



Analiza sytuacji finansowej podmiotów należących do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

nr WT.5403.19.2022.01

data ukończenia 20.09.2022 r.

Spis treści

1. Problem decyzyjny.....	3
2. Źródła danych.....	4
3. Analiza danych	5
4. Monitorowanie kondycji finansowej podmiotów oraz warunki zmian	9
5. Spis tabel	14

1. Problem decyzyjny

Podstawą podjęcia prac była ocena przebiegu wdrożenia rekomendacji nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne. Szpitale to największa pod względem wartości umów grupa, która wymagała pogłębionej analizy po wdrożeniu wyżej wymienionej rekomendacji. W planie finansowym NFZ wydatki na leczenie szpitalne stanowią około połowę wszystkich środków Funduszu przeznaczanych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. To również podmioty, które najliczniej komunikują brak środków w wielkości wystarczającej na co najmniej realizację przepisów ustawy z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1352). Szczególną rolę w systemie ochrony zdrowia pełnią podmioty tworzące system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), czyli należą do tzw. sieci szpitali¹. Szpitale te mają gwarantować kompleksowość i ciągłość udzielanych świadczeń co oznacza, że mają zapewniać pełną opiekę zdrowotną w całym cyklu leczenia a pacjent skierowany do szpitala powinien uzyskać, poza świadczeniami szpitalnymi, również inne świadczenia, zależnie od jego potrzeb zdrowotnych. Zakwalifikowanie do sieci ma zapewniać ciągłość i stabilność finansowania poprzez gwarancję zawarcia umowy z płatnikiem, natomiast wprowadzenie rozliczeń ryczałtowych, pozwalać ma na większą elastyczność zarządzania.

Zapewnienie dobrej kondycji, zarówno organizacyjnej jak i finansowej, systemu szpitalnego jest kluczowe dla zapewnienia wysokiego poziomu bezpieczeństwa zdrowotnego obywatelom kraju. W związku z tym analiza ta skupia się na szpitalach należących do systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego.

¹ DZIAŁ IVB. SYSTEM PODSTAWOWEGO SZPITALNEGO ZABEZPIECZENIA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn zm.)

2. Źródła danych

W przedmiotowych pracach wykorzystano następujące źródła danych:

- Dane za miesiąc luty 2022 r. o wysokości poszczególnych składowych wynagrodzenia i wymiarze zatrudnienia osób zatrudnionych u świadczeniodawców na podstawie umowy o pracę lub świadczących usługi na podstawie umowy cywilnoprawnej, umowy zlecenia, umowy o dzieło w zakresie, w jakim dane te dotyczą osób biorących udział w realizacji świadczeń udzielanych w ramach umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dane zostały zgromadzone z wykorzystaniem dedykowanych szablonów MS Excel, za pośrednictwem opracowanej przez AOTMiT i udostępnionej świadczeniodawcom aplikacji online. W dalszej części raportu zwane danymi z ankiet.
- Przekazaną przez NFZ bazę zawierającą informacje o aneksach zawieranych ze świadczeniodawcami w związku z rekomendacją Prezesa AOTMiT nr 65/2022 do zlecenia 059/2022 zmiana sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, według stanu na dzień 19.08.2022 roku. Baza zawiera informacje o kwotach zobowiązań na drugie półrocze 2022 roku przed i po zawarciu aneksu oraz o wartości współczynników korygujących na okres drugiego półrocza 2022 roku – w odniesieniu do danego typu umowy u danego świadczeniodawcy.

3. Analiza danych

Na podstawie ankiet przekazanych przez świadczeniodawców w raporcie kadrowo-płacowym wyodrębniono podmioty udzielające świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne. Dane z ankiet przekazało łącznie 380 podmiotów tego rodzaju, w tym 355 szpitali w sieci, co stanowi 63% wszystkich szpitali w sieci (objętych poniższą analizą) oraz 68% wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – tabele 1 i 2. Najliczniejszą grupą szpitali, które przekazały dane stanowią szpitale zakwalifikowane do kategorii: *gminny, powiatowy, miejski*, co stanowi 49% próby, z czego 116 czyli 66% to podmioty I - stopnia zabezpieczenia PSZ.

Tabela 1 Kategoria szpitala i poziom PSZ, dla podmiotów które przekazały dane w ankietach

poziom sieci	1 - gminny, powiatowy, miejski	2 - niepubliczny	3 - kliniczny	4 - wojewódzki	5 - inny	RAZEM	odsetek szpitali, które przekazały dane do ankiety
1 - Szpital I stopnia	116	21		8		145	55,34%
2 - Szpital II stopnia	41	8		21		70	72,92%
3 - Szpital III stopnia	10	3		33		46	76,67%
4 - Szpital pulmonologiczny	2	4		13		19	63,33%
5 - Szpital pediatryczny	3			6		9	75,00%
6 - Szpital onkologiczny	2	2		8	1	13	72,22%
7 - Szpital ogólnopolski			35	1	17	53	63,10%
RAZEM	174	38	35	90	18	355	63,17%

Źródło: opracowanie własne

Tabela 2 Rodzaj szpitala w powiązaniu z odsetkiem wartości umów podmiotów, które przekazały dane w ankietach

Poziom sieci	Odsetek wartości kontraktów podmiotów które przekazały ankiety
1 - Szpital I stopnia	59,19%
2 - Szpital II stopnia	71,62%
3 - Szpital III stopnia	79,31%
4 - Szpital pulmonologiczny	61,82%
5 - Szpital pediatryczny	78,35%

Poziom sieci	Odsetek wartości kontraktów podmiotów które przekazały ankiety
6 - Szpital onkologiczny	77,20%
7 - Szpital ogólnopolski	62,01%
RAZEM	68,22%

Źródło: opracowanie własne

Do analizy wzięto pod uwagę wskaźniki wzrostów wynagrodzeń z tytułu umów o pracę dla pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, należących do grup 1-10 oraz podlegających przepisom Art. 5 ustawy o wynagrodzeniach. Dla szpitali średni wskaźnik wzrostu wynagrodzeń (22,74% dla wszystkich szpitali oraz 22,76 % dla szpitali w sieci) był wyższy niż dla wszystkich podmiotów, który wynosił 22,25%². Wyliczony na tej podstawie wskaźnik wzrostu wynagrodzeń przekłada się na wzrost wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie 15,94%, a dla szpitali w sieci 15,98%. Z tego też względu przyjęto wskaźnik wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z pokryciem wzrostu kosztów umów o pracę na poziomie –16%.

Tabela 3 Szpitale, które przekazały ankiety w raporcie kadrowo-płacowym

Dane przekazane w raporcie kadrowo-płacowym	Szpitale	Szpitale w sieci
Liczba podmiotów, które przekazały ankiety (wg REGON) – szpital	380	355
Liczba osób zatrudnionych w podmiotach na podstawie umowy o pracę (wg ankiet), dla grup 1-10 oraz pozostały personel medyczny, zgodnie z Art.5 ustawy o wynagrodzeniach	184 006	180 166
wskaźnik wzrostu wynagrodzeń - tylko UoP* – dla szpitali, które przekazały ankiety	22,74%	22,76%
wzrost wynagrodzeń z tytułu umów o pracę* skorygowany o liczbę ankiet/ budżet z umów z NFZ	15,94%	15,98%

* Średni prognozowany wzrost wynagrodzeń dla ogółu pracowników zatrudnionych w podmiotach z grup 1-10 oraz zgodnie z zapisami Art. 5 ustawy o wynagrodzeniach, prognozowane wynagrodzenie dla pozostałego personelu zatrudnionego w podmiotach leczniczych w oparciu o umowę o pracę. Źródło: opracowanie własne

Od dnia 1 sierpnia 2022 roku NFZ zwiększył cenę jednostki rozliczeniowej w ryczałcie PSZ z 1,59 zł do 1,62 zł, zwiększył również wartość współczynników korygujących dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu pierwszego i drugiego stopnia w ramach PSZ, odpowiednio do wartości 1,04 i 1,03³.

² Zgodnie z opracowaniem WT.5403.19.2022 Raport w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze wzrostem najniższego wynagrodzenia wprowadzanym ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 1352)

³ ZARZĄDZENIE NR 103/2022/DSOZPREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 16 sierpnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

W Tabeli 4 został przedstawiony wzrost wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie podpisanych aneksów oraz zwiększenia ceny punktu z 1,59 na 1,62 i po dodaniu 2% wartości kontraktu na PSZ dla szpitali I i II stopnia. Wysokość tej zmiany stanowi 352,5 mln zł w skali 6 miesięcy.

Tabela 4 Wzrost wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie podpisanych aneksów oraz zwiększeniu finansowania ceny punktu z 1,59 na 1,62 oraz po dodaniu 2% wartości kontraktu na PSZ dla szpitali I i II stopnia

Liczba podmiotów – szpitale w sieci	562
wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na II półrocze 2022 po aneksach	32 890 169 418
Skutek finansowy po zwiększeniu ceny z 1,59 na 1,62 oraz dodaniu 2% do wartości umowy PSZ dla szpitali I i II poziomu zabezpieczenia – na 6 miesięcy	352 499 682

Źródło: opracowanie własne

W efekcie, po wprowadzeniu powyższych zmian przez NFZ, niektóre podmioty spośród 562 objętych analizą szpitali należących do systemu PSZ nie osiągnęły określonego na minimalnym poziomie 16% wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (wliczając dodatkowe strumienie na wynagrodzenia).

Dla tych podmiotów wydaje się zasadne stworzenie specjalnego instrumentu w postaci współczynnika korygującego wyrażonego kwotowo, który pozwoliłby na zwiększenie indywidualnych wartości kwoty zobowiązania tak, aby uzyskały wskazany powyżej minimalny procent wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej biorąc pod uwagę bieżącą wartość wszystkich zakresów świadczeń realizowanych w umowach na II półrocze 2022 r. w stosunku do wartości tożsamyh zakresów świadczeń realizowanych w umowach na II półrocze 2022 r. wg cen na dzień 30 czerwca 2022 r. łącznie ze współczynnikami korygującymi (z wyłączeniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi, leków stosowanych w chemioterapii, leków stosowanych w ratunkowym dostępie do technologii lekowej), co pozwoli zagwarantować kompleksowość i ciągłość udzielanych świadczeń i stabilność finansowania. Oszacowane skutki rekomendowanych działań obrazuje Tabela 5.

Tabela 5 Prognozowane skutki wdrożenia mechanizmu pomostowego

Liczba podmiotów – szpitale w sieci	562
Skutek finansowy – minimalny wzrost kontraktu o 16% - w skali 6 miesięcy	314 455 664
Skutek finansowy – minimalny wzrost kontraktu o 16% - w skali 10 miesięcy	524 092 773

Źródło: opracowanie własne

Dodatkowe fundusze, o których mowa powyżej, powinny zostać przyznane w najbliższym możliwym terminie tj. od 01 września 2022 do dnia 30 czerwca 2023 roku, czyli do czasu waloryzacji minimalnego wynagrodzenia zasadniczego pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych zgodnie z ustawą o sposobie ustalania minimalnego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Natomiast w przypadku zwiększenia od 1 stycznia 2023 r.

finansowania wynikającego z ryczałtu PSZ, zmian wysokości taryf czy wycen świadczeń realizowanych przez te podmioty, przyznana kwota powinna ulegać proporcjonalnemu zmniejszeniu. W celu zapewnienia lepszej płynności finansowej podmiotów należałoby wprowadzić powyższe współczynniki w możliwie najbliższym terminie (od 1 września 2022) i celowe byłoby uwzględnienie braku pomniejszenia w/w wycen w wartości dodatkowych funduszy do 31 grudnia 2022 roku, czyli do momentu wdrożenia nowych wycen po zakończeniu kompletnego oszacowania zakresów (SOR/IP oraz NIŚOZ i świadczenia szpitalne z zakresu chorób wewnętrznych). Po planowanym od 1 stycznia 2023 r. wprowadzeniu nowych taryf obowiązywałby mechanizm proporcjonalnego zmniejszania dodatkowych funduszy o wartość wzrostu z tytułu podniesienia wycen taryfikowanych świadczeń. Mechanizm proporcjonalnego zmniejszania dodatkowych funduszy nie ma zastosowania do wartości świadczeń wykonanych ponad limit.

Do głównych ograniczeń przeprowadzonych analiz należą:

- Brak możliwości dokładnego zweryfikowania, czy przekazane dane w ankietach o wynagrodzeniach nie zawierają błędów oraz czy są kompletne.
- Brak możliwości dokładnego zweryfikowania, czy przekazane dane w ankietach obejmują wyłącznie pracowników związanych z realizacją świadczeń w ramach umów z NFZ oraz czy wymiar ich zatrudnienia odnosi się wyłącznie do realizacji tych świadczeń i czy nie ma zwiększonego zatrudnienia w stosunku do realizowanych świadczeń z NFZ.
- Niepodpisanie bądź nieuwzględnienie pełnej wartości umów – na dzień zakończenia analiz - aneksów dotyczących wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez wszystkie podmioty, co może skutkować inną wartością umów na II półrocze 2022 r.

4. Monitorowanie kondycji finansowej podmiotów oraz warunki zmian

Szpitale są zakładami opieki zdrowotnej, których celem jest gotowość przyjęcia i leczenia pacjentów, a także zapewnienia im wykwalifikowanej opieki medycznej, przy jednoczesnym dążeniu do utrzymania płynności finansowej oraz rentowności. Dodatkowe środki wynikające z minimalnego wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie 16% w stosunku do kwoty zobowiązania z okresu I półrocza 2022 (z wyłączeniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi, leków stosowanych w chemioterapii, leków stosowanych w ratunkowym dostępie do technologii lekowej oraz bez uwzględniania wartości świadczeń wykonanych ponad limit) mają na celu nie tylko doprowadzenie do poprawy sytuacji finansowej podmiotów, ale również utrzymanie wysokiej jakości udzielanych świadczeń bez ograniczenia dostępności. Należy zwrócić uwagę na fakt, iż wiele podmiotów udzielających świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne koszty zwiększenia wynagrodzeń (do lipca 2022 roku) finansowało przede wszystkim ze środków przekazywanych przez NFZ jako tzw. współczynniki korygujące koszty świadczeń co spowodowało, że po wdrożeniu rekomendacji 65/2022 Prezesa AOTMiT, wystąpiło zróżnicowanie środków na podwyżki wynagrodzeń. Może być to spowodowane wieloma czynnikami, w tym związanymi z poziomem ponoszonych kosztów czy strukturą zatrudnienia, dlatego konieczne jest monitorowanie sytuacji ekonomiczno-finansowej tych podmiotów w aspekcie poprawy kondycji finansowej. Oceny ich sytuacji należy dokonywać w oparciu o analizę wskaźnikową, ze szczególnym uwzględnieniem wskaźników obłożenia łóżek i efektywności wykorzystania personelu medycznego w tych podmiotach na tle całej branży (zgodnie z tabelami 6, 7 i 8). Analiza taka pozwoli na poprawę planowania wydatków publicznych w systemie ochrony zdrowia, dotyczących infrastruktury jak i zasobów ludzkich. Racjonalizacja w tych obszarach jest warunkiem koniecznym poprawy efektywności systemu ochrony zdrowia, zważywszy, iż koszty osobowe stanowią największą grupę kosztów w podmiotach leczniczych.

Elementem przekazania dodatkowych funduszy powinno być opracowanie, w ciągu trzech miesięcy od zmiany warunków finansowania, kierunku działań mających na celu zrównoważenie kosztów i przychodów, dokonane przez podmioty w porozumieniu z organami założycielskimi szpitali oraz wojewódzkimi oddziałami NFZ, w celu zapobieżenia pogarszania się sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu, w szczególności zagrożenia utratą płynności finansowej i zwiększeniem wartości zobowiązań wymagalnych.

Rekomenduje się przeprowadzenie analizy sytuacji ekonomicznej, organizacyjnej i kadrowej podmiotu leczniczego celem określenia obszarów problematycznych i obciążonych ryzykiem. Uzyskane wnioski powinny pozwolić na wskazanie działań i strategii dalszego funkcjonowania w celu optymalizacji działalności podmiotu leczniczego i osiągnięcia oczekiwanych wyników finansowych. Proponuje się podmiotom, aby przeprowadzone analizy miały formę dokumentu z określonymi działaniami i ich planowaną datą realizacji oraz wskazaniem osób odpowiedzialnych za realizację tych działań. Sugerowane obszary, które w szczególności należy objąć analizą to:

1. **Obszar ogólnogospodarczy i rynkowy** – w celu określenia pozycji rynkowej poprzez analizę i ocenę podmiotu szpitalnego pod kątem dostosowania działalności do lokalnych, regionalnych i krajowych potrzeb zdrowotnych, konkurencji, wykonywanych świadczeń medycznych,

wskaźników demograficznych i epidemiologicznych, otoczenia dalszego i bliższego, mocnych i słabych stron, pojawiających się szans i zagrożeń (SWOT), perspektyw rozwoju;

2. **Obszar finansowy** – dotyczy szczegółowych analiz przychodów i kosztów (ogólnych oraz w podziale na jednostki i komórki organizacyjne). Analizie należy poddać koszty bezpośrednio, pośrednio, stałe i zmienne. Celem analizy jest ustalenie poprawności procesów ekonomicznych, które zachodzą wewnątrz podmiotu (m.in. poziomu rentowności poszczególnych komórek organizacyjnych, płynności finansowej, zadłużenia, struktury finansowania majątku, efektywności działań biznesowych);
3. **Obszar organizacyjny** – weryfikacja struktur organizacyjnych oraz stopnia ich efektywności. Analiza poprawności działań poszczególnych komórek organizacyjnych, hierarchii, zależności, zdolności i trafności podejmowania decyzji, a także analizy zasobów podmiotu szpitalnego, w szczególności w aspekcie ich optymalnego wykorzystania;
4. **Zasoby kadrowe** – analiza zatrudnienia pod względem zabezpieczenia udzielania świadczeń medycznych, ewentualnych przerostów zatrudnienia oraz struktury (wykształcenia, kompetencji, umiejętności, wieku, systemu wynagrodzeń oraz sposobu organizacji pracy).

Przeprowadzona analiza powinna dostarczyć następujących informacji (korzyści):

- kompleksowa informacja odnośnie prowadzonej działalności, w tym rodzajach i zakresie realizowanych świadczeń,
- sytuacja finansowa podmiotu,
- porównanie poszczególnych pozycji przychodowych i kosztowych podmiotu leczniczego do benchmarków rynkowych,
- identyfikacja obszarów nieefektywnych i ryzykownych oraz rekomendacji co do sposobu ich eliminacji, redukcji lub dywersyfikacji,
- identyfikacja głównych problemów,
- przedstawia analizę otoczenia dalszego i bliższego – analiza konkurencji w zakresie m.in. liczby, struktury udziału w rynku, a także źródeł ich przewag,
- przedstawia mocne i słabe strony funkcjonowania placówki, a także szanse i zagrożenia (w tym szanse i zagrożenia wynikające z planowanych zmian w organizacji systemu ochrony zdrowia),
- określa, które z funkcjonujących w ramach podmiotu leczniczego, komórek organizacyjnych są najbardziej rentowne, a które wymagają zmiany funkcjonowania,

W oparciu o powyższą analizę należy określić kierunki oraz działania (Plan działań), które będą podjęte w porozumieniu z organem założycielskim w celu uzyskania ograniczenia ryzyk bądź ich eliminacji w zakresie:

1. opracowania proponowanej przyszłej strategii prowadzenia podmioty oraz informację na temat poziomu i rodzaju ryzyka;
2. planowanych działań naprawczo-rozwojowych oraz związanych z nimi kosztów, a także planowanych efektów ekonomiczno-finansowych,
3. planowanych przez podmiot szpitalny działań mających na celu wprowadzenie albo ulepszenie zarządzania procesowego,

4. planowanych przez podmiot szpitalny działań mających na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej,

Działania powinny uwzględniać komunikację i współpracę z oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia. Zasadne jest, aby powyżej opisane działania sporządziły w szczególności te podmioty, dla których wartość dodatkowych środków wynikających z minimalnego wzrostu wartości umów wynosi poniżej 10% wzrostu wartości netto (po włączeniu w wycenę współczynników korygujących dotyczących wynagrodzeń) umów na II półrocze 2022 w stosunku do wartości tych umów według stanu na dzień 30.06.2022 r.

W celu realizacji powyższych celów Agencja udostępni świadczeniodawcom appSRK (<https://appsrk.aotm.gov.pl>), która pozwala na zautomatyzowanie procesu ewidencji i rozliczania kosztów oraz wyliczania wskaźników. Punktem wyjścia powinny być wskaźniki obliczone na podstawie danych z I półrocza 2022 roku, a kolejne obliczane w interwałach półrocznych.

Tabela 6 Wskaźniki ekonomiczno-finansowe

GRUPA WSKAŹNIKÓW	WSKAŹNIKI EKONOMICZNO - FINANSOWE	WARTOŚCI REFERENCYJNE
WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	1. Wskaźnik zyskowności netto	
	wynik netto x 100% / przychody ogółem	> 4%
	2. Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej	
	wynik z działalności operacyjnej x 100% / przychody netto ze sprzedaży produktów + przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów + pozostałe przychody operacyjne	> 5%
	3. Wskaźnik zyskowności aktywów	
	wynik netto x 100% / średni stan aktywów razem	> 4%
WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	4. Wskaźnik bieżącej płynności	
	aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług o okresie spłaty powyżej 12 m-cy - krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) / zobowiązania krótkoterminowe - zobowiązania z tytułu dostaw i usług o okresie wymagalności powyżej 12 m-cy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe	1,5-3
	5. Wskaźnik szybkiej płynności	
	aktywa obrotowe - należności krótkoterminowe z tytułu dostaw i usług o okresie spłaty powyżej 12 m-cy - krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe (czynne) - zapasy / zobowiązania krótkoterminowe - zobowiązania z tytułu dostaw i usług o okresie wymagalności powyżej 12 m-cy + rezerwy na zobowiązania krótkoterminowe	1-2,5
	6. Wskaźnik rotacji należności	

WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	średni stan należności z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie / przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów	< 45 dni
	7. Wskaźnik rotacji zobowiązań	
	średni stan zobowiązań z tytułu dostaw i usług x liczba dni w okresie / przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów	do 60 dni
	8. Wskaźnik zadłużenia aktywów	
WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	$(\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania}) \times 100\% / \text{aktywa razem}$	< 40%
	9. Wskaźnik wypłacalności	
	$\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{zobowiązania krótkoterminowe} + \text{rezerwy na zobowiązania} / \text{fundusz własny}$	0-0,5
	10. Wskaźnik obsługi długu	
	$\text{zysk brutto} + \text{odsetki} / \text{raty kapitałowe} + \text{odsetki}$	1-1,2
	11. Wskaźnik finansowania majątku trwałego	
	$\text{zobowiązania długoterminowe} + \text{kapitały własne} / \text{wartość aktywów trwałych}$	>1
ANALIZA RENTOWNOŚCI KAPITAŁU LUDZKIEGO	12. Wskaźnik ekonomicznej wartości dodanej kapitału ludzkiego	
	$\text{przychody} - (\text{koszty operacyjne} - \text{całkowite koszty pracy}) / \text{liczba pracowników w przeliczeniu na etaty}$	
	13. Wskaźnik zysku ze sprzedaży na pracownika	
	$\text{zysk ze sprzedaży} / \text{liczba pracowników w przeliczeniu na etaty}$	

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 7 Wskaźniki statystyczne

WSKAŹNIKI STATYSTYCZNE	
WSKAŹNIK EFEKTYWNOŚCI WYKORZYSTANIA ŁÓŻEK	$(\text{liczba wykonanych osobodni w okresie} / \text{rzeczywista liczba łóżek} \times \text{liczba dni w okresie}) \times 100\%$
WSKAŹNIK PRZELOTOWOŚCI ŁÓŻEK	liczba hospitalizowanych ogółem w okresie / rzeczywista liczba łóżek

WSKAŹNIK EFEKTYWNOŚCI WYKORZYSTANIA BLOKU OPERACYJNEGO	rzeczywista liczba godzin pracy sal operacyjnych w okresie / planowana liczba godzin funkcjonowania sal operacyjnych zgodnie z przyjętym harmonogramem w okresie
WSKAŹNIK ŚREDNIEGO CZASU HOSPITALIZACJI	rzeczywista liczba osobodni w okresie / rzeczywista liczba hospitalizowanych w okresie

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 8 Wskaźniki kosztowe dla poszczególnych Ośrodków Powstawania Kosztów

WSKAŹNIKI KOSZTOWE	
STRUKTURA KOSZTÓW CAŁKOWITYCH	Udział % poszczególnych kategorii kosztów w koszcie całkowitym na poziomie OPK
STRUKTURA KOSZTÓW WYNAGRODZEŃ W PODZIALE NA GRUPY PERSONELU	Udział % kosztów osobowych poszczególnych kategorii personelu w kosztach osobowych ogółem na poziomie OPK
WSKAŹNIK RENTOWNOŚCI OPK	wynik finansowy OPK w okresie / przychody całkowite OPK w okresie
WSKAŹNIK POKRYCIA KOSZTÓW PRZYCHODAMI	$(\text{przychody całkowite OPK w okresie} / \text{koszty całkowite OPK w okresie}) \times 100\%$
ŚREDNI JEDNOSTKOWY KOSZT ŚWIADCZENIA (PORADY, HOSPITALIZACJI)	koszty całkowite OPK w okresie / liczba zrealizowanych świadczeń (porad, hospitalizacji) w OPK w okresie
ŚREDNI JEDNOSTKOWY KOSZT OSOBODNIA OPIEKI	koszty całkowite OPK w okresie - koszty leków, koszty wyrobów medycznych, procedur medycznych / liczba osobodni w okresie

Źródło: Opracowanie własne

5. Spis tabel

Spis tabel

<i>Tabela 1</i> <i>Kategoria szpitala i poziom PSZ, dla podmiotów które przekazały dane w ankietach</i>	5
<i>Tabela 2</i> <i>Rodzaj szpitala oraz wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na II półrocze 2022 (wg stanu na dzień 19.08.2022 po podpisaniu aneksów)</i>	5
<i>Tabela 3</i> <i>Szpitala, które przekazały ankiety w raporcie kadrowo-płacowym</i>	6
<i>Tabela 4</i> <i>Wzrost wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie podpisanych aneksów oraz zwiększeniu finansowania ceny punktu z 1,59 na 1,62 oraz po dodaniu 2% wartości kontraktu na PSZ dla szpitali I i II stopnia</i>	6
<i>Tabela 5</i> <i>Prognozowane skutki wdrożenia mechanizmu pomostowego</i>	7
<i>Tabela 6</i> <i>Wskaźniki ekonomiczno-finansowe</i>	11
<i>Tabela 7</i> <i>Wskaźniki statystyczne</i>	12
<i>Tabela 8</i> <i>Wskaźniki kosztowe dla poszczególnych Ośrodków Powstawania Kosztów</i>	13