

Efektywnie wspieramy Twoją działalność medyczną.



Skutecznie. Innowacyjnie. Z większym zyskiem.

**Streszczenie Menedżerskie**  
**Raportu z audytu 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

Niniejszy dokument został przygotowany przez FORMEDIS Sp. z o.o. Sp. k. z siedzibą w Poznaniu (60-649) przy ulicy ul. 28 Czerwca 1956 roku 406/29 wpisaną 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 („Formedis”) lub („Audytor”) na zlecenie Miasta Grudziądz z siedzibą w Grudziądzu przy ul. Ratuszowej 1 („Zleceniodawca”) na podstawie Umowy o współpracy z dnia 14 grudnia 2016 r. („Umowa”).

Przedmiotem Umowy jest wykonanie Audytu sytuacji wyjściowej wraz z opracowaniem strategii dalszego funkcjonowania Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu („Szpital”), uwzględniającej szanse i ewentualne zagrożenia dla Szpitala wynikające z planowanych zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia, a także przedstawienie i analiza potencjalnych możliwości restrukturyzacji zadłużenia Szpitala.

Wyniki z przeprowadzonego audytu oraz możliwe do wdrożenia scenariusze jak i rekomendacje przez FORMEDIS w zakresie przedmiotu Umowy są przedstawione w formie pisemnego raportu („Raport”).

W ramach realizacji przedmiotu Umowy FORMEDIS przeprowadził:

- + analizę dokumentów i danych statystycznych otrzymanych od Szpitala;
- + wizje lokalne w Szpitalu;
- + spotkania, rozmowy oraz korespondencję mailową z kluczowymi pracownikami Szpitala oraz Urzędu Miejskiego w Grudziądzu;
- + analizę – w kontekście sprecyzowania rekomendacji w zakresie programu medycznego Szpitala - prognozowanych trendów (w tym w szczególności trendów demograficznych i epidemiologicznych) wynikających z opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia „Map Potrzeb Zdrowotnych”,
- + analizę – celem wypracowania rekomendacji w zakresie programu medycznego Szpitala - wdrożonych oraz planowanych do wdrożenia zmian w zakresie funkcjonowania rynku usług medycznych w Polsce, w tym w szczególności zmian wdrożonych: Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. 2017 poz. 844) – tworzącą system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieć szpitali) oraz Rozporządzeniem 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)

- + analizę - w kontekście potrzeb inwestycyjnych Szpitala - zasad przeprowadzania inwestycji w ochronie zdrowia, w tym w szczególności zasad wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2016 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia.

Jednocześnie FORMEDIS Sp. z o.o. Sp. k. oświadcza, że:

- + przy sporządzeniu Raportu dołożył należytej staranności zawodowej wymaganej przy opracowywaniu tego typu dokumentów,
- + przy sporządzeniu Raportu współpracował z osobami, które dołożyły należytej staranności zawodowej wymaganej przy opracowywaniu tego typu dokumentów,
- + przedmiot Umowy został wykonany zgodnie z ustaleniami, przepisami prawa oraz jest kompletny z punktu widzenia celu, któremu ma służyć,
- + **w trakcie realizacji przedmiotu Umowy natrafił na duże trudności w pozyskiwaniu dokumentów i danych statystycznych od Szpitala, a często dane te były ze sobą sprzeczne lub rozbieżne, co znacznie utrudniało przeprowadzenie rzetelnej analizy;**
- + **w związku z powyższym i z faktem, że wszelkie analizy zawarte w niniejszym Streszczeniu Menedżerskim oraz w Raporcie opierają się na danych otrzymanych od Szpitala, Formedis użył ich w przeprowadzonych analizach aczkolwiek nie miał możliwości ich weryfikacji.**

Streszczenie Menedżerskie zawiera 62 strony.

## SPIS OBJAŚNIENÍ I SKRÓTÓW

<b>Formedis / Audytor</b>	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
<b>Miasto Grudziądz</b>	Urząd Miejski w Grudziądzu, ul. Ratuszowa 1, 86-300 Grudziądz
<b>Szpital</b>	Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr. Wł. Biegańskiego, ul. Rydygiera 15/17, 86-300 Grudziądz
<b>Organ Tworzący/Organ Założycielski</b>	Gmina Miasto Grudziądz
<b>Zleceniodawca</b>	Gmina Miasto Grudziądz
<b>Umowa</b>	Umowa o współpracy zawarta dnia 14 grudnia 2016 r. pomiędzy Miastem Grudziądz a Formedis
<b>Raport</b>	Raport z przeprowadzonego audytu prezentujący wyniki z przeprowadzonego audytu sytuacji wyjściowej Szpitala, opracowanie rekomendacji co do strategii dalszego funkcjonowania Szpitala, uwzględniających szanse i ewentualne zagrożenia dla Szpitala wynikające z planowanych i wdrożonych zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia oraz przedstawienie i analiza potencjalnych wariantów restrukturyzacji zadłużenia Szpitala.
<b>Województwo</b>	województwo kujawsko - pomorskie
<b>Miasto</b>	Grudziądz

<b>Powiat</b>	powiat grudziądzki
<b>Program Medyczny</b>	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
<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>OW NFZ</b>	Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
<b>Płatnik</b>	NFZ lub jego następca prawny
<b>RPWDL</b>	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
<b>działalność lecznicza</b>	udzielanie świadczeń zdrowotnych
<b>świadczenia zdrowotne/usługi medyczne</b>	działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania
<b>podmiot leczniczy</b>	podmiot wykonujący działalność leczniczą
<b>szpital</b>	zakład leczniczy, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju leczenie szpitalne
<b>ambulatorium</b>	zakład leczniczy, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i/lub podstawowej opieki zdrowotnej
<b>świadczenia szpitalne/leczenie szpitalne</b>	wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji

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 lecznicze 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 uśmierzanie, 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)**

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





**GIM**

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

## STRESZCZENIE MENEDŻERSKIE

Audytory 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 możliwe scenariusze dalszej działalności Szpitala jak również rekomendacje dotyczące strategii dalszego funkcjonowania Regionalnego Szpitala Specjalistycznego im. dr Władysława Biegańskiego w Grudziądzu, uwzględniające szanse i ewentualne zagrożenia dla Szpitala i organu założycielskiego wynikające z planowanych zmian w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia.

### Baza lokalowa

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 m<sup>2</sup> i powierzchni użytkowej wynoszącej ok. 96.010 m<sup>2</sup>. 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, 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 m<sup>2</sup> (z czego ok. 2 634 m<sup>2</sup> w lokalizacji przy ul. Szpitalnej), co stanowi 57% ogółu powierzchni użytkowej budynków Szpitala (96 520 m<sup>2</sup>). **Na dzień sporządzenia niniejszego Raportu – Szpital nie wykorzystywał ok. 2 190 m<sup>2</sup> powierzchni użytkowej Szpitala, co stanowiło ok. 2,3% powierzchni użytkowej ogółem.** Z informacji uzyskanych od Szpitala 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 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).

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 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).

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.**

### **Plany inwestycyjne Szpitala**

Z informacji uzyskanych od Szpitala przewiduje on realizację inwestycji w zakresie Centralnej Sterylizatorni (modernizacji w oparciu o nowe technologie, w tym również walidację procesu sterylizacji w Szpitalu) i Pracowni Gastroenterologii Dziecięcej oraz drobne inwestycje w infrastrukturę Kuchni i Parkingu. Łączny koszt wyżej opisanych inwestycji Szpital szacuje na kwotę **ok. 10,97 mln zł.**

**Tabela 1. 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

Komórka organizacyjna	Zakres inwestycji	Wartość
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
<b>Razem</b>		<b>10 970 000</b>

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

W tym miejscu Audytor zwraca uwagę, iż inwestycje wskazane powyżej w zakresie rozbudowy OAiIT oraz Centralnej Sterylizatorni, mimo, iż zasadne, to nie są obecnie niezbędne. **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).

**Tabela 2. Szacowane koszty inwestycji w sprzęt i aparaturę medyczną**

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

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 OAiT 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.

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). Zgodnie z danymi Szpitala w ostatnich 10 latach zainwestował on 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.

Biorąc pod uwagę powyższe 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 „kolos 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;
- + 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 wygenerowałby 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 nie pozwalającą na jednoznaczną ocenę wyników finansowych 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, przekraczając 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 znaczną część/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 jego 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. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o działalności leczniczej - Dz.U. 2016 poz. 1638), stanowi wartość (jeżeli jest ona ujemna), którą jest zobowiązany pokryć podmiot leczniczy, a jeśli jest to niemożliwe - organ tworzący. **Należy podkreślić że, 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 wygenerowałyby 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) dotyczących nadwykonań z 2012 r. i transakcję z GIM-em oraz wynik finansowy skorygowany o korekty 1), 2) i 3) dotyczących nadwykonań z 2012 r., transakcję z GIM-em oraz wszystkich pozostałych nadwykonań.

**Tabela 3. Sprawozdany i skorygowany wynik finansowy Szpitala za 2016 r.**

Pozycja	2016 zgodny ze sprawozdaniem finansowym	2016 skorygowany o korekty nadwykonań z 2012 r. i transakcję z GIM-em	2016 skorygowany o korekty nadwykonań z 2012 r., transakcję z GIM-em oraz wszystkich pozostałych nadwykonań
<b>Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów, w tym:</b>	<b>241 244 453</b>	<b>215 969 000</b>	<b>215 969 000</b>
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
<b>Korekta o niezapłacone nadwykonania 2016 r.</b>		<b>-25 277 000</b>	<b>-25 277 000</b>
<b>Koszty sprzedanych produktów, towarów i materiałów, w tym :</b>	<b>251 739 598</b>	<b>251 741 000</b>	<b>251 741 000</b>
Koszt wytworzenia sprzedanych produktów	243 212 135	243 213 000	243 213 000
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	8 527 463	8 528 000	8 528 000
<b>Zysk ( strata ) brutto ze sprzedaży</b>	<b>-10 495 145</b>	<b>-35 772 000</b>	<b>-35 772 000</b>
Koszty sprzedaży	2 271 601	2 272 000	2 272 000



Pozycja	2016 zgodny ze sprawozdaniem finansowym	2016 skorygowany o korekty nadwykonań z 2012 r. i transakcję z GIM-em	2016 skorygowany o korekty nadwykonań z 2012 r., transakcję z GIM-em oraz wszystkich pozostałych nadwykonań
Koszty ogólnego zarządu	9 072 638	9 073 000	9 073 000
<b>Zysk ( strata ) ze sprzedaży</b>	<b>-21 839 384</b>	<b>-47 117 000</b>	<b>-47 117 000</b>
<b>Pozostałe przychody operacyjne</b>	<b>118 463 058</b>	<b>9 928 000</b>	<b>9 928 000</b>
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
<b>Pozostałe koszty operacyjne</b>	<b>34 725 243</b>	<b>34 726 000</b>	<b>75 216 000</b>
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
<b>Zysk ( strata ) z działalności operacyjnej</b>	<b>61 898 430</b>	<b>-71 915 000</b>	<b>-112 405 000</b>
<b>Przychody finansowe</b>	<b>1 226 311</b>	<b>1 227 000</b>	<b>1 227 000</b>
Odsetki	1 226 311	1 227 000	1 227 000
<b>Koszty finansowe</b>	<b>29 956 927</b>	<b>29 958 000</b>	<b>29 958 000</b>
Odsetki	27 749 265	27 750 000	27 750 000
Inne	2 207 662	2 208 000	2 208 000
<b>Zysk ( strata ) z działalności gospodarczej</b>	<b>33 167 813</b>	<b>-100 646 000</b>	<b>-141 136 000</b>
Podatek dochodowy	368 898	369 000	369 000
<b>Zysk ( strata ) netto</b>	<b>32 798 915</b>	<b>-101 015 000</b>	<b>-141 505 000</b>
Amortyzacja	28 137 272	28 138 000	28 138 000
<b>Zysk netto + amortyzacja</b>	<b>60 936 187</b>	<b>-72 877 000</b>	<b>-113 367 000</b>

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.

**Tabela 4. Sprawozdany i rzeczywisty wynik finansowy Szpitala za 2016 r.**

Pozycja	2016 sprawozdany	2016 rzeczywisty
<b>Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów, w tym:</b>	<b>241 244 453</b>	<b>215 969 000</b>
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
<b>Koszty sprzedanych produktów, towarów i materiałów, w tym :</b>	<b>251 739 598</b>	<b>251 741 000</b>
Koszt wytworzenia sprzedanych produktów	243 212 135	243 213 000
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	8 527 463	8 528 000
<b>Zysk ( strata ) brutto ze sprzedaży</b>	<b>-10 495 145</b>	<b>-35 772 000</b>
Koszty sprzedaży	2 271 601	2 272 000
Koszty ogólnego zarządu	9 072 638	9 073 000
<b>Zysk ( strata ) ze sprzedaży ( C-D-E )</b>	<b>-21 839 384</b>	<b>-47 117 000</b>
<b>Pozostałe przychody operacyjne</b>	<b>118 463 058</b>	<b>9 928 000</b>
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
<b>Pozostałe koszty operacyjne</b>	<b>34 725 243</b>	<b>12 932 000</b>
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
<b>Zysk ( strata ) z działalności operacyjnej ( F+G-H )</b>	<b>61 898 430</b>	<b>-50 121 000</b>

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

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.,

- + Szpital wygenerował w 2016 r. o ok. 4,8 mln wyższe od zakładanych w Planie Finansowym koszty finansowe,
- + Dyrekcja Szpitala nie przedstawiła Audytorowi ewentualnych korekt Planu Finansowego dokonywanych w ciągu roku, z czego można wnioskować, że takowe korekty nie były dokonywane.

### **Koszty obsługi długu**

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 faktycznie 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 zobowiązań – na gorszych warunkach - na spłatę poprzednich (rolowanie długu), tworzenie rat balonowych,**
- 4) **brak efektywnych działań, 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.

### **Działalność operacyjna**

Poważnym problemem Szpitala jest fakt, że większość podstawowych komórek organizacyjnych Szpitala – w tym przede wszystkim oddziały łóżkowe - są wysoce nierentowne, co powinno skłonić kadrę zarządzającą Szpitala do rozważenia ich natychmiastowej restrukturyzacji, w celu trwałego uzdrowienia sytuacji finansowo–ekonomicznej. W tym miejscu należy wskazać, że biorąc pod uwagę wyłącznie aspekt finansowo – ekonomiczny, część z nich powinna zostać zlikwidowana. Jednocześnie Audytor musi podkreślić, iż mimo, że zgodnie z Umową zobowiązany jest do wskazania działań, które w szczególności w aspekcie finansowym uzdrowią sytuację Szpitala i Organu Tworzącego to publiczna ochrona zdrowia jest specyficznym obszarem działalności gospodarczej, w którym oprócz czynników czysto ekonomicznych, zazwyczaj wpływ na decyzje dotyczące strategii działalności operacyjnej mają inne czynniki, w tym w szczególności tzw. czynnik społeczny – czyli dobro pacjenta i jego dostępność do świadczeń zdrowotnych. Ponadto należy wskazać, że na infrastrukturę Szpitala wydano znaczne środki finansowe i podjęcie decyzji o likwidacji części komórek organizacyjnych mogłaby stanowić o niegospodarnym wydatkowaniu środków publicznych. Z drugiej jednak strony niegospodarnością jest 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. Audytor w tym miejscu zwraca uwagę, iż stanowiska w w/w zakresie są niejednolite i część ekspertów rynku ochrony zdrowia uważa pokrycie straty pomniejszonej o amortyzację przez Organ Tworzący nie za niegospodarność a raczej za rodzaj inwestycji zapewniającej dostępność mieszkańcom lokalnej społeczności 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 podkreślić, 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 największym skrócie w dwóch punktach:**

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

### **Sieć Szpitali**

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.

### **Konkluzja**

Należy zwrócić uwagę, że Szpital powstał i nadal jest tzw. „szpitalem miejskim”, natomiast jego rozbudowa oraz aktualnie realizowany 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:**

- + 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 :
  - przejęcie przez Miasto Grudziądz i spłatę wobec aktualnych wierzycieli zobowiązań finansowych Szpitala,**
  - restrukturyzację przeterminowanych zobowiązań handlowych Szpitala.****

Na marginesie należy wspomnieć, 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 spzoz 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 – o ile Szpital ma pozostać w obecnym kształcie - 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/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

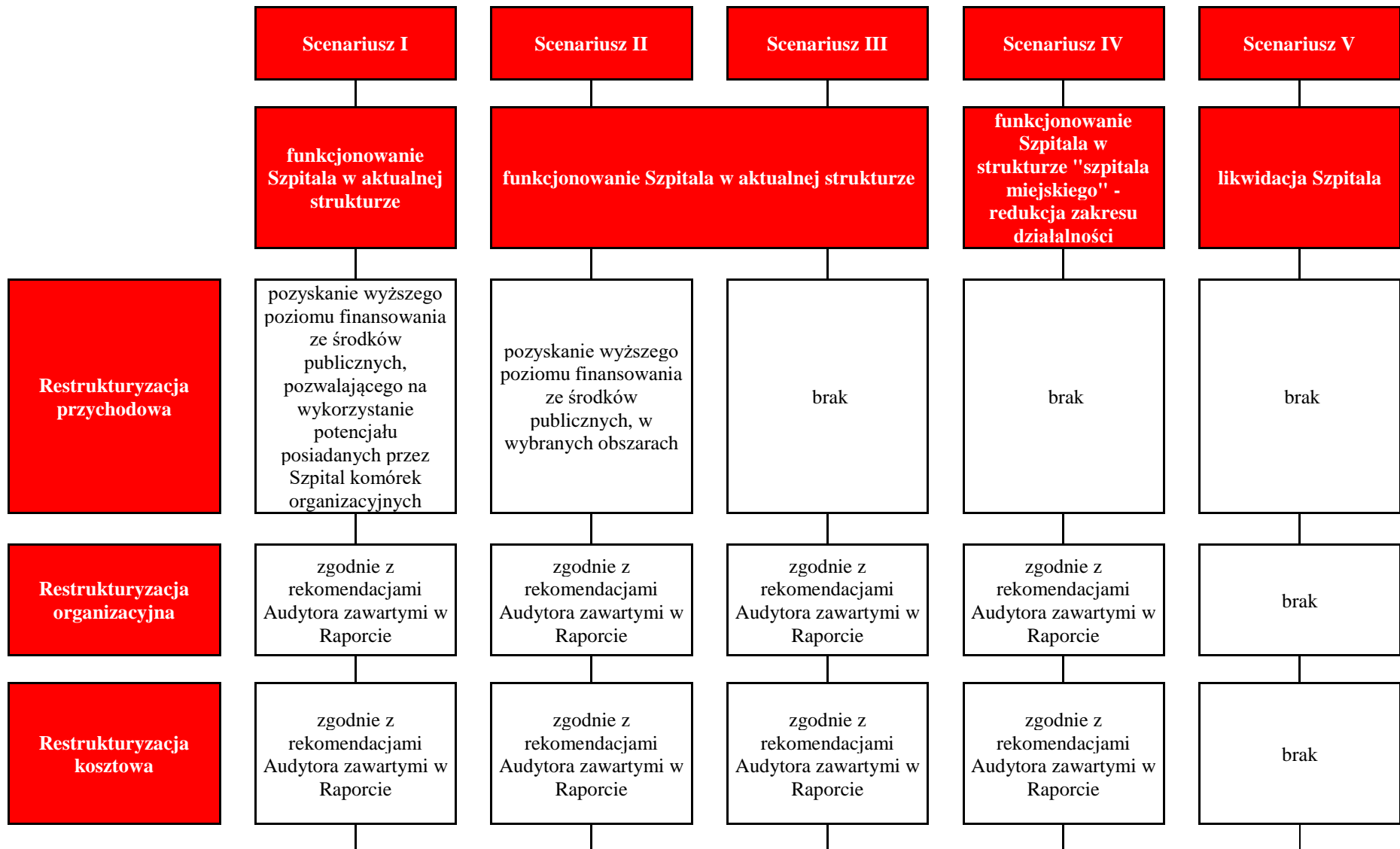
+ redukcji Programu Medycznego Szpitala do poziomu „szpitala miejskiego”,

lub w ostateczności

+ likwidacji Szpitala.

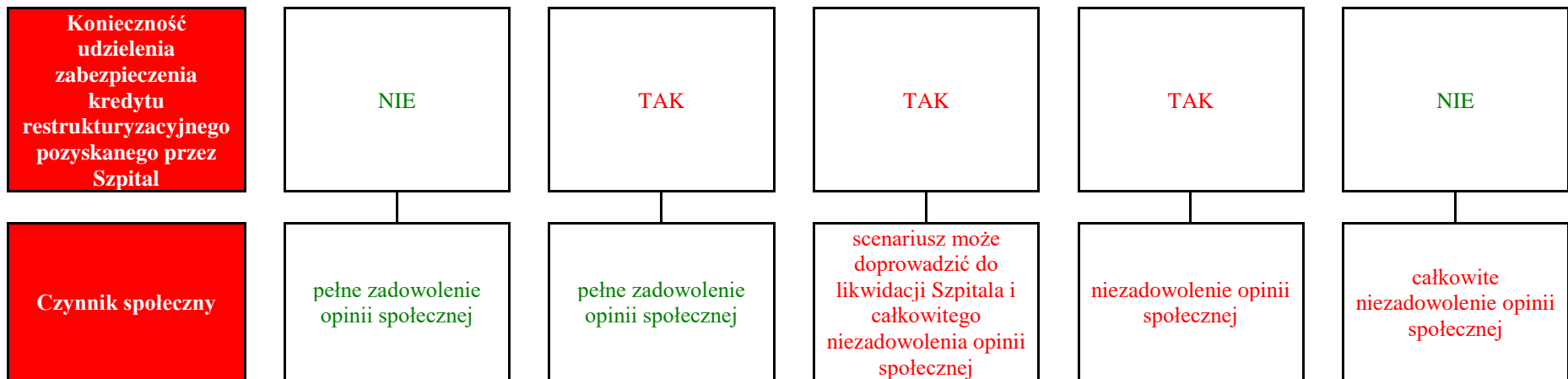
Poniższy schemat przedstawia potencjalne scenariusze dalszego funkcjonowania Szpitala i konsekwencje wynikające z wyboru poszczególnych scenariuszy.

**Rysunek 1. Potencjalne scenariusze dalszej działalności Szpitala**





<b>PSZ (sieć szpitali)</b>	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	
<b>Ryzyko likwidacji Szpitala</b>	NIE	NIE	POTENCJALNE	NIE	TAK
<b>KONSEKWENCJE DLA MIASTA GRUDZIĄDZ</b>					
<b>Konieczność corocznego pokrywania starty Szpitala pomniejszonej o amortyzację</b>	NIE	DOCELOWO - NIE	TAK	NIE	NIE
<b>Przejęcie całkowitego zadłużenia Szpitala</b>	NIE	NIE	POTENCJALNIE	NIE	TAK
<b>Przejęcie zobowiązań finansowych Szpitala</b>	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK
<b>Pozyskanie środków na spłatę zobowiązań finansowych przejętych od Szpitala</b>	TAK	TAK	TAK	TAK	TAK



źródło: opracowanie własne

Analizując powyższy schemat scenariuszami, które pozwolą na osiągnięcie rzeczywistych efektów restrukturyzacji są odpowiednio I, II i IV. Całkowicie nierekomendowane jest wdrożenie scenariusza III, gdyż nie zmieni on nic w aktualnej sytuacji Szpitala i Organu Tworzącego. Scenariusz V, skutkujący całkowitą likwidacją Szpitala nie powinien być brany pod uwagę i rozważany tylko jako ostateczność. Ponadto, niezależnie od przyjętego modelu restrukturyzacji niezbędne będzie pełne współdziałanie kadry zarządzającej Szpitala z przedstawicielami Organy Tworzącego.

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

- + Szpital w oparciu o przedstawione przez Audytora rekomendacje wdroży odpowiednie zmiany do aktualnego Programu Medycznego, które w założeniach zostały opisane w dalszej części niniejszego Streszczenia 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 Streszczenia 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 Streszczenia Menedżerskiego a szczegółowo w Raporcie),
- + wdrożona w Szpitalu restrukturyzacja zadłużenia – polegająca na wsparciu Państwa oraz przejściu zobowiązań finansowych Szpitala przez Miasto Grudziądz (SPV), pozwoli 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), i w konsekwencji zrestrukturyzuje zadłużenie Szpitala.

W wyniku jego wdrożenia:

1) Szpital:

- + 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:

- + nie będzie musiało corocznie pokrywać starty netto generowanej przez Szpital pomniejszonej o amortyzację,
- + będzie zobowiązane do przejścia 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 zaciągniętego przez Szpital na spłatę wymagalnych zobowiązań handlowych (wsparcie Państwa) wobec aktualnych wierzycieli,
- + scenariusz ten będzie z oczywistych względów scenariuszem w pełni akceptowalnym i zadowalającym mieszkańców miasta Grudziądz.

Należy podkreślić, iż założenia Scenariusza I opierają się w głównej mierze na wsparciu finansowym Państwa, co z pewnością nie będzie zadaniem łatwym a przede wszystkim wymagać będzie czasu. Biorąc pod uwagę konieczność natychmiastowej restrukturyzacji – przy przyjęciu do realizacji tego Scenariusza – należy niezwłocznie podjąć rozmowy z odpowiednimi przedstawicielami Rządu oraz wdrożyć kampanię medialną, aby przekazać opinii publicznej wagę problemu.

**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 bądź jego następcą prawnym, 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, po przeprowadzeniu działań restrukturyzacyjnych,
- + zrestrukturyzuje i zredukuje swoje zadłużenie,
- + wdroży odpowiednie zmiany do aktualnego Programu Medycznego,
- + 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 przejścia zobowiązań finansowych Szpitala i do pozyskania środków zewnętrznych na ich spłatę wobec aktualnych wierzycieli,
- + będzie zobowiązane do udzielania zabezpieczenia kredytu restrukturyzującego zaciągniętego przez Szpital na spłatę wymagalnych zobowiązań handlowych wobec aktualnych wierzycieli,
- + 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 przejścia zobowiązań finansowych Szpitala (a potencjalnie do przejścia 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 niezadowoleniem opinii społecznej.

W Scenariuszu II głównym problemem wydaje się konieczność udzielenia zabezpieczenia kredytu na spłatę zobowiązań przez Miasto Grudziądz, które takiej zdolności obecnie nie posiada. W pełnym Raporcie z Audytu wskazane zostały rekomendacje związane z przeniesieniem konieczności udzielenia zabezpieczenia na spółkę celową, powołaną specjalnie w tym celu lub wykorzystanie struktury GIM.

**Scenariusz III** – jak wskazano powyżej Scenariusz III nie jest scenariuszem rekomendowanym przez Audytora.

**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, w przypadku braku możliwości wdrożenia *Scenariusza I* i *Scenariusza II* – to jest w sytuacji braku wsparcia Państwa oraz braku możliwości udzielenia Szpitalowi poręczenia przez Miasto Grudziądz i niezwiększenia poziomu finansowania wykonywanych świadczeń – z punktu widzenia ekonomicznego - może się okazać jedynym rozwiązaniem ratującym Szpital przed koniecznością jego likwidacji. Niemniej Audytor zwraca uwagę, iż wdrożenie tego scenariusza pociągnie za sobą zapewne niezadowolenie społeczeństwa lokalnego i pracowników Szpitala a koszty związane z wypłatą odpraw zwalnianym pracownikom, które jednak będą jednorazowe..

W wyniku wdrożenia *Scenariusza IV*:

1) Szpital:

- + zmuszony będzie do wdrożenia znacznie okrojonego Programu Medycznego oraz restrukturyzacji operacyjnej i kadrowej,
- + osiągnie rentowność na działalności operacyjnej,
- + zrestrukturyzuje i zredukuje swoje 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 przejścia zobowiązań finansowych Szpitala i do pozyskania na ich spłatę wobec aktualnych wierzycieli środków zewnętrznych,
- + scenariusz ten z oczywistych względów nie będzie scenariuszem zadowalającym mieszkańców Miasta Grudziądz a 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 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 niemedycejskiej 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 niemedycejskie”.

Analizując koszty rodzajowe ze sprzedaży Szpitala i porównując je do benchmarku Audytor 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.

Audytor w tym zakresie rekomenduje i założył 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 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.

Audytór 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

zmiernych do renegotiacji wartości kontraktów z NFZ – pozwalającej na pełne wykorzystanie potencjału oddziału - lub reorganizacji struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego - powiększenie jednego oddziału o poziomie obłożenia łóżek przekraczającym poziom optymalny kosztem innego oddziału nie osiągniętego poziomu optymalnego bądź optymalne działania związane z łączeniem oddziałów.

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, z jednej strony ze względu na zbyt niską wartość umowy z NFZ natomiast z drugiej z uwagi na jego przewymiarowanie 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),
- + 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.

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

**Tabela 5. Rekomendowany Program Medyczny Szpitala**

Oddział	Liczba łóżek					
	aktualna	wynikająca z optymalnego obłożenia	różnica pomiędzy aktualną a wynikającą 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	<b>23</b>	+9	<b>23</b>
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii dla Dzieci	4	2	-2	<b>4</b>	0	<b>4</b>
Oddział Chirurgii, Traumatologii i Urologii Dziecięcej	35	25	-10	<b>35</b>	0	<b>35</b>
Oddział Chirurgii Naczyniowej	29	15	-14	<b>29</b>	0	<b>15</b>
Oddział Chirurgii Ogólnej	27	28	1	<b>27</b>	0	<b>27</b>
Oddział Chirurgii Onkologicznej	24	15	-9	<b>24</b>	0	<b>15</b>
Oddział Chorób Wewnętrznych (*Oddział Chorób Wewnętrznych z Pododdziałami Nefrologii i Reumatologii)	65	59	-6	<b>65</b>	0	<b>80*</b>
Oddział Dziecięcy	31	32	1	<b>31</b>	0	> <b>31**</b>
Oddział Endokrynologiczny i Terapii Izotopowej	25	26	1	<b>25</b>	0	> <b>25**</b>
Oddział Gastroenterologiczny	18	28	10	<b>18</b>	0	> <b>18**</b>
Oddział Kardiochirurgiczny	31	29	-2	<b>31</b>	0	<b>31</b>
Oddział Kardiologii, Elektrofizjologii i Zaburzeń Rytmu Serca	34	37	3	<b>34</b>	0	<b>34</b>
Oddział Medycyny Paliatywnej	16	12	-4	<b>16</b>	0	<b>16</b>
Oddział Dializ	26	26	0	<b>26</b>	0	> <b>26**</b>
Oddział Nefrologiczny	9	10	1	<b>9</b>	0	<b>0*</b>
Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii i Intensywnej Terapii Noworodka	30	28	-2	<b>30</b>	0	<b>30</b>
Oddział Neurochirurgiczny	25	28	3	<b>25</b>	0	> <b>25**</b>
Oddział Neurologiczny i Neuroimmunologii Klinicznej	20	35	15	<b>20</b>	0	> <b>20**</b>



Oddział	Liczba łóżek					
	aktualna	wynikająca z optymalnego obłożenia	różnica pomiędzy aktualną a wynikającą z optymalnego obłożenia	Rekomendowana	różnica pomiędzy rekomendowaną a aktualną	Optymalna
Oddział Niemowlęcy	35	29	-6	<b>35</b>	0	<b>35</b>
Oddział Okulistyczny	16	15	-1	<b>16</b>	0	<b>16</b>
Oddział Onkologii Klinicznej	29	26	-3	<b>29</b>	0	<b>29</b>
Oddział Otolaryngologiczny	16	16	0	<b>16</b>	0	<b>16</b>
Oddział Pediatrii, Gastroenterologii, Kardiologii, Neurologii, Endokrynologii i Diabetologii	40	40	0	<b>40</b>	0	> <b>40**</b>
Oddział Pediatrii i Kardiologii Dziecięcej	40	40	0	<b>40</b>	0	> <b>40**</b>
Oddział Położniczo - Ginekologiczny	80	52	-28	<b>65</b>	-15	<b>65</b>
Oddział Psychiatrii Dzieci i Młodzieży	50	36	-14	<b>50</b>	0	<b>36</b>
Oddział Psychiatryczny I	40	50	10	<b>40</b>	0	<b>40</b>
Oddział Psychiatryczny II	40	51	11	<b>40</b>	0	<b>40</b>
Oddział Pulmonologiczny	50	33	-17	<b>50</b>	0	<b>33</b>
Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	20	25	5	<b>30</b>	+10	<b>40</b>
Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	23	22	-1	<b>30</b>	+7	<b>40</b>
Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej	20	24	4	<b>40</b>	+20	<b>50</b>
Oddział Reumatologiczny	26	12	-14	<b>26</b>	0	<b>0*</b>
Oddział Udarowy	24	18	-6	<b>24</b>	0	<b>24</b>
Oddział Urazowo-Ortopedyczny	28	32	4	<b>28</b>	0	<b>28</b>
Oddział Urologii Ogólnej i Onkologicznej	20	23	3	<b>20</b>	0	<b>20</b>
Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	68	23	-45	<b>68</b>	0	<b>0***</b>
<b>Ogółem</b>	<b>1 128</b>	<b>1 019</b>	<b>-109</b>	<b>1 174</b>	<b>46</b>	

\*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
- + Oddział Pediatrii i Kardiologii Dziecięcej
- + Oddział Pediatrii, Gastroenterologii, Kardiologii, Neurologii, Endokrynologii i Diabetologii
- + Oddział Dziecięcy
- + Oddział Okulistyczny
- + Oddział Niemowlęcy
- + Oddział Dializ
- + Oddział Endokrynologiczny i Terapii Izotopowej
- + Oddział Neonatologiczny z Pododdziałem Patologii i Intensywnej Terapii Noworodków
- + Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii
- + Oddział Neurologiczny i Neuroimmunologii Klinicznej
- + Oddział Otolaryngologiczny
- + Oddział Gastroenterologiczny
- + Oddział Reumatologiczny
- + Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej
- + Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
- + Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej
- + Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy

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 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 Zrownia) 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 re negocjacji 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 maksymalnie 65 łóżek (jednak 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 i dopiero po zapoznaniu się ze szczegółami planowanych zmian w tym obszarze będzie można wydać rekomendacje, co do jego dalszego funkcjonowania.

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 re negocjowania 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:

- + Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii – Oddział 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 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 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.

### **Blok Operacyjny**

**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%**.

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%.

**Tabela 6. 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**

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

źródło: opracowanie własne na bazie danych Szpitala

## Laboratorium

Analiza przekazanych przez Szpital danych, a w szczególności analiza liczby wykonania niektórych badań diagnostycznych i laboratoryjnych skłania do wniosku, że potencjał szpitalnych komórek diagnostycznych i laboratoryjnych nie jest w pełni wykorzystywany.

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

## Niemedyczne komórki pomocnicze

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 m<sup>2</sup> 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), Radcy Prawnego (ok. 865 tys. zł).**

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

Audytorka rekomenduje i uwzględniła 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 Audytorka rekomenduje:**

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

Z wyjaśnień przedstawionych przez pracowników Urzędu Miejskiego Miasta Grudziądz wynika, iż przekazywane przez Szpital dane są często niespójne oraz wewnętrznie sprzeczne przez co nie pozwalają na skuteczne prowadzenie czynności nadzorczych i kontrolnych a przekazywane przez Organ Tworzący sugestie, wnioski oraz polecenia często są ignorowane. W tym miejscu podkreślić

należy ponownie, iż bez kompleksowej współpracy Dyrekcji Szpitala z Organem Tworzącym przeprowadzenie skutecznych działań restrukturyzacyjnych będzie znacznie utrudnione bądź wręcz niemożliwe.

Celem skutecznej realizacji zalecanych działań, Audytor rekomenduje Organowi Tworzącemu ustanowienie eksperta ds. Restrukturyzacji Szpitala, którego zadaniem będzie - przy ścisłej współpracy z Dyrekcją Szpitala - 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 przejętych 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 długu 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 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 współdziałanie 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 m<sup>2</sup> najmowanej powierzchni, co daje łącznie przy ok. 80 403 m<sup>2</sup> powierzchni (ok. 16 117 m<sup>2</sup> z ogółu ok. 96 520 m<sup>2</sup> 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).

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 zostałoby rozłożone na okres min. 15 lat a co najważniejsze jego koszty obsługi znacznie odbiegałoby od kosztów aktualnie ponoszonych przez Szpital (i w konsekwencji pokrywanych przez Miasto Grudziądz w formie pokrycia straty pomniejszonej o amortyzację wygenerowanej przez Szpital).

Jakiegokolwiek 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-letniego) kredytu restrukturyzacyjno-inwestycyjnego – najlepiej z Banku Gospodarstwa Krajowego,
- + spłatę 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).

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.:

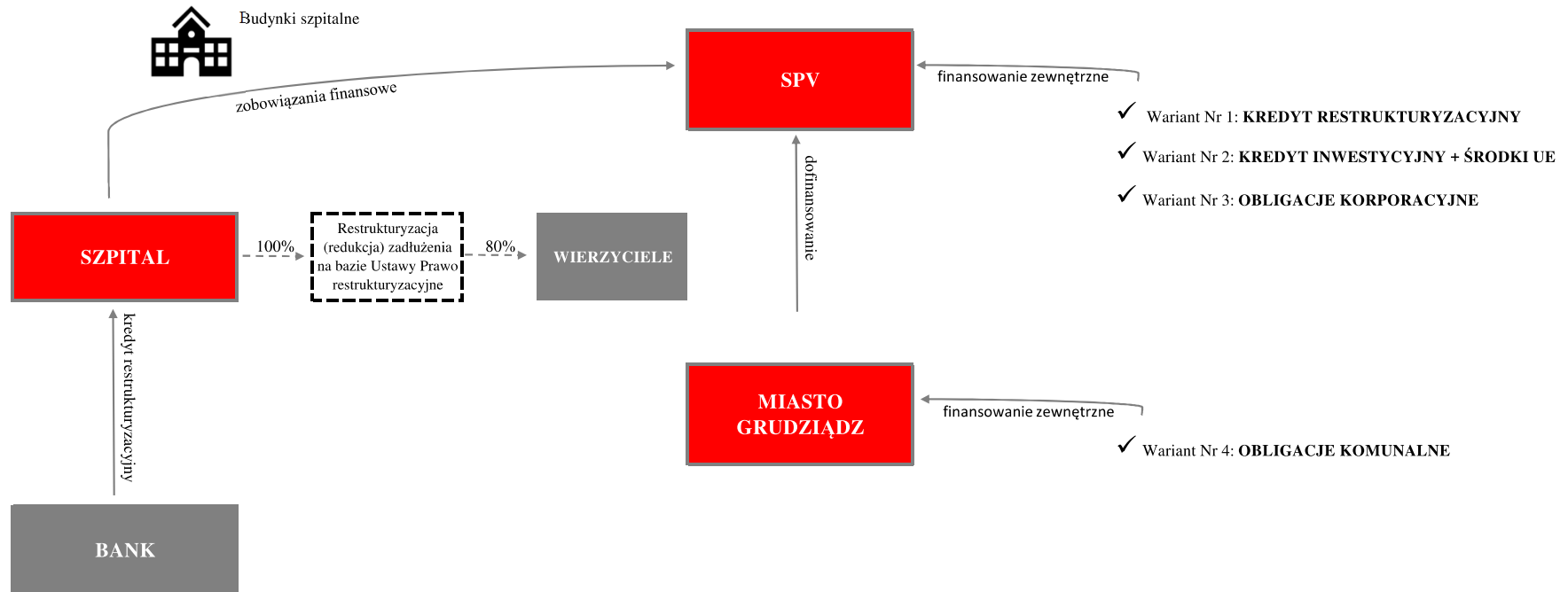
- + zawieszenia wymagalności roszczeń,
- + zaniechania windykacji,
- + braku możliwości wypowiedzenia przez niektórych kontrahentów umów na dostawy i usługi, pomimo braku zapłaty długów powstałych przed otwarciem postępowania,
- + szybkiego (3-4 miesięczny w rekomendowanym przez Audytora do wdrożenia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

**Rysunek 2. 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.

Jak z nich wynika w *Scenariuszach I i II* – przy wdrożeniu rekomendowanych przez Audytora działań restrukturyzacyjnych:

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,

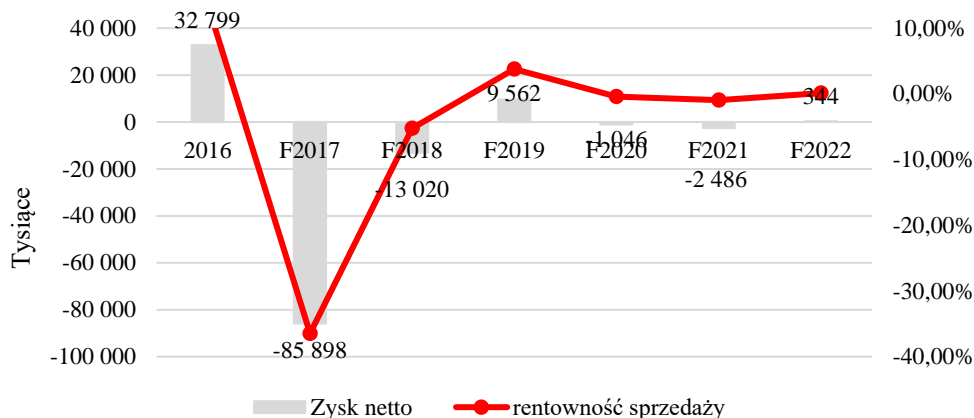
2) Miasto Grudziądz:

- + nie będzie musiało corocznie pokrywać starty netto generowanej przez Szpital pomniejszonej o amortyzację,
- + będzie zobowiązane do przejścia zobowiązań finansowych Szpitala i do pozyskania na ich spłatę wobec aktualnych wierzycieli kredytu restrukturyzacyjnego w BGK (przy wsparciu Państwa),
- + W Scenariuszu I nie będzie zobowiązane do udzielania zabezpieczenia kredytu restrukturyzującego zaciągniętego przez Szpital (wsparcie Państwa) a w Scenariuszu II będzie zobowiązane do udzielania zabezpieczenia kredytu restrukturyzującego zaciągniętego przez Szpital,

a ich ewentualna realizacja w pełni zadowoli mieszkańców miasta Grudziądza.

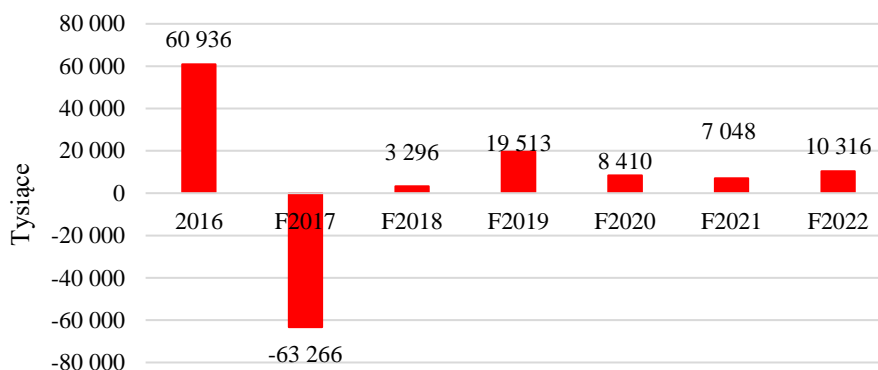
Poniższe wykresy przedstawiają podstawowe parametry finansowe, jakie może osiągnąć Szpital przy ewentualnym wdrożeniu Scenariusza I lub Scenariusza II, wraz ze wszystkimi działaniami restrukturyzacyjnymi rekomendowanymi przez Audytora.

**Wykres 1. Prognozowany wynik i marżowość netto Szpitala w latach 2017-2022 [w tys. zł]**



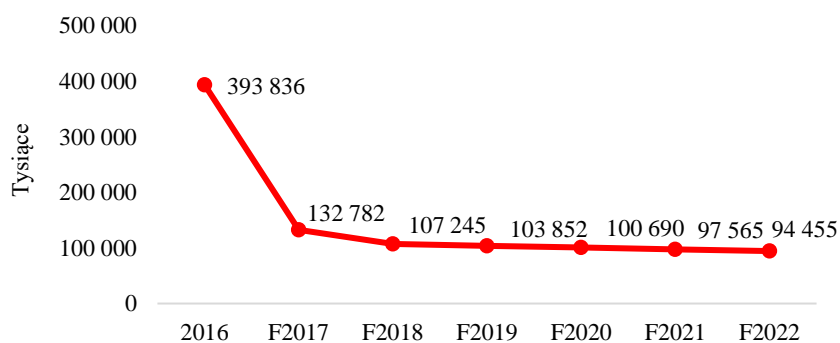
źródło: opracowanie własne

**Wykres 2. Prognozowany wynik i marżowość netto Szpitala po dodaniu wartości kosztów amortyzacji w latach 2017-2022 [w tys. zł]**



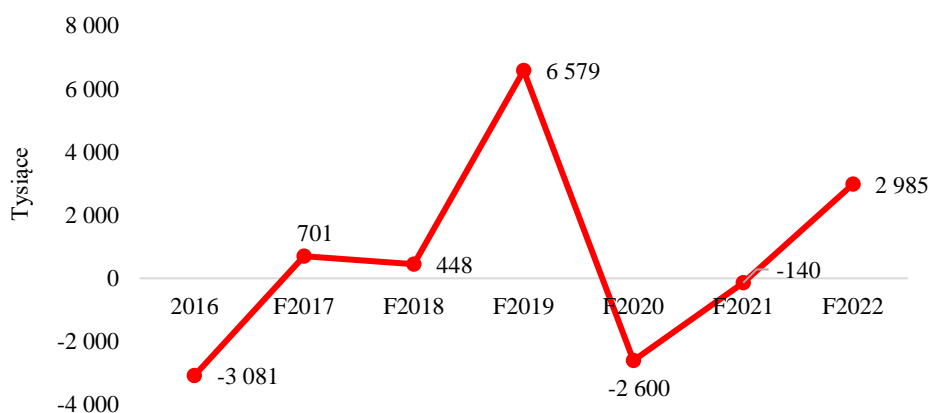
źródło: opracowanie własne

**Wykres 3. Prognozowana wartość zobowiązań ogółem Szpitala w latach 2017-2022 [w tys. zł]**



źródło: opracowanie własne

**Wykres 4. Prognozowana wartość środków pieniężnych netto razem w latach 2017-2022**  
 [w tys. zł]



źródło: opracowanie własne

### **Podsumowanie**

Jak wynika z powyżej przeprowadzonych analiz istnieje możliwość osiągnięcia rentowności i dodatnich przepływów pieniężnych Szpitala w przypadku wdrożenia *Scenariusza II*. Oczywiście jeszcze lepsze efekty finansowe dla Szpitala i większe bezpieczeństwo dla budżetu Miasta Grudziądz osiągnęłoby się w momencie wdrożeniu *Scenariusza I*.

Dlatego też rekomenduje się podjęcie wszelkich niezbędnych działań do wdrożenia *Scenariusza I* (ewentualnie *Scenariusza II*), najlepiej poprzez zatrudnienie (mianowanie) przez Miasto Grudziądz – Eksperta ds. Restrukturyzacji Szpitala, którego pierwszym zadaniem byłyby negocjacje z Ministerstwem Zdrowia, Narodowym Funduszem Zdrowia i Bankiem Gospodarstwa Krajowego.



Efektywnie wspieramy Twoją działalność medyczną.

Skutecznie. Innowacyjnie. Z większym zyskiem.

**FORMEDIS Sp. z o.o. Sp. k.**  
ul. 28 czerwca 1956 r. 406 • 61-441 Poznań • tel. 61 673 53 59  
biuro@formedis.pl • NIP 783-169-01-52 • REGON 302160402 • KRS 0000426734  
Bank Zachodni WBK 44 1090 1476 0000 0001 3347 7223  
[www.formedis.pl](http://www.formedis.pl)