

**Rakowski, Witold / Sadowska, Kamila**

---

**Szpital Zachodni w Grodzisku  
Mazowieckim - jego działalność i  
sytuacja finansowa**

---

Rocznik Żyrardowski 8, 467-495

---

2010

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Witold Rakowski  
Kamila Sadowska

# **Szpital Zachodni w Grodzisku Mazowieckim – jego działalność i sytuacja finansowa**

## **Wprowadzenie**

System opieki zdrowotnej w Polsce składa się współcześnie z wielu podmiotów, poczynając od prywatnych gabinetów lekarskich (stomatologicznych, aptek, punktów aptecznych), poprzez różnorodne ośrodki zdrowia istniejące we wszystkich gminach, szpitale ogólne i specjalistyczne o różnym zakresie świadczenia usług i kliniki, Centrum Zdrowia Dziecka, a na ratownictwie medycznym przedszpitalnym kończąc. Spoiwem łączącym różnorakie ogniwa tego systemu jest od 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zawierający kontrakty z samodzielnymi publicznymi i niepublicznymi zakładami służby zdrowia na świadczenie usług. Administracyjnie NFZ podlega Ministerstwu Zdrowia<sup>1</sup>, które jest odpowiedzialne konstytucyjnie za funkcjonowanie służby zdrowia.

Z systemem opieki zdrowotnej współpracują uczelnie wyższe (akademie i uniwersytety medyczne), instytuty badawcze, stacje epidemiologiczne, wytwórnie leków i środków higienicznych, a także sanatoria, uzdrowiska i wiele organizacji pozarządowych. Każde ogniwo w systemie opieki zdrowotnej spełnia odpowiednią rolę. Co prawda część świadczonych usług przez poszczególne ogniwa pokrywa się, to jednak ich zakres działania nie jest taki sam.

Bardzo ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej odgrywają szpitale. Zgodnie z zaleceniami wiedeńskimi (Vienna Recommendations) szpital powinien:

1. Promować godność ludzką, równość i solidarność, a także zawodową etykę, uznawanie różnicowania potrzeb, wartości i kultur różnych grup społeczeństwa;

---

<sup>1</sup> Ministerstwo Zdrowia to władza publiczna, wg Konstytucji RP zapewnia równy dostęp do opieki zdrowotnej.

2. Ukierunkować swoją działalność na poprawę jakości, dobre samopoczucie pacjentów, rodziny i personelu oraz na ochronę środowiska i stworzenie potencjalnych możliwości stania się instytucją uczącą;
3. Skupiać się na zdrowiu w ujęciu całościowym (holistycznym), a nie tylko na świadczeniach leczniczych;
4. Zwracać uwagę, aby personel udzielał świadczeń zdrowotnych pacjentom i ich rodzinom w możliwie najlepszy sposób, który ułatwi proces zdrowienia i zwiększał możliwość udziału pacjentów w tym procesie;
5. Przy korzystaniu z zasobów zwracać uwagę na koszty i skuteczność postępowania, dążąc równocześnie do uzyskiwania poprawy zdrowia, a także ściśle współpracować z innymi poziomami systemu opieki zdrowotnej i społeczeństwem [Karski 2006 s. 102].

Tak więc w 5. punkcie zwraca się uwagę na koszty i skuteczność leczenia, a więc na ekonomikę działań medycznych. Problemem służby zdrowia w Polsce (i nie tylko) jest jej finansowanie zarówno od strony zaplecza, a więc coraz droższego wyposażenia w sprzęt i urządzenia, które mają służyć wczesnemu wykrywaniu chorób i skutecznemu leczeniu, jak też stosowanych w leczeniu leków i innych środków. Do tego dochodzą coraz większe koszty związane z podnoszeniem kwalifikacji personelu medycznego, utylizacji odpadów medycznych [Figat 2006]. Z drugiej strony uważa się, że szpitale, przychodnie zdrowia finansowane ze składek uiszczanych bezpośrednio przez społeczeństwo i częściowo z budżetu państwa ponoszą zbyt wysokie koszty świadczonych usług, co w sumie prowadzi do utraty płynności finansowej, ponieważ wpływy finansowe są często zbyt niskie w stosunku do ponoszonych kosztów. Z kolei służba zdrowia, która ma służyć społeczeństwu i przez to społeczeństwo jest finansowana (podatki, składki ubezpieczenia) była i jest powszechnie krytykowana za utrudnioną dostępność, złe świadczenie usług. Podejmowane przez kolejne ekipy rządowe reformy służby zdrowia nie przyniosły oczekujących rezultatów [Tymowska 1996, Aksman 1999], włącznie z reformą z 2003 r. wprowadzającą Narodowy Fundusz Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391 z dnia 1 kwietnia 2003 r.), który stał się państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną zarządzającą środkami finansowymi pochodzącymi głównie ze składek na ubezpieczenia zdrowotne<sup>2</sup> [Włodarczyk

---

<sup>2</sup> Do 2000 r. składka na ubezpieczenie zdrowotne wynosiła 7,5% (płacą ją osoby pracujące, jak również emeryci, renciści), w latach 2001–2002 odpowiednio 7,75%, w 2003 r. 8%, w 2004 r. 8,25%, w 2005 r. 8,5%, w 2006 r. 8,75% i od 2007 r. wynosi 9% od wynagrodzenia brutto.

1998, Karpowicz, Godlewski 2006]. Tak więc NFZ<sup>3</sup> wypełnia w polskim systemie opieki zdrowotnej funkcję płatnika poprzez zawieranie umów z zakładami opieki zdrowotnej, które z kolei mają różne formy prawne.

O strukturze finansowania zakładów opieki zdrowotnej decydują podmioty je tworzące. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej pozyskują głównie środki z NFZ, inne źródła są mało znaczące, co pragniemy udowodnić na przykładzie Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim. W związku z tym, że Konstytucja RP zapewnia obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, pozyskiwanie środków finansowych za odpłatne świadczenia usług zdrowotnych przez tego typu zakłady bez dokonania zmian własnościowych jest bardzo ograniczone. Z jednej więc strony strumień środków płynących do szpitali z NFZ<sup>4</sup> jest niewystarczający w stosunku do poniesionych przez nie kosztów związanych ze świadczonymi usługami zdrowotnymi i eksploatacją posiadanego majątku, który ze względu na niewystarczające ilości środków pieniężnych jest słabo wykorzystany, oraz z drugiej strony system płacowy ogranicza pozyskiwanie pieniędzy za płatne świadczenia usług zdrowotnych dla obywateli, którzy zgodnie z Konstytucją powinni te usługi otrzymywać bezpłatnie<sup>5</sup>. Z kolei NFZ, mając również ograniczoną pulę środków płynących z opłaconych składek przez obywateli zawiera kontrakty ze szpitalami na mniejszą ich ilość niż dany szpital jest w stanie świadczyć i często świadczy ze względu na istniejący popyt. Mamy więc do czynienia w służbie zdrowia ze zjawiskiem swoistego zapętleńia. W związku z tym nasuwa się pytanie, jak w takich warunkach zapętleńia radzi sobie finansowo nowo powstały szpital zaliczany do nowoczesnych pod względem kadry i wyposażenia.

Skoro tak często społeczeństwo narzeka na służbę zdrowia, a rządzący próbują to tłumaczyć brakiem środków finansowych, należy dokonać pewnej analizy świadczonych usług przez szpital o nowoczesnym wyposa-

---

<sup>3</sup> NFZ działa na podstawie ustawy z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach zakładów opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135).

<sup>4</sup> Należałoby dokonać analizy kosztów związanych z samym funkcjonowaniem administracji NFZ i odpowiedzieć na pytanie, jaką część środków zużywa sam NFZ. Być może właśnie utrzymanie samego NFZ jest zbyt kosztowne, dlatego nie starcza środków na służbę zdrowia.

<sup>5</sup> Środki płynące ze składek do NFZ są tym niższe, im wyższe jest bezrobocie. Z kolei wysokie bezrobocie powoduje niskie wynagrodzenie pracowników, od którego odprowadza się składki na ubezpieczenie zdrowotne. Bezrobotni, nie płacąc bezpośrednio składek, mają jednak prawo do bezpłatnej służby zdrowia. Źródłem finansowania składek jest też budżet państwa, a więc dotacje płyną do KRUS, dla bezrobotnych bez prawa do zasiłku, dla osób korzystających z urlopów wychowawczych, żołnierzy, studentów.

zeniu i bardzo dobrze zarządzanym, z jednoczesną pewną oceną sytuacji finansowej tego szpitala. Sądzymy, że tylko poprzez dokładną analizę poszczególnych ogniw świadczonych usług i kosztów ponoszonych przez system służby zdrowia oraz źródeł zasilania w środki można odpowiedzieć na pytanie dlaczego istnieje zapaść finansowa tego tak ważnego segmentu życia społeczno-ekonomicznego.

## 1. Ogólna charakterystyka szpitala

Z przekazów ustnych wynika, że już przed II wojną światową mieszkańcy Grodziska uważali, że miasto powinno posiadać własny szpital<sup>6</sup>, dlatego organizowali loterie, zbiórki publiczne, sprzedawali cegiełki celem pozyskania środków na budowę szpitala [Glizia, 2010]. Wojna przerwała tę inicjatywę, a w czasach tuż powojennych były pilniejsze potrzeby, toteż budowę szpitala odsunięto w czasie. W latach 70. XX wieku zintensyfikowano starania w tym zakresie, ponieważ przy ulicy Dalekiej w zachodniej części miasta zarezerwowano w planach zagospodarowania przestrzennego teren około 10 ha pod ewentualną budowę szpitala. Teren ten był w części własnością państwa, a w części prywatnych właścicieli. Z uzyskanych informacji wynika, że początkowo miał być to szpital na około 660 łóżek z przeznaczeniem dla wojsk Układu Warszawskiego. W dniu 8 kwietnia 1981 roku powołano społeczny komitet składający się z 50 osób reprezentujących wszystkie opcje polityczne, władze administracyjne, organizacje społeczne, służbę zdrowia, duchowieństwo o czym szerzej pisze K. Płukis [2006]. Kamień węgielny wmurowano 30 maja 1989 roku i budowa trwała do 1992 roku. W dniu 12 maja 1992 roku wojewoda ówczesnego województwa stołecznego wydał decyzję o likwidacji Dyrekcji Budowy Szpitala w Grodzisku Mazowieckim jako inwestora i nakazał nieodpłatne przekazanie protokołem zdawczo-odbiorczym zadań i składników majątkowych Zespołowi Opieki Zdrowotnej w Grodzisku Mazowieckim, co jednocześnie oznaczało wstrzymanie budowy [Glizia, 2010]. „Powodem<sup>7</sup> wstrzymania budowy był oficjalnie brak środków finansowych na inwestycję, a tak naprawdę wydaje mi się, iż ówczesna władza – prawicowa – uznała, że był to szpital budowany w ramach Rady Wzajemnej Pomocy Gospodarczej, przekonaniem władzy było, że to wszystko, co jest „komunistyczne”, jest złe, że to właśnie „komuniści” sobie ten szpital budują, doprowadzili do przerwania

---

<sup>6</sup> W sąsiedztwie Grodziska Mazowieckiego szpital znajdował się w Turczyнку.

<sup>7</sup> Fragment wywiadu ze starostą grodziskim mgr. Wiesławem Kamińskim, przeprowadzonego 23 października 2003 roku [Glizia 2010, s. 20–21].

inwestycji, która już wówczas pochłonęła dużo środków finansowych i była na zaawansowanym etapie. Dlatego też podjęliśmy wraz z burmistrzem Grodziska Mazowieckiego Panem Grzegorzem Benedykańskim próbę wznowienia inwestycji. Byłem wówczas radnym w radzie miejsko-gminnej i wraz z Burmistrzem występowaliśmy do władz wojewódzkich, do Pana Tokarskiego, który był wicewojewodą, o podjęcie działań zmierzających do kontynuowania budowy szpitala. Wówczas zapadła decyzja o konieczności przeprojektowania szpitala na mniejszy niż zakładał to pierwotny projekt”. W 1996 roku wznowiono budowę wraz z zawężeniem zakresu budowy do 334 łóżek.

Po nowym podziale administracyjnym kraju i powołaniu samorządnych powiatów inwestycję przejął powiat grodziski, który równocześnie stał się organem założycielskim<sup>8</sup>. W 2002 roku zostały uruchomione pierwsze trzy oddziały, a w 2003 roku otwarto niektóre poradnie specjalistyczne. Szpital Zachodni przyjął personel i aparaturę ze starego wyeksploatowanego już oddziałowego szpitala w Turczynku. W kwietniu 2003 roku szpital przyjął pierwszych pacjentów na oddziale wewnętrznym.

W latach następnych kontynuowano rozbudowę szpitala i uruchomiono kolejne oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, neurologiczny i udarowy, urologii, ortopedii i transplantologii, anestezjologii i intensywnej terapii, kardiologii. Ponadto uruchomiono Szpitalny Oddział Ratunkowy, który jest wyposażony w 5 karetek z pełnym wyposażeniem, a w przyszłości z udostępnieniem lądowiska dla helikopterów.

W dniu 19 stycznia 2006 roku nastąpiło oficjalne otwarcie Rejestracji Poradni Specjalistycznych. W lutym 2007 roku otwarto pracownie Densytometrii i Poradnie Osteoporozy, które zostały wyposażone w nowoczesny sprzęt niespotykany w szpitalach szczebla powiatowego. W lutym 2008 roku oddano do użytku nowy, przekształcony z pododdziału oddział urologiczny oraz unowocześnioną z odrębną rejestracją Poradnię Ortopedyczno-Urazową. W tym samym czasie uruchomiono Poradnię ECPW i Poradnię Gastroenterologiczną, a w marcu 2008 roku uruchomiono Poradnię Stomatologiczną, zaś w lipcu Pracownię Rezonansu Magnetycznego.

---

<sup>8</sup> Należy nadmienić, iż po nowym podziale administracyjnym kraju narzucono jednostkom samorządu terytorialnego odpowiedzialność za funkcjonowanie ochrony zdrowia. Stały się one założycielami dla większości przychodni (ośrodków zdrowia), szpitali powiatowych i wojewódzkich. Zatem problem ochrony zdrowia przeniesiono z władz centralnych (rządowych) na jednostki samorządu terytorialnego. Samorząd ten został obciążony odpowiedzialnością za gospodarkę finansową Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w przypadku, kiedy generują one straty i nie są w stanie ich pokryć same. Wtedy strata ta musi być pokrywana przez budżet tej jednostki samorządu, która Zakład Opieki Zdrowotnej utworzyła.

W 2009 roku oddano do użytku Oddział Chirurgii Onkologicznej, Oddział Diagnostyki Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej z Pracownią Hemodynamiki. Tak więc szpital ten wyposażony w nowoczesny sprzęt i aparaturę, zatrudniający personel medyczny o bardzo wysokich kwalifikacjach (w tym profesorów tytularnych, doktorów habilitowanych i doktorów nauk medycznych) może świadczyć bardzo szeroki zakres usług na wysokim poziomie. Jest to najnowocześniejszy szpital województwa mazowieckiego i jeden z najlepszych w Polsce.

Szpital Zachodni należy do Krajowej i Europejskiej Sieci Szpitali Promujących Zdrowie, powołanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) i bierze udział w międzynarodowym programie Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals – Doskonalenie Narzędzi w Zakresie Poprawy Jakości Przebywania w Szpitalach (patrz punkt 2, 4 Zaleceń Wiedeńskich). Od marca 2006 Szpital bierze udział w Międzynarodowym Projekcie naukowo-badawczym pt. „Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies” finansowanym przez Unię Europejską i realizowanym przez międzynarodowe konsorcjum zrzeszone w European Hospital and Health Care Federation. Oczywiście cykl inwestycyjny jeszcze trwa i trwał będzie nadal, ponieważ prowadzone badania naukowe pozwalają lepiej i wcześniej dzięki nowej aparaturze wykrywać zagrożenia dla zdrowia ludzkiego i choroby, a jednocześnie nowe metody diagnozowania, leczenia umożliwiają szybsze przywracanie do zdrowia. W związku z tym, że w tym zakresie następuje szybki postęp szpitale zmuszone są nabywać nowy sprzęt, urządzenia, narzędzia, materiały, środki higieniczne i lekarstwa, a równocześnie prowadzić aktywną promocję zdrowego trybu życia, aby w ten sposób zmniejszyć zapotrzebowanie na usługi medyczne i na środki finansowe.

Tak więc, podsumowując tę część, można stwierdzić, iż powstanie i unowocześnienie tego szpitala należy zawdzięczać determinacji władz samorządu gminnego, a od 1999 roku także powiatowego przy wsparciu wielu innych osób [Płukis 2006].

## **2. Źródła finansowania nakładów inwestycyjnych Szpitala Zachodniego**

Problemem krajów będących na tzw. dorobku są niskie oszczędności ludności, ponieważ niski jest PKB przypadający na 1 mieszkańca. W takiej sytuacji zdecydowana większość środków musi być przeznaczona na cele konsumpcyjne, a niewielka część na inwestycyjne i to głównie pro-

dukcyjne lub na infrastrukturę techniczną. Wydatki inwestycyjne na służbę zdrowia są niewielkie. Wobec tego budowa szpitala w takich warunkach jest utrudniona ze środków pochodzących z budżetu państwa. Dlatego poszukuje się różnych źródeł zasilania, albowiem jest to inwestycja kosztowna. Ocenia się, że budowa Szpitala Zachodniego pochłonęła do 2009 roku około 240 mln zł (w cenach z 2009 roku), a do zrealizowania całego cyklu inwestycyjnego potrzeba jeszcze około 10 mln zł [Gliza 2010, s. 23]. Tak wysokich nakładów, ze względu na złą sytuację finansową, nie mogą ponieść gminy, a tym bardziej powiaty. W latach 1989–2000 środki inwestycyjne pochodziły z budżetu państwa i były rezerwowane w ustawach budżetowych. Natomiast w latach 2001–2008 środki finansowe uzyskiwano z corocznych kontraktów wojewódzkich jako dotacje celowe na unowocześnienie i rozbudowę systemu ochrony zdrowia oraz z budżetu państwa. Problem ten nadaje się do osobnego omówienia, a tu ograniczymy się tylko do struktury nakładów inwestycyjnych szpitala w latach 2006–2008 pozyskanych z budżetu państwa (tab. 1). Otóż w tym okresie najwięcej środków było przeznaczonych na wyposażenie poszczególnych oddziałów oddawanych do eksploatacji. Drugą pozycję stanowiły prace, głównie wykończeniowe, związane z zakładaniem instalacji sanitarnej i elektrycznej. Warto przy tym zauważyć, że nakłady na te dwa cele były o wiele większe w 2006

Tab. 1. Nakłady inwestycyjne poniesione na Szpital Zachodni w latach 2006–2008 wg przeznaczenia w tys. zł

Zakres wykonywanych prac	2006	2007	2008
1. Prace budowlano-wykończeniowe (w tym instalacje sanitarne i elektryczne)	4256	2650	1425
2. Wykonanie poczty pneumatycznej	40	298	–
3. Dźwiękowy system ostrzegawczy dla SOR	600	224	–
4. Wyposażenie oddziałów	9034	5544	5319
5. Informatyzacja	570	1232	–
6. Dokumentacja budowlano-wykonawcza	126	244	–
7. Rozruch energetyczny	40	49	–
8. Obsługa inwestora	374	450	–
9. Zagospodarowanie terenu	–	878	697
10. Sieć monitoringu	–	218	–
<b>Ogółem</b>	<b>15040</b>	<b>11787</b>	<b>7441</b>

Źródło: w tej tabeli i następujących: opracowanie własne na podstawie danych udostępnionych w Szpitalu Zachodnim.



roku niż w dwóch następnych latach, co świadczy o końcowym etapie prac w tym zakresie. Natomiast w 2007 roku w stosunku do roku poprzedniego wzrosły dwukrotnie nakłady na informatyzację szpitala. O tym, że szpital znajduje się w końcowym cyklu realizacji inwestycji świadczą nakłady związane z zagospodarowaniem otoczenia obiektu i sieci monitoringu oraz niewielkie już nakłady na sporządzenie dokumentacji budowlano-wykończeniowej. Również powiat jako podmiot założycielski wspiera szpital finansowo poprzez przeznaczenie środków na zakup sprzętu oraz na cele bieżących remontów.

W kolejnych latach szpital otrzymał od zarządu powiatu następującą pulę środków finansowych (w tys. zł):

2006 r.	–	290
2007 r.	–	400
2008 r.	–	956
2009 r.	–	1004
2010 r. (plan)	–	500

Czyli wraz z poprawą sytuacji finansowej powiatu (Rezler 2010) przeznaczano coraz wyższe kwoty pieniędzy dla szpitala, ponieważ służy on społeczności lokalnej poprzez świadczenie usług medycznych, ale jednocześnie daje on źródło utrzymania dla pokażnej liczby ludności, o czym szerzej w następnej części artykułu.

Szpital dzięki własnej inwestycji pozyskuje środki finansowe z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego. W 2009 roku szpital zawarł umowę z Mazowiecką Jednostką Wdrażania Projektów Unijnych na dofinansowanie projektu pt. „Zwiększanie dostępności i jakości usług medycznych świadczonych w Samodzielnym Publicznym Specjalistycznym Szpitalu Zachodnim”, która dotyczy zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego wraz z niezbędnym wyposażeniem. Całkowita wartość projektu wynosi prawie 12 mln zł [Sadowska 2010, s. 41], z tego zdecydowana większość będzie finansowana ze środków unijnych.

W 2009 roku w ramach tego projektu zakupiono sprzęt o ogólnej wartości 6,3 mln zł, z tego między innymi:

- angiograf, automatyczny wstrzykiwacz kontrastu, pompę do kontroli pulsacji, defibrylator, aparat  
USG – echo serca o wartości – 3469 tys. zł
- aparaty do hemodializ – 588 tys. zł
- echokardiograf – 524 tys. zł
- aparat ultrasonograficzny (USG) – 339 tys. zł
- laser – 318 tys. zł
- aparat RTG z ramieniem C – 267 tys. zł

- automatyczny analizator immunohematologiczny – 227 tys. zł
- wideoduodenoskop: TJF-160VR – 143 tys. zł
- sprzęt endoskopowy – 128 tys. zł
- kolumna endoskopowa – 104 tys. zł

Pewne środki finansowe pozyskuje szpital od firm farmaceutycznych, w tym przypadku od firmy Gedeon Richter (dawna Polfa Grodzisk) oraz od niektórych przedsiębiorstw.

Należy zdawać sobie sprawę, że część sprzętu i urządzeń będzie się zużywać lub będzie następowało starzenie moralne, wobec tego zachodzić będzie ciągła potrzeba uzupełniania wyposażenia. Coraz ważniejsze źródło zasilania stanowią będą własne środki pochodzące z amortyzacji (patrz koszty tab. 11).

### 3. System organizacyjny szpitala

Szpitałem zarządza dyrektor, najlepiej gdyby to była osoba mająca ukończone studia z dziedziny nauk ekonomicznych (ekonomia, finanse, zarządzanie) oraz odbyte studia podyplomowe z ekonomiki zdrowia plus doświadczenie zdobyte na stanowiskach kierowniczych. Taką osobą jest dyrektor Szpitala Zachodniego, mająca jako zastępców dyrektora do spraw lecznictwa i dyrektora do spraw administracyjnych. Szpital dzieli się na oddziały, którymi kierują dyrektorzy oddziałów.

Na koniec 2009 roku było 11 oddziałów, z tego o największej liczbie łóżek to oddział chorób wewnętrznych oraz oddział ortopedii, traumatologii i nieco mniejszy oddział chirurgii ogólnej. Najmniejszą liczbą łóżek dysponują oddziały chirurgii onkologicznej i ratunkowy (tab. 2). Można więc twierdzić, iż liczba łóżek w poszczególnych oddziałach jest dopasowana do zgłaszanego popytu. Oczywiście w miarę potrzeb hospitalizowane osoby są przemieszczane z jednych do drugich oddziałów. W skład szpitala wchodzi także poradnie, pracownie, zakłady, laboratoria.

Ciałem opiniującym działalność szpitala i wnioskującym jest rada społeczna. W jej skład wchodzi starosta lub jego przedstawiciel, przedstawiciele wojewody i 10 członków wybranych przez radę powiatu. Tak więc powiat jako organ założycielski ma decydujący głos w sprawach, które dotyczą funkcjonowania szpitala jako jednostki ściśle powiązanej ze społecznością lokalną, a którą reprezentują w radzie jej przedstawiciele.

Tab. 2. Liczba łóżek na poszczególnych oddziałach, stan na 31.12.2009 roku

Nazwa Oddziału Szpitala	Liczba łóżek	W tym	
		łóżka intensywnego nadzoru	łóżka wzmożonego nadzoru
1. Anestezjologii i Intensywnej Terapii	15	14	1
2. Szpitalny Oddział Ratunkowy	11	3	8
3. Chorób Wewnętrznych	69	–	8
4. Diagnostyki Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej	14	4	–
5. Pediatrii	26	–	3
6. Kardiologii	23	8	–
7. Neurologiczny i Udarowy	25	4	6
8. Ortopedii i Traumatologii	69	–	8
9. Urologii	20	–	2
10. Chirurgii Ogólnej	40	–	3
11. Chirurgii Onkologicznej	10	–	–
<b>Ogółem</b>	<b>322</b>	<b>33</b>	<b>39</b>

#### 4. Zatrudnienie i wynagrodzenie

Z ekonomicznego, jak też społecznego punktu widzenia zatrudnienie stanowi najwyższą wartość zrealizowanej inwestycji. Spełnia swoją rolę wtedy, gdy jest społecznie użyteczna, a więc wytwarza dobra materialne lub świadczy usługi, na które jest popyt. Jeśli na dane dobro jest popyt, to znaczy, że zaspokaja ono potrzeby społeczeństwa w dwojaki co najmniej sposób. Daje zatrudnienie, a więc pracę i wynagrodzenie, za które z kolei można nabyć dobra i zaspokoić potrzeby. Jak już wcześniej nadmieniono, część otrzymywanego wynagrodzenia przekazywana jest na ubezpieczenie zdrowotne, a więc zasila finanse NFZ, z których korzysta szpital. Liczba osób zatrudnionych w danej jednostce świadczy o jej regionotwórczej roli. Szpital jest jednak podmiotem dość specyficznym z punktu widzenia zatrudnienia, albowiem część osób pracuje na podstawie umowy o pracę w pełnym lub niepełnym wymiarze czasu pracy (umowa pół lub ćwierć etatu), a część na podstawie umowy cywilno-prawnej bardziej korzystnej dla lekarzy. Tak więc pisząc o liczbie zatrudnionych w Szpitalu Zachodnim (tab. 3), które w przeliczeniu na pełne etaty w 2006 roku – wynosiło 645, a w 2009 roku 697 osób należy pamiętać, iż nie odzwierciedla ono rzeczywistości. Ujmuje ono tylko tych, którzy mają umowę o pracę, a więc jest ono znacznie wyższe, bo część lekarzy ma zawarte umowy cywilno-

prawne. Ponadto szpital, aby obniżyć koszty związane z zatrudnieniem część niektórych usług (np. sprzątanie, utrzymywanie zieleni) zleca innym firmom. Musimy pamiętać też, że ciągle trwają prace związane z instalacją urządzeń, remontami bieżącymi wykonywanymi przez firmy zewnętrzne. Tak więc szpital angażuje około 1000 pracowników.

Tabela 3. Liczba zatrudnionych w Szpitalu Zachodnim w latach 2006–2009

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009
<b>A. Personel medyczny, w tym:</b>	<b>522</b>	<b>536</b>	<b>559</b>	<b>556</b>
1. Lekarze	110	108	104	102
2. Rezydenci	10	13	14	18
2. Pielęgniarki	260	261	272	265
3. Położne	2	2	2	2
4. Pozostały personel medyczny, w tym: ratownicy, sanitariusze, rehabilitanci, technicy analitycy, laboranci, dietytycy oraz inny personel medyczny	140	152	167	169
<b>B. Personel niemedyczny, w tym:</b>	<b>123</b>	<b>129</b>	<b>137</b>	<b>141</b>
1. Administracja	61	66	73	75
2. Pozostały personel niemedyczny, w tym:	62	63	64	66
– pracownicy kuchni, pralni	29	30	30	29
– obsługa techniczna (dział techniczny, konserwatorzy, pracownik gospodarczy, dział inwestycyjno-eksploatacyjny)	21	21	22	24
– obsługa medyczna (dział organizacji i usług medycznych, sekcja dokumentacji medycznej, promocja zdrowia, pomoc apteczna)	12	12	12	13
<b>Ogółem (w etatach)</b>	<b>645</b>	<b>665</b>	<b>696</b>	<b>697</b>

Przedmiotem niniejszej analizy będzie jednak tylko zatrudnienie na podstawie umowy o pracę. Wśród zatrudnionych można wyróżnić dwie podstawowe grupy, a mianowicie personel medyczny i pozostały obsługujący i wspomagający personel medyczny oraz zajmujący się zarządzaniem szpitala. Spośród personelu medycznego, który stanowi prawie 80% zatrudnionych (tab. 3) najwięcej jest pielęgniarek. Udział lekarzy wśród personelu medycznego nie przekracza 20%, przy czym ich liczba w latach 2006–2009 nieco zmalała, bo część z nich przeszła na bardziej dla nich korzystne umowy cywilno-prawne. Wzrosła zaś liczba zatrudnionych pielęgniarek i pozostałego personelu medycznego (sanitariusze, laboranci itd.). W związku z poszerzeniem działalności szpitala wzrosło także nieco zatrudnienie personelu niemedycznego, w tym także w administracji. W okresie 4 analizowanych lat pomimo bardzo znacznego rozszerzania działalno-

ści szpitala zatrudnienie wzrosło zaledwie o 8,1%, zaś wynagrodzenie o 31,8%. Szybszy wzrost wynagrodzenia niż zatrudnienia spowodowany był podnoszeniem płac personelu medycznego. Płace w służbie zdrowia, gdzie pracuje bardzo dużo osób o wysokich kwalifikacjach kształtowały się nieco tylko wyżej od średniej miesięcznej płacy w gospodarce narodowej<sup>9</sup>.

Tabela 4. Koszty wynagrodzeń pracowników i koszty dyżurów lekarskich oraz średnie miesięczne wynagrodzenie w latach 2006–2009 w Szpitalu Zachodnim

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009
1. Wynagrodzenie w tys. zł	18355	19613	22750	24195
2. Wynagrodzenie za dyżury lekarskie i usługi zewnętrzne w tys. zł	2676	3068	6387	6757
3. Średnie miesięczne wynagrodzenie jednego pracownika w zł	2845	2949	3269	3471
4. Średnie miesięczne wynagrodzenie za dyżury lekarskie przypadające na jednego lekarza w zł	2300	2300	5100	5500

Jednak obecnie (2010) płace te są stosunkowo niskie pomimo średniego wzrostu wynagrodzenia (tab. 4) przypadającego na jednego zatrudnionego. Pamiętać należy, że wzrost średniego wynagrodzenia był nieco tylko wyższy od poziomu inflacji. Zatem wzrost wynagrodzeń w okresie 4 lat o 31,8% przekłada się w sumie na wzrost realny nie wyższy niż 15%. Do końca 2007 roku średnie wynagrodzenie lekarza za pełnione dyżury lekarskie kształtowało się poniżej przeciętnego wynagrodzenia przypadającego na jedną osobę, zatrudnioną w szpitalu, zaś od 2008 roku w związku ze zmianą zasad wynagrodzenia dyżury lekarskie traktuje się jako usługi zewnętrzne, ponieważ wykonują je lekarze, z którymi zawiera się umowę cywilno-prawną, które dla nich są bardziej korzystne niż wykonywali je w ramach etatu (umowa o pracę). Udział wynagrodzeń i kosztów dyżurów lekarskich w ogólnych kosztach działalności szpitala w poszczególnych latach kształtował się następująco:

<sup>9</sup> Przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto w 2008 roku w Polsce wynosiło 2942 zł, w województwie mazowieckim 3772 zł (Rocznik Statystyczny 2009, s. 82–83);  
 – w administracji publicznej – Polska – 3748 zł,  
 – w województwie mazowieckim – 4851 zł,  
 w wojsku w tym:  
 – generałowie – 12580 zł,  
 – starsi oficerowie – 6588 zł,  
 – młodszy – 4725 zł,  
 – w ochronie zdrowia – 2868 zł,  
 – w edukacji – 2962 zł,  
 – w pośrednictwie finansowym – 5045 zł.  
 (R. S., s. 150, 263).

	wynagrodzeń	dyżurów
2006	34,1	5,0
2007	34,3	5,4
2008	34,9	9,8
2009	33,7	9,4

Można więc stwierdzić na podstawie tych danych, że udział wynagrodzeń w ogólnych kosztach działalności szpitala nieznacznie do 2008 roku wzrastał, a w 2009 roku był niższy niż w 2006 roku. Natomiast nastąpił wzrost wynagrodzeń za pełnione dyżury lekarskie.

## 5. Działalność szpitala

Szpital, jak już wcześniej wspomniano, spełnia wiele zadań, tutaj ograniczymy się do tych podstawowych a więc do liczby leczonych osób i udzielonych porad. Liczba osób leczonych w 2005 roku (10 922), jak i w 2006 roku (10 988) była prawie identyczna, podczas gdy w latach następnych systematycznie rosła, szczególnie wzrost nastąpił w 2007 roku w porównaniu z rokiem poprzednim. Wzrost osób leczonych powodowany był co najmniej trzema przyczynami.

Pierwsza przyczyna to oddawanie do użytku nowych oddziałów i zakup nowego wyposażenia, a więc skutek rozszerzenia usług. Głównie przyczyniło się do tego otwarcie oddziału ratunkowego (tab. 5), który w 2007 roku przyjął przeszło 20 tys. pacjentów, a w następnych dwóch latach ponad 30 tys. pacjentów, z których część kierowana jest następnie do innych oddziałów. Poza Oddziałem Ratunkowym najwięcej pacjentów leczonych jest na Oddziale Chorób Wewnętrznych, Chirurgii Ogólnej, Ortopedii i Traumatologii oraz Urologii. Liczba osób przyjętych do poszczególnych oddziałów była zmienna w czasie.

Drugą przyczyną było rosnące zaufanie mieszkańców do świadczonych usług przez szpital i rezygnowanie z usług innych szpitali, zaś trzecią przyczyną była likwidacja przestarzałego szpitala w Turczynku. W szpitalu rocznie ratuje się życie przeszło 40 tys. osób, podczas gdy cały powiat grodziski liczy 80 tys., a znaczna część pacjentów pochodzi z innych powiatów.

Liczba osób hospitalizowanych (tab. 5) nie odzwierciedla pracy szpitala, ponieważ nie ma informacji dotyczącej czasowego przebywania osób w szpitalu i jakim zabiegom poszczególne osoby poddano, jakiego użyto sprzętu, jakie materiały zużyto oraz jakie lekarstwa zastosowano i ile osób i o jakich kwalifikacjach przy leczeniu pacjenta było zaangażowanych (np.

przy wykonywaniu operacji). To wszystko rzutuje na koszty ponoszone przez szpital i część z nich trudno jest wycenić.

Tab. 5. Liczba osób leczonych w latach 2006–2009 z podziałem na oddziały szpitalne

Nazwa Oddziału	2006	2007	2008	2009
1. Chorób Wewnętrznych	3413	1718	1114	3355
2. Kardiologii	1419	573	541	1509
3. Diagnostyki Chorób Serca i Rehabilitacji Kardiologicznej	0	0	0	221
4. Neurologii	1125	522	416	1154
5. Pediatrii	1701	840	833	1751
6. Chirurgii Onkologicznej	0	0	0	234
7. Chirurgii Ogólnej	2171	1750	1758	2789
8. Ortopedii i Traumatologii	187	926	960	2205
9. Anestezjologii i Intensywnej Terapii	95	20	40	303
10. Urologii	877	1226	1623	2117
11. Szpitalny Oddział Ratunkowy	0	23271	32961	31526
<b>Ogółem</b>	<b>10988</b>	<b>30846</b>	<b>40246</b>	<b>47164</b>

Nawet osoby pracujące w szpitalu uczestniczące w leczeniu osób nie są w stanie wycenić świadczonej pracy i bezinteresownego zaangażowania, a cóż dopiero urzędnik nieznający pracy lekarzy i pomocniczego personelu medycznego. Ustalana stawka za godzinę dyżuru czy opis badania też, ze względu na zmienność sytuacji, nie są w stanie odzwierciedlić wniesionego wkładu pracy, niemniej jednak próbuje się tę pracę wycenić.

Tabela 6. Liczba wykonanych operacji w Szpitalu Zachodnim w latach 2007–2009 wg oddziałów

Oddziały	2007	2008	2009
Chirurgii Ogólnej	1482	1451	1633
Ortopedii i Traumatologii	1348	1482	1658
Urologii	885	1138	1401
Anestezjologii	67	58	35
<b>Razem</b>	<b>3782</b>	<b>4129</b>	<b>4727</b>

Najbardziej kosztowne i czasochłonne są operacje. Wymagają stosowania bardzo drogich urządzeń, sprzętu, środków opatrunkowych, lekarstw. W 2007 roku wykonano ich w Szpitalu Zachodnim 3782; w 2008 – 4129 i w 2009 – 4727, przy czym mniej więcej w 3 oddziałach taką samą

liczbę. W badanym okresie ilość wykonanych operacji zwiększyła się (tab. 6), co świadczy o wzroście zaufania pacjentów do umiejętności lekarzy zatrudnianych w tym szpitalu i do urzędów, którymi dysponuje.

O pracy jednej z komórek wchodzących w skład szpitala niech świadczy liczba badań przeprowadzonych w pracowni endoskopii wykonanych na zlecenie poradni przyszpitalnych przez szpital i wykonanych odpłatnie lub współfinansowanych przez NFZ w podziale na rodzaje badań. Najwięcej badań wykonano w zakresie gastroscopii i kolonoskopii i to głównie skierowanych przez szpital (tab. 7).

Tabela 7. Liczba wykonanych badań w pracowni endoskopii w latach 2007–2009

Wyszczególnienie	Rok	Gastroskopia	Kolonoskopia	Bronchoskopia	Retroskopia	ECPW
Poradnia	2007	4	–	–	118	–
	2008	38	–	1	90	–
	2009	–	2	–	83	–
Szpital	2007	926	931	36	11	–
	2008	828	886	26	11	200
	2009	953	983	49	13	362
NFZ	2007	196	2	21	2	–
	2008	360	–	9	–	–
	2009	490	3	11	7	–
Płatne	2007	77	20	–	–	–
	2008	32	4	–	3	–
	2009	48	8	–	–	–
Razem	2007	1203	953	57	131	–
	2008	1258	890	36	104	200
	2009	1491	996	60	103	362

Badania te wymagają następnie opisu lekarza specjalizującego się w danej dziedzinie wiedzy medycznej i stanowią podstawę leczenia dla lekarza (prowadzącego) opiekującego się pacjentem.

Tabela 8. Liczba badań wykonanych w poszczególnych pracowniach Zakładu Diagnostyki Obrazowej w latach 2006–2009

Rodzaje badań	2006	2007	2008	2009
1. RTG (radiologia klasyczna)	39211	59018	46080	37234
2. Biopsja	–	236	286	326
3. USG	10504	11419	11185	10485
4. Tomografia komputerowa (TK)	4806	5049	6007	5332
5. Mammografia	2689	3534	3850	1831
6. Rezonans magnetyczny (MRJ)	–	–	1340	3412



O wykonywanych niektórych badaniach w szpitalu świadczą też dane Zakładu Diagnostyki Obrazowej (tab. 8), w której zrealizowano w 2009 roku przeszło 70 tys. zdjęć, które następnie należało opisać. Na podstawie tego opisu podejmowano często decyzję odnośnie do dalszego leczenia lub kierowano do dalszych badań, które by pozwalały na postawienie diagnozy stanu zdrowia pacjenta. Zakład ten wykonuje pełną gamę badań radiologicznych dla pacjentów leczonych w Szpitalu Zachodnim kierowanych z poradni specjalistycznych oraz badania komercyjne dla wszystkich zgłaszających się. Nowoczesny mammograf znajdujący się w Zakładzie pozwala na badania gruczołu piersiowego kobiet. Badania tomografii komputerowej, jak i rezonansu są bardzo kosztowne, dlatego głównie finansowane są przez NFZ i tak z ogółu badań rezonansu magnetycznego wykonanych w 2008 roku (w okresie pół roku) na badania współfinansowane przez NFZ przypadło – 70,6%, zaś w 2009 roku – 68,3%, na płatne odpowiednio 3,0% i 7,2% (reszta przypadła na oddziały). Z ogółu badań przeprowadzonych w radiologii klasycznej (RTG), w której znajdują się 3 aparaty pozwalające na badania kostne czaszki, kręgosłupa, miednicy, kości rąk i nóg, klatki piersiowej, jamy brzusznej, układu moczowego i przewodu pokarmowego najwięcej takich badań wykonuje się na zlecenie oddziałów, w których są osoby hospitalizowane, a niewielką liczbę wykonuje się odpłatnie na zlecenia indywidualne, którym zależy na szybkim uzyskaniu wyniku (tab. 9).

Tabela 9. Liczba wykonanych badań RTG w Szpitalu Zachodnim w latach 2006–2009 według badań zleconych przez

Badania zlecone przez:	2006	2007	2008	2009
1. ZOZ	4689	4353	3090	2258
2. Poradnie	6845	6859	6637	6676
3. Oddziały	27029	47120	35657	27730
4. Płatne	648	686	696	570
<b>Razem</b>	<b>39211</b>	<b>59018</b>	<b>46080</b>	<b>37234</b>

Dane te wskazują na:

- 1) ustabilizowaną liczbę osób wykonujących badania odpłatne oraz kierowane przez poradnie,
- 2) liczbę wykonanych badań kierowanych przez oddziały była zmienna w analizowanych latach,
- 3) liczbę wykonanych badań zleconych przez ZOZ-y ulegała systematycznemu zmniejszaniu.

Tabela 10. Liczba udzielonych porad przez poradnie specjalistyczne szpitala w latach 2007–2009

Nazwa poradni	2007	2008	2009
1. Chirurgiczna	7095	7838	7228
2. Chorób sutka	259	–	–
3. Diabetologiczna	3393	2735	2852
4. Endokrynologiczna	2581	3314	3442
5. Ginekologiczna	2686	2176	1438
6. Kardiologiczna	2965	3453	1251
7. Laryngologiczna	859	521	–
8. Leczenia bólu	1108	1580	1024
9. Nefrologiczna	1486	1456	3431
10. Neurologiczna	807	1205	1214
11. Ortopedyczna	13771	17090	15199
12. Okulistyczna	2515	2449	2099
13. Onkologiczna	978	965	1471
14. Pulmonologiczna	2877	2774	2426
15. Urologiczna	3524	4308	4542

Wreszcie warto tu przytoczyć dane dotyczące udzielonych porad przez poszczególne poradnie specjalistyczne znajdujące się w Szpitalu Zachodnim (tab. 10). Najwięcej takich porad udziela się w poradni ortopedycznej i o połowę mniej w chirurgicznej i trzykrotnie mniej w urologicznej. Z 15 istniejących poradni specjalistycznych wzrost porad w 2009 roku w porównaniu z 2007 roku nastąpił w nefrologicznej (największy), neurologicznej, endokrynologicznej, onkologicznej, urologicznej, ortopedycznej. Oczywiście nie jesteśmy w stanie w krótkim artykule przedstawić wszystkich, często bardzo skomplikowanych i kosztownych usług, jakie szpital wykonuje, w każdym razie wzrost liczby dokonanych porad, zabiegów, operacji i innych świadczonych usług generuje koszty, jakie szpital musi ponosić.

W Szpitalu Zachodnim część osób nie może być podleczonea czy wyleczona, ponieważ do szpitala trafiają zbyt późno lub ich stan jest tak ciężki, że trudno jest ich podtrzymywać przy życiu. Liczba zgonów w poszczególnych latach co prawda wzrosła (z 513 do 585), ale w odniesieniu do liczby osób hospitalizowanych malała<sup>10</sup> (46,7 w 2006 roku i 12,5 w 2009 roku, w odniesieniu do tysiąca osób hospitalizowanych).

<sup>10</sup> Zagadnienie to (dla 2005) szerzej omówione jest w innym opracowaniu [Pawlak et al. 2006].

## 6. Koszty działalności

Każda prowadzona działalność wymaga ponoszenia najpierw nakładów inwestycyjnych, a po oddaniu obiektu do użytku kosztów związanych z jego utrzymaniem i prowadzoną działalnością. Koszty działalności szpitala można podzielić na 7 podstawowych grup, a w ramach niektórych z nich wyróżnić bardziej szczegółowo rodzaje kosztów (tab. 11).

Tak w 2006, jak i w 2009 roku najważniejszą pozycję kosztów stanowiły wynagrodzenia. Ich udział – jak już wcześniej pisano w ogólnych kosztach szpitala wynosił odpowiednio: 2006 r. – 34,1%, 2007 r. – 34,3%, 2008 r. – 34,9% i 33,7% w 2009 r. Nie rozporządzamy danymi bardziej szczegółowymi w podziale na grupy zatrudnionych (np. lekarski personel medyczny, pomocniczy, administracja itd.), aby obliczyć np. średnie kształtowanie się płac przypadające na 1 pracownika. Jednakże wynagrodzenie nie odzwierciedla jeszcze kosztów związanych z zatrudnieniem osób na umowę o pracę. Dochodzą do tego świadczenia na rzecz pracowników w postaci uiszczanych składek dla ZUS, odpisy na zakładowy fundusz społeczny, odzież ochronną i inne świadczenia.

Udział % świadczeń na rzecz pracowników zatrudnionych w ogólnych kosztach szpitala wynosił w kolejnych latach:

2006 r.	– 7,4,
2007 r.	– 7,6,
2008 r.	– 7,3,
2009 r.	– 6,0,

a więc miał od 2007 r. tendencje malejącą w związku z nieodprowadzeniem składek na rzecz funduszu socjalnego i mniejszymi wydatkami na odzież ochronną i roboczą. Do kosztów osobowych szpitala należy też doliczyć wynagrodzenia dla lekarzy za odbyte dyżury lekarskie, które traktuje się jako usługi obce (dział II), zewnętrzne.

Udział % wynagrodzeń za dyżury lekarskie w poszczególnych latach wynosił:

2006 r.	– 5,0,
2007 r.	– 5,4,
2008 r.	– 9,8,
2009 r.	– 9,4.

Ponadto należy do kosztów osobowych doliczyć wynagrodzenia za konsultacje, które tak jak dyżury rejestrowane są jako usługi obce. W kolejnych latach ich udział wynosił: 1,8%; 1,6%; 2,0% i 2,9% w 2009 r. W sumie udział kosztów osobowych w ogólnych kosztach szpitala przedstawiał się następująco (w %):

2006 r.	– 48,3,
2007 r.	– 48,9,
2008 r.	– 54,0,
2009 r.	– 52,0,

czyli do 2008 r. koszty osobowe miały tendencje rosnącą i przekraczały połowę ogólnych kosztów ponoszonych przez szpital, zaś w 2009 r. nastąpiło w stosunku do roku poprzedniego pewne obniżenie, ale w każdym razie przekraczają połowę ogólnych kosztów. Część kosztów osobowych ukryta jest także w pozycji 19 inne usługi medyczne, a także w pozycjach usługi sprzątnięcia, transport wewnętrzny i obsługa przy pacjentach i dozór mienia.

Aby odpowiedzieć na pytanie, czy koszty osobowe w badanym szpitalu są wysokie, należałoby je porównać z innymi podobnymi szpitalami.

Drugie miejsce pod względem wysokości ponoszonych kosztów przez omawiany szpital zajmowało zużycie materiałów i energii, przy czym w 2008 i 2009 r. było porównywalne z wysokością „usługi obce”, o których częściowo była już mowa wyżej.

Udział zużytych materiałów i energii w ogólnych kosztach działalności bieżącej szpitala w poszczególnych latach wynosił (w %):

2006 r.	– 25,9,
2007 r.	– 25,1,
2008 r.	– 22,6,
2009 r.	– 23,4.

Koszty te można odnieść do 1 osoby hospitalizowanej (tab. 5), które wynosiły w zł:

2006 r.	– 1271,
2007 r.	– 464,
2008 r.	– 365,
2009 r.	– 355,

a więc miały tendencję malejącą. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że nie odzwierciedlają one istoty zagadnienia, ponieważ nie rozporządzamy danymi odnośnie do czasu przebywania hospitalizowanych. Sama liczba przyjętych do szpitala nie odzwierciedla jeszcze jego działalności – ważniejszy byłby okres przebywania, bo od tego zależy zużycie materiałów i energii. Mimo tych uwag odnośnie do zużytych leków, materiałów, energii do 1 osoby hospitalizowanej daje pewną orientację o zachodzących tendencjach zmian i tym bardziej, że można je analizować bardziej szczegółowo w rozbiciu na poszczególne pozycje kosztów (np. żywność, leki, odczynniki, energia elektryczna).

W ramach pozycji „zużycie materiałów i energii” największe wydatki ponoszono na leki, materiały opatrunkowe, krew i tlen (poz. 1) i o wiele już mniej na materiały medyczne i sprzęt jednorazowego i wielokrotnego użytku (poz. 3 w tab. 11). Największy wzrost kosztów w latach 2006–2009 nastąpił w pozycji „energia elektryczna” (o 58,8%), „bielizna, pościel” (o 45,9%), „gaz” (o 34,2%), „olej opałowy, paliwo” (o 30,3%), „odczynniki” (o 21,9%). Wzrost kosztów większości tych materiałów spowodowany był przyczynami niezależnymi od szpitala (wzrost cen nośników energii).

Trzecie miejsce w ramach kosztów ponoszonych przez szpital zajmowały – częściowo już omawiane – „usługi obce”, które obok dyżurów lekarskich (poz. 17), konsultacji i innych usług medycznych obejmowały sprzątnięcie, dozór mienia, usługi transportowe i łączność, konserwację i naprawy sprzętu i urządzeń oraz wywóz i utylizację odpadów. Na 11 pozycji odzwierciedlającej „usługi obce” tylko koszty związane z łącznością nieco zmalały w 2009 roku w odniesieniu do pozostałych lat. Największy wzrost kosztów „usług obcych” nastąpił w zakresie: inne usługi medyczne (o 187,5%), dyżury lekarskie (o 152,5%), konsultacje (o 109,1%), podczas gdy usługi – konserwacja i naprawy (o 113,7%), transportu sanitarnego wzrosły o 86,6%, transportu wewnętrznego (poz. 12) o 67,8%, utylizacja odpadów i wywóz śmieci o 72,8%, usługi sprzątnięcia o 46,2%, dozór mienia o 31,3%. Zatem najszybciej rosły koszty związane ze świadczeniem usług przez wysokokwalifikowane kadry, następnie koszty transportu (wzrost cen nośników energii), utylizacji odpadów medycznych, a najmniej rosły koszty związane ze świadczeniem usług przez firmy, które zatrudniają nisko kwalifikowanych pracowników (sprzątnięcie, dozór mienia). Można uznać, iż jest to proces prawidłowy. Ponadto szpitale, dążąc do obniżenia kosztów osobowych związanych np. z uiszczaniem składek ZUS wolą zawierać umowy cywilno-prawne z lekarzami świadczącymi usługi niż zatrudniać ich na umowę o pracę. Ponadto czynią to także w zakresie innych usług (sprzątnięcie, dozór, transport), przyczyniając się nie tylko do obniżania kosztów osobowych, lecz także nie muszą im zapewniać pomieszczeń i ponosić kosztów związanych z ich utrzymaniem.

Zdaniem hospitalizowanych błędem szpitala jest zlecenie firmom zewnętrznym „obsługę pacjenta”, czyli czynności takich, które wykonywały w przeszłości salowe. W obecnej formie nie ma kontaktu osobowościowego między osobą hospitalizowaną a osobą, która je obsługuje, ponieważ niemal każdego dnia obsługuje pacjenta inna osoba, a więc występuje anonimowość i nie są spełnione zalecenia wiedeńskie.

Ważną pozycję kosztów stanowi amortyzacja majątku trwałego. Udział jej w ogólnych kosztach bieżących szpitala malał, a mianowicie

Tab. 11. Koszty działalności bieżącej w latach 2006–2009

Wyszczególnienie	Koszty na dzień 31.12. w tys. zł			
	2006 r.	2007 r.	2008 r.	2009 r.
<b>I. Zużycie materiałów i energii</b>	<b>13968</b>	<b>14328</b>	<b>14703</b>	<b>16763</b>
1. Leki i materiały opatrunkowe, krew, tlen medyczny	6012	6027	6167	6938
2. Odczynniki	935	988	1009	1140
3. Materiały medyczne i sprzęt jednorazowego użytku, sprzęt medyczny zużywalny wielokrotnego użytku	3400	3480	2305	2619
4. Implanty	*	*	1273	1351
5. Bielizna i pościel	111	123	79	162
6. Żywność	500	503	562	544
7. Olej opałowy i paliwo	99	108	119	129
8. Pozostałe materiały	1067	1165	1089	1202
9. Energia elektryczna	826	835	999	1312
10. Gaz	1018	1099	1101	1366
<b>II. Usługi obce</b>	<b>8401</b>	<b>9361</b>	<b>14662</b>	<b>17697</b>
11. Usługi sprzątnięcia	800	836	1068	1170
12. Transport wewnętrzny i obsługa przy pacjencie	766	882	998	1285
13. Usługi łączności	216	219	219	198
14. Dozór mienia	150	163	169	197
15. Usługi transportu sanitarnego	439	565	679	819
16. Utylizacja odpadów i wywóz śmieci	316	359	488	546
17. Usługi zewnętrzne – dyżury lekarskie	2676	3068	6387	6757
18. Konsultacje specjalistyczne, diagnostyczne	998	1014	1389	2087
19. Inne usługi medyczne	916	933	1297	2634
20. Konserwacja i naprawa	701	871	1518	1498
21. Inne usługi	423	451	450	506
<b>III. Podatki i opłaty</b>	<b>244</b>	<b>336</b>	<b>414</b>	<b>545</b>
22. Podatek od nieruchomości	101	111	129	139
23. Podatek VAT należny	48	48	52	57
24. PFRON	85	166	222	336
25. Inne podatki i opłaty	10	11	11	13
<b>IV. Wynagrodzenia</b>	<b>18354</b>	<b>19612</b>	<b>22749</b>	<b>24195</b>
<b>V. Świadczenia na rzecz pracowników</b>	<b>3963</b>	<b>4335</b>	<b>4752</b>	<b>4326</b>
26. Składki zaliczeniowe ZUS	3455	3692	3922	4169
27. Odpisy ZFŚS	354	498	596	–
28. Odzież ochronna i robocza	120	106	174	99
29. Pozostałe świadczenia	34	39	60	58
<b>VI. Amortyzacja</b>	<b>8678</b>	<b>8948</b>	<b>7645</b>	<b>7722</b>
<b>VII. Pozostałe koszty</b>	<b>233</b>	<b>252</b>	<b>252</b>	<b>433</b>
30. Ubezpieczenia majątku + OC i inne	176	185	208	383
31. Koszty podróży służbowych	34	35	29	27
32. Inne	23	32	15	23
<b>Ogółem</b>	<b>53841</b>	<b>57172</b>	<b>65177</b>	<b>71681</b>

\* Implanty zawarte były do 2007 r. w poz. 3 (materiały medyczne i sprzęt jednorazowego użytku).

w 2006 r. wynosił 16,1%, w 2007 r. – 15,7%, w 2008 r. – 11,7% i w 2009 r. – 10,8%. Inne pozycje kosztów, takie jak podatki, opłaty i pozostałe koszty

(ubezpieczenia) stanowiły niewielki udział w ogólnych kosztach szpitala, przy czym najbardziej wzrosły w latach 2006–2009 opłaty na rzecz Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (tab. 11 poz. 24) i ubezpieczeń majątku (poz. 30).

Uogólniając, można stwierdzić, iż wzrost absolutny kosztów bieżących szpitala następował na skutek otoczenia zewnętrznego, a szpital szukając oszczędności w funkcjonowaniu zlecał coraz więcej usług firmom zewnętrznym. Koszty bieżące szpitala możemy odnieść do 1 zatrudnionego pracownika lub do 1 osoby hospitalizowanej i przedstawiały się one w poszczególnych latach następująco (w zł):

	na zatrudnionego	na pacjenta
2006 r.	83 474	4900
2007 r.	85 973	1853
2008 r.	93 645	1619
2009 r.	102 842	1520

Oszczędzając na zatrudnieniu na stałe pracowników, a tym samym na wynagrodzeniu, przetrucano część kosztów na firmy zewnętrzne, zlecając im różnorodne usługi lub zawierano umowy cywilno-prawne, o dzieło lub autorskie, dlatego koszty ogólne na 1 osobę zatrudnioną wzrastały, ale nie odzwierciedlają one istoty problemu, podobnie jak koszty odnoszone do 1 pacjenta przebywającego w szpitalu, które miały w rozpatrywanym okresie.

## 7. Źródła przychodów szpitala

Reforma służby zdrowia przeprowadzona w latach 1999–2003 spowodowała, że podstawowym źródłem przychodów za świadczone usługi przez zakłady opieki zdrowotnej są ubezpieczenia zdrowotne uiszczane przez obywateli. Jak już wcześniej podkreślano – pieniądze ubezpieczonych wpływają na konto Narodowego Funduszu Zdrowia, który jest dysponentem tych składek i zarazem płatnikiem. NFZ jest jednostką państwową posiadającą osobowość prawną, zarządzającą środkami finansowymi pochodzącymi ze składek, a także częściowo z budżetu państwa. Składki na ubezpieczenia zdrowotne uiszczają pracownicy otrzymujący wynagrodzenie z zakładów pracy oraz renciści i emeryci, którym wypłaca pieniądze ZUS, a także rolnicy w ramach ubezpieczenia KRUS. Od wynagrodzenia brutto oraz od renty, emerytury potrąca się składkę w wysokości 9%, z czego 7,75% odlicza się od podatku dochodowego, jaki odprowadzają podatnicy do urzędu skarbowego, a 1,25% ponoszą bezpośrednio osoby

ubezpieczone. Sprawy te regulują ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ<sup>11</sup>.

Aby zakłady opieki zdrowotnej, w tym szpitale, mogły uzyskać wsparcie finansowe z NFZ, muszą składać oferty na konkurs i zawrzeć kontrakt z NFZ na świadczenia konkretnych usług. Problem sprowadza się do tego, że trudno jest przewidzieć ile poszczególnych rodzajów usług dany szpital w ciągu roku udzieli. Większą ilość świadczonych usług niż przewiduje kontrakt nie musi być sfinansowana przez NFZ, który podobnie jak cały budżet państwa cierpi na niedobór środków. Dlatego szpitale ponoszą pewne ryzyko finansowe przy świadczeniu usług nieprzewidzianych w kontrakcie, a ze względu na swoją misję są na ogół zmuszone do świadczenia usług zdrowotnych, zwłaszcza że ich potencjalne moce przerobowe są większe niż zawarte kontrakty z NFZ. Niektóre usługi szpital świadczy osobom odpłatnie, są to osoby, którym zależy na szybkim otrzymaniu wyników badań. Jak na razie są to przychody stosunkowo niewielkie, podobnie jak i inne przychody z usług niemedyycznych (tab. 12 poz. od 3 do 16).

Najważniejszym przychodem omawianego szpitala były środki pochodzące z kontraktów usług medycznych dla NFZ ich udział % w ogólnych przychodach kształtował się następująco:

2006 r.	– 91,0,
2007 r.	– 92,8,
2008 r.	– 90,6,
2009 r.	– 93,8.

Widać więc, jak silnie był uzależniony szpital od zawartych kontraktów z NFZ. Nie rozporządzamy danymi, na jakie sumy każdego roku kontrakty te były zawierane i czy były one realizowane w całości lub ponad plan. Sposób zawieranych kontraktów przez zakłady służby zdrowia z NFZ jest powszechnie krytykowany, ponieważ oferta usług proponowana przez szpital i inne zakłady opieki zdrowotnej jest wyższa od możliwości finansowych NFZ. Nie tylko jest wyższa podaż usług oferowanych przez służbę zdrowia, ale i popyt na nie jest wyższy, o czym świadczą kolejki w przychodniach zdrowia i długie (często półroczne) oczekiwanie na operację lub przyjęcie przez lekarza specjalistę. Stąd uważa się, że obecny system opieki zdrowotnej jest niewydolny i kosztowny, mało efektywny tak ze społecznego, jak ekonomicznego punktu widzenia. Stąd pomysł na komercjalizację, bo i tak znaczny odsetek mieszkańców o wyższych dochodach ubezpiecza się dodatkowo i korzysta z usług świadczonych przez prywatne

<sup>11</sup> Dz. U. Nr 45 poz. 391 z dnia 1.04.2003 r. oraz Dz. U. Nr 210 poz. 215 z dnia 27.08.2004 r.



podmioty bądź, nie bacząc na konstytucyjne prawo do bezpłatnej opieki lekarskiej, korzysta z niej odpłatnie. Praktyka pokazuje, że jeżeli ludzie za usługi lekarskie nie płacą w ogóle (poza niewielkimi składkami), to część z nich korzysta z tych usług w nadmiarze, bo są za darmo, a część ze względu na długi okres oczekiwania lub złą ich jakość korzysta sporadycznie lub wcale.

Tabela 12. Wielkość i źródła przychodów szpitala w latach 2006–2009 w tys. zł. Stan na 31.12.

Wyszczególnienie	2006	2007	2008	2009
1. Sprzedaż usług medycznych dla NFZ	31345	40792	51001	61538
2. Sprzedaż usług medycznych - pozostała	931	935	934	1383
<b>A. Razem sprzedaż usług medycznych (poz. 1 + poz. 2)</b>	<b>32276</b>	<b>41727</b>	<b>51935</b>	<b>62921</b>
3. Czysze i dzierżawy	543	553	931	939
4. Sprzedaż kawiarni i catering	247	259	391	397
5. Pozostała sprzedaż	200	220	329	182
<b>B. Razem sprzedaż towarów i usług niemedycechnych (poz. 3 + 4 + 5)</b>	<b>990</b>	<b>1032</b>	<b>1651</b>	<b>1518</b>
6. Przedawnione zobowiązania	4	4	8	12
7. Rezydentury	252	287	355	208
8. Rozliczenia z lat ubiegłych	10	12	978	389
9. Sprzedaż złomu	4	3	1	1
10. Darowizny pieniężne	11	14	2	5
11. Darowizny leki i materiały	80	89	99	74
12. Komisja lekarska	4	5	8	9
13. Przyznane przez ubezpieczyciela odszkodowania	93	103	91	101
14. Zasądzone przez sąd świadczenia pieniężne	3	4	3	2
15. Staże	55	61	490	280
16. Pozostałe przychody	642	639	678	101
<b>C. Inne przychody (poz. od 6 do 16)</b>	<b>1158</b>	<b>1221</b>	<b>2713</b>	<b>1182</b>
<b>Ogółem</b>	<b>34423</b>	<b>43985</b>	<b>56299</b>	<b>65621</b>

W rzeczywistości osoby uiszczają składki w wysokości 1,25% dochodów brutto, ponieważ pozostałe 7,75% odliczane jest od podatku dochodowego, a więc w sumie pokrywa to państwo z budżetu. Gdyby nie odliczano 7,75% składek zdrowotnych od podatku dochodowego osób fizycznych, to suma ta zasilałaby budżet państwa, a nie wydzielony podmiot, jakim jest NFZ. W tym przypadku ustawa o ubezpieczeniu zdrowotnym ustanawiająca, że obywatel ze swoich dochodów odprowadza do NFZ 9%

wprowadza w błąd społeczeństwo, bo w sumie odprowadza 1,25%, a pozostałe 7,75% to podatek, który musiałby wpłacić do urzędu skarbowego, z tego część zasilalaby budżet państwa, a część budżet samorządu terytorialnego.

Dlatego sądzimy, że mimo uiszczanych składek zdrowotnych, które są ukrytą odpłatnością należałoby wprowadzić dodatkowe opłaty, aby pacjent zastanowił się przed pójściem do lekarza czy rzeczywiście taka potrzeba istnieje. Jednocześnie należałoby co pewien czas prowadzić bezpłatną kontrolę stanu zdrowia społeczeństwa<sup>12</sup>, włącznie z uzębieniem i w razie potrzeby dalsze leczenie prowadzić także bezpłatnie. Z bezpłatnych usług stomatologicznych mało kto korzysta, a stan uzębienia ma istotny wpływ na stan zdrowia człowieka. Ten odcinek opieki zdrowotnej jest niedoceniony, a nie jest powiedziane, że opieka stomatologiczna ma być odpłatna.

## 8. Wynik finansowy Szpitala Zachodniego

Działalność usługowa szpitala świadczona na rzecz pacjentów generuje przychody otrzymywane głównie z NFZ, z którym szpital zawiera kontrakty w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Niewielką część przychodów uzyskuje szpital za odpłatne świadczenie usług medycznych oraz niemedyycznych (dzierżawy, bufet), a także pozostałych. W analizowanych czterech latach przychody te z roku na rok wzrastały i w 2009 r. w porównaniu z 2006 r. – były wyższe o 90,6%, podczas gdy w tym czasie zwiększyły się koszty funkcjonowania szpitala o 33,1%. Dane te można interpretować w ten sposób, że oddawane do użytku wcześniej przychodnie, oddziały generowały w początkowym okresie wzrost kosztów, na przykład związanych z instalowaniem nowych urządzeń i zatrudnianiem pracowników, a w miarę ich użytkowania i lepszego wykorzystania przyczyniały się do wzrostu przychodów. Można się spodziewać, iż w miarę jak sam szpital i znajdujące się w nim urządzenia będą lepiej wykorzystane, a więc dłużej będą w użytkowaniu, to będą generować nowe przychody, pod warunkiem że NFZ będzie gotów płacić za te usługi oraz że większa część społeczeństwa będzie gotowa korzystać z tych usług odpłatnie. Koszty działalności szpitala są wyższe niż uzyskane przychody z kontraktów zawieranych z NFZ. Należy jednak podkreślić, iż różnica między kosztami działalności a przychodami uzyskiwanymi z NFZ na świadczone usługi malała w badanym okresie i w 2009 r. była przeszło dwukrotnie niższa aniżeli w 2006 r.

---

<sup>12</sup> Takim badaniom są poddawane osoby pracujące.

Świadczy to o dobrym kierunku działania kierownictwa szpitala. Wynik finansowy ujemny szpitala niwelowany jest częściowo jeszcze przychodami za świadczone usługi medyczne odpłatne i inne przychody (tab. 13).

Tabela 13. Wynik finansowy działalności Szpitala Zachodniego za lata 2006–2009 w tys. zł

Treść	2006	2007	2008	2009
1. Przychody z kontraktów dla NFZ	31345	40792	51001	61538
2. Koszty działalności	53841	57172	65177	71681
<b>Różnica</b>	<b>-22496</b>	<b>-16380</b>	<b>-14176</b>	<b>-10143</b>
3. Sprzedaż odpłatna usług medycznych	931	935	934	1383
4. Sprzedaż towarów i usług niemedyycznych	990	1032	1651	1518
<b>Wynik finansowy ostateczny</b>	<b>-20572</b>	<b>-14413</b>	<b>-11591</b>	<b>-7242</b>

Ostatecznie ujemny wynik finansowy szpitala w 2009 r. był przeszło dwupółkrotnie mniejszy niż w 2006 r., a w porównaniu z 2007 r. dwukrotnie niższy i wynosił mniej niż amortyzacja. Skoro wynik finansowy ujemny z roku na rok maleje i ten proces nadal będzie zachodził, stwarza to nadzieję na utrzymanie samodzielności finansowej, a nawet na generowanie dochodów.

## Zakończenie

Przedstawiona analiza działalności Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim nie jest pełna. Jest to pewien zarys świadczonych usług, który powoduje ponoszenie kosztów, a jednocześnie generuje przychody, które wzrastały w rozpatrywanym okresie szybciej niż koszty. W rezultacie ujemny wynik finansowy szpitala malał. Można domniemywać, iż poprzez odpowiednią kombinację wykorzystania składników rosnących dochodów można będzie przyczynić się do dalszego rozwoju świadczonych usług, ale niekoniecznie muszą one przyczynić się do poprawy wyniku finansowego. Otóż część tych przychodów można przeznaczać na zakup nowego sprzętu, na szkolenia czy na wzrost wynagrodzeń. W sumie będą zwiększać się nie tylko przychody, ale proporcjonalnie do nich koszty. Czy kierownictwo szpitali jest w ogóle zainteresowane, by wynik finansowy był dodatni? Odpowiedź na to pytanie jest istotna z ekonomicznego punktu widzenia i organu powołującego. Pełniejsza analiza działalności szpitala wymaga jednak większej liczby informacji dotyczących wartości struktury majątku trwałego i wynagrodzenia poszczególnych jego składników oraz sumy całkowitej wartości wykonanych usług, w tym czas przebywania

w szpitalu i wykonanie najbardziej kosztownych usług, które powodują ponoszenie najwyższych kosztów działalności. Szpital jakością świadczonych usług wyrabia sobie nie tylko dobrą opinię w środowisku lokalnym, lecz także decyduje o wysokości popytu na te usługi. Dlatego w sumie najważniejszym kapitałem szpitala jest personel, a będzie on tym lepszy, im lepiej będzie opłacony. Dlatego znaczna część uzyskiwanych przychodów przez szpitale musi być przeznaczona na wzrost wynagrodzeń tak zatrudnionych na umowę o pracę, jak i na umowę cywilno-prawną. Nawet najlepsze wyposażenie szpitala w urządzenia, sprzęty nie jest jednak w stanie zastąpić personelu i jego kontaktów z pacjentem. Dlatego w interesie zarówno pacjentów, jak i zakładów opieki zdrowotnej należy tak zreformować służbę zdrowia, aby zadowolone było społeczeństwo. Stąd to społeczeństwo należy włączyć do dialogu, ale i do ponoszenia współodpowiedzialności za funkcjonowanie służby zdrowia. Dlatego wypowiadamy się za współodpowiedzialnością funkcjonowania konkretnych podmiotów służby zdrowia, a nie wirtualnej jej części. Dlatego płacone składki zdrowotne przez społeczeństwo powinny być kierowane głównie do tych zakładów opieki zdrowotnej, które sprawują pieczę nad pacjentami, a tylko niewielka część do centrum (w istniejącym układzie do NFZ). Zakład opieki zdrowotnej, do którego pacjent jest przypisany nie powinien otrzymywać 6 zł miesięcznie za pacjenta od NFZ jak to jest dotychczas, lecz co najmniej pełną stawkę, jaką płaci z własnych dochodów, czyli obecnie 1,25%. W przypadku otrzymanego wynagrodzenia brutto 2000 zł byłoby to 25 zł, a nie 6 zł, a w przypadku wynagrodzenia 5000 zł byłoby to 62,50 zł. Zwiększenie środków dla podstawowych zakładów opieki zdrowotnej pozwoliłoby im zatrudniać, w miarę zgłaszanych potrzeb i z dokonanej diagnozy klientów, na ograniczony czas w tygodniu niektórych lekarzy specjalistów. Ponadto powinna być przestrzegana podstawowa zasada, jaka obowiązuje w gospodarce rynkowej, czyli odpowiedzialność za własny los, a więc ci, co wpłacają wyższe stawki zdrowotne powinni mieć szerszy zakres bezpłatnych usług.

Bezpłatny dostęp niemal wszystkich do opieki zdrowotnej powoduje właśnie nadmierny popyt niemający poparcia w kalkulacji ekonomicznej, bo ci, co ponoszą najwyższe opłaty na składki zdrowotne najmniej korzystają z publicznej służby zdrowia. Czy to jest rozsądne?

## Literatura

1. Aksman E., 1999, Przeobrażenia sektora publicznego w Polskiej Opiece Zdrowotnej, „Antidotum” nr 1.

2. Figat A., 2006, Odpady medyczne – sposoby ich unieszkodliwiania, „Rocznik Żyrardowski” tom IV, WSRL, Żyrardów.
3. Glizia E., 2010, Wykorzystanie specjalistycznego sprzętu medycznego na przykładzie Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, Praca licencjacka napisana w Katedrze Finansów i Bankowości pod kierunkiem dr. Józefa Koziola, WSRL, Żyrardów.
4. Karski J.B., 2006, Szpital promujący zdrowie w teorii i praktyce promocji zdrowia, w: Rakowski W. (red.) Promocja zdrowia i wczesna wykrywalność chorób przewlekłych wśród mieszkańców powiatu grodziskiego, Wyd. SZPZOZ Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, Wyższa Szkoła Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie.
5. Karpowicz W., Godlewski M., 2006, Przemiany instytucjonalne w ochronie zdrowia w Polsce w dobie reformy, Warszawa.
6. Pawlak J., Szkop E., Pietraszek E., 2006, Analiza śmiertelności szpitalnej w 2004 r. w Szpitalu Zachodnim im. Jana Pawła II, w: Rakowski W. (red.), jak poz. 4.
7. Płukis K., 2006, Słowo wstępne od dyrektora Szpitala Zachodniego im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim, w: Rakowski W. (red.), jak poz. 4.
8. Rezler B., 2010, Sytuacja finansowa powiatu grodziskiego w latach 2002–2007, praca licencjacka napisana pod kierunkiem prof. dr. hab. Witolda Rakowskiego w Wyższej Szkole Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie.
9. Sadowska K., 2010, Finansowanie zakładów opieki zdrowotnej na przykładzie Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim, Praca licencjacka napisana pod kierunkiem dr. Józefa Koziola w Wyższej Szkole Rozwoju Lokalnego w Żyrardowie.
10. Tymowska K., 1996, Główne kierunki zmian w systemie opieki zdrowotnej, Warszawa.
11. Włodarczyk W. C., 1998, Reforma opieki zdrowotnej w Polsce, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków.

## **Przepisy prawne**

1. Ustawa z dnia 7 czerwca 2002 r. o zmianie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz. U. Nr 83 poz. 749.
2. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia z dnia 1 kwietnia 2004 r. oraz Dz. U. Nr 210 poz. 2135 z dnia 27 sierpnia 2004 r.

3. Ustawa o pomocy publicznej i restrukturyzacji Publicznych Zakładów Opieki zdrowotnej, Dz. U. Nr 78, poz. 684 z 2005 r.
4. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach zakładów opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz. U. Nr 210, poz. 2135.

## **The West Hospital in Grodzisk Mazowiecki – its operations and financial situation**

### **Summary**

Taking into consideration a newly opened hospital in 2003 Grodzisk Mazowiecki, the authors of the aforementioned article analyse its service activities, operating costs, income and financial results in the years 2006-2009. In the analysed period, the number of contract workers increased from 645 to 697, while the number of hospitalised patients rose from almost 11000 to 47000. There was also a rise from 3782 to 4727 in patients undergoing operations, check-ups and consultations. At the same time, the hospital's operating costs increased by 33.1% and its income increased by 90.6%. As a result, the financial situation of the hospital improved; its deficit decreased from 20575 000 PLZ to 7242 000 PLZ. Remuneration payment constitutes the main component of the hospital's operating costs and the main source of financing comes from services covered in over 90% by the Polish National Health Fund.

The authors of the article come to the conclusion that the existing way of financing the health care system in Poland is improper and does not add up from the economic point of view. It is due to the fact that those citizens who incur the highest costs connected with the mandatory health insurance rarely use free public health care.

Since the access to free public care is difficult and the service provided is not always of desirable quality, they often have to avail of private health care. On the other hand, other citizens overuse medical services provided free of charge by public health system, which increases its operating costs. That is why the authors of the above mentioned article emphasise the need for reform in the financing and operating of health care services.