



Ministerstwo
Zdrowia

cez Centrum
e-Zdrowia



Programy naprawcze

3.1;3.2;3.3

3.5;3.5.1;3.5.2

3.6;3.6.1;3.6.2;

3.7;3.7.1;3.7.2;

3.8

07/12 05 2026

Analiza otoczenia podmiotu składającego program naprawczy składa się z czterech części:

- Część ekonomiczna
- Część demograficzna i społeczna
- Część technologiczna
- Część dotycząca otoczenia lokalnego

Obszar	Analiza otoczenia podmiotu
1	2
Ekonomiczny	tekst (maks 10 000 znaków)
Demograficzny i społeczny	tekst (maks 10 000 znaków)
Technologiczny	tekst (maks 10 000 znaków)
Otoczenie lokalne	tekst (maks 10 000 znaków)

W arkuszu zamieścić należy efekty analizy przeprowadzonej w każdym z obszarów, mając na względzie ograniczenie tekstu do 10 000 znaków.

Analiza otoczenia ekonomicznego (obszar ekonomiczny) w zakresie dostępnych źródeł finansowania ma na celu analizę obecnych oraz określenie możliwości pozyskania nowych środków, a także identyfikację czynników wpływających na sytuację finansową podmiotu leczniczego.

Umowy zawarte z Narodowym Funduszem Zdrowia

Analiza powinna obejmować wartość, strukturę, stopień realizacji oraz potencjalne możliwości zwiększenia finansowania, z uwzględnieniem ograniczeń systemowych

Kredyty, pożyczki oraz leasing

W tym zakresie konieczna jest ocena zdolności kredytowej, poziomu zadłużenia oraz kosztów obsługi zobowiązań

Inne środki publiczne (w tym fundusze krajowe i europejskie: Fundusze Europejskie oraz Krajowy Plan Odbudowy)

Należy ocenić dostępność tych środków, warunki ich pozyskania oraz zdolność podmiotu do ich wykorzystania

Możliwość uzyskania wsparcia od podmiotu tworzącego

w tym dotacji, pokrycia straty lub dokapitalizowania, przy uwzględnieniu uwarunkowań budżetowych i decyzji właścicielskich

Analiza powinna także obejmować czynniki makroekonomiczne, takie jak:

- inflacja,
- wzrost kosztów działalności oraz
- poziom stóp procentowych, które wpływają na realne możliwości pozyskania dodatkowych środków.

Ocenić należy dostępność każdego ze źródeł finansowania w perspektywie krótko oraz długoterminowej.

Wnioskiem z analizy powinna być ocena dostępności poszczególnych źródeł finansowania oraz wskazanie, które z nich mogą zostać wykorzystane w procesie poprawy sytuacji ekonomicznej podmiotu leczniczego.

Obszar	Analiza otoczenia podmiotu
1	
Ekonomiczny	
Demograficzny i społeczny	
Technologiczny	
Otoczenie lokalne	

Analiza otoczenia demograficznego i społecznego ma na celu określenie struktury i potrzeb zdrowotnych populacji objętej działalnością podmiotu leczniczego oraz identyfikację trendów wpływających na zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne.

Liczba ludności oraz jej struktura wiekowa, ze szczególnym uwzględnieniem udziału osób w wieku poprodukcyjnym. Istotne jest również uwzględnienie trendów demograficznych, takich jak zmiany liczby ludności czy średniego wieku, które mogą wpływać na poziom i strukturę popytu na świadczenia zdrowotne.

Styl życia i zachowań zdrowotnych mieszkańców, w tym poziomu aktywności fizycznej, udziału w działaniach profilaktycznych

Czynniki społeczne i ekonomiczne, takie jak poziom dochodów, bezrobocie oraz poziom wykształcenia, które wpływają na stan zdrowia oraz dostępność i sposób korzystania z usług medycznych.

Dostępność świadczeń zdrowotnych oraz ryzyko wykluczenia zdrowotnego, wynikające m.in. z barier geograficznych lub organizacyjnych.

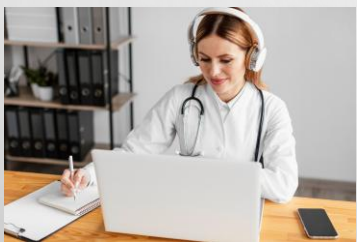
Wnioskiem z analizy powinna być identyfikacja kluczowych trendów demograficznych i społecznych oraz ocena ich wpływu na zakres i strukturę świadczeń udzielanych przez podmiot leczniczy.

Obszar	Analiza otoczenia podmiotu
1	
Ekonomiczny	
Demograficzny i społeczny	
Technologiczny	
Otoczenie lokalne	

Analiza otoczenia technologicznego ma na celu ocenę dostępności oraz kierunków rozwoju nowoczesnych technologii medycznych, systemów informatycznych oraz rozwiązań cyfrowych, które mogą wpływać na jakość, efektywność i organizację działalności podmiotu leczniczego.



Dostępność nowoczesnych technologii medycznych, w tym sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego. Należy uwzględnić tempo rozwoju technologii, możliwości ich wdrażania oraz wpływ na poprawę jakości świadczeń i efektywności leczenia.



Rozwój telemedycyny, w tym możliwości realizacji świadczeń zdrowotnych na odległość, takich jak teleporady czy monitoring pacjentów. Należy ocenić zarówno dostępność tych rozwiązań, jak i ich wpływ na zwiększenie dostępności świadczeń oraz optymalizację kosztów.



Rozwój systemów informatycznych wspierających zarządzanie podmiotem leczniczym oraz proces udzielania świadczeń zdrowotnych. W szczególności dotyczy to systemów klasy HIS, ERP oraz narzędzi umożliwiających analizę danych medycznych i finansowych.



Cyfryzacja dokumentacji medycznej, w tym prowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz wykorzystanie systemów e-zdrowia. W analizie należy uwzględnić stopień zaawansowania cyfryzacji, interoperacyjność systemów oraz zgodność z obowiązującymi regulacjami.



Bariery wdrażania nowych technologii, takie jak koszty inwestycyjne, wymagania organizacyjne, kompetencje personelu oraz kwestie bezpieczeństwa danych.

Wnioskiem z analizy powinna być ocena możliwości wykorzystania nowoczesnych technologii w poprawie efektywności działania podmiotu leczniczego, jakości udzielanych świadczeń oraz dostępności usług dla pacjentów.

Obszar	Analiza otoczenia podmiotu
1	
Ekonomiczny	
Demograficzny i społeczny	
Technologiczny	
Otoczenie lokalne	

Analiza otoczenia lokalnego ma na celu ocenę relacji podmiotu leczniczego z instytucjami funkcjonującymi w jego bezpośrednim otoczeniu oraz identyfikację możliwości współpracy wspierającej realizację świadczeń zdrowotnych i poprawę efektywności działania.

- **Współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego**, pełniącymi funkcję podmiotu tworzącego lub partnera w zakresie finansowania, inwestycji oraz realizacji lokalnej polityki zdrowotnej. Należy ocenić zakres wsparcia, stabilność relacji oraz możliwości dalszej współpracy.
- **Współpraca z samorządami zawodowymi**, w szczególności w zakresie zapewnienia odpowiedniej jakości świadczeń, standardów wykonywania zawodów medycznych oraz dostępności kadry medycznej
- **Współpraca z uczelniami medycznymi**, obejmująca kształcenie kadr medycznych, prowadzenie badań naukowych oraz wdrażanie nowych rozwiązań w praktyce klinicznej.
- **Współpraca z innymi podmiotami leczniczymi**, w tym w zakresie koordynacji opieki zdrowotnej oraz uzupełniania zakresu udzielanych świadczeń.



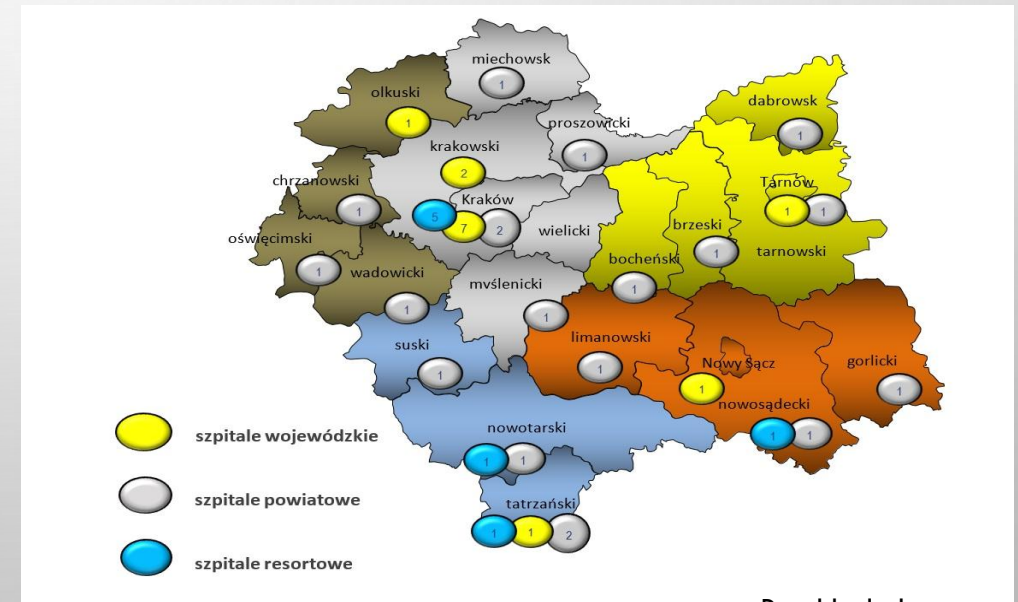
- **Relacje z organizacjami pacjentów**, które mogą wspierać identyfikację potrzeb zdrowotnych oraz wpływać na jakość i dostępność świadczeń poprzez działania opiniotwórcze.
- **Współpraca z organizacjami pozarządowymi**, które mogą wspierać działania profilaktyczne, edukacyjne oraz opiekuńcze, szczególnie w obszarach niedostatecznie zabezpieczonych przez system ochrony zdrowia.

Wnioskiem z analizy powinna być ocena jakości i zakresu współpracy z otoczeniem lokalnym oraz identyfikacja możliwości jej rozwoju w celu poprawy dostępności, jakości i efektywności świadczeń zdrowotnych.

Obszar	Analiza otoczenia podmiotu
1	
Ekonomiczny	
Demograficzny i społeczny	
Technologiczny	
Otoczenie lokalne	

Analiza konkurencji powinna obejmować szczegółowe rozpoznanie podmiotów leczniczych funkcjonujących w najbliższym otoczeniu oraz analizę ich działalności pod kątem kompatybilności lub pokrywania się zakresów udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych na danym obszarze.

Niezbędne jest sporządzenie wykazu podmiotów leczniczych prowadzących działalność w zasięgu oddziaływania jednostki, przy czym należy uwzględnić zarówno podmioty położone w bezpośrednim sąsiedztwie, jak i te zlokalizowane w większej odległości, jeśli ich oferta lub dostępność świadczeń może mieć istotny wpływ na przepływ pacjentów.



Przykład obszaru

Analiza działalności poszczególnych świadczeniodawców

profil działalności

**zakres realizowanych
świadczeń opieki
zdrowotnej**

**wielkość wyrażoną
liczbą łóżek**
- w przypadku
podmiotów wykonujących
działalność stacjonarną

**wartość umowy
zawartej z Narodowym
Funduszem Zdrowia**

Informacje te **pozwalają ocenić skalę działalności konkurentów**, ich potencjał do udzielania świadczeń oraz zdolność do pozyskiwania pacjentów, co ma kluczowe znaczenie dla określenia pozycji rynkowej podmiotu sporządzającego program naprawczy.

Istotne jest również **wskazanie zakresów świadczeń**, które bezpośrednio pokrywają się z ofertą jednostki analizowanej, **w tym identyfikacja obszarów wysokiej konkurencji**, gdzie ryzyko odpływu pacjentów jest szczególnie istotne, oraz obszarów komplementarnych, w których działalność innych podmiotów może stanowić potencjał do współpracy lub uzupełnienia regionalnej dostępności świadczeń.

W dalszej części analizy należy odnieść zidentyfikowane zakresy działalności konkurentów do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych populacji zamieszkującej dany obszar, opierając się na danych epidemiologicznych, demograficznych oraz informacjach dotyczących poziomu korzystania ze świadczeń i czasu oczekiwania na ich udzielenie.

Pozwala to określić, czy w regionie występuje nadpodaż usług w danym zakresie, czy przeciwnie – istnieją obszary niedoboru, które mogą stanowić szansę rozwojową dla podmiotu przygotowującego program naprawczy.

Analiza ta powinna wskazać działalność o strategicznym znaczeniu dla zapewnienia zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych, jak również świadczenia o marginalnym popycie lub nadmiernej presji konkurencyjnej, których kontynuacja może nie być uzasadniona ekonomicznie.

Wyniki analizy konkurencji powinny zostać wykorzystane do formułowania wniosków i rekomendacji dotyczących działań naprawczych.

Należy określić zarówno czynniki ryzyka, takie jak potencjalna utrata przychodów czy ograniczenie wartości kontraktów, jak i szanse rozwojowe wynikające z luk w regionalnej dostępności świadczeń.

Rekomendacje powinny obejmować:

- propozycje dostosowania zakresów działalności,
- możliwe zmiany organizacyjne,
- kierunki inwestycji,
- modyfikacje struktury łóżek lub
- wzmocnienie tych obszarów świadczeń, które odpowiadają na niezaspokojone potrzeby zdrowotne i w których podmiot może budować przewagę konkurencyjną.



Możliwe do wykorzystania źródła danych:

- Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
- Informator NFZ o zawartych umowach (<https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/informator-o-zawartych-umowach/>)
- Mapy Potrzeb Zdrowotnych
- Dane Głównego Urzędu Statystycznego
- Strony internetowe podmiotów



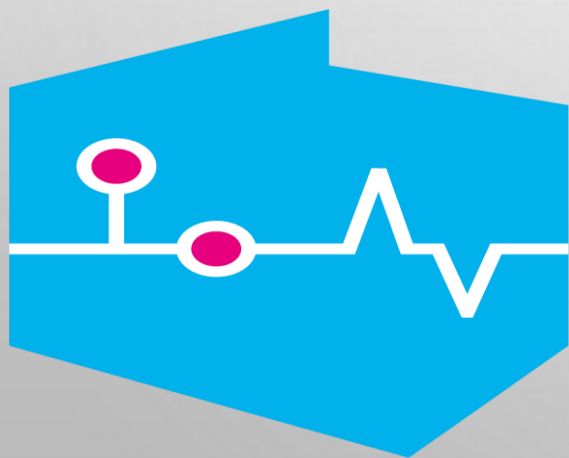
W tabeli, dla podmiotu tworzącego program naprawczy oraz dla każdego zidentyfikowanego podmiotu, należy podać:

- numer REGON (9 znaków lub 14 znaków);
- nazwę podmiotu;
- odległość od podmiotu przygotowującego program naprawczy (w km);
- łączna liczba łóżek (według stanu na ostatni dzień roku sprawozdawczego, zgodnie z danymi przekazywanymi do RPWDL);
- wartość umowy z NFZ za rok poprzedzający rok sporządzenia programu naprawczego;
- wszelkie inne informacje uzupełniające – w polu uwagi;

REGON (9 znaków lub 14 znaków)	Podmiot (nazwa)	Odległość (w km) - od siedziby głównej	Liczba łóżek (łączna wg stanu na ostatni dzień roku sprawozdawczego zgodnie z danymi przekazywanymi do RPWDL)	Wartość umowy z NFZ za rok poprzedni	Uwagi
1	2	3	4	5	5
podmiot objęty programem					
podmiot konkurencyjny 1					
podmiot konkurencyjny 2					

Analiza dostosowania działalności podmiotu leczniczego do mapy potrzeb zdrowotnych	Analiza dostosowania do wojewódzkiego/krajowego planu transformacji
1	2

W arkuszu zamieścić należy efekty przeprowadzonej analizy, mając na względzie ograniczenie tekstu do 10 000 znaków.



Mapy potrzeb zdrowotnych

Efektywne działanie
przez mapowanie

Nowy Krajowy
Plan Transformacji



Analiza dostosowania działalności podmiotu leczniczego do obowiązujących dokumentów strategicznych systemu ochrony zdrowia, w szczególności do

- Map Potrzeb Zdrowotnych,
- Krajowego Planu Transformacji oraz
- Wojewódzkich Planów Transformacji, powinna być przeprowadzona w sposób kompleksowy.

Ocenie poddać należy zarówno profil i strukturę świadczeń udzielanych przez podmiot, jak również skalę działalności, organizację pracy, wykorzystanie łóżek, dostępność do świadczeń - na dzień sporządzenia programu naprawczego.

Podmiot leczniczy powinien dokonać analizy tych obszarów w odniesieniu do wskazań wynikających z Map Potrzeb Zdrowotnych, obejmujących prognozy:

- demograficzne,
- epidemiologiczne,
- zapotrzebowanie na poszczególne świadczenia oraz
- rekomendacje dotyczące zmian w strukturze dostępności usług zdrowotnych na poziomie kraju i województwa.

Analiza taka pozwala ocenić, czy profil działalności jednostki odpowiada realnemu zapotrzebowaniu populacji zamieszkującej obszar jej działania oraz czy zakres i organizacja świadczeń są zgodne z kierunkami wskazanymi przez Ministra Zdrowia oraz właściwe organy administracji rządowej.

Równolegle podmiot powinien dokonać oceny zgodności swojej działalności z **Krajowym Planem Transformacji** bądź **Wojewódzkim Planem Transformacji**, które identyfikują pożądane kierunki przekształceń systemu opieki zdrowotnej.

W ramach tej analizy należy zweryfikować, czy działalność podmiotu nie pozostaje w sprzeczności z planowanymi działaniami reorganizacyjnymi na poziomie województwa, a także czy podmiot jest przygotowany do wdrażania rekomendowanych zmian.

Rezultatem analizy powinno być jasne określenie stopnia zgodności działalności podmiotu ze strategicznymi kierunkami rozwoju systemu ochrony zdrowia oraz wskazanie – niezbędnych dostosowań, których wdrożenie będzie wspierało zarówno cele programu naprawczego, jak i długofalowe cele transformacji systemu.

Wnioski te stanowią kluczowy element prognozy możliwości dalszego funkcjonowania podmiotu, wpływając na ocenę jego roli w regionalnej strukturze ochrony zdrowia oraz na zasadność utrzymania, rozwijania lub ograniczania poszczególnych zakresów działalności.

Analiza posiadanego sprzętu medycznego powinna obejmować kompleksową ocenę zasobów sprzętowych wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych. Podmiot leczniczy powinien sporządzić wykaz sprzętu medycznego istotnego z punktu widzenia realizacji działalności leczniczej. Analiza ta powinna uwzględniać liczbę posiadanych urządzeń, ich rozmieszczenie w strukturze organizacyjnej oraz przypisanie do poszczególnych medycznych ośrodków powstawania kosztów, tak aby możliwe było odniesienie zasobów sprzętowych do zakresu i wolumenu realizowanych świadczeń.

W ramach analizy podmiot powinien uwzględnić wiek posiadanego sprzętu medycznego, rozumiany jako okres jego eksploatacji od momentu uruchomienia do dnia sporządzenia programu naprawczego.

Ocena wieku sprzętu powinna umożliwiać identyfikację urządzeń wyeksploatowanych, przestarzałych technologicznie lub obarczonych podwyższonym ryzykiem awaryjności, a także wskazać sprzęt, którego dalsze użytkowanie może wiązać się ze wzrostem kosztów serwisowych, ograniczeniami funkcjonalnymi lub ryzykiem obniżenia jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych.



UWAGA: W tabeli należy wykazać sprzęt i aparaturę medyczną o wartości **nie mniejszej niż 200 000 zł** – sprzęt strategiczny (według wartości na dzień zakupu).

Wykazać należy również sprzęt, który był ulepszany w czasie użytkowania i jego wartość po modernizacjach przekroczyła kwotę 200 tys, mimo początkowej wartości niższej od tej kwoty (wówczas w kolumnie uwagi należy wskazać, że sprzęt zyskał na wartości w wyniku modernizacji).

Lp.	Nazwa sprzętu	Rok produkcji	Wartość początkowa (cena zakupu brutto)	Ocena stopnia zużycia [%]	Analiza ryzyka utrudnienia w działaności w razie awarii (wysoka, bez wpływu, niska)	Kwota rocznych nakładów na utrzymanie stanu technicznego (naprawy, awarie, serwis) za ostatnie 3 lata (łącznie)	Czy sprzęt wymaga wymiany w okresie trwania programu naprawczego (TAK/NIE)
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							

Analiza sprzętu medycznego 3.6.1



Ministerstwo
Zdrowia

cez Centrum
e-Zdrowia



Lp.	Nazwa sprzętu	Rok produkcji	Wartość początkowa (cena zakupu brutto)	Ocena stopnia zużycia [%]	Analiza ryzyka utrudnienia w działalności w razie awarii (wysoka, bez wpływu, niska)	Kwota rocznych nakładów na utrzymanie stanu technicznego (naprawy, awarie, serwis) za ostatnie 3 lata (łącznie)	Czy sprzęt wymaga wymiany w okresie trwania programu naprawczego (TAK/NIE)
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							

- **Kolumna 2 Nazwa sprzętu** podać należy pełną nazwę sprzętu/aparatury medycznej, np.: Rezonans Magnetyczny firmy xxx model yyy.
- **Kolumna 3** – rok jego produkcji.
- **Kolumna 4 Wartość początkowa (cena zakupu brutto)** odnosi się do pełnej wartości początkowej, obejmującej cenę netto urządzenia określoną w umowie lub ofercie, podatek VAT naliczony według właściwej stawki, koszty wliczone przez sprzedawcę w cenę sprzedaży, takie jak transport, ubezpieczenie w trakcie dostawy, instalacja, montaż lub uruchomienie – o ile zostały ujęte na fakturze jako element ceny.
- **Kolumna 5 Ocena stopnia zużycia [%]** należy określić szacunkowy poziom zużycia danego aparatu w procentach.
- **Kolumna 6 Analiza ryzyka utrudnienia w działalności w razie awarii** w tej kolumnie z listy rozwijanej należy wybrać jedną z trzech opcji:
 - ✓ wysoka – awaria uniemożliwi lub poważnie ograniczy działalność,
 - ✓ bez wpływu – awaria nie wpływa na ciągłość działalności
 - ✓ niska – awaria możliwa do obejścia lub mało prawdopodobna,

Lp.	Nazwa sprzętu	Rok produkcji	Wartość początkowa (cena zakupu brutto)	Ocena stopnia zużycia [%]	Analiza ryzyka utrudnienia w działanoŝci w razie awarii (wysoka, bez wpłyywu, niska)	Kwota rocznych nakładow na utrzymanie stanu technicznego (naprawy, awarie, serwis) za ostatnie 3 lata (łacznie)	Czy sprzęt wymaga wymiany w okresie trwania programu naprawczego (TAK/NIE)
1	2	3	4	5	6	7	8
1							
2							
3							

- **Kolumna 7 Kwota rocznych nakładow na utrzymanie stanu technicznego (naprawy, awarie, serwis) za ostatnie 3 lata (łacznie)** służy do wpisania sumy kosztów poniesionych w okresie 3 lat poprzedzających przygotowanie programu naprawczego, związanych z naprawami, serwisowaniem i usuwaniem awarii sprzętu/aparatury medycznej.
- **Kolumna 8** należy zawrzeć informację – wybierając odpowiednią opcję z listy rozwijanej - czy sprzęt wymaga wymiany w okresie trwania programu naprawczego.

Liczba badań/zabiegów wykonanych na danym sprzęcie w roku będącym podstawą sporządzenia programu naprawczego	Wskaźnik dziennego wykorzystania sprzętu	Ograniczenia w użytkowaniu sprzętu (TAK, NIE)	Wiek sprzętu	Stopień amortyzacji (czy jest całkowicie zamortyzowany?)	Uwagi
9	10	11	12	13	14

- **Kolumna 9 Liczba badań/zabiegów wykonanych na danym sprzęcie w roku będącym podstawą sporządzenia programu naprawczego** odnosi się do łącznej liczby wykonanych badań / zabiegów.
- Pozycja ta może być pomocna do porównania dwóch aparatów tego samego rodzaju pod kątem stopnia ich wykorzystania.
- **Kolumna 10** - Wskaźnik dziennego wykorzystania sprzętu.
- **Kolumna 11 Ograniczenia w użytkowaniu sprzętu (TAK, NIE)** należy wybrać jedną z dostępnych w liście rozwijanej odpowiedzi. Ograniczenia to wszelkie czynniki, które powodują, że urządzenie nie może być wykorzystywane w pełnym, teoretycznym zakresie swoich możliwości. Mogą mieć charakter techniczny (np. awarie), kadrowy (np. brak albo zbyt mało wykwalifikowanego personelu), organizacyjne (np. sposób planowania badań, liczba dostępnych stanowisk), formalno-prawne (np. przepisy prawa).

Liczba badań/zabiegów wykonanych na danym sprzęcie w roku będącym podstawą sporządzenia programu naprawczego	Wskaźnik dziennego wykorzystania sprzętu	Ograniczenia w użytkowaniu sprzętu (TAK, NIE)	Wiek sprzętu	Stopień amortyzacji (czy jest całkowicie zamortyzowany?)	Uwagi
9	10	11	12	13	14

- **Kolumna 12 Wiek sprzętu** wylicza się automatycznie
- **Kolumna 13 Stopień amortyzacji (czy jest całkowicie zamortyzowany?)** służy określeniu – jako wybór z listy rozwijanej - stopnia amortyzacji, wynikającego z ewidencji środków trwałych. W przypadku sprzętu wynajmowanego/ dzierżawionego/ leasingowanego wybrać należy opcję „nie dotyczy”.
- **Kolumna 14 Uwagi** służy zamieszczeniu wszelkich niezbędnych informacji uzupełniających, np. doprecyzowanie typu sprzętu / aparatu medycznego, istotnych wartości zwiększających wartość początkową sprzętu, opisu najważniejszych ograniczeń, inne.

Lp.	Nazwa sprzętu	liczba	wartość	wybór działania naprawczego (4.4.1)	opis
1	2	3	4	5	6
1					
2					
3					

Arkusz ten służy do zamieszczenia informacji o wszelkich brakach dotyczących sprzętu w podmiocie leczniczym.

- **Kolumna 2 Nazwa sprzętu** podać należy pełną nazwę sprzętu / aparatury medycznej, np.: Rezonans Magnetyczny firmy xxx model yyy.
- **Kolumna 3 Liczba** podać należy brakującą liczbę danego sprzętu/ aparatury,
- **Kolumna 4** należy wpisać wartość, oszacowany koszt ewentualnego nabycia tych pozycji.
- **Kolumna 5 wybór działania naprawczego** należy wskazać zaplanowane działanie, w ramach którego możliwe będzie dokonanie zakupu danej pozycji sprzętu/ aparatury.

UWAGA: w celu wyboru działania najpierw należy wypełnić arkusz 4.4.1.

- **Kolumna 6 opis** jest miejscem na wpisanie wszelkich innych informacji, istotnych dla arkusza.

Działki będące w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy

Lp.	Działka, opis, Nr KW	Wielkość w m ²	Tytuł prawny (własność lub inna forma)	Hipoteka i inne obciążenia prawne	Wykorzystanie w m ²	Wolne powierzchnie możliwe do zagospodarowania	Uwagi, w tym ograniczenia w zagospodarowaniu (planów zagospodarowania terenu)
1	2	3	4	5	6	7	8

Budynki będące w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy

Lp.	Budynek	Powierzchnia użytkowa w m ²	Wykorzystanie na działalność w m ²	Opis obszarów medycznych i niemedycznych (OPK)	Wolne przestrzenie do zagospodarowania	Stan budynku ocena (zły, średni, dobry) wg okresowego przeglądu budowlanego	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

Analiza infrastruktury (gruntów i nieruchomości) powinna obejmować kompleksowe ujęcie zasobów majątkowych wykorzystywanych przez podmiot leczniczy do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz działalności wspierającej. W ramach tej analizy podmiot powinien sporządzić spis nieruchomości, z wyraźnym rozróżnieniem na grunty oraz budynki, według stanu na dzień sporządzenia programu naprawczego, z uwzględnieniem tytułu prawnego do nieruchomości oraz sposobu ich wykorzystania w działalności podmiotu.

Wnioski z analizy mogą stanowić podstawę do zaplanowania w programie naprawczym działań i decyzji majątkowych, w szczególności w zakresie priorytetyzacji remontów i modernizacji, poprawy bezpieczeństwa i dostępności infrastruktury, racjonalizacji wykorzystania powierzchni oraz ograniczenia kosztów utrzymania nieruchomości.

Działki będące w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy							
Lp.	Działka, opis, Nr KW	Wielkość w m^2	Tytuł prawny (własność lub inna forma)	Hipoteka i inne obciążenia prawne	Wykorzystanie w m^2	Wolne powierzchnie możliwe do zagospodarowania	Uwagi, w tym ograniczenia w zagospodarowaniu (planów zagospodarowania terenu)
1	2	3	4	5	6	7	8

W odniesieniu do gruntów analiza powinna obejmować wykaz działek pozostających we władaniu podmiotu lub wykorzystywanych na podstawie odrębnych tytułów prawnych, wraz z określeniem ich przeznaczenia, lokalizacji oraz stopnia faktycznego wykorzystania. Podmiot powinien ocenić, czy grunty te są wykorzystywane w sposób zgodny z profilem działalności i potrzebami organizacyjnymi jednostki, czy też generują koszty utrzymania niewspółmierne do ich znaczenia operacyjnego.

W analizie należy wskazać, czy posiadane grunty mają potencjał dalszego wykorzystania na potrzeby działalności leczniczej lub inwestycyjnej, czy też są zbędne z punktu widzenia realizacji zadań podmiotu i mogą stanowić przedmiot racjonalizacji, ograniczenia kosztów lub innych decyzji majątkowych w ramach programu naprawczego.

W szablonie należy wykazać i opisać działki będące w posiadaniu lub użytkowaniu podmiotu. Każdą z działek należy wykazać w osobnym wierszu, a w przypadku działek sąsiadujących ze sobą należy zaznaczyć ten fakt w uwagach.

Działki będące w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy

Lp.	Działka, opis, Nr KW	Wielkość w m ²	Tytuł prawny (własność lub inna forma)	Hipoteka i inne obciążenia prawne	Wykorzystanie w m ²	Wolne powierzchnie możliwe do zagospodarowania	Uwagi, w tym ograniczenia w zagospodarowaniu (planów zagospodarowania terenu)
1	2	3	4	5	6	7	8

- **Kolumnie 2 Działka, opis, NrKW** należy nazwać (zidentyfikować) działkę, krótko opisać (np. adres, lokalizacja, charakterystyka, w tym czy jest zabudowana) oraz wpisać numer księgi wieczystej.
- **Kolumna 3 Wielkość w m²** należy podać powierzchnię działki liczoną w metrach kwadratowych, zaokrągloną do liczby całkowitej.
- **Kolumna 4 Tytuł prawny** służy do określenia tytułu prawnego do działki. Przykładowe tytuły prawne to np. własność, współwłasność, dzierżawa, najem.
- **Kolumna 5 Hipoteka i inne obciążenia prawne** należy zamieścić informacje o ewentualnych obciążeniach prawnych i hipotekach na danej działce. Jeżeli występują, należy również wskazać kwotę obciążenia.
- **Kolumna 6 Wykorzystanie w m²**
- **Kolumna 7 Wolne powierzchnie możliwe do zagospodarowania** wpisać należy odpowiednio: powierzchnię działki, która jest obecnie w wykorzystaniu, zaokrągloną do liczby całkowitej, oraz informacje o powierzchni niezagospodarowanych części działki.
- **Kolumna 8 Uwagi, w tym ograniczenia w zagospodarowaniu** jest miejscem na wszelkie dodatkowe informacje, które nie były uwzględnione we wcześniejszych kolumnach, w szczególności o ograniczeniach w zagospodarowaniu działki (np. ograniczenia wynikające z miejscowego planu zagospodarowania przestrzennego lub planu ogólnego, niekorzystne położenie, limity wysokości budynków, ryzyka wypowiedzenia umowy w przypadku najmów). Można również opisać planowane lub odbywające się zmiany w zagospodarowaniu.

Budynki będące w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy							
Lp.	Budynek	Powierzchnia użytkowa w m ²	Wykorzystanie na działalność w m ²	Opis obszarów medycznych i niemiedycznych (OPK)	Wolne przestrzenie do zagospodarowania	Stan budynku ocena (zły, średni, dobry) wg okresowego przeglądu budowlanego	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

Analiza budynków powinna obejmować obiekty wykorzystywane do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz inne budynki pełniące funkcje pomocnicze, techniczne lub administracyjne. Dla każdego budynku podmiot powinien dokonać oceny stanu technicznego, funkcjonalności oraz dostosowania do aktualnych i planowanych potrzeb organizacyjnych. Ocena stanu technicznego powinna koncentrować się w szczególności na bezpieczeństwie użytkowania, sprawności instalacji i urządzeń technicznych, ryzykach awaryjnych oraz kosztach bieżącego utrzymania i eksploatacji.

Analiza ta powinna umożliwić identyfikację budynków wymagających pilnych działań naprawczych, remontowych lub modernizacyjnych, jak również takich, których dalsze użytkowanie w dotychczasowej formie może prowadzić do nieuzasadnionego wzrostu kosztów lub ograniczeń w realizacji świadczeń zdrowotnych.

Integralnym elementem analizy budynków powinna być także ocena przystosowania infrastruktury do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, rozumiana jako ocena dostępności architektonicznej i funkcjonalnej obiektów w zakresie umożliwiającym korzystanie ze świadczeń zdrowotnych w sposób bezpieczny i możliwie samodzielny. Podmiot powinien określić, czy budynki zapewniają dostęp do kluczowych obszarów obsługi pacjentów i udzielania świadczeń, w szczególności do rejestracji, poradni, oddziałów, pracowni diagnostycznych, izby przyjęć lub SOR, a także do węzłów sanitarnych oraz ciągów komunikacyjnych, oraz zidentyfikować istniejące bariery ograniczające dostępność.

Budynki będące w użytkowaniu jednostki piszącej plan naprawczy							
Lp.	Budynek	Powierzchnia użytkowa w m ²	Wykorzystanie na działalność w m ²	Opis obszarów medycznych i niemedycznych (OPK)	Wolne przestrzenie do zagospodarowania	Stan budynku ocena (zły, średni, dobry) wg okresowego przeglądu budowlanego	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8

W szablonie należy wykazać i opisać budynki będące w posiadaniu lub użytkowaniu podmiotu. Każdy budynek wykazać należy w osobnym wierszu. Należy wskazać wszystkie lokale w użytkowaniu świadczeniodawcy, zarówno własnościowe jak i wynajmowane.

- **Kolumna 2 Budynek:** nazwa budynku umożliwiająca jego identyfikację.
- **Kolumna 3 Powierzchnia użytkowa w m²:** należy wprowadzić powierzchnię użytkową działki liczoną w metrach kwadratowych, w zaokrągleniu do liczby całkowitej.
- **Kolumna 4 Wykorzystanie na działalność w m²:** powierzchnia wykorzystywana w prowadzonej działalności, podana metrach kwadratowych, w zaokrągleniu do liczby całkowitej.
- **Kolumna 5 Opis obszarów medycznych i niemedycznych – OPK:** w tej kolumnie powinny zostać wskazane i opisane obszary działalności realizowane na terenie budynku. Obejmuje to zarówno usługi medyczne (rozpisane do poziomu OPK) i niemedyczne (parking, jadłodajnia, najem powierzchni), inne funkcje (administracja, kotłownia, pomieszczenia magazynowe), zarówno po stronie komercyjnej i niekomercyjnej.
- **Kolumna 6 Wolne przestrzenie do zagospodarowania:** należy uwzględnić poszczególne pomieszczenia będące niezagospodarowanymi, wraz z ich powierzchnią podaną w m².
- **Kolumna 7 Stan budynku ocena – zły, średni, dobry – wg okresowego przeglądu budowlanego:** Dla każdego z budynków należy wybrać ze listy rozwijanej ocenę stanu budynku wynikającą z ostatniego przeglądu technicznego.
- **Kolumna 8 UWAGI:** to miejsce do wpisania informacji, które nie zostały uwzględnione w pozostałych kolumnach. W szczególności należy tutaj odnotować tytuł prawny, trudności i ograniczenia w zagospodarowaniu.

Art. 22. [Wymagania względem pomieszczeń i urządzeń podmiotu wykonującego działalność leczniczą]

Analiza dostosowania działalności podmiotu leczniczego do wymagań, o których mowa w art. 22 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, powinna obejmować weryfikację, czy organizacja udzielania świadczeń, wyposażenie, infrastruktura techniczna oraz zasoby kadrowe jednostki spełniają obowiązujące standardy prowadzenia działalności leczniczej.

W ramach tej analizy podmiot powinien ocenić, czy udziela świadczeń w warunkach odpowiadających wymaganiom określonym w przepisach wykonawczych wydanych na podstawie art. 22, w tym w szczególności dotyczącym pomieszczeń i urządzeń, bezpieczeństwa pacjentów, warunków higieniczno-sanitarnych, infrastruktury technicznej oraz wyposażenia medycznego niezbędnego do prowadzenia działalności w określonym rodzaju i zakresie.

Ocenie podlega także sposób organizacji udzielania świadczeń, w tym zapewnienie odpowiedniej liczby personelu medycznego i pozamedycznego oraz właściwe przypisanie kompetencji, aby zagwarantować zgodność z normami wynikającymi z obowiązujących aktów prawnych, zasad prowadzenia dokumentacji medycznej oraz wymagań dotyczących bezpieczeństwa i jakości opieki.

Rezultatem analizy powinno być kompleksowe określenie stopnia zgodności działalności jednostki z wymaganiami ustawowymi oraz wskazanie działań koniecznych do pełnego ich spełnienia, co stanowi element oceny możliwości bezpiecznego, efektywnego i zgodnego z prawem funkcjonowania podmiotu leczniczego na dzień sporządzenia programu naprawczego oraz w perspektywie dalszego jego działania.

Lp.	Kod funkcji/konto syntetyczne (3 cyfry)	NUMER KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK)	NAZWA KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK)	Czy obszar jest w pełni dostosowany do wymogów (MZ, SANEPID, P.POŻ) (tak/nie)	Termin potencjalnego dostosowania do wymogów (jeżeli w kolumnie "5" odpowiedź "NIE")	Zakres prac dostosowawczych (jeżeli w kolumnie "5" odpowiedź "NIE")	Potencjalne koszty dostosowawcze (jeżeli w kolumnie "5" odpowiedź "NIE")	Ryzyko niewykonania zaleceń (duże/średnie/niskie) (jeżeli w kolumnie "5" odpowiedź "NIE")	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	500	tekst 25 znaków	tekst 100 znaków						
2	507	507-12	Pracownia USG						
3									
4									

- **Kolumna 2 Kod funkcji,**
- **Kolumna 3 Numer konta zespołu 5** (wypełnione zostaną automatycznie na podstawie arkusza 1. Struktura Org.)
- **Kolumna 4 Nazwa konta zespołu 5** (wypełnione zostaną automatycznie na podstawie arkusza 1. Struktura Org.)
- **Kolumna 5 Czy obszar jest w pełni dostosowany do wymogów (MZ, SANEPID, P. POŻ)** należy z listy rozwijanej wybrać właściwą odpowiedź dotyczącą dostosowania danego OPK do właściwych przepisów. W przypadku braku pełnego dostosowania danego OPK do wymagań, w **Kolumnie 6 Termin potencjalnego dostosowania do wymogów** wskazać należy termin potencjalnego dostosowania, poprzez wybranie odpowiedniego roku i miesiąca z listy rozwijanej. Jeżeli brak jest możliwości wskazania konkretnego terminu albo przeprowadzenie prac dostosowawczych nie jest zasadne, należy wybrać odpowiedź „nieokreślony”. Sytuacja taka może wystąpić na przykład wtedy, gdy możliwość dostosowania uzależniona jest od czynników zewnętrznych, niezależnych od podmiotu leczniczego albo gdy rozważane jest ograniczenie lub zakończenie działalności w danym zakresie.

Lp.	Kod funkcji/konto syntetyczne (3 cyfry)	NUMER KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK)	NAZWA KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK)	Czy obszar jest w pełni dostosowany do wymogów (MZ, SANEPID, P.POŻ) (tak/nie)	Termin potencjalnego dostosowania do wymogów (jeżeli w kolumnie "5" odpowiedź "NIE")	Zakres prac dostosowawczych (jeżeli w kolumnie "5" odpowiedź "NIE")	Potencjalne koszty dostosowawcze (jeżeli w kolumnie "5" odpowiedź "NIE")	Ryzyko niewykonania zaleceń (duże/średnie/niskie) (jeżeli w kolumnie "5" odpowiedź "NIE")	UWAGI
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	500	tekst 25 znaków	tekst 100 znaków						
2	507	507-12	Pracownia USG						
3									
4									

- **Kolumna 7 Zakres prac dostosowawczych** należy krótko opisać planowany zakres prac mających na celu pełne dostosowanie do przedmiotowych wymagań, a w kolumnie 8 (Potencjalne koszty dostosowawcze) zamieścić szacunkową wysokość kosztów takich działań.
- **Kolumna 9 Ryzyko niewykonania zaleceń** odnosi się do przypadków niepełnego dostosowania do wymagań i stopnia ryzyka niewykonania zaleceń w tym obszarze w założonym terminie.
- **Kolumna 10 Uwagi** wpisać można wszelkie dodatkowe informacje uzupełniające.

Analiza zasobów ludzkich powinna obejmować ocenę potencjału kadrowego podmiotu leczniczego w odniesieniu do poszczególnych medycznych ośrodków powstawania kosztów, w których udzielane są świadczenia zdrowotne. Analiza ta powinna umożliwiać ocenę, czy struktura zatrudnienia, liczba pracowników, poziom wynagrodzeń oraz sposób organizacji pracy są adekwatne do zakresu i wolumenu realizowanych świadczeń, a także do wymagań prawnych i organizacyjnych obowiązujących w danym rodzaju działalności leczniczej.

W ramach analizy podmiot powinien poddać analizie informacje dotyczące liczby zatrudnionych pracowników, z rozróżnieniem na podstawowe grupy zawodowe. Analiza powinna uwzględniać formy zatrudnienia oraz stopień zaangażowania personelu w realizację świadczeń w danym ośrodku, tak aby możliwe było odniesienie potencjału kadrowego do faktycznego zakresu działalności medycznej oraz ponoszonych kosztów osobowych.

Istotnym elementem analizy zasobów ludzkich jest ocena struktury kadrowej. Podmiot powinien ocenić, czy struktura ta odpowiada specyfice udzielanych świadczeń, organizacji pracy oraz wymaganiom określonym w przepisach prawa, a także czy nie występują dysproporcje mogące negatywnie wpływać na efektywność, jakość udzielanych świadczeń lub koszty funkcjonowania danego ośrodka powstawania kosztów.

Analiza powinna również pozwolić na identyfikację niedoborów kadrowych, w szczególności w odniesieniu do grup zawodowych o kluczowym znaczeniu dla realizacji świadczeń. Podmiot powinien wskazać, czy występują trudności w obsadzie dyżurów, zapewnieniu ciągłości pracy lub realizacji określonych zakresów świadczeń z powodu braku odpowiedniego personelu, a także określić wpływ tych niedoborów na dostępność i efektywność udzielanych świadczeń oraz na poziom kosztów, w tym koszty nadgodzin, dyżurów kontraktowych lub zastępstw

W analizie zasobów ludzkich należy również uwzględnić zjawisko fluktuacji kadry, rozumiane jako rotacja pracowników w analizowanym okresie. Podmiot powinien wskazać, czy występuje podwyższona fluktuacja personelu oraz czy ma ona charakter incydentalny czy trwały. Analiza ta powinna umożliwić ocenę, w jakim stopniu fluktuacja wpływa na stabilność organizacyjną, koszty funkcjonowania oraz jakość i ciągłość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

Integralnym elementem analizy zasobów ludzkich powinna być także ocena wysokości kosztów osobowych przypisanych do poszczególnych medycznych ośrodków powstawania kosztów. Analiza ta powinna umożliwiać identyfikację ośrodków, w których koszty pracy są szczególnie wysokie w relacji do wolumenu lub wartości realizowanych świadczeń, a także ocenę czy poziom wynagrodzeń jest jednym z czynników wpływających na niedobory kadrowe lub fluktuację.

Wnioski z analizy zasobów ludzkich mogą stanowić podstawę do planowania działań naprawczych i organizacyjnych w programie naprawczym, w szczególności w zakresie dostosowania liczby i struktury zatrudnienia, poprawy stabilności kadrowej, racjonalizacji kosztów osobowych oraz lepszego dopasowania zasobów ludzkich do rzeczywistych potrzeb wynikających z profilu i skali działalności poszczególnych medycznych ośrodków powstawania kosztów.

Arkusz służy analizie danych odnoszących się do głównych grup zawodowych w poszczególnych medycznych ośrodkach powstawania kosztów.

		Dane identyfikacyjne OPK		
		AUTOMATYCZNE ZACZYTANIE Z ARKUSZA 1.StrukturaO		
Lp.	ROK	Kod funkcji/konto syntetyczne (3 cyfry)	NUMER KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK)	NAZWA KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK)
1	2	3	4	5

- Kolumny 1-5: Lp., ROK, Kod funkcji/konto syntetyczne (3 cyfry), NUMER KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK) i NAZWA KONTA ZESPOŁU 5 - OŚRODKA POWSTAWANIA KOSZTÓW (OPK)** są uzupełniane automatycznie na podstawie danych wprowadzonych w Arkuszu 1. Struktura organizacyjna i nie podlegają ręcznej edycji. Dodanie nowego OPK wymaga wcześniejszego uzupełnienia danych w tym arkuszu.

Kolumny od 6 do 17 dotyczą informacji o zatrudnieniu lekarzy.

Liczba etatów przeliczeniowych w szt. (przeliczeniowo do 160 h)	w tym liczba etatów przeliczeniowych w normalnej ordynacji (z kolumny 6)	w tym liczba etatów przeliczeniowych za dyżury (z kolumny 6)	Liczba etatów na UOP	Lekarze wartość kosztów osobowych (UOP)
6	7	8	9	10

- **Kolumna 6 Liczba etatów przeliczeniowych w szt. (przeliczeniowo do 160h)** zostanie uzupełniona automatycznie i nie podlega ręcznej edycji. Kolumna dotyczy wszystkich rodzajów umów realizowanych w podmiocie w analizowanym okresie. Wskazuje liczbę pełnych etatów odpowiadającą średniorocznej łącznej liczbie godzin przepracowanych przez lekarzy, przy założeniu, że 1 etat = 160 godzin pracy w miesiącu. Stanowi sumę kolumn 9, 11 i 14 zawierających informacje o liczbie etatów dla poszczególnych form zatrudnienia.
- **Kolumna 7 w tym liczba etatów przeliczeniowych w normalnej ordynacji** dotyczy średniorocznej liczby etatów realizowanych w normalnej ordynacji, tj. w godzinach przypadających do przepracowania w danej dobie pracowniczej zgodnie z obowiązującym harmonogramem czasu pracy, niezależnie od formy zatrudnienia.
- **Kolumna 8 w tym liczba etatów przeliczeniowych za dyżury** dotyczy średniorocznej liczby etatów przeliczeniowych wynikających z realizacji dyżurów medycznych, czyli wykonywanie czynności zawodowych poza normalnymi godzinami pracy, niezależnie od formy zatrudnienia. Suma obu kolumn powinna być równa liczbie wskazanej w kolumnie 6, bowiem stanowią inne ujęcie tych samych informacji.
- **Kolumny 9 Liczba etatów na UOP i 10 Lekarze wartość kosztów osobowych (UOP)** odnoszą się do lekarzy zatrudnionych na umowie o pracę. Należy w nich wskazać odpowiednio średnioroczną liczbę etatów oraz całkowity koszt zatrudnienia w analizowanym okresie, obejmujący wynagrodzenie brutto pracownika oraz koszty ponoszone przez pracodawcę.

Analiza OPK Zasoby ludzkie 3.5.1



Ministerstwo
Zdrowia

cez Centrum
e-Zdrowia



Lekarze - liczba etatów przeliczeniowych na UCP z wyjątkiem rozliczanych za procedury/ryczałt	Wartość UCP za wyjątkiem rozliczanych za procedury/ryczałt	liczba lekarzy wynagradzanych od procedur/ryczałtu w ramach UCP	liczba etatów przeliczeniowych dla procedur/ryczałtu - w ramach UCP	Wynagrodzenie lekarzy wg procedur/ryczałtu w ramach UCP	Suma kosztów lekarzy w danym OPK	% kosztów lekarskich do przychodów w danym OPK
11	12	13	14	15	16	17

Kolumny od 11 do 15 odnoszą się do lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych: zlecenia, o dzieło, podwykonawstwa.

UWAGA: wypełnienie tej części wymaga prowadzenia ewidencji czasu pracy lekarzy zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Średnioroczną liczbę etatów przeliczeniowych można obliczyć jako iloraz sumy tych etatów w analizowanym okresie i liczby miesięcy w analizowanym okresie.

- **Kolumna 11 Lekarze - liczba etatów przeliczeniowych na UCP z wyjątkiem rozliczanych za procedury/ryczałt** należy wpisać wartość odpowiadającą średniorocznemu wymiarowi zatrudnienia przy założeniu, że 1 etat = 160 godzin pracy.
- **Kolumna 12 Wartość UCP z wyjątkiem rozliczanych za procedury/ryczałt** podać należy wartość kosztów osobowych odnoszących się do liczby etatów wskazanej w kolumnie 11 w całym analizowanym okresie.
- **Kolumna 13 liczba lekarzy wynagradzanych od procedur/ryczałtu w ramach UCP** dotyczy liczby lekarzy, w odniesieniu do których formą rozliczeń jest płatność za każdą wykonaną procedurę albo w formie ryczałtu.
- **Kolumna 14 liczba etatów przeliczeniowych dla procedur/ryczałtu - w ramach UCP** należy wpisać średnioroczną liczbę etatów odnoszących się do lekarzy wskazanych w kolumnie 13, stosując przelicznik **1 etat = 160 godzin pracy**.
- **Kolumna 15 Wynagrodzenie lekarzy wg procedur/ryczałtu w ramach UCP** jest miejscem na wpisanie wysokości całkowitych kosztów poniesionych w analizowanym okresie na realizację umów personelu lekarskiego wskazanego w kolumnie 13.
- **Kolumny 16 Suma kosztów lekarzy w danym OPK i 17 % kosztów lekarskich do przychodów w danym OPK** są uzupełniane automatycznie i nie ma możliwości ręcznej edycji danych.

Kolumny od 18 do 28 dotyczą informacji o zatrudnieniu pielęgniarek i położnych.

Normatyw zatrudnienia w danym OPK	Liczba etatów przeliczeniowych w szt. (przeliczeniowo do 160 h)	w tym liczba etatów przeliczeniowych w porannej ordynacji	w tym liczba etatów przeliczeniowych w dziennej ordynacji	w tym liczba etatów przeliczeniowych w nocnej ordynacji
	19	20	21	22

- **Kolumna 18 Normatyw zatrudnienia w danym OPK** należy wpisać liczbę etatów niezbędnych do zapewnienia realizacji świadczeń w danym OPK, zgodnie z obowiązującymi przepisami, standardami organizacyjnymi oraz przyjętym modelem organizacji pracy.
- **Kolumna 19 Liczba etatów przeliczeniowych w szt. (przeliczeniowo do 160 h)** jest wyliczana automatycznie jako suma liczby etatów personelu pielęgniarskiego ze wszystkich form zatrudnienia.
- **Kolumny od 20 do 22** należy wpisać średnioroczną liczbę etatów przeliczeniowych pielęgniarek w poszczególnych trybach pracy. Za pracę w godzinach porannych przyjmuje się wykonywanie obowiązków służbowych w godzinach od 7:00 do 14:00/15:00. Zmiana dzienna obejmuje zwyczajowo godziny od 14:00/15:00 do 21:00/22:00, natomiast zmiana nocna godziny od 21:00/22:00 do 7:00 rano. **Jeżeli w podmiocie przyjęty jest dwumianowy system pracy**, wówczas liczbę etatów przeliczeniowych dla zmiany dziennej (zazwyczaj od 7:00 do 21:00) wpisać należy w kolumnie 20, dla zmiany nocnej (zazwyczaj od 21:00 do 7:00) w kolumnie 22, natomiast w kolumnie 21 wpisać zero.

Liczba etatów na UOP	Wartość kosztów osobowych UOP	Pielęgniarki - liczba etatów przeliczeniowych na UCP	Wartość umów cywilnoprawnych	Suma kosztów pielęgniarek w danym OPK	% kosztów pielęgniarek do przychodów w danym OPK
23	24	25	26	27	28

- **Kolumny 23 Liczba etatów na UOP i 24 Wartość kosztów osobowych UOP** odnoszą się do pielęgniarek zatrudnionych na umowie o pracę. Należy w nich wskazać odpowiednio średnioroczną liczbę etatów oraz całkowity koszt zatrudnienia w analizowanym okresie, obejmujący wynagrodzenie brutto pracownika oraz koszty ponoszone przez pracodawcę.
- **Kolumny 25 Pielęgniarki - liczba etatów przeliczeniowych na UCP i 26 Wartość umów cywilnoprawnych** dedykowane są do wpisania średniorocznego wymiaru zatrudnienia na podstawie umów cywilnoprawnych przy założeniu, że 1 etat = 160 godzin pracy, a także wartości kosztów osobowych odnoszących się do liczby etatów przeliczeniowych w całym analizowanym okresie.

UWAGA: wypełnienie tej części wymaga prowadzenia ewidencji czasu pracy pielęgniarek zatrudnionych na podstawie umów cywilnoprawnych. Średnioroczną liczbę etatów przeliczeniowych można obliczyć jako iloraz sumy tych etatów w analizowanym okresie i liczby miesięcy w analizowanym okresie.

- **Kolumny 27 i 28** uzupełniane są automatycznie i nie ma możliwości ręcznej edycji danych

Kolejne kolumny odnoszą się do pozostałego personelu zatrudnionego w danym OPK.

Pozostały personel medyczny		Pozostały personel niemedyczny	
Liczba etatów przeliczeniowych	Koszt (wszystkie koszty osobowe)	Liczba etatów przeliczeniowych	Koszt (wszystkie koszty osobowe)
29	30	31	32

- **Kolumny 29 i 30** podać należy średnioroczną liczbę etatów przeliczeniowych oraz całkowite koszty osobowe w analizowanym okresie w odniesieniu do pozostałego personelu medycznego. Do tej grupy zalicza się pracowników takich jak: psychologzy, psychoterapeuci, elektroradiolodzy, fizjoterapeuci, farmaceuci itp.
- **Kolumny 31 i 32** podać należy średnioroczną liczbę etatów przeliczeniowych oraz całkowite koszty osobowe w analizowanym okresie w odniesieniu do pozostałego personelu niemedycznego. Do tej grupy zalicza się pracowników grup zawodowych od 8 do 10 oraz pracowników zarządu i administracji.

Suma kosztów wynagrodzeń (personelu) w danym OPK	łączna suma etatów przeliczeniowych w danym OPK	% kosztów wynagrodzeń (personelu) do przychodów w danym OPK	liczba lekarzy (wg etatów przeliczeniowych) na łóżko	Koszt wynagrodzenia 1 lekarza (wg etatów przel) /przychód z NFZ wypracowany na 1 lekarza (wg etatów przel) / mc	liczba pielęgniarek (wg etatów przeliczeniowych) na łóżko	Liczba pielęgniarek (wg etatów przel) na 1 łóżko (wg rzeczywistego obciążenia)
33	34	35	36	37	38	39

Kluczowe wskaźniki w **kolumnach od 33 do 39** zostaną wyliczone automatycznie na podstawie danych wpisanych w tym oraz innych arkuszach.

Analiza OPK Zasoby ludzkie 3.5.2



Ministerstwo
Zdrowia

cez Centrum
e-Zdrowia



Arkusze ten służy analizie danych odnoszących się do poszczególnych grup zawodowych w innym ujęciu, a mianowicie na poziomie całego podmiotu, a nie poszczególnych OPK.

Grupy zawodowe są zgodne z załącznikiem do ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Należy zwrócić uwagę, że pielęgniarki zostały wyodrębnione z grup 2, 5 i 6.

rodzaj pracowników	liczba osób	liczba etatów przeliczeniowych UOP	Liczba osób na UOP	Kwota wynagrodzeń UOP (za rok będący podstawą sporządzenia programu naprawczego)	Liczba osób na umowie UCP	Kwota wynagrodzeń UCP (za rok będący podstawą sporządzenia programu naprawczego)
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM lekarze 1,3,4	-	-	-	-	-	-
grupa 1 - lekarze	-					
grupa 3 - lekarze bez sp	-					
grupa 4 - lekarze rezyd	-					
RAZEM pielęgniarki i położne (grupa 2, 5, 6)	-	-	-	-	-	-
grupa 2 pielęgniarki, położne	-					
grupa 5 pielęgniarki, położne	-					
grupa 6 pielęgniarki, położne	-					
RAZEM pozostali	-	-	-	-	-	-
grupa 2 - bez pielęgniarek i położnych	-					
grupa 5 - bez pielęgniarek i położnych	-					
grupa 6 - bez pielęgniarek i położnych	-					
grupa 7	-					
grupa 8	-					
grupa 9	-					
grupa 10	-					
zarząd i administracja (art.5 ustawy)	-					
Ogółem / razem	-	-	-	-	-	-

rodzaj pracowników	liczba osób	liczba etatów przeliczeniowych UOP	Liczba osób na UOP	Kwota wynagrodzeń UOP (za rok będący podstawą sporządzenia programu naprawczego)	Liczba osób na umowie UCP	Kwota wynagrodzeń UCP (za rok będący podstawą sporządzenia programu naprawczego)
1	2	3	4	5	6	7
RAZEM lekarze 1,3,4	-	-	-	-	-	-
grupa 1 - lekarze	-					
grupa 3 - lekarze bez sp	-					
grupa 4 - lekarze rezyd	-					
RAZEM pielęgniarki i położne (grupa 2, 5, 6)	-	-	-	-	-	-
grupa 2 pielęgniarki, położne	-					
grupa 5 pielęgniarki, położne	-					
grupa 6 pielęgniarki, położne	-					
RAZEM pozostali	-	-	-	-	-	-
grupa 2 - bez pielęgniarek i położnych	-					
grupa 5 - bez pielęgniarek i położnych	-					
grupa 6 - bez pielęgniarek i położnych	-					
grupa 7	-					
grupa 8	-					
grupa 9	-					
grupa 10	-					
zarząd i administracja (art.5 ustawy)	-					
Ogółem / razem	-	-	-	-	-	-

Kolumny 4 Liczba osób na UOP i 6 Liczba osób na umowie UCP podać należy średnioroczną liczbę osób w danej formie zatrudnienia (umowy o pracę, umowy cywilnoprawne: o dzieło, zlecenie, podwykonawstwo). Suma obu wartości zostanie wyliczona automatycznie w **kolumnie 2**.

W przypadku wpisania wartości w **kolumnie 4 Liczba osób na UOP**, w **kolumnie 3 liczba etatów przeliczeniowych UOP** podać należy średnioroczną liczbę etatów w odniesieniu do liczby osób wskazanych w kolumnie 4. Natomiast w **kolumnie 5 Kwota wynagrodzeń UOP** należy wpisać wartość całkowitych kosztów osobowych w analizowanym okresie.

W przypadku wpisania wartości w **kolumnie 6 Liczba osób na umowie UCP**, wypełnić należy również **kolumnę 7 Kwota wynagrodzeń UCP** wpisując wartość całkowitych kosztów w analizowanym okresie.

Wskaźnik rotacji pracowników	Wskaźnik niedoborów kadrowych	Średnia wieku* (bez osób na emeryturze)	% kosztów pełnych wynagrodzeń do kosztów ogółem	% kosztów pełnych wynagrodzeń do przychodów ogółem	minimalna stawka za godzinę przeliczeniową	maksymalna stawka za godzinę przeliczeniową
8	9	10	11	12	13	14
					-	-

Kolumna 8 Wskaźnik rotacji pracowników jest obowiązkowa, jeśli wykazano personel w danej kategorii. Wskaźnik pokazuje jaka część zatrudnionych pracowników odchodzi z organizacji w danym okresie. Służy do oceny stabilności zatrudnienia oraz identyfikacji problemów kadrowych, takich jak niedobory personelu medycznego czy wysokie koszty rekrutacji.

Wzór:

$$\text{Wskaźnik rotacji} = \frac{\text{Liczba pracowników którzy odeszli w okresie}}{\text{Średnia liczba pracowników w okresie}} \times 100\%$$

Jeśli wynik mieści się w granicach 0-10% oznacza niską rotację, 10-20% oznacza średnią rotację, a powyżej 20% - wysoką rotację, która może wskazywać na problemy organizacyjne lub/i płacowe.

Kolumna 9 Wskaźnik niedoborów kadrowych odnosi się do miary pokazującej, w jakim stopniu faktyczne zatrudnienie jest niższe od zapotrzebowania kadrowego, wynikającego z przepisów, norm organizacyjnych lub realnych potrzeb operacyjnych. W ujęciu ilościowym wskaźnik niedoborów kadrowych wyraża procentowy brak zatrudnienia względem stanu wymaganego.

Wzór:

$$\text{Wskaźnik niedoborów kadrowych} = \frac{\text{zapotrzebowanie kadrowe} - \text{zatrudnienie faktyczne}}{\text{zapotrzebowanie kadrowe}} \times 100\%$$

Wskaźnik rotacji pracowników	Wskaźnik niedoborów kadrowych	Średnia wieku* (bez osób na emeryturze)	% kosztów pełnych wynagrodzeń do kosztów ogółem	% kosztów pełnych wynagrodzeń do przychodów ogółem	minimalna stawka za godzinę przeliczeniową	maksymalna stawka za godzinę przeliczeniową
8	9	10	11	12	13	14
					-	-

Kolumna 10 Średnia wieku* (bez osób na emeryturze) jest obowiązkowa, jeśli wykazano personel w danej kategorii. Wskaźnik oznacza przeciętny wiek pracowników aktywnych zawodowo, z wyłączeniem osób posiadających status emeryta (również w przypadku, gdy nadal pozostają aktywni zawodowo).

Wskaźniki w **kolumnach 11 i 12** zostaną wyliczone automatycznie na podstawie danych wpisanych w tym oraz innych arkuszach.

W **kolumnach 13 i 14** podać należy wysokość minimalnej oraz maksymalnej stawki za godzinę pracy dla danej kategorii personelu w analizowanym okresie. Pod uwagę wziąć należy wszystkie formy zatrudnienia, nie tylko umowę o pracę. Informacje te pozwolą ocenić wewnętrzne zróżnicowanie wynagrodzeń w ramach jednej grupy wykonującej porównywalne zadania.

średnie wynagrodzenie brutto n -1 (rok poprzedni)	średnie wynagrodzenie brutto n	dynamikę wzrostu wynagrodzeń rok do roku	struktura dodatków do wynagrodzeń (stałe / łączna wartość dodatków)	udział kosztów osobowych UOP	udział kosztów osobowych UCP
15	16	17	18	19	20

W kolumnie 15 średnie wynagrodzenie brutto n-1 (rok poprzedni) jest obowiązkowa, jeśli wykazano personel w danej kategorii. W pozycji tej należy podać przeciętne roczne wynagrodzenie brutto pracowników jednostki w roku poprzedzającym rok sporządzenia programu naprawczego. Obejmuje ono wszystkie składniki wynagrodzenia, zarówno stałe, jak i zmienne, przed potrąceniem podatków oraz składek ZUS po stronie pracownika, nie obejmuje natomiast kosztów pracodawcy.

Wzór

$$\text{średnie wynagrodzenie brutto} = \frac{\text{suma wynagrodzeń brutto wszystkich pracowników}}{\text{średnia liczba pracowników}} \times 100\%$$

gdzie:

Licznik - suma wszystkich wynagrodzeń wypłaconych w roku poprzednim (UOP + UCP)

Mianownik - Średnia liczba pracowników to (stan na 1 stycznia + stan na 31 grudnia) ÷ 2, lub średnia miesięczna liczba zatrudnionych

średnie wynagrodzenie brutto n -1 (rok poprzedni)	średnie wynagrodzenie brutto n	dynamikę wzrostu wynagrodzeń rok do roku	struktura dodatków do wynagrodzeń (stałe / łączna wartość dodatków)	udział kosztów osobowych UOP	udział kosztów osobowych UCP
15	16	17	18	19	20

Kolumny 16 średnie wynagrodzenie brutto i 17 dynamika wzrostu wynagrodzeń rok do roku są uzupełniane automatycznie i nie podlegają ręcznej edycji.

Kolumna 18 struktura dodatków do wynagrodzeń (stałe / łączna wartość dodatków) jest obowiązkowa, jeśli wykazano personel w danej kategorii. Komórka ma charakter opisowy. Pole określa udział dodatków o charakterze stałym w całkowitej kwocie dodatków do wynagrodzeń. Umożliwia ocenę, jaka część dodatków ma charakter trwały (regularny), a jaka ma charakter zmienny.

Do dodatków stałych zalicza się w szczególności: dodatek stażowy (za wysługę lat), dodatek funkcyjny, dodatek specjalny, dodatek za stopień naukowy, dodatek za pracę w warunkach szkodliwych oraz dodatki za dyżury wynikające z harmonogramu, jeżeli mają charakter stały. Do dodatków zmiennych zalicza się w szczególności: premie uznaniowe i roczne, nagrody jubileuszowe, dodatki za nadgodziny, dodatki za zastępstwa, dodatki jednorazowe oraz dodatki wynikające z nadwykonań.

średnie wynagrodzenie brutto n -1 (rok poprzedni)	średnie wynagrodzenie brutto n	dynamikę wzrostu wynagrodzeń rok do roku	struktura dodatków do wynagrodzeń (stałe / łączna wartość dodatków)	udział kosztów osobowych UOP	udział kosztów osobowych UCP
15	16	17	18	19	20

Wzór wskaźnika

$$\text{Struktura dodatków stałych} = \frac{\text{Wartość dodatków stałych}}{\text{Łączna wartość wszystkich dodatków}} \times 100\%$$

Wskaźnik pomaga ocenić elastyczność kosztów pracy, ponieważ jeśli udział dodatków stałych jest wysoki, to koszty wynagrodzeń są bardziej przewidywalne, a przy niskim udziale większa część wynagrodzenia zależy od decyzji zarządczych lub zmiennego obciążenia pracą.

Kolumna 19 udział kosztów osobowych UOP i 20 udział kosztów osobowych UCP (kolumna 20) są uzupełniane automatycznie i nie podlegają ręcznej edycji.