

PROGRAM NAPRAWCZY

Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego im. ks. J.Popiełuszki w Toruniu

Oświadczenie o prawdziwości danych zawartych w PROGRAMIE NAPRAWCZYM.

Oświadczam, że informacje zawarte w PROGRAMIE NAPRAWCZYM są prawdziwe i zgodne:

- z najlepszą wiedzą,
- stanem prawnym i faktycznym.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za podanie fałszywych danych.

Grażyna Śmiarowska
Dyrektor Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego
im. ks. Jerzego Popiełuszki

SPIS TREŚCI

I. PODSUMOWANIE	3
<i>Informacja o sytuacji ekonomiczno – finansowej.....</i>	<i>6</i>
<i>Informacja o źródłach przychodów, kosztach, marży netto</i>	<i>6</i>
<i>Informacja o kosztach osobodnia na oddziałach całodobowych, intensywność realizowanych świadczeń opiekuńczych i leczniczych</i>	<i>10</i>
<i>Główne przyczyny wystąpienia straty w roku 2019</i>	<i>11</i>
<i>Plan działań zapewniających utrzymanie zdolności ZPO do długotrwałego rozwoju</i>	<i>13</i>
II. ANALIZA OBECNEJ SYTUACJI ZPO	17
II.1. NAZWA, ADRES, DANE REJESTROWE.....	17
II.2. CHARAKTERYSTYKA DZIAŁALNOŚCI	18
II.3. OTOCZENIE RYNKOWE.....	21
<i>Rynek usług opieki długoterminowej w Polsce</i>	<i>21</i>
<i>Rynek usług opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim</i>	<i>22</i>
II.3. OCENA PRAWNA SYTUACJI MAJĄTKOWEJ	24
II.4. OCENA SYTUACJI EKONOMICZNO - FINANSOWEJ	25
III. DIAGNOZA STANU FINANSÓW ZPO.....	30
III.1. ANALIZA FUNDUSZY WŁASNYCH	30
III.2. ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	31
III.3. ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI FINANSOWEJ.....	34
III.4. ANALIZA STANU TECHNICZNEGO I STOPNIA WYKORZYSTANIA MAJĄTKU RUCHOMEGO I NIERUCHOMEGO, ZE WSKAZANIEM POTRZEB REMONTOWYCH I INWESTYCYJNYCH	34
IV. SZCZEGÓŁOWA ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI ZPO	37
IV.1. STRUKTURA, DYNAMIKA PRZYCHODÓW ZE SPRZEDAŻY.....	37
IV.2. PRZYCHODY I KOSZTY OSOBODNIA.....	39
IV.3. STRUKTURA, STAN ZATRUDNIENIA, KOSZTY WYNAGRODZEŃ	44
IV.4. KOSZTY MATERIAŁÓW I ENERGII, POZOSTAŁE KOSZTY	50
V. ANALIZA PRZYCZYN WYSTĄPIENIA STRATY ZA ROK 2019	53
V.1. NIEDOSTOSOWANIE WYCENY KONTRAKTU Z NFZ DO INTENSYWNOŚCI USŁUG OPIEKUŃCZYCH ORAZ WZROSTU KOSZTÓW ŚWIADCZONYCH USŁUG.....	53
V.2. KOSZTY ŻYWIENIA I ZAKWATEROWANIA VS ODPLATNOŚĆ PACJENTÓW	54
V.3. NADWYKONANIA NALICZONE VS NADWYKONANIA ZAPŁACONE	56
V.4. ASPEKT FUNKCJONOWANIA GOSPODARKI PRZY PEŁNYM ZATRUDNIENIU, ZMIANY W OTOCZENIU RYNKOWYM	58
VI. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH W CELU ZAPEWNIENIA ZDOLNOŚCI DO DŁUGOTRWAŁEGO DZIAŁANIA I ROZWOJU	63
VI.1. WZROST SKALI I ZAKRESU DZIAŁANIA.....	63
VI.2. 100% ODPLATNOŚĆ ZA NADWYKONANIA.....	66
VI.3. PROJEKT DOPLAT PACJENTÓW DO KOSZTÓW ŻYWIENIA I ZAKWATEROWANIA.....	67
VI.4. ŹRÓDŁA FINANSOWANIA DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH	68
VI.5. PLANOWANY POZIOM NADWYŻEK FINANSOWYCH NA LATA 2020 - 2021	69
VII. SPIS TABEL I WYKRESÓW	72
ZAŁĄCZNIK 1. WYMAGANIA USTAWOWE DOTYCZĄCE ZATRUDNIENIA KADR ZAPEWNIAJĄCYCH REALIZACJĘ ŚWIADCZEŃ W RAMACH OPIEKI DŁUGOTERMINOWEJ.....	74

I. PODSUMOWANIE

Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy im. ks. J. Popiełuszki w Toruniu jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej realizującym świadczenia zdrowotne w zakresie określonym ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011.112.654 z późn.zm.).

Głównym celem ZPO jest podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnianie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenia edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

ZPO udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze realizowane w ramach opieki długoterminowej,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Obecnie ZPO dysponuje 45 miejscami na oddziale dziennym oraz 146 łózkami w oddziałach całodobowych (60 łózek na całodobowym oddziale psychogeriatrycznym, 78 łózek na całodobowym oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz 8 łózek dla pacjentów wentylowanych mechanicznie).

Udział ZPO w portfelu kontraktów NFZ w województwie kujawsko – pomorskim: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej przekracza 10%. Oznacza to, że ZPO jest istotnym podmiotem na rynku opieki długoterminowej województwa i z tego tyłu pozycja negocjacyjna ZPO jest silniejsza w stosunku do podmiotów o mniejszej skali działania.

ZPO posiada korzystną strukturę majątkowo – kapitałową i jest jednostką zaliczaną do grona „the debt free”, co oznacza bycie jednostką bez długów, to jest bez zobowiązań zwrotnych (kredytów i pożyczek) i bez przeterminowanych zobowiązań krótkoterminowych.

ZPO w okresie minionych trzech lat (2017 – 2019) realizował cele statutowe i jednocześnie efektywnie zarządzał majątkiem zakładu. Przez efektywne zarządzanie majątkiem rozumie się takie zarządzanie, które zapewnia długookresową zdolność do samofinansowania odtwarzania zużycia majątku przy zachowaniu płynności finansowej. Miarą efektywności zarządzania majątkiem jest średnioroczny wynik EBITDA¹ / aktywa trwałe netto i pośrednio EBITDA / przychody ze sprzedaży. Efektywność zarządzania majątkiem określa się krocząco dla okresów dwu – trzyletnich, bowiem taki horyzont czasu odzwierciedla faktyczny efekt zarządczy uwzględniający zarówno efekt realizacji nowych projektów / inwestycji jak również wpływu jednorazowych zdarzeń

¹ EBITDA = zysk przed zapłatą odsetek i podatków z uwzględnieniem amortyzacji

(stymulant i destymulant, np. zwiększenia kontraktu z NFZ lub wystąpienia epidemii COVID19).
W latach 2017 – 2019:

- a) średnia EBITDA do aktywów trwałych netto wyniosła 12,0% (rok 2019: 1,0%)
- b) średnia EBITDA do przychodów ze sprzedaży wyniosła 2,6% (rok 2019: 0,8%)

Wysoka efektywność gospodarowania majątkiem ZPO wynika z pozyskiwania dodatkowych środków finansujących projekty rozwojowe prowadzone przez ZPO, w tym w szczególności projektów inwestycyjnych współfinansowanych ze środków UE. Realizacja projektów skutkujących dodatkowymi wpływami zarówno po stronie przychodów jak również finansujących inwestycje podnosi poziom EBITDA. Cechą szczególną inwestycji współfinansowanych ze środków pochodzących z UE jest ich pozytywny wpływ na EBITDA, to jest na nadwyżkę operacyjną wypracowywaną przez jednostkę.

W roku 2019 zakończony został projekt współfinansowany z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (jego budżet przekraczał poziom 3 000 000 zł.), a efekt wcześniejszych inwestycji współfinansowanych przez UE w roku 2018 uległ znacznej redukcji z uwagi na amortyzację części poniesionych wcześniej nakładów. W efekcie, wzrost kosztów świadczeń medycznych, nienadążająca za wzrostem kosztów aktualizacja wartości kontraktu z NFZ oraz brak możliwości kolejnego zwiększenia skali świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych spowodowały istotny spadek EBITDA, a w konsekwencji wystąpienie straty netto. Należy podkreślić, że pomimo tych niesprzyjających okoliczności, ZPO wypracowało dodatnią EBITDA, zatem fakt wystąpienia straty netto nie wpłynął na obniżenie płynności finansowej oraz pogorszenie stabilności struktury kapitałowo – majątkowej. Na obniżenie EBITDA miał także wpływ postępujący spadek bezrobocia w Polsce i funkcjonowanie gospodarki polskiej w warunkach pełnego zatrudnienia. O ile wynagrodzenia personelu pielęgniarstwa utrzymywały się w okresie 2017-2019 na poziomie 125% średniego poziomu wynagrodzeń w gospodarce polskiej², o tyle wynagrodzenia opiekunów medycznych wzrosły z niespełna 70% do niemal 85% średniego poziomu wynagrodzeń.

W roku 2020 widoczna jest kontynuacja presji wzrostu wynagrodzeń opiekunów medycznych, głównie z uwagi na wzrost wynagrodzenia minimalnego, wzrost obciążenia pracą pracowników (niższa ilość rbh na osobodzień) oraz spadkiem wskaźnika bezrobocia poniżej 3,0%. Należy podkreślić, że wzrost wynagrodzeń personelu w sektorze medycznym podąża z rocznym opóźnieniem za wzrostem wynagrodzeń w gospodarce, zatem pomimo wchodzenia gospodarki

² Punktem odniesienia dla wynagrodzeń personelu medycznego w roku t jest okres t-1 w gospodarce, np. wskaźnik 125% w roku 2019 oznacza faktycznie 125% w stosunku do roku 2018.

światowej w stan kryzysu, presja na wzrost kosztów pracy w roku 2020 i 2021 będzie nadal silna, tak w ZPO jak również w innych jednostkach służby zdrowia.

W okresie minionych trzech lat utrzymywały się wieloletnie uwarunkowania tkwiące w otoczeniu rynkowym, które utrudniają bilansowanie przychodów i kosztów ZPO:

- a) trwała różnica między średnim poziomem emerytur w Polsce a średnim poziomem emerytur w województwie kujawsko – pomorskim, średnia poziom różnicy mierzonych dla I kwartału w latach 2017 – 2020 **wynosi 208,5 zł (co stanowi około -9%)**
- b) trwałe niedofinansowanie świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych finansowanych z NFZ w województwie kujawsko – pomorskim w przeliczeniu na mieszkańca w wieku 65+ (liczba mieszkańców w wieku 65+ mieszkająca w województwie kujawsko – pomorskim stanowi 5,3% populacji mieszkańców Polski w tej grupie wiekowej, podczas gdy udział kontraktu na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne w województwie kujawsko - pomorskim stanowi niespełna 4,6% całkowitej puli kontraktów NFZ, **wyrównanie kontraktu z NFZ per capita do poziomu średniego w Polsce wymagało wzrostu wartości kontraktów w województwie o ponad 13%**);
- c) wyższe tempo wzrostu kosztów świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych (w ZPO wzrost kosztów bezpośrednich w latach 2017 – 2019 wyniósł 26,5%) w stosunku do wzrostu wartości kontraktów NFZ w Polsce (26,2%), efekt wejścia opóźnionej bazy kosztowej po stronie wynagrodzeń oraz wystąpienie stanu epidemii COVID19 spowodowało wzrost kosztów w I połowie 2020 roku, która już na agregacie jakim jest Polska prowadzi do różnicy wzrostu kosztów (51% w stosunku do roku 2017) w stosunku do wartości kontraktów NFZ (34,8%).

Lata 2020 i 2021 będą latami trudnymi z punktu widzenia możliwości utrzymania dodatniej wartości EBITDA, nie mniej celem ZPO jest utrzymanie dodatniego poziomu EBITDA dla każdego rekurencyjnego okresu trzech lat, także trudnych nadchodzących lat kryzysu (2019 – 2021).

Z punktu widzenia progu rentowności świadczeń dla pacjentów somatycznych, przy nie zmienionym portfelu świadczeń ZPO i ich warunków, próg rentowności osiągnięty zostałby przy wycenie osobodnia na poziomie 130 zł. (wobec planowanych na rok 2021 117,61 zł).

Na przedstawione poniżej plany działań mają wpływ czynniki związane z epidemią COVID19, które w znacznym stopniu są nieprzewidywalne. Mając na względzie wdrożone procedury w ZPO i historię doświadczeń z okresu marzec – sierpień 2020 przyjmuje się utrzymanie w kolejnych 16 miesiącach tożsamego wpływu epidemii COVID19 na funkcjonowanie ZPO.

Informacja o sytuacji ekonomiczno – finansowej

Okres objęty analizą: 2017 I-XII; 2018 I-XII, 2019 I-XII, 2020 I-VI

Struktura majątkowa ZPO jest stabilna, dominują aktywa trwałe (w tym budynki i budowle), które stanowią 88% sumy aktywów zakładu. W aktywach obrotowych dominującą pozycję stanowią inwestycje krótkoterminowe (średnio w analizowanym okresie jest to 51%, na dzień 30.06.2020 r. udział inwestycji krótkoterminowych w aktywach obrotowych wynosił 38%).

Struktura kapitałowa ZPO jest stabilna. Poziom kapitałów stałych (trwale finansujących działalność ZPO) w analizowanym okresie przekracza 90% (poza rokiem 2019 – 82%) sumy wszystkich zaangażowanych kapitałów (kapitał stały = kapitał własny + rozliczenia międzyokresowe – dotacje).

ZPO finansuje aktywa w ponad 90% z kapitałów stałych przy zerowym poziomie zobowiązań zwrotnych (zobowiązania zwrotne obejmują kredyty i pożyczki oraz pozostałe zobowiązania, z tytułu których dłużnik ponosi koszty związane z oprocentowaniem pożyczanego kapitału).

W analizowanym okresie koszty z podstawowej działalności operacyjnej i przychody ze sprzedaży usług mają tendencję wzrostową:

- dynamika przychodów ze sprzedaży usług: 122% (rok 2019 / rok 2017),
- dynamika kosztów działalności operacyjnej: 122% (rok 2019 / rok 2017).

Struktura kosztów jest stabilna, dominujący udział w kosztach operacyjnych stanowią wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne oraz usługi obce, które obejmują od 80% do 81% kosztów operacyjnych (ich dynamika na przestrzeni okresu 2019 – 2017 wynosi 124%, pozostałe koszty wykazują dynamikę na poziomie 115% (rok 2017 = 100%). Kolejną istotną grupę kosztów stanowią koszty materiałów i energii, których udział w kosztach ulega redukcji z 16% w roku 2017 do 14% w roku 2019. Udział amortyzacji w kosztach jest stabilny i wynosi około 4%.

Informacja o źródłach przychodów, kosztach, marży netto

Źródłem przychodów ze sprzedaży ZPO są:

- środki pochodzące z NFZ,
- odpłatność pacjentów,
- okresowo środki Gminy Miasta Toruń finansujące celowane programy zdrowotne.

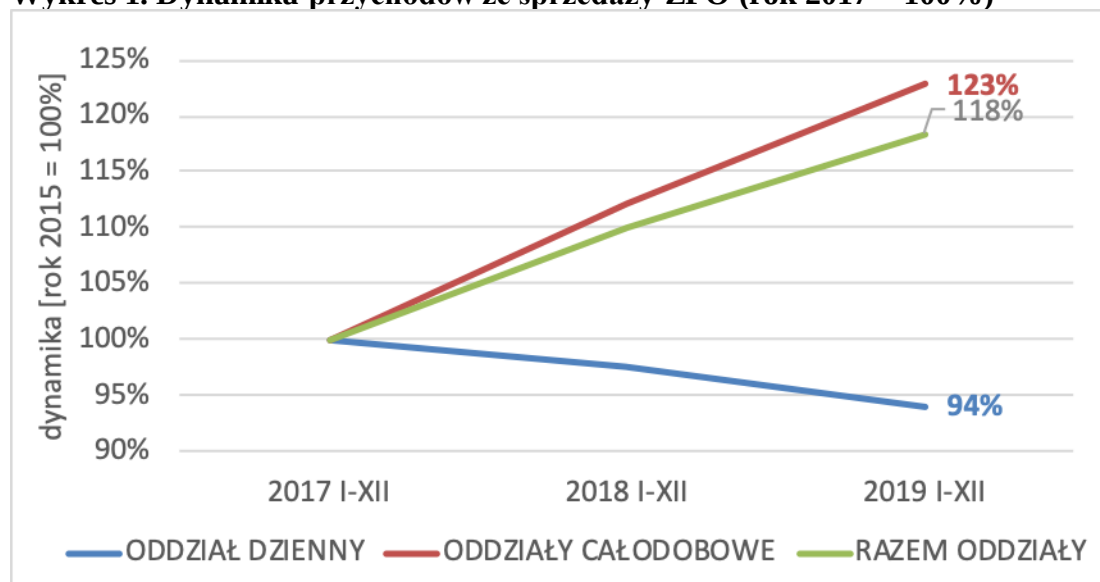
Struktura przychodów ze sprzedaży w podziale na środki pochodzące z NFZ oraz odpłatność pacjentów jest stabilna. Udział przychodów z NFZ stanowi średnio 80%, odpłatność pacjentów stanowi średnio 20% w sumie przychodów ZPO.

Dynamika przychodów ze sprzedaży w latach 2017-2019 wynosi 118% (rok 2017 = 100%). Dynamika przychodów Oddziału Dziennego jest niższa niż dynamika przychodów Oddziałów Całodobowych (odpowiednio 94% i 123%, rok 2017 = 100%).

Poziom przychodów ze sprzedaży ZPO wzrósł w latach 2017-2019 z 7 840 tys. zł. do poziomu 9 278 tys. zł. Struktura przychodów ze sprzedaży przedstawia się następująco:

- a) Oddziały Całodobowe: od 84% do 88%;
- b) Oddział Dzienny: od 12% do 16%.

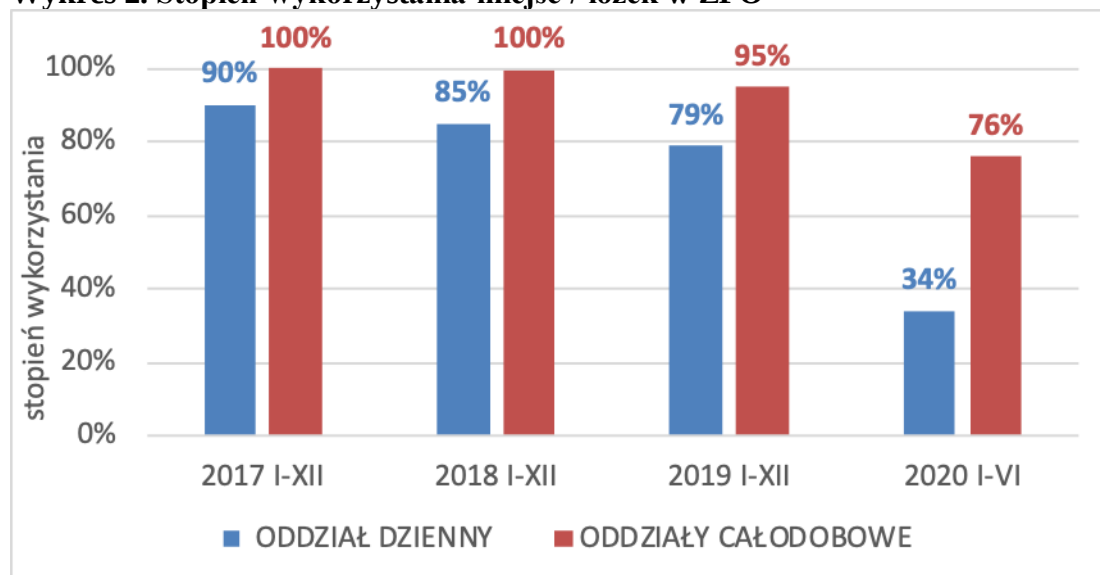
Wykres 1. Dynamika przychodów ze sprzedaży ZPO (rok 2017 = 100%)



Źródło: Opracowanie własne

Stopień wykorzystania miejsc na Oddziale Dziennym w okresie ostatnich trzech lat ma tendencję spadkową i wynosi odpowiednio od 90% w 2017 roku do 79% w 2019 roku. Wykorzystanie miejsc w I półroczu 2020 roku wynosi 34% i z uwagi na epidemię COVID-19 - oddział dzienny był zamknięty od połowy marca do połowy czerwca. W przypadku Oddziałów Całodobowych wskaźnik ten wynosi 90% w 2017 roku, 100% w 2018 roku, 95% w 2019 roku. W I półroczu 2020 roku wskaźnik ten wynosi 76% (ograniczenie przyjęć z uwagi na epidemię COVID-19).

Wykres 2. Stopień wykorzystania miejsc / łóżek w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

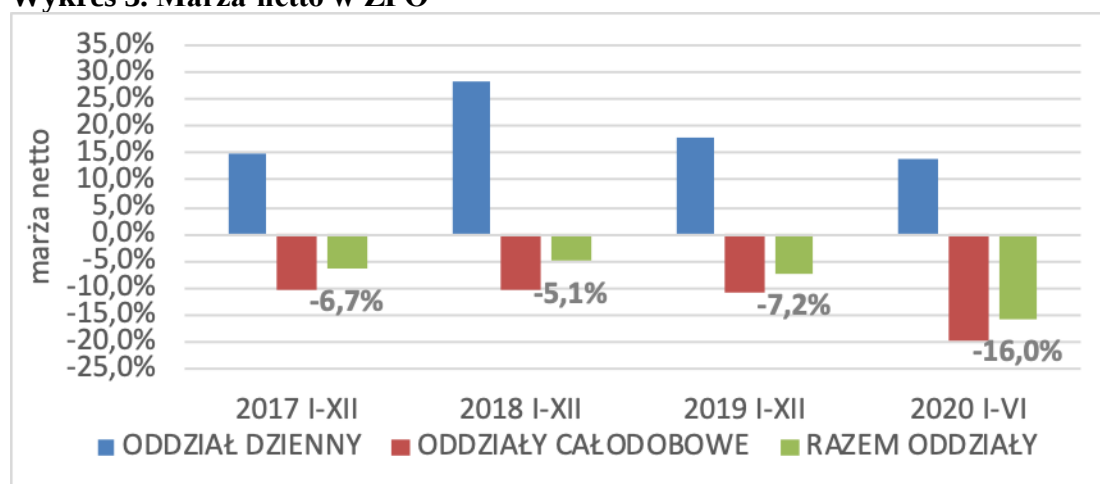
Minimalna skala efektywna dotycząca liczebności łóżek na Oddziałach Całodobowych w Polsce wynosi obecnie 60. Przy pełnym wskaźniku wykorzystania łóżek oznacza to, że skala działania ZPO osiąga 243% minimalnej skali efektywnej (liczba łóżek 146).

Porównanie przychodów i kosztów operacyjnych świadczeń medycznych realizowanych przez ZPO (bez uwzględnienia zapłaty za nadwykonania ujmowanych w pozostałych przychodach operacyjnych) umożliwia określenie poziomu marży netto.

Przez marżę netto rozumie się różnicę między przychodami i kosztami sprzedaży odniesioną do przychodów.

Marża netto podlega zjawisku sezonowości związanej z regułami zawierania kontraktów z NFZ, nie mniej analiza trzech kolejnych pełnych lat obrotowych wskazuje, że deficytowość realizowanych usług medycznych pogłębia się. Wynika to z braku współmierności wzrostu przychodów w stosunku do tempa wzrostu kosztów, pomimo faktu, że **skala działania ZPO przekracza istotnie poziom minimalnej skali efektywnej, a korzyści zakresu osiągnęte przez ZPO zapewniają obniżenie kosztu jednostkowego osobodnia. Marża netto realizowana na Oddziale Dziennym w istotny sposób pokrywa deficytowość Oddziałów Całodobowych.**

Wykres 3. Marża netto w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Zapewnienie porównywalności w czasie i przestrzeni w odniesieniu do poziomu generowanej marży wymaga uwzględnienia przychodów i kosztów obejmujący całą działalność operacyjną, w której ujęte są zarówno dodatkowe przychody związane z zapłatą nadwykonań oraz koszty i przychody związane z dotacjami uzyskiwanymi z tytułu realizacji projektów finansowanych ze środków innych niż NFZ. Porównanie to możliwe jest do wykonania jedynie dla całego ZPO (RAZEM ODDZIAŁY) i dotyczy tak zwanej marży operacyjnej.

Przez marżę operacyjną rozumie się różnicę między przychodami i kosztami związanymi ze sprzedażą oraz pozostałą działalnością operacyjną odniesioną do łącznej wartości przychodów ze sprzedaży i pozostałej działalności operacyjnej.

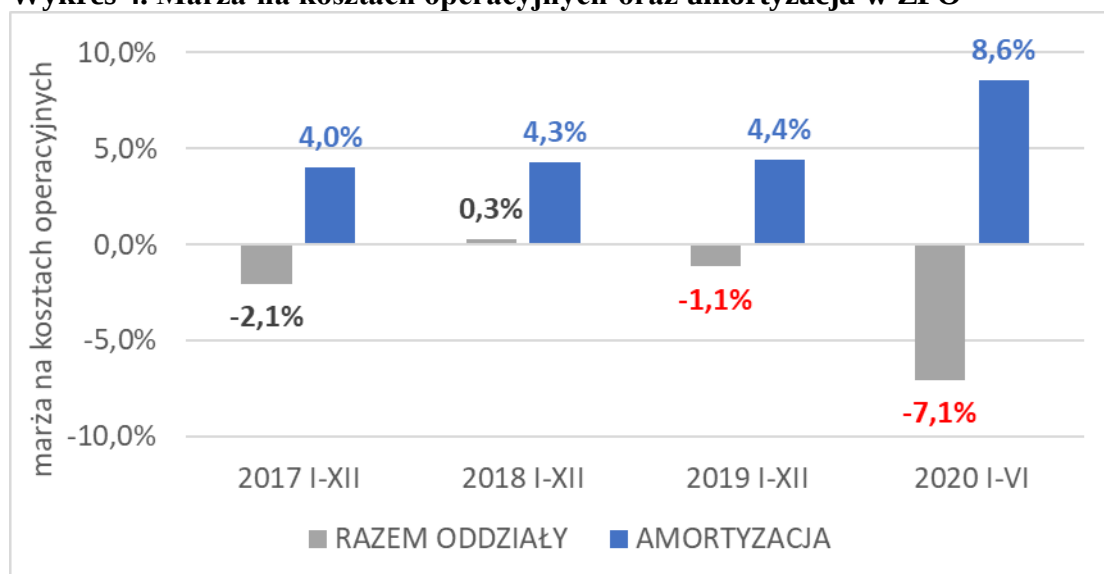
Ostatnie trzy lata (2017 – 2019) to okres, w którym poziom marży na kosztach operacyjnych jest ujemny i wynosi około **-0,9%**, co przekłada się na sumaryczną trzyletnią stratę operacyjną wynoszącą **-271 tys. zł.**

W tym samym okresie poziom odpisów amortyzacyjnych (koszt niepieniężny) osiągnął poziom 1 257 tys. zł, stanowiąc 4,3% przychodów.

Powyższe oznacza, że pomimo wypracowania strat na działalności operacyjnej **na przestrzeni ostatnich trzech lat, ZPO osiągnęło nadwyżkę finansową** na poziomie operacyjnym (zysk / strata operacyjna + amortyzacja) w wysokości **+986 tys. zł. (około 3,3% przychodów)**, zapewniając utrzymanie korzystnej sytuacji finansowej.

W żadnym z analizowanych lat nie doszło do naruszenia zdolności ZPO do osiągania nadwyżek finansowych. W roku 2020, z uwagi na oddanie do użytkowania nowej inwestycji współfinansowanej ze środków pochodzących z RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego, poziom odpisów amortyzacyjnych uległ skokowemu wzrostowi, stanowiąc 8,6% przychodów z okresu I-VI.2020 r.

Wykres 4. Marża na kosztach operacyjnych oraz amortyzacja w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Informacja o kosztach osobodnia na oddziałach całodobowych, intensywność realizowanych świadczeń opiekuńczych i leczniczych

Koszty ponoszone na Oddziałach Całodobowych stanowią 88%-91% kosztów związanych z świadczeniem usług pielęgnacyjno - opiekuńczych. Kluczowy udział w kosztach stanowią tak zwane koszty bazowe:

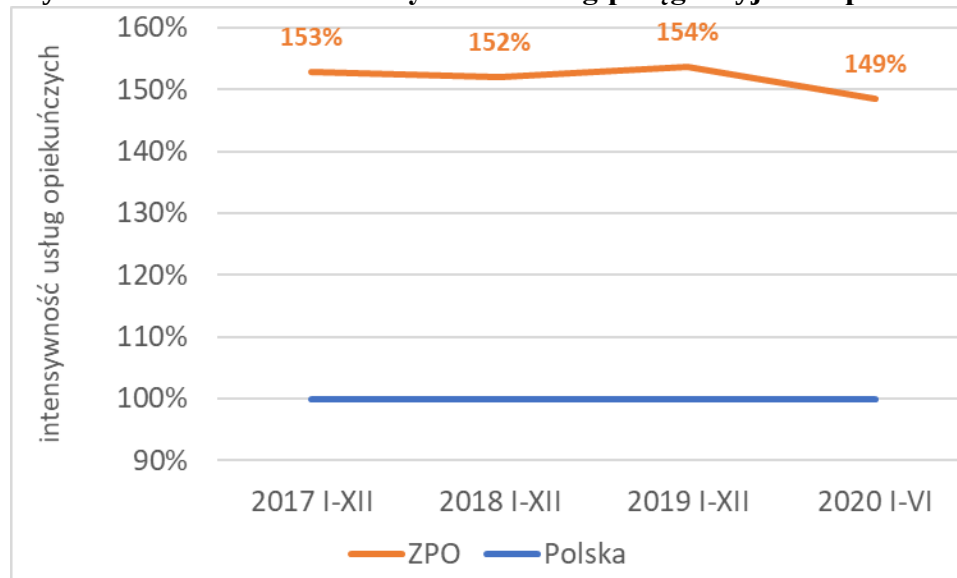
- wynagrodzenia – 132 zł. / osobodzień,
- materiały bezpośrednie – 19 zł. / osobodzień,
- wyżywienie i zakwaterowanie – 54 zł. / osobodzień,
- razem koszty bazowe – 205 zł. / osobodzień.

Udział kosztów bazowych (wynagrodzeń, materiałów bezpośrednich, wyżywienia i zakwaterowania) w kosztach ogółem osobodnia zwiększa się w okresie analizowanych lat (91% kosztów ogółem w roku 2017 do 92% kosztów ogółem w 2019 roku), co świadczy o wyższej dynamice kosztów bazowych w stosunku do kosztów administracyjnych oraz wysokim efekcie skali działania. Udział kosztów personelu wykonującego bezpośrednio świadczenia pielęgnacyjno - opiekuńcze (pracownicy medyczni) w całkowitych kosztach wynagrodzeń ZPO wynosi średnio 96,7%.

Bazując na wycenie katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych zgodnych z Rozporządzeniem 45/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 maja 2018 r. oraz struktury katalogu

świadczeń pielęgnacyjnych możliwe jest określenie intensywności świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych i porównanie ZPO z średnim obrazem w Polsce.

Wykres 5. Porównanie intensywności usług pielęgnacyjno – opiekuńczych ZPO vs Polska



Źródło: Opracowanie własne

Główne przyczyny wystąpienia straty w roku 2019

- I. Niedostosowanie stawek taryfowych / osobodzień do bieżących kosztów jest podstawową przyczyną wystąpienia straty za rok 2019.
- II. Z uwagi na wzrost kosztów żywienia i zakwaterowania (inflacja w kosztach), które przekraczają wzrost przeciętnej odpłatności pacjentów, pojawia się coraz większy rozdźwięk między poziomem kosztów, a odpłatnością pacjentów. Na 115 pacjentów w I półroczu 2020 roku 82% pacjentów – Grupa I - (94 osoby) wносиło odpłatność, która nie pokrywała kosztów wyżywienia i zakwaterowania (przeciętny poziom niedopłaty do kosztów wyniósł 400,00 zł., co przy 94 osobach oznacza wartość 37 600,00 zł. miesięcznej straty z tytułu braku pokrycia kosztów żywienia i zakwaterowania z odpłatności wnoszonej przez pacjentów). Różnica w braku pokrycia rzeczywistych kosztów wyżywienia i zakwaterowania zmniejsza się. W I półroczu 2018 roku przeciętny poziom niedopłaty do kosztów wynosił 600,00 złotych. Wpływ na zmniejszenie różnicy ma wzrost najniższej emerytury do 1700,00 złotych oraz przyznanie świadczenia uzupełniającego 500,00 zł. dla osób niesamodzielnych.
- III. W latach 2017 - 2019 schemat rozliczeń nadwykonań był następujący:
 - w roku 2017 poziom niezapłaconych nadwykonań wyniósł 236,0 tys. zł., co przełożyło się wprost na wypracowanie straty netto w kwocie -160,5 tys. zł.,

- w 2018 roku NFZ zwiększył kontrakt do wysokości wypracowanych nadwykonań. Efektem było osiągnięcie zysku netto w wysokości 33 tys. zł.,
- w 2019 roku poziom niezapłaconych nadwykonań wyniósł 298 tys. zł. Przełożyło się to na osiągnięcie straty w wysokości 400 tys. zł. Nadwykonania w 2019 roku były mniejsze niż w latach ubiegłych (średnio 600 tys. zł.) z uwagi na ograniczenie w przyjmowaniu pacjentów w związku z realizowaną inwestycją. Zakładając brak ograniczeń nadwykonania mogłyby wynieść ok. 600 tys. zł., co przełożyłoby się na wypracowanie w tym roku zysku w wys. ok. 200 tys. zł. **ZPO będzie występował do sądu z pozwem o zapłacenie wypracowanych w 2019 roku świadczeń.**

IV. Opóźnienie w rozbudowie bazy łóżkowej ZPO (oddanie nowego Oddziału miało miejsce w połowie 2020 roku) w stosunku do zmian jakie zachodzą w finansowaniu świadczeń opieki długoterminowej w Polsce.

W roku 2019 w stosunku do roku 2017 kontrakty na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej finansowane przez NFZ wzrosły:

- a) w Polsce: z 1,51 mld zł. do 1,91 mld zł., to jest o 26%,
- b) w województwie kujawsko-pomorskim: z 0,07 do 0,09 mld zł., to jest o 28%.

W planach na rok 2020 poziom kontraktów o których mowa wyżej rośnie w stosunku do roku 2019 o 6,8% w Polsce i 8,9% w województwie kujawsko – pomorskim.

Nakładając na powyższe informacje aspekt demografii (liczba ludności w wieku 65 lat i więcej) widoczna jest trwała tendencja niedoszacowania wartości kontraktów NFZ na świadczenia opiekuńcze przypadające na województwo kujawsko – pomorskie:

- a) udział ludności w wieku 65+ to 5,29%,
- b) udział wartości kontraktów NFZ w krajowej puli środków: 4,68% (wzrost z poziomu 4,51% w roku 2017).

Powyższe wskazuje, że NFZ kontraktuje w wyższym zakresie wzrost środków dla nowych lub rozbudowujących się usługodawców, zatem możliwość korzystania z rosnącej puli środków wymaga prowadzenia trwałego procesu wzrostu skali świadczonych usług.

- V. Z dniem 24 września 2018 roku Polska znalazła się w grupie 25 najbardziej rozwiniętych światowych rynków, do których zaliczane są m.in.: Niemcy, Francja, Japonia, Australia i Stany Zjednoczone. To pierwszy przypadek zakwalifikowania do tego grona kraju z Europy Środkowo-Wschodniej. Fakt dołączenia Polski do grona najbardziej rozwiniętych krajów świata trwale zmienia uwarunkowania gry rynkowej w Polsce, okres ostatnich trzech

lat był okresem, w którym można było zaobserwować te zmiany. Podstawowymi wyróżnikami gospodarek rozwiniętych jest funkcjonowanie przy pełnym wykorzystaniu czynników produkcji / zasobów, niski poziom bezrobocia, niski poziom inflacji oraz wysoka płynność / dostępność kapitału oraz jego niski koszt. Poziom dochodzenia do pełnego wykorzystania czynników produkcji trwał w Polsce nieprzerwanie od roku 2013, jednym z wskaźników który wskazuje na jego osiągnięcie jest spadek stopy bezrobocia według BEAL w okolice tak zwanego „bezrobocia naturalnego” oraz wysoki realny wzrost wynagrodzeń. Zmiany otoczenia rynkowego w gospodarce znajdującej się przy pełnym zatrudnieniu wykazują wzrost oddziaływania prawa popytu i podaży na decyzje podejmowane przez graczy rynkowych, uruchamiając skokowy poziom zmiany cen w tych przypadkach, w których popyt jest wyższy od podaży. Zjawisko to oznacza występowanie tak zwanej inflacji w kosztach, które może być szczególnie dotkliwe w sytuacji, w której poziom przychodów nie podlega wycenie rynkowej. Lata 2017 – 2019 były latami, które w szczególny sposób doświadczyły zjawiska inflacji w kosztach. Głównymi determinantami wystąpienia wzrostu kosztów były rosnące ceny surowców podlegających wymianie na rynku międzynarodowym, rosnący poziom wynagrodzeń oraz istotny wzrost kosztów energii elektrycznej. Czynniki te wpłynęły na wzrost inflacji w kosztach ZPO, co przy ograniczonym wpływie na możliwość zwiększenia przychodów, obniżyło zdolność ZPO do generowania nadwyżki finansowej.

Plan działań zapewniających utrzymanie zdolności ZPO do długotrwałego rozwoju

ZPO optymalizuje koszty świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Warunki zmian w otoczeniu rynkowym – szczególnie w zakresie wejścia polskiej gospodarki w stan pełnego zatrudnienia - wymagają od ZPO adaptacji do nowych warunków rynkowych, w szczególności do zjawiska „inflacji w kosztach”.

Krytycznym czynnikiem zapewnienia zdolności do długotrwałego rozwoju, poza:

- ciągłym procesem optymalizacji kosztów,
- wzrostem skali działania,
- osiągania korzyści zakresu,
- adaptacji do warunków rynkowych,

jest maksymalizacja przychodów, w tym pochodzących z kontraktów z NFZ.

I. Skala działania i korzyści zakresu

Skala działania ZPO przekracza tak zwaną minimalną skalę efektywną, która w Polsce w obecnych uwarunkowaniach i architekturze rynku wynosi 60 łóżek / ośrodek realizujący opiekę długoterminową.

O korzyściach zakresu mówimy wtedy, gdy poszerzając zakres usług skoncentrowanych wokół rdzenia kompetencji osiągnięta jest redukcja kosztów jednostkowych świadczeń szerszego portfela usług. Szerszy zakres usług realizowany przez ZPO dotyczy zarówno usług opiekuńczych o charakterze instytucjonalnym jak i deinstytucjonalnym, usług całodobowych oraz dziennych, współfinansowanych zarówno ze środków NFZ jak również innych środków publicznych, dedykowanych dla realizacji konkretnych zadań / programów. Korzyści zakresu związane z poszerzania zakresu usług opiekuńczych oraz efekt skali działania ZPO (243% powyżej minimalnej skali efektywnej) prowadzą do wystąpienia efektu synergii w postaci redukcji kosztów osobodnia.

W związku z zrealizowaną inwestycją dotyczącą dobudowania dodatkowej kondygnacji nastąpił wzrost liczby łóżek o 30. W planach działania ZPO dla utrzymania niższych – w stosunku do rynku – kosztów osobodnia jest utrzymanie korzyści zakresu oraz wzrost skali działania (wzrost liczby łóżek o kolejne 30 w wyniku realizacji projektu wspartego środkami RPO zapewniło zwiększenie skali działania ZPO do poziomu 146 łóżek - 243% minimalnej skali efektywnej).

II. Pełna odpłatność z tytułu nadwykonań

Mając na względzie niewspółmierność wzrostu kosztów świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych w stosunku do wzrostu przychodów, realizacja celu jakim jest utrzymanie zdolności do długookresowego rozwoju ZPO wymaga konieczności uzyskiwania 100% odpłatności za zrealizowane nadwykonania, nawet w sytuacji, w której konieczne jest skierowanie sprawy do sądu. Warunkiem takiego postępowania jest konieczność finansowania – przez okres negocjacji / potencjalnego sporu – luki która pojawi się w zakresie przychodów i płynnych środków obrotowych.

Wskaźnik stabilności struktury kapitałowo – majątkowej wskazuje, że przyjęcie celu zarządczego: uzyskanie 100% odpłatności za zrealizowane nadwykonania jest możliwe do realizacji z punktu widzenia płynności finansowej.

Poziom nadwykonań możliwych do realizacji przez ZPO wynosi rocznie 500 000 – 600 000 zł.

III. Wzrost wartości / wyceny kontraktu z NFZ

Wzrost puli kontraktów NFZ w okresie ostatnich trzech lat w połączeniu z rozbudową bazy łóżkowej ZPO, możliwością zwiększenia świadczeń dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz żywionych dojelitowo wskazują na potencjał wzrostu kontraktu z NFZ oraz wyceny punktu

rozliczeniowego. Wzrost kosztów materiałowych w stosunku do roku 2017 wynosi 33,4%, natomiast koszty bazowe osobodnia wzrosły o ponad 51% (z uwagi na wysoki udział kosztów wynagrodzeń). W kontrakcie na rok 2020 zakładany jest wzrost wyceny punktu rozliczeniowego oraz wzrost wartości kontraktu na poziomie ponad proporcjonalnym w stosunku do wzrostu ilości kontraktowanych osobodni.

IV. Projekt dodatkowych opłat do kosztów żywienia i zakwaterowania

W roku 2021 planuje się rozważenie możliwości prawnych i praktycznych wprowadzenia dopłaty do kosztów wyżywienia i zakwaterowania przez rodziny pacjentów na podstawie umów cywilnoprawnych (miesięczny koszt wynosi 1620,00 zł.). Potencjalny poziom dopłaty wyniósłby 200 zł. miesięcznie, (poziom dodatkowej odpłatności stanowiłby do 50% średniej wartości niedopłaty do kosztów wyżywienia i zakwaterowania).

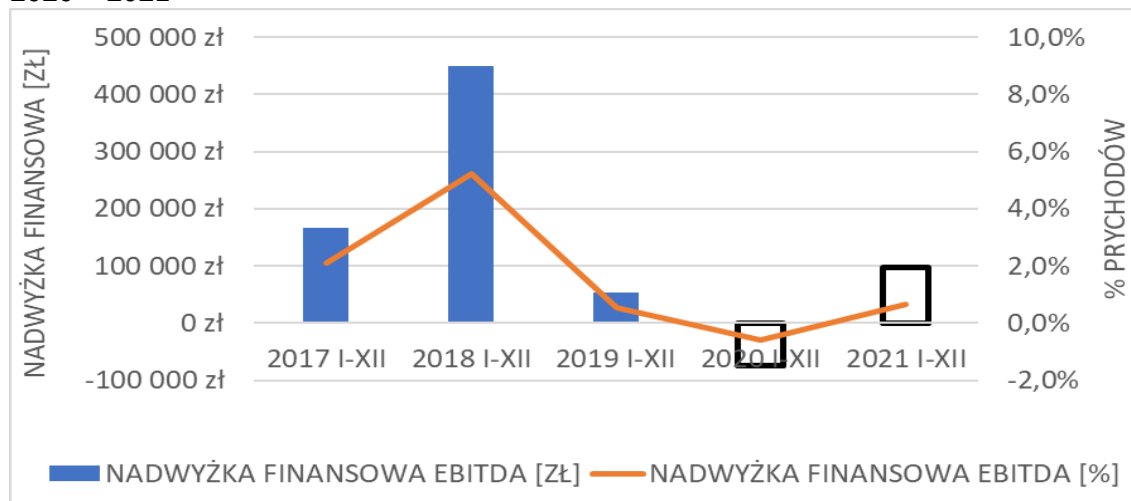
Przy wskaźniku ściągłości dodatkowej odpłatności na poziomie 90%, projektowany wzrost przychodów z tytułu wprowadzenia tej regulacji wyniósłby 203 000 zł. rocznie.

W oparciu o bieżący stan wiedzy i plany / scenariusze dotyczące przyszłych uwarunkowań realizacji i odpłatności świadczeń pielęgnacyjno -opiekuńczych, określone zostały plany finansowe ZPO na lata 2019 – 2021:

1. Minimalny planowany poziom nadwyżek finansowych w latach 2019 – 2021 jest dodatni i wynosi 0,2% przychodów ze sprzedaży co przekłada się na sumaryczny poziom: 70 000 zł. – 80 000 zł w okresie trzech lat i jest to progowy minimalny poziom zapewniający utrzymanie wyjściowej struktury kapitałowo – majątkowej oraz płynności finansowej
2. Minimalny planowany poziom przychodów ze sprzedaży w latach 2020 – 2021 wynosi:
12 250 000 zł. – 14 400 000 zł. rocznie, co stanowi wzrost w stosunku do roku 2019 o 2 650 000 zł i 4 800 000 zł.

Poniżej przedstawiono poziom nadwyżek finansowych ZPO w latach 2017 – 2019 oraz minimalny plan na lata 2020 – 2021.

Wykres 6. Poziom nadwyżek finansowych ZPO: lata 2017 – 2019 oraz minimalny plan na lata 2020 – 2021



Źródło: Opracowanie własne

II. ANALIZA OBECNEJ SYTUACJI ZPO

II.1. Nazwa, adres, dane rejestrowe

1. **Nazwa:** Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu
2. **NIP:** 8792178018
3. **REGON:** 871219178
4. **Forma prawna:** samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej
5. **Forma własności:** jednostki samorządu terytorialnego lub samorządowe osoby prawne
6. **Nazwa i numer dokumentu rejestrowego:** Sąd Rejonowy w Toruniu, VII wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, KRS nr 0000009548
7. **PKD:** 86.10.Z Działalność szpitali
8. **Data rozpoczęcia działalności:** 01.02.2000 r.
9. **Adres:**

Kraj	Polska
Województwo	kujawsko - pomorskie
Powiat	Toruń
Gmina	Toruń
Miejscowość	Toruń
Kod pocztowy	87 - 100
Ulica	Ligi Polskiej
Nr budynku	8
Nr lokalu	-
Telefon	56 657 42 90
Faks	56 657 42 90
Adres e-mail	zpo@zpotorun.pl

W niniejszym PLANIE NAPRAWCZYM stosuje się skróty:

- „ZPO” w rozumieniu Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu
- „AOTMiT” w rozumieniu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

II.2. Charakterystyka działalności

Zakład Pielęgnacyjno – Opiekuńczy im. ks. J. Popiełuszki w Toruniu jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej realizującym świadczenia zdrowotne w zakresie określonym ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz.U. 2011.112.654 z późn.zm.).

Głównym celem ZPO jest podejmowanie działań na rzecz ochrony oraz poprawy stanu zdrowia ludności poprzez pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnianie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenia edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zadaniem ZPO jest organizowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom dorosłym.

Zadania realizowane przez ZPO to:

- świadczenia pielęgnacyjne i pielęgniarские,
- świadczenia rehabilitacyjne,
- świadczenia lecznicze,
- świadczenia psychologiczne,
- świadczenia logopedy / neurologopedy,
- świadczenia dietetyczne,
- terapia zajęciowa,
- promocja i edukacja zdrowotna,
- świadczenia opiekuńcze,
- usługi wspomagające polegające na realizacji potrzeb religijnych.

ZPO udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Obecnie dysponuje 45 miejscami na oddziale dziennym, 60 miejscami na całodobowym oddziale psychogeriatrycznym, 78 miejscami na całodobowym oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz 8 miejscami dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Razem liczba miejsc całodobowych to 146.

II.3. Struktura organizacyjna ZPO

Komórki organizacyjne określone w strukturze organizacyjnej statutu ZPO grupuje się według następującego schematu:

1) zakład leczniczy – Zakład Opieki Długoterminowej, w skład którego wchodzi:

- oddział opieki całodobowej o profilu somatycznym,
- oddział opieki całodobowej opiekuńczo–leczniczy o profilu psychogeriatrycznym,
- oddział opieki całodobowej opiekuńczo–leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- oddział dzienny psychiatryczny geriatryczny,
- dzienny dom opieki medycznej (DDOM),
- dział farmacji szpitalnej.

2) inne komórki organizacyjne podmiotu leczniczego, w skład którego wchodzi:

- dział administracyjno – gospodarczy,
- samodzielne stanowiska pracy.

Zadaniem oddziału opieki całodobowej o profilu somatycznym i oddziału opiekuńczo – leczniczego dla pacjentów wentylowanych mechanicznie jest udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia pielęgniarские, pielęgnacyjno–opiekuńczej terapeutyczne dla pacjentów przewlekle chorych i niesamodzielnych w tym także:

- prowadzenie rehabilitacji ruchowej w zakresie niezbędnym do przeciwdziałania skutkom długotrwałego unieruchomienia,
- opieka psychologa i psychoterapeuty,
- opieka lekarza zapewniająca nadzór nad kontynuacją leczenia,
- udzielanie konsultacji specjalistycznych w zakresie niezbędnym do kontynuacji leczenia,
- kontynuowanie leczenia farmakologicznego,
- opieka logopedy,
- wykonywanie badań laboratoryjnych i diagnostycznych niezbędnych do kontynuacji leczenia,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej,
- zakwaterowanie i zapewnienie żywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
- transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach,
- prowadzenie szkoleń wewnątrzzakładowych personelu medycznego.

Zadaniem oddziału opieki całodobowej o profilu psychogeriatrycznym jest udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących świadczenia pielęgniarские, pielęgnacyjno – opiekuńcze i

terapeutyczne dla pacjentów przewlekłe chorych z zaburzeniami psychicznymi wyłącznie z zespołami objawowymi (F00- F09); w tym także:

- opieka psychologa,
- opieka terapeuty zajęciowego,
- opieka lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii i chorób wewnętrznych,
- udzielanie konsultacji specjalistycznych w zakresie niezbędnym do kontynuacji leczenia,
- zapewnienie leków i wyrobów medycznych,
- wykonywanie badań laboratoryjnych i diagnostycznych niezbędnych do kontynuacji leczenia,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej,
- zakwaterowanie i zapewnienie wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
- transport sanitarny na warunkach określonych w odrębnych przepisach,
- prowadzenie szkoleń wewnątrzszpitalowych personelu medycznego.

Zadaniem oddziału dziennego psychiatrycznego geriatrycznego jest diagnostyka, leczenie i rehabilitacja osób z zaburzeniami psychicznymi powyżej 60 roku życia wyłącznie z zespołami objawowymi (F00-F09), schizofrenią, zaburzeniami typu schizofrenii i urojeniowe (F20-F29), z zaburzeniami nastroju (F30-F39), w tym także:

- opieka psychologa i psychoterapeuty,
- opieka pielęgniarska oraz lekarzy ze specjalizacją w dziedzinie psychiatrii,
- świadczenia i programy terapeutyczne,
- zapewnienie leków oraz badań diagnostycznych,
- działania edukacyjno-konsultacyjne dla rodzin,
- zapewnienie pobytu i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia.

Zadaniem dziennego domu opieki medycznej jest zapewnienie opieki medycznej połączonej z kontynuacją terapii i procesem usprawniania w zakresie funkcjonalnym oraz procesów poznawczych. Do podstawowych kategorii świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach dziennego domu opieki medycznej należą:

- usprawnianie ruchowe,
- stymulacja procesów poznawczych,
- terapia zajęciowa,
- opieka pielęgniarska, w tym edukacja pacjenta dotycząca samoopieki i samopielęgnacji,
- doradztwo w doborze odpowiednich wyrobów medycznych,
- przygotowanie rodziny i opiekunów pacjenta do kontynuacji opieki (działania edukacyjne).

Kierownikiem podmiotu leczniczego jest Dyrektor ZPO, który kieruje ZPO i jest przełożonym wszystkich pracowników. Poszczególne oddziały kierowane są przez koordynatorów oddziałów, którzy są bezpośrednim przełożonym pracowników oddziału.

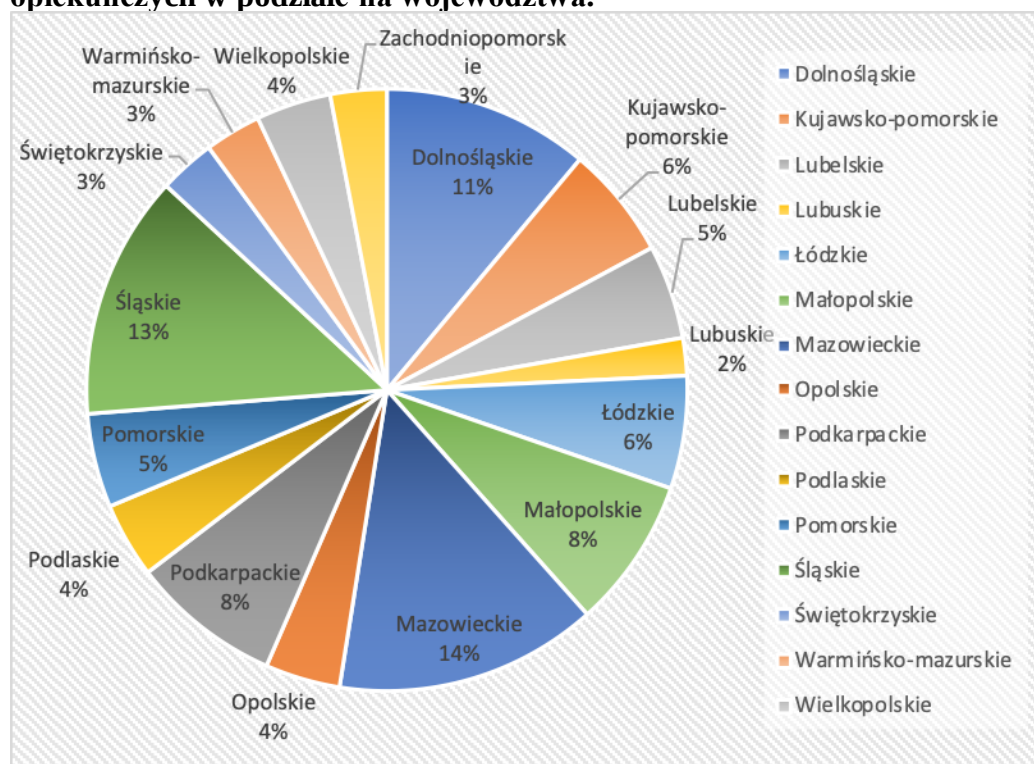
II.3. Otoczenie rynkowe

Rynek usług opieki długoterminowej w Polsce

W Polsce 2018 roku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udzielało ogółem 526 świadczeniodawców, natomiast w 2017 roku 514 podmiotów.

Na poniższym wykresie przedstawiono udział świadczeniodawców wykonujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w podziale na województwa w 2018 roku.

Wykres 7. Udział świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w podziale na województwa.



Źródło: GUS (31.03.2020), Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 roku

W 2018 roku świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze były realizowane łącznie u 55 100 pacjentów, natomiast w 2017 roku u 54 000 pacjentów.

Tabela 1. Liczba pacjentów objętych świadczeniami opieki długoterminowej w 2018 r.

Województwo	Liczba świadczeniodawców w 2018 r.	Liczba pacjentów 2018 r.	Średnia liczba pacjentów przypadająca na jednego świadczeniodawcę w 2018 r.
Dolnośląskie	60	5 423	90
Kujawsko-pomorskie	34	3 149	93
Lubelskie	26	2 333	90
Lubuskie	11	1 043	95
Łódzkie	33	4 119	125
Małopolskie	43	5 723	133
Mazowieckie	72	8 789	122
Opolskie	19	1 749	92
Podkarpackie	41	3 601	88
Podlaskie	20	1 521	76
Pomorskie	26	2 611	100
Śląskie	66	7 452	113
Świętokrzyskie	18	1 863	104
Warmińsko-mazurskie	17	1 666	98
Wielkopolskie	22	2 058	94
Zachodniopomorskie	18	1 912	106
Suma (unikalne identyfikatory pacjentów w poszczególnych województwach)	526	55 012	

Źródło: GUS (31.03.2020), Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 roku

Rynek usług opieki długoterminowej w województwie kujawsko-pomorskim

W województwie kujawsko-pomorskim w 2018 roku (wg GUS) działały 23 zakłady opiekuńczo-lecznicze i 11 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych, które w ciągu roku objęły opieką 3 200 osób dysponując w sumie 1 379 łózkami.

Tabela 2. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 roku

Rodzaj zakładu	województwo	Ogółem	łóżka stan w dniu 31.12	pacjenci
		[ob.]	[-]	[tys. osób]
zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze	kujawsko-pomorskie	11	453	1,1
zakłady opiekuńczo-lecznicze	kujawsko-pomorskie	23	926	2,1

Źródło: GUS (31.03.2020), Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 roku.

Na dzień 31.12.2018 roku w zakładach opieki długoterminowej (łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego, hospicjami i oddziałami opieki paliatywnej) w województwie kujawsko-pomorskim przebywało 1726 osób z czego ponad 3/4 w wieku 65 lat i więcej. Ponad połowa osób (53%) mieszkających w tych zakładach stanowiły osoby poniżej osiemdziesięciu lat.

Tabela 3. Wykaz ZOL/ZPO w województwie kujawsko-pomorskim (posiadających umowę z NFZ w 2020 roku)

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy
1	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy w Bydgoszczy
2	NZOZ Dom Sue Ryder prowadzony przez Pallmed sp. z o.o.
3	Samodzielny Publiczny Wielospecjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA Bydgoszcz
4	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mogilnie
5	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Nowy Szpital w Nakle i Szubinie” spółka z o.o.
6	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „Florencja II” sp. z o.o. w Świeciu
7	Szpital Tucholski spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
8	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ars Medica sp. z o.o. w Brodnicy
9	Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy
10	Zespół Opieki Zdrowotnej w Chełmnie
11	RSS im dr W. Biegańskiego w Grudziądzu
12	SP ZOZ im Macieja z Miechowa w Łasinie
13	Zakład Pielęgnacyjno –Opiekuńczy im ks. J. Popiełuszki w Toruniu
14	ZOL prowadzony przez Zgromadzenie Córek Matki Boskiej Bolesnej „Serafitki”
15	ZOL fundacji Światło prowadzony przez Fundację Światło
16	Szpital Powiatowy sp. z o.o. w Chełmży
17	NZOZ Nowy Szpital w Wąbrzeźnie
18	Powiatowy Szpital w Aleksandrowie Kuja wskim sp. z o.o.
19	NZOZ Kolejowy Szpital Uzdrowski sp. z o.o. w Ciechocinku
20	NZOZ WIMED w Lipnie utworzony przez Jolantę Wiśniewską
21	NZOZ Szpital Lipno utworzony przez Szpital Lipno sp. z o.o.
22	SP ZOZ w Rypinie
23	SPZOZ Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Radziejowie
24	Centrum Medyczne Sir Med. Sp. z o.o. w Inowrocławiu

Źródło: Zintegrowany Informator Pacjenta (18.09.2020)

Różnice między danymi z GUS, a danymi z NFZ w liczbie ZOL/ZPO wynikają z tego, że w jednym podmiocie często realizowanych jest więcej niż jeden zakres świadczeń.

Wskazana powyżej liczba placówek jest niższa w stosunku do liczby ZOL oraz ZPO, co wynika z faktu, że często w jednej jednostce organizacyjnej znajdują się jednocześnie ZOL i ZPO.

Jak pokazuje zestawienie dotyczące wskaźnika liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców w całym kraju występują braki adekwatnej ilości miejsc w stosunku do standardu w Europie.

Tabela4. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności

Zakłady/ Oddziały Opiekuńczo – Lecznicze	4,2
Zakłady / Oddziały Pielęgnacyjno – Opiekuńcze	2,2
Opieka Psychiatryczna długoterminowa	1,4
Średni wskaźnik liczby łóżek w Polsce	6,8
Średni wskaźnik liczby łóżek w Europie	12

Źródło: Biuletyn Statystyczny 2015

II.3. Ocena prawna sytuacji majątkowej

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im. ks. Jerzego Popiełuszki w Toruniu jest samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej. Utworzony został przez Gminę Miasto Toruń dnia 1 lutego 2000 r.

ZPO posiada prawo do dysponowania nieruchomością oznaczoną w ewidencji gruntów i budynków jako działki nr 39/4 oraz 41/2 w obrębie ewidencyjnym 56 wynikające z tytułu trwałego zarządu Gminy Miasto Toruń. Grunty, na których znajdują się nieruchomości należą do Gminy.

Własnością ZPO jest:

- Ogród Zimowy, który powstał w wyniku realizacji projektu „Rozbudowa ZPO o Ogród Zimowy wraz z zagospodarowaniem terenu” dofinansowanego z EFRR w ramach RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2007-13, środków PFRON oraz Gminy Miasta Toruń,
- pozostałe środki trwałe i WNiP.

Wartość bilansowa aktywów trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych na dzień 30 czerwca 2020 r. wynosiła 5 688 tys. zł., dominującym składnikiem są budynki i budowle (stanowią niemal 86 %).

Powierzchnia użytkowa działek zajętych na prowadzenie działalności przez ZPO wynosi 5104 m².

Tabela 5. Wartość bilansowa aktywów trwałych oraz WNiP na dzień 30.06.2020 w zł.

Nazwa	Grupa ŚT	Wartość bilansowa na dzień 30.06.2020
Grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntu)	0	-
Budynki i budowle	01	4 864 237
Maszyn, urządzenia i aparaty ogólnego zastosowania	04	31 385
Urządzenia techniczne	06	39 405
Narzędzia, przyrządy, ruchomości i wyposażenie	08	747 452
Pozostałe ST o wartości poniżej 3500 zł. - amortyzacja jednorazowa 100 %	015	-
Wartości niematerialne i prawne	020	5 138
RAZEM		5 687 617

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 6. Dane techniczne charakteryzujące obiekt

Teren	Powierzchnia użytkowa (w m ²)	Kubatura (w m ³)
Działka nr 39/4	4 982,0	-
Działka nr 41/2	122,0	-
Budynki oddziałowe (łącznie)	4 269	16 341,40
Ogród zimowy	223,1	867,89

Źródło: Opracowanie własne

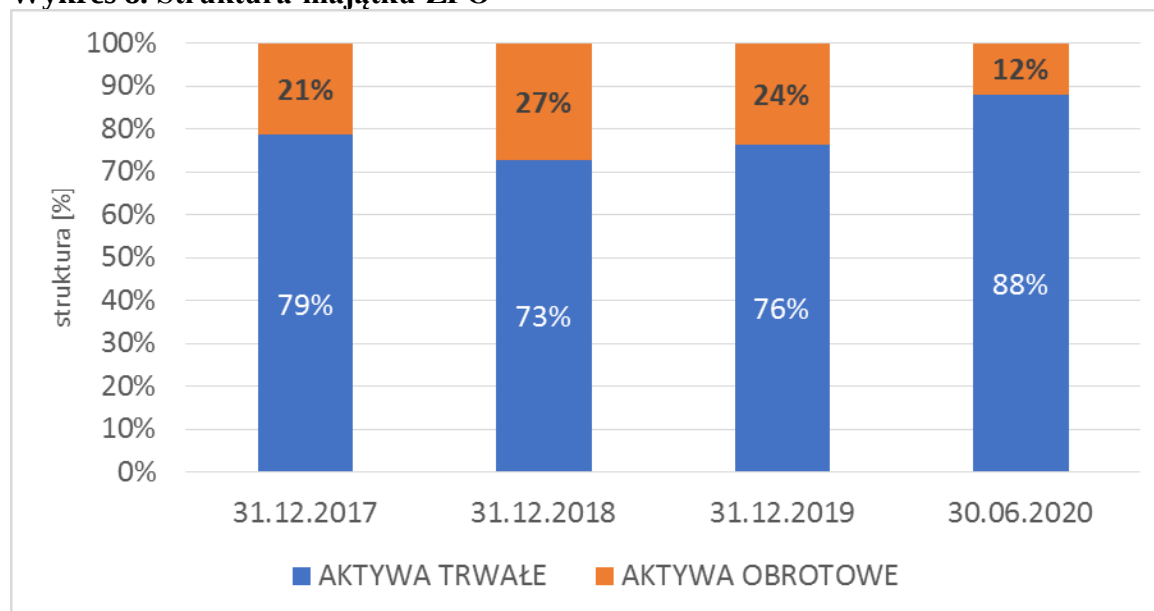
II.4. Ocena sytuacji ekonomiczno - finansowej

Ocena sytuacji ekonomiczno-finansowej została opracowana w oparciu o teorię i zasady analizy wskaźnikowej, dostosowanej do warunków i specyfiki sektora ochrony zdrowia.

Analizę sytuacji ekonomiczno-finansowej za 2019 rok i I półrocze 2020 r. przeprowadzono w oparciu o punktowe oceny przypisane poszczególnym wskaźnikom wyliczonym zgodnie ze sposobem określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 roku w sprawie wskaźników ekonomiczno- finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

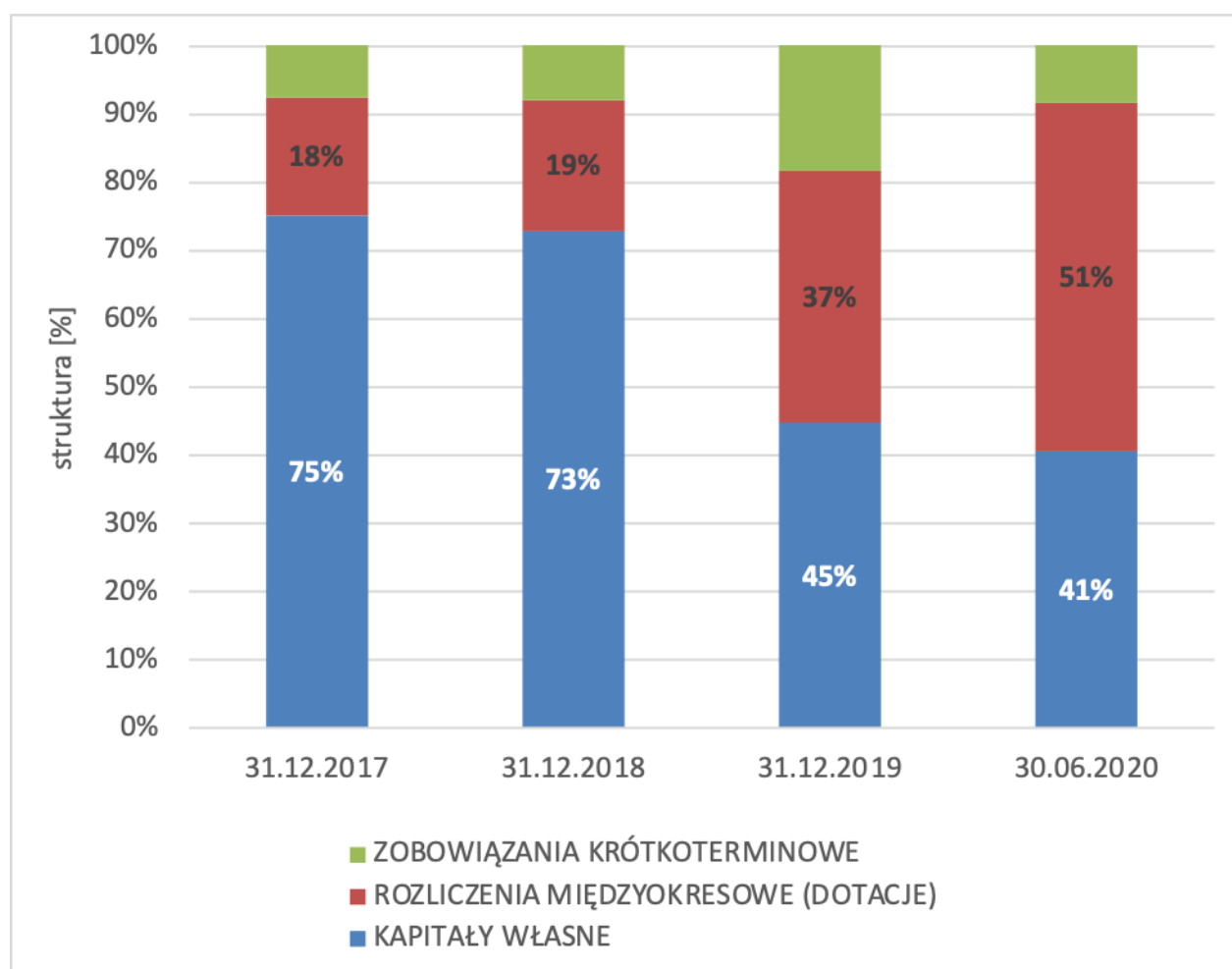
Suma aktywów ZPO wzrosła w badanym okresie z poziomu 8 803 tys. zł. w końcu roku 2017 do 14 365 tys. zł. w końcu czerwca 2020 roku (wzrost o 63%, co stanowi 5 562 tys. zł.). Wzrost aktywów determinowany był przez wzrost środków trwałych w budowie – rozbudowa ZPO. Struktura majątkowa ZPO jest stabilna, dominują aktywa trwałe (w tym budynki i budowle), które stanowią 76 % sumy aktywów zakładu. W aktywach obrotowych dominującą pozycję stanowią inwestycje krótkoterminowe (średnio w analizowanym okresie jest to 21 %, na dzień 30.06.2020 r. udział inwestycji krótkoterminowych w aktywach obrotowych wynosił 38 %).

Wykres 8. Struktura majątku ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 9. Struktura kapitałowa ZPO

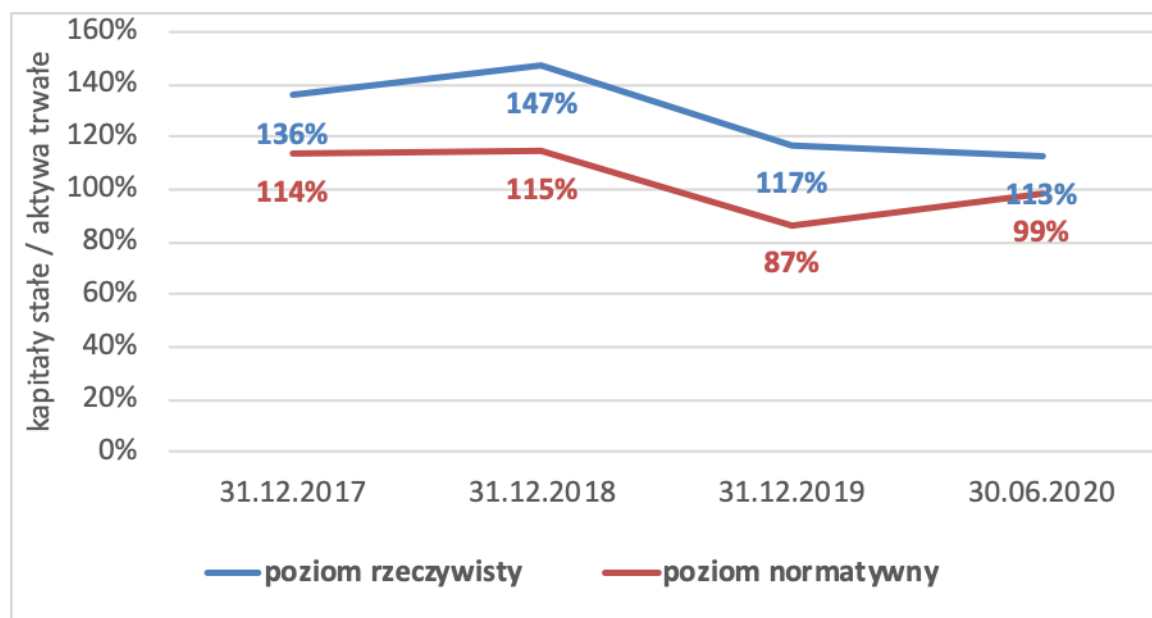


Źródło: Opracowanie własne

Struktura kapitałowa ZPO jest stabilna. Poziom kapitałów stałych (trwale finansujących działalność ZPO) jest stabilny i w każdym z analizowanych lat przekracza 90% (poza rokiem 2019 – 82%) sumy wszystkich zaangażowanych kapitałów (kapitał stały = kapitał własny + rozliczenia międzyokresowe – dotacje).

Wysoki poziom finansowania ZPO oparty na kapitałach stałych, w skład których nie wchodzi zobowiązania zwrotne świadczy o wysokiej stabilności struktury kapitałowo – majątkowej. Stabilność struktury kapitałowo – majątkowej ocenia się przez relację kapitałów stałych do aktywów trwałych (skorygowanych o inwestycje długoterminowe).

Wykres 10. Stabilność struktury kapitałowo – majątkowej



Źródło: Opracowanie własne

Tabela 7. Podsumowanie wyników oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej za okres 2019 – 30.06. 2020

Grupa	Wskaźniki	2019		2020 - I-VI	
		Wskaźnik	Ilość punktów	Wskaźnik	Ilość punktów
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-3,76%	0	-7,99%	0
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-3,95%	0	-7,07%	0
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-3,48%	0	-3,23%	0
	Razem		0	Razem	0

II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	Wskaźnik bieżącej płynności	1,29	8	1,39	8
	Wskaźnik szybkiej płynności	1,26	13	1,39	13
	Razem	21	Razem	21	
III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	34	3	25	3
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	32	7	44	7
	Razem	10	Razem	10	
IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	18%	10	8%	10
	Wskaźnik wypłacalności	0,41	10	0,20	10
	Razem	20	Razem	20	
Łączna wartość punktów		51	51		

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 8. Tabela punktów ogółem za okres 2019– 30.06.2020

Wskaźniki	Ocena 2017 I-XII	Ocena 2018 I-VI	Przedziały wartości	Ocena punktowa
Wskaźnik zyskowności netto (%)	0	0	poniżej 0,0 % od 0,0% do 2,0 % powyżej 2,0% do 4,0% powyżej 4,0%	0 3 4 5
Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	0	0	poniżej 0,0 % od 0,0% do 3,0 % powyżej 3,0% do 5,0% powyżej 5,0%	0 3 4 5
Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	0	0	poniżej 0,0 % powyżej 0,0% do 2,0 % powyżej 2,0% do 4,0% powyżej 4,0%	0 3 4 5
Wskaźnik bieżącej płynności	8	8	poniżej 0,6 od 0,60 do 1,00 powyżej 1,00 do 1,50 powyżej 1,5 do 3,00 powyżej 3,00 lub jeżeli zobowiązania krótkoterminowe = 0 zł	0 4 8 12 10
Wskaźnik szybkiej płynności	13	13	poniżej 0,50 powyżej 0,50 do 1,00 powyżej 1,00 do 2,50	0 8 13

			powyżej 2,50 lub jeżeli zobowiązania krótkoterminowe = 0 zł	10
Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	3	3	poniżej 45 dni od 45 dni do 60 dni od 61 dni do 90 dni powyżej 90 dni	3 2 1 0
Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	7	7	do 60 dni od 61 dni do 90 dni powyżej 90 dni	7 4 0
Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	10	10	poniżej 40 % od 40% do 60% powyżej 60% do 80% powyżej 80%	10 8 3 0
Wskaźnik wypłacalności	10	10	od 0,00 do 0,50 od 0,51 do 1,00 od 1,01 do 2,00 od 2,01 do 4,00 powyżej 4,00 lub poniżej 0,00	10 8 6 4 0
RAZEM	51	51	Maksymalna ocena pkt	70

Źródło: Opracowanie własne

WNIOSEK

W wyniku analizy wskaźników sporządzonej na podstawie sprawozdania finansowego za 2019 r. przy zastosowaniu metody punktowej uzyskano 51 punktów co stanowi 72,86% maksymalnej liczby punktów możliwych do uzyskania:

- w obszarze zyskowności poziom zdobytych punktów wynosi 0 na 15 możliwych (efekt wypracowania straty netto za rok 2019 oraz za okres 2020 I-VI),
- w obszarze płynności finansowej, efektywności oraz zadłużenia poziom zdobytych punktów wynosi odpowiednio 51 i 51 na 55 możliwych (co stanowi 93% i maksymalnej liczby punktów).

O stabilności ekonomiczno-finansowej ZPO i sprawności bieżącego zarządzania jednostką świadczy uzyskanie maksymalnej punktacji we wskaźnikach efektywności i zadłużenia jak również uzyskanie wysokiej oceny we wskaźnikach płynności.

Stabilność struktury majątkowo – kapitałowej pozostaje niezmienna w badanym okresie. Wartość średnia wskaźnika stabilności struktury kapitałowo – majątkowej wynosząca 128% pozostaje trwale powyżej poziomu normatywnego, którego poziom w ZPO wynosi 104%.

ZPO finansuje aktywa w ponad 90% z kapitałów stałych przy zerowym poziomie zobowiązań zwrotnych (zobowiązania zwrotne obejmują kredyty i pożyczki oraz pozostałe zobowiązania, z tytułu których dłużnik ponosi koszty związane z oprocentowaniem pożyczanego kapitału).

III. DIAGNOZA STANU FINANSÓW ZPO

III.1. Analiza funduszy własnych

Fundusz założycielski ZPO wynosi 7 056 673,14 zł. Na podstawie art. 8 ustawy z dnia 14 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. poz. 742) wartość odpowiadająca niezamortyzowanej części wartości początkowej aktywów trwałych otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji, których wartość zwiększyła przed 1 lipca 2011 roku fundusz założycielski samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, podlega przeniesieniu na rozliczenia międzyokresowe przychodów, o których mowa w art. 41 ustawy o rachunkowości. Na tej podstawie fundusz założycielski został pomniejszony o kwotę 58 907,91zł. na koniec 2012 roku.

Tabela 9. Fundusz własny w latach 2017- 30.06.2020 (w zł.)

		2017 I-XII	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-VI
Kapitał (fundusz) własny		6 606 276	6 639 309	6 238 986	5 836 526
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	7 056 673	7 056 673	7 056 673	7 056 673
II.	Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)				
III.	Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)				
IV.	Kapitał (fundusz) zapasowy				
V.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny				
VI.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe				
VII.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-289 916	-450 397	-417 364	-817 687
VIII.	Zysk (strata) netto	-160 482	33 033	-400 323	-402 460
IX.	Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego				

Źródło: Opracowanie własne

WNIOSEK

Wartość funduszu podstawowego w latach 2017 – 2019 nie zmienia się w istotnym zakresie. Średnia wartość kapitału własnego w analizowanym okresie wyniosła 6 330 274 zł., a poziom zmienności kapitałów własnych wynosi 13%, co w relacji do sumy bilansowej oznacza zmienność na poziomie ok +/-5%. Zmiany w poziomie kapitału własnego wynikają z poziomów zysków lub strat wypracowanych za dany rok obrotowy.

Udział kapitałów własnych w finansowaniu pasywów trwale przekracza poziom 70%. Rozliczanie projektów współfinansowanych ze środków publicznych powoduje, że znacząca część kapitałów stałych, bezzwrotnych, ujęta jest w pozycji rozliczeń międzyokresowych biernych, które faktycznie są ekwiwalentem kapitałów rozliczanych na kapitały własne zgodnie z cyklem życia realizowanych projektów (poziom tych kapitałów sięga 50% sumy bilansowej).

III.2. Analiza przychodów i kosztów działalności operacyjnej

Tabela 10. Przychody i koszty działalności operacyjnej w latach 2017-30.06.2020 (w zł.)

Kwoty za rok:		31.12.2017	31.12.2018	31.12.2019	30.06.2020
Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:		7 884 007,73	8 645 889,47	9 590 267,25	5 258 325,46
- od jednostek powiązanych					
I.	Przychód ze sprzedaży usług (medycznych, inne)	7 883 489,48	8 645 708,38	9 593 190,10	5 172 326,52
II.	Zmiana stanu produktów (zwiększenie - wartość dodatnia, zmniejszenie - wartość ujemna)	518,25	181,09	-2 922,85	85 998,94
III.	Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki				
IV.	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów				
B. Koszty działalności operacyjnej		8 819 329,31	10 207 480,26	10 755 612,65	6 128 398,74
I.	Amortyzacja	347 192,57	435 864,43	472 865,72	490 343,45
II.	Zużycie materiałów i energii	1 378 727,41	1 415 387,47	1 522 204,60	861 798,13
III.	Usługi obce	1 972 244,78	2 715 615,15	2 749 520,87	1 338 662,38
IV.	Podatki i opłaty, w tym:	39 643,85	43 545,77	43 639,51	37 103,40
	- podatek akcyzowy				
V.	Wynagrodzenia	4 167 007,64	4 648 711,42	4 955 372,82	2 736 885,80
VI.	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	894 278,83	930 465,57	991 846,86	641 224,69
VII.	Pozostałe koszty rodzajowe	20 234,23	17 890,45	20 162,27	22 380,89
VIII.	Wartość sprzedanych towarów i materiałów				
C. Zysk (Strata) ze sprzedaży (A - B)		- 935 321,58	- 1 561 590,79	- 1 165 345,40	- 870 073,28
D. Pozostałe przychody operacyjne		757 315,16	1 590 702,03	1 043 677,86	465 502,11
I.	Zysk ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych				
II.	Dotacje		1 325 562,92	760 037,01	
III.	Inne przychody operacyjne	757 315,16	265 139,11	283 640,85	465 502,11
E. Pozostałe koszty operacyjne		1 794,00	14 478,56	298 550,64	109,52
I.	Strata ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych				
II.	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych				
III.	Inne koszty operacyjne	1 794,00	14 478,56	298 550,64	109,52
F. Zysk (Strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)		- 179 800,42	14 632,68	- 420 218,18	- 404 680,69
G. Przychody finansowe		19 318,84	18 400,60	19 895,47	2 220,33
I.	Dywidendy z tytułu udziałów w zyskach, w tym:				
	- od jednostek powiązanych				
II.	Odsetki, w tym:	19 318,84	18 400,60	19 895,47	2 220,33
	- od jednostek powiązanych				
III.	Zysk ze zbycia inwestycji				
IV.	Aktualizacja wartości inwestycji				
V.	Inne				
H. Koszty finansowe		-	-	-	-

I.	Odsetki, w tym:				
-	dla jednostek powiązanych				
II.	Strata ze zbycia inwestycji				
III.	Aktualizacja wartości inwestycji				
IV.	Inne				
I.	Zysk (Strata) z działalności gospodarczej (F+G-H)	-	160 481,58	33 033,28	- 400 322,71 - 402 460,36
J.	Wynik zdarzeń nadzwyczajnych	-		-	-
I.	Zyski nadzwyczajne				
II.	Straty nadzwyczajne				
K.	Zysk (strata) brutto (I +/- J)	-	160 481,58	33 033,28	- 400 322,71 - 402 460,36
L.	Podatek dochodowy				
M.	Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)				
H.	Zysk (strata) netto (K-L-M)	-	160 481,58	33 033,28	- 400 322,71 - 402 460,36

Źródło: Opracowanie własne

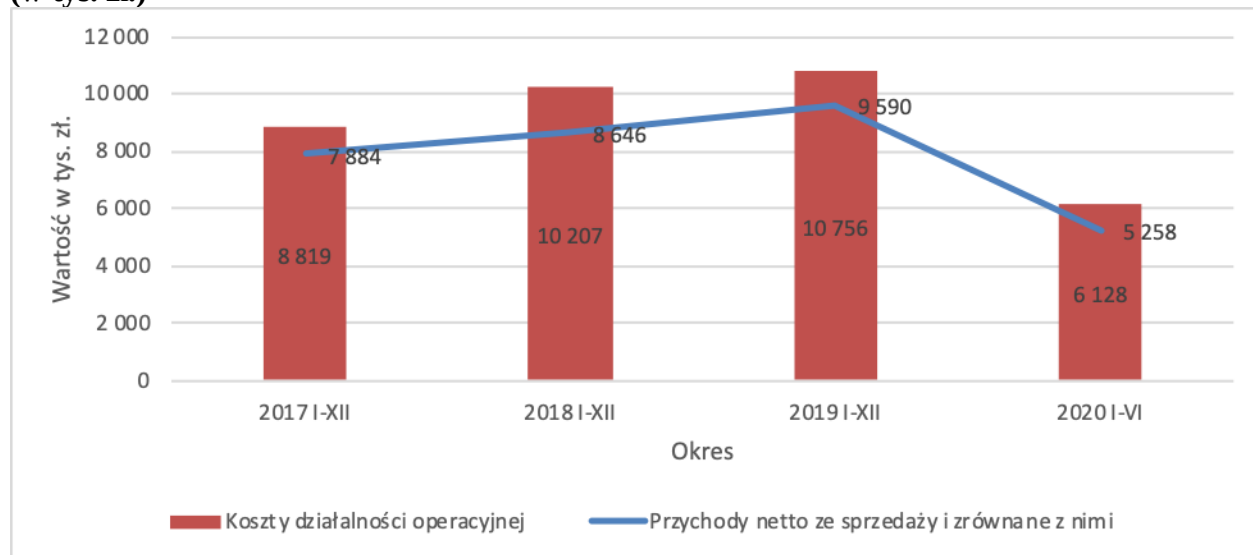
WNIOSEK

W analizowanym okresie koszty z podstawowej działalności operacyjnej i przychody ze sprzedaży usług mają tendencję wzrostową:

- dynamika przychodów ze sprzedaży usług: 122% (rok 2019 / rok 2017),
- dynamika kosztów działalności operacyjnej: 122% (rok 2019 / rok 2017).

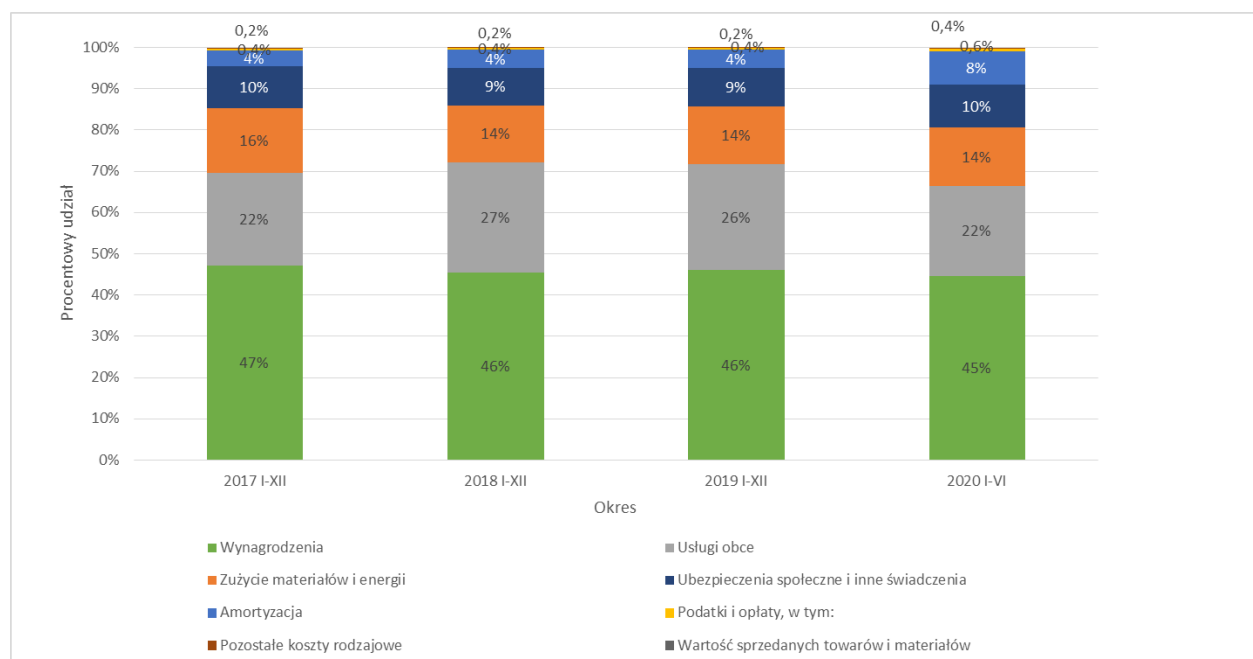
Struktura kosztów jest stabilna, dominujący udział w kosztach operacyjnych stanowią wynagrodzenia, ubezpieczenia społeczne oraz usługi obce, które obejmują od 80% do 81% kosztów operacyjnych (ich dynamika na przestrzeni okresu 2019 – 2017 wynosi 124%, pozostałe koszty wykazują dynamikę na poziomie 115% (rok 2017 = 100%). Kolejną istotną grupę kosztów stanowią koszty materiałów i energii, których udział w kosztach ulega redukcji z 16% w roku 2017 do 14% w roku 2019. Udział amortyzacji w kosztach jest stabilny i wynosi około 4%.

Wykres 11. Przychody i koszty podstawowej działalności operacyjnej w latach 2017-30.06.2020 (w tys. zł.)



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 12. Struktura kosztów z działalności operacyjnej w latach 2017-30.06.2020



Źródło: Opracowanie własne

III.3. Analiza przychodów i kosztów działalności finansowej

Tabela 11. Przychody i koszty działalności finansowej w latach 2017-30.06.2020 (w zł.)

		2017 I-XII	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-VI
Przychody finansowe		51 249	20 087	19 319	3 033
I.	Dywidendy z tytułu udziałów w zyskach, w tym:				
	od jednostek powiązanych				
II.	Odsetki, w tym:	19319	18401	19895	2220
	od jednostek powiązanych				
III.	Zysk ze zbycia inwestycji				
IV.	Aktualizacja wartości inwestycji				
V.	Inne				
Koszty finansowe		-	-	-	-
I.	Odsetki, w tym:				
	dla jednostek powiązanych				
II.	Strata ze zbycia inwestycji				
III.	Aktualizacja wartości inwestycji				
IV.	Inne				

Źródło: Opracowanie własne

WNIOSEK

Przychody z działalności finansowej są wynikiem alokacji środków pieniężnych na lokacie. ZPO nie posiada zobowiązań długoterminowych w związku z czym nie generuje kosztów finansowych. Udział przychodów z działalności finansowej maleje wraz ze zmniejszeniem stanu wolnych środków pieniężnych. W latach 2017- 2018 suma przychodów z działalności finansowej stanowiła niespełna 0,2% przychodów ze sprzedaży usług, wpływając w niewielkim stopniu na wynik finansowy ZPO.

III.4. Analiza stanu technicznego i stopnia wykorzystania majątku ruchomego i nieruchomego, ze wskazaniem potrzeb remontowych i inwestycyjnych

ZPO funkcjonuje w dwóch budynkach połączonych konstrukcyjnie i funkcjonalnie. Budynek stary – dwukondygnacyjny z podpiwniczeniem - oddany do użytku w 1986 r. był kilkakrotnie remontowany. Dokonano zmian jego przeznaczenia – z pomieszczeń żłobkowych utworzono oddział opieki całodobowej i dziennej oraz dostosowano piwnicę pod potrzeby rehabilitacji. Zmiany te podyktowane zostały koniecznością dostosowania do tworzonych lecz stale zmieniających się przepisów prawa w zakresie warunków pobytu podopiecznych jak też rosnącym zapotrzebowaniem na ten rodzaj usług.

Budynek drugi - czterokondygnacyjny- trzy kondygnacje oddane do użytku w 2006 r., czwarta kondygnacja oddana do użytku w 2020 r.- przeznaczony pod potrzeby oddziałów opieki całodobowej. W ramach inwestycji ZPO doposażony został również w specjalistyczny sprzęt medyczny.

Tabela 12. Wartość aktywów trwałych oraz WNiP w latach 2017-30.06.2020 (w zł.)

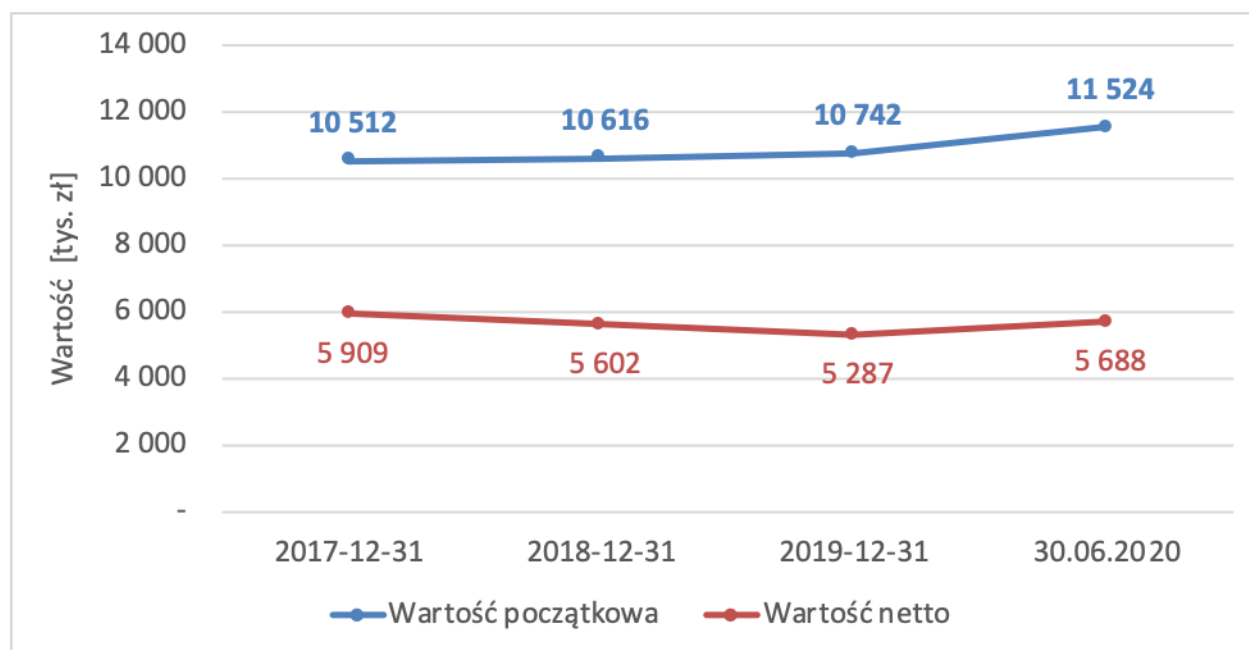
Konto - Nazwa	Grupa ST	2017		2018		2019		do 30.06.2020	
		Wartość początkowa	wartość netto	wartość początkowa	wartość netto	wartość początkowa	wartość netto	Wartość początkowa	wartość netto
Budynki i budowle	1	7 601 964,41	5 338 997,05	7 601 964,41	5 149 093,02	7 601 964,41	4 959 188,99	7 601 964,41	4 864 236,95
Maszyny, urządzenia i aparaty ogólnego zastosowania	4	155 516,59	12 930,88	159 329,59	12 117,58	159 402,28	7 373,71	186 462,03	31 384,99
Urządzenia techniczne	6	171 631,20	17 039,62	186 741,14	27 859,94	206 002,94	42 364,91	206 002,94	39 405,23
Narzędzia, przyrządy, ruchomości i wyposażenie	8	1 863 567,72	313 826,24	1 911 161,53	295 087,80	1 962 151,02	267 960,89	2 432 084,01	747 452,30
Pozostałe ST o wartości poniżej 3500 zł. - amortyzacja jednorazowa 100 %	15	428 454,07	0,00	465 670,73	0,00	521 335,11	0,00	807 154,47	0,00
Wartości niematerialne i prawne	20	290 672,39	225 807,03	290 672,39	118 041,22	290 672,39	10 275,42	290 672,39	5 137,68
RAZEM		10 511 806,38	5 908 600,82	10 615 539,79	5 602 199,56	10 741 528,15	5 287 163,92	11 524 340,25	5 687 617,15

Źródło: Opracowanie własne

Wzrost wartości środków trwałych głównie w grupie 08 w 2020 r. wynika głównie z realizowanej inwestycji pn. „Rozbudowa (nadbudowa) Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego wraz z modernizacją istniejącego oddziału IV całodobowego”. W ramach inwestycji zakupiono sprzęt medyczny niezbędny do realizacji świadczeń medycznych.

W 2020 roku zmodernizowano oddział IV całodobowy. Inwestycja ta została zrealizowana dzięki realizacji projektu „Rozbudowa (nadbudowa) Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu przy ul. Ligi Polskiej 8 wraz z modernizacją istniejącego oddziału IV całodobowego” dofinansowanego ze środków EFRR w ramach RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020. Po aktualizacji kosztorysów oraz przeprowadzeniu postępowań zgodnie z PzP wartość projektu wyniosła 6 818 294,89 zł. W ramach inwestycji zakupiony został specjalistyczny sprzęt medyczny oraz wyposażenie ZPO o wartości 1 088 618,74 zł.

Wykres 13. Wartość początkowa oraz wartość netto środków trwałych i WNiP w latach 2017-30.06.2020 (w tys. zł.)



Źródło: Opracowanie własne

WNIOSEK

Zaktualizowany budżet nakładów inwestycyjnych na rozbudowę i modernizację ZPO wyniósł 6 818 294,89 zł., w ramach tej inwestycji zakupiony został specjalistyczny sprzęt medyczny oraz wyposażenie ZPO o wartości ok. 1 088 618,74 zł. Pomimo nieustannego pozyskiwania środków zewnętrznych na doposażenie, następuje dekapitalizacja majątku - głównie w grupie 400 i 600 (odpowiednio maszyny i urządzenia oraz urządzenia techniczne), w mniejszym zakresie zaś w grupie 800 - wyposażenie medyczne.

Mając na względzie wartość brutto środków trwałych w wskazanych wyżej grupach (400, 600 i 800) oraz bieżący stopień ich umorzenia, w perspektywie kolejnych dwóch lat należy zakładać, że budżet odbudowy zużywających się środków trwałych powinien wynosić około 600 000 zł., co stanowi około 40% planowanych odpisów amortyzacyjnych na lata 2020 – 2021.

IV. SZCZEGÓŁOWA ANALIZA PRZYCHODÓW I KOSZTÓW DZIAŁALNOŚCI ZPO

Definicje:

- **osobodzień:** jednostkowa miara służąca do sprawozdawania produktów rozliczeniowych określonych w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych,
- **punkt** – jednostka miary służąca do określenia wartości świadczeń opieki zdrowotnej - produktu rozliczeniowego (sprawozdawanego) określonego w katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Normatywna (maksymalna) liczba osobodni określana jest następująco:

- dla Oddziału Dziennego: iloczyn liczby miejsc oraz liczby dni roboczych w okresie (umownie przyjęto 250 dni w roku i 125 dni w okresie półrocznym),
- dla Oddziałów Całodobowych: iloczyn liczby łóżek oraz liczby dni w roku (umownie przyjęto 365 dni w roku i 182 dni w okresie półrocznym).

Okres objęty analizą: 2017 I-XII; 2018 I-XII; 2019 I-XII; 2020 I-VI.

IV.1. Struktura, dynamika przychodów ze sprzedaży

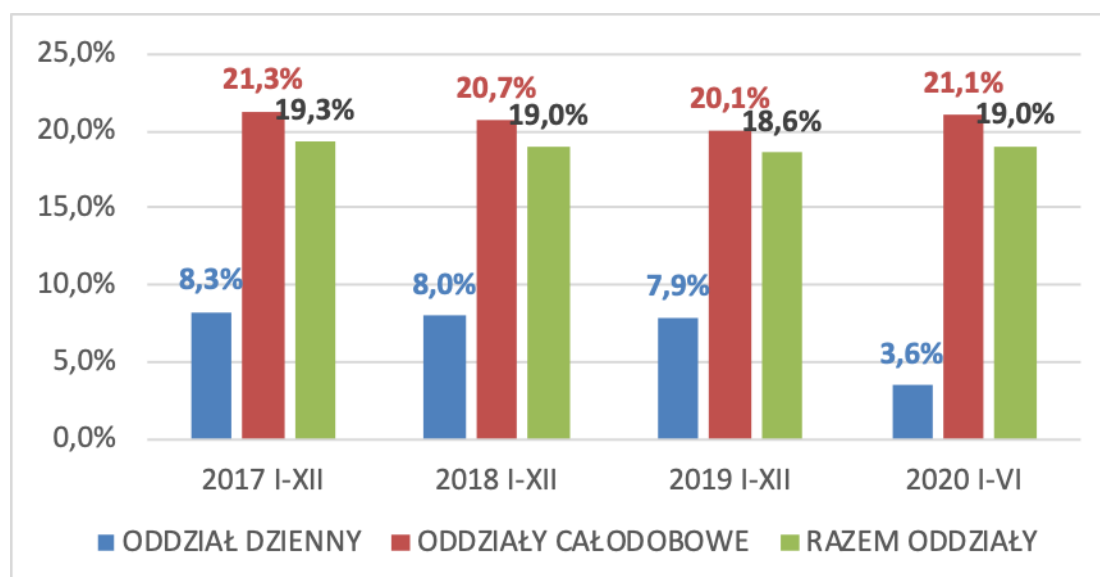
Źródłem przychodów ze sprzedaży ZPO są:

- środki pochodzące z NFZ,
- odpłatność pacjentów,
- okresowo środki Gminy Miasta Toruń finansujące celowane programy zdrowotne.

Struktura przychodów ze sprzedaży w podziale na środki pochodzące z NFZ oraz odpłatność pacjentów jest stabilna. Udział przychodów z NFZ stanowi średnio 80%, odpłatność pacjentów stanowi średnio 20% w sumie przychodów ZPO.

Dynamika przychodów ze sprzedaży w latach 2017-2019 wynosi 118% (rok 2017 = 100%). Dynamika przychodów Oddziału Dziennego jest niższa niż dynamika przychodów Oddziałów Całodobowych (odpowiednio 94% i 123%, rok 2017 = 100%). Poziom przychodów ze sprzedaży ZPO wzrósł w latach 2017-2019 z 7 840 tys. zł. do poziomu 9 278 tys. zł. Dominujący udział w przychodach stanowią Oddziały Całodobowe (od 84% do 88%).

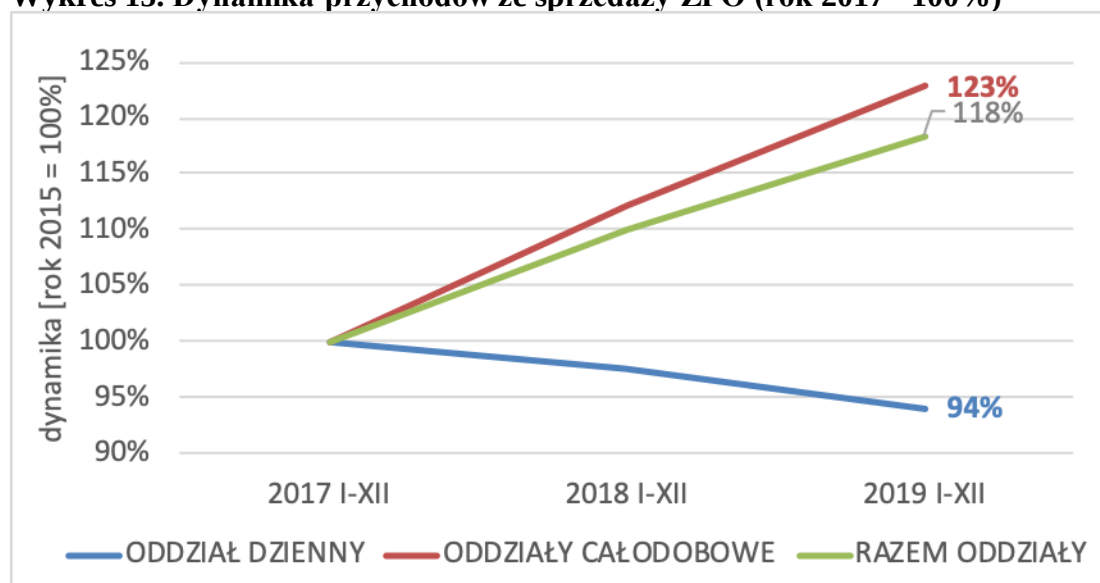
Wykres 14. Udział przychodów pochodzących z odpłatności pacjentów w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Dynamika przychodów ze sprzedaży w latach 2017-2019 wyniosła 118 % (rok 2017 = 100%). Dynamika przychodów Oddziału Dziennego spadła do poziomu 94%, a oddziałów całodobowych wzrosła do poziomu 123% (rok 2017 = 100%). Fakt ten świadczy o występowaniu wymiernego efektu przychodowego związanego z szerokością oferty usług oferowanych przez ZPO.

Wykres 15. Dynamika przychodów ze sprzedaży ZPO (rok 2017= 100%)



Źródło: Opracowanie własne

Poziom przychodów ze sprzedaży ZPO wzrósł w latach 2017-2019 z 7 840 tys. zł. do poziomu 9 278 tys. zł. Dominujący udział w przychodach stanowią Oddziały Całodobowe (od 82% do 88%)

Tabela 13. Poziomy i struktura przychodów ze sprzedaży ZPO

OKRES	POZIOM PRZYCHODÓW			STRUKTURA PRZYCHODÓW	
	ODDZIAŁ DZIENNY	ODDZIAŁY CAŁODOBOWE	RAZEM ODDZIAŁY	ODDZIAŁ DZIENNY	ODDZIAŁY CAŁODOBOWE
2017 I-XII	1 217 619 zł	6 622 729 zł	7 840 348 zł	16%	84%
2018 I-XII	1 187 167 zł	7 428 653 zł	8 615 820 zł	14%	86%
2019 I-XII	1 145 742 zł	8 132 724 zł	9 278 466 zł	12%	88%
2020 I-VI	595 473 zł	4 575 429 zł	5 170 902 zł	12%	88%

Źródło: Opracowanie własne

IV.2. Przychody i koszty osobodnia

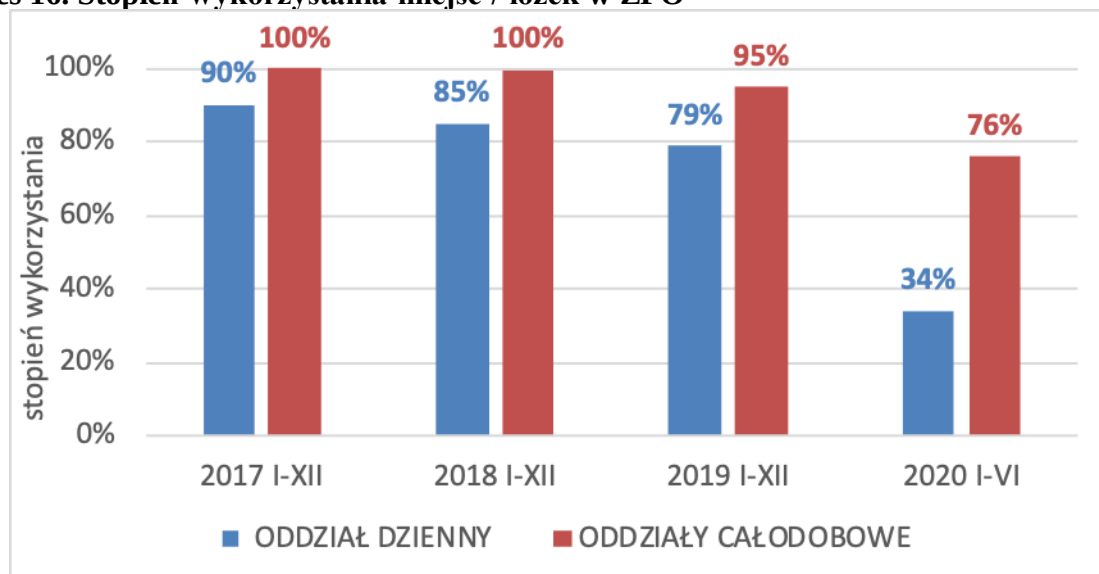
Podstawową jednostką rozliczeniową w ZPO jest osobodzień.

ZPO dysponuje na przestrzeni ostatnich trzech lat (2017-2019) stałą liczbą miejsc na Oddziale Dziennym (45) oraz stałą liczbą łóżek w Oddziałach Całodobowych (112).

Stopień wykorzystania miejsc na Oddziale Dziennym wynosi przeciętnie w okresie ostatnich trzech lat 85% i wykazuje tendencję wzrostową, w przypadku Oddziałów Całodobowych wskaźnik ten sięga przeciętnie 99%.

Minimalna skala efektywna dotycząca liczebności łóżek na Oddziałach Całodobowych w Polsce wynosi obecnie 60. Przy pełnym wskaźniku wykorzystania łóżek oznacza to, że skala działania ZPO osiąga 186% minimalnej skali efektywnej.

Wykres 16. Stopień wykorzystania miejsc / łóżek w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Osiągnięcie tak wysokich wskaźników wykorzystania miejsc / łóżek możliwe jest w sytuacji, w której występuje kolejka oczekujących na realizację świadczeń przez ZPO.

O poziomie nierównowagi popytu i podaży w usługach zdrowotnych z zakresu opieki długoterminowej w Toruniu świadczy rosnąca z roku na rok liczba oczekujących pacjentów na uzyskanie dostępu do usług zdrowotnych oferowanych przez ZPO. ZPO świadczy usługi zdrowotne zarówno dla pacjentów somatycznych (pacjenci z chorobami innymi niż zaburzenia funkcji poznawczych) jak i psychogeriatrycznych (pacjenci z zaburzeniami funkcji poznawczych):

- kolejka – liczba osób oczekujących na dzień 31.12.2019 r. to 271 osób, w tym psychogeriatrycznych 160 i somatycznych 111 (*zjawisko o charakterze stałym*),
- średni czas oczekiwania na dzień 31.12.2019 r. – 500 dni, w tym 558 dni dla pacjentów psychogeriatrycznych oraz 490 dla pacjentów somatycznych (*zjawisko o charakterze stałym*),
- średnia liczba osób przyjmowanych do ZPO - ok. 36 osób rocznie,

Przychód na osobodzień osiągnęty z tytułu świadczonych usług medycznych wykazuje 15% wzrost w okresie –2017-2020 I-VII:

- przychód na osobodzień w Oddziale Dziennym wzrósł z 120,00 zł. w roku 2017 do 129,1 zł. w 2019 (wzrost o około 7,6%),
- przychód na osobodzień w Oddziałach Całodobowych wzrósł z 161,9 zł. w roku 2017 do 202,4 zł. 2019 roku (wzrost o około 25%).
- Oddział dzienny w 2020 roku - NFZ płacił 1/12 kontraktu niezależnie od wykonania osobodni. Nie można go brać do analizy.

Tabela 14. Przychody na osobodzień

	ODDZIAŁ DZIENNY	ODDZIAŁY CAŁODOBOWE	RAZEM ODDZIAŁY
2017 I-XII	120,0 zł	161,9 zł	153,6 zł
2018 I-XII	124,2 zł	182,0 zł	171,0 zł
2019 I-XII	129,1 zł	202,4 zł	89,1 zł
2020 I-VI	310,3 zł	225,8 zł	233,1 zł

Źródło: Opracowanie własne

Koszty operacyjne na osobodzień związane z realizacją świadczonych usług medycznych wykazują wzrost w okresie 2017 – 2019:

- koszt osobodnia na Oddziale Dziennym wynosi 102,3 zł. i nie zmienił się w stosunku do roku 2015,
- koszt osobodnia na Oddziałach Całodobowych wzrósł z 179,10 zł. w roku 2017 do 224,20 zł. w 2019 (wzrost o około 25,2%).

Pomimo faktu, że koszty i przychody w ZPO wykazują sezonowość (nieproporcjonalną zmienność w okresie półroczy), co wynika z reguł zawierania kontraktów z NFZ oraz specyfiki działalności zakładu, wyraźnie widoczna jest tendencja wyższego wzrostu kosztów realizowanych usług w stosunku do tempa wzrostu przychodów.

Tabela 15. Koszty operacyjne na osobodzień

	ODDZIAŁ DZIENNY	ODDZIAŁY CAŁODOBOWE	RAZEM ODDZIAŁY
2017 I-XII	102,3 zł	179,1 zł	163,8 zł
2018 I-XII	88,9 zł	201,0 zł	179,8 zł
2019 I-XII	106,1 zł	224,2 zł	202,8 zł
2020 I-VI	266,9 zł	270,7 zł	270,4 zł

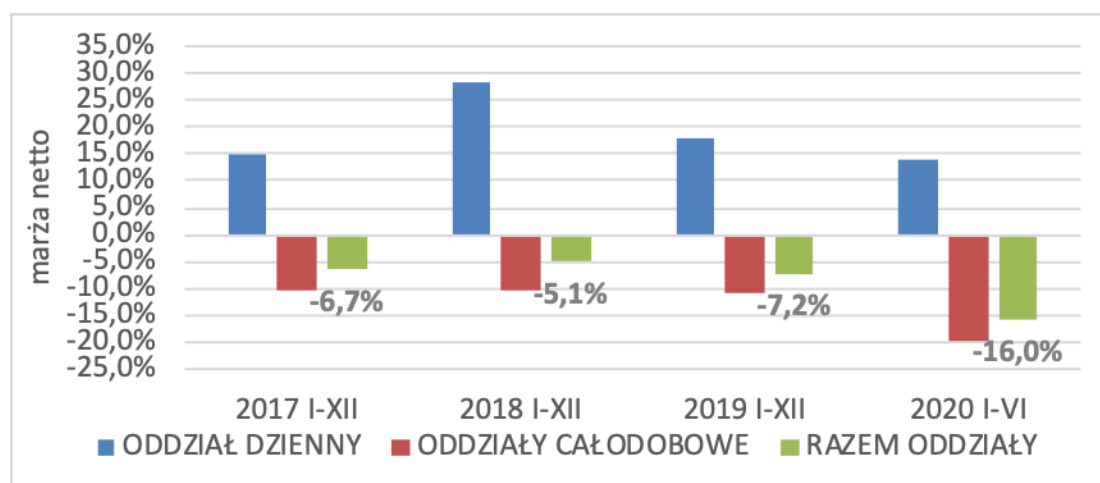
Źródło: Opracowanie własne

Porównanie przychodów i kosztów operacyjnych świadczeń medycznych realizowanych przez ZPO (bez uwzględnienia zapłaty za nadwykonania ujmowanych w pozostałych przychodach operacyjnych) umożliwia określenie poziomu **marży netto**.

Przez marżę netto rozumie się różnicę między przychodami i kosztami sprzedaży odniesioną do przychodów.

Marża netto podlega zjawisku sezonowości związanej z regułami zawierania kontraktów z NFZ, nie mniej analiza trzech kolejnych pełnych lat obrotowych wskazuje, że deficytowość realizowanych usług medycznych pogłębia się. Wynika to z braku współmierności wzrostu przychodów w stosunku do tempa wzrostu kosztów, pomimo faktu, że **skala działania ZPO przekracza istotnie poziom minimalnej skali efektywnej, a korzyści zakresu osiągnięte przez ZPO zapewniają obniżenie kosztu jednostkowego osobodnia. Marża netto realizowana na Oddziale Dziennym w istotny sposób pokrywa deficytowość Oddziałów Całodobowych.**

Wykres 17. Marża netto w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Poziom marży netto w ZPO uległ redukcji z -6,7% w roku 2017 do poziomu -7,2% w roku 2019.

Zapewnienie porównywalności w czasie i przestrzeni w odniesieniu do poziomu generowanej marży wymaga uwzględnienia przychodów i kosztów obejmujący całą działalność operacyjną, w której ujęte są zarówno dodatkowe przychody związane z zapłatą nadwykonań oraz koszty i przychody związane z dotacjami uzyskiwanymi z tytułu realizacji projektów finansowanych ze środków innych niż NFZ. Porównanie to możliwe jest do wykonania jedynie dla całego ZPO (RAZEM ODDZIAŁY) i dotyczy tak zwanej **marży operacyjnej**.

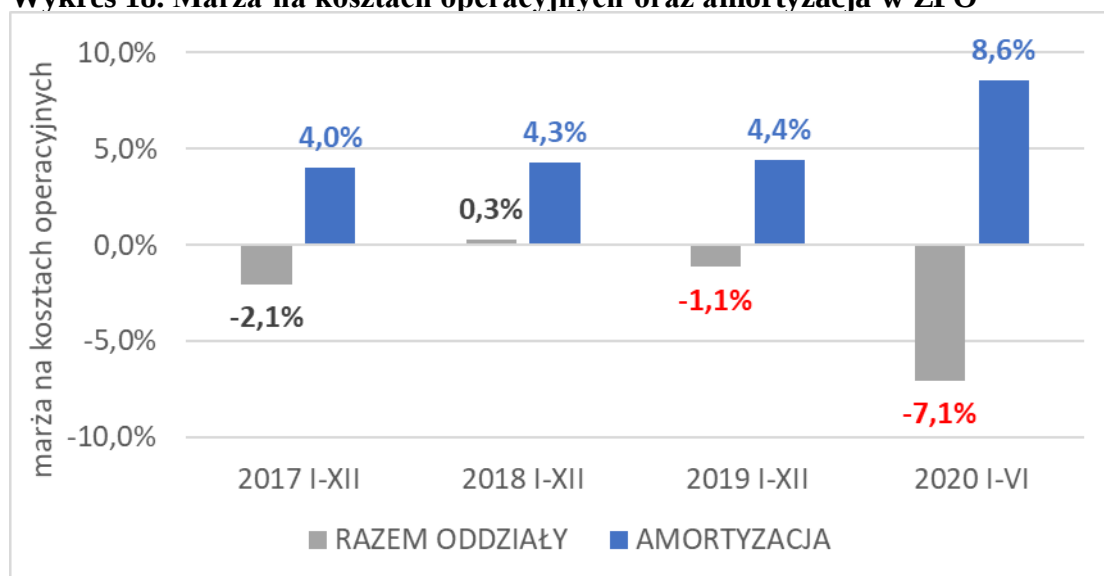
Przez marżę operacyjną rozumie się różnicę między przychodami i kosztami związanymi ze sprzedażą oraz pozostałą działalnością operacyjną odniesioną do łącznej wartości przychodów ze sprzedaży i pozostałej działalności operacyjnej.

Ostatnie trzy lata (2017 – 2019) to okres, w którym poziom marży na kosztach operacyjnych jest ujemny i wynosi około **-0,9%**, co przekłada się na sumaryczną trzyletnią stratę operacyjną wynoszącą **-271 tys. zł**.

W tym samym okresie poziom odpisów amortyzacyjnych (koszt niepieniężny) osiągnął poziom 1 257 tys. zł, stanowiąc 4,3% przychodów.

Powyższe oznacza, że pomimo wypracowania strat na działalności operacyjnej **na przestrzeni ostatnich trzech lat, ZPO osiągnęło nadwyżkę finansową na poziomie operacyjnym (zysk / strata operacyjna + amortyzacja) w wysokości +986 tys. zł (około 3,3% przychodów), zapewniając utrzymanie korzystnej sytuacji finansowej.**

Wykres 18. Marża na kosztach operacyjnych oraz amortyzacja w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

W żadnym z analizowanych lat nie doszło do naruszenia zdolności ZPO do osiągnięcia nadwyżek finansowych. W roku 2020, z uwagi na oddanie do użytkowania nowej inwestycji współfinansowanej ze środków pochodzących z RPO Województwa Kujawsko-Pomorskiego, poziom odpisów amortyzacyjnych uległ skokowemu wzrostowi, stanowiąc 8,6% przychodów z okresu I-VI.2020 r.

Kluczowym wskaźnikiem wskazującym na efektywność zarządzania majątkiem oraz zdolność firmy / zakładu do długotrwałego funkcjonowania i możliwości realizacji rozwoju jest wskaźnik EBITDA, który jest sumą:

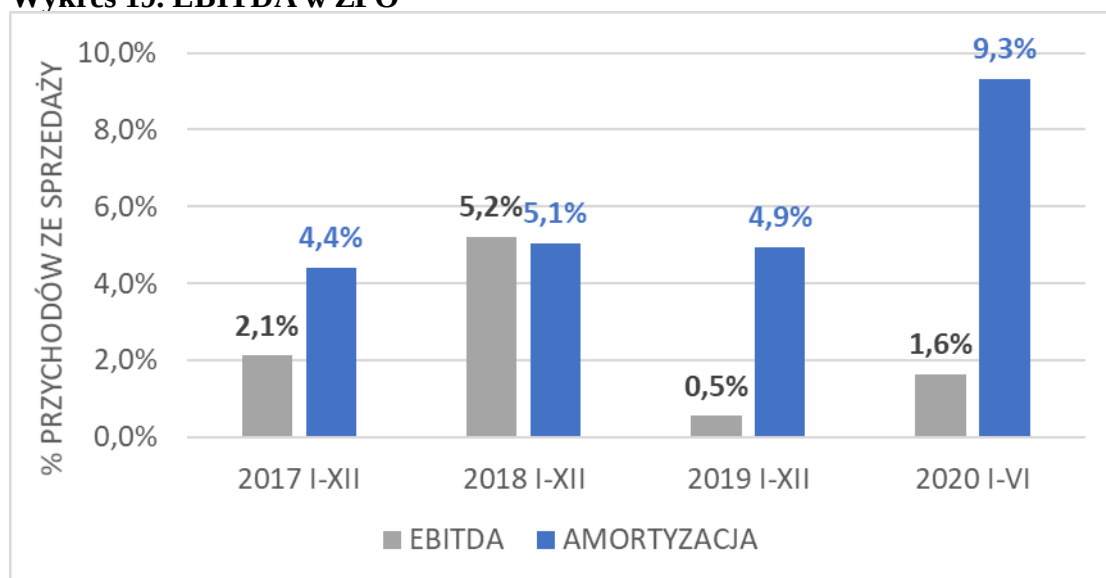
- a) zysku / straty przed opodatkowaniem i odsetkami, oraz
- b) kosztów amortyzacji i środków trwałych umarzanych jednorazowo.

W przypadku ZPO oraz większości firm / jednostek organizacyjnych w Polsce, EBITDA może być określana jako suma zysku / straty na działalności operacyjnej oraz amortyzacji i jest to co do zasady poprawna formuła. ZPO w okresie ostatnich trzech i pół roku osiągało trwale dodatni wskaźnik EBITDA, w roku 2019, w wyniku poniesienia kosztów finansowych, dodatnia EBITDA oznaczała osiągnięcie straty netto, nie mniej przy poziomie struktury finansowej ZPO, każdorazowo dodatni poziom EBITDA wskazuje na utrzymanie się na ścieżce długotrwałego rozwoju.

Efektywność zarządzania majątkiem ZPO wskazuje średnia trzyletnia relacja EBITDA do wartości aktywów trwałych, tak w relacji do wartości początkowej jak również do wartości netto:

- a) 12,0% - dla relacji EBITDA do wartości netto aktywów trwałych,
- b) 6,3% dla relacji EBITDA do wartości początkowej aktywów trwałych.

Wykres 19. EBITDA w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

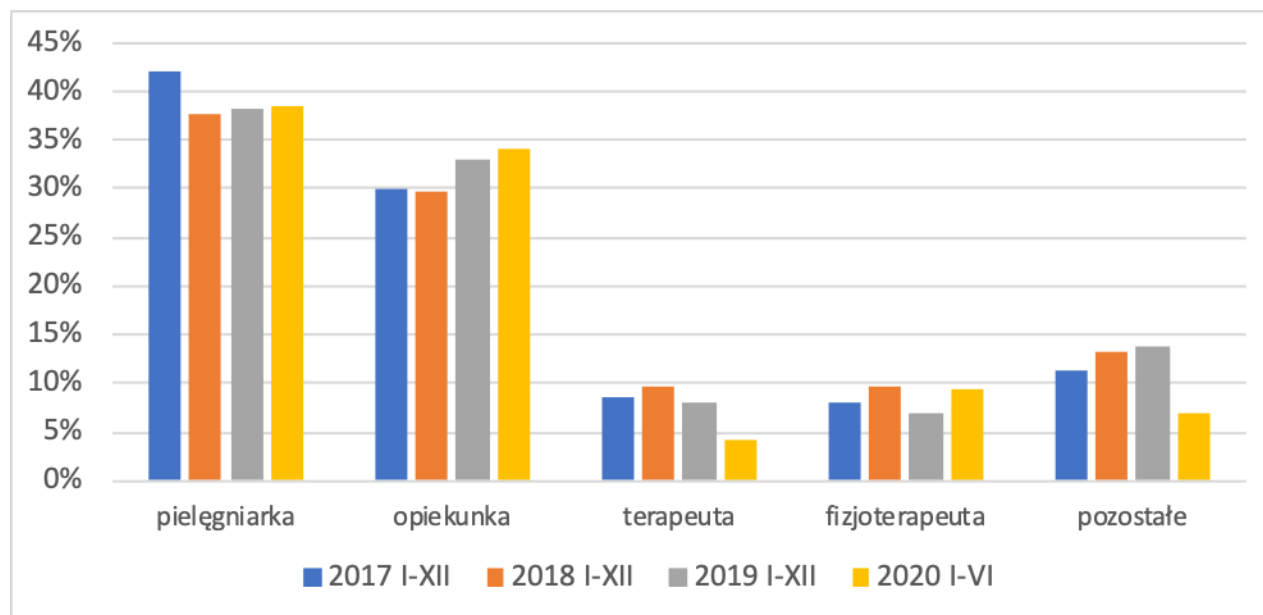
IV.3. Struktura, stan zatrudnienia, koszty wynagrodzeń

Struktura przepracowanych godzin pracowników medycznych (z wyłączeniem administracji) jest zasadniczo stabilna:

- pielęgniarki – średnio 39%,
- opiekunki – średnio 32%,
- terapeuci – średnio 8%,
- fizjoterapeuci – średnio 8%,
- pozostałe grupy zawodowe (psycholog, psychiatra, terapeuta zajęciowy) – średnio 11%.

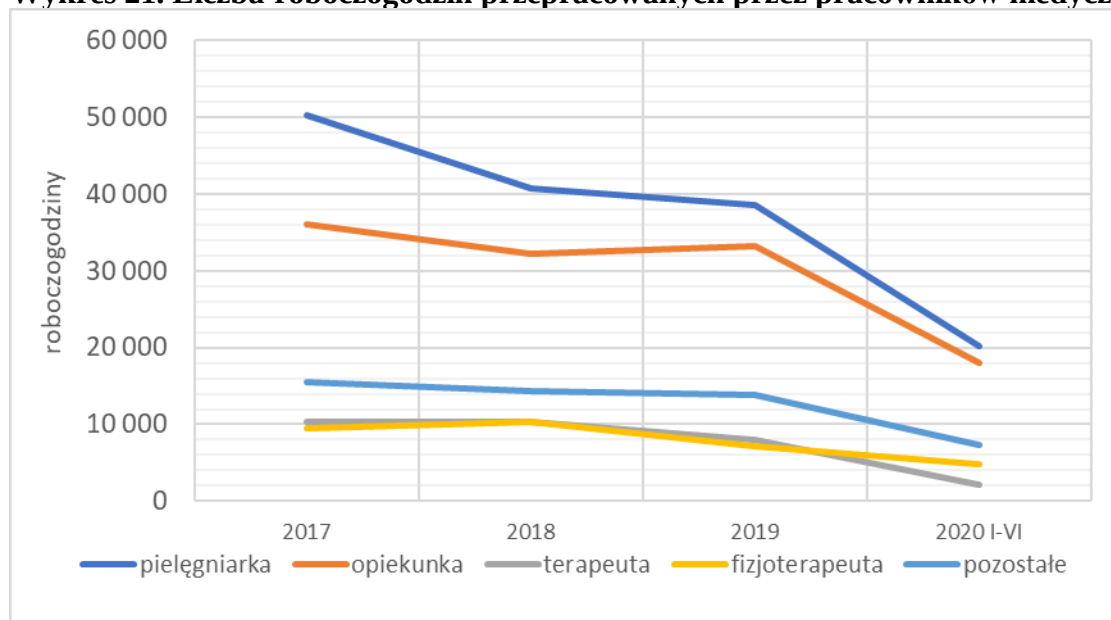
W latach 2018 – 2019, przy utrzymywaniu stabilnego i wysokiego poziomu wykorzystania łóżek oraz utrzymania się wysokiej intensywności usług opiekuńczych (152% - 154% w stosunku do poziomu średniego w Polsce – na podstawie analizy wskaźnika Barthel), obserwuje się niewielki spadek liczby roboczogodzin pielęgniarek kompensowany wzrostem liczby roboczogodzin opiekunek, co związane jest z deficytem zasobów pielęgniarskich na rynku. Korekta poziomu roboczogodzin w I półroczu 2020 roku wynikała z stanu epidemii COVID19 i ma charakter przejściowy (w III kwartale 2020 roku w związku z uruchomieniem kolejnych miejsc w oddziałach całodobowych, zarówno liczba świadczeń opiekuńczych jak również osobogodzin ulegnie wzrostowi).

Wykres 20. Struktura przepracowanych godzin pracowników medycznych ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 21. Liczba roboczogodzin przepracowanych przez pracowników medycznych ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Zgodnie z obecnie obowiązującym rozporządzeniem nr 45/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 maja 2018 r. dotyczącym Katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych od 01.07.2018 r. do 31.12.2018 r., **możliwa jest wycena intensywności opieki medycznej pacjentów ZPO i porównanie jej do przeciętnej intensywności opieki medycznej pacjentów leczonych w wszystkich zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych w Polsce.**

Rozróżnia się trzy główne typy świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, które realizowane są w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych / opiekuńczo – leczniczych:

- 5.15.00.0000182: osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel;
- 5.15.00.0000184: osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 - 40 w skali Barthel żywionego dojelitowo;
- 5.15.00.0000186: osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z liczbą punktów 0 w skali Barthel, który uzyskał do 8 pkt wg skali Glasgow i żywionego dojelitowo.

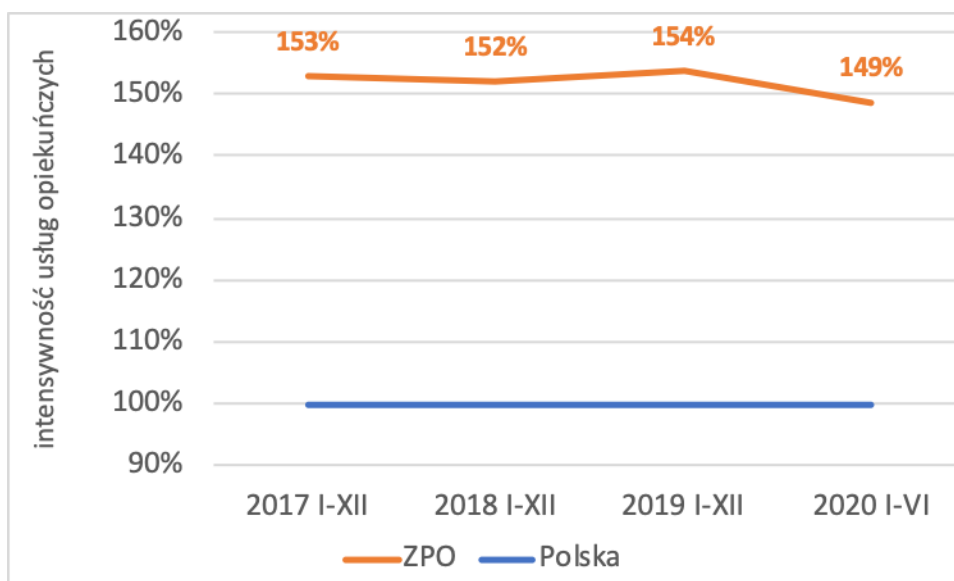
Tabela 16. Struktura katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ZPO oraz w Polsce

	ZPO				Polska
	2017 I-XII	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-VI	
pacjenciz wynikiem 0–40 w skali Barthel	34%	33%	31%	36%	76%
pacjenciz wynikiem w skali Barthel 0–40, żywieni dojelitowo	8%	14%	19%	14%	7%
pacjenciz wynikiem 0 punktów w skali Barthel, żywieni dojelitowo	58%	53%	51%	50%	17%

Źródło: Opracowanie własne

Bazując na wycenie katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych zgodnych z Rozporządzeniem 45/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 maja 2018 r. oraz struktury katalogu świadczeń pielęgnacyjnych możliwe jest określenie intensywności świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych i porównanie ZPO z średnim obrazem w Polsce.

Wykres 22. Porównanie intensywności usług pielęgnacyjno – opiekuńczych ZPO vs Polska



Źródło: Opracowanie własne

Stan zatrudnienia oraz struktura zatrudnienia (w etatach / kontraktach, według stanowisk) jest stabilny. Udział umów kontraktowych sięga 14% w przeliczeniu na ekwiwalent liczby etatów pracowników medycznych. Stan zatrudnienia w I półroczu 2020 roku wynosił 81,7 etatów przeliczeniowych (w tym 11,2 kontraktów), projektowany stan na II półrocze 2020 to 95,8 etatów (w tym 13 kontraktów).

Tabela 17. Stan zatrudnienia pracowników medycznych w ZPO

**ETATY / KONTRAKTY – RAZEM
ZPO**

	2017 I-XII	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-VI	2020 VII-XII
RAZEM	75,8	79,4	80,5	81,7	95,8
w tym ETATY	68,8	69,2	69,3	70,5	82,8
w tym KONTRAKTY	7,0	10,2	11,2	11,2	13,0

ETATY / KONTRAKTY - Oddziały całodobowe

stanowisko	2017 I-XII	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-VI	2020 VII-XII	typ umowy
psycholog	1,0	1,0	1,0	-	-	ETAT
pielęgniarka	28,3	26,0	24,3	25,0	32,3	ETAT
pielęgniarka	-	0,2	0,8	0,2	-	zlecenie
pielęgniarka	7,0	8,0	7,3	6,0	7,0	KONTRAKT
koordynator oddziału pielęgniarka	3,3	4,4	4,5	4,0	4,0	ETAT
terapeuta zajęciowy	1,0	2,0	2,0	2,0	2,0	ETAT
Koordin. Procesu terap. Fizjoterap.	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	ETAT
fizjoterapeuta	4,9	6,0	6,0	7,0	7,0	ETAT
opiekun medyczny	20,4	20,4	21,9	23,8	28,0	ETAT
opiekun medyczny	-	1,0	2,0	2,0	2,0	KONTRAKT
fizjoterapeuta	-	-	1,0	2,0	3,0	KONTRAKT
RAZEM	67,0	70,0	71,8	73,0	86,3	
w tym ETATY	60,0	61,0	61,5	63,0	74,3	
w tym KONTRAKTY	7,0	9,0	10,3	10,0	12,0	

**ETATY / KONTRAKTY - Oddział
dzienny**

stanowisko	2017 I-XII	2018 I-XII	2019 I-XII	2020 I-VI	2020 VII-XII	typ umowy
PSYCHOLOG	1,0	2,0	2,0	1,0	1,0	ETAT
Koordinatorka oddziału pielęgniarka	1,0	0,5	0,5	-	-	ETAT
koordynator oddziału	-	-	-	1,0	1,0	ETAT
terapeuta zajęciowy	6,0	5,8	6,0	5,0	5,0	ETAT
PSYCHOLOG	-	-	0,2	1,0	1,0	KONTRAKT
opiekun medyczny	-	0,4	-	-	-	KONTRAKT
RAZEM	8,0	8,7	8,7	8,0	8,0	
w tym ETATY	8,0	6,7	8,5	7,0	7,0	
w tym KONTRAKTY	-	0,4	0,2	1,0	1,0	

Źródło: Opracowanie własne

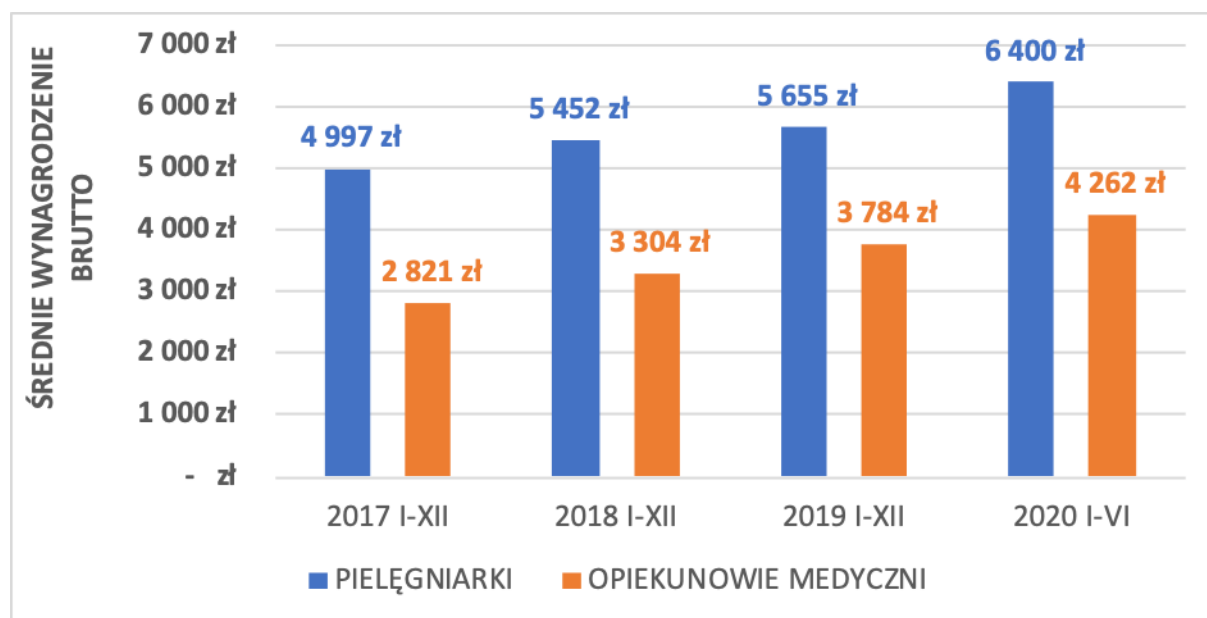
Przeciętne wynagrodzenie brutto personelu medycznego zł. w okresie 2017-2020 I-VI wynosi:

- pielęgniarki: 5 626 zł.,
- opiekunowie medyczni 3 543 zł.

W okresie minionych trzech lat relacja wynagrodzeń opiekunów medycznych do wynagrodzeń pielęgniarek uległa wzrostowi z niespełna 57% w roku 2017 do 67% w roku 2019 i I połowie roku 2020. Poziom wynagrodzeń personelu pielęgniarskiego w ZPO zachowuje stabilną relację do średniego poziomu wynagrodzeń pielęgniarek w Polsce, co zapewnia utrzymanie zarówno standardu świadczeń usług opiekuńczych i pielęgnacyjnych oraz stabilność kadrową.

W latach 2017 – 2019 wzrost wynagrodzeń pielęgniarek wyniósł 13% (co przekłada się na kwotę 657 zł. brutto), w przypadku opiekunów medycznych wzrost wynagrodzeń wyniósł 34% (co przekłada się na kwotę 962,73 zł. brutto). W roku 2020 występuje dalszy wzrost wynagrodzeń personelu medycznego, który związany jest z aktualizacją kwoty bazowej będącej podstawą ustalania minimalnych wynagrodzeń pracowników służby zdrowia.

Wykres 23. Średni poziom wynagrodzeń brutto personelu medycznego w ZPO



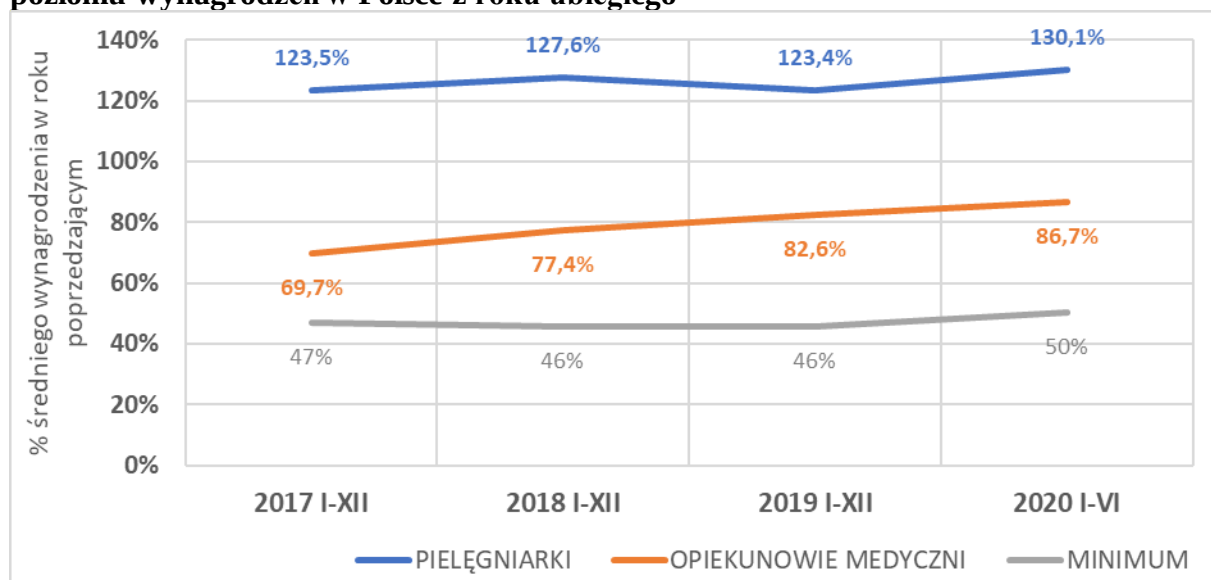
Źródło: Opracowanie własne

Kluczowym dla oceny tendencji w zakresie perspektyw zmian kluczowego kosztu ZPO - wynagrodzeniach osób wykonujących prace opiekuńcze i pielęgnacyjne – jest odwzorowanie tempa wzrostu tych kosztów w stosunku do zmian wynagrodzeń na szerokim rynku pracy.

Możliwość częściowej substytucji pracy pielęgniarek przez opiekunów medycznych, ogólny spadek bezrobocia w Polsce oraz niedobór kadry pielęgniarskiej na rynku spowodował istotny wzrost

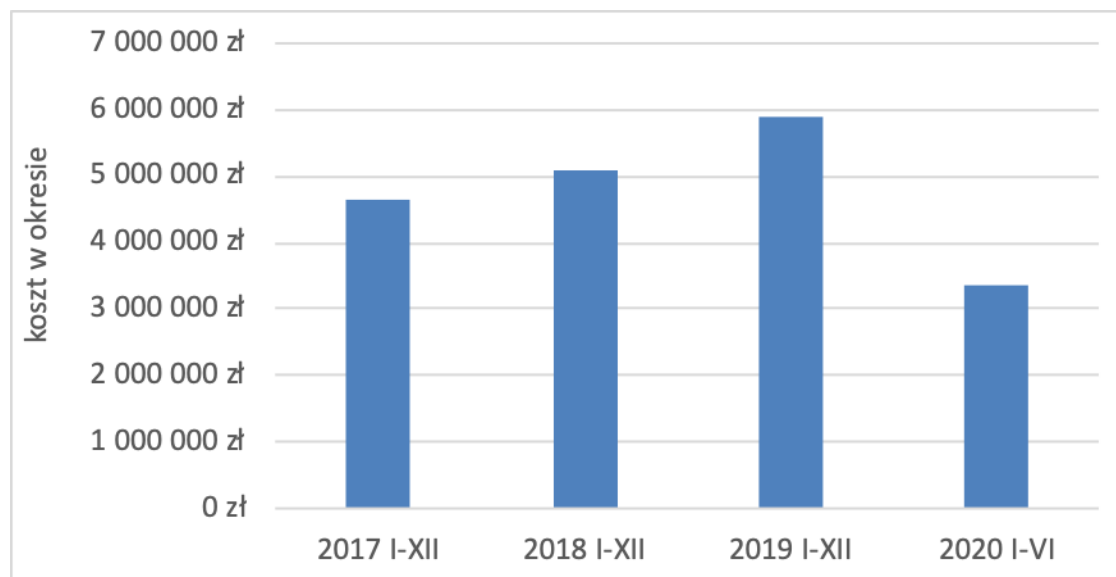
wynagrodzeń opiekunów medycznych (wzrost z niespełna 70% średniego wynagrodzenia w kraju w roku 2017 do poziomu 87% w roku 2020).

Wykres 24. Relacja wynagrodzeń pielęgniarek i opiekunów medycznych ZPO do średniego poziomu wynagrodzeń w Polsce z roku ubiegłego



Źródło: Opracowanie własne

Wykres 25. Koszty wynagrodzeń pracowników medycznych (bez administracji i kuchni) w ZPO



Źródło: Opracowanie własne

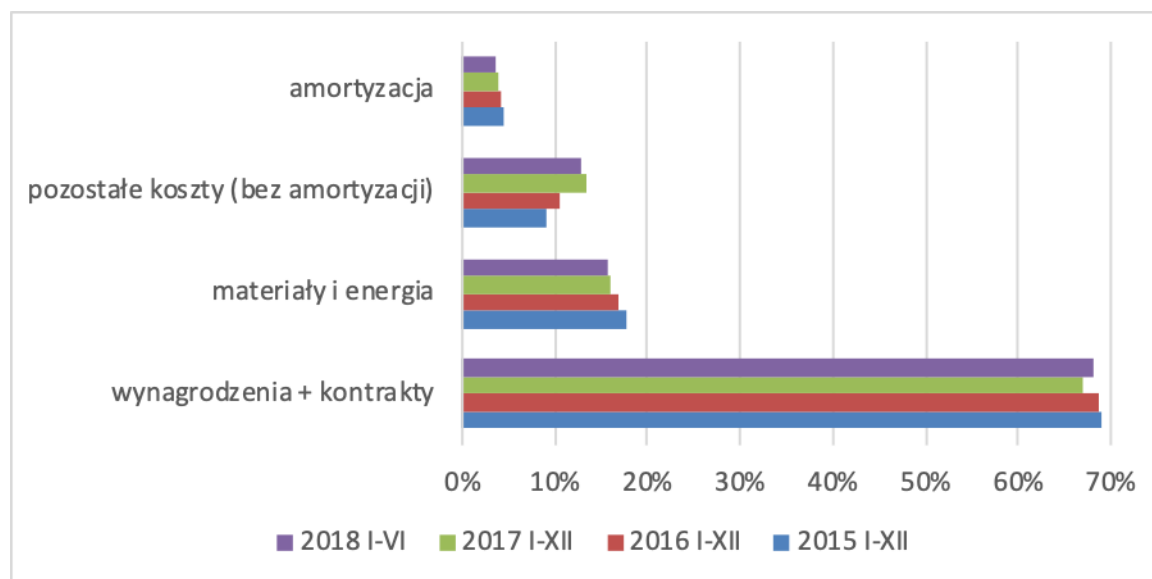
IV.4. Koszty materiałów i energii, pozostałe koszty

Struktura kosztów ZPO – z uwagi na przedmiot działalności jakim jest świadczenie usług opiekuńczych i pielęgniarstwa w opiece długoterminowej – podlega agregacji zarządczej do czterech głównych grup kosztów:

- wynagrodzenia + kontrakty: 67,0%,
- materiały i energia: 14,5%,
- pozostałe koszty (bez amortyzacji) 14,3%,
- amortyzacja 4,2%.

W okresie 2017-2019 struktura kosztów ZPO nie uległa istotnym zmianom. W minionych trzech latach udział kosztów materiałów i energii ulegał stopniowej redukcji, co wynikało z wyższego tempa wzrostu pozostałych grup kosztów, głównie pozostałych kosztów i wynagrodzeń (tempo wzrostu kosztów wyniosło 13%).

Wykres 26. Zagregowana struktura kosztów ZPO



Źródło: Opracowanie własne

Dominującą pozycją kosztów materiałów i energii są koszty materiałów bezpośrednich związanych z realizacją usług pielęgnacyjno-opiekuńczych, to jest: koszty leków, pieluchomajtek, materiałów opatrunkowych jednorazowego użytku. Udział wskazanych kosztów materiałów bezpośrednich w kosztach materiałów i energii sięga 50%.

Porównanie w czasie kosztów materiałów bezpośrednich wymaga ich odniesienia do liczby osobodni, wskutek takiego porównania określa się występowanie tak zwanej „inflacji w kosztach materiałów bezpośrednich”, która w okresie 2017 – 2019 wynosi 112,15% (rok 2017 = 100%).

Czynnikiem, który zniekształca porównywalność w czasie jest zmiana struktury pacjentów według skali Barthel.

Tabela 18. Koszty materiałów bezpośrednich w ZPO

KOSZTY MATERIAŁÓW BEZPOŚREDNICH W ZŁ				
Okres	Leki	Pieluchomajtki	Materiały opatrunkowe i jedn. użytku	Razem koszty materiałowe
2017 I-XII	384 921,09	181 172,31	100 526,84	666 620 zł
2018 I-XII	419 379,59	180 290,27	91 169,04	690 839 zł
2019 I-XII	473 539,17	185 744,74	131 230,95	790 515 zł
2020 I-VI	250 013,37	97 600,90	93 016,97	440 631 zł

KOSZTY MATERIAŁÓW BEZPOŚREDNICH / OSOBODZIEŃ					DYNAMIKA
Okres	Leki	Pieluchomajtki	Materiały opatrunkowe i jedn. użytku	Razem koszty materiałowe	2017 = 100%
2017 I-XII	9,4 zł	4,4 zł	2,5 zł	16,3 zł	100,0%
2018 I-XII	10,4 zł	4,5 zł	2,3 zł	17,2 zł	105,5%
2019 I-XII	11,6 zł	4,6 zł	3,2 zł	19,4 zł	118,8%
2020 I-VI	12,3 zł	4,8 zł	4,6 zł	21,7 zł	133,4%

Źródło: Opracowanie własne

Koszty ponoszone na Oddziałach Całodobowych stanowią 88%-91% kosztów związanych z świadczeniem usług opiekuńczo -pielęgnacyjnych. Kluczowy udział w kosztach stanowią tak zwane koszty bazowe:

- wynagrodzenia –132 zł. / osobodzień,
- materiały bezpośrednie – 19 zł. / osobodzień,
- wyżywienie i zakwaterowanie – 54 zł. / osobodzień,
- razem koszty bazowe – 205 zł. / osobodzień.

Udział kosztów bazowych (wynagrodzeń, materiałów bezpośrednich, wyżywienia i zakwaterowania) w kosztach ogółem osobodnia zwiększa się w okresie analizowanych lat (91% kosztów ogółem w roku 2017 do 92% kosztów ogółem w 2019 roku), co świadczy o wyższej dynamice kosztów bazowych w stosunku do kosztów administracyjnych oraz wysokim efekcie skali działania.

Udział kosztów personelu wykonującego bezpośrednio świadczenia pielęgnacyjno - opiekuńcze (pracownicy medyczni) w całkowitych kosztach wynagrodzeń ZPO wynosi średnio 96,7%.

Tabela 19. Koszty bazowe i koszty ogółem osobodnia w Oddziałach Całodobowych

KOSZTY BAZOWE OSOBODNIA				KOSZTY OGÓŁEM OSOBODNIA
WYNAGRODZENIA	MATERIAŁY BEZPOŚREDNIE	WYŻYWIENIE I ZAKWATEROWANIE		
95 zł	16 zł	51 zł	162 zł	179 zł
113 zł	17 zł	53 zł	183 zł	201 zł
132 zł	19 zł	54 zł	205 zł	224 zł
150 zł	22 zł	54 zł	226 zł	271 zł

Źródło: Opracowanie własne

V. ANALIZA PRZYCZYN WYSTĄPIENIA STRATY ZA ROK 2019

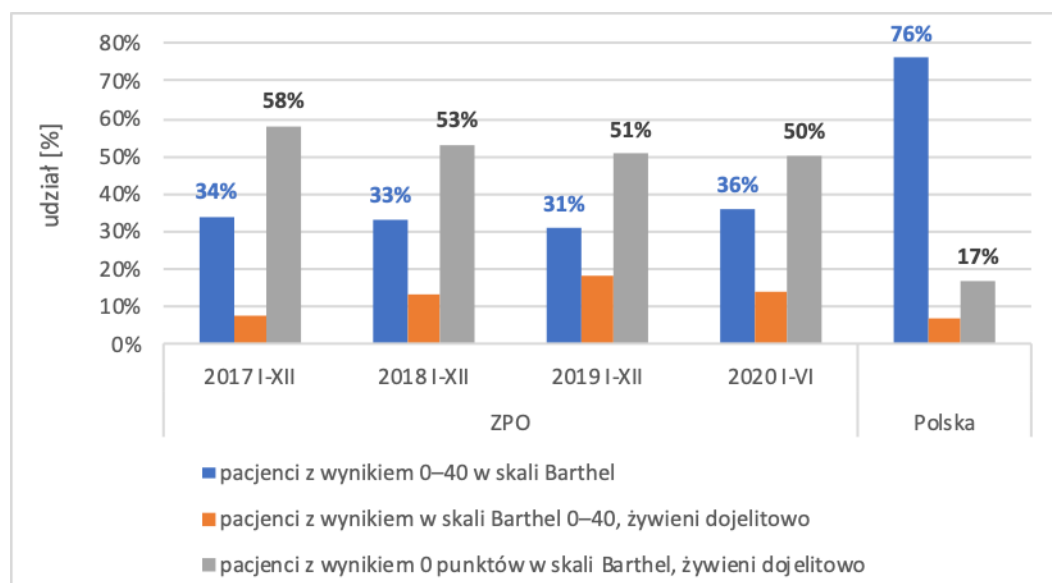
V.1. Niedostosowanie wyceny kontraktu z NFZ do intensywności usług opiekuńczych oraz wzrostu kosztów świadczonych usług

Struktura pacjentów grupowanych według skali Barthel w ZPO różni się istotnie od struktury pacjentów grupowanych według skali Barthel w Polsce:

- w Polsce, pacjenci z wynikiem 0-40 w skali Barthel stanowią 76% wszystkich pacjentów opieki długoterminowej wobec malejącego z roku na rok udziału tej grupy pacjentów w ZPO (obecnie 28%),
- w ZPO, dominują pacjenci z wynikiem 0 punktów w skali Barthel, żywieni dojelitowo stanowią 50% - 68% wobec 17% udziału w tych pacjentów w Polsce.

Oznacza to, że struktura grup pacjentów według skali Barthel wskazuje na istotnie wyższy poziom wymagań w zakresie usług opiekuńczych w ZPO w stosunku do przeciętnego poziomu intensywności opieki długoterminowej. Fakt ten istotnie wpływa na koszty świadczeń realizowanych przez ZPO.

Wykres 27. Struktura grupy pacjentów według skali Barthel



Źródło: Opracowanie własne

W analizowanym okresie główna składowa kosztów usług medycznych – wynagrodzenia, z uwagi na uwarunkowania rynkowe ulega silnemu wzrostowi, dotyczy to zarówno wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek (adekwatnie do wzrostu wynagrodzeń w gospodarce) jak również wzrostu wynagrodzeń

opiekunów medycznych (ponad dwukrotnie szybszy wzrost z uwagi na niski efekt bazy oraz wyższy poziom dynamiki). Efektywny wzrost kosztów wynagrodzeń w okresie 2017 – 2019 wyniósł 35%,

WNIOSKI

Przyszłe warunki zawierania umów w rodzaju świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych reguluje ZARZĄDZENIE Nr 45/2018/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

Koszty świadczeń na osobodzień dla pacjentów w skali Barthel 0-40 ustalone przez AOTMiT wynoszą 116,71 zł. / osobodzień (dane ustalone na rok 2016).

Cena taryfowa zgodna z wskazanym wyżej ZARZĄDZENIEM Nr 45/2018/DSOZ za osobodzień dla pacjentów w skali Barthel 0-40 wyniosła w 2018 roku 77,91 zł., i będzie stopniowo rosła do poziomu 111,90 zł. w 2022 roku.

Oznacza to, że poziom rekomendowanych przez AOTMiT stawek taryfowych według stanu na rok 2016 zostanie osiągnięta w 2022 roku, to jest po okresie sześciu (6 lat).

W tym okresie, poziom kosztów osobodnia w ZPO uległ wzrostowi z 179 zł. w roku 2017 do 224 zł. w roku 2019, to jest o 25%, natomiast główna składowa kosztów (wynagrodzenia personelu medycznego) wzrosły w tym okresie o 35%.

Dodatkowym czynnikiem ryzyka wpływającego na wzrost kosztów jest wyraźna zmiana w poziomach wynagrodzeń opiekunów medycznych w relacji do wynagrodzeń pielęgniarek.

W analizowanym okresie wystąpiło istotne zmniejszenie różnicy wynagrodzeń personelu pielęgniarzkiego i opiekunów medycznych, a substytucja pracy pielęgniarzkiej przez opiekunów medycznych była jednym z czynników hamującym wzrost kosztów świadczeń medycznych.

Niedostosowanie stawek taryfowych / osobodzień do bieżących kosztów jest podstawową przyczyną wystąpienia straty za rok 2019.

Osiągnięcie w 2022 roku referencyjnych stawek, które są zgodne z kosztami świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych w roku 2016 może być przyczyną wystąpienia strat w latach przyszłych.

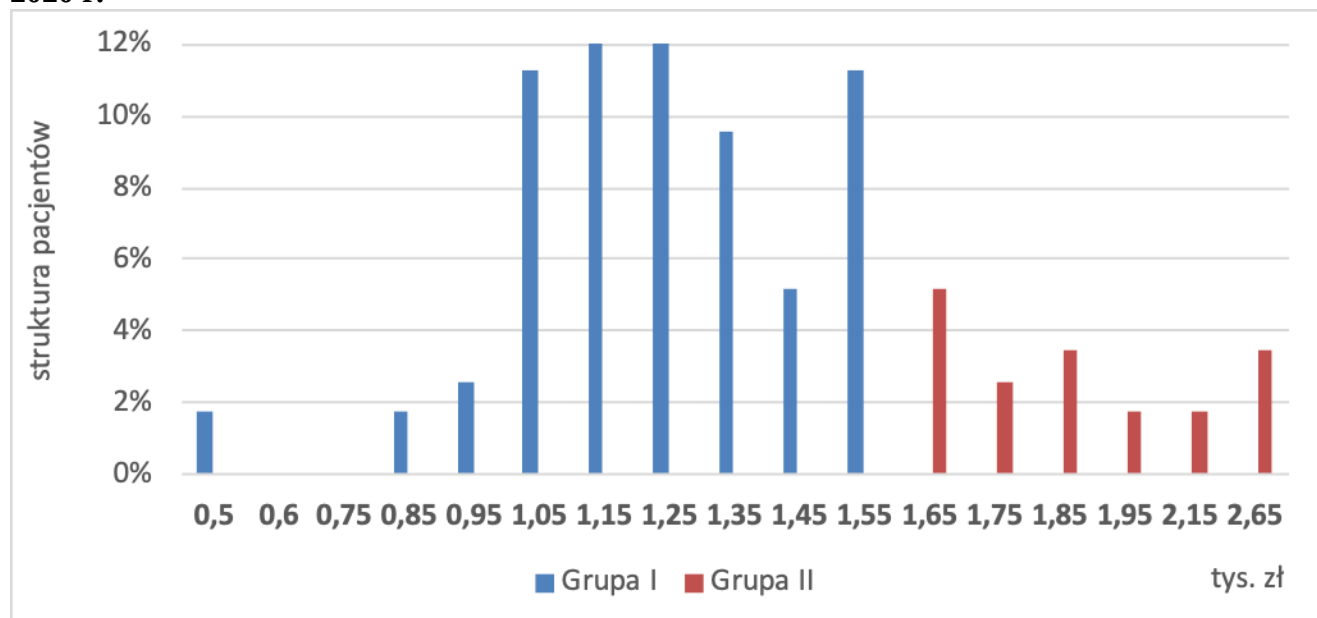
V.2. Koszty żywienia i zakwaterowania vs odpłatność pacjentów

Zgodnie z obowiązującymi przepisami, pacjenci przebywający w ZPO / ZOL przeznaczają część emerytur / rent na pokrycie kosztów żywienia i zakwaterowania.

W roku 2019 średni koszt żywienia i zakwaterowania wyniósł w ZPO 1 620 zł. / pacjenta.

- Z uwagi na wzrost kosztów żywienia i zakwaterowania (inflacja w kosztach), które przekraczają wzrost przeciętnej odpłatności pacjentów, pojawia się coraz większy rozdzźwięk między poziomem kosztów, a odpłatnością pacjentów. Na 115 pacjentów w I półroczu 2020 roku 82% pacjentów – Grupa I - (94 osoby) wносиło odpłatność, która nie pokrywała kosztów żywienia i zakwaterowania (przeciętny poziom niedopłaty do kosztów wyniósł 400 zł., co przy 94 osobach oznacza wartość 37 600 złotych miesięcznej straty z tytułu braku pokrycia kosztów żywienia i zakwaterowania z odpłatności wnoszonej przez pacjentów). Różnica w braku pokrycia rzeczywistych kosztów żywienia i zakwaterowania zmniejsza się. W I półroczu 2018 roku przeciętny poziom niedopłaty do kosztów wynosił 600 złotych. Wpływ na zmniejszenie różnicy ma wzrost najniższej emerytury do 1700 złotych oraz przyznanie świadczenia uzupełniającego 500 zł. dla osób niesamodzielnych.

Wykres 28. Rozkład odpłatności pacjentów za żywienie i zakwaterowanie w ZPO, I połowa 2020 r.



Źródło: Opracowanie własne

Wysokość kosztów żywienia i zakwaterowania zależy od liczby pacjentów przebywających w placówce, czyli od wykorzystania dostępnej powierzchni/pomieszczeń. Stopień wykorzystania miejsc na oddziałach całodobowych oscyluje wokół wartości 100 % - w 2018 r. wynosił 100%, natomiast w 2019 r. 95 % (w 2019 r. przyjęcia były ograniczone ze względu na trwające roboty budowlane związane z rozbudową Zakładu).

Koszt żywienia to przede wszystkim „wsad” i koszty osobowe. W analizowanym okresie utrzymują się one na poziomie od 20,83 zł. w 2017 r. – do 23,79 zł. w 2019 r. na osobodzień.

Koszt zakwaterowania obejmuje m.in. pranie, sprzątanie i rozwożenie posiłków, energię elektryczną oraz ciepłą, wywóz nieczystości. Dostawcy w/w usług wybierani są zgodnie z obowiązującymi przepisami PzP. Umowy podpisywane są z oferentami, którzy złożyli najkorzystniejszą ofertę.

Tabela 20. Rodzaje kosztów wchodzących w skład kosztów żywienia i pobytu

Rodzaje kosztów wchodzących w skład kosztów żywienia i pobytu				
Lp.	Rodzaj kosztu	Koszt/osobodzień		
		2017	2018	2019
I.	koszty żywienia			
1.	wsad	9.15	8.98	9.84
2.	koszty osobowe i rzeczowe (łącznie z amortyzacją)	11.68	13.44	13.95
Razem koszt żywienia		20.83	22.42	23.79
II.	koszty zakwaterowania			
1.	energia elektryczna	1.37	1.64	1.48
2.	energia ciepła	1.89	1.91	1.89
3.	woda	0.23	0.21	0.20
4.	usługa sprzątania i rozwożenie posiłków	15.48	16.30	17.41
5.	usługa prania	3.29	3.33	3.84
6.	wywóz nieczystości	1.05	1.10	1.19
7.	ścieki	0.21	0.23	0.27
8.	pozostałe koszty - m.in. dozór mienia , usługi remontowe, ścieki, środki czystości, materiały biurowe, zakup pościeli, ubezpieczenie mienia, podatek od nieruchomości	7.09	4.37	3.87
Razem koszt zakwaterowania/osobodzień		30.61	29.09	30.16
Razem koszt żywienia i zakwaterowania/osobodzień		51.44	51.51	53.95
Średnia odpłatność pacjenta na osobodzień		34.48	37.86	40.57
Niedoszacowanie kosztów żywienia i zakwaterowania/osobodzień		16.96	13.65	13.38

Źródło: Opracowanie własne

V.3. Nadwykonania naliczone vs nadwykonania zapłacone

Limity nakładane przez NFZ w zakresie świadczeń opiekuńczo – pielęgnacyjnych w opiece długoterminowej rozliczane są w dwóch schematach:

1. zwiększenie limitu świadczeń na dany rok obrotowy – co przekłada się na utrzymanie stawek taryfowych obowiązujących w danym roku i zapłatę za wszystkie zrealizowane świadczenia zgodnie z obowiązującymi taryfami,
2. utrzymanie limitu świadczeń na dany rok obrotowy oraz zmniejszenie cen taryfowych za wykonane nadwykonania – sprowadza się to do częściowej zapłaty naliczonych nadwykonań,

różnica niezapłaconych nadwykonań nie ma pokrycia w przychodach i obciąża wynik świadczeniodawcy.

W latach 2017-2019 schemat rozliczeń nadwykonań oparty był o utrzymanie limitu świadczeń przyznanych na dany rok obrotowy, nadwykonania rozliczane były w oparciu o częściowe stawki taryfowe obowiązujące w ciągu roku obrotowego. W efekcie:

- w roku 2017 poziom niezapłaconych nadwykonań wyniósł 236 tys. zł. w roku 2019 poziom niezapłaconych nadwykonań wyniósł 298 tys. zł., co przełożyło się wprost na wypracowanie straty netto w kwocie -402 tys. zł.

Bezpośrednią przyczyną wystąpienia straty za rok 2019 był wzrost kosztów osobodnia na Oddziałach Całodobowych (w tym wyższe tempo wzrostu wynagrodzeń opiekunów medycznych w stosunku do wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek wyniosło 150,6 tys. zł) w stosu oraz brak pełnego rozliczenia nadwykonań według taryf obowiązujących w roku 2019. Przy 100% wycenie nadwykonań według taryf obowiązujących w 2019 roku ZPO oraz braku wystąpienia wyższego tempa wzrostu wynagrodzeń opiekunów medycznych w stosunku do tempa wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek, ZPO osiągnęłoby zysk netto w wysokości 150,6 tys. zł - 102 tys. zł = 48,6 tys. zł).

Tabela 21. Rozliczenie nadwykonań ZPO

OKRES	NADWYKONANIA NALICZONE	NADWYKONANIA ZAPŁACONE	SALDO NIEZAPŁACONYCH NADWYKONAŃ	ZYSK NETTO
2017 I-XII	525 840 zł	382 126 zł	236 000 zł	- 160 482 zł
2018 I-XII	- zł	- zł		33 033 zł
2019 I-XII	298 303 zł	- zł	- 298 303 zł	- 400 323 zł
2020 I-VI		- zł	- zł	- 402 460 zł

Źródło: Opracowanie własne

V.4. Aspekt funkcjonowania gospodarki przy pełnym zatrudnieniu, zmiany w otoczeniu rynkowym

Decyzja **FTSE Russell** o zakwalifikowaniu Polski do grona najbardziej rozwiniętych krajów świata została podjęta we wrześniu 2017, po spełnieniu przez Polskę dwudziestu jeden (21) wymaganych przez agencję kryteriów.

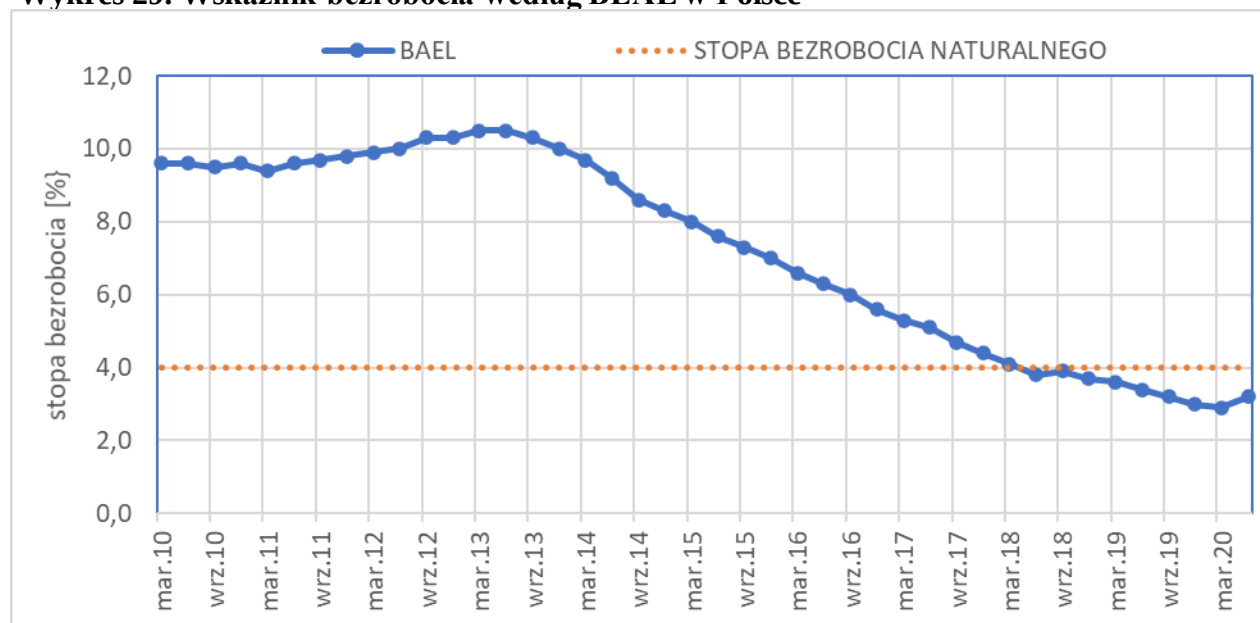
Z dniem 24 września 2018 roku Polska znalazła się w grupie 25 najbardziej rozwiniętych światowych rynków, do których zaliczane są m.in.: Niemcy, Francja, Japonia, Australia i Stany Zjednoczone. To pierwszy przypadek zakwalifikowania do tego grona kraju z Europy Środkowo-Wschodniej.

Fakt dołączenia Polski do grona najbardziej rozwiniętych krajów świata trwale zmienia uwarunkowania gry rynkowej w Polsce, okres ostatnich trzech lat był okresem, w którym można było zaobserwować te zmiany.

Podstawowymi wyróżnikami gospodarek rozwiniętych jest funkcjonowanie przy pełnym wykorzystaniu czynników produkcji / zasobów, niski poziom bezrobocia, niski poziom inflacji oraz wysoka płynność / dostępność kapitału oraz jego niski koszt.

Poziom dochodzenia do pełnego wykorzystania czynników produkcji trwał w Polsce nieprzerwanie od roku 2013, jednym z wskaźników który wskazuje na jego osiągnięcie jest spadek stopy bezrobocia według BEAL w okolice / poniżej tak zwanego „bezrobocia naturalnego” oraz wysoki realny wzrost wynagrodzeń, któremu towarzyszy redukcja nierównomierności wynagrodzeń.

Wykres 29. Wskaźnik bezrobocia według BEAL w Polsce



Źródło: Opracowanie własne

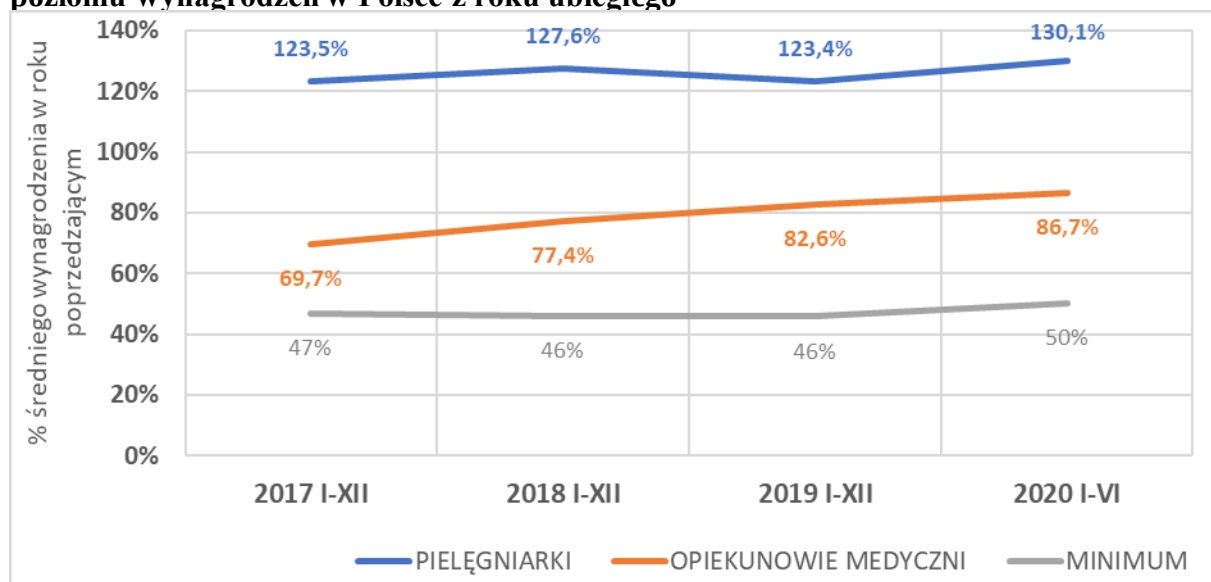
Zmiany otoczenia rynkowego w gospodarce znajdującej się przy pełnym zatrudnieniu wykazują wzrost oddziaływania prawa popytu i podaży na decyzje podejmowane przez graczy rynkowych, uruchamiając skokowy poziom zmiany cen w tych przypadkach, w których popyt jest wyższy od podaży. Zjawisko to oznacza występowanie tak zwanej inflacji w kosztach, które może być szczególnie dotkliwe w sytuacji, w której poziom przychodów nie podlega wycenie rynkowej.

Lata 2017 – 2019 były latami, które w szczególny sposób doświadczyły zjawiska inflacji w kosztach. Głównymi determinantami wystąpienia wzrostu kosztów były rosnące ceny surowców podlegających wymianie na rynku międzynarodowym, rosnący poziom wynagrodzeń oraz istotny wzrost kosztów energii elektrycznej (w tym praw do emisji CO₂). Czynniki te wpłynęły na wzrost inflacji w kosztach ZPO, co przy ograniczonym wpływie na możliwość zwiększenia przychodów, pogłębiło deficytowość ZPO.

Tempo wzrostu wynagrodzeń gospodarce Polskiej (częściowo także na skutek epidemii COVID-19) w latach 2020 - 2021 wyniesie około 3,8% rocznie, natomiast wzrost cen energii elektrycznej – głównie z uwagi na wzrost kosztów praw do emisji CO₂ oraz rozpoczęcie nowej fazy redukcji podaży uprawnień z początkiem roku 2020 (IV faza), przełożą się na wzrost kosztów usług, materiałów, transportu.

Funkcjonowanie gospodarki przy pełnym zatrudnieniu oraz niedopasowanie struktury popytu i podaży na pracę pracowników medycznych (nadwyżka popytu nad podażą) wpływają na wyższy lub równy wzrost kosztów pracy w stosunku do wzrostu wynagrodzeń na szerokim rynku pracy. Szczególnie ciężącym na kosztach ZPO jest wzrost wynagrodzeń opiekunów medycznych.

Wykres 30. Relacja wynagrodzeń pielęgniarek i opiekunów medycznych ZPO do średniego poziomu wynagrodzeń w Polsce z roku ubiegłego



Źródło: Opracowanie własne

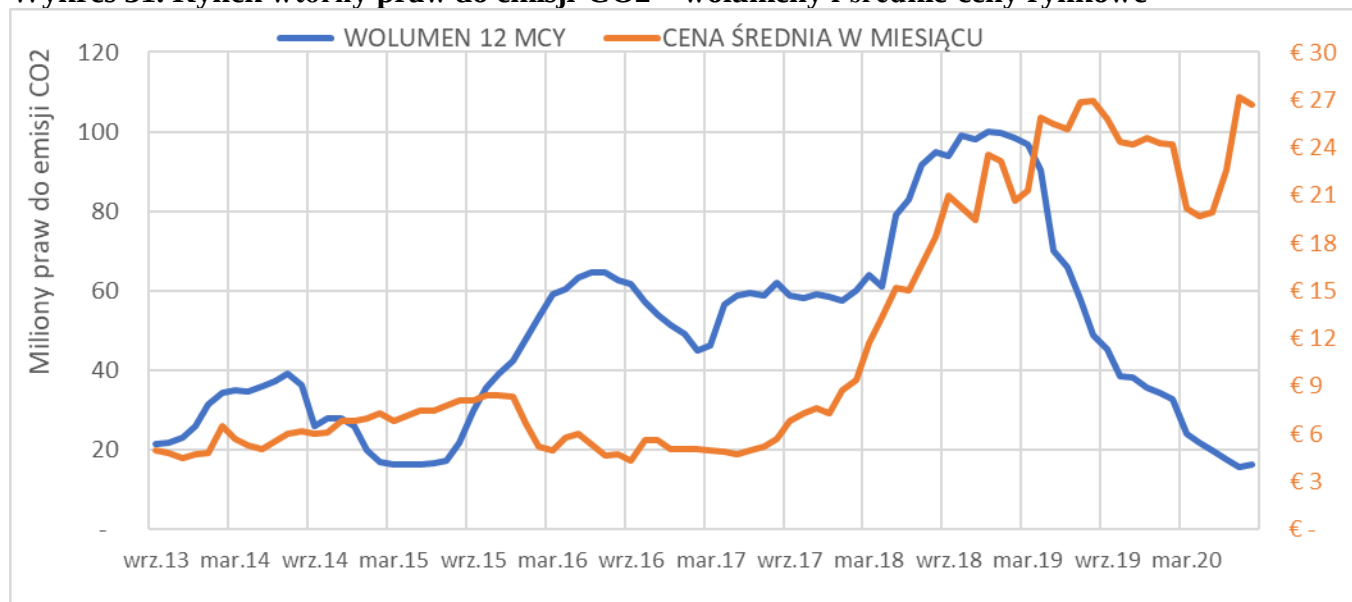
Kolejnym istotnym czynnikiem który wpłynie na poziom inflacji w kosztach jest poziom cen energii elektrycznej.

Notowania na TGE kontraktów rocznych na energię elektryczną na rok 2021 i 2022 (BASE-Y21 i BASE-Y22) wskazują, że przy obecnej cenie praw do emisji CO₂ (około 26 – 27 EUR) koszty „czarnej energii” są niedoszacowane na poziomie około 62 zł. **Oznacza to, że sektor energetyczny w perspektywie najbliższych lat musi podnieść ceny energii tytułem niedoszacowania wyceny energii o 62 zł na MWh, co przy obecnych cenach kontraktowych (235 – 250 zł / MWh) oznacza wzrost cen energii o 26%.**

Dodatkowym czynnikiem ryzyka jest zakończenie fazy III dotyczącej redukcji praw do emisji CO₂ (z końcem roku 2020) oraz rozpoczęcie nowej fazy IV, w której podaż praw do emisji CO₂ ulegnie dalszej i trwałej redukcji. Zgodnie z przyjętymi regułami rynkowymi, poziom cen praw do emisji CO₂ ustalany jest na rynku wtórnym, na którym dochodzi do wymiany nadwyżek praw będących w posiadaniu uczestników rynku. Okres III fazy (2013 – 2020) wskazuje, że do końca roku 2017 występowała nadwyżka podaży praw nad popytem, a poziom pierwotnych praw do emisji CO₂ obejmował pulę 750 – 770 milionów, z których znaczna część przyznawana była uczestnikom rynku bezpłatnie. W latach 2018 – 2020 podaż pierwotna praw do emisji CO₂ uległa redukcji do niespełna 500 milionów, co przyczyniło się do silnej redukcji podaży praw oferowanych na rynku wtórnym i gwałtownego wzrostu ich cen, które przełożyły się na wzrost cen energii oraz innych kosztów.

Powyższa nierównowaga rynkowa ulegnie nasileniu w kolejnej, IV fazie (od roku 2021).

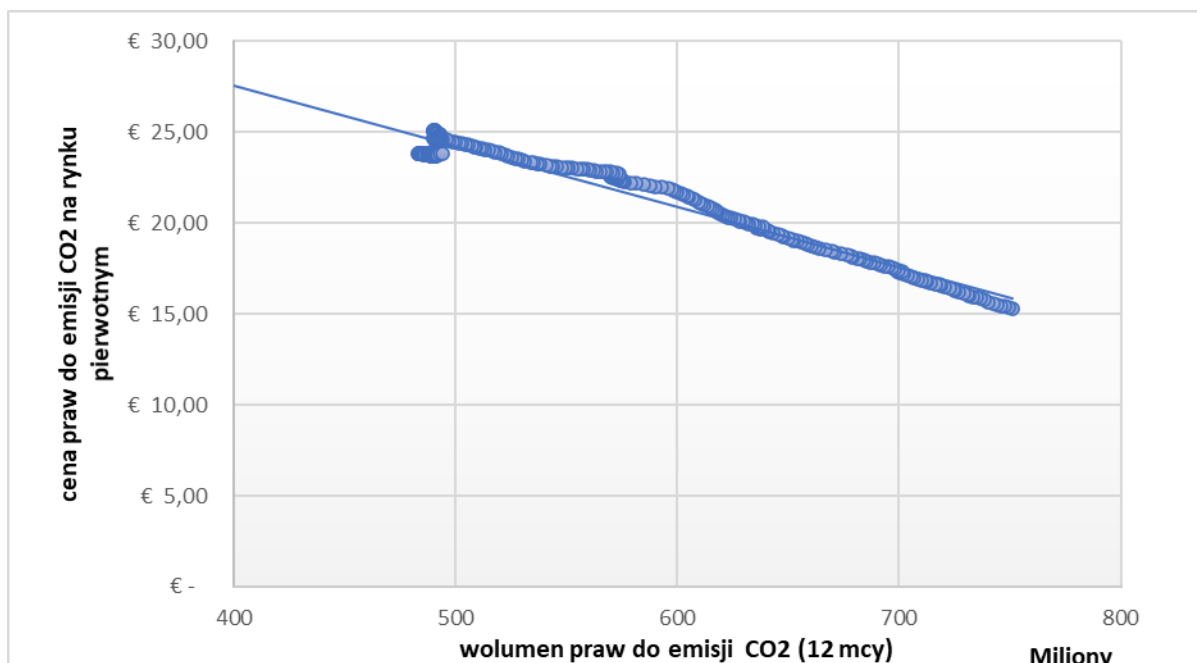
Wykres 31. Rynek wtórny praw do emisji CO₂ – wolumeny i średnie ceny rynkowe



Źródło: Opracowanie własne na podstawie Towarowej Giełdy Energii

Perspektywa redukcji uprawnień praw do emisji CO₂ do poziomu 400 milionów rocznie (w fazie IV poziom ten będzie niższy) już w III fazie wyznacza target cen praw na poziomie 28 EUR, co przekłada się na 124 zł i ponad 50% udziału w kontraktach terminowych na energię elektryczną na lata 2021 – 2022.

Wykres 32. Funkcja popytu i podaży – prawa do emisji CO₂ w [fazie III, lata 2013 – 2020]

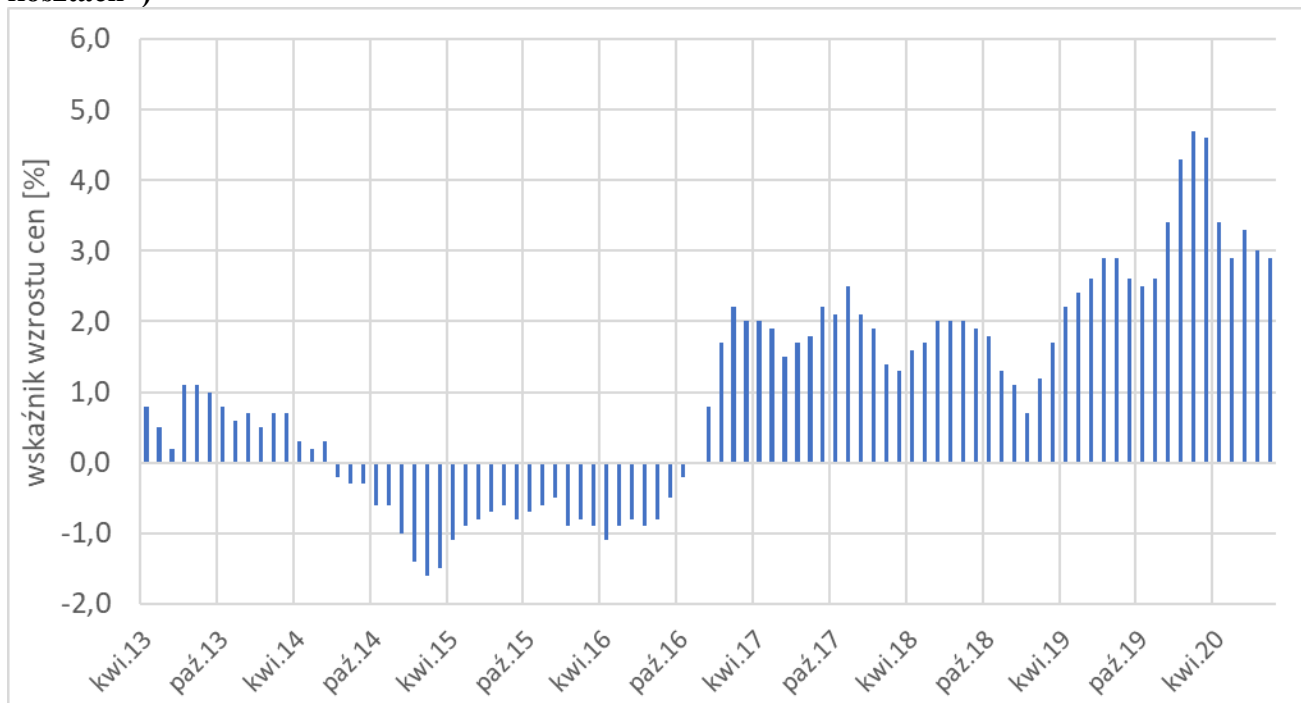


Źródło: Opracowanie własne

ZPO użytkuje panele fotowoltaiczne, których szacunkowa roczna produkcja wynosi około 36 – 37 MWh, co stanowi około 20% poziomu zużycia energii elektrycznej. Konsumpcja energii wytworzonej z fotowoltaiki zredukowała częściowy wzrost kosztów energii elektrycznej, nie mniej w nadchodzących latach rezerwy kosztowe tkwiące w „prądzie ze słońca” nie przełożą się na redukcje kosztów.

Wskazane powyżej czynniki oddziaływały, oddziałują i będą oddziaływały na inflację w kosztach ZPO. W okresie 2013 r. – styczeń 2016 r. wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumpcyjnych wahał się w przedziale +/-1%, co przekładało się na brak presji wzrostu kosztów usług, materiałów i energii, od 2017 r. presja inflacyjna jest trale dodatnia, osiągając w drugiej połowie roku 2019 poziom 2,8% i oddziałuje na rosnący poziom kosztów usług, materiałów i energii.

Wykres 33. Wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumenckich („wskaźnik inflacji w kosztach”)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych GUS

VI. OPIS DZIAŁAŃ PLANOWANYCH W CELU ZAPEWNIENIA ZDOLNOŚCI DO DŁUGOTRWALEGO DZIAŁANIA I ROZWOJU

ZPO optymalizuje koszty świadczonych świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych realizowanych w ramach opieki długoterminowej, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Warunki zmian w otoczeniu rynkowym – szczególnie w zakresie wejścia polskiej gospodarki w stan pełnego zatrudnienia - wymagają od ZPO adaptacji do nowych warunków rynkowych, w szczególności do zjawiska „inflacji w kosztach”.

Krytycznym czynnikiem zapewnienia zdolności do długotrwałego rozwoju, poza:

- ciągłym procesem optymalizacji kosztów,
- wzrostem skali działania,
- osiągania korzyści zakresu,
- adaptacji do warunków rynkowych,

jest maksymalizacja przychodów, w tym pochodzących z kontraktów z NFZ.

VI.1. Wzrost skali i zakresu działania

Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy im ks. Jerzego Popiełuszki prowadzi działalność leczniczą od 2000 r. ZPO nieustannie poszukuje zewnętrznych źródeł finansowania oraz rozszerza swoją działalność o kolejne formy wsparcia w celu dywersyfikacji udzielanych świadczeń.

01.07.2017 r. ZPO rozszerzyło świadczone usługi o opiekę nad pacjentami wentylowanymi mechanicznie. Przed tym okresem realizacja usług nie była korzystna pod względem ekonomicznym. W związku ze zmianą sposobu finansowania tego świadczenia ZPO przystąpiło do konkursu i podpisało kontrakt z NFZ na 2 łóżka dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. W 2020 roku w wyniku negocjacji kontrakt ten został zwiększony do 8 łóżek. Ponadto w celu zwiększenia przychodów z podstawowej działalności operacyjnej 01.07.2018 r. oddział dzienny psychiatryczny został przekształcony w oddział dzienny psychiatryczny geriatryczny. Podpisany został kontrakt z NFZ na realizację tego świadczenia.

ZPO realizuje obecnie trzy poziomy wsparcia:

- 1) pobyt dzienny skierowany do osób niesamodzielnych wymagających dziennej formy wsparcia. Obecnie ZPO realizuje dwie formy pomocy dziennej:
 - a) oddział dzienny psychogeriatryczny przeznaczony jest dla pacjentów z zaburzeniami funkcji poznawczych, którzy mają zapewnioną opiekę psychiatry i świadczenia terapeutyczne. Wszyscy pacjenci z zaburzeniami pamięci uczestniczą w autorskim programie stymulacji funkcji poznawczych,

- 2) pobyt całodobowy skierowany do osób niesamodzielnych wymagających całodobowych świadczeń pielęgnacyjno- opiekuńczych, kontynuacji leczenia i rehabilitacji.

ZPO obecnie dysponuje 45 miejscami na oddziale dziennym, 60 miejscami na całodobowym oddziale psychogeriatrycznym, 78 miejscami na całodobowym oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym oraz 8 miejscami dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Razem liczba miejsc całodobowych to 146.

W listopadzie 2017 r. ZPO złożył wniosek o dofinansowanie projektu pn. „Rozbudowa (nadbudowa) Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego w Toruniu przy ul. Ligi Polskiej 8 wraz z modernizacją istniejącego oddziału IV całodobowego” w konkursie ogłoszonym przez Instytucję Zarządzającą Kujawsko-Pomorskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2014-2020 w ramach Działania „Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną”, Poddziałania 6.1.1 „Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną”, Schemat: Inwestycje w infrastrukturę podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki długoterminowej oraz paliatywnej (konkurs Nr RPKP.06.01.01-IZ.00-04-125/17). ZPO otrzymał dofinansowanie w wysokości 3 829 546,02 zł.

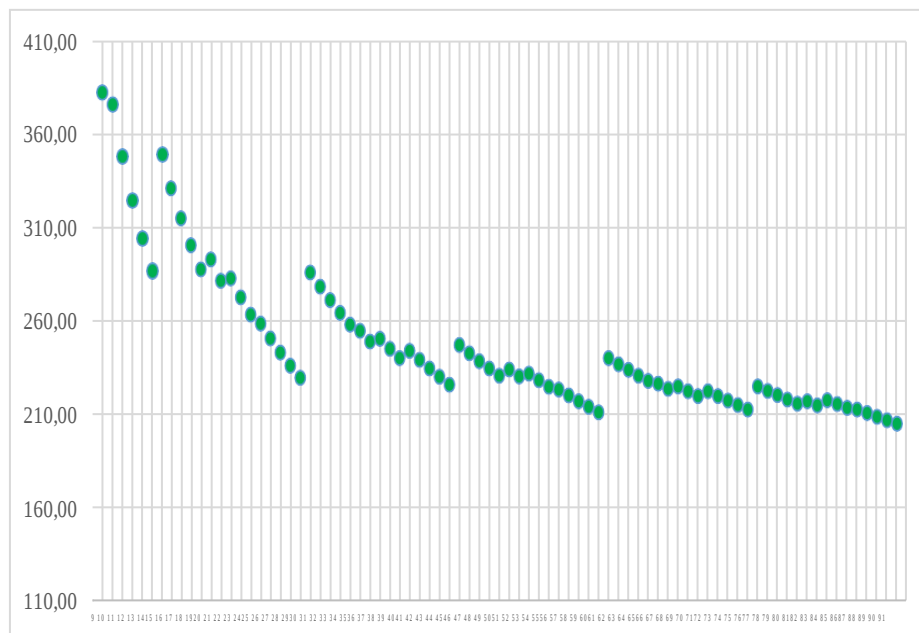
Udział ZPO w projekcie rozbudowy i modernizacji Zakładu stanowiło naturalną kontynuację konsekwentnie realizowanej strategii rozwoju, która oparta jest na rozszerzaniu zakresu oferowanych usług, ich koordynacji oraz podnoszeniu standardu świadczeń przy współpracy z podmiotami leczniczymi. Rozbudowa Zakładu zapewniła zwiększenie dostępu do usług pielęgnacyjno – opiekuńczych (utworzonych zostało dodatkowych 30 miejsc dla pacjentów wymagających opieki całodobowej) oraz pozwoliło na kontraktowanie większej liczby łóżek dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Inwestycja umożliwiła również uruchomienie nowatorskiej elastycznej formy wsparcia polegającej na udzielaniu świadczeń pacjentom wymagającym doraźnej (interwencyjnej) opieki w liczbie 10 łóżek.

ZPO rozszerza swoją działalność o kolejne formy wsparcia w celu osiągnięcia korzyści zakresu, tzn. łączne koszty wszystkich świadczeń udzielnych w ZPO są niższe niż suma kosztów, gdyby świadczenia te wykonywać osobno. Wystąpienie tego efektu jest możliwe dzięki efektywniejszemu wykorzystaniu posiadanych zasobów.

Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.49.2016 z dnia 19.06.2017 „Świadczenia gwarantowane obejmujące świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” opracowany przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji określa zależność oszacowanego kosztu osobodnia od wielkości jednostki (oddziału). Można zauważyć, że minimum odnotowuje się na poziomie 60 łóżek. Oznacza to, że przy takiej wielkości oddziału i założonych parametrach koszt osobodnia jest najniższy, a określone zasoby są wykorzystywane w sposób najbardziej optymalny.

Biorąc pod uwagę strukturę organizacyjną ZPO można założyć, że ZPO optymalnie wykorzystuje posiadane zasoby i minimalizuje koszty.

Wykres 34. Zależność kosztu osobodnia od wielkości jednostki



Źródło: Raport w sprawie ustalenia taryfy świadczeń nr WT.541.49.2016- 19.06.2017. ([AOTMiT](#))

WNIOSKI / KONKLUZJA

Skala działania ZPO przekracza tak zwaną minimalną skalę efektywną, która w Polsce w obecnych uwarunkowaniach i architekturze rynku wynosi 60 łóżek / ośrodek realizujący opiekę długoterminową.

Przykład ZPO wskazuje, że wzrost liczby łóżek do poziomu 112 i po rozbudowie do poziomu 146 (186% i 243% minimalnej skali efektywnej) obniża istotnie koszt osobodnia, który w latach 2017-2019 zawierał się w przedziale 179 zł. – 224 zł. i obejmował koszty obsługi pacjentów żywionych dojelitowo (należy uwzględnić tu fakt istotnej odmienności struktury pacjentów według punktów w skali Barthel w ZPO w stosunku do średniej w Polsce).

Dane w raporcie [AOTMiT](#) dotyczą roku 2016, w którym poziom minimalny kosztów osobodnia osiągany jest przy 60 łóżkach / ośrodek opiekuńczy i wynosi 152,26 zł. / osobodzień (z wyłączeniem żywienia pozajelitowego / dojelitowego). Poziom kosztów osobodnia ZPO, który obejmuje w przeważającej części pacjentów z żywieniem pozajelitowym / dojelitowym w wysokości 179 zł. – 224 zł – przy rosnących u wszystkich świadczeniodawców kosztach (głównie płac i materiałów oraz energii) świadczy o występowaniu zarówno efektu skali jak również korzyści zakresu.

O korzyściach zakresu mówimy wtedy, gdy poszerzając zakres usług skoncentrowanych wokół rdzenia kompetencji osiągnięta jest redukcja kosztów jednostkowych świadczeń szerszego portfela usług. Szerszy zakres usług realizowany przez ZPO dotyczy zarówno usług opiekuńczych o charakterze instytucjonalnym jak i deinstytucjonalnym, usług całodobowych oraz dziennych, współfinansowanych zarówno ze środków NFZ jak również innych środków publicznych, dedykowanych dla realizacji konkretnych zadań / programów. Korzyści zakresu związane z poszerzaniem zakresu usług opiekuńczych oraz efekt skali działania ZPO (186% i 243% powyżej minimalnej skali efektywnej począwszy od III kwartału 2020 roku) prowadzą do wystąpienia efektu synergii w postaci redukcji kosztów osobodnia.

VI.2. 100% odpłatność za nadwykonania

Mając na względzie niewspółmierność wzrostu kosztów świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych w stosunku do wzrostu przychodów, realizacja celu jakim jest utrzymanie zdolności do długookresowego rozwoju ZPO wymaga konieczności uzyskiwania 100% odpłatności za zrealizowane nadwykonania, nawet w sytuacji, w której konieczne jest skierowanie sprawy do sądu. Warunkiem takiego postępowania jest konieczność finansowania – przez okres negocjacji / potencjalnego sporu – luki, która pojawi się w zakresie przychodów i płynnych środków obrotowych. **Wskaźnik stabilności struktury kapitałowo – majątkowej wskazuje, że przyjęcie celu zarządczego: uzyskanie 100% odpłatności za zrealizowane nadwykonania jest możliwy do realizacji z punktu widzenia płynności finansowej.**

Zgodnie z art. 68 ust. 3 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej oraz z zasadami współżycia społecznego władze publiczne są zobowiązane do zapewnienia (a w szczególności sfinansowania) szczególnej opieki zdrowotnej osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. **Pacjenci Zakładu ze względu na stan zdrowia wymagają całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia; zaniechanie udzielania świadczeń z powodu zrealizowania kontraktu, grozi przewidywanym w krótkim czasie pojawieniem się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub nawet utrata życia. Pacjenci, którzy uzyskali 0 punktów w ocenie skalą opartą na skali Barthel, nie są zdolni do samodzielnej egzystencji. Stanowi to podstawę do roszczenia zapłaty za zrealizowane świadczenia na drodze postępowania sądowego.**

Poziom nadwykonań możliwych do realizacji przez ZPO wynosi rocznie 500 000 – 600 000 zł.

VI.3. Projekt dopłat pacjentów do kosztów żywienia i zakwaterowania

W roku 2019 średni koszt żywienia i zakwaterowania wyniósł w ZPO 1 620 zł. / pacjenta.

Na 115 pacjentów w I półroczu 2020 roku 82% pacjentów – Grupa I - (94 osoby) wносиło odpłatność, która nie pokrywała kosztów żywienia i zakwaterowania (przeciętny poziom niedopłaty do kosztów wyniósł 400 zł., co przy 94 osobach oznacza wartość 37 600 zł. miesięcznej straty z tytułu braku pokrycia kosztów żywienia i zakwaterowania z odpłatności wnoszonej przez pacjentów).

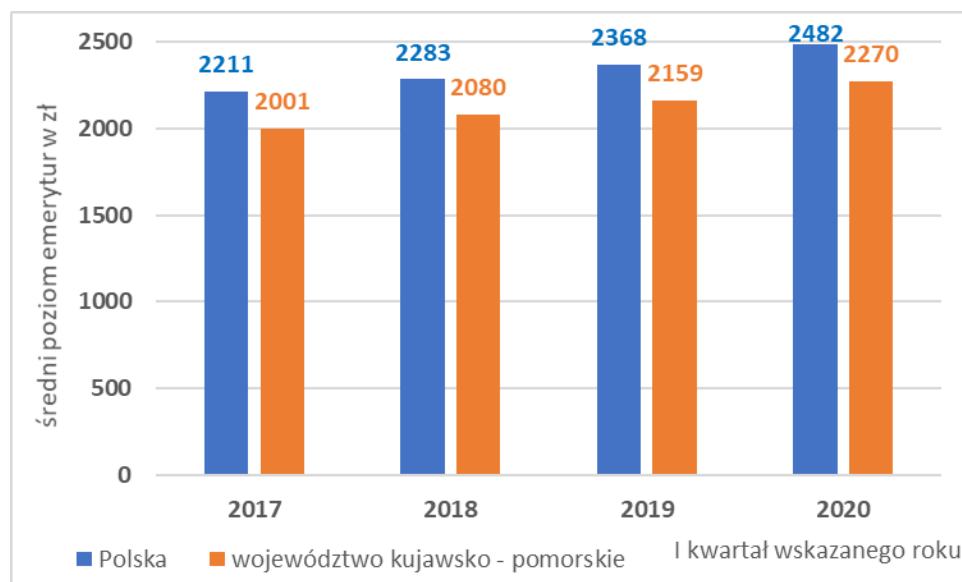
W roku 2021 planuje się rozważenie możliwości prawnych i praktycznych wprowadzenia dopłaty do kosztów wyżywienia i zakwaterowania przez rodziny pacjentów na podstawie umów cywilno-prawnych (miesięczny koszt wynosi 1620,00 zł.). Potencjalny poziom dopłaty wyniósłby 200 zł. miesięcznie, (poziom dodatkowej odpłatności stanowiłby do 50% średniej wartości niedopłaty do kosztów żywienia i zakwaterowania).

Przy wskaźniku ściągальności dodatkowej odpłatności na poziomie 90%, projektowany wzrost przychodów z tytułu wprowadzenia tej regulacji wyniósłby 203 000 zł. rocznie.

Uzasadnieniem dla realizacji wskazanego wyżej działania jest utrzymująca się trwała różnica między średnim poziomem emerytur w Polsce a średnim poziomem emerytur w województwie kujawsko – pomorskim. Poziom emerytur jest podstawą wymiaru odpłatności pacjentów. W latach 2017 – 2020 różnica w poziomach średnich emerytur wynosi 208,5 zł., zatem wskazana wyżej kwota 200 zł. solidarnej odpłatności każdego z pacjentów uzasadniona jest także niższym, w relacji do średniej w Polsce, poziomem emerytur.

Po wprowadzeniu dodatkowej odpłatności Zakład będzie podpisywał umowę cywilno-prawną z opiekunem każdego nowoprzyjętego pacjenta. Z opiekunami pacjentów już przebywających w placówce, umowy będą zawierane na zasadzie dobrowolności.

Wykres 35. Poziomy emerytur w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w I kwartale lat 2017 - 2020



Źródło: Opracowanie własne

VI.4. Źródła finansowania działań naprawczych

Celem prowadzenia działań naprawczych jest trwale utrzymanie zdolności do generowania dodatniej nadwyżki na działalności operacyjnej (EBITDA) pomimo niekorzystnych czynników prowadzących do wzrostu kosztów realizowanych świadczeń oraz stanu epidemii COVID-19.

Osiąganie dodatniej nadwyżki na działalności operacyjnej (EBITDA) przy bieżącej strukturze kapitałowo – majątkowej (brak zadłużenia zewnętrznego w postaci kredytów i pożyczek oraz przeterminowanych zobowiązań bieżących) świadczy o efektywności zarządzania majątkiem ZPO oraz bilansowania przychodów i kosztów pieniężnych, który to proces odpowiada za utrzymanie zdolności do długookresowego działania.

Źródłami finansowania działań naprawczych będą:

- a) wyższe przychody z tytułu 100% odpłatności za projektowany poziom nadwykonań (przyjęto realizację potencjalnych nadwykonań na poziomie 50% potencjału nadwykonań, to jest około 250 000 zł. – 300 000 zł.),
- b) ewentualnie wyższe przychody z tytułu dodatkowej odpłatności z tytułu kosztów żywienia i zakwaterowania (200 000 zł. – 210 000 zł.),
- c) wyższe przychody z tytułu wzrostu stawek taryfowych za świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze realizowane przez ZPO, tak w Oddziałach Całodobowych, Oddziale Dziennym

jak również dla Oddziału Interwencyjnego (zakładany wzrost przychodów nie mniej niż 500 000 zł.),

- d) wzrost kontraktu z NFZ z tytułu wzrostu ilości łóżek na Oddziale Całodobowym oraz wzrost przychodów ze sprzedaży świadczeń zdrowotnych i diagnostycznych (wzrost przychodów nie mniej niż 1 000 000 zł.).

Minimalny planowany wzrost przychodów w roku 2021 wyniesie 2 134 000., pozwoli – w świetle założeń dotyczących wzrostu kosztów świadczeń na utrzymanie zdolności do wypracowywania dodatniej nadwyżki operacyjnej EBITDA na poziomie nie mniej niż 0,7%, co w relacji do wartości aktywów trwałych netto projektowanych na rok 2021 wynosi 0,8%.

Plan minimum na trudny okres kryzysu (w rozumieniu wyższego wzrostu kosztów w stosunku do cen taryfowych proponowanych przez NFZ) lat 2019 – 2021 to osiągnięcie dodatniego poziomu EBITDA w okresie każdych kolejnych trzech lat.

Osiągnięcie EBITDA na poziomie 2,5% przychodów ze sprzedaży oznaczać będzie (pomimo osiągania straty na działalności) na zdolność ZPO do samofinansowania utrzymania zdolności do świadczeń opiekuńczych i medycznych.

VI.5. Planowany poziom nadwyżek finansowych na lata 2020 - 2021

Rynek usług medycznych w Polsce jest rynkiem, na którym panuje tak zwana „niedoskonałość rynku”. Poziom zmian cen taryfowych związanych z usługami opiekuńczo – pielęgnacyjnymi nie nadąża za zmianami w kosztach realizacji tych świadczeń.

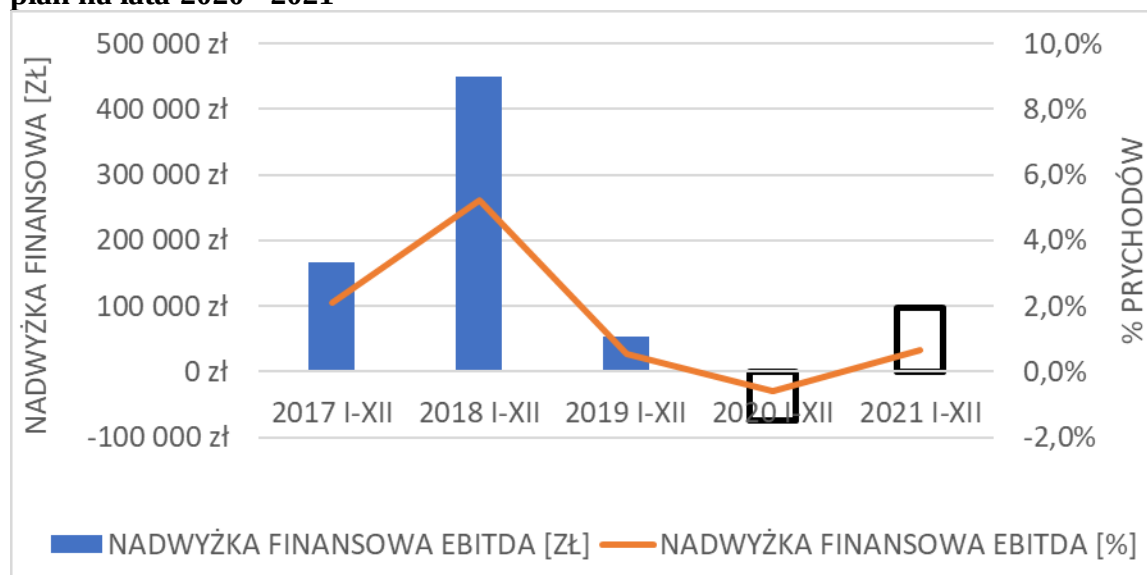
Poziom rekomendowanych przez **AOTMiT** stawek taryfowych świadczeń pielęgnacyjno – opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych - według stanu na rok 2016 - zostanie osiągnięta w 2022 roku, to jest po okresie sześciu (6 lat).

Osiągnięcie w 2022 roku referencyjnych stawek, które są zgodne z kosztami świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych w roku 2016 może być przyczyną utrwalenia spadku poziomu nadwyżki finansowej wypracowywanej przez ZPO w latach przyszłych.

Pomimo tej niedoskonałości rynku, ZPO utrzymywało trwałą zdolność do wypracowania dodatniej nadwyżki operacyjnej (EBITDA) w latach 2017 – 2019 a poziom nadwyżki odnoszony do poziomu aktywów trwałych (tak według wartości początkowej jak i netto) wskazuje na efektywne zarządzanie majątkiem ZPO pomimo niekorzystnych zmian w otoczeniu rynkowym.

Uwarunkowania działalności ZPO, w tym w szczególności dotyczących płynności finansowej, stabilności struktury kapitałowo – majątkowej i braku zobowiązań zwrotnych oraz przeterminowanych zobowiązań bieżących, trwale utrzymywanie dodatniej nadwyżki operacyjnej EBITDA (krocząco w okresie trzech lat) świadczy o utrzymaniu zdolności ZPO do kontynuacji działalności.

Wykres 36. Poziom nadwyżek operacyjnych EBITDA ZPO: lata 2017 – 2019 oraz minimalny plan na lata 2020 - 2021



Źródło: Opracowanie własne

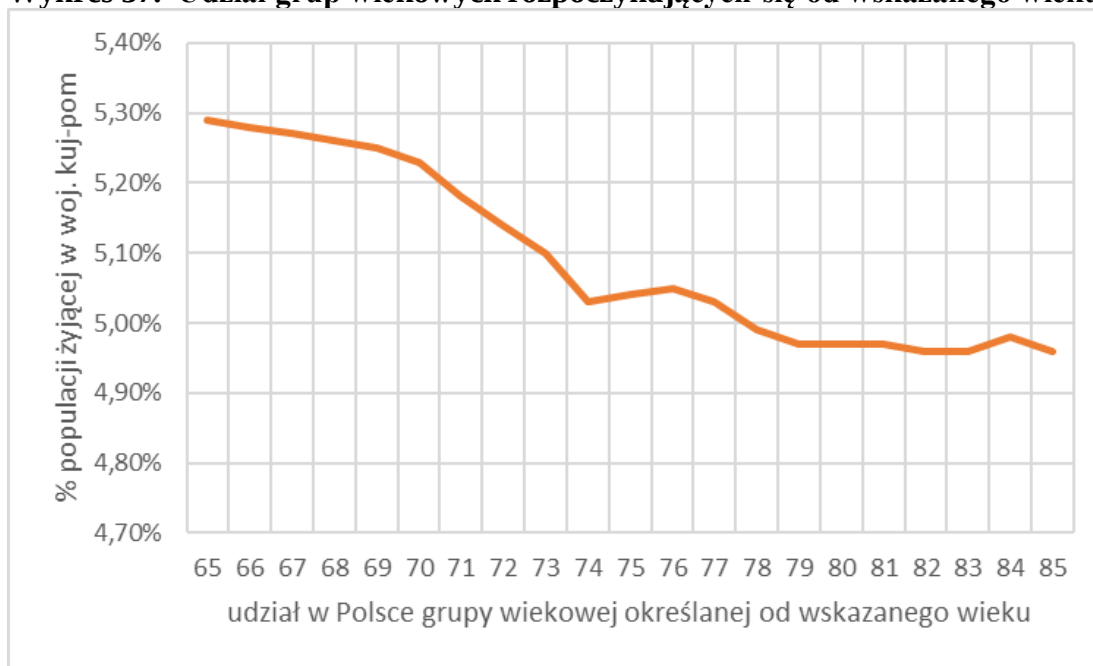
W oparciu o bieżący stan wiedzy i plany / scenariusze dotyczące przyszłych uwarunkowań realizacji i odpłatności świadczeń pielęgnacyjno - opiekuńczych, określone zostały plany finansowe ZPO na lata 2020 – 2021:

1. Minimalny planowany poziom nadwyżek finansowych w latach 2019 – 2021 jest dodatni i wynosi 0,2% przychodów ze sprzedaży co przekłada się na sumaryczny poziom: 70 000 zł. – 80 000 zł w okresie trzech lat i jest to progowy minimalny poziom zapewniający utrzymanie wyjściowej struktury kapitałowo – majątkowej oraz płynności finansowej
2. Minimalny planowany poziom przychodów ze sprzedaży w latach 2020 – 2021 wynosi: 12 250 000 zł. – 14 400 000 zł. rocznie, co stanowi wzrost w stosunku do roku 2019 o 2 650 000 zł i 4 800 000 zł.

Na przedstawione powyżej plany mają wpływ czynniki związane z epidemią COVID19, które w znacznym stopniu są nieprzewidywalne. Mając na względzie wdrożone procedury w ZPO i historię doświadczeń z okresu marzec – sierpień 2020 przyjmuje się utrzymanie w kolejnych 16 miesiącach tożsamego wpływu epidemii COVID19 na funkcjonowanie ZPO.

Województwo kujawsko – pomorskie w stosunku do punktu odniesienia jakim jest Polska, wykazuje wyższy odsetek grupy wiekowej od 65+ do 72+ w stosunku do pozostałych grup wiekowych. Oznacza, to, że w perspektywie 8 la popyt i potrzeby województwa i miasta Toruń na usługi opiekuńczo – pielęgnacyjne będzie wzrastał szybciej niż ma to miejsce średnio w Polsce.

Wykres 37. Udział grup wiekowych rozpoczynających się od wskazanego wieku w Polsce



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych z GUS

VII. SPIS TABEL I WYKRESÓW

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1. Dynamika przychodów ze sprzedaży ZPO (rok 2017 = 100%)	7
Wykres 2. Stopień wykorzystania miejsc / łóżek w ZPO	8
Wykres 3. Marża netto w ZPO.....	9
Wykres 4. Marża na kosztach operacyjnych oraz amortyzacja w ZPO.....	10
Wykres 5. Porównanie intensywności usług pielęgnacyjno – opiekuńczych ZPO vs Polska	11
Wykres 6. Poziom nadwyżek finansowych ZPO: lata 2017 – 2019 oraz minimalny plan na lata 2020 – 2021.....	16
Wykres 7. Udział świadczeniodawców udzielających świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w podziale na województwa.....	21
Wykres 8. Struktura majątku ZPO	26
Wykres 9. Struktura kapitałowa ZPO	26
Wykres 10. Stabilność struktury kapitałowo – majątkowej.....	27
Wykres 11. Przychody i koszty podstawowej działalności operacyjnej w latach 2017-30.06.2020 (w tys. zł.).....	33
Wykres 12. Struktura kosztów z działalności operacyjnej w latach 2017-30.06.2020.....	33
Wykres 13. Wartość początkowa oraz wartość netto środków trwałych i WNiP w latach 2017-30.06.2020 (w tys. zł.)	36
Wykres 14. Udział przychodów pochodzących z odpłatności pacjentów w ZPO.....	38
Wykres 15. Dynamika przychodów ze sprzedaży ZPO (rok 2017= 100%)	38
Wykres 16. Stopień wykorzystania miejsc / łóżek w ZPO	39
Wykres 17. Marża netto w ZPO.....	41
Wykres 18. Marża na kosztach operacyjnych oraz amortyzacja w ZPO.....	42
Wykres 19. EBITDA w ZPO	43
Wykres 20. Struktura przepracowanych godzin pracowników medycznych ZPO.....	44
Wykres 21. Liczba roboczogodzin przepracowanych przez pracowników medycznych ZPO	45
Wykres 22. Porównanie intensywności usług pielęgnacyjno – opiekuńczych ZPO vs Polska	46
Wykres 23. Średni poziom wynagrodzeń brutto personelu medycznego w ZPO	48
Wykres 24. Relacja wynagrodzeń pielęgniarek i opiekunów medycznych ZPO do średniego poziomu wynagrodzeń w Polsce z roku ubiegłego	49
Wykres 25. Koszty wynagrodzeń pracowników medycznych (bez administracji i kuchni) w ZPO ..	49
Wykres 26. Zagregowana struktura kosztów ZPO	50
Wykres 27. Struktura grupy pacjentów według skali Barthel	53
Wykres 28. Rozkład odpłatności pacjentów za żywienie i zakwaterowanie w ZPO, I połowa 2020 r.	55
Wykres 29. Wskaźnik bezrobocia według BEAL w Polsce	58
Wykres 30. Relacja wynagrodzeń pielęgniarek i opiekunów medycznych ZPO do średniego poziomu wynagrodzeń w Polsce z roku ubiegłego	59
Wykres 31. Rynek wtórny praw do emisji CO2 – wolumeny i średnie ceny rynkowe	60
Wykres 32. Funkcja popytu i podaży – prawa do emisji CO2 w [faza III, lata 2013 – 2020].....	61
Wykres 33. Wskaźnik wzrostu cen towarów i usług konsumenckich („wskaźnik inflacji w kosztach”)	62
Wykres 34. Zależność kosztu osobodnia od wielkości jednostki	65
Wykres 35. Poziomy emerytur w Polsce i województwie kujawsko-pomorskim w I kwartale lat 2017 - 2020	68
Wykres 36. Poziom nadwyżek operacyjnych EBITDA ZPO: lata 2017 – 2019 oraz minimalny plan na lata 2020 - 2021.....	70
Wykres 37. Udział grup wiekowych rozpoczynających się od wskazanego wieku w Polsce	71

SPIS TABEL

Tabela 1. Liczba pacjentów objętych świadczeniami opieki długoterminowej w 2018 r.	22
Tabela 2. Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i opiekuńczo-lecznicze w Polsce i w województwie kujawsko-pomorskim w 2018 roku	22
Tabela 3. Wykaz ZOL/ZPO w województwie kujawsko-pomorskim (posiadających umowę z NFZ w 2020 roku).....	23
Tabela 4. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności	24
Tabela 5. Wartość bilansowa aktywów trwałych oraz WNiP na dzień 30.06.2020 w zł.	25
Tabela 6. Dane techniczne charakteryzujące obiekt	25
Tabela 7. Podsumowanie wyników oceny sytuacji ekonomiczno-finansowej za okres 2019 –30.06. 2020.....	27
Tabela 8. Tabela punktów ogółem za okres 2019– 30.06.2020.....	28
Tabela 9. Fundusz własny w latach 2017- 30.06.2020 (w zł.).....	30
Tabela 10. Przychody i koszty działalności operacyjnej w latach 2017-30.06.2020 (w zł.)	31
Tabela 11. Przychody i koszty działalności finansowej w latach 2017-30.06.2020 (w zł.)	34
Tabela 12. Wartość aktywów trwałych oraz WNiP w latach 2017-30.06.2020 (w zł.).....	35
Tabela 13. Poziomy i struktura przychodów ze sprzedaży ZPO	39
Tabela 14. Przychody na osobodzień.....	40
Tabela 15. Koszty operacyjne na osobodzień	41
Tabela 16. Struktura katalogu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ZPO oraz w Polsce	45
Tabela 17. Stan zatrudnienia pracowników medycznych w ZPO	47
Tabela 18. Koszty materiałów bezpośrednich w ZPO.....	51
Tabela 19. Koszty bazowe i koszty ogółem osobodnia w Oddziałach Całodobowych.....	52
Tabela 20. Rodzaje kosztów wchodzących w skład kosztów żywienia i pobytu	56
Tabela 21. Rozliczenie nadwykonań ZPO.....	57
Tabela 22. Oddział somatyczny - wymagania kadrowe wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia.....	74
Tabela 23. Oddział psychogeriatryczny	76

Załącznik 1. Wymagania ustawowe dotyczące zatrudnienia kadr zapewniających realizację świadczeń w ramach opieki długoterminowej

Podstawa prawna:

- a) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Świadczenia udzielane w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych, dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia lub dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie.
- b) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień

Tabela 22. Oddział somatyczny - wymagania kadrowe wynikające z Rozporządzenia Ministra Zdrowia

Personel	Wymagania wynikające z rozporządzenia	Wymagania dla ZPO
Zakłady opiekuńcze dla dorosłych		
Lekarze	Przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek (równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek)	2 etaty przeliczeniowe na 70 łóżek
Pielęgniarki	z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów – łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających świadczeń u danego świadczeniodawcy.	
Fizjoterapeuci	udziela świadczeń w łącznym wymiarze 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek (równoważnik 2 etatów przeliczeniowych na 35 łóżek), w zakładach opiekuńczych dla świadczeniobiorców będących w stanie wegetatywnym (którzy nie są w stanie przełykać i są karmieni przez zgłębnik lub gastrostomię lub jejunostomię lub pozajelitowo), a którzy w ocenie skalą Barthel otrzymali „0” punktów – udziela świadczeń w łącznym wymiarze ¼ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko (równoważnik ¼ etatu przeliczeniowego na 1 łóżko)	11 etatów
Psycholog	Udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek	1 etat przeliczeniowy na 70 łóżek
Logopeda		
Terapeuta zajęciowy	udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia	1 etat przeliczeniowy na 70 łóżek
Opiekun medyczny	Dopuszcza się zatrudnienie w zamian za pielęgniarkę	

Zakłady opiekuńcze dla świadczeniobiorców wentylowanych mechanicznie		
Lekarze	Przy zakresie obowiązków obejmującym badanie pacjentów nie mniej niż 2 razy w tygodniu i porady na wezwanie w razie potrzeby – udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/8 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko (równoważnik 1/8 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko)	1 etat przeliczeniowy na 8 łóżek
Pielęgniarki	Z ukończoną specjalizacją, kursem kwalifikacyjnym lub w trakcie odbywania tych specjalizacji lub kursów - łącznie 25% czasu pracy ogółu pielęgniarek udzielających tych świadczeń u danego świadczeniobiorcy	
Fizjoterapeuci	udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/4 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko (równoważnik 1/4 etatu przeliczeniowego na 1 łóżko)	0,5 etatu przeliczeniowego na 2 łóżka
Psycholog	Udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 łóżek	0,1 etatu przeliczeniowego na 8 łóżek
Logopeda		
Terapeuta zajęciowy	udziela świadczeń w łącznym wymiarze 1/2 etatu przeliczeniowego na 35 pacjentów uczestniczących w terapii w ciągu tygodnia	0,1 etatu przeliczeniowego na 8 łóżek
Opiekun medyczny	Dopuszcza się zatrudnienie w zamian za pielęgniarkę	

Źródło: Opracowanie własne

Tabela 23. Oddział psychogeriatryczny

Personel	Wymagania wynikające z rozporządzenia	Wymagania dla ZPO
Świadczenia opiekuńczo– lecznicze psychiatryczne dla dorosłych		
Lekarze	lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek*	0,75 etatu przeliczeniowego na 60 łóżek
	lekarz specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych lub inny lekarz specjalista, lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie odpowiedniej do potrzeb zdrowotnych pacjentów, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie odpowiedniej do potrzeb zdrowotnych pacjentów – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 160 łóżek*	0,38 etatu przeliczeniowego na 60 łóżek
Psycholog	równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 80 łóżek	0,75 etatu przeliczeniowego na 60 łóżek
Terapeuta zajęciowy	równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 40 łóżek*	1,5 etatu przeliczeniowego na 60 łóżek
Pielęgniarki	równoważnik 0,5 etatu na łóżko	30 etatów na 60 łóżek
Świadczenia dzienne psychiatryczne geriatryczne		
Lekarze	lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 48 miejsc	0,94 etatu przeliczeniowego na 45 miejsc
	lekarz specjalista w dziedzinie psychiatrii lub lekarz, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca	1,88 etatu przeliczeniowego na 45 miejsc
Psycholog	1 etatu przeliczeniowego na 14 miejsc	3,21 etatu przeliczeniowego na 45 miejsc
Terapeuta zajęciowy	równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 24 miejsca	1,88 etatu przeliczeniowego na 45 miejsc
Pielęgniarki		

Źródło: Opracowanie własne