach pośrednich; w związku z koniecznością zwiększenia liczby łóżek do 2% ogółu liczby łóżek w Szpitalu - wynikająca z wymagań Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. 2016 poz. 2218) – idealnie byłoby połączona zwiększenia liczby łóżek ze zwiększonym poziomem finansowania ze środków publicznych - w związku z tym rekomenduje się podjęcie intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego poziomu finansowania ze środków publicznych;
- + Oddział Neurologiczny i Neuroimmunologii Klinicznej – brak rentowności po kosztach pośrednich; Oddział jednak w przypadku jego analizy z uwzględnieniem w przychodach wartości zrealizowanych (a niezapłaconych przez NFZ) nadwykonań (a więc w wyniku zwiększenia jego przychodów o wartość zrealizowanych nadwykonań) – staje się rentowny po nawet po kosztach pośrednich); poziom wykorzystania łóżek (>100%) zdecydowanie przekracza poziom optymalny – konieczność zwiększenia liczby łóżek powiązana ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych, bez konieczności zwiększania liczby łóżek;
- + Oddział Otolaryngologiczny – brak rentowności po kosztach pośrednich; Oddział jednak w przypadku jego analizy z uwzględnieniem w przychodach wartości zrealizowanych (a

- niezapłaconych przez NFZ) nadwykonań (a więc w wyniku zwiększenia jego przychodów o wartość zrealizowanych nadwykonań – staje się rentowny po nawet po kosztach pośrednich); poziom wykorzystania łóżek (77%) poniżej poziomu optymalnego – rekomendowane działania zmierzające do zwiększenia poziomu finansowania ze środków publicznych bez konieczności zwiększenia liczby łóżek - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla posiadanej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych;
- + Oddział Gastroenterologiczny – wynik po kosztach pośrednich na granicy rentowności; poziom wykorzystania łóżek (>100%) znacznie przekroczył poziom optymalny – rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązane ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych;
 - + Oddział Reumatologiczny - wynik po kosztach pośrednich bliski granicy rentowności; poziom wykorzystania łóżek (37%!!) jest znacznie poniżej poziomu optymalnego – rekomendowane działania zmierzające do zwiększeni poziomu finansowania ze środków publicznych bez konieczności zwiększenia liczby łóżek - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla posiadanej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych; w przypadku braku pozyskania większego poziomu finansowania rekomenduje się połączenie Oddziału z Oddziałem Chorób Wewnętrznych;
 - + Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej - wynik po kosztach pośrednich znacznie poniżej progu rentowności; poziom wykorzystania łóżek (>100%) powyżej poziomu optymalnego (95%) – dla tego typu oddziałów istnieje pewien minimalny próg liczby łóżek (30-40), po przekroczeniu którego oddziały te mogą dopiero być rentowne - rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązane ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych,
 - + Oddział Rehabilitacji Neurologicznej - wynik po kosztach pośrednich poniżej progu rentowności; mimo, że poziom wykorzystania łóżek (86%) jest nieznacznie poniżej poziomu optymalnego (95%) – dla tego typu oddziałów istnieje pewien minimalny próg liczby łóżek (30-40), po przekroczeniu którego oddziały te mogą dopiero być rentowne – rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązane ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań

zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych,

- + Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej - wynik po kosztach pośrednich znacznie poniżej progu rentowności; poziom wykorzystania łóżek (>100%) powyżej poziomu optymalnego (95%) – dla tego typu oddziałów istnieje pewien minimalny próg liczby łóżek (30-40), po przekroczeniu którego oddziały te mogą dopiero być rentowne - rekomenduje się zwiększenie liczby łóżek powiązane ze zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych - w związku z tym istnieje konieczność podjęcia intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego - dla optymalnej liczby łóżek - poziomu finansowania ze środków publicznych,
- + Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy - wynik po kosztach pośrednich znacznie poniżej progu rentowności; dramatycznie niski poziom wykorzystania łóżek (30%) zdecydowanie poniżej poziomu optymalnego (95%) – dla tego typu oddziałów istnieje pewien minimalny próg liczby łóżek (50), po przekroczeniu którego oddziały te mogą dopiero być rentowne – Szpital mając 68 łóżek na ZPO przekracza ten próg, ale niski poziom finansowania ze środków publicznych nie pozwala na hospitalizację większej ilości pacjentów; w związku z tym rekomenduje się podjęcie intensywnych działań zmierzających do zwiększeniem poziomu finansowania ze środków publicznych, optymalnego dla posiadanej przez ZPO liczby łóżek,

a więc oddziałów osiągających albo najlepsze wyniki finansowe (bez uwzględniania w przychodach wartości zrealizowanych a niezapłaconych przez NFZ nadwykonań) po kosztach pośrednich (9 oddziałów łóżkowych) - czyli ich poprawa rentowności nie jest uzależniona również od poprawy rentowności komórek pomocniczych i wpływa bezpośrednio na poprawę wyniku finansowego Szpitala), albo takich, na których zwiększenie bazy łóżkowej – oczywiście połączone ze zwiększeniem ich finansowania (dla Audytora zwiększenie liczby łóżek oznacza zwiększenie poziomu finansowania) – jest wymagane przepisami prawa (OAiT) lub pozwoliłoby im na osiągnięcie rentowności. To ostatnie dotyczy głównie oddziałów, dla których istnieje pewien minimalny próg liczby łóżek, po przekroczeniu którego oddziały te mogą dopiero być rentowne. Dotyczy to zwłaszcza oddziałów rehabilitacyjnych (liczba łóżek na tych oddziałach nie powinna być mniejsza od 30-40 łóżek) oraz oddziałów opieki długoterminowej (liczba łóżek dla tych oddziałów nie powinna być mniejsza od 50-ciu), których rentowność zaczyna się dopiero po przekroczeniu pewnej minimalnej liczby łóżek (posiadania finansowania na tą liczbę łóżek) i tak w przypadku rehabilitacji jest to poziom 30-40 łóżek, w przypadku opieki długoterminowej poziom powyżej 50 łóżek.

W przypadku braku pozyskania dodatkowych środków na finansowanie ZPO oraz Oddziału Reumatologii – na których to oddziałach obłożenie łóżek - co wynika z niskiej wartości umów z NFZ – odbiega znacznie od poziomu optymalnego (odpowiednio 30 i 37%) - należy rozważyć likwidację

Zastrzeżenia do Raportu : Nie spójne z wersją papierową.

Zastrzeżenia do Raportu : Łóżka na salach są mobilne wahają się 30-40, a w przypadku Opieki Długoterminowej wynoszą 70 szt.

ZPO oraz włączenie Oddziału Reumatologii w strukturę Oddziału Chorób Wewnętrznych (co by powodowało konieczność powiększenia Oddziału Chorób Wewnętrznych o ok. 15 łóżek).

Jednocześnie w związku z procedowaniem w ostatnich dniach rządowego projektu tzw. „specustawy” (jest już procedowana przez Sejmową Komisję Zdrowia) o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej, przewidującej, że Narodowy Fundusz Zdrowia dostanie 2,1 mld zł dotacji z budżetu na skrócenie kolejek (kolejne 700 mln zł ma być przeznaczonych na wyposażenie placówek w nowy sprzęt medyczny) zasadnym wydaje się rozpoczęcie renegotiacji umów z NFZ we wszystkich zakresach działalności Szpitala.

Poziom obłożenia łóżek na 80 łóżkowym Oddziale Ginekologiczno – Położniczym wynosi zaledwie 52% i w przypadku tego Oddziału rekomenduje się pozostawienie 65 łóżek (powyżej poziomu wynikającego z jego aktualnych potrzeb, ze względu na wdrożenie przez rząd programów prorodzinnych) i wykorzystanie zwolnionych powierzchni na inne funkcje.

Funkcjonowanie obszaru psychiatrii ma być poddane głębokiej reformie – o czym była mowa w pkt. 5.1. „Analiza planowanych i wdrożonych zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności w zakresie leczenia szpitalnego” niniejszego Raportu – i dopiero po zapoznaniu się ze szczegółami planowanych zmian w tym obszarze będzie można wydać rekomendacje, co do jego dalszego funkcjonowania.

Jednocześnie należy pamiętać, że innym czynnikiem, który będzie w znacznym stopniu determinował możliwość realizacji Optymalnego Programu Medycznego będą możliwości lokalowe Szpitala, umożliwiające realizację w/w założeń.

Pozostałe oddziały, o których nie było mowy powyżej, należy poddać głębokiej „restrukturyzacji kosztowej” (co nie oznacza, że oddziały poddane restrukturyzacji przychodowej, szczególnie w zakresie optymalizacji kosztów zużycia materiałów i energii, są z optymalizacji kosztowej wyłączone; z drugiej strony, jeżeli w systemie rzeczywiście pojawią się dodatkowe środki finansowe nie należy rezygnować z renegotjowania poziomu umów z NFZ w innych obszarach niż w obszarach, o których była mowa powyżej).

Jak wykazała analiza finansowa poszczególnych komórek organizacyjnych Szpitala dziesięć (10) oddziałów łóżkowych generowało stratę po kosztach bezpośrednich (największą stratę po kosztach bezpośrednich ze wszystkich komórek organizacyjnych Szpitala generuje OAiIT), tj. w kolejności od generujących największe starty po kosztach bezpośrednich do tych generujących najmniejsze starty po kosztach bezpośrednich: OAiIT, OAiIT dla Dzieci, Oddział Udarowy, Oddział Medycyny Paliatywnej, Oddział Nefrologiczny, Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej, Oddział Pulmonologiczny, Oddział Dzienny Psychiatryczny, Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej, Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży.

W przypadku tych oddziałów rekomenduje się:

Zastrzeżenia do Raportu : Jaki wtedy będzie przychód i rentowność?

Zastrzeżenia do Raportu : Przekazano błędne dane jest 95% - ZPO.

Zastrzeżenia do Raportu : Błąd stylistyczny językowy.

Zastrzeżenia do Raportu : Sieć to wzór, negocjacje częściowe. Wartość ryczałtu jest określona wzorem wydanym w Rozporządzeniu z dnia 22. 09.2017 r. negocjacje podlegają świadczenia odrębnie finansowane poza ryczałtowe.

Zastrzeżenia do Raportu : Z porodowymi, tam gdzie jest hospitalizacja jest 69 łóżek.

Zastrzeżenia do Raportu : Czy wskaźnik kosztowe przychodowy jest zły?

- + Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – tak, jak już wspomniano Oddział w przypadku uwzględnienia w przychodach wartości zrealizowanych (a niezapłaconych przez NFZ) nadwykoniań (a więc w wyniku zwiększenia jego przychodów o wartość zrealizowanych nadwykoniań) – staje się wysoce rentowny po nawet po kosztach pośrednich; w związku z koniecznością zwiększenia liczby łóżek do 2% ogółu liczby łóżek w Szpitalu - wynikająca z wymagań Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. 2016 poz. 2218) – idealnie byłoby połączenie zwiększenia liczby łóżek ze zwiększonym poziomem finansowania ze środków publicznych - w związku z tym rekomenduje się podjęcie intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego poziomu finansowania ze środków publicznych;
- + Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci – konieczność posiadania tego Oddziału w Szpitalu (min. 4 stanowiska) wynika z wymagań Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U. 2016 poz. 2218) – i jednym możliwym sposobem na poprawę wyniku tego Oddziału jest zwiększenie poziomu finansowania ze środków publicznych, do optymalnego na 4 stanowiska posiadane przez Szpital - w związku z tym rekomenduje się podjęcie intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego poziomu finansowania ze środków publicznych,
- + Oddział Udarowy – Oddział posiada bardzo niską wartość umowy z NFZ i z tego powodu przy niskim obłożeniu łóżek (61%) realizuje znaczne nadwykonanie kontraktu z NFZ (w 2016 r. Oddział zrealizował ogółem świadczenia o wartości ok. 213,7% kontraktu z NFZ); w związku z tym rekomenduje się podjęcie intensywnych działań zmierzających do pozyskania wyższego - optymalnego poziomu finansowania ze środków publicznych;
- + Oddział Medycyny Paliatywnej – idealnym rozwiązaniem byłoby pozyskanie większego poziomu finansowania ze środków publicznych na ten Oddział – co poprawiłoby niski poziom wykorzystania łóżek na tym Oddziale (65% przy optymalnym 95% dla tego typu oddziałów) oraz redukcja kosztów osobowych (których poziom 106,2% w stosunku do przychodów Oddziału już generuje ujemny wynik finansowy) ale należy też zwrócić uwagę, że specyfika działalności w obszarze ochrony zdrowia powoduje, że nie wszystkie obszary jej działalności muszą być rentowne. Do takich oddziałów na pewno należy zaliczyć oddziały opieki paliatywnej i hospicyjnej, których funkcjonowanie ma ogromne znaczenie społeczne,
- + Oddział Nefrologiczny – rekomenduje się włączenie tego Oddziału w struktury Oddziału Chorób Wewnętrznych i utworzenie Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologicznym (docelowo Audytor rekomenduje włączenie również w struktury Oddziału

Zastrzeżenia do Raportu : Co z zasadą współmierności księgowania kosztów i przychodów?

Chorób Wewnętrznych – Oddziału Reumatologii – i docelowo utworzenie Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami Nefrologicznym i Reumatologicznym),

- + Oddział Pulmonologiczny - idealnym rozwiązaniem byłoby pozyskanie większego poziomu finansowania ze środków publicznych na ten Oddział – co poprawiłoby bardzo niski poziom wykorzystania bazy łóżkowej na tym Oddziale (55% przy optymalnym 85% dla tego typu oddziałów); w związku z tym rekomenduje się podjęcie intensywnych działań zmierzających do pozyskania optymalnego poziomu finansowania ze środków publicznych;
- + Oddziały: Rehabilitacji Kardiologicznej i Ogólnoustrojowej wymagają ich powiększenia, o czym była mowa powyżej,
- + Oddział Dzienny Psychiatryczny oraz Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży – tak jak już wcześniej wspomniano funkcjonowanie obszaru psychiatrii ma być poddane głębokiej reformie – o czym była mowa w pkt. 5.1. „Analiza planowanych i wdrożonych zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, w tym w szczególności w zakresie leczenia szpitalnego” Raportu – i dopiero po zapoznaniu się ze szczegółami planowanych zmian w tym obszarze będzie można wydać rekomendacje, co do dalszego funkcjonowania oddziałów psychiatrycznych.

Analiza finansowa przeprowadzona w ramach niniejszego audytu wykazała, że wysokie koszty pośrednie, generowane przez komórki pomocnicze - obciążające komórki podstawowe, generujące dodatni wynik finansowy po kosztach bezpośrednich - są przyczyną utraty przez część z nich rentowności po kosztach pośrednich (13 oddziałów). Z taką sytuacją mamy do czynienia w szczególności w przypadku: Oddział Kardiologii, Elektrofizjologii i Zaburzeń Rytmu (wynik po kosztach bezpośrednich ok. +9,93 mln zł / wynik po kosztach pośrednich ok. -2,50 mln zł), Oddział Kardiochirurgiczny (odpowiednio: ok. +1,27 mln zł / -8,51), Oddział Chirurgii Naczyniowej (odpowiednio: +2,03 mln zł / ok. -5,13 mln zł).

W związku z powyższym Audytor poddał szczegółowej analizie: medyczne komórki pomocnicze funkcjonujące w Szpitalu, niemedyczne komórki pomocnicze funkcjonujące w Szpitalu oraz koszty ogólnego zarządu.

Jak wykazała analiza medycznych komórek pomocniczych największe koszty działalności podstawowej generowały wśród nich: Pracownia Hemodynamiczna – Koronografia (ok. 6,23 mln zł), Blok Operacyjny Ogólny (ok. 6,22 mln zł), Blok Operacyjny Hybrydowy Kardiochirurgii (5,80 mln zł), Laboratorium Analityczne – 5,56 mln zł.

Analiza poziomu wykorzystania Bloków Operacyjnych Szpitala wykazała, że wykorzystywane są one w Szpitalu średnio na poziomie 34% (najwyższy poziom wykorzystania zanotowano na Hybrydowym Bloku Operacyjnym Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyń - 56,29%). Optymalny poziom wykorzystania sali operacyjnej w szpitalach (przy założeniu realizacji zabiegów planowych w dni robocze przez 10 godz. dziennie) nie powinien być niższy od 75%.

Zastrzeżenia do Raportu : Rozważanie teoretyczne – jakie koszty?

Zastrzeżenia do Raportu : Na koszty ogólnego Zarządu w głównej mierze w 2016 r. wpłynęły audyty zlecone przez poprzedniego Dyrektora Michała Jonczyńskiego, należy wskazać również podwyższone koszty obsługi prawnej w tym okresie - zatrudnianie przez poprzedniego Dyrektora Michała Jonczyńskiego zaprzyjaźnione Kancelarie Prawne.

Zastrzeżenia do Raportu : W jakim systemie zatrudnienie 10 godz.?

Blok Operacyjny Ogólny – składający się z 6 sal operacyjnych – był w 2016 r. wykorzystywany w ok. 47% i należy podjąć niezbędne działania do optymalizacji wykorzystania tego Bloku Operacyjnego, kosztem ewentualnego zamknięcia innych bloków operacyjnych funkcjonujących w Szpitalu (oczywiście Audytor nie ma tu na myśli Bloku przy SOR, Bloku Porodowego, Sali Cięć Cesarskich oraz Hybrydowego Bloku Operacyjnego Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyniowej). W tym miejscu należy zaznaczyć, że ewentualne zamknięcie bloków operacyjnych w Szpitalu musi zostać poprzedzone dogłębną analizą, czy jest to możliwe ze względów: epidemiologicznych oraz organizacji transportu pacjentów z oddziału na Blok Operacyjny Ogólny i z powrotem.

Analiza poziomu wykorzystania bloków operacyjnych funkcjonujących w Szpitalu wykazała, że dla realizacji liczby zabiegów zrealizowanych w Szpitalu w 2016 r. wymagane byłoby funkcjonowanie - obok Hybrydowego Bloku Operacyjnego Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyń oraz Bloku Operacyjnego przy SOR (oczywiście Bloku Porodowego i Sali Cięć Cesarskich) – jedynie Bloku Operacyjnego Ogólnego, którego wykorzystanie w takim przypadku wyniosłoby 67%.

Szacunkowe obłożenie Bloku Operacyjnego Ogólnego w przypadku gdyby na nim były realizowane wszystkie zabiegi wykonywane w Szpitalu, poza tymi, które są aktualnie realizowane w ramach Hybrydowego Bloku Operacyjnego Kardiochirurgii i Chirurgii Naczyń oraz Bloku Operacyjnego przy SOR

Blok Operacyjny Ogólny	
Liczba sal operacyjnych	6
dni pracujące - 08:00-18:00 - potencjał [min]	907 200
wykorzystanie [min]	606 252
wykorzystanie potencjału - dni robocze - 08:00-18:00	66,83%

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

W celu porównania kosztów działalności Laboratorium Analitycznego Audytor rekomenduje o zwrócenie się do wiodących na rynku sieci działających w obszarze diagnostyki ambulatoryjnej, prosząc o ofertę na realizacji badań laboratoryjnych zgodnych ze specyfikacją badań wykonanych w Szpitalu w 2016 r. Oferta taka pozwoli na ocenę kosztów funkcjonowania szpitalnego Laboratorium Analitycznego w stosunku do ewentualnego outsourcingu usług laboratoryjnych (odpłatnego przejęcia szpitalnego Laboratorium Analitycznego przez firmę zewnętrzną). Jednocześnie Audytor wskazuje na konieczność zachowania ostrożności w podejmowaniu ewentualnych decyzji o outsourcingu usług diagnostycznych, ponieważ istnieje niebezpieczeństwo, że szpitale zakwalifikowane do PSZ nie będą mogły outsourcować podstawowych usług diagnostycznych (laboratoryjnych i z zakresu diagnostyki obrazowej). Nawet jeśli nie byłaby rozważana decyzja o outsourcowaniu usług laboratoryjnych to

Zastrzeżenia do Raportu : Według jakiego zatrudnienia?

Zastrzeżenia do Raportu : Jest materiał, zgodnie z polityką Ministerstwa Zdrowia preferowane są własne laboratoria szpitalne, Rozporządzenie z dnia 22.09.2017 r. – dodatkowe punkty do wycieszenia ryczałtu za własne laboratoria.

powyżej zaproponowane działania pozwolą Szpitalowi na ocenę kosztów funkcjonowania własnego Laboratorium Analitycznego.

Jak wynika z analizy kosztów działalności pomocniczej generowanych przez niemedyczne komórki pomocnicze, największe koszty w 2016 r. generowały: Kuchnia -6,06 mln zł, Higiena Szpitalna (sprzątanie, utrzymanie higieny) – 4,99 mln zł, Dział Informatyki i Teletransmisji – 4,52 mln zł (w którym księgowane są koszty teleradiologii), Apteka Szpitalna – 2,32 mln zł.

Audytor w dalszej części prac analitycznych dokonał analizy kosztów działalności Kuchni (odpowiedzialnej za żywienie pacjentów) i Działu Higieny Szpitalnej (odpowiedzialnego za sprzątanie powierzchni szpitalnych). Jak wynika z przeprowadzonej analizy kosztów żywienia, średni dzienny koszt żywienia hospitalizowanego w Szpitalu pacjenta w 2016 wynosił 33,16 zł. Jest to poziom absolutnie niespotykany na rynku szpitalnym. Średni dzienny koszt żywienia pacjenta w szpitalach publicznych waha się w przedziale 9,50 – 20,00 zł. Oczywiście stawka poniżej 15 zł jest zdaniem Audytora również niedopuszczalna, ale poziom kosztów żywienia pacjentów w Szpitalu, przy jego dramatycznej sytuacji finansowej jest nie do zaakceptowania.

Audytor rekomenduje i uwzględnił w projekcjach finansowych redukcję kosztów żywienia pacjentów w Szpitalu o 1/3 jej aktualnej wartości.

Analiza kosztów sprzątania powierzchni szpitalnych wykazała, że średniomiesięczny koszt utrzymania higieny 1 m² powierzchni był w 2016 r. w Szpitalu na poziomie 4,45 zł co jest poniżej cen oferowanych przez zewnętrzne firmy sprzątające.

Koszty ogólnego zarządu stanowiły w 2016 r. ok. 9,60 mln zł. Jak wynika z analizy tych kosztów największa wartość kosztów zarządu w 2016 r. związana była z kosztami: Dyrekcji (ok. 3,67 mln zł), Działu Ekonomiczno – Finansowego (ok. 1,45 mln zł), Rady Prawnego (ok. 865 tys. zł)

Szczególnie zastanawiają bardzo wysokie koszty Rady Prawnego – ok. 865 tys. zł w skali roku, co daje ok. 72 tys. zł miesięcznie.

Audytor rekomenduje i uwzględnił w projekcjach finansowych stopniową redukcję kosztów wynagrodzenia ogólnego zarządu od 5% w 2018 r. do 10% w 2022 r., stopniową redukcję kosztów usług obcych w obszarze ogólnego zarządu od 30% w 2018 r. do 50% w 2022 r. (Szpital po uporządkowaniu swoich finansów nie będzie potrzebował w tak znacznym zakresie, jak dzisiaj, obsługi prawnej).

Podsumowując – w ramach restrukturyzacji operacyjnej Audytor rekomenduje:

- 1) zatwierdzenie rekomendowanego Programu Medycznego Szpitala, którego II-ga faza uzależniona jest od realizacji pkt. 2) poniżej;

Zastrzeżenia do Raportu : Koszty teleradiologii nie są księgowane w Dziale Informatyki i Teletransmisji.

Zastrzeżenia do Raportu : Stawka ≈ 21 zł – obliczenia do błędnej liczby osobodni. Koszt wynagrodzeń dietetyczek jest zawarty w ośrodek kuchnia, zgodnie ze wskazaniem ordynatorów.

Zastrzeżenia do Raportu : Na koszty ogólnego Zarządu w 2016 r. wpłynęły audyty zlecone przez poprzedniego Dyrektora Michała Joneczynskiego. Należy wskazać również podwyższone koszty obsługi prawnej w tym okresie wynikające z zawartych umów z zaprzyjaźnionymi Dyrektorem Michałem Joneczynskim Kancelariami Prawnymi.

Zastrzeżenia do Raportu : Na koszty zarządu w 2016 r. wpłynęły również zawirowania spowodowane zmianą Zarządu Szpitala, co wiązało się z wyższymi kosztami osobowymi z powodu zatrudnienia przez Dyrektora Joneczynskiego dodatkowych pracowników - koszty odpraw. Na koszty Rady Prawnego składają się całkowite koszty obsługi prawnej, zlecane przez Dyrektora Michała Joneczynskiego.

Zastrzeżenia do Raportu : Rozrzutność finansowa w 2016 r. świadczy o dużej niegospodarności Dyrektora Michała Joneczynskiego.

- 2) renegocjowanie w pierwszej kolejności wartości umów z NFZ z zakresu: rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych, dializoterapii i zachowawczych oddziałów dziecięcych;
- 3) włączenie Oddziału Nefrologii w strukturę Oddziału Chorób Wewnętrznych i utworzenie Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Nefrologicznym,
- 4) w przypadku braku dodatkowego finansowania na Oddział Reumatologii, włączenie tego Oddziału w struktury Oddziału Chorób Wewnętrznych poprzez powiększenie Oddziału Chorób Wewnętrznych o 15 łóżek i utworzenie Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami Nefrologicznym i Reumatologicznym,
- 5) w przypadku braku pozyskania dodatkowych środków z NFZ na funkcjonowanie Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego – likwidację ZPO,
- 6) redukcję liczby łóżek na Oddziale Ginekologiczno – Położniczym z 80 do 65 łóżek i wykorzystanie zwolnionej powierzchni na inne cele,
- 7) organizacyjne (jeden ordynator oraz jedna pielęgniarka oddziałowa) połączenie oddziałów dziecięcych oraz Oddziału Neurologicznego i Neuroimmunologii Klinicznej z Oddziałem Udarowym,
- 8) wnikliwy nadzór i monitorowanie dalszej działalności Oddziałów: Kardiochirurgicznego i Chirurgii Naczyniowej przed ewentualnym podjęciem decyzji, co do dalszej strategii funkcjonowania obu Oddziałów; podejmowanie rekomendacji co do dalszej strategii funkcjonowania obu Oddziałów, biorąc pod uwagę wyłącznie czynnik ekonomiczny, skutkowałaby rekomendacją ich likwidacji - jednak w przypadku działalności medycznej, konieczne jest uwzględnienie innych czynników, w tym przede wszystkim potrzeb mieszkańców korzystających ze świadczeń oferowanych przez Szpital; dodatkowo w tym przypadku ogromną niegospodarnością byłoby niewykorzystywanie i ewentualna likwidacja supernowoczesnych Hybrydowych Bloków Operacyjnych, z których korzystają oba Oddziały;
- 9) analizę, optymalizację i konsolidację funkcjonowania szpitalnych Bloków Operacyjnych,
- 10) analizę kosztów funkcjonowania i ewentualny outsourcing działalności Laboratorium Analitycznego (jednocześnie Audytor wskazuje na konieczność zachowania ostrożności w ewentualnym outsourcingu usług diagnostycznych, ponieważ istnieje niebezpieczeństwo, że szpitale zakwalifikowane do PSZ nie będą mogły outsourcować podstawowych usług diagnostycznych (laboratoryjnych i z zakresu diagnostyki obrazowej).
- 11) redukcję kosztów żywienia pacjentów o 1/3 aktualnej stawki,
- 12) redukcję kosztów ogólnego zarządu, w tym: stopniową redukcję poziomu zatrudnienia lub redukcję kosztów wynagrodzenia pracowników ogólnego zarządu od 5,0% w 2018 r. do

Zastrzeżenia do Raportu [Uwagi86]: Utworzenie pododdziału Nefrologii wiąże się z zatrudnieniem dodatkowego personelu na oddziale Dializ.

Zastrzeżenia do Raportu : obłożenie ponad 95%

Zastrzeżenia do Raportu : 69 jest do hospitalizacji , zwiększa się PW

Zastrzeżenia do Raportu Zgodnie ze strukturą organizacyjną jest to jeden oddział posiadający jednego Ordynatora.

Zastrzeżenia do Raportu : Co skonsolidować?

Zastrzeżenia do Raportu : Brak gospodarności są doświadczenia na rynku.

Zastrzeżenia do Raportu : Po aktualizacji stawka została wyliczona i wynosi ≈ 21 zł.

- 10,0% w 2022 roku i stopniową redukcję kosztów usług obcych w tym obszarze od 30% w 2018 r. do 50% w 2022 r.
- 13) zamrożenie kosztów osobowych na okres 2018 – 2020 na aktualnym poziomie,
- 14) stopniową redukcję kosztów zużycia materiałów i energii w Szpitalu od 1,8% w 2018 r. do 3,5% w 2022 r.,
- 15) redukcję kosztów amortyzacji poprzez realizację projektu przeniesienia (sprzedaży) nieruchomości do spółki celowej (lub GIM),
- 16) umorzenie i spisanie w koszty roku 2017 r. wszystkich należności wynikających z niezapłaconych przez NFZ nadwykonań z lat ubiegłych oraz pokrycie przez Miasto Grudziądz straty za 2017 r. pomniejszonej o amortyzację i powiększonej o w/w koszty; w przypadku podjęcia decyzji o przeniesieniu (sprzedaży) nieruchomości do spółki celowej (lub GIM) na koniec tego roku istotne będzie również umorzenie i spisanie w koszty w/w należności w tym roku, co ze względu na występujące jeszcze w tym roku koszty amortyzacji budynków, zoptymalizuje kwotę straty Szpitala pomniejszonej o amortyzację, czyli straty, jaką zgodnie z Ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej - Dz.U. 2016 poz. 1638) organ tworzący jest zobowiązany pokryć,
- 17) zobowiązanie Dyrekcji Szpitala do nie uwzględniania w przychodach ze sprzedaży, przychodów z nadwykonań do czasu ich akceptacji i zawarcia stosownych porozumień z NFZ,
- 18) wdrożenie w Szpitalu spójnej polityki związanej z realizacją świadczeń ponadlimitowych (nadwykonań) - wysoka wartość nadwykonań, przekłada się na wzrost kosztów operacyjnych Szpitala (realizacja w 2016 r. niezapłaconych nadwykonań w kwocie 25,2 mln zł wygenerowała ok. 6,4 mln zł dodatkowych kosztów), które to koszty - w przypadku braku zapłaty NFZ za nadwykonania – nie mając żadnego pokrycia w przychodach - w znacznym stopniu wpływają na rentowność Szpitala; spójna polityka realizacji nadwykonań jest szczególnie istotna w obszarze działalności planowej Szpitala, tzn. w obszarze pacjentów przyjmowanych do Szpitala w trybie „planowym” – **Audytora podważa zasadność realizacji nadwykonań w obszarze świadczeń planowych i rekomenduje poddanie analizie i comiesięcznemu kontrolingowi realizację nadwykonań w obszarze świadczeń planowych,**
- 19) wdrożenie w Szpitalu optymalnych zasad zarządzania zapasami – jest to proces polegający na ustaleniu optymalnego poziomu zapasów i organizacji dostaw, która zapewnia ciągłość realizacji świadczeń, ale nie prowadzi do nadmiernego zalegania produktów na magazynie. Obecnie gospodarka zapasami skupia się na maksymalnej redukcji zapasów i optymalizacji przepływów materiałowych, a celem zarządzania zapasami jest zapewnienie ich wielkości niezbędnej do prowadzenia działalności, przy najmniejszym możliwym jednorazowym

Zastrzeżenia do Raportu : Jakich czy zarobków lekarzy – czyli to co system daje mam zabrać. Należy brać pod uwagę aktualną koniunkturę na rynku pracy, problem z pozyskaniem wykwalifikowanych pracowników, rynek pracownika a nie pracodawcy.

Zastrzeżenia do Raportu : Wzrost wynagrodzeń w szpitalu spowodowany jest ustawowymi regulacjami. Rozumiemy, że sugerują Państwo nie stosowanie przepisów?

Zastrzeżenia do Raportu : Sprzedaż ta generuje vat należny, czyli dodatkowy wydatek dla Szpitala.

Zastrzeżenia do Raportu : A współmierność księgowania, temat poruszany w poprzednich wyjaśnieniach

Zastrzeżenia do Raportu : Błędna interpretacja – planowe świadczenia są płacone przez NFZ na podstawie podpisanych umów.

zaangażowaniu środków finansowych. Szpital aktualnie posiada zapasy na średnio 38 dni kalendarzowych, co prawdopodobnie wynika z braku płynności finansowej Szpitala i obaw Dyrekcji o doprowadzenie do sytuacji, w której Szpital nie będzie posiadał leków i niezbędnych materiałów do realizacji świadczeń medycznych; sytuacja ta zmieni się po przeprowadzeniu procesu restrukturyzacji zadłużenia Szpitala i w celu poprawy płynności finansowej Szpitala rekomenduje się stopniowe skrócenie okresu na jaki Szpital posiada zapasy do 30 a nawet 20 dni.

- 20) wdrożenie w Szpitalu optymalnych zasad zarządzania należnościami – jest to proces, którego celem jest minimalizowanie okresu terminów płatności (przychody Szpitala są w większości generowane z NFZ i to płatnik decyduje o terminie płatności), zapobieganie powstawaniu przeterminowanych należności i ich odzyskiwania; jak wynika z analizy danych Szpitala okres regulowania należności krótkoterminowych wynosi aktualnie w Szpitalu 67 dni; rekomenduje się zoptymalizowanie działań, aby ten termin nie przekraczał 31 dni, co w znacznym stopniu poprawi płynność Szpitala;
- 21) wdrożenie w Szpitalu systemu budżetowania na poziomie poszczególnych komórek organizacyjnych wchodzących w skład struktury Szpitala;
- 22) powiązanie istniejącego w Szpitalu systemu premiowania lekarzy i pielęgniarek z realizacją comiesięcznego budżetu;
- 23) pilne wdrożenie w Szpitalu skutecznych mechanizmów zarządzania kosztami na wszystkich szczeblach zarządzania. Do tego celu niezbędny będzie system controllingowy, który będzie dostosowany do procesów zarządczych realizowanych przez poszczególnych kierowników komórek organizacyjnych, a raporty z niego będą przez nich zrozumiałe, akceptowane i pozwalające na wyciąganie właściwych wniosków. Szpital dysponuje nowoczesnymi i efektywnymi narzędziami informatycznymi i analitycznymi niezbędnymi do stałego monitorowania funkcjonowania przedsiębiorstwa pod kątem stopnia realizacji założonych celów, kontroli ich realizacji, a następnie przekazywania informacji zarządzającym Szpitalem o potrzebie podejmowania działań korygujących w przypadku pojawienia się odchyleń od założonego planu. Oznacza to, że Szpital posiada bardzo dobre i nowoczesne instrumentarium do skutecznego i rzetelnego planowania, sterowania, nadzorowania i kontroli funkcjonowania przedsiębiorstwa – od pojedynczych jednostek organizacyjnych aż po całe działy i oddziały – czyli do stosowania reguł controllingu w pełnej skali. Niestety, w ocenie Audytora, te nowoczesne narzędzia niezbędne w pracy każdego współczesnego przedsiębiorstwa nie są dotychczas w pełni wykorzystywane. Odnosi się wrażenie, że controlling operatywny, skoncentrowany na sterowaniu wynikiem ekonomicznym Szpitala poprzez bieżące osiąganie zakreślonych celów, a tym samym na wspieraniu sprawności działania Szpitala poprzez utrzymanie bieżącej rentowności, płynności i efektywności przedsiębiorstwa (przychody,

Zastrzeżenia do Raportu : Prosimy o metodykę wyliczenia średniego czasu posiadanych zapasów. Prosimy o podanie jakiej kategorii zapasy były brane pod uwagę.

Zastrzeżenia do Raportu : Nie prawda są dokumenty z NFZ to było wyjaśnione

Zastrzeżenia do Raportu : Szpital od 3 lat prowadzi budżetowanie.

Zastrzeżenia do Raportu : Jest od 10-ciu lat.

Zastrzeżenia do Raportu : Jest od kilku lat.

nakłady, wpływy, wydatki, koszty, zyskowność), był dotychczas w Szpitalu nie w pełni stosowany o czym świadczą wprost wnioski z analizy jego sytuacji ekonomiczno-finansowej w analizowanym okresie 2013 r. – 2016 r.,

- 24) po zatwierdzeniu ostatecznego Programu Medycznego Szpitala dokonanie szczegółowej analizy i zoptymalizowanie poziomu zatrudnienia personelu w poszczególnych komórkach organizacyjnych Szpitala,
- 25) zmianę sposobu zarządzania Szpitalem - jednoosobowe i scentralizowane zarządzanie Szpitalem przez Dyrektora może powodować wydłużenie procesu podejmowania decyzji związanych z bieżącą działalnością operacyjną Szpitala – i rozważenie stworzenia w strukturze organizacyjnej Szpitala stanowiska Zastępcy Dyrektora ds. Diagnostyki i Lecznictwa, którego brak w tak dużym Szpitalu z formalnego punktu widzenia może stwarzać ryzyko wystąpienia braku bezpośredniego nadzoru nad ordynatorami oddziałów szpitalnych i kierownikami innych komórek organizacyjnych tzw. „sfery białej”, które to komórki są kluczowe dla sprawnego i efektywnego funkcjonowania Szpitala jako całości;
- 26) ścisły nadzór Organu Tworzącego, wraz z powołanym przez Organ Tworzący - doradcą ds. Restrukturyzacji Szpitala, nad bieżącą działalnością Szpitala – comiesięczne monitorowanie sytuacji finansowej, realizacji budżetu oraz realizacji działań restrukturyzacyjnych.

Sprawowanie kontroli i nadzoru przez organ tworzący nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej (spzoz) wynika wprost z zapisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.). Zgodnie z art. 121 ust. 2 ustawy, organ tworzący sprawuje nadzór nad zgodnością działań podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą, czyli samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (spzoz), z:

- + przepisami prawa,
- + statutem,
- + regulaminem organizacyjnym.

W ramach nadzoru nad spzoz-em organ tworzący może żądać informacji, wyjaśnień i dokumentów od organów samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (kierownika oraz rady społecznej zakładu) oraz dokonywać kontroli i oceny działalności tego podmiotu.

Kontrola spzoz przeprowadzana jest zgodnie z zapisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych (Dz.U. 2012 poz. 1509 – tekst jednolity: Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania kontroli podmiotów leczniczych - Dz.U. 2015 poz. 1331) i obejmuje w szczególności:

- + realizację zadań określonych w regulaminie organizacyjnym i w statucie oraz dostępność i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych;

Zastrzeżenia do Raportu : Co z wymaganiami NFZ?

Zastrzeżenia do Raportu : Co z ustawą o działalności leczniczej? W naszym szpitalu kompetencje Dyrektora Naczelnego wynikają z ustawy , a pozostałe kompetencje są rozdzielone na Zastępców. Styl zarządzania zależy od człowieka, a system opisany szczegółowo w prawie.

- + prawidłowość gospodarowania mieniem oraz środkami publicznymi;
- + gospodarkę finansową.

Możliwość dokonania oceny sytuacji ekonomiczno – finansowej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej wynika z art. 53a ust. 4 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 września 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej - Dz.U. 2016 poz. 1638).

W nawiązaniu do przedstawionego powyżej stanu prawnego, a także biorąc pod uwagę przyczyny oraz kontekst pracy Audytora w analizowanym Szpitalu należy wspomnieć, że w ramach nadzoru sprawowanego w jednostkach samorządowych można wyróżnić kilka rodzajów nadzoru, a wśród nich: (i) formalnoprawny, (ii) właścicielski, (iii) finansowy i (iv) merytoryczny. Każdy z nich jest istotny i ważne jest, aby był dokonywany w sposób właściwy oraz rzetelny. Pierwszy z nich polega na zapewnieniu przestrzegania obowiązującego prawa, a typowymi narzędziami nadzoru w tym obszarze są np.: uchylenie wadliwej decyzji administracyjnej, stwierdzenie nieważności zarządzenia organu wykonawczego, odmowa zatwierdzenia projektu uchwały. Nadzór właścicielski polega na możliwości wpływania przez organ nadzorujący na podmioty gospodarcze będące własnością jednostki samorządowej. Do typowych narzędzi tego nadzoru należy zaliczyć m.in.: delegowanie reprezentantów jednostki samorządowej do rad nadzorczych (lub do rad społecznych w przypadku podmiotów leczniczych w formule spoz), wyrażanie zgody na podjęcie działań związanych z nabyciem, zbyciem, wydzierżawieniem lub użyczeniem części majątku. Z kolei nadzór finansowy służy weryfikacji prawidłowości gospodarowania finansami publicznymi. Powinien on być sprawowany przez wszystkich dysponentów środków budżetowych. Narzędzia tego nadzoru to przede wszystkim kontrola dokonywania każdego wydatku, planowanie budżetowe, ocena sprawozdań finansowych i budżetowych, blokowanie planowanych wydatków, jak też dokonywanie przeniesień określonych wydatków. Ostatni z wymienionych nadzorów – merytoryczny, powinien zapewnić zgodność działań z zasadami, normami obowiązującymi w danej dziedzinie. Rzetelność i kompetencja sprawowania tego nadzoru są bardzo ważne, gdyż rzutuje on na zapewnienie odpowiedniej (zaplanowanego poziomu) jakości świadczonych usług i realizowanych zadań. W praktyce de facto nadzór merytoryczny odpowiednio sprawowany przesądza o tym, czy środki publiczne są marnotrawione czy nie. Można bowiem zrealizować zadanie, ponieść określone nakłady finansowe, ale nie osiągnąć zaplanowanych efektów w postaci skonkretyzowanych mierników lub wskaźników na danym zadaniu.

Reasumując, kontrola i nadzór to bardzo ważne funkcje zarządzania, wymuszające efektywność działań i mające wpływ na podejmowanie racjonalnych decyzji w sektorze samorządowym. W sprawowanym nadzorze więcej miejsca trzeba przeznaczyć na analizę i wykorzystanie informacji zawartych w sprawozdaniach. Problemem też jest ograniczona wiarygodność danych dostarczanych

przez poszczególne podmioty gospodarcze do jednostki samorządu terytorialnego. Takie niedopatrzienia i błędy zniekształcają statystyki, a tym samym obraz rzeczywistości, przyczyniając się często do „nietrafnych” decyzji. Praktyka uwidacznia brak spójności systemów sprawozdawczości. Zachodzi również potrzeba ich unowocześnienia, opierając się na narzędziach informatycznych i elektronicznym przepływie danych.

Sposób sprawowania nadzoru jednostki samorządowej nad podmiotami gospodarczymi (tutaj: nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej) jest niewątpliwie wypadkową wielu zmiennych. Jedną z nich jest wiedza i doświadczenie osób wykonujących te obowiązki, czyli urzędników. Drugą – wola i determinacja władzy bądź osób na wyższych stanowiskach kierowniczych. Jeszcze inną – właściwy dobór narzędzi nadzoru, pozwalających ocenić skuteczność i efektywność nadzorowanej jednostki. Bardzo często występuje również sytuacja, że sprawowanie nadzoru nad jednostką organizacyjną nie jest kompleksowe w tym sensie, że kto inny odpowiada za nadzór merytoryczny, a kto inny za nadzór finansowy. Brak wskazania jednej komórki odpowiedzialnej za koordynację zadań nadzorczych utrudnia sprawowanie efektywnego nadzoru. Jest to tym bardziej utrudnione i skomplikowane, gdy jednostki sprawujące nadzór znajdują się w różnych pionach struktury organizacyjnej. Wydłuża to zdecydowanie procedury akceptacji określonych dokumentów czy podjęcia decyzji w sprawie zastosowania konkretnego środka nadzoru. Niewłaściwe jest też, gdy nadzór wewnętrzny w jednostce samorządowej sprawowany jest ad hoc, a nie w sposób zaplanowany i systemowy. Środki nadzoru ad hoc polegają na dokonywaniu kontroli doraźnych, a najczęściej w wyniku interwencji lub skarg. Zazwyczaj dotyczą one uchybień, nieprawidłowości, które już wystąpiły, a podjęte działania kontrolne mogą tylko częściowo ograniczyć ich skutki, jednakże zachodzi niebezpieczeństwo negatywnego wpływu na realizację celów danej jednostki. Stąd istotne jest, aby nadzór był sprawowany na bieżąco, w sposób ciągły i zaplanowany.

Coraz więcej podmiotów tworzących zaczyna zdawać sobie sprawę, że dalsze utrzymywanie niekorzystnego status quo w ich szpitalach nie ma racji bytu i jest po prostu zabójcze dla kondycji finansowej zarówno szp. u, jak i jednostki samorządu terytorialnego. Zły wynik finansowy placówki powinien skłonić organ tworzący do rozważenia pilnego podjęcia działań naprawczych.

Biorąc powyższe pod uwagę Audytor rekomenduje Organowi Tworzącemu, miastu Grudziądz, niezwłoczne wprowadzenie ścisłego nadzoru nad samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej pod nazwą Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr Wł. Biegańskiego w Grudziądzu, m. in. poprzez comiesięczne monitorowanie (kontrolowanie) sytuacji finansowej Szpitala, monitorowanie (kontrolowanie) realizacji budżetu Szpitala oraz realizacji zaplanowanych i zatwierdzonych do przeprowadzenia działań restrukturyzacyjnych.

Jednocześnie, celem skutecznej realizacji zalecanych działań, Audytor rekomenduje organowi tworzącemu ustanowienie Doradcy ds. Restrukturyzacji Szpitala, którego zadaniem będzie m.in.: rozmowy z Ministerstwem Zdrowia w celu uzyskania pomocy w restrukturyzacji Szpitala,

zwiększenie przychodu poprzez znalezienie obszarów współpracy z NFZ, które przyniosłyby więcej przychodów Szpitalowi, optymalizacja kosztów w każdym możliwym zakresie (również w obszarze zatrudnienia), przeprowadzenie restrukturyzacji funkcjonalnej (polegającej m.in. na likwidacji, łączeniu lub grupowaniu niektórych oddziałów szpitalnych) oraz restrukturyzacji zadłużenia Szpitala.

W ramach restrukturyzacji zadłużenia Audytor stwierdza:

Samodzielna spłata zobowiązań szpitalnych w oparciu o uzyskiwane przychody z działalności Szpitala nie jest realna i w ocenie Audytora wymaga pomocy Organu Tworzącego (oraz również Państwa, chociażby w zakresie pomocy w pozyskaniu preferencyjnego kredytu restrukturyzacyjnego z BGK – pozyskanie wsparcia Państwa w proces restrukturyzacyjny Szpitala powinno być jednym z zadań Doradcy ds. Restrukturyzacji),

i rekomenduje:

podzielenie obszaru restrukturyzacji zadłużenia Szpitala na dwa obszary:

- 1) restrukturyzacja zobowiązań o charakterze finansowym,
- 2) restrukturyzacja zobowiązań handlowych.

W zakresie restrukturyzacji zobowiązań Szpitala o charakterze finansowym Audytor rekomenduje:

- + przejęcie zobowiązań Szpitala o charakterze finansowym (ok. 296,21 mln zł) przez nowoutworzoną przez Organ Tworzący spółkę celową ze 100% udziałem Miasta Grudziądz (SPV) lub przejęcie zobowiązań Szpitala o charakterze finansowym przez Grudziądzkie Inwestycje Medyczne Sp. z o.o. (GIM),
- + przejęcie przez SPV (lub GIM) wszystkich nieruchomości należących do Szpitala (szacowana wartość księgowa na koniec 2017 r. – ok. 253,63 mln zł),
- + pozyskanie przez spółkę celową (lub GIM) długoterminowego, preferencyjnego finansowania zewnętrznego,
- + spłatę przyjętych od Szpitala zobowiązań o charakterze finansowym (ok. 296,21 mln zł) wierzycielom,
- + przejęcie wszystkich obowiązków inwestycyjnych związanych z nieruchomościami szpitalnymi,
- + generowanie przychodów przez spółkę celową (lub GIM) z tytułu wynajmu powierzchni szpitalnych Szpitalowi,
- + dofinansowanie działalności spółki celowej (lub GIM) przez Miasto Grudziądz celem zapewnienia jej możliwości obsługi pozyskanego finansowania zewnętrznego.

Powyższa koncepcja ma oczywiście w pierwszej kolejności za zadanie „zdjęcie” ze Szpitala balastu długi w postaci zobowiązań finansowych i ogromnych kosztów obsługi tego długu, jakie na dzień dzisiejszy Szpital z tego tytułu ponosi ale również ma pozwolić na skupieniu się Dyrekcji i

Zastrzeżenia do Raportu : nierealne

pozostałych pracowników Szpitala na optymalizacji i restrukturyzacji Szpitala w obszarze jego podstawowej działalności – świadczeniu usług medycznych.

Należy zauważyć, że Miasto Grudziądz – bez wdrożenia rekomendowanych przez Audytora działań restrukturyzacyjnych – ponosiłoby i tak w najbliższych latach znaczne wydatki związane z obowiązkowym pokryciem straty generowanej przez Szpital, na poziomie wyniku finansowego netto, pomniejszonej o amortyzację a Szpital byłby nadal w krytycznej sytuacji finansowej. Zasadnym jest więc ponoszenie przez Miasto Grudziądz niższych kosztów – w zaproponowanym przez Audytora modelu – niezbędnych na obsługę pozyskanego przez spółkę celową (lub GIM), finansowania zewnętrznego, które jednocześnie wpłynie na naprawę sytuacji finansowej Szpitala.

Jednocześnie Audytor w projekcjach finansowych, będących częścią niniejszego Raportu, założył współudział Szpitala w kosztach działalności spółki celowej (lub GIM), poprzez pokrycie kosztów najmu nieruchomości od spółki celowej (lub GIM). Koszty te założone zostały w kwocie brutto 5 zł za 1 m² najmowanej powierzchni, co daje łącznie przy ok. 80 403 m² powierzchni (ok. 16 117 m² z ogółu ok. 96 520 m² powierzchni szpitalnych jest już w posiadaniu GIM) kwotę ok. 4,82 mln zł w skali roku.

Audytor rekomenduje (jeśli nie ma innych przeciwwskazań, o których Audytor nie został poinformowany) aby spółką, która przejmie zobowiązania finansowe Szpitala wraz z jego nieruchomościami były GIM, tym bardziej, że Audytor w projekcjach finansowych założył kompensatę zobowiązań GIM wobec Szpitala (z tytułu zakupu pod koniec 2016 r. części nieruchomości szpitalnych i której termin zapłaty upływa w 2019 r.) na objęcie przez Szpital udziałów w GIM. Powyższe dałoby też Szpitalowi pewną kontrolę nad nieruchomościami, w których będzie prowadził działalność leczniczą, poprzez kontrolę sprawowaną nad GIM (potencjalnym właścicielem nieruchomości szpitalnych) z poziomu udziałowca. Dodatkowo GIM jest spółką posiadającą historię swojej działalności gospodarczej, co nie jest bez znaczenia w ocenie zdolności finansowej przeprowadzanej przez instytucje finansowe.

Transakcja przejścia zobowiązań finansowych Szpitala przez spółkę celową (lub GIM) w kwocie ok. 296,21 mln zł polegałaby na zakupie nieruchomości Szpitala (szacowana wartość księgowa na koniec 2017 r. – ok. 253,63 mln zł) przez spółkę celową lub GIM za kwotę 296,21 mln zł netto poprzez kompensatę ceny zakupu z przejętymi zobowiązaniami. Jak wynika z powyższych danych liczbowych Szpital w wyniku tej transakcji wygenerowałby ok. 42,58 mln zł zysku ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych, który to zysk obniżyłby kwotę, jaką Miasto Grudziądz będzie miało do pokrycia w wyniku wygenerowanej przez Szpital na koniec 2017 r. straty na poziomie wyniku netto pomniejszonej o amortyzację (tym bardziej istotne, że Audytor w swoich rekomendacjach proponuje spisanie w koszty 2017 r. umorzonych należności związanych z niezapłaconymi przez NFZ nadwykonaniami z lat ubiegłych).

Zastrzeżenia do Raportu : błędna powierzchnia

Zastrzeżenia do Raportu : To rozwiązanie nosi koszty dodatkowe VAT po co?

Zastrzeżenia do Raportu : Szpital nie ma podstaw do objęcia udziałów.

W tym miejscu należy zwrócić uwagę, że struktura proponowanej transakcji powinna być skonsultowana i ustalona we współpracy z doradcą podatkowym w celu jej optymalizacji podatkowej. Aby zrealizować powyższe założenia spółka celowa (lub GIM) będzie musiała pozyskać długoterminowe finansowanie zewnętrzne na spłatę zobowiązań Szpitala wobec aktualnych wierzycieli.

Audytor w niniejszym Raporcie zaproponował rozważenie i wybór pozyskania przez spółkę celową (lub GIM) zewnętrznego finansowania, spośród następujących wariantów:

- + pozyskanie długoterminowego (20 lat) i preferencyjnego (WIBOR6M + marża 2,0%) kredytu restrukturyzacyjno-inwestycyjnego - np. z Banku Gospodarstwa Krajowego,
- + pozyskanie długoterminowego kredytu inwestycyjnego - np. z Europejskiego Banku Inwestycyjnego,
- + pozyskanie finansowania hybrydowego – tzn. długoterminowego kredytu inwestycyjnego - np. z Europejskiego Banku Inwestycyjnego oraz dofinansowania niezbędnych do przeprowadzenia w nieruchomościach szpitalnych inwestycji, ze środków unijnych, jeżeli jakkolwiek program unijny w tym zakresie się jeszcze pojawi i gdyby spółka celowa (lub GIM), jako podmiot nie prowadzący działalności leczniczej finansowanej ze środków publicznych, mogłaby być beneficjentem takiego programu,
- + dofinansowanie ze środków pozyskanych poprzez emisję przez Miasto Grudziądz obligacji komunalnych - montaż finansowy w tym przypadku wymaga konsultacji z doradcą podatkowym,
- + emisję obligacji korporacyjnych,
- + zawarcie umowy leasingu zwrotnego nieruchomości.

Oczywiście – tak jak już wcześniej zaznaczono - we wszystkich powyższych przypadkach spółka celowa (lub GIM) byłaby dofinansowana przez Miasto Grudziądz w celu spłaty zaciągniętego zobowiązania zewnętrznego ale zobowiązanie to zostałyby rozłożone na okres min. 15 lat a co najważniejsze jego koszty obsługi znacznie odbiegałyby od kosztów aktualnie ponoszonych przez Szpital (i w konsekwencji pokrywanych przez Miasto Grudziądz w formie pokrycia straty pomniejszonej o amortyzację wygenerowanej przez Szpital).

Jakiegolwiek rekomendacje co do wyboru preferowanego wariantu finansowania zewnętrznego można będzie podjąć po analizie otrzymanych w tym zakresie ofert.

W zakresie restrukturyzacji wymagalnych zobowiązań handlowych (ok. 58,21 mln zł) Audytor rekomenduje:

- + podjęcie działań zmierzających do redukcji wartości wymagalnych zobowiązań handlowych (ok. 20% - co daje kwotę ok. 11,64 mln zł) poprzez wdrożenie w Szpitalu procesu restrukturyzacji zadłużenia na bazie Ustawy z dnia 15 maja 2015 r. Prawo restrukturyzacyjne (Dz.U. 2015 poz. 978 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej

Polskiej z dnia 23 sierpnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy Prawo restrukturyzacyjne - Dz.U. 2016 poz. 1574).

- + pozyskanie preferencyjnego (oprocentowanie WIBOR6M + 2,0%), długoterminowego (20-to letniego) kredytu restrukturyzacyjno-inwestycyjnego – najlepiej z Banku Gospodarstwa Krajowego.
- + splatę wierzycielom – pozostałych po redukcji – wymagalnych zobowiązań handlowych z pozyskanego kredytu restrukturyzacyjno-inwestycyjnego (45,57 mln zł).
- + przejęcie wszystkich obowiązków inwestycyjnych związanych z zakupem sprzętu i aparatury medycznej.

Jak wynika z powyższych rekomendacji w zakresie możliwych scenariuszy działań związanych z restrukturyzacją zobowiązań wymagalnych Szpitala, Audytor rekomenduje podjęcie działań zmierzających do redukcji wartości wymagalnych zobowiązań handlowych poprzez wdrożenie w Szpitalu procesu restrukturyzacji zadłużenia na bazie Ustawy z dnia 15 maja 2015 r. Prawo restrukturyzacyjne (Dz.U. 2015 poz. 978 – tekst jednolity: Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 23 sierpnia 2016 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy Prawo restrukturyzacyjne - Dz.U. 2016 poz. 1574),

Prawo restrukturyzacyjne fundamentalnie zmieniło możliwy do zaimplementowania model naprawy przedsiębiorstw. Otworzyło ono przed przedsiębiorcami cztery drogi do prawnej restrukturyzacji zobowiązań wymagalnych (przetarminowanych) posiadanych zazwyczaj przez podmioty lecznicze. Każda z tych dróg umożliwi rozłożenie na raty, odroczenie spłaty, konwersję na kapitał, a także częściową redukcję zobowiązań. Po otwarciu postępowania podmiot leczniczy nie tylko nie musi, lecz nawet nie może, do momentu uprawomocnienia się układu zawartego na zgromadzeniu wierzycieli, spłacać długów powstałych przed otwarciem. Co więcej, dotychczasowi dostawcy mediów, wynajmujący, kluczowi dostawcy wyrobów medycznych i leków itp. nie będą mogli wypowiedzieć umów, pomimo braku zapłaty długów powstałych przed otwarciem postępowania.

W nowym prawie kluczowe znaczenie zarezerwowano dla czynnika czasu. Wzorem najbardziej zaawansowanych prawodawstw anglosaskich, polska ustawa umożliwia zawarcie układu z wierzycielami poza sądem przy zmaksymalizowanym stopniu poufności oraz swobody. Podmiot leczniczy wybiera doradcę restrukturyzacyjnego, z którym sporządza plan restrukturyzacyjny oraz propozycje układowe. Przewidują one sposób i zakres redukcji zobowiązań szpitala. Następnie propozycje układowe podlegają pisemnemu głosowaniu (większością osobową – ponad połowa wartości kwotowej oraz większością 2/3 kapitału wierzytelności). Po prawomocnym zatwierdzeniu przez sąd układ wchodzi w fazę wykonania, której okres zależny jest od treści propozycji układowych. W ramach restrukturyzacji prawnej zobowiązań niezwykle istotne jest prowadzenie jednocześnie rozmów z Narodowym Funduszem Zdrowia, których celem jest zapewnienie niezmiennego poziomu finansowania podmiotu ze środków publicznych, w okresie restrukturyzacji.

Oczywiście - teoretycznie – ten sam efekt (redukcja części zadłużenia) można by osiągnąć w wyniku bezpośrednich negocjacji warunków spłaty zadłużenia z wierzycielami Szpitala ale w tym przypadku Szpital nie miałby możliwości skorzystania z następujących możliwości, które mu daje restrukturyzacja na bazie przedmiotowej Ustawy, tj.:

- + zawieszenia wymagalności roszczeń,
- + zaniechania windykacji,
- + braku możliwości wypowiedzenia przez niektórych kontrahentów umów na dostawy i usługi, pomimo braku zapłaty długów powstałych przed otwarciem postępowania,
- + szybkiego (3-4 miesięczny w rekomendowanym przez Audytora do wdrożenia w Szpitalu postępowaniu przyspieszonym) i transparentnego procesu.

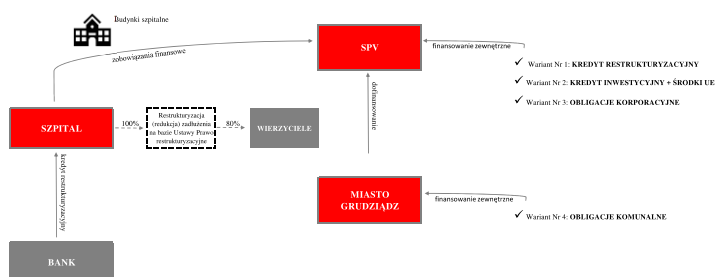
Transparentność tego procesu może mieć istotne znaczenie dla instytucji finansowych – w tym BGK.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że w dalszym ciągu nie jest rozstrzygnięta kwestia, czy podmioty lecznicze działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej podlegają restrukturyzacji na bazie przedmiotowej Ustawy. Kwestię tą może jedynie rozstrzygnąć sąd w momencie złożenia przez Szpital wniosku o wszczęcie postępowania restrukturyzacyjnego. W opinii wielu kancelarii prawnych nie ma przesłanek aby spoz-y nie podlegały procesowi restrukturyzacji na bazie w/w Ustawy.

Poniższy rysunek przedstawia schemat rekomendowanych wariantów restrukturyzacji zadłużenia Szpitala.

Zastrzeżenia do Raportu : W posiadaniu opinia Instytutu Studiów Podatkowych potwierdzająca słuszność naszych działań.

Schemat rekomendowanych wariantów restrukturyzacji zadłużenia Szpitala



źródło: opracowanie własne

Prognozy finansowe na lata 2018 – 2022 uwzględniająca rekomendacje Audytora w zakresie dalszego funkcjonowania Szpitala

W Raporcie Audytor – uwzględniając wyżej opisane działania restrukturyzacyjne – przedstawił szczegółowe prognozy finansowe dla Szpitala na lata 2018 – 2022.

Na przychody ogółem generowane przez Szpital składają się:

- + przychody ze sprzedaży, w tym:
 - o przychody ze sprzedaży usług finansowanych ze środków publicznych (świadczonych w ramach umów z NFZ),
 - o przychody ze sprzedaży pozostałych usług medycznych,
 - o przychody ze sprzedaży usług okołomedycznych,
 - o przychody ze sprzedaży usług niemedyceycznych,
- + pozostałe przychody z działalności operacyjnej, w tym:
 - o zyski ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych,
 - o dotacje,
 - o inne przychody operacyjne,
- + przychody finansowe, w tym:
 - o dywidendy i udziały w zyskach,
 - o uzyskane odsetki,
 - o zysk ze zbycia inwestycji finansowych,
 - o aktualizacja wartości inwestycji,
 - o inne.

Prognozę przychodów netto Szpitala ze sprzedaży usług finansowanych ze środków publicznych (ryczałt PSZ i umowy z NFZ) na rok 2018 opracowano przy uwzględnieniu następujących założeń:

- + wzrost o 2,0% w skali rok/roku sprzedaży usług finansowanych ze środków publicznych (ryczałt PSZ i umowy z NFZ) w stosunku do 2017 r.
- + uzyskanie – poprzez negocjacje z NFZ - wzrostu finansowania następujących obszarów (co zostało szerzej opisane w pkt. 5.3.2.2. „Rekomendacje w zakresie optymalizacji przychodów” niniejszego Raportu):

Regionalny Szpital Specjalistyczny
im. dr. Władysława Biegańskiego
ul. dr. Ludwika Rydygiera 15/17
86-300 Grudziądz
tel. 56 641 34 00, 56 462 58 34
56 462 26 24, fax 56 462 13 34

D Y R E K T O R
Marek Nowak

Zastrzeżenia do Raportu : Na tym etapie zakończono recenzowanie, ponieważ w dniu 28.09.2017 r. otrzymano materiał w wersji papierowej kończy się na tym akapicie.