

PROGRAM NAPRAWCZY RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR. TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU

Opracowano w:

Zakład Usług Konsultingowych KNOW HOW Sp. z o. o.

ul. Dubois 27, 71-610 Szczecin

www.knowhow.com.pl

Szczecin, lipiec-sierpień 2020

Spis treści

Wstęp	3
1. Analiza otoczenia	5
2. Organizacja	18
3. Świadczenia medyczne	25
4. Działalność medyczna	29
5. Organizacja obsługi gospodarczej	44
6. Polityka kadrowa.....	50
7. Infrastruktura techniczna	54
8. Analiza finansowa.....	59
9. Wnioski z audytu i Analiza SWOT	67
10. Kierunki rozwoju w zakresie oferty medycznej	84
11. Działania w zakresie obsługi gospodarczej	106
12. Działania w zakresie polityki kadrowej	108
13. Optymalizacja w zakresie zasobów majątkowych.....	130
14. Strategia finansowa - harmonogram wdrożenia planu naprawczego	132
15. Metody zachowania płynności finansowej.....	134
16. Wariantowe prognozy finansowe	143
17. Identyfikacja głównych ryzyk	187
18. Wnioski i rekomendacje.....	190
19. Opracowanie koncepcji monitorowania procesów wdrażania programu naprawczego	192
Spis tabel	200
Spis wykresów	202
Spis rysunków	202
Spis zdjęć.....	202



Wstęp

Program Naprawczy Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr Tytusa Chałubińskiego powstał na zlecenie Szpitala, na podstawie umowy z dnia 31.03.2020 roku na opracowanie *Programu naprawczego dla Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego w celu uzyskania kredytu długoterminowego*

Dokument został opracowany przez specjalistów Zakładu Usług Konsultingowych Know How Sp. z o. o. w Szczecinie. Firma od ponad 27 lat świadczy usługi doradcze dla publicznych i niepublicznych zakładów ochrony zdrowia oraz inwestorów i samorządów. Budowana przez lata kompetencja i doświadczenie firmy to nie tylko audyty i opracowywanie analiz i raportów w obszarze ochrony zdrowia, ale także praktyczne doświadczenie we wdrażaniu nowych rozwiązań, w tym w zarządzaniu operacyjnym szpitalami, w rachunkowości zarządczej oraz controllingu.

Wszelkie analizy oraz wnioski zawarte w niniejszym opracowaniu dotyczące Szpitala zostały oparte o dokumentację, dane i wyjaśnienia przekazane przez Pracowników Szpitala oraz informacje przekazane podczas przeprowadzonych przez Konsultantów Know How telekonferencji, które po uzgodnieniu ze Zleceniodawcą musiały zastąpić wizje lokalne, w związku z pandemią **SARS-CoV-2**.

Niniejszy dokument przedstawia diagnozę sytuacji, pokazuje co i gdzie funkcjonuje właściwie, co wymaga reorganizacji oraz przedstawia odpowiedzi na pytania, co można zrobić by poprawić sytuację Jednostki. Opracowanie zawiera informacje na temat bieżącej działalności Szpitala, procesów w nim zachodzących, uwzględniających jego otoczenie oraz konkurencję. Wskazuje rozwiązania nieefektywne, wymagające zmiany. Obejmuje swym zasięgiem wszystkie sfery działalności Szpitala – finansową, kadrową, medyczną, techniczną, organizacyjną, zarządczą, inwestycyjną. Opracowanie zawiera propozycje optymalizacji wykorzystania zasobów będących w dyspozycji placówki. Analiza danych historycznych przeprowadzona została za trzy ostatnie lata obrachunkowe, tj. 2017 – 2019 oraz za okres I-III 2020 roku.

W opracowaniu poza oceną działalności Szpitala i propozycją niezbędnych działań naprawczych, dokonano także symulacji wyników ekonomicznych dla rozpatrywanych scenariuszy. Symulacji zjawisk ekonomicznych dalszego funkcjonowania Szpitala dokonano w następujących wariantach:

WARIANT 0 – model dotychczasowego działania Szpitala, z obecną organizacją, bez działań naprawczych, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.

WARIANT 1 – model uwzględniający funkcjonowanie Szpitala jako jednostki jednoimiennej do końca września 2020 roku oraz wprowadzenie działań naprawczych z planowanymi nakładami inwestycyjnymi oraz pozyskanie preferencyjnego kredytu restrukturyzacyjnego z Banku Gospodarstwa Krajowego w wysokości 55 mln zł na restrukturyzację zadłużenia.

Opracowanie zawiera propozycje rozwiązania problemów związanych z podjęciem decyzji, obejmujących, np. optymalizację zatrudnienia, oferty medycznej, wykorzystania zasobów będących w dyspozycji placówki.



Doświadczenia ZUK Know How pokazują, iż przeprowadzenie audytu i opracowanie programu naprawczego może być pierwszym krokiem do pozytywnych zmian w Jednostce. Natomiast warunkiem koniecznym i kluczem do sukcesu jest determinacja oraz konsekwencja – najpierw w podejmowaniu decyzji, później we wdrażaniu działań naprawczych.



1. Analiza otoczenia

Uwarunkowanie geograficzne

Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr Tytusa Chałubińskiego zlokalizowany jest w Radomiu przy ul. Lekarskiej 4.

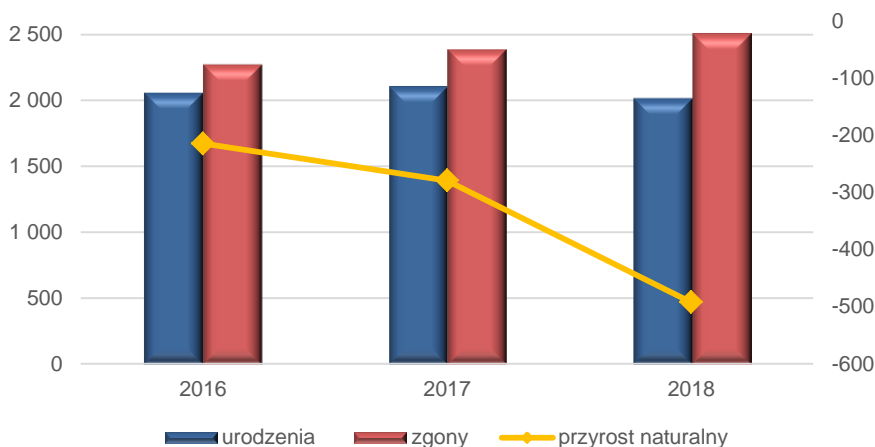
Radom jest miastem na prawach powiatu (powiat grodzki), zlokalizowanym w centralno-wschodniej Polsce, w województwie mazowieckim, nad rzeką Mleczną. Otaczające miasto gminy tworzą odrębną jednostkę administracyjną – powiat radomski ziemski.

Powiat radomski zajmuje obszar 1.530 km² (153 tys. ha). Powiat usytuowany jest na przecięciu licznych szlaków komunikacyjnych, co stwarza dobre warunki rozwoju gospodarczego. Warunki naturalne sprzyjają także rozwojowi ogrodnictwa i rolnictwa.

Demografia

Liczba ludności w mieście Radom wg danych GUS wynosiła pod koniec 2018 roku 213 029 osób, natomiast powiatu radomskiego 152 117 osób. W przeciwieństwie do populacji powiatu radomskiego liczba ludności miasta Radom na przestrzeni lat 2010-2018 ulegała corocznym spadkom. Sytuacja ta wskazuje na emigrację ludności z miasta do okolicznych wsi. Prognozowana liczba ludności miasta Radom w latach 2020-2040 utrzymuje aktualne tendencje, tj. stały spadek populacji. Spadek liczby ludności miasta Radom poza emigracją mieszkańców do okolicznych wsi spowodowany jest również ujemnym przyrostem naturalnym.

Wykres 1 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny w mieście Radom w latach 2016 – 2018



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Średni wiek mieszkańców Radomia to 42,3 lat, natomiast powiatu radomskiego 39,0 lat. Średni wiek mieszkańców Radomia jest nieco wyższy, natomiast powiatu radomskiego niższy, niż średni wiek mieszkańców województwa mazowieckiego (41,2 lat).



Ogólnopolskim i ogólnoeuropejskim trendem jest starzenie się społeczeństwa. Jest to pochodna przede wszystkim wzrostu przeciętnej długości życia ludności i ujemnego przyrostu naturalnego. Tendencje te widoczne są również dla regionu radomskiego. W latach 2016-2018 liczba ludności w wieku poprodukcyjnym zwiększyła się o ponad 6%, podczas gdy liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym jedynie o 0,5%. Liczba ludności w wieku produkcyjnym zmalała o 2,6%.

Wzrost ludności w wieku poprodukcyjnym w większym stopniu narażonych na prawdopodobieństwo wystąpienia problemów zdrowotnych oraz niepełnosprawności niż ludność pozostałych grup wiekowych powodować będzie zmiany zapotrzebowania na różnego rodzaju świadczenia oraz usługi zdrowotne, w tym zwiększenie zapotrzebowania na usługi skierowane m.in. na schorzenia wieku podeszłego, układu naczyniowego, schorzeń neurologicznych, rehabilitacji, opiekę przewlekłą. Starzejące się społeczeństwo generować będzie zwiększone zapotrzebowanie na personel medyczny, w szczególności w zakresie geriatrii, chorób wewnętrznych, neurologicznych czy kardiologii. Bezpośrednim skutkiem starzenia się społeczeństwa będzie konieczność zmian nakierowanych na potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej i socjalnej – w tym wzrost udziału wydatków w tym zakresie.

Epidemiologia i analiza Map potrzeb zdrowotnych

W województwie mazowieckim, według Informatora o umowach NFZ, znajduje się 116 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego. W Radomiu występuje 5 takich jednostek, z czego 2 zapewniają świadczenia w ramach wyłącznie 1- dniowych pobytów .

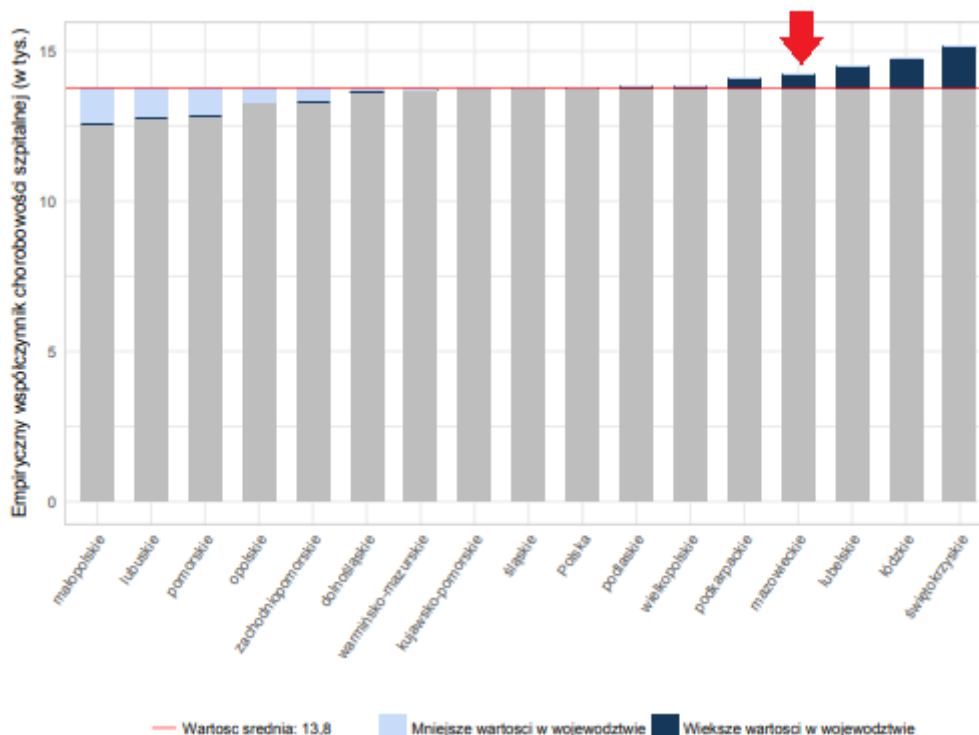
W województwie mazowieckim w roku 2018 odnotowano 1 209 454 leczonych pacjentów (3. miejsce w Polsce). Przeciętny pobyt chorego w szpitalu stacjonarnym wyniósł 5,1 dnia (6 - 7.miejsce w kraju). Wskaźnik wykorzystania łóżek wyniósł 67,2% i był 5 najwyższym wskaźnikiem odnotowanym w Polsce.

W województwie mazowieckim w 2018 roku, publiczne świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane były przez 3 046 przychodnie oraz 293 praktyki lekarskie i stomatologiczne. W tym samym okresie udzielono 43,1 mln porad lekarskich oraz 5,6 mln porad stomatologicznych, co oznacza wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 1,2%. Ponad 86% porad udzielonych zostało w miastach. Największa liczba poradni specjalistycznych w województwie mazowieckim w 2018 roku udzielona została w poradniach chirurgicznych (15,6%), ginekologiczno-położniczych (11,9%) oraz okulistycznych (9,8%).

Współczynnik chorobowości szpitalnej w Polsce w 2016 roku wynosił 13,8 (13 780 osób hospitalizowanych na 100 000 ludności). Dla województwa mazowieckiego przyjmował on wartości powyżej średniej krajowej.



Wykres 2 Współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności w województwach w 2016 roku



Źródło: Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla województwa mazowieckiego.

W ponad 60% oddziałów występujących w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym chorobowość w województwie mazowieckim była wyższa niż w Polsce. W powiecie m. Radom na oddziałach: okulistyki, urazowo – ortopedycznym, neurologiczno – udarowym oraz neonatologii chorobowość była wyższa zarówno w stosunku do danych wojewódzkich jak i danych ogólnopolskich.

W województwie mazowieckim w latach 2014 – 2016 najwięcej zgonów odnotowanych zostało z powodu chorób kardiologicznych (31,2%). Drugą najczęstszą przyczyną zgonów były choroby onkologiczne (23,3%). W powiecie radomskim oraz mieście Radom najczęstszymi przyczynami zgonów w roku 2018 były choroby układu krążenia (51%) oraz choroby nowotworowe (29%).

Zgodnie z informacjami zawartymi w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia 2019 najmniej liczną grupą w zakresie lekarzy w województwie mazowieckim są medycy z zakresu diabetologii oraz dermatologii i wenerologii. Najlicniejsza grupa medyków województwa mazowieckiego obejmuje specjalistów z dziedziny: chorób wewnętrznych oraz chirurgii ogólnej.

Liczba lekarzy województwa mazowieckiego zmniejsza się w podobnym tempie jak w Polsce. Liczba pielęgniarek i położnych województwa mazowieckiego w przeciwieństwie do tendencji ogólnopolskich ulega niewielkim wzrostom.



Ponad połowa lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu znajdowała się w wieku powyżej 45 roku życia, przy czym najwięcej lekarzy było w grupie 65 lat i więcej. Wśród pielęgniarek najwięcej znajdowało się w grupie wiekowej 45-54 lat oraz 55-64 lat.

Konkurencja

Otoczenie placówki w skali mikro ma znaczenie popytowe – to potencjalni pacjenci oraz podażowe – tak zwana konkurencja.

Aby uchwycić właściwy kontekst funkcjonowania Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego w pierwszej kolejności przeanalizowano kierunki napływu pacjentów, którzy leczyli się w Placówce. W roku 2019 najliczniejszą grupą leczonych na oddziałach szpitalnych RSS byli pacjenci z województwa mazowieckiego (98,76%), z czego mieszkańcy Radomia stanowili 56,2% wszystkich obsłużonych. Drugi w kolejności byli mieszkańcy powiatu radomskiego (23,9%), a trzeci mieszkańcy powiatu szydłowieckiego (5,4%). Mieszkańcy województwa świętokrzyskiego stanowili jedynie 0,53% obsłużonych pacjentów, województwa łódzkiego 0,26%, województwa lubelskiego 0,18%, a pozostałych województw (łącznie) 0,28%.

W województwie mazowieckim w sieci szpitali (PSZ) znajduje się łącznie 85 placówek. Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego jest jednym z 9 szpitali III stopnia podstawowego szpitalnego zabezpieczenia.

Badanie konkurencji oparto o trzy główne czynniki:

- wielkość kontraktu z NFZ,
- odległość innych jednostek od Radomskiego Szpitala Specjalistycznego,
- ilość podobnych komórek medycznych.

Ostatecznie do oceny przyjęto następujące jednostki:

- Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach,
- Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.,
- Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej,
- Zespół Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim,
- Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku Kamiennej Szpital Powiatowy im. Marii Skłodowskiej-Curie,
- Szpital Kielecki św. Aleksandra Sp. z o.o.,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Powiatowy im. Edmunda Biernackiego w Opocznie,
- Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Kielcach,
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej - Szpital w Iłży,
- Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pionkach,
- Polmedic Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
- Medicon Sp. z o.o.,
- Niepubliczny Specjalistyczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Olsztyńska" Dębińska, Szczepanowska, Spółka Partnerska – Lekarze (przeanalizowano tylko w zakresie AOS).



Po dokonaniu analiz okazało się, iż Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego działa w regionie (województwie mazowieckim) z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o umiarkowanym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych.

Do największych „konkurentów” Radomskiego Szpitala Specjalistycznego zaliczyć możemy:

- Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. z 15 podobnymi oddziałami, 18 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 222,0 mln zł, w odległości zaledwie ok. 5,9 km,
- Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach z 19 podobnymi oddziałami, 22 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 351,5 mln zł, w odległości ok. 84,3 km,
- Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach z 16 podobnymi oddziałami, 18 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 114,0 mln zł, w odległości ok. 41,9 km,
- Polmedic Sp. z o.o. z 1 podobnymi oddziałem, 16 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 11,8 mln zł, w odległości jedynie ok. 3,7 km.

Warto nadmienić, iż z racji bliskiej odległości, do ścisłej konkurencji lokalnej należy także zaliczyć Medicon Sp. z o.o. z kontraktem blisko 4,0 mln zł w odległości ok. 3,4 km (1 podobny oddział i 10 podobnych poradni) oraz NS ZOZ "Olsztyńska" Dębińska, Szczepanowska, Spółka Partnerska - Lekarze z kontraktem blisko 3,9 mln zł w odległości 3,8 km (1 podobny oddział i 13 podobnych poradni) oraz (nie ujęty wcześniej) Reha-Complex S.C. Joanna Kiljanek, Rafał Kramer z kontraktem ponad 5,4 mln zł w odległość ok. 4,1 (zbieżny w zakresie rehabilitacji). W kwestii leczenia onkologicznego należy jeszcze wymienić Radomskie Centrum Onkologii.

Rozważając konkurencyjność Radomskiego Szpitala Specjalistycznego należy także wspomnieć o wątku medycyny komercyjnej. Trudna sytuacja publicznej ochrony zdrowia powoduje, że pacjenci coraz częściej korzystają z płatnych usług. Dodatkowo rośnie też zamożność i świadomość społeczeństwa, które ceni sobie szybką i kompleksową opiekę. Dlatego warto rozważyć rozszerzenie np. oferty płatnych porad i zabiegów, oraz wprowadzenie opieki abonamentowej lub nawet płatnych przez ubezpieczycieli dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych. Struktura i zakres tych usług powinny być oczywiście spójne z potrzebami populacji, w której działa Szpital.

Uwarunkowania prawne

1.5.1. Ustawa o działalności leczniczej

Zmiany w *Ustawie o działalności leczniczej* wprowadzone przez *Ustawę o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw* z dnia 15 lipca 2016 roku, narzuciły na podmiot tworzący obowiązek utrzymywania ścisłej kontroli sytuacji finansowej podległych mu podmiotów leczniczych. Kierownicy SP ZOZ zobowiązani są do corocznego przedłożenia raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej (do 31 maja roku następnego), a w przypadku wystąpienia starty netto – programu naprawczego na kolejne trzy lata działalności. Strata pokrywana jest albo z funduszu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej lub



w przypadku, gdy strata nie może być pokryta przez samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej we własnym zakresie, zobowiązanym do pokrycia straty jest podmiot tworzący.

W zakresie podmiotów leczniczych działających w formie spółek handlowych pojawił się zakaz zbywania ich pakietów większościowych (51% akcji/udziałów musi pozostać w posiadaniu JST) oraz zakaz wypłacania dywidend.

W dniu 04 maja 2019 r. w ustawie o działalności leczniczej dodano art. 23a, który reguluje zasady monitoringu w podmiocie wykonującym działalność leczniczą.

Z dniem 06 czerwca 2019 r. ustawą o zmianie ustawy - *Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw z dnia 26 kwietnia 2019 r.* weszła w życie zmiana (art. 111a ust. 2) umożliwiająca nałożenie kary pieniężnej za zbywanie lub nabywanie środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego wbrew zakazowi określonymu w art. 87 ust. 5 lub 5a ustawy z dnia 6 września 2001 r. - *Prawo farmaceutyczne*.

W dniu 01 kwietnia 2019 r. weszło w życie *Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 26 marca 2019 r.*

1.5.2. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z 2004 roku była w ostatnim okresie kilkakrotnie nowelizowana. Zmiany dotyczyły obszarów związanych z:

- zwiększeniem zakresu czasu opieki nad pacjentami poprzez pomoc asystentów medycznych,
- szybką terapią onkologiczną (skrócenie diagnostyki i terapii pacjentów z podejrzeniem bądź rozpoznaniem nowotworowym, wprowadzenie koordynatora leczenia onkologicznego, wprowadzenie elektronicznej formy karty DiLO),
- oceną wniosków inwestycyjnych w sektorze ochrony zdrowia (IOWISZ) – stworzenie racjonalnej polityki inwestycyjnej opartej o rzeczywiste zapotrzebowanie na danym terenie (Mapy Potrzeb Zdrowotnych - priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej),
- sposobem finansowania świadczeń zdrowotnych - corocznie ustalany ryczałt dla szpitali zakwalifikowanych do tzw. sieć szpitali.

Oczekujemy również na nowe regulacje prawne związane z rachunkiem kosztów w ochronie zdrowia – powinny wejść w życie 1 stycznia 2021 r, ich projekty były publicznie prezentowane 8 lipca 2019 r.. (publiczne wysłuchanie projektu).

1.5.3. Regulacja wynagrodzeń w ochronie zdrowia

W ostatnim okresie, w obszarze ochrony zdrowia wprowadzonych zostało wiele aktów prawnych regulujących podwyżki płac personelu podmiotów leczniczych. Pozytywną stroną tychże zmian jest poprawa warunków pracy pracowników sektora ochrony zdrowia oraz



zwiększenie poziomu satysfakcji z realizowanych zadań zawodowych. Wzrost płac może pozytywnie wpłynąć na zwiększenie liczby potencjalnych pracowników wyspecjalizowanych w zakresie medycyny jak i w pozostałych grupach zawodowych placówek szpitalnych. Negatywnym aspektem regulacji płacowych jest dodatkowe obciążenie kosztowe Szpitali w pewnych składowych wynagrodzeń oraz zwiększenie nakładów pracy działów kadrowych związanych z niedoprecyzowanymi i w niektórych przypadkach działających wstecz przepisami wskazującymi sposób wyliczeń podwyżek płac. Chociaż większość kosztów podwyżek jest refundowana, ale odbywa się to kosztem budżetu NFZ, zmniejszając środki na zakup świadczeń medycznych. Tym samym w systemie ochrony zdrowia zwiększa się sfera zależna od centralnie podejmowanych decyzji, a zmniejsza obszar samoregulacji, działający na zasadzie transakcyjności.

1.5.4. E-zdrowie

Z raportu „E-zdrowie oczami Polaków”¹ dowiadujemy się, że aż 65,2% obywateli uważa, iż cyfryzacja polskiej ochrony zdrowia charakteryzuje się bardzo niskim poziomem. Wprowadzane na bieżąco oraz planowane do realizacji zmiany przyczynią się do usprawnienia polskiego systemu ochrony zdrowia oraz do wzrostu satysfakcji pacjentów z jego funkcjonowania. **Warto także nadmienić, iż włożony w rozwój e-medycyny nakład sił i środków, poprzez poprawę konkurencyjności podmiotów elastycznych i nowoczesnych (idących z duchem czasu) pozwoli zwiększyć szansę na utrzymanie, a nawet zwiększenie populacji obsługiwanych pacjentów).**

1.5.5. Pozostałe zmiany

Od kilku lat obserwujemy powrót do scentralizowanego modelu zarządzania ochroną zdrowia, w którym prymat wiodą szpitale publiczne zakwalifikowane do PSZ. NFZ odchodzi od finansowania pojedynczych usług na rzecz ryczału oraz zapowiada szersze wdrożenie opieki koordynowanej zapewniającej kompleksową opiekę nad pacjentem. Ministerstwo Zdrowia w coraz szerszym zakresie ingeruje w warunki wynagradzania personelu medycznego, ustanawiając nowe regulacje, które konsekwencje obciążają podmioty medyczne.

Warunki systemowo-prawne funkcjonowania jednostek medycznych, w tym szpitali ulegają dynamicznym zmianom. Nie ułatwia to kierowania podmiotami medycznymi, tym bardziej, że ochrona zdrowia jest materią delikatną, potrzebującą stabilizacji i długoterminowego, strategicznego podejścia.

Funkcjonowanie w zmiennych warunkach wymaga nieustannego kontrolowania wydawanych aktów prawnych i bieżącego śledzenia sytuacji na rynku ochrony zdrowia. Narzuca również szereg zmian w zarządzaniu i kontrolingu w placówkach medycznych, motywując to chęcią zwiększania ich efektywności.

¹http://zdrowastrona.pl/images/articles/Raport_E-Zdrowie.pdf



1.5.6. Zmiany w przepisach prawa związane z pandemią SARS-CoV-2

Na podstawie ustawy z dnia 02 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych, wprowadzono szereg regulacji dotyczących reorganizacji w zakresie udzielania świadczeń.

Pandemia COVID-19 oprócz nałożenia kolejnych obostrzeń i wyśrubowanych norm w opiece zdrowotnej, spowodowała także zmianę sposobu rozliczania świadczeń oraz systemu finansowania jednostek medycznych.

Stan infrastruktury ochrony zdrowia

Charakterystyka jednostek ochrony zdrowia podległych jednostkom samorządu terytorialnego

Podmiotami ochrony zdrowia, dla których jednostki samorządu terytorialnego stanowią podmiot tworzący, są przede wszystkim szpitale wojewódzkie, powiatowe i miejskie oraz inne podmioty wykonujące stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Działają one na podstawie Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i zorganizowane są w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej lub działają na podstawie przepisów Kodeksu Spółek Handlowych. Wszystkie one są elementami krajowego systemu ochrony zdrowia na który składają się świadczeniobiorcy (pacjenci), sieć świadczeniodawców zarówno lecznictwa zamkniętego jak i ambulatoryjnego oraz system jego finansowania.

Pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia w roku 2019 została zakończona ogólnopolska debata na temat kierunków zmian w ochronie zdrowia. Raport końcowy debaty, wydany w sierpniu 2019 r. podejmuje także próbę postawienia zwięzłej diagnozy obecnego stanu i kondycji poszczególnych elementów systemu. Uczestnicy debaty główne problemy naszego systemu ochrony zdrowia postrzegali m. in. w następujących zjawiskach:

1. zmiany demograficzne polegające na stałym wzroście liczby osób w wieku senioralnym;
2. brak koordynacji pomiędzy poszczególnymi sektorami: POZ, AOS, szpitalami, rehabilitacją, opieką długoterminową oraz opieką społeczną.;
3. niekontrolowany rozwój najdroższej formy opieki medycznej jaką jest szpitalnictwo, w tym zbyt duża liczba łóżek szpitalnych tzw. krótkoterminowych przy jednoczesnych brakach łóżek stacjonarnej opieki długoterminowej;
4. nieefektywne zabezpieczenie zdrowotne w lecznictwie ambulatoryjnym, które spowodowało niewystarczającą dostępność do świadczeń zdrowotnych, w szczególności do lekarzy specjalistów;
5. niesprawne zarządzanie systemem na wszystkich jego poziomach;
6. braki kadrowe personelu medycznego i nieadekwatny do potrzeb model kompetencji w zawodach medycznych oraz nierównomierne rozmieszczenie pracowników medycznych;
7. niedofinansowanie systemu ochrony zdrowia;



8. oraz brak długofalowej spójnej i ewolucyjnej wizji przebudowy systemu ochrony zdrowia.

Dla oceny stanu podmiotów leczniczych podległych jednostkom samorządów terytorialnych istotne są stanowiska publikowane przez Związek Powiatów Polskich. Opinia ZPP z 2019 roku stanowi, że: *„Obecnie przytłaczająca większość powiatowych podmiotów leczniczych boryka się z problemem narastającego zadłużania, brakiem środków na wynagrodzenia dla pracowników czy utrzymaniem płynności finansowej. Podwyżki płac głównie lekarzy i pielęgniarek, a także wzrost płacy minimalnej oraz wzrost kosztów energii elektrycznej wpłynęły na znaczące pogorszenie się sytuacji finansowej szpitali powiatowych.”* Rok wcześniej ZPP zwracało natomiast uwagę na zbyt niską, nieadekwatną do potrzeb liczbę personelu medycznego, co m.in. ma wpływ na skalę roszczeń płacowych. Wg danych z 2018 roku średnia wieku lekarza wynosiła ok. 60 lat, a pielęgniarki ok. 50 lat.

Marcin Kolwitz, doktor nauk medycznych, w swoim opracowaniu na temat Polskiego systemu ochrony zdrowia, opublikowanym w Rocznikach Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie (2010, 56, 3 131-143) już w 2010 roku zwracał uwagę na zadłużanie się publicznych świadczeniodawców. Jako przyczynę tego zjawiska upatrywał, obok niskiego poziomu finansowania oraz żądań płacowych, także w niedostatecznym poziomie zarządzania i braku rzeczywistego nadzoru nad zakładami. Podkreśla niską wiedzę osób kierujących szpitalami z zakresu zarządzania. Publiczne ZOZ-y posiadają rady społeczne o charakterze doradczym, w których zasiadają przeważnie lokalni politycy oraz samorządowcy nie zawsze orientujący się w istocie działalności szpitali.

Także wyniki audytów przeprowadzanych przez autorów niniejszego opracowania pozwalają wyciągać wnioski na temat stanu szpitali podlegających jednostkom samorządu terytorialnego. Główne zaobserwowane cechy wpisują się w tezy przedstawione powyżej i okazują się tożsame zarówno dla szpitali prowadzonych w formie publicznych ZOZów jak i spółek prawa handlowego.

1. W praktykach zarządczych szpitalami zwraca uwagę przewaga systemu nakazowo-rozdzielczego przy niskiej znajomości zasad zarządzania i kierowania zespołami pracowniczymi. Niespójnym rozwiązaniom organizacyjnym często towarzyszy także brak odpowiedzialności kierowników poszczególnych obszarów funkcjonowania szpitala za koszty i efekty finansowe ich działalności.
2. Audytorzy oceniają, że w szpitalach narzędzia i metody planowania finansowego stosowane są w stopniu niewystarczającym. Brak jest planowania i określania zadań dla szczebla komórek organizacyjnych. Powszechnym zjawiskiem w praktyce zarządzania jednostkami jest stosowanie metod controllingu i systemów informacji zarządczej jedynie w stopniu szczątkowym nie zapewniających efektywność procesów zarządczych.
3. Obserwuje się zjawisko niedostosowania bazy medycznej do potrzeb populacji i poziomu finansowania świadczeń. Najczęściej występujące zjawiska to nadmiar łóżek szpitalnych skutkujący niskim stopniem ich obłożenia czy przewymiarowanie bazy zabiegowej i rehabilitacyjnej.
4. Dyrekcje szpitali zbyt małą wagę przywiązują do funkcjonowania i rozwoju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przejawia się to często brakiem dedykowanej struktury zarządczej AOSem oraz brakiem aktywności i strategii w działaniach rynkowych związanych z ambulatoryjną obsługą pacjentów.



5. Generalnym problemem, z jakimi borykają się szpitale powiatowe, a często także i wojewódzkie, jest niedostosowanie struktury zatrudnienia do ich potrzeb i możliwości. Przy powszechnych brakach kadry lekarskiej o odpowiednich specjalnościach występują obszary funkcjonowania szpitala o przerostach zatrudnienia średniego personelu medycznego.
6. Wobec wysokich nakładów inwestycyjnych ponoszonych w ostatnich latach i finansowanych z dotacji przedmiotowych, stan infrastruktury technicznej szpitali wydaje się być na stosunkowo dobrym poziomie. Potrzeby związane z dostosowywaniem pomieszczeń i instalacji do wymogów Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą występują w ograniczonym zakresie i jak można sądzić, generalnie nie stanowią problemu w udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Poziom potrzeb remontowych i związanych z odnawianiem majątku w zakresie sprzętu medycznego w zasadzie wynika z normalnych procesów eksploatacyjnych.
7. Poszczególne szpitale reprezentują różne poziomy zadłużenia. Natomiast generalnie można stwierdzić, że systematycznie się on powiększa. Opracowywane i przyjęte przez szpitale programy naprawcze napotykać bardzo duże problemy z ich wdrażaniem. Problemów tych należy przede wszystkim upatrywać w sferze subiektywnej, wynikającej najczęściej z braku kompetencji, konsekwencji i innych czynników pozamerytorycznych.

Wszystkie parametry i czynniki charakteryzujące sytuację podmiotów leczniczych podlegają systematycznym zmianom. Wynikają one z obiektywnych procesów wynikających ze zjawisk społecznych oraz technologii medycznych, a także z podejmowanych decyzji i restrukturyzacji w zakresie funkcjonowania i finansowania krajowego systemu opieki zdrowotnej.

Prognoza głównych trendów oraz identyfikacja kluczowych czynników determinujących sytuację jednostek ochrony zdrowia

Sytuacja jednostek ochrony zdrowia będzie głównie determinowana przez kumulację zjawisk społeczno-gospodarczych. Na procesy demograficzne nakładać się będą skutki zapowiadanego kryzysu gospodarczego wynikającego z pandemii COVID-19. Zjawiska związane ze starzeniem się społeczeństwa będą wpływać na wzrost parcia na zmiany w strukturze i organizacji świadczonych usług medycznych, natomiast kryzys gospodarczy, jak należy oczekiwać, będzie wpływał na pogarszanie się warunków finansowych udzielania świadczeń medycznych. Problemy wynikające z tych zjawisk będą kumulowały się na poziomie dyrekcji podmiotów leczniczych oraz podmiotów tworzących i założycielskich, w tym zarządów powiatów i województw.

Podstawowym problemem demograficznym będzie zjawisko starzenia się społeczeństwa oraz migracja wewnętrzna. Będzie ono determinowało zmiany w strukturze zapotrzebowania na świadczenia medyczne. Skutkiem tego będzie wzrost zapotrzebowania na łóżka długoterminowej opieki medycznej oraz na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne. Na powyższe trendy nakłada się skutek rozwoju technologii medycznych. Skraca się czas niezbędny dla świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych, czyli maleje zapotrzebowanie na łóżka szpitalne, a jednocześnie wraz z rozwojem specjalizacji rośnie zapotrzebowanie na dostęp do specjalistów w trybie ambulatoryjnym.



Rozwój technologiczny w medycynie będzie równocześnie wpływał na oczekiwania pacjentów. Będą one wymuszały systematyczne zmiany w zakresie standardów medycznych, co będzie pociągać za sobą zapotrzebowanie na inwestycje dostosowawcze i zakupy nowoczesnej aparatury.

Na przestrzeni najbliższych lat nie należy oczekiwać szybkiej poprawy sytuacji kadrowej w ochronie zdrowia. Starzenie się personelu przebiega zdecydowanie szybciej niż podaż młodych kadr. Sytuacja ta będzie wymuszać przyjmowanie takich rozwiązań organizacyjnych, które będą sprzyjać wzrostowi efektywności wykorzystania kadr, a to oznacza likwidację mniejszych jednostek na rzecz większych, wielospecjalistycznych. W przypadku pielęgniarek, spadki zatrudnienia w tej grupie zawodowej będą mogły być uzupełniane personelem o niższych kwalifikacjach np. opiekunami medycznymi. Skutkiem ubocznym tego zjawiska będzie wzrost wymagań płacowych pracowników ochrony zdrowia.

Skutkiem kryzysu, który jest zapowiadany po zakończeniu pandemii COVID-19, będą niewątpliwie trudniejsze warunki finansowania ochrony zdrowia. Należy wobec tego założyć, że spodziewane wzrosty wartości zawieranych z NFZ kontraktów będą niższe niż planowane w ostatnich latach. Postawi to przed szpitalami pilne zadanie dostosowania strukturalnego do trudniejszych warunków finansowania, w postaci ostrzejszych barier limitowych w sprzedaży świadczeń medycznych.

Równolegle należy spodziewać się, że kryzysowe warunki gospodarowania będą wpływać na wzrost cen zaopatrzeniowych i energii, a to może pociągnąć za sobą eskalację presji płacowej i to we wszystkich grupach zawodowych. Wszystkie te zjawiska będą wpływać na wzrost kosztów funkcjonowania podmiotów medycznych. Należy założyć, że wzrost kosztów będzie wykazywał wyższą dynamikę, niż wzrost finansowania. Sytuacja ta będzie wymuszać na szpitalach podejmowania zaawansowanych technik zarządczych w zakresie podnoszenia efektywności gospodarowania (np. controlling), planowania i budżetowania, a także w zakresie zarządzania płynnością finansową.

Wszystko wskazuje na to, że należy spodziewać się, że w najbliższych latach głównymi problemami w zarządzaniu podmiotami medycznymi będą:

1. problemy z dostosowywaniem oferty medycznej do zmieniającego się zapotrzebowania społecznego na świadczenia;
2. bilansowanie finansowe działalności jednostek oraz zarządzanie płynnością finansową;
3. rozwiązywanie problemów związanych z organizacją pracy i obsadą kadrową.

Wielką niewiadomą natomiast są potencjalne koncepcje i zasady, które mogą być wprowadzane centralnie w ramach reformowania krajowego systemu ochrony zdrowia.

Planowane przemiany w systemie opieki zdrowotnej

Określenie planowanych przemian w systemie opieki zdrowotnej, w aktualnym czasie sprawia poważny problem. Najistotniejsze strategiczne programy zarządzania systemem zdrowia, z którymi można zapoznać się na stronach Ministerstwa Zdrowia i innych agend rządowych kończą się na 2020 roku. Z dokumentu pt. „Strategia rozwoju NFZ na lata 2019-2023” trudno jest wnioskować, czy będą planowane jakieś istotne zmiany w funkcjonowaniu i finansowaniu działalności medycznej. Wiadomo, że na rok bieżący NFZ planowało wprowadzić niewielkie zmiany w organizacji i finansowaniu np. niektórych poradni



specjalistycznych, ale w aktualnej sytuacji związanej z pandemią nie wiadomo czy będzie ku temu okazja.

W roku 2019 zakończyły się konsultacje na temat Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego 2030. Niestety problematyka ochrony zdrowia została tu przedstawiona wrywkowo i na wysokim poziomie ogólności, została także rozrzucona po całym dokumencie. Sygnalizuje się w nim problematykę braku kadr, starzenia się społeczeństwa czy równego dostępu do świadczeń. Pomija się natomiast kwestie finansowania. Więcej szczegółów można natomiast znaleźć w Strategii województwa mazowieckiego. Deklaruje się tu wprost rozwój geriatry jako oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych. Zakłada się generalnie wzrost dostępności specjalistycznych usług medycznych oraz rozwój ratownictwa medycznego. Podkreśla się także intencję wdrażania projektów telemedycznych oraz z zakresu e-zdrowia.

Niewątpliwie pojawienie się w obecnym roku pandemii **SARS-CoV-2** wstrzymało pracę nad istotnymi programami rozwojowymi w zakresie ochrony zdrowia. Także przyszłe możliwości budżetowe są na dzień dzisiejszy trudne do oszacowania. Natomiast wydaje się, że wnioski o spodziewanych ogólnych kierunkach w reformowaniu systemu opieki zdrowotnej można wyciągać na podstawie wyników dyskusji jaka została przeprowadzona pod auspicjami Ministerstwa Zdrowia i której wyniki zostały opublikowane w styczniu 2019 roku. Wskazują one na trendy, które na przestrzeni najbliższych lat mogą nabierać znaczenia. Poniżej przedstawiono wybrane tezy zgłaszane przez dyskutantów, które bezpośrednio mogą dotyczyć podmiotów podległych jednostkom samorządu terytorialnego.

1. Za istotne uznano ustalenie zakresu odpowiedzialności jednostek samorządu terytorialnego za działania z obszaru zdrowia publicznego. Za wnioskami z raportu NIK uznano również za ważne budowanie mechanizmów koordynacji działań podmiotów medycznych na szczeblu województwa, do przejmowania przez samorządy wojewódzkie szpitali powiatowych i miejskich łącznie. Taka konsolidacja uprawnień właścicielskich ma służyć optymalizacji wykorzystania bazy materialnej i kadrowej.
2. Na skutek zmian demograficznych i rosnącej liczby osób w wieku podeszłym ma nastąpić redukcja bazy szpitalnej na rzecz opieki długoterminowej. W tym zakresie przewiduje się również stworzenie mechanizmów koordynujących rehabilitację z leczeniem stacjonarnym i ambulatoryjnym.
3. Na skutek postępów w rozwoju nauk medycznych skraca się średni czas pobytu pacjentów w szpitalu. Pozwoli to szukać oszczędności w systemie zdrowia poprzez zmniejszanie ilości łóżek w szpitalach w publicznym sektorze ochrony zdrowia. Postuluje się przenoszenie medycznych świadczeń specjalistycznych niewymagających hospitalizacji do opieki ambulatoryjnej i jednodniowej.
4. Przewiduje się zmiany w funkcjonowaniu podstawowej opieki zdrowotnej. Planuje się wprowadzenie skoordynowanej opieki nad pacjentem, co nada POZ nowego znaczenia i rozszerzy jego zadania o gromadzenie podstawowych informacji na temat pacjenta i prowadzenia go przez wszystkie procedury lecznicze w ochronie zdrowia. Zasady koordynacji mają uwzględniać wszystkie sektory systemu świadczeniodawców. W tym systemie przewiduje się postawienie na integrację szpitali z ambulatoryjną opieką specjalistyczną w celu stworzenia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego jako zaplecza diagnostyczno-terapeutycznego dla podstawowej opieki zdrowotnej.



Żadne materiały nie konkretyzują żadnych koncepcji, które miały by dotyczyć systemu finansowania. Poza tym, w obecnej sytuacji niepewności co do skali zapowiadanego kryzysu gospodarczego, temat ten zapewne nie będzie w najbliższym okresie rozstrzygany. Możliwy natomiast jest scenariusz odświeżenia koncepcji współfinansowania leczenia przez pacjentów, zawartej pierwotnie w projekcie nowelizacji Ustawy o ZOZach z 2005 roku. Spodziewane wzrosty kosztów prowadzenia szpitali przy ograniczonych zasobach budżetowych uczestniczących w finansowaniu publicznej opieki zdrowotnej będzie stawiać przed zarządzającymi szczególne wymagania. Opanowanie sytuacji związanych z bilansowaniem działalności szpitali oraz brakami kadrowymi wymagać będzie od dyrekcji i podmiotów tworzących wykazania się szczególną determinacją w realizacji programów restrukturyzacyjnych i naprawczych oraz wysokimi kompetencjami zarządczymi.



2. Organizacja

Każdy szpital pod względem organizacyjnym jest organizmem złożonym. Struktura organizacyjna w każdej organizacji powinna pełnić funkcje regulacyjne. Kształtuje ona ład wewnętrzny w jednostce poprzez określenie miejsca dla każdego z pracowników w systemie organizacyjnym, a także umożliwia wyznaczenie pożądaných sposobów działania.

Ułożona w odpowiedni sposób struktura organizacyjna nie tylko porządkuje i scala wszystkie elementy organizacji, ale przede wszystkim umożliwia sprawne zarządzanie złożoną całością danej placówki.

Struktura organizacyjna Szpitala ma charakter pionowej struktury funkcjonalnej. Charakteryzuje się ona systemem zależności oraz bardzo rozbudowaną liczbą komórek organizacyjnych.

Schemat organizacyjny Szpitala w Radomiu dzieli się na pięć pionów:

- **pion Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa** – pion organizacyjny, w skład którego wchodzi w szczególności medyczne komórki organizacyjne z zakresu zamkniętej (szpital) i otwartej (poradnie specjalistyczne) opieki medycznej oraz świadczeń zdrowotnych innych niż Szpital (ZOD),
- **pion Z-cy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Średniego Personelu Medycznego – Naczelna Pielęgniarka** – pion organizacyjny, który nadzoruje pracę podległego mu personelu medycznego zatrudnionego w pionie Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa, podlega mu Pracownik socjalny dla pacjentów oraz Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych,
- **pion Z-cy Dyrektora ds. Eksploatacyjnych** – pion organizacyjny, w skład którego wchodzi komórki techniczno-eksploatacyjne zajmujące się głównie zarządzaniem procesami utrzymania infrastruktury technicznej szpitala i organizacją działalności pobytowej dla pacjentów hospitalizowanych,
- **pion Głównego Księgowego** – pion organizacyjny, w skład którego wchodzi Dział Ekonomiczno-Finansowy,
- **pion komórek i stanowisk samodzielnych** – pozostałe komórki i stanowiska podległe bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala.

Ze względu na spiętrzenie i rozpiętość kierowania strukturą organizacyjną Szpitala można określić, jako stosunkowo płaską, charakteryzującą się małym spiętrzeniem kierowania – małą liczbę szczebli kierowania przy stosunkowo dużej liczbie rozpiętości kierowania.

Efektywna struktura organizacyjna musi spełnić szereg funkcji i uwzględniać wiele wymogów. Przede wszystkim powinna ona:

- zapewnić efektywną realizację celów Szpitala.
- wynikać ze strategii organizacji i być do niej dostosowana,
- uwzględniać specyfikę procesów wykonawczych,
- stanowić ramy działań organizacyjnych (wykonawczych i zarządczych),
- regulować działania poszczególnych pracowników i zespołów,
- umożliwić osiągnięcie określonego poziomu realizacji potrzeb pracowników.



Charakterystyka technik zarządczych

Ocenę stanu procedur zarządczych stosowanych w praktyce Szpitala dokonano na podstawie udostępnionych audytorom dokumentów oraz w oparciu o rozmowy z wybranymi przedstawicielami szeroko rozumianej kadry kierowniczej.

W Szpitalu, w celu realizacji jego zadań statutowych, prowadzone są następujące **procesy organizacyjno-zarządcze**:

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w trzech obszarach: leczenia zamkniętego, leczenia ambulatoryjnego i pomocy doraźnej oraz usług diagnostycznych dla lokalnej społeczności;
2. udzielanie świadczeń niemedyceńskich dla pacjentów, tzw. „usługi hotelowe”, związanych z zapewnieniem odpowiednich standardów pobytu i wyżywienia pacjentów hospitalizowanych;
3. zarządzanie infrastrukturą techniczną Szpitala czyli budynkami, instalacjami i urządzeniami technicznymi służącymi ich prawidłowej eksploatacji, w tym administrowanie i udostępnianie sprawnych technicznie pomieszczeń poszczególnym komórkom i podmiotom współpracującym, odpowiadających standardom i wymogom przepisów adekwatnych do prowadzonej działalności.

Do realizacji powyższych zadań i procesów w Szpitalu, zgodnie z §5 Regulaminu, zostały utworzone odpowiednie zakłady lecznicze oraz piony zarządcze. Do podstawowych jednostek realizujących świadczenia medyczne zostały powołane trzy zakłady medyczne podlegające **Zastępcy Dyrektora ds. leczenia**. Nie posiadają one swoich kierowników, stąd kierownicy wszystkich komórek organizacyjnych, w liczbie około 85 osób, podlegają mu bezpośrednio. Można pokusić się tutaj o stwierdzenie, że przy takiej liczbie bezpośrednio podległych pracowników funkcyjnych, wątpliwe jest zapewnienie efektywnego zarządzania tak złożoną strukturą jaką jest Szpital.

Procesy zarządcze realizowane w Szpitalu i wymienione w dwóch pozostałych punktach tj. świadczenia „hotelowe” i zarządzanie infrastrukturą techniczną realizowane są natomiast przez jednostki organizacyjne wchodzące w skład pionu zarządzanego przez **Zastępcę Dyrektora ds. Eksploatacyjnych**.

Pomimo tak szerokiego obszaru działania, zadania pionu, zgodnie z §17 Regulaminu Organizacyjnego sprowadzają się głównie do nadzorowania poszczególnych obszarów działań. Nie poruszają kwestii odpowiedzialności za zarządzany majątek, racjonalność jego wykorzystania ani za efekty finansowe. Nie zdefiniowano np. zadań kontrolowania kosztów utrzymania infrastruktury, na przykład poprzez monitorowanie kosztów utrzymania 1 m² powierzchni operacyjnej. **Taki stan organizacji utrudnia racjonalne zarządzanie całym Radomskim Szpitalem Specjalistycznym.**

Strukturę organizacyjną spinają komórki wykonujące zadania zarządu Przedsiębiorstwa jakim jest Radomski Szpital Specjalistyczny, są to komórki pionu ekonomiczno-finansowego oraz samodzielne stanowiska bezpośrednio podległe Dyrektorowi Naczelnemu. W pkt 4 Załącznika nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego zawarto zadania **Działu Ekonomiczno-Finansowego** kierowanego przez Główną Księgową. Zostały w nim ujęte istotne zadania wynikające z ogólnych przepisów dotyczących prowadzenia rachunkowości. Należy jednak



wziąć pod uwagę, że Dział jest komórką organizacyjną Szpitala i jego podstawowym zadaniem jest świadczenie usług na rzecz jego jednostek. Wydaje się, że właśnie ta funkcja usługowa została w praktyce Szpitala pominięta. Dotyczy to przede wszystkim usług w zakresie informacji zarządczych i dostosowania ewidencji księgowej do potrzeb struktur kierowniczych.

W Regulaminie Organizacyjnym Szpitala wykazany jest jeszcze pion podległy **Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Średniego Personelu Medycznego**. Zgodnie z zapisami Regulaminu Organizacyjnego pion ten nie uczestniczy w procesach zarządczych, nie podlegają mu też żadne komórki organizacyjne. Zgodnie z tym jak w §15 Regulamin definiuje zadania pionu, wydawać by się mogło, że pełni on rolę usługodawcy w stosunku do trzech zakładów leczniczych polegającą na zapewnianiu personelu pielęgniarskiego, średniego personelu medycznego i niemedycznego. Jednak na podstawie innych dokumentów wynika, że Zastępca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Średniego Personelu Medycznego nadzoruje pracę podległego mu personelu we wszystkich komórkach organizacyjnych działalności leczniczej. Oznacza to de facto, że nadzoruje zdecydowaną większość personelu zatrudnionego w komórkach, za działalność których odpowiada Zastępca Dyrektora ds. leczenia, a to by mogło oznaczać, że posiada uprawnienia nadzorcze nad jego pracą. W tym newralgicznym dla podstawowej działalności Szpitala miejscu, Regulamin całkowicie pomija kwestię współdziałania pomiędzy oboma Zastępcami oraz nie określa podziału i rozgraniczenia zakresów odpowiedzialności pomiędzy nimi.

Strukturę zarządzania **oddziałami szpitalnymi** określa pkt 3 Załącznika nr 3 do Regulaminu Organizacyjnego. W §1 zdefiniowano, że oddziałem kieruje kierownik podlegający Zastępcy Dyrektora ds. leczenia. Ma on podległy sobie zespół lekarzy oraz zespół pielęgniarski kierowany przez pielęgniarkę oddziałową. Na potrzeby przeprowadzanego audytu Szpital udostępnił przykładowe indywidualne zakresy czynności kierownika oddziału oraz pielęgniarki oddziałowej. Trzecim źródłem danych na temat procedur zarządczych stosowanych w Szpitalu były przeprowadzone rozmowy z kierownikami oraz pielęgniarkami oddziałowymi.

Należy ocenić, że zakresy zadań głównych osób kierujących na oddziale, przedstawione w dokumentach wydają się być ujęte w miarę kompleksowo i obejmować większości zagadnień związanych z głównymi procesami zachodzącymi na oddziale. Jednak wydaje się, że kwestie odpowiedzialności menadżerskiej za skutki działalności oddziału są ujęte w sposób niewystarczający. Brak jest zdefiniowania odpowiedzialności za takie obszary jak bezpieczeństwo pracy podległego personelu, efekty finansowe czy realizację zadań określonych zakontraktowaną umową z NFZ.

Zastrzeżenia audytorów budzi także sposób postrzegania zadań menadżerskich przez niektórych kierowników oddziałów. Brak jest w Szpitalu wypracowania jednolitego standardu świadomości kierowniczej, powodujący różne rozumienie swoich zadań przez poszczególne jednostki. Nie spójne okazały się również zapisy dotyczące roli, miejsca w organizacji i podległości służbowych zespołów pielęgniarskich. Spotkano się natomiast z aktywnym podejściem pielęgniarek do spraw oddziału. W wielu przypadkach pielęgniarki, bez formalnego umocowania, przejmują rolę gospodyń na oddziałach i włączają się aktywnie w procedury zarządzania. Takie obszary jak stan higieny, stan techniczny urządzeń i instalacji na oddziale czy gospodarka materiałami medycznymi przestają absorbować lekarzy i stają się domeną pielęgniarek. Może natomiast niepokoić stopniowo objawiający się brak poczucia



odpowiedzialności lekarzy kierujących oddziałami za całokształt funkcjonowania kierowanego oddziału.

Obszary zarządzane przez pielęgniarki i lekarzy funkcjonują obok siebie bez jasnego podziału kompetencji i odpowiedzialności kierowniczej. Bazują na tradycyjnym podziale ról, na zasadach wynikających z kodeksów i zasad etyki zawodowej. Czym innym jest jednak odpowiedzialność zawodowa za procesy medyczne, a czym innym odpowiedzialność kierownicza za procesy administracyjne i menadżerskie. **Dla Szpitala relacje pomiędzy kierownikami oddziałów – lekarzami, a pionem pielęgniarskim są istotną przestrzenią zarządczą wymagającą szczegółowego uregulowania.**

Opieka ambulatoryjna

Opieka ambulatoryjna świadczona przez szpitale ma bardzo istotne znaczenie nie tylko dla bezpośrednich interesów szpitala, ale także ma znaczący wpływ na kondycję populacji społecznej. Wraz z rozwojem nowych technologii staje się podstawowym elementem opieki medycznej i nabiera coraz to większego znaczenia w organizacji podmiotów leczniczych. Poza tym to właśnie usługi udzielane w trybie ambulatoryjnym budują pozycję i markę szpitala w środowisku społeczności lokalnej, a to dlatego, że przez AOS i pracownie świadczące usługi ambulatoryjne przewija się zwykle około 10-razy więcej pacjentów niż przez hospitalizację.

Zarówno Regulamin Organizacyjny jak i Zakres zadań Kierownika Oddziału przypisuje kierownikowi sprawowanie nadzoru nad powierzoną poradnią specjalistyczną. Takie uregulowanie powoduje, że struktura organizacyjna, która realizuje sprzedaż świadczeń medycznych o wartości równej jednemu oddziałowi szpitalnemu ma przeszło dwudziestu kierowników. Taki stan zorganizowania wydaje się być nieefektywny. Rozmowy w gronie Dyrekcji potwierdziły, że osobą która próbuje spinać sprawy AOS w całość jest **Przełożona Pielęgniarek Poradni Specjalistycznych**. Zakres zadań Przełożonej został zdefiniowany w §19 Regulaminu Organizacyjnego i dotyczy właściwie tylko nadzoru nad personelem pielęgniarskim i obsługą rejestracji. Faktyczny wykonywany przez nią zakres czynności jest dużo szerszy, bo dotyczy także na przykład zarządzania ruchem pacjentów, lecz jest pozbawiony formalnego umocowania, szczególnie w zakresie zarządzania strategicznego.

Aktualnie nie istnieje jednostka organizacyjna w strukturze Szpitala, ani skutecznie funkcjonujące, dedykowane procedury zarządcze ambulatoryjną obsługą mieszkańców Radomia, które były by zdolne do opracowywania i wdrażania spójnej strategii rozwojowej dla tej formy działalności.

W Szpitalu nie ma struktury posiadającej kompetencje do zarządzania całym obszarem relacji rynkowych pacjent – szpital, zarówno publicznej jak i komercyjnej oraz do kierowania ruchem całego strumienia pacjentów ambulatoryjnych. To zarządzanie powinno obejmować także analizę rynkową potrzeb pacjentów oraz przygotowywanie adekwatnych ofert w ramach kontraktowania z NFZ oraz świadczeń komercyjnych, a także poszukiwanie sposobów wykorzystania, z korzyścią dla Szpitala, całego potencjału komórek diagnostycznych (np. jako Radomskie Centrum Diagnostyki).

Reprezentowane przez analizowany Regulamin ujęcie funkcji zarządczych w strukturze organizacyjnej, jak się wydaje, może sprzyjać pasywnym postawom kadry i personelu szpitala oraz osłabiać indywidualne inicjatywy oraz poczucie odpowiedzialności za realizację



wspólnych celów organizacji. Stan zorganizowania i stosowanych procedur zarządczych najlepiej charakteryzuje uzyskiwany przez Szpital wynik finansowy.

Warunki zmieniającego się otoczenia stawiają przed kadrą kierowniczą coraz to nowe zadania i priorytety. Stąd wydaje się wartym zachodu, aby Regulamin organizacyjny i regulacje związane z zarządzaniem jednostką skorygować o następujące elementy:

1. rozdzielenie odpowiedzialności wynikających z ustawy dnia 05-12-1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentystry oraz Kodeksu Etyki Lekarskiej z odpowiedzialnością menadżerską i administracyjną, które to powinny leż u podstaw istoty funkcjonowania każdego kierownika,
2. powiązanie zakresów zadań z odpowiedzialnością menadżerską za ich skutki wraz ze ścisłym zdefiniowaniem zarządzanego obszaru,
3. doprecyzowanie i wyraźne rozgraniczenie zakresów odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi obszarami zarządczymi (gdy kilka osób odpowiada za to samo, to de facto nie odpowiada nikt),
4. uzupełnienie zakresów czynności o zarządzanie kosztami i odpowiedzialność za efekty ekonomiczne działalności komórki; Art. 14 Statutu Szpitala stwierdza, że Szpital pokrywa koszty i reguluje swoje zobowiązania z własnych przychodów i ta zasada powinna wyznaczać ramy decyzji menadżerskich,
5. przygotowanie mechanizmów controllingowych obejmujących zarówno planowanie na poziomie głównych komórek organizacyjnych jak i wdrożenie systemu informacji menadżerskiej, dostosowanego do potrzeb i charakteru działalności szpitalnej
6. zwiększenie roli pielęgniarek w zarządzaniu jednostek szpitalnych – na przestrzeni lat rola i pozycja pielęgniarek w organizacji świadczeń leczniczych ulega gruntownym przemianom, od funkcji posługowych stały się obecnie partnerami w procesach zarządczych, a kierunek zmian na przyszłość idzie jeszcze dalej, do przejmowania funkcji kierowniczych w organizacji opieki medycznej.

Narzędzia controllingowe

W niniejszym rozdziale poddano analizie narzędzia analityczno-sprawozdawcze służące funkcjonowaniu systemu zarządzania. W ramach audytu dokonano przeglądu narzędzi i procedur planistycznych, ewidencji zdarzeń gospodarczych, systemów informowania kierownictwa oraz narzędzi i praktyk analitycznych służących ocenie realizacji stawianych zadań i celów.

W trakcie rozmów z kierownikami komórek, audytorzy stwierdzili, że ich wiedza, poza nielicznymi wyjątkami, na temat efektów podległej im działalności czy kosztów funkcjonowania komórki jest niewielka. Kierownicy nie analizowali bieżących informacji na temat realizacji kontraktów (Informacje takie były przedmiotem rozważań raz na pół roku). Nie otrzymywali także informacji na temat skutków finansowych ich decyzji oraz wyników finansowych kierowanych przez nich komórek. Zainteresowani co prawda mieli możliwość otrzymania takich lecz w układzie nie menadżerskim tylko księgowym, które i tak nie były przedmiotem ani narad ani rozliczeń kierowników.

Z posiadanych dokumentów należy stwierdzić, że zestawienia i analizy finansowe dla poszczególnych komórek organizacyjnych są na szczeblu dyrekcji wykonywane. Dane z tych zestawień jednak nie są skorelowane z obszarami odpowiedzialności poszczególnych



kierowników ani nie uwzględniają realizacji stawianych im zadań. Nie dają także odpowiedzi o źródłach niepożądanych odchyleń .

Podkreślenia wymaga, iż stosowany w Szpitalu system ewidencji i rozliczenia kosztów, zawiera wiele szczegółowych danych, które mogą być dobrą bazą dla analiz controllingowych. Jednak brak jest w Jednostce odpowiednich procedur i zasad przygotowywania dla poszczególnych kierowników zestawów dedykowanych informacji, w tym finansowych, o parametrach funkcjonowania ich komórek organizacyjnych. **Nie funkcjonuje w praktyce w Jednostce system bieżącego, systematycznego wykorzystywania danych controllingowych do podejmowania decyzji zarządczych na podstawie uzyskanych informacji, brak jest określenia filozofii (koncepcji) controllingu, a w praktyce zarządczej nie są stosowane narzędzia planistyczne ani budżetowanie bazujące na parametrach funkcjonowania poszczególnych procesów i struktur organizacyjnych.**

Dla skutecznego funkcjonowania systemu controllingowego pomocnym może okazać się powołanie odpowiednich struktur organizacyjnych do wsparcia procesów zarządzania. Podstawowe zadania takiej struktury powinny polegać na:

- zgłaszaniu propozycji okresowych zadań dla poszczególnych MPK,
- bieżącym opracowywaniu metod pomiaru realizacji ustalonych celów,
- dokonywaniu analiz danych związanych z realizacją wyznaczonych komórkom zadań i strategicznych celów Szpitala,
- pomocy kierownikom różnych szczebli w identyfikacji przyczyn odchyleń w realizacji przyjętych dla określonych MPK celów,
- organizowaniu dla decydentów różnych szczebli informacji niezbędnych do podejmowania decyzji zarządczych.

Controlling, jako sposób zarządzania organizacją, w wielkim skrócie, polega na wyznaczaniu celów, pomiarze ich realizacji oraz analizowaniu odchyleń – w celu podejmowania działań naprawczych. Elementami takiego systemu zarządzania są struktury na wszystkich jej szczeblach. Zatem controlling jest narzędziem komunikacji całej załogi i kierowników różnych szczebli i ich integracji wokół wspólnych celów wyznaczonych dla całej organizacji.

Aby tak skonstruowany system spełniał swoje zadania niezbędne jest spełnienie przynajmniej kilku warunków:

1. Jasno określone ośrodki zarządzania kosztami na czele których stoją kierownicy z adekwatnie określonymi zakresami odpowiedzialności,
2. Musi funkcjonować system bieżącego planowania i wyznaczania indywidualnych zadań dla poszczególnych obszarów funkcjonowania organizacji,
3. System informacji zarządczych powinien obejmować swym zasięgiem wszystkich kierowników ośrodków kosztów, dostarczając raporty dostosowane do potrzeb i zakresów ich odpowiedzialności.

Kluczowa jednak w tym procesie będzie rola szeroko rozumianej kadry kierowniczej. Stosowane ręczne centralne sterowanie w określonych sytuacjach może wydawać się dla Dyrekcji wygodne, lecz na dłuższą metę, jak pokazuje praktyka zarządcza, nie zdaje



egzaminu. Należy szukać rozwiązań, aby włączyć szeroko rozumianą kadre kierowniczą w skuteczny proces zarządzania. W związku z powyższym, w zakresie budowy systemu controllingowego rekomenduje się podjęcie następujących działań:

1. przeprowadzenie szczegółowej analizy i dokonanie korekt schematu organizacyjnego Szpitala w zakresie uporządkowania jego struktury oraz obszarów odpowiedzialności, określając spójny i prosty system miejsc powstawania kosztów (MPK) powiązany z procesami organizacyjnymi realizowanymi w Szpitalu. Dotyczy to szczególnie sfery gospodarczej.
2. skorygowanie dla takiej struktury sposobu ewidencji finansowej, wyrażającej się poprzez aktualizację planu kont,
3. zaprojektowanie i wdrożenie systemu planowania rzeczowo-finansowego, prognozowania i budżetowania (zadaniowania) w odniesieniu do poszczególnych MPK,
4. przeprowadzenie adekwatnych szkoleń kadry kierowniczej w zakresie zrozumienia zmian w strukturach zarządczych oraz operowania informacją controllingową
5. przygotowanie zestawów informacji zarządczych (raportów), dostosowanych dla każdej komórki organizacyjnej indywidualnie i dla każdego szczebla zarządzania.

Wdrażanie rozwiązań controllingowych nie jest procesem prostym. Przygotować właściwy system analiz i informacji zarządczych to jedno, ale wdrożyć do codziennej praktyki nowe procedury zarządcze, przekonać do ich stosowania kierowników, to drugie. Do tego już sam proces nakładania nowych rodzajów odpowiedzialności i co za tym idzie kompetencji na kierowników, do tego nieprzywykłych może okresowo rodzić nawet opory społeczne.



3. Świadczenia medyczne

Przedmiotem analizy w tym rozdziale są sposoby i wartości udzielanych przez poszczególne jednostki Szpitala świadczeń medycznych. Znakomita większość tych świadczeń wykonywana jest w ramach kontraktów podpisanych z Narodowym Funduszem Zdrowia, reszta sprzedawana jest na wolnym rynku usług komercyjnych oraz w ramach kooperacji z innymi podmiotami funkcjonującymi w ramach publicznej ochrony zdrowia.

Kontrakt z NFZ

Zgodnie z ustawą z dnia 23 marca 2017 roku o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzono system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, tzw. sieć szpitali. Rozliczanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach sieci szpitali od października 2017 roku odbywa się w formie ryczałtowej. Poza ryczałtem wyodrębnione są środki na niektóre zakresy świadczeń szpitalnych np. rehabilitacja, psychiatria, niektóre świadczenia – np. porody i tzw. świadczenia ratujące życie, świadczenia limitowane oraz realizowane w ramach karty DiLO (diagnostyka i leczenie onkologiczne). Kwoty przedstawiające poziom finansowania świadczeń przez NFZ nie obejmują płaconych przez NFZ środków na refundację wzrostu wynagrodzeń.

W ubiegłym roku szpital, w ramach kontraktów z NFZ, udzielił swoim pacjentom świadczeń medycznych za łączną wartość **145 mln zł**, w tym świadczenia szpitalne wynosiły prawie **96 mln zł**, natomiast ambulatoryjne niecałe **11 mln**. Z przedstawionych danych wynika, że ilość udzielanych przez Szpital świadczeń systematycznie rośnie. **Na przestrzeni analizowanego okresu, łączny wzrost wykonywanych świadczeń osiągnął wartość 6%**. Istotne wzrosty zanotowała pomoc doraźna realizowana przez SOR oraz Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną (28%), dializoterapia (11%) oraz świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (12%).

Tabela 1 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń medycznych, realizowanych w ramach kontraktów z NFZ, w latach 2017 – 2019

Lp.	Zakres świadczeń	2017	2018	2019
1	Leczenie szpitalne	89 423 566	90 296 161	95 652 750
2	Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne	12 992 651	11 641 139	10 795 821
3	Pomoc doraźna (SOR i NiŚPOZ)	11 562 411	14 735 846	14 831 844
4	Dializoterapia	8 774 444	9 224 286	9 738 256
5	Rehabilitacja i fizjoterapia	5 307 039	5 479 477	5 525 786
6	Świadczenia kosztochłonne	1 504 117	1 602 838	1 689 596
7	Stomatologia	1 406 006	1 336 610	1 044 511
8	Świadczenia Pielęgnacyjne i Opiekuńcze	1 482 700	1 551 260	1 559 775
9	Refundacja leków do programów lekowych	4 559 430	3 973 519	4 293 207
10	Razem realizacja świadczeń	137 012 364	139 841 137	145 131 546
11	Średniomiesięcznie	11 417 697	11 653 428	12 094 295

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu.



Niepokojącym natomiast zjawiskiem jest systematyczny, rok do roku, spadek wartości udzielanych świadczeń ambulatoryjnych. Na przestrzeni lat 2017 do 2019 wyniósł on **minus 17%**. Z punktu widzenia budowania nowoczesnego systemu opieki medycznej i poczucia bezpieczeństwa wśród lokalnej społeczności, bardzo ważnym jest funkcjonowanie sprawnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. W nowoczesnej medycynie świadczenia AOS przejmują po części procedury wykonywane dotychczas w ramach opieki szpitalnej. W radomskim szpitalu świadczenia AOS wynoszą obecnie zaledwie **7,5%** ogólnej wartości świadczeń. **Należy stwierdzić, że wielkość specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych jest, w porównaniu z innymi ośrodkami regionalnymi na niskim poziomie. Wydaje się, że Szpital nie wykorzystuje tu w pełni szansy jaka wynika z jego specjalistycznego charakteru.**

Sytuacja taka, jak się wydaje, wymaga pilnej interwencji menadżerskiej. Wzorcowym modelem w tym miejscu może być powołanie kierownika działalności ambulatoryjnej w randze zastępcy dyrektora.

W 2019 roku Radomski Szpital Specjalistyczny obsłużył przeszło **245 tys.** pacjentów ambulatoryjnych, natomiast hospitalizowanych **28 tys.** Poradnie AOS, pomoc doraźna i pracownie diagnostyczne w istotnym stopniu budują obraz i markę szpitala.

Oddziały szpitalne

Świadczenia szpitalne są realizowane w 16 oddziałach specjalistycznych. W Szpitalu hospitalizacje odbywają się także w ramach świadczeń rehabilitacyjnych oraz w Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym. Główna część realizacji kontraktu z NFZ była realizowana w ramach przydzielonego Szpitalowi ryczałtu. Jedynie oddziały Neonatologii, Chirurgii Twarzowo-Szczękowej, Ginekologiczno-Położniczy, Kardiologiczny, Ortopedyczno-Urazowy oraz Okulistyczny udzielały świadczeń także na podstawie kontraktów zawartych poza ryczałtem.

Tabela 2 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń hospitalizacyjnych w oddziałach szpitalnych na przestrzeni lat 2017 - 2019

	Leczenie szpitalne	2017	2018	2019
1	Oddział Kardiologiczny	16 671 306	16 723 372	18 342 675
2	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	9 288 579	8 966 660	8 606 492
3	Oddział Ortopedyczno-Urazowy	7 462 055	7 989 837	8 467 753
4	Oddział Chorób Wewnętrznych	6 595 722	7 210 226	7 930 012
5	Oddział Chirurgii Ogólnej	8 190 110	8 092 306	7 267 947
6	Oddział Neurologiczny	2 883 602	6 456 729	7 037 134
7	Oddział Chirurgii Naczyniowej	6 046 072	6 315 325	5 703 434
8	Oddział Okulistyczny	3 407 031	3 343 908	5 272 991
9	Oddział Dziecięcy	3 699 860	4 222 283	4 930 791
10	Oddział Urologiczny	3 811 367	3 815 369	4 490 562
11	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4 173 829	3 570 958	4 146 099
12	Oddział neonatologii	4 931 924	4 235 927	3 716 762
13	Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	3 107 467	2 936 734	2 976 515
14	Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	2 056 521	2 151 271	2 393 842



	Leczenie szpitalne	2017	2018	2019
15	Oddział Nefrologiczny	1 836 828	1 867 616	2 134 373
16	Oddział Dermatologiczny	1 903 627	1 891 303	1 887 213
17	Razem Leczenie szpitalne	86 065 900	89 789 823	95 304 593

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu.

Największą wartość świadczeń medycznych realizuje Kardiologia – **18 mln zł**. Na uwagę zasługuje dynamiczny rozwój ilości świadczeń medycznych udzielanych przez Oddział Neurologiczny oraz Okulistyczny. Zdecydowane wzrosty zanotowały także oddziały Dziecięcy, Chorób Wewnętrzny, Urologiczny, Chirurgii Szczękowo-Twarzowej oraz Nefrologiczny. Duże spadki aktywności zanotowały natomiast oddziały Neonatologii oraz Chirurgii Ogólnej.

Uwarunkowania kontraktowe i strategia zarządzania kontraktami Szpitala, a polityka NFZ

Jako że Szpital należy do kategorii publicznych zakładów leczniczych, głównym płatnikiem za wykonywane procedury jest Narodowy Fundusz Zdrowia. To zawierane z nim kontrakty wyznaczają rynkową przestrzeń dla działalności operacyjnej jednostki.

Przyglądając się zestawieniu umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia można zaobserwować stały wzrost łącznej wysokości kontraktów. Ich wzrost na przestrzeni lat 2017 do 2019, bez uwzględnienia środków na refundację uzgadnianych centralnie wzrostów wynagrodzeń personelu medycznego, wzrósł z **136 mln zł** rocznie w roku 2017 do **145 mln zł** w 2019, to jest o **6,5%**. W porównaniu do innych szpitali z sektora finansów publicznych nie był to duży wzrost.

W ostatnich latach daje się zaobserwować, że Szpital ma problemy z wykonaniem zawartych z NFZ kontraktów. Najlepiej obrazuje to stan realizacji umowy ryczałtowej.

Tabela 3 Realizacja ryczałtu w ramach PSZ w latach 2017, 2018 i 2019 na podstawie średniomiesięcznych stawek ryczałtowych

Lp.	wielkość miesięczna	2017	2018	2019
1	Ryczałt średniomiesięcznie	6 775 614	6 908 794	6 863 837
2	Wykonanie	6 456 968	6 654 067	6 864 711
3	% wykonania	95,3%	96,3%	100,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu .

Zestawienie danych zawartych w powyższej tabeli wskazuje, że na przestrzeni ostatnich trzech lat Szpital miał problem z realizacją ryczałtu. Fakt ten będzie niewątpliwie negatywnie rzutował na podejście NFZ do zagadnienia zwiększania kontraktowania świadczeń dla Radomskiego Szpitala w latach następnych. Uwzględniając do tego również spadki w wykonywaniu świadczeń ambulatoryjnych, fakt ten może wskazywać na problemy Jednostki



w zarządzaniu realizacją świadczeń. Temat ten powinien zostać przedyskutowany w gronie kierowniczym i powinny zostać podjęte działania naprawcze w systemie i stylu zarządzania.

Wydaje się zatem zasadne aby zarekomendować Szpitalowi wdrożenie takich procedur zarządzania i monitorowania sposobu zarządzania realizacją kontraktów, które obejmować będą zarówno Dyrekcję Szpitala jak i kierowników oddziałów, kierownictwo zespołu poradni specjalistycznych oraz komórki zajmujące się nadzorem i rozliczaniem świadczeń medycznych z NFZ.

Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych

Niezależnie od sprzedaży świadczeń medycznych wynikającej z kontraktów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia jednostki Szpitalne realizują dodatkowe, płatne świadczenia uzyskując przychody finansowe zasilające wspólną szpitalną kasę. Odbiorcami tych świadczeń są osoby fizyczne, zakłady opieki zdrowotnej, towarzystwa ubezpieczeniowe, prywatne gabinety oraz inne podmioty instytucjonalne.

Tabela 4 Zestawienie pozostałej sprzedaży świadczeń medycznych

Wyszczególnienie	2017	2018	2019
Badania laboratoryjne	550 905	480 247	452 502
Badania histopatologiczne	224 916	203 062	228 785
Badania RTG	281 629	302 350	269 802
Leczenie szpitalne	241 252	218 367	198 980
Konsultacje	102 238	89 333	141 273
Specjalistyczne badania diagnostyczne i programy medyczne	467 014	308 005	183 945
Szczepienia	143 120	143 767	222 285
Szkoła rodzenia	2 455	4 528	2 553
Pozostałe świadczenia medyczne	7 877	10 448	7 175
Razem sprzedaż poza NFZ	2 021 407	1 760 108	1 707 299

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu .

Sam fakt sprzedaży komercyjnej, prowadzonej przez niektórych kierowników działów należy ocenić pozytywnie. Jednak w relacji do ogólnego potencjału Szpitala, oraz w porównaniu z innymi szpitalami, z którymi audytorzy mieli do czynienia w ostatnim czasie, należy stwierdzić, że nie wszystkie atuty radomskiego Szpitala zostały optymalnie wykorzystane i że nie skorzystano ze wszystkich możliwości, jakie nadarzają się w otoczeniu rynkowym. Wydaje się zasadne dołożenie szczególnej uwagi w rozwijanie tej formy aktywności i skupienie się przy tym nad promocją usług **diagnostycznych**. **Opracowując nowe rozdział zakresów menadżerskiej odpowiedzialności wskazane jest uwzględnić w tym projekcie także zadania, których celem będzie badanie relacji klienckich i zarządzanie szeroko rozumianym rynkiem zarówno usług ambulatoryjnych jak i komercyjnych z uwzględnieniem odpowiedzialnych za kompleksowe kierowanie ruchem pacjentów.**



4. Działalność medyczna

Lecznictwo stacjonarne i pomoc doraźna

Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego posiada bogatą ofertę leczenia szpitalnego, co z jednej strony stanowi ogromny atut, z drugiej zaś wyzwanie. Rozbudowana struktura może nastręczać trudności w zarządzaniu i kontrolowaniu poszczególnych komórek, jak i realizowaniu określonej strategii całej placówki. Ogromną zaletą Jednostki jest jej lokalizacja – praktycznie w samym centrum miasta. Co prawda w Radomiu znajduje się konkurencyjna placówka (Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.) z kontraktem o ok. 55,8 mln zł większym, jednak mieści się ona na obrzeżach miasta. Z punktu widzenia zabezpieczenia społeczności lokalnej w opiekę medyczną 5 oddziałów RSS występuje niezwykle rzadko. Mowa o: Chirurgii Naczyniowej, Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej, Dermatologii, Nefrologii i Urologii.

Pozytywnym zjawiskiem występującym w Szpitalu jest fakt, iż świadczenia medyczne udzielane w ramach poszczególnych oddziałów mogą być w późniejszym czasie kontynuowane w poradniach specjalistycznych. Jest to możliwe dzięki pokryciu w dużej mierze oferty usług oddziałów z ofertą poradni specjalistycznych.

Podczas audytu stwierdzono następujące problemy oraz kwestie, które warto podkreślić:

- Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna funkcjonują w 2 osobnych lokalizacjach;
- Szpitalny Oddział Ratunkowy i Izba Przyjęć – nie spełniają wymogów m.in. w kwestii krzyżowania się dróg;
- Oddział Urologiczny nie rozwija się w zakresie zabiegów laparoskopowych, ze względu na braki sprzętowe oraz zgłasza potrzebę posiadania w swojej strukturze sali pooperacyjnej;
- w Szpitalu brakuje centralnie zorganizowanej komórki DILO – brak ciągłości przebiegu informacji i możliwości kontaktu pacjenta z tym samym koordynatorem na każdym etapie leczenia, ponadto część oddziałów wykazuje pacjentów onkologicznych w ramach ryczałtu, zamiast osobno jako karty DILO;
- Oddział Chirurgii Naczyniowej wymaga remontu oraz zgłasza większe zapotrzebowanie na dostępność do Bloku Operacyjnego;
- Oddział Chorób Wewnętrznych zgłasza, iż SOR zbyt szybko przekazuje im pacjentów, zamiast diagnozować i kierować na konkretne oddziały, nie tylko w ich oddziale; ponadto liczy na wsparcie ze strony Zakładu Opieki Długoterminowej w ramach przejmowania części pacjentów;
- Oddział Chirurgii Ogólnej zgłasza, iż z powodu przepełnień na Oddziale Chorób Wewnętrznych trafiają do nich pacjenci internistyczni, którzy de facto zaburzają faktyczne statystyki tego oddziału (m.in.: obniżają operatywę, wydłużają średni czas pobytu). Ponadto zgłasza zapotrzebowanie na: nowy aparat USG, nowe monitory, a także wymianę części łóżek i szafek dla pacjentów;



- Oddział AiIT zgłasza, iż brakuje im materacy przeciwodleżynowych, a ponadto pracują na 2 bardzo starych dializatorach;
- Oddział Kardiologiczny + OINK wymaga pilnego remontu, który grozi zmniejszeniem bazy łóżkowej (przy wprowadzeniu mniejszych sal z węzłami sanitarnymi), a już teraz wydaje się być ona trochę za mała;
- Oddział Nefrologii wymaga remontu i dostosowania, a także i nakładów inwestycyjnych w sprzęt i wyposażenie – np. aparaty do hemodializy, kardiomonitor, nowe łóżka i materace;
- Oddział Dziecięcy wymaga odświeżenia;
- Część oddziałów (w tym SOR) skarżyła się na ulokowanie laboratorium w osobnym, oddalonym budynku;
- W latach 2017 – 2019 w RSS liczba porodów malała. W roku 2019 była ona niższa o 386 (21,4%) w porównaniu do roku 2017. Porównując średnie miesięczne, widać iż według danych za pierwszy kwartał 2020 roku jest ona najniższa z całego badanego okresu (tylko 91 porodów w miesiącu). Spadki są zjawiskiem niepokojącym, dlatego należy im zapobiegać;
- Oddział Neonatologii zgłaszał brak możliwości podłączenia większej ilości komputerów w gabinecie lekarskim i konieczność lepszej informatyzacji oraz zapotrzebowanie sprzętowe na: inkubator transportowy ze wspomaganie oddychania, analizator do mikrometod, aparat do oznaczania bilirubiny, pulsoksymetri, pompy infuzyjne, wózek – szafkę do przewożenia narzędzi sterylizowanych;
- Oddziały zabiegowe zgłaszały trudności we współpracy z zespołem anestezjologów – m.in. kłopoty z odbywaniem konsultacji z pacjentami na dzień przed operacją, a także nieprzestrzeganie godzin pracy (przychodzenie po czasie rozpoczęcia pracy oraz wychodzenie przed zakończeniem czasu pracy). Z drugiej strony Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii zgłaszał, iż zabiegi operacyjne planowane są bez uzgodnienia z OAiT – wszyscy chcą zaczynać zabiegi rano i „szybko skończyć”, a do tego oddziały zabiegowe często zmieniają plany zabiegowe, co utrudnia optymalizację wykorzystania anestezjologów (pogłębia problem braków kadrowych). Przedstawione dwa, skrajnie odmienne, stanowiska wskazują na konflikt obu grup i problem we współpracy;
- Oddział Ortopedyczno-Urazowy zgłasza zapotrzebowanie na: skomputeryzowanie Sali Operacyjnej (specjalny ekrany – monitor radiologiczny), nowe lampy na BO, remont stołu operacyjnego, nowy stół do zakładania opatrunków gipsowych, wózki transportowe, wózki inwalidzkie, pompy infuzyjne, wannę do toalety chorych leżących;
- Oddział Okulistyczny posiada własny mały blok operacyjny, który wymaga remontu (od ok. 40 lat nie był on remontowany);
- Oddział Neurologiczny oraz Oddział Udarowy wymagają poprawy warunków lokalowych – zaleca się przenosiny tych współpracujących Oddziałów;
- Brak znieczuleń zewnątrzoponowych przy porodach sprzyja znacznemu odplywowi pacjentek.



Warto nadmienić, iż jeszcze tej jesieni Szpital planuje inaugurację nowego obiektu – Radomskiego Centrum Rehabilitacji. Kompleks składać się będzie z 2 budynków, w których oprócz Oddziału Rehabilitacji i Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej, znajdzie się Zakład Rehabilitacji wraz z Ośrodkiem Rehabilitacji Diennej i Pracownią Fizjoterapii, a także poradnie: chirurgiczna, neurologiczna, ortopedyczna, urologiczna oraz pracownie diagnostyczne (w tym RTG i USG). Łączny budżet tej inwestycji wraz z wyposażeniem wynosi aż 45,5 mln zł. W momencie oddania do użytkowania nowych powierzchni, poprawi się jeszcze jakość świadczonych usług oraz wzrośnie standard warunków, w których pracuje personel i obsługiwani są pacjenci.

Szpital bazując na danych demograficzno-epidemiologicznych oraz uwzględniając politykę zdrowotną regionu i kraju, a także informacje dotyczące oferty konkurencji, powinien określić swoją strategię działania, wyznaczając zakresy, które warto rozwijać, a z których lepiej zrezygnować. Powinien także dążyć do tworzenia między oddziałami sieci współpracy, która pozwoli na kompleksową opiekę nad chorymi i sprzyjać będzie lepszemu dopływowi pacjentów.

LECZNICTWO STACJONARNE – STATYSTYKA MEDYCZNA

Analizując łączną liczbę leczonych (szpitalnych) w RSS, widać, iż w latach 2017 – 2019 liczba ta wahała się. W roku 2019 leczono 28 013 chorych, a więc o 123 (0,4%) osób mniej, niż w roku 2017. Według danych za pierwszy kwartał 2020 roku średnia miesięczna przyjęć jest najniższa z całego badanego okresu (tylko 1 965 pacjentów miesięcznie, a więc o 15,8% mniej niż w roku 2019). Zjawisko to należy ocenić jako niepokojące. Choć wpływ na to (a także na spadki innych wskaźników) miała już na pewno pandemia COVID-19.

W roku 2019 najwięcej pacjentów leczyło się na Oddziale Ginekologiczno-Położniczym (4 214) i Oddziale Kardiologicznym wraz z Oddziałem Intensywnego Dozoru Kardiologicznego (3 529), a najmniej na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii (222) – wyłączając Zakład Opieki Długoterminowej (51 osób). Liczba osobodni miała tendencję spadkową i w roku 2019 była o ponad 7,3 tys. (4,7%) niższa od tej z roku 2017. W latach 2017 – 2018 liczba łóżek była stała, dopiero w 2018 i 2019 spadła (łącznie o 22 szt. – 4%).

W latach 2017 – 2019 wskaźnik wykorzystania łóżek wahał się. Ponieważ w roku 2018 liczba pacjentów spadła o blisko 0,75 tys. osób, a liczba łóżek pozostała na tym samym poziomie, nie dziwi spadek wskaźników dla niektórych oddziałów (i łącznie) dla tego właśnie roku. W roku 2019 średnie obłożenie łóżek kształtowało się na poziomie 77,5% i było o 0,7% mniejsze od średniej dla roku 2017. Porównując obłożenie z roku 2019 do roku 2017, największy spadek zanotował Oddział Okulistyczny (-25,5%). Jednak należy podkreślić, iż liczba leczonych wzrosła tu o 791 osób, a spadek ten wynika ze znacznego skrócenia czasu pobytu (o 1,7 dnia do poziomu jedynie 0,4 dnia). Następny w kolejności duży spadek wykorzystania łóżek zanotował Oddział Neonatologii (-12,6%). Jednak tu sytuacja wynika ze spadku liczby pacjentów aż o 385 osób (-20%) i powiązana jest ze spadkiem liczby przyjęć i obłożenia na Oddziale Ginekologiczno-Położniczy (po -10,9%).



Większość oddziałów miała wskaźniki obłożenia wyższe od średniej wojewódzkiej i średniej kraju, jednak ok. połowa oddziałów miała znacznie dłuższe pobyty od średniej wojewódzkiej i średniej kraju. Dlatego należy podjąć kroki w celu skrócenia hospitalizacji pacjentów, w szczególności na oddziałach: Chirurgii Ogólnej (średnia z roku 2019 to 6,7 dni), Dermatologicznym (średnia z roku 2019 to 6,9 dni), Nefrologicznym (średnia z roku 2019 to 8,1 dni), Urologicznym (średnia z roku 2019 to 4,2 dni), Ortopedyczno-Urazowym (średnia z roku 2019 to 5,5 dni), Obserwacyjno-Zakaźnym (średnia z roku 2019 to 6,5 dni). Ze względu, iż Oddział chorób Wewnętrznych posiada największe wykorzystanie łóżek w całej Jednostce (aż 138,5%) także tutaj skrócenie pobytu (średnia z roku 2019 to 7,3 dni) byłoby pożądanym zjawiskiem. Warto w tym miejscu wspomnieć o problemach z Zakładem Opieki Długoterminowej, który nie wypracowuje kontraktu, a po drugie posiada dość długie pobyty pacjentów (211,7 dni), których skrócenie pozwoli na zwiększenie przelotowości i chociaż częściowe odciążenie interny.

W latach 2017 – 2019 średni czas pobytu chorego w RSS spadał z 5,6 dni w roku 2017 i 2018 do 5,3 dni w 2019 roku, co należy uznać za zjawisko pozytywne. Część oddziałów RSS (w roku 2019) miała dłuższe, a część krótsze średnie pobyty chorych od średnich wojewódzkich i krajowych (za rok 2018). Krótsze pobyty zanotował np. oddziały: Okulistyczny, Neonatologii, Rehabilitacji wraz z Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Dziecięcy, Neurologiczny. Są to pozytywne zjawiska, które powinny przekładać się na większe zadowolenie pacjentów i zmniejszenie kosztów ponoszonych przez Jednostkę. Należy dążyć do dalszej optymalizacji w tym zakresie.

W Jednostce kolejki na wybrane oddziały lub konkretne procedury są dość duże i długie, co świadczyć może o pewnym prestiżu i zaufaniu pacjentów, którzy właśnie tu chcą podjąć leczenie. Jednak stanowi, iż usługi są trudno dostępne dla chorych. Na koniec lutego 2020 roku największa liczba pacjentów oczekiwała w kolejce do: Operacji usunięcia żylaków kończyny dolnej – 298 przypadków stabilnych; Oddziału Urologicznego – 224 przypadki stabilne; Oddziału Ginekologiczno-Położniczego – 179 przypadków stabilnych; Koronarografii – 120 przypadków stabilnych. Ponadto na koniec lutego 2020 roku najdłużej oczekiwało się w kolejce do: Operacji usunięcia żylaków kończyny dolnej – 489 dni dla przypadków stabilnych; Operacji palucha koślawego – 194 dni dla przypadków stabilnych; Leczenia operacyjnego zespołu cieśni nadgarstka – 187 dni dla przypadków stabilnych. Na dzień 28.04.2020 roku największa liczba pacjentów oczekiwała w kolejce na zabieg w zakresie soczewki (operację zaćmy) – 1 050 przypadków stabilnych i 9 przypadków pilnych oraz Rehabilitację Ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych – 216 przypadków stabilnych i 27 przypadków pilnych.

Na dzień 28.04.2020 roku w RSS wg średniego czasu oczekiwania najdłużej oczekiwało się w kolejce na: zabieg w zakresie soczewki (operację zaćmy) – 773 dni dla przypadków stabilnych i 69 dni dla przypadków pilnych oraz Rehabilitację Ogólnoustrojową w warunkach stacjonarnych – 379 dni dla przypadków stabilnych i 84 dni dla przypadków pilnych.

W latach 2017 – 2019 liczba rehospitalizacji w RSS wahała się. Wskaźnik spadł w roku 2018 o 25 przypadków (52%), zaś w roku 2019 wzrósł o 3 przypadki (13%). Według danych za pierwszy kwartał 2020 roku liczba rehospitalizacji była wysoka i wyniosła 17



szt., co jest zjawiskiem niepokojącym. Należy kontrolować ten wskaźnik i dążyć do systematycznego obniżania, aby minimalizować ryzyko nieotrzymania zapłaty od NFZ.

W latach 2017 – 2019 ogólna liczba pacjentów obsługiwanych na SOR w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego spadała. W 2018 roku liczba ta wynosiła blisko 70,6 tys. i była o 2,2 tys. pacjentów (4,0%) niższa od danych za rok 2017. W roku 2019 spadła o kolejne ok. 3,8 tys. osób (5,3%) w porównaniu do roku 2018. W pierwszym kwartale 2020 roku średniomiesięczna liczba pacjentów była najniższa dla całego badanego okresu (średnio 4 643 osoby w miesiącu).

W Radomskim Szpitalu Specjalistycznym opiekę w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej sprawuje podmiot zewnętrzny – Radomska Stacja Pogotowia Ratunkowego w Radomiu – jako podwykonawca. W roku 2017 w ramach NiŚOZ przyjęto ponad 11,9 tys. pacjentów. W roku 2018 liczba pacjentów wzrosła aż o ok 32 tys. (267%), zaś w roku 2019 spadła o ok. 8,3 tys. pacjentów (19%). Oceniając dane średniomiesięczne, widać iż według danych za pierwszy kwartał są one niższe o 270 pacjentów miesięcznie (9%) w porównaniu do roku 2019.

Baza zabiegowa

Szpital posiada siedem oddziałów zabiegowych. Ich wyszczególnienie oraz dane dotyczące ilości wykonywanych zabiegów zawarto w poniższej tabeli. Dwa z pośród wymienionych oddziałów: Okulistyczny oraz Ginekologiczno-Położniczy, posiadają sale operacyjne organizacyjnie włączone w struktury oddziałów. Pozostałe wykonują zabiegi na bloku centralnym, nazywanym Chirurgicznym.

Tabela 5 Zestawienie ilości wykonywanych zabiegów operacyjnych

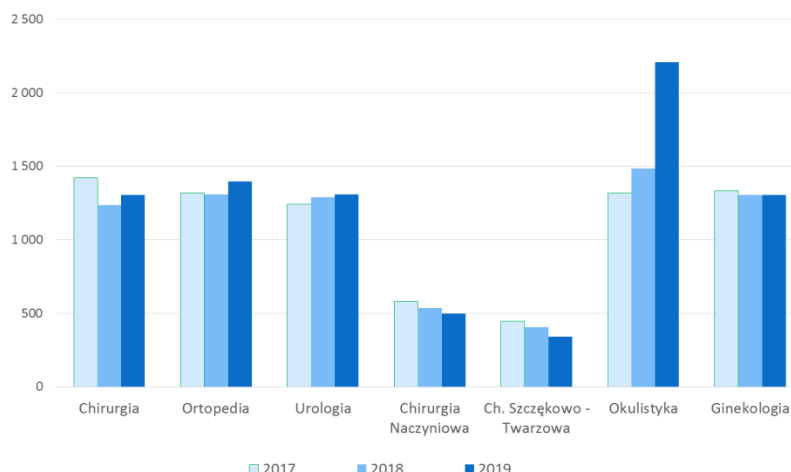
Oddział	2017	2018	2019
Oddział Chirurgii Ogólnej	1 421	1 237	1 304
Oddział Ortopedyczno-Urazowy	1 317	1 309	1 396
Oddział Urologiczny	1 243	1 289	1 309
Oddział Chirurgii Naczyniowej	580	534	496
Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	445	404	342
Oddział Okulistyczny	1 320	1 485	2 208
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	1 332	1 306	1 305
Razem	7 658	7 564	8 360

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu.

Dwa mniejsze oddziały Chirurgii Szczękowo-Twarzowej oraz Chirurgii Naczyniowej wykonują od 300 do 500 operacji rocznie, natomiast pozostałe w granicach po 1.300 – 1.500 zabiegów rocznie. Na uwagę zasługuje bardzo duży wzrost wykonanych w zeszłym roku na Oddziale Okulistycznym zabiegów. Wynika on z szybkiej reakcji Oddziału na zniesienie przez NFZ limitów na operacje zaćmy, co pozwoliło w znacznym stopniu skrócić kolejki pacjentów.



Rysunek 1 Ilość wykonywanych zabiegów operacyjnych na przestrzeni lat 2017 - 2019



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu.

Bloki Operacyjne

W Szpitalu funkcjonują cztery Bloki Operacyjne:

- Blok przy Oddziale Okulistycznym** – jedna sala operacyjna, dostosowana i wyposażona do zabiegów okulistycznych.
Blok jest w złym stanie technicznym i wymaga nakładów remontowych. Operuje starym mikroskopem zabiegowym, który w każdej chwili może kwalifikować się do wymiany. Do potrzeb sprzętowych zaliczyć jeszcze trzeba tonometr typu „puff”.
- Blok przy Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** – składa się z trzech sal operacyjnych:
 - Sala cięć cesarskich** – odbywają się tutaj około dwa zabiegi dziennie.
 - Sala Operacyjna „A”** – przeznaczona do klasycznych operacji brzusznych, wykorzystywana właściwie tylko w godzinach normalnej ordynacji (dni powszednie od 7 do 15), wykonuje się tutaj około 1 do 1,5 zabiegu dziennie.
 - Sala operacyjna „B”** – wyspecjalizowana do zabiegów endoskopowych, średnio dziennie wykonuje się na tej sali 2,5 zabiegu operacyjnego ale bywają dni gdy tych zabiegów jest cztery i więcej.
- Blok Chirurgiczny (centralny)** – składa się z czterech sal operacyjnych, dedykowanych pozostałym oddziałom zabiegowym:
 - Sala nr 1** – zarządzana przez Oddział Chirurgii Ogólnej, wykorzystywana także przez Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, wyposażona w kolumnę laparoskopową oraz urządzenie do podgrzewania płynów.
 - Sala nr 2** – sala w dyspozycji Oddziału Urologii, wykorzystywana także przez Oddział Ortopedyczno-Urazowy, do specjalistycznego wyposażenia tej sali należy laser urologiczny, Urologia zgłasza problem utrudnionego dostępu do korzystania z laparoskopu.
 - Sala nr 3** – zarządzana przez Oddział Chirurgii Naczyń, na sali tej zabiegi przeprowadza także Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej, sala jest



dostosowana do zabiegów hybrydowych, wyposażona jest w stół pływający oraz urządzenie do wstrzykiwania kontrastu.

- d. **Sala nr 4** – jest to typowa sala ortopedyczna do dyspozycji Oddziału Ortopedyczno-Urazowego, wyposażona w stół ortopedyczny, artroskop oraz ramię C; do najważniejszych braków wyposażenia zgłaszanych przez Oddział zaliczyć trzeba kwalifikujące się do wymiany lampy operacyjne oraz brak monitora radiologicznego.
4. **Blok Chirurgiczny przy SOR** – posiada jedną salę operacyjną zarządzaną przez Blok Operacyjny Chirurgiczny, najrzadziej wykorzystywany, szczególnie do zabiegów doraźnych i tzw. „brudnych”, głównymi użytkownikami są oddziały Chirurgii Ogólnej i Urologii; wyposażony jest m.in. w przenośny laparoskop

Bloki wyposażone są w aparaty do znieczuleń dla każdej sali i jeden zapasowy, w tym dwa, których czas eksploatacji zbliża się powoli do końca. Poza tym wyposażenie wydaje się być zadowalające i kierownictwo Bloku nie zgłasza żadnych istotnych dodatkowych potrzeb.

Blokiem Operacyjnym Chirurgicznym (centralnym) kieruje Pielęgniarka Oddziałowa Bloku. Jest ona przełożoną wszystkich pracowników zatrudnionych do obsługi bloku i zabiegów operacyjnych. Oddziały zabiegowe wprowadzają do systemu swój plan zabiegów do godziny 13.00 na dzień następny. Lekarze anesteziolodzy mają praktycznie czas po południu aby dokonać kwalifikacji chorych do zabiegów pod względem anesteziologicznym i dostosować swój grafik pracy do zamiarów Oddziałów Zabiegowych. Pielęgniarka Oddziałowa Bloku ma natomiast za zadanie przygotować na rano sale operacyjne do zabiegów wykazanych w systemie i przydzielić zespoły zabiegowe.

Jest rzeczą niewykonalną, aby z dnia na dzień przygotowywać grafiki, aby pracownik po południu dowiadywał się czy ma jutro przyjść do pracy czy nie. Z tych względów, pomimo, że potencjał zabiegowy Bloku jest faktycznie wykorzystany w około 50%, Blok musi utrzymywać do pełnej dyspozycji pełny skład zespołów zabiegowych i to niezależnie czy ma dla nich pełne obciążenie czy nie. Podobnie sprawa się ma z zespołami anesteziologicznymi. Jest to źródło marnotrawienia potencjału ludzkiego zatrudnionego przez Szpital na tym odcinku udzielania świadczeń.

Taka organizacja pracy Bloku Operacyjnego jest bardzo nieefektywna i droga. Każdy oddział zarządza swoją salą, co uniemożliwia koordynację i efektywne wykorzystanie całej infrastruktury sal operacyjnych. Informowanie na ostatnią chwilę personelu bloku o planowanych zabiegach każe mu trzymać w gotowości praktycznie całe zespoły dla każdej z sal operacyjnych, co przy niskim wykorzystaniu potencjału bloków generuje dodatkowe straty. Wydaje się, że głównym problemem jest brak właściwej koordynacji działań poszczególnych jednostek organizacyjnych szpitala funkcjonujących w obszarze bazy zabiegowej. **Należy rozważyć wprowadzenie takich zmian w procedurach planistycznych aby harmonogram zabiegów był uzgadniany z Pielęgniarką Oddziałową Bloku.**

Wątpliwości budzą także godziny pracy zespołów anesteziologicznych które są ustalone od godziny **7.00** do **14.00**. Oddziały zabiegowe rozpoczynają zabiegi praktycznie po godzinie **8.30** i często muszą kończyć około **13.00** gdyż nie ma pewności, że skończą przed godziną **14.00**. **Dostosowanie godzin pracy pielęgniarek i lekarzy anesteziologów do potrzeb procesów leczniczych jest logicznym i racjonalnym postulatem i może wpłynąć**



bezpośrednio na obniżenie kosztów funkcjonowania Szpitala z tytułu sztucznie windowany opłat za nadgodziny.

Utrzymanie bloków operacyjnych jest jedną z droższych pozycji na mapie kosztów szpitalnych. Ogólna analiza wskazała, że jedna godzina pracy jednej sali operacyjnej (jednego zespołu operacyjnego) w godzinach normalnej ordynacji kosztuje średnio około **2.200 zł/godz.** Porównując tą wielkość z danymi benchmarkowymi można stwierdzić, że jest ona o 30% do 50% większa od średnich wyników innych szpitali.

W celu szczegółowego przeanalizowania pracy Bloku Operacyjnego oparto się na danych miesięcznych, które Szpital uznał za reprezentatywne w skali całego roku i przekazał audytorom. Z powyższej analizy wynika, że średnie dzienne obciążenie (wraz ze sprzężaniem) każdej z sal operacyjnych wynosi niespełna **5 godzin** z czego sam czas trwania zabiegów to **3 godziny dziennie**. Z drugiej strony uzyskujemy informację, że w ciągu jednego statystycznego dnia pracy zespoły operacyjne świadczą usługi na rzecz oddziałów zabiegowych w łącznej ilości **23,5 rbgodz.** dziennie. Wynika z tego, że dla zaspokojenia potrzeb wszystkich oddziałów zabiegowych do obsługi zabiegów Blok operacyjny powinien postawić statystycznie **3,6 zespołów operacyjnych**. Zatem w godzinach normalnej ordynacji **4 zespoły zabiegowe**, w miejsce obecnych **5**, wystarczą z zapasem aby obsłużyć normalny ruch pacjentów.

Patrząc jednak na docelowy kierunek wskazany Szpitalowi jako pożądany oczekiwac należy zwiększenie wykorzystania potencjału zabiegowego poprzez skuteczne wydłużenie dziennego czasu realizacji zabiegów planowych, a tym samym zmniejszenia kosztów jednostkowych. Takie wydłużenie godzin operatywy poza standardowe godziny jest już w Szpitalu praktykowane przez Oddział Ortopedyczno-Urazowy i Okulistyczny. Dla takich przypadków należy przyjąć, że w godzinach popołudniowych, do godziny 19.00, czyli do czasu kończenia zmiany przez instrumentariuszki dwunastogodzinne, uzasadnionym może być utrzymywanie, przynajmniej w niektóre dni tygodnia dodatkowego zespołu operacyjnego.

Blok zatrudnia także pracowników porządkowych (salowe). Z informacji uzyskanych w trakcie audytu wynika, że na Bloku w ciągu dnia utrzymywany jest stan zatrudnienia w ilości 7 osób – po jednej do każdej sali plus dwie. Zdaniem audytorów stan taki odbiega od optymalnego i daje możliwość poszukiwania oszczędności na kosztach operacyjnych.

W podobny sposób przeanalizowano Blok Operacyjny Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. Do obsłużenia tej ilości zabiegów wystarczy zaangażowanie **1,2** statystycznego zespołu operacyjnego. W praktyce oznacza to że na Oddziale w ciągu normalnego dnia pracy powinien być zaangażowany 1 zespół, a tylko w dni o zwiększonym planie zabiegów ginekologicznych dwa zespoły.

Analiza pracy Bloków Operacyjnych wskazuje na zasadność opracowania sposobu optymalizacji zatrudnienia wśród pracowników obsługi bloków. Optymalizacja ma polegać na odejściu od zasady przypisania zespołów do miejsca wykonywania operacji na rzecz elastycznego reagowania na potrzeby operatywy. Możliwe to będzie jedynie przy zmianie sposobu zarządzania organizacją usług świadczonych przez blok na rzecz oddziałów zabiegowych.



Świadczenia ambulatoryjne

Do zadań przychodni specjalistycznej należy w szczególności udzielanie w formie ambulatoryjnej specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie reprezentowanych specjalności. Świadczenia zdrowotne obejmują badania i porady lekarskie oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub obowiązujących przepisów prawa.

Na terenie RSS znajduje się kilka rejestracji, które czynne są w zależności od długości funkcjonowania poradni (7:00-15:00, 7:30-16:00, 7:30-18:00) i można z nich skorzystać zarówno osobiście, telefonicznie oraz internetowo (dzięki Medycznemu Portalowi Informacyjnemu).

W strukturach Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego działają następujące poradnie:

- Chirurgii Ogólnej,
- Alergologiczna dla Dorosłych,
- Alergologiczna dla Dzieci,
- Chirurgii Szczękowo-Twarzowej,
- Stomatologiczna,
- Chorób Naczyń,
- Chorób Piersi i Profilaktyki Onkologicznej
- Chorób Zakaźnych dla Dorosłych,
- Chorób Zakaźnych dla Dzieci,
- Dermatologiczna,
- Diabetologiczna dla Dorosłych,
- Diabetologiczna dla Dzieci,
- Endokrynologiczna dla Dorosłych,
- Endokrynologiczna dla Dzieci,
- Gastroenterologiczna dla dorosłych im. Dr Janusza Zawadzkiego,
- Ginekologiczna Dziecięca i Dziewczęca,
- Ginekologiczno-Położnicza Konsultacyjna,
- Gruźlicy, Chorób Płuc i Alergii Oddechowych dla Dorosłych,
- Gruźlicy, Chorób Płuc i Alergii Oddechowych dla Dzieci,
- Hepatologiczna,
- Kardiologiczna dla Dorosłych z Pracownią Badań Czynnościowych,
- Kardiologiczna dla Dzieci,
- Konsultacyjna Szczepień z Punktem Szczepień,
- Nefrologiczna dla Dorosłych,
- Nefrologiczna dla Dzieci,
- Neurochirurgiczna,
- Neurologiczna dla Dorosłych z Pracownią EEG i EMG,
- Neurologiczna dla Dzieci z Pracownią EEG,
- Okulistyczna dla Dorosłych,
- Okulistyczna dla Dzieci,
- Ortodontji,
- Ortopedyczna,
- Otolaryngologiczna dla Dorosłych,
- Otolaryngologiczna dla Dzieci,



- Patologii Ciąży,
- Patologii Noworodka,
- Proktologiczna,
- Protetyki Stomatologicznej,
- Rehabilitacji,
- Reumatologiczna i Leczenia Osteoporozy,
- Stomatologii Zachowawczej,
- Urologiczna,
- Gabinet Lekarza Zakładowego.

AOS

W latach 2017 – 2019 ogólna liczba porad znacznie spadała. W roku 2019 udzielono o blisko 40,6 tys. (19,3 %) porad mniej niż w roku 2017, co jest zjawiskiem niekorzystnym.

Porównując dane z roku 2019 z danymi z roku 2017 widać, iż największe spadki przyjęć w ujęciu bezwzględnym odnotowały poradnie:

- Chirurgii Ogólnej (-6 272 porady),
- Ortopedyczna (-6 151),
- Dermatologiczna (-5 943),
- Chirurgii Szcękowo-Twarzowej (-2 733),
- Neurologiczna dla Dorosłych (-2 565),
- Reumatologiczna i Leczenia Osteoporozy (--1 853),
- Ortodoncji (-1 782),
- Chorób Piersi i Profilaktyki Onkologicznej (-1 572),
- Okulistyczna dla Dorosłych (-1 394),
- Gruźlicy, Chorób Płuc i Alergii Oddechowych dla Dorosłych (-1 377),
- Protetyki Stomatologicznej (-1 017).

Porównując dane z roku 2019 z danymi z roku 2017 widać, iż największe spadki przyjęć w ujęciu procentowym odnotowały poradnie:

- Ortopedyczna (-40,4%),
- Chirurgii Szcękowo-Twarzowej (-36,1%),
- Gruźlicy, Chorób Płuc i Alergii Oddechowych dla Dzieci (-34,2%),
- Dermatologiczna (-33,8%),
- Proktologiczna (-32,8),
- Protetyki Stomatologicznej (-27,8),
- Otolaryngologiczna dla Dzieci (-27,6%),
- Stomatologii Zachowawczej (-26,4),
- Chirurgii Ogólnej (-26,2%).

Spadki należy traktować jako zjawisko niepokojące, którym należy zapobiegać. Ponieważ skala tego zjawiska jest bardzo duża (spadek o blisko ¼ wolumenu w porównaniu do roku 2017), to powinien być to alarmujący sygnał do podjęcia stanowczych kroków w celu zwiększenia aktywności Szpitala w tym obszarze.

Porównując dane z roku 2019 z danymi z roku 2017 tylko 2 poradnie zanotowały wzrost udzielonych porad:



- Gastroenterologiczna dla Dorosłych (608 szt./28,3%),
- Nefrologiczna dla Dorosłych (632 szt./27,2%).

Wzrosty świadczą o poprawie aktywności w wyżej wspomnianych zakresach.

Zakład Rehabilitacji

W skład Zakładu Rehabilitacji wchodzi Ośrodek Rehabilitacji Diennej oraz Pracownia Fizjoterapii.

Gabinety Pracowni Fizjoterapii działają w systemie dwuzmianowym i czynne są w godzinach 7:30 – 19:00. Dziennie obsługują ok. 70-80 pacjentów, którzy korzystają z usług w ramach 2-tygodniowych cykli oraz ok. 30-40 chorych z różnych oddziałów szpitalnych. Ponadto w Ośrodku Rehabilitacji Diennej leczonych jest ok. 70-80 pacjentów dziennie w ramach 3-tygodniowych turnusów.

W latach 2017 – 2019 liczba wykonanych punktów przez Zakład Rehabilitacji (zarówno w Ośrodku Rehabilitacji Diennej jak i Pracowni Fizjoterapii) rosły. W roku 2019 liczba ta była wyższa o 50 260 (2,9%). Oceniając średnie miesięczne widzimy, iż według danych za pierwszy kwartał 2020 jest ona najniższa – o 23 042 punktów (15,6%) od średniej z 2019 roku.

Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego posiada bardzo szeroką ofertę ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, co podobnie jak w przypadku lecznictwa szpitalnego, stanowi zarówno ogromną szansę i zagrożenie. Rozproszona struktura może utrudniać zarządzanie i koordynowanie poszczególnych komórek. Dlatego, przy ustalaniu wieloletniej strategii dla Jednostki, należy skorelować ofertę szpitalnictwa i AOS, by maksymalnie zoptymalizować działalność – przeanalizować portfel usług z ich opłacalnością przy uwzględnieniu potrzeb lokalnej społeczności (informacji o demografii i epidemiologii oraz konkurencji), a także planów płatnika (NFZ).

W RSS kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych są dość duże i długie, co stanowią wyraz nierównowagi między zgłoszonymi potrzebami zdrowotnymi, a możliwościami ich natychmiastowego zaspokojenia. Przyczyny występowania kolejek są wielorakie. Z jednej strony jest to wyraz racjonowania świadczeń. Z drugiej strony występowanie kolejek w znacznej części wyrazem niedofinansowania systemu. Niezależnie od przyczyny ich występowania, konieczna jest rejestracja sytuacji oczekiwania na świadczenia medyczne. Pozwala to zarówno na wprowadzenie uzasadnionego zarządzania kolejką, jak i możliwość likwidowania przyczyn ich powstawania – jeśli są wyrazem nieefektywności, gdyż sprzyjają odpływowi pacjentów do innych placówek.

Podczas audytu ustalono, iż wcześniejsze próby rejestracji pacjentów na konkretne godziny spotykały się oporem kadry lekarskiej. Dopiero pandemia COVID-19 przyczyniła się do nowej organizacji pracy, która uwzględnia konkretną godzinę i numerek dla każdego pacjenta. Docelowo to rozwiązanie powinno sprzyjać większemu ładowi i poprawie komfortu obsługi. Ponadto stwierdzono problem w kwestii informowania na ostatnią chwilę osoby „zarządzającej ruchem chorym – Przełożonej Pielęgniarek AOS” o urlopach lekarzy, co potrafi paraliżować pracę rejestracji, która zmuszona jest przeorganizować kolejki pacjentów (a brakuje



specjalnie wydzielonych dni/pór, kiedy można by tych chorych przepisać). Takie sytuacje sprzyjają zrażaniu pacjentów do Placówki. Głównym problemem wydają się niedostatki w menadżerskim podejściu do strategicznego zarządzania całością AOS.

Znaczący spadek przyjęć w poradniach (o blisko 40,6 tys. – 19,3 % porównując rok 2019 z 2017), na przestrzeni ostatnich trzech lat oraz dość długie kolejki oczekujących, wskazują na pasywną postawę wobec rynku, powodującą kroczące zmniejszanie się ilości pacjentów. Systematyczny spadek przyjęć jest zjawiskiem bardzo niekorzystnym. Jeżeli jeszcze ten fakt zestawimy z danymi dotyczącymi spadku udziału AOS w realizacji ryczałtu, oznacza to zagrożenie dla interesów Szpitala w zakresie obniżenia przychodów z NFZ. Rozwijanie AOS ma szczególne znaczenie w kontekście, iż polityka płatnika zmierza do przenoszenia tutaj części środków (nakładów) z leczenia zamkniętego (szpitalnego) i rozwijania skoordynowanej opieki nad pacjentem. Poza tym sanowi świetne zaplecze gwarantujące stały dopływ pacjentów do leczenia szpitalnego. Audytorzy zalecają przyjrzenie się sytuacji i wdrożenie zmodyfikowanego sposobu zarządzania poradniami i relacjami Szpital-Pacjenci.

Organizacja diagnostyki medycznej

W ramach struktury organizacyjnej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego funkcjonują następujące pracownie diagnostyczne:

- Laboratorium Analityczne,
- Laboratorium Mikrobiologiczne,
- Pracownia Radiologii Klasycznej,
- Pracownia Tomografii Komputerowej,
- Pracownia Mammografii,
- Pracownia USG,
- Pracownia Endoskopii,
- Pracownia Radiologii Zabiegowej,
- Pracownia Hemodynamiki,
- Pracownia Histopatologiczna Zakładu Patomorfologii im. Prof. Dr med. Witolda Hańskiego.

W latach 2017 – 2019 koszty badań diagnostycznych wykonanych w wymienionych poniżej pracowniach na rzecz RSS znacznie wzrosły, zaś przychody ze sprzedaży wzrosły tylko nieznacznie. Porównując rok 2019 do 2017:

- łączne koszty wzrosły o 4 925 671 zł (32,6%),
- łączne przychody wzrosły o 224 804 zł (9,6%),
- koszty RTG i RTG Zabiegowego wzrosły o 1 226 873 zł (17,3%),
- przychody z RTG i RTG Zabiegowego wzrosły o 254 847 zł (16,4%),
- koszty RTG przy SOR wzrosły o 84 337 zł (14,7%),
- przychody z RTG przy SOR spadły o 7 080 zł (99,5%),
- koszty Laboratorium Analitycznego wzrosły o 651 087 zł (15,5%),
- przychody z Laboratorium Analitycznego spadły o 42 538 zł (12,9%),
- koszty Laboratorium Mikrobiologicznego wzrosły o 214 896 zł (16,7%),
- przychody Laboratorium Mikrobiologicznego spadły o 56 418 zł (25,3%),



- koszty Pracowni Endoskopii wzrosły o 446 445 zł (54,1%),
- przychody Pracowni Endoskopii wzrosły o 75 992 zł (35,1%),
- koszty Pracowni Endoskopii wzrosły o 2 302 033 zł (54,1%),
- przychody Pracowni Endoskopii wzrosły o 75 992 zł (35,1%),
- koszty Pracowni Hemodynamiki wzrosły o 2 302 033 zł (208,2%).

Ponieważ dynamika wzrostu kosztów jest bardzo duża a wzrostu sprzedaży mała, dlatego sfera badań diagnostycznych wymaga optymalizacji.

W latach 2018 – 2019 ogólna liczba badań wykonanych na zewnątrz na zlecenie RSS spadła. W roku 2019 była niższa o 2 976 badań (35,1%), co kosztowało o 94 690 zł (10,6%) mniej niż w roku 2018. Zjawisko to należy uznać za pozytywne.

Podczas audytu RSS zwrócono uwagę na kilka poniższych kwestii dotyczących sfery diagnostycznej:

- badania laboratoryjne, które wyróżniają placówkę na tle innych to m.in. badania z zakresu: autoimmunologii, celiakii, prątką gruźlicy;
- Laboratorium Mikrobiologiczne pracuje 7 dni w tygodniu od 7:30 do 15:05, w godzinach popołudniowych na wezwanie; nocnych zmian nie ma – funkcjonowanie w niedzielę wydaje się audytorom zbędne;
- Laboratorium Analityczne wymaga remontu i kadra wskazuje zasadność powiększenia punktu pobrania materiału do badań (o jeden pokój);
- braki sprzętowe w laboratorium: aparat do diagnostyki genetycznej gruźlicy, dygestorium w Laboratorium Analitycznym, dodatkowa komora laminarna do mikrobiologii, poczta pneumatyczna, sorter próbek, sprzęt do wykonywania badań związanych z COVID-19;
- laboratoria posiadają niewykorzystany potencjał wykonawczy (według Pani Kierownik mają rezerwy przerobowe – nawet 1/3 obecnej wielkości);
- Zakład Patomorfologii nie spełnia przepisów MZ i wymaga gruntownego remontu;
- od 01.04.2019 roku badania tomografii komputerowej są finansowane bezlimitowo przez NFZ, co miało wpływ na dynamiczny wzrost wykonywanych badań i wzrost przychodów w innych szpitalach. Dlatego wydaje się, że RSS nie wykorzystał szansy do poprawy swojej sytuacji finansowej z tego tytułu, gdyż w AOS odnotowano tylko niewielki wzrost wykonywanych badań TK (31 badań – 2,2%).
- program informatyczny używany w RSS umożliwia generowanie rozmaitych zestawień statystycznych (co jest zjawiskiem pozytywnym), jednak używanie różnych nazw w polu komórek zlecających utrudnia i wydłuża znacznie ich analizowanie.

Podsumowując – Radomski Szpital Specjalistyczny posiada szeroką ofertę badań diagnostycznych, co daje mu możliwość budowania silnej pozycji na rynku usług medycznych, zarówno wykonywanych w ramach NFZ, jak i badań komercyjnych. Z przedstawionych danych wynika, iż w zakresie badań odpłatnych w: RTG ZDO, Pracowni USG, Pracowni TK, badań patomorfologicznych, badań endoskopowych



sprzedaż usług rosła, zaś w zakresie Laboratorium Analitycznego, Laboratorium Mikrobiologicznego, Laboratorium Serologicznego, RTG stomatologicznego, RTG przy SOR sprzedaż usług malała. W kwestii odpłatnych mammografii w latach 2017 – 2019 liczba ta wahała się.

Dążenie do zwiększenia udziału badań odpłatnych w ogólnym portfelu powinno być ważnym elementem nowej strategii Szpitala, pozwoli bowiem na lepsze wykorzystanie posiadanych zasobów (ludzkich i lokalowo-technicznych) oraz przyczyni się do poprawy wyniku finansowego. Zalecany jest dalszy wzrost tych usług, pod warunkiem skalkulowania godziwej marży. W kwestii badań wykonywanych na rzecz własnych oddziałów, poradni czy pracowni, należy pokreślić, iż koszty tej diagnostyki obciążają bezpośrednio komórki, które je zlecają. Tym samym należy uczulić kadrę lekarską, aby rozważnie podchodziła do wydawanych skierowań i optymalizowała ilości zlecanych badań.

Analiza efektywności zarządzania materiałami medycznymi

W rozdziale przeprowadzono ocenę organizacyjno – funkcjonalną działalności Apteki Szpitalnej oraz analizę danych finansowych w zakresie wielkości zużycia materiałów medycznych.

Apteka Szpitalna Placówki w Radomiu działa od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 – 15:05. W działalności Apteki Szpitalnej w Radomiu wykorzystywany jest system AMMS. Zamówienia z komórek medycznych Placówki przyjmowane są zarówno przez system jak i w wersji papierowej. Zamówienia odbywają się na oddział (brak zleceń na pacjenta).

Inwentaryzacja asortymentu w Aptece Głównej przeprowadzana jest raz do roku. Księgowanie zużycia leków i wyrobów medycznych odbywa się: dla sprzętu jednorazowego w momencie wydania z magazynu, dla pozostałych wyrobów przechowywanych w Aptece w momencie ich wydania z Apteki, przy czym na oddziałach pielęgniarstwa na koniec miesiąca korygują stany apteczek oddziałowych o faktycznie zużyty asortyment. W Jednostce brak jest wyznaczonych limitów zużycia leków i wyrobów medycznych dla poszczególnych oddziałów. Z informacji uzyskanej od pracowników Szpitala wynika, że stan magazynowy Apteki Głównej utrzymywany jest na poziomie 300-400 tys. zł, a zapas wystarcza na około 10 dni.

Koszty zużycia materiałów medycznych w okresie 2017-2019 uległy zwiększeniu o 1,5 mln zł, tj. 5,5%. Największy udział wśród kosztów zużycia materiałów medycznych w badanym okresie zajmowały:

- leki (47% w roku 2017, 39% w roku 2019) - ich wartości na przestrzeni lat 2017-2019 uległy zmniejszeniu o 1,6 mln zł, tj. 12,6%,
- materiały medyczne jednorazowe (18% w roku 2017, 24% w roku 2019) – ich wartości na przestrzeni lat 2017-2019 uległy zwiększeniu o 1,8 mln zł, tj. 36,7%,
- sprzęt medyczny jednorazowy (13% w roku 2017, 11% w roku 2019) - ich wartości na przestrzeni lat 2017-2019 uległy zmniejszeniu o 207,7 tys. zł, tj. 6,1%
- sprzęt medyczny (5% w roku 2017, 6% w roku 2019) - ich wartości na przestrzeni lat 2017-2019 uległy zwiększeniu o 366,4 tys. zł, tj. 28,6%.



W oparciu o dane finansowe Szpitala w Radomiu oraz o dane benchmarkowe dokonano oceny zużycia materiałów medycznych na poszczególnych oddziałach Placówki. Analiza przeprowadzona została w oparciu o pięć podstawowych grup materiałów medycznych:

- Leki i antybiotyki,
- Nici chirurgiczne,
- Opatrunki,
- Odczynniki,
- Sprzęt i materiały jednorazowe.

Największe różnice pomiędzy danymi benchmarkowymi wystąpiły na Oddziałach:

- Neurologicznym i Udarowym – największe różnice wystąpiły dla kosztów zużycia leków i antybiotyków (99%),
- Okulistyki – największe różnice wystąpiły dla kosztów zużycia sprzętu i materiałów jednorazowych (81%),
- Kardiologii - największe różnice wystąpiły dla kosztów zużycia sprzętu i materiałów jednorazowych (88%).



5. Organizacja obsługi gospodarczej

Odpowiednia organizacja usług wspomagających działalność Szpitala niezbędna jest dla właściwego jego funkcjonowania. Radomski Szpital Specjalistyczny część usług dotyczących sfery gospodarczej zleca podmiotom zewnętrznym. W niniejszym rozdziale przedstawione zostały sposoby organizacji: procesu prania, sprzątnięcia, żywienia pacjentów, zarządzania odpadami medycznymi i komunalnymi, transportu, dozoru obiektu oraz obsługi prawnej. Analiza obejmowała lata 2017 – 2019 oraz I kwartał 2020 roku, ze szczególnym uwzględnieniem roku 2019.

Proces prania

Pranie w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego realizowane jest przez podmiot zewnętrzny – TOM MARG ZPCH Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Analizowana umowa obejmuje okres 42 miesięcy – od 14.04.2019 roku do 14.10.2022 roku.

Rozliczenie usług odbywa się w dwojaki sposób – jako iloczyn stawek za wynajem (i wypranie) pojedynczego asortymentu (**1,85 – 9,84 zł brutto**) i jego ilości oraz jako iloczyn stawki za kilogram czystego prania własnej bielizny szpitalnej (**4,18 zł brutto**) i jej tonażu.

W Szpitalu obsługą prania (m.in.: sprawowaniem nadzoru nad prawidłową realizacją umowy, obsługą sortowni bielizny, ewidencją ruchu bielizny) zajmuje się – Starszy Inspektor (1 etat).

Na podstawie otrzymanych danych oszacowano średni koszt dotyczący sfery prania w przeliczeniu na 1 pacjenta i na 1 osobodzień. Metodologia ta nie uwzględnia statystyk z Oddziału Neonatologii. Według takiej kalkulacji w roku 2019 średni koszt dotyczący sfery prania w przeliczeniu na 1 pacjenta wyniósł **43,84 zł**, zaś na 1 osobodzień wyniósł **7,48 zł**.

Koszty związane z praniem bielizny szpitalnej kształtują się dopuszczalnym poziomem. Średnie stawki odnoszące się do osobodnia są niskie w porównaniu do podobnych jednostek.

Żywienie pacjentów

Proces żywienia pacjentów w Szpitalu odbywa się w strukturach wewnętrznych, z wykorzystaniem pracowników Działu Żywienia, w którym zatrudnionych jest 26 osób. Kierownik organizuje i nadzoruje pracę podległego personelu, odpowiada za sprzęt, zakupy, jakość żywienia i standardy sanitarno-epidemiologiczne. Reszta zespołu to:

- dietetyczki – 3 etaty,
- magazyn żywnościowy – 2 etaty,
- kuchnia – 20 etatów.

Podczas analizy poszczególnych kosztów zaksięgowanych na ośrodku „Dział Żywienia”, audytorzy zauważyli, iż **koszty za zużyte media są bardzo niskie**. Okazało się, że rozdzielnikiem kosztów w tym przypadku jest liczba zatrudnionych osób w Dziale, co **mocno zaniża wartości**. Dlatego **zaleca się zmianę tego klucza podziału kosztów**.



Sytuacja ta spowodowała konieczność **dokonania korekty wcześniejszej kalkulacji** i oszacowania urealnionych kosztów Działu na podstawie przeprowadzonych wcześniej audytów (z podobnych wielkością placówek). Zamiast kwoty 32 120 zł (opłaty za wodę, gaz, prąd) przyjęto **155 497 zł**. Ponadto wartość artykułów żywnościowych powiększono o kwotę 11 848,67 zł zaksięgowaną bezpośrednio do Oddziału Dziecięcego (pozycja ta dotyczyła gotowych zupek dla dzieci). Koszty bezpośrednie i pośrednie zweryfikowano zaś o innym rozdział kosztów w kwestii zaopatrzenia i obsługi gospodarczej, wyłączono także koszty dotyczące zarządu, które zostały objęte osobną analizą. Dodatkowo skalkulowano koszty dystrybucji posiłków, przyjmując, iż posiłki wydawane są na rzecz 18 komórek (zgodnie z ww. zestawieniem) – dla 6 komórek przyjęto średnie wynagrodzenia pań dietetyczek, a dla 12 komórek średnie wynagrodzenia pań salowych.

Tabela 6 Kalkulacja kosztów żywienia 1 osobodnia w oparciu o skorygowane dane z „Działu Żywienia” i kosztów osobowych dotyczących dystrybucji posiłków w roku 2019

Wyszczególnienie	2019
Artykuły żywnościowe	1 080 510
Koszty personelu Działu Żywienia	1 103 956
Koszty zużycia mediów (woda, prąd, gaz)	155 497
Pozostałe koszty funkcjonowania kuchni	32 019
Koszty infrastruktury technicznej bez kosztów sprzątaniam	219 992
Razem koszty Działu Żywienia	2 591 974
Koszty dietetyczek z Oddziałów	279 422
Koszty salowych/kuchenkowych	498 781
Razem koszty dystrybucji posiłków	778 203
Liczba osobodni*	155 494
Koszt żywienia 1 osobodnia bez kosztów dystrybucji posiłków	16,67
Koszt żywienia 1 osobodnia wraz z kosztami dystrybucji posiłków	21,67
- w tym wsad do kotła	6,95

* Liczbę osobodni bez danych Oddziału Neonatologicznego

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Z kalkulacji wynika, iż całkowity kosztów związanych z żywnieniem 1 osobodnia (wraz z dystrybucją) za rok 2019 wynosił **21,67 zł/osobodzień** (16,67 zł + 5,00 zł).

Koszty związane z żywieniem pacjentów Szpitala kształtują się na dopuszczalnym poziomie. Zaleca się pozostanie przy obecnym rozwiązaniu dla tej sfery.

Koszt hotelowy

Szczególnie istotnym zagadnieniem w analizowaniu kosztów związanych z obsługą pacjentów są tzw. koszty hotelowe. Koszty hotelowe stanowią koszty pobytu pacjentów ponoszonych na oddziałach szpitalnych z wyłączeniem kosztów procedur medycznych i leków przypisywanych bezpośrednio do nich.

Na koszt hotelowy składają się 2 podstawowe koszty obsługi pacjenta, tj. koszt zapewnienia czystej pościeli (koszt zakupu pościeli, jej prania i obsługi transportowej) oraz koszt żywienia i obsługi żywienia w przeliczeniu na 1 osobodzień pobytu pacjenta na oddziale.



Na koszty hotelowe bezpośrednio oddziałują więc przedstawione powyżej koszty usług prania bielizny szpitalnej oraz koszty wyżywienia pacjentów.

Tabela 7 Koszty hotelowe pacjenta w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego w 2019 roku

Wyszczególnienie	2019
Koszt wyżywienia pacjenta [zł/osobodzień]	21,67
Koszt zapewnienia pościeli dla pacjenta [zł/osobodzień]	7,48
Koszt hotelowy razem [zł/osobodzień]	29,15

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Wyniki wskazane w powyższej tabeli pokazują, iż koszty hotelowe w RSS kształtują się na dopuszczalnym poziomie.

Sprzątanie

Sprzątanie w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego realizowane jest we własnym zakresie oraz outsourcing usługi. Personel własny to pracownicy szpitala zatrudnieni na stanowiskach: salowe, pracownicy gospodarczy, robotnicy gospodarczy, pracownicy wykwalifikowani na stanowisku robotniczym.

Aby skalkulować łączny koszt sprzątania powierzchni operacyjnej poprzez własny personel i firmę zewnętrzną, zestawiono wszystkie koszty dotyczące tej sfery (koszty zużycia środków czystości, środków dezynfekcyjnych oraz związanych z wywozem nieczystości) dla roku 2019.

Tabela 8 Kalkulacja kosztu sprzątania 1m² powierzchni operacyjnej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w roku 2019 roku

Wyszczególnienie	2019
Koszty Działu Administracyjno-Gospodarczego przypisane sprzątaniu	829 530
Koszty dotyczące sprzątania z zespołu kont 4	1 659 322
Koszty salowych	5 479 662
Łączne koszty sprzątania	7 968 514
Łączna liczba m ² - powierzchnia operacyjna	27 628
Łączny koszt sprzątania 1m² powierzchni operacyjnej	288,42
- miesięcznie	24,04

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Rozwiązanie stosowane przez Jednostkę w zakresie sprzątania jest droższe, w porównaniu do podobnych placówek. Optymalne stawki za sprzątanie, które zindeksowano o znaczne wzrosty kosztów utylizacji odpadów medycznych i komunalnych, w roku 2019 powinny się kształtować na poziomie około 18,20 – 19,20



zł/m². W celu lepszej koordynacji i możliwości prowadzenia dokładniejszych analiz audytorzy zalecają wydzielenie osobnej komórki „Działu higieny i utrzymania czystości”. Pozwala to na efektywniejsze dysponowanie zasobami.

Utylizacja odpadów komunalnych i medycznych

Usługi utylizacji odpadów komunalnych w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego realizowane są przez firmę SUEZ, zaś usługi utylizacji odpadów medycznych realizowane są przez podmiot „ECO-ABC” Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością.

Tabela 9 Koszty utylizacji odpadów medycznych i komunalnych w RSS w okresie 2017 – III 2020

Wyszczególnienie	2017	2018	2019	I kw. 2020
Wywóz nieczystości	406 019	462 667	827 190	259 819
- średniomiesięcznie	33 835	38 556	68 933	86 606

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

W latach 2017 – 2019 koszty utylizacji odpadów medycznych i komunalnych rosły. W roku 2019 RSS zapłacił za te usługi aż o 421 172 zł (103,7%) więcej, niż w roku 2017. Oceniając średniomiesięczne koszty tej sfery z badanego okresu, widać iż według danych za pierwszy kwartał 2020 roku koszty znowu wzrosły – o 17 674 zł (25,6%) miesięcznie w porównaniu do średniej z 2019 roku. Jest to zjawisko niepokojące, jednak zbieżne z krajowym trendem lawinowego wzrostu stawek za utylizację odpadów (zarówno medycznych, jak i komunalnych). Według faktur wystawionych w okresie I-III 2020 roku, koszty wywozu nieczystości komunalnych stanowiły 18,5%, zaś nieczystości medycznych 81,5%.

Obsługa transportu

W Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego obsługa transportu realizowana jest we własnym zakresie oraz przy udziale podmiotów zewnętrznych.

W Radomskim Szpitalu Specjalistycznym w kosztach transportu obcego, który dotyczy obsługi chorych, największy udział mają koszty osób dializowanych (48,6%). Następny w kolejności jest transport medyczny (35,7%), potem mamy transport sanitarny (14,6%). Transport lotniczy oraz zlecony poza umowami stanowi marginalną część (1,1%).

Transport pacjentów dializowanych

Transport pacjentów dializowanych w RSS realizowany jest przez firmę zewnętrzną – „AN – MAR” Usługi Transportowe Marcin Jangas. Ostatnia umowa obowiązywała przez okres 24 miesięcy od dnia 01.07.2018 r. Stawka za transport 1 pacjenta dializowanego, z domu do Szpitala i z powrotem, wynosiła 36,90 zł brutto zarówno w granicach miasta Radomia, jak i poza. Ponadto umowa zawiera możliwość transportowania pacjenta do ośrodków transplantologii ze stawką godzinową kierowcy 120 zł.

Zawarte w umowie stawki nie budzą zastrzeżeń zespołu audytorskiego.



Transport sanitarny

Transport sanitarny w RSS realizowany jest przez firmę zewnętrzną – Kolumna Transportu Sanitarnego Triomed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością. Obecna umowa obowiązuje przez okres 24 miesięcy od dnia 16.01.2020 r.

Stawki zawarte w cenniku, który stanowi załącznik nr 3 do ww. umowy, to:

- **18,00 zł brutto** za godz. pracy kierowcy
- **18,00 zł brutto** za godz. pracy noszowego
- **2 zł brutto** za przejechany kilometr.

Wymienione stawki nie odbiegają od tych oferowanych na rynku.

Transport medyczny

Transport medyczny realizowany jest przez zespół z lekarzem lub bez lekarza i dotyczy, w szczególności: pacjenta przewożonego ze szpitala do innego zakładu leczniczego (i z powrotem); dowozu pacjenta do/i z lądowiska dla śmigłowców. Do stycznia 2020 r. usługa ta (dostępna na wezwanie przez 24 h/dobę, 7 dni w tygodniu) była realizowana przez Radomską Stację Pogotowia Ratunkowego. Z uwagi na trudności w naborze personelu medycznego (głównie lekarzy) i konieczności zabezpieczenia karetek systemowych, Dyrekcja Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego podjęła decyzję o rezygnacji ze świadczenia takich usług. Od miesiąca października 2020 r. transporty medyczne oraz transporty sanitarne realizowane są **własnym ambulansem** i własnym personelem. Dedykowani do tego zadania są 3 wykwalifikowani kierowcy z Działu Administracyjno-Gospodarczego.

W związku z pandemią COVID-19 transporty pacjentów zakażonych lub z podejrzeniem zakażenia realizowane są przez Radomską Stację Pogotowia Ratunkowego oraz własnym ambulansem.

Tabela 10 Zestawienie kosztów i ilości przejechanych kilometrów dotyczących transportu sanitarnego obcego, transportu medycznego obcego i transportu własnego (medycznego i sanitarnego)²

Wyszczególnienie	Koszty	Liczba km	Średnia stawka za km
Transport sanitarny	403 843	125 783	3,21
Transport medyczny	164 997	19 281	8,56
Transport własny	20 671	3 047	6,78

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Średnia stawka za przejechany kilometr wyliczona dla transportu własnego (6,78 zł/km) jest wyższa od stawki obsługi transportu sanitarnego zewnętrznego (3,21 zł/km), ale niższa od stawki transportu medycznego (8,56 zł/km). Stawka transportu własnego w roku 2020 zapewne wzrosła, z racji dużo większego wykorzystania (w tym zwiększonej kadry), jednak posiadanie własnego ambulansu daje szpitalowi

² Zestawienie nie uwzględnia transportów dot. pacjentów dializowanych



niezależność i elastyczność w kwestii gwarantowania sprawnego transportu. Ważne jest jednak, by na bieżąco nadzorować ilość oraz zasadność zlecanych przewozów, a w kwestii transportu sanitarnego korzystać głównie z usług zewnętrznych, bowiem to rozwiązanie jest tańsze.

Dozór

Radomski Szpital Specjalistyczny w zakresie dozoru korzysta z usług firmy zewnętrznej – SOLID SECURITY Spółka z Ograniczoną Odpowiedzialnością.

Na terenie Szpitala znajduje 6 posterunków, w których dyżurują ochroniarze. Ponadto jeśli sytuacja tego wymaga, wzywana jest dodatkowa grupa interwencyjna.

Tabela 11 Koszty dotyczące ochrony osób i mienia w RSS w okresie 2017 – III 2020

Wyszczególnienie	2017	2018	2019	I kw. 2020
Ochrona osób i mienia	789 624	899 389	964 050	255 914
- średniomiesięcznie	65 802	74 949	80 338	85 305

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Ze względu na duże rozproszenie budynków RSS oraz dużą liczbę obsługiwanych pacjentów, konieczność dozoru, w celu uchronienia się od kradzieży oraz zapewnienia bezpieczeństwa osób przebywających w Placówce, jest absolutnie konieczna. Generuje jednak ogromne koszty. Ze względu na trudną sytuację Szpitala, audytorzy zalecają ograniczenie liczby posterunków – do 3 funkcjonujących w ciągu dnia oraz 2 funkcjonujących w ciągu nocy.

Obsługa prawna

W Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego działa wewnętrzny Sekcja Radców Prawnych, który podlega bezpośrednio Dyrektorowi Szpitala. Zatrudnione są w nim 2 osoby: jedna na podstawie umowy o pracę a druga w ramach umowy zlecenia.

Średni miesięczny koszt zatrudnienia zespołu według danych z pierwszego kwartału 2020 roku kształtował się na poziomie około 12 177 zł.

Koszty obsługi prawnej RSS kształtują się na dopuszczalnym poziomie. Zaleca się utrzymanie kosztów na zbliżonym poziomie.



6. Polityka kadrowa

Analiza podstawowych dokumentów regulujących politykę kadrową w Szpitalu w Radomiu pokazała, iż są one zgodne z przepisami prawa – stawki dodatków za dyżury, czy pracę w porze nocnej są zgodne z ustawą o działalności leczniczej. Zawierają one też elementy, które nie wynikają z przepisów – np. dodatki, premie które są przyznawane przez pracodawcę uznaniowo. Ze względu na sytuację z COVidem Szpital w IV 2020 roku zawiesił wypłatę tzw. dodatków innych, w lipcu br. zaś podjął decyzję, że nie będzie ich już wypłacał. Szpital w Radomiu nie ponosi kosztów z tytułu PFRON. Szpital obecnie nie posiada efektywnego systemu motywującego pracowników.

Regulamin wynagradzania Szpitala w Radomiu jest bardzo stary. Związki zawodowe działające w Szpitalu blokują zmiany w Regulaminie, nawet te wynikające z przepisów prawa. Dlatego też Szpital niektóre składniki wynagradzania wypłaca zgodnie z obowiązującymi przepisami (jeżeli w ogólnie obowiązujących przepisach zapisy są korzystniejsze dla pracownika niż w Regulaminie Szpitala), a w szczególności wynikające z ustawy o działalności leczniczej – dotyczy np. dyżurów oraz wynikające z ustawy kodeks pracy.

W Szpitalu w Radomiu dominuje model zatrudnienia oparty głównie na umowach o pracę. W analizowanym okresie zatrudnienie z umów o pracę spadło (o 25,21 etatów), podczas gdy liczba kontraktów wzrosła (o 37,19 etatów przeliczeniowych). Ostatecznie wielkość zatrudnienia była wyższa o prawie 12 etatów na koniec marca 2020 roku niż w roku 2017.

Wg stanu na koniec marca 2020 roku Szpital w Radomiu zatrudniał osoby na umowy o pracę w wymiarze 1 535,70 etatów, kontrakty na poziomie 85,40 etatów przeliczeniowych oraz 36 osób na umowy zlecenie.

Najliczniejszą grupę zawodową w Szpitalu tworzą pielęgniarki i położne, które niemalże w 100% zatrudnione są w oparciu o umowy o pracę. Umowy o pracę dominują we wszystkich grupach zawodowych. Kontrakty dominują w grupie lekarzy, ale 2/3 lekarzy zatrudnionych jest na umowy i pracę. Lekarze stanowią aż 15% ogółu pracowników Szpitala – w porównaniu do szpitali o podobnym profilu działalności jest to bardzo dużo.

40% pracowników Szpitala zalicza się do grupy wiekowej 50-59 lat. Jest to bardzo duży odsetek. 26% to pracownicy mający od 40 do 49 lat. Pracownicy od 30 do 39 lat stanowią 15%, zaś pracownicy poniżej 30 roku życia stanowią 9% ogółu. Powyżej 60 roku życia zatrudnionych jest 11% ogółu pracowników szpitala.

Średnia wieku oraz poziom wykształcenia zatrudnionych w Szpitalu pracowników są porównywalne do wielkości notowanych w szpitalach w całej Polsce – z wyjątkiem dosyć starej kadry lekarskiej.



W Szpitalu na oddziałach szpitalnych zatrudnionych jest ogółem ponad 221 etatów przeliczeniowych lekarzy (um. o pracę plus kontrakty), w tym 41 rezydentów oraz 12 lekarzy stażystów. W marcu ok. 11 lekarzy przebywało na długoterminowych zwolnieniach. Przeciętnie w ciągu dnia na oddziałach szpitalnych pracuje ok. 100 lekarzy, zaś na dyżurach 22/23 osoby. Jest to bardzo dużo – średnio w Szpitalu pracuje 409 łóżek oznacza to, że na 1 lekarza przypada ok. 1,85 pacjenta (2,43 bez lekarzy rezydentów i stażystów).

W szpitalach w całej Polsce powszechne staje się łączenie dyżurów medycznych na oddziałach szpitalnych o podobnej specyfice specjalizacyjnej. Szpital nie wykorzystuje takiej możliwości. W Szpitalu należy dokonać redukcji zarówno liczby osób pracujących do południa, jak i redukcji liczby dyżurów lekarskich. Redukcja 1 dyżuru medycznego może przynieść oszczędności rzędu od 0,5 mln do nawet 0,8 mln zł w skali roku.

Na oddziałach szpitalnych (razem z Blokami Operacyjnymi, Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym, Pracownią Hemodynamiki) pracuje 590 etatów pielęgniarek i położnych, z czego ok. 30 osób przebywało w marcu na długoterminowych zwolnieniach (w 2/3 były to zwolnienia chorobowe). Należy dokonać korekty organizacji pracy oraz liczby pielęgniarek i położnych w niektórych komórkach organizacyjnych.

W Szpitalu pracują 142 etaty salowych na umowy o pracę, z czego ok. 2 osoby przebywały w marcu na zwolnieniach długoterminowych. Z analizy organizacji pracy wynika, iż do zabezpieczenia pracy wykazanej w tabeli Szpital zatrudnia odpowiednią liczbę osób, z tym że organizacja ta jest chaotyczna i wymaga korekty. Przerost w tej grupie zawodowej w wyniku nieoptymalnej organizacji pracy wynosi 15%.

Na stanowisku sanitariusza szpitalnego pracuje 36 osób. Zasadność występowania jednocześnie opiekunów i sanitariuszy budzi wątpliwości – w zakresie podziału obowiązków.

W komórkach administracyjnych i obsługi zatrudnieni są pracownicy na umowy o pracę w wymiarze pracy 195,64 etatów, z czego 56% to pracownicy Administracji, zaś 35% to pracownicy obsługi. 10% udział ma pozostały personel. Audytorzy zwracają uwagę na przerost w zakresie pracowników administracji i obsługi rzędu 10-15%.

Analiza organizacji pracy personelu pracującego w Szpitalu w Radomiu pokazała, iż nie jest ona optymalna i wymaga korekty. Korekty należy dokonać we wszystkich grupach zawodowych – zwłaszcza w przypadku pielęgniarek i położnych, personelu pomocniczego medycznego oraz pracowników obsługi i administracji.

Analiza przyczyn i czasu absencji dotyczy tylko pracowników zatrudnionych w oparciu o umowy o pracę, gdyż tylko tym pracownikom przysługują płatne zwolnienia od świadczenia pracy (urlopy, chorobowe itp.).

Absencja oczyszczona kształtowała się na poziomie 32-33 tys. dni w ciągu roku. Rosła ona ro do roku 2018, o czym spadła w 2019, ale i tak była wyższa niż w roku bazowym – przy czym zatrudnienie miało tendencję spadkową w analizowanym okresie. W latach 2017-2019 główną przyczyną absencji pracowników były zwolnienia chorobowe oraz urlopy rodzicielskie i macierzyńskie. W okresie I kwartału 2020 roku dominowały zwolnienia chorobowe.



Podsumowując analizę absencji w Szpitalu w Radomiu należy stwierdzić, iż kształtuje się ona na racjonalnym poziomie. Wprowadzając działania optymalizacyjne w zakresie zatrudnienia absencja może wzrosnąć, dlatego trzeba monitorować absencję pracowników i nie starać się nie dopuścić do jej wzrostu. Warto dodać, iż poprzez dywersyfikowanie formy zatrudnienia pracowników (zmianę na kontrakty) Szpital nie tylko może ograniczyć koszty absencji, ale również wpłynąć pozytywnie na zahamowanie tego zjawiska wśród osób zatrudnionych na umowy o pracę.

Koszty zatrudnienia personelu stanowią dominującą część wydatków szpitali ogółem. Średnie wynagrodzenia brutto pracowników w Szpitalu w Radomiu są nieco wyższe w stosunku do szpitali o podobnym profilu działalności.

Ponad 40% pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w Radomskim Szpitalu posiada wynagrodzenie brutto wyższe niż 5 tys. zł. Dla 116 osób płaca brutto na pełen etat wynosi powyżej 10 tys. zł – średnia płaca dla tych osób wynosi 16 tys. zł brutto. 21 osób otrzymuje wynagrodzenie wyższe niż 10 tys. zł brutto miesięcznie. Rekordzista w marcu otrzymał prawie 30 tys. zł za miesiąc pracy. Same koszty pracodawcy dla tych 21 osób wynoszą miesięcznie prawie 100 tys. zł. Szpital powinien wyłonić osoby z wysokimi zarobkami i zachęcić je do zmiany formy zatrudnienia z umów o pracę na umowy kontraktowe.

Stawki lekarzy z umów kontraktowych w większości przypadków są to stawki godzinowe – gdzie lekarz otrzymuje wynagrodzenie bez względu na efekt swojej pracy. Stawki te kształtują się powyżej średnich stawek rynkowych, ponad to godzinowy system wynagradzania lekarzy nie jest korzystny dla Szpitala – wypłata ich wynagrodzeń powinna być skorelowana z efektami ich pracy – wynikami komórek organizacyjnych w których wykonują świadczenia. Warto również zastanowić się nad wprowadzeniem limitu godzin pracy lekarzy – jako punktu odniesienia do planowania i rozliczania kosztów.

Stawki z umów zleceń kształtują się na poziomie porównywalnym do średnich stawek rynkowych z wyjątkiem wysokich stawek dla lekarzy na Oddziale Chirurgii Ogólnej (125 zł./h gdy dyż. 2 lek., 180 zł/h gdy 1 lek.), a także na SOR (125/h 1-2 dyż, 135 zł - 3-4dyż, 140 zł- 5 i więcej).

Koszty osobowe w analizowanym okresie systematycznie wzrastały – po części za sprawą środków podwyżkowych dla pielęgniarek wypłacanych na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia oraz za sprawą ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. Koszty te będą dalej rosły w wyniku kolejnych obciążeń prawnych dla pracodawców (np. Pracowniczych Planów Kapitałowych, wzrost płacy minimalnej).

Udział kosztów osobowych (koszty umów o pracę, umów cywilno-prawnych, narzuty) w kosztach z działalności podstawowej oraz w przychodach Szpitala w Radomiu w badanym okresie kształtował się na dość wysokim poziomie. Koszty osobowe stanowiły ok. 62- 71% kosztów z działalności podstawowej oczyszczonych z kosztów amortyzacji (wsk. II) oraz ok. 68-80% przychodów z działalności podstawowej.

Analiza kosztów osobowych w Szpitalu pokazała, iż kształtują się one na zbyt wysokim poziomie, wynika to z wielu czynników, w wyniku których Szpital ponosił wysokie koszty pracodawcy.



Analiza polityki kadrowej w Szpitalu pokazała, iż są pewne obszary, które można ulepszyć i usprawnić. Zaliczyć do nich można zarówno działania o charakterze jakościowym oraz ilościowym, które mogłyby wpłynąć na obniżenie kosztów osobowych ponoszonych w Szpitalu, są to:

- optymalizacja zatrudnienia w komórkach medycznych i niemedycechnych,
- obniżenie liczby łóżek na oddziałach szpitalnych – adekwatnie do wykonywanych umów, obłożenia i pożądaných średnich okresów pobytu,
- wprowadzenie kontroli w zakresie czasu pracy lekarzy,
- zmiana sposobu i stawek wynagradzania lekarzy, zależnego od efektów pracy,
- wprowadzenie elektronicznej ewidencji czasu pracy personelu,
- zmiana formy zatrudnienia z umów o pracę na umowy kontraktowe w przypadku osób zarabiających najwięcej,
- monitorowanie absencji chorobowej wśród pracowników,
- wprowadzenie systemu motywacyjnego pracowników skorelowanego z budżetami oraz wynikami poszczególnych komórek organizacyjnych.



7. Infrastruktura techniczna

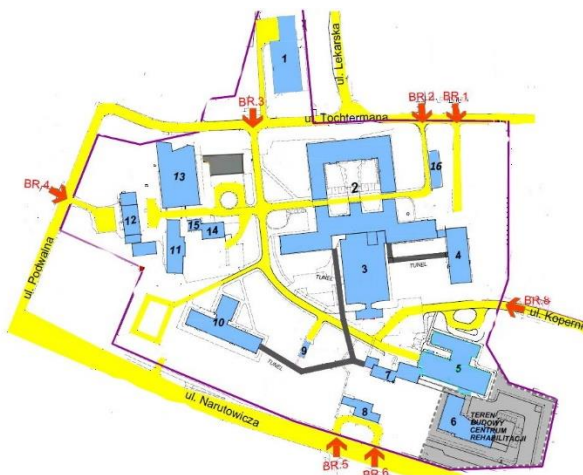
Zdjęcie 1 Budynek główny Szpitala



Źródło: <https://szpital.radom.pl/>.

Radomski Szpital Specjalistyczny zlokalizowany jest przy ulicy Adolfa Tochtermana 1, w Radomiu. Rozlokowany jest na 7 wyodrębnionych działkach o łącznej powierzchni 7,2 ha, z czego 5 działek o łącznej powierzchni 6,5 ha stanowi główny kompleks szpitalny przy ulicy Tochtermana, 1 działka o powierzchni 0,3 ha przy ulicy Lekarskiej 4 zawiera budynek przychodni i administracji oraz działka przy ul. Giserskiej 21 o powierzchni 0,4 ha ma posadowiony na niej budynek rehabilitacji. Wszystkie grunty stanowią własność Miasta Radom i Uchwałami Rady Miejskiej w Radomiu nr 79/2002 z dnia 30 grudnia 2002 roku oraz 610/2005 z dnia 21 marca 2005 zostały oddane Szpitalowi w bezpłatne użytkowanie.

Rysunek 2 Plan głównych obiektów Szpitala



Źródło: plan przekazany przez Radomski Szpital Specjalistyczny w Radomiu.

W skład głównego kompleksu wchodzi 16 budynków, w tym 9 budynków służy bezpośrednio działalności medycznej, natomiast pozostałe stanowią techniczne zaplecze infrastrukturalne.



Powierzchnia całkowita budynków Szpitala wynosi nieco powyżej **40.000 m²**, z czego dla działalności leczniczej jest przeznaczonych **37.440 m²**, resztę stanowią budynki wykorzystywane dla technicznego zaplecza infrastrukturalnego. Szpital prowadzi aktualnie inwestycję w budynku przeznaczonym dla działalności rehabilitacyjnej o docelowej powierzchni całkowitej **5.200 m²**. Po jej zakończeniu planowane jest przekazanie miastu całego budynku po dotychczasowej rehabilitacji, znajdującego się przy ulicy Giserskiej 21 o powierzchni **2.400 m²**, z czego **670 m²** aktualnie stanowią pustostany.

Do dalszych analiz oszacowano tzw. powierzchnię operacyjną. Jest to powierzchnia pomieszczeń spełniająca warunki do wyłącznego korzystania przez jednostki wewnętrzne szpitala lub podmioty zewnętrzne, z wyłączeniem powierzchni służącej obsłudze technicznej budynków oraz ciągów komunikacyjnych. Na podstawie szacunków ustalono, że powierzchnia operacyjna Szpitala, czyli służąca bezpośrednio działalności statutowej (bez pomieszczeń technicznych i ciągów komunikacyjnych) wynosi aktualnie **33.870 m²**. Z powierzchni tej **2.380 m²** zajmują komórki administracji i zarządu, **3.230 m²** jest aktualnie w przebudowie natomiast **570 m²** zostało wynajętych podmiotom zewnętrznym. Na działalność leczniczą wykorzystywana jest powierzchnia **27.690 m²**

Koszty utrzymania

Stosowany aktualnie w Szpitalu system informacji finansowej nie analizuje kosztów utrzymania powierzchni w obiektach szpitalnych. Różne rodzaje kosztów bezpośrednich od razu są rozksięgowywane wg różnych kluczy w ciężar kosztów pojedynczych komórek organizacyjnych. Rozmywa to obraz i bardzo utrudnia stwierdzenie kosztu utrzymania jednego metra kwadratowego powierzchni operacyjnej dla poszczególnych obiektów. Kierownicy otrzymując informacje dotyczące poniesionych przez nich kosztów nie mają świadomości ile kosztuje utrzymanie ich lokalu. **Powyższe fakty wskazują na zasadność dokonania odpowiednich modyfikacji w systemie rachunkowości zarządczej. Dane te powinny posłużyć także do dokonania analizy kosztów i uzyskiwanych przychodów z umów najmu.**

W ramach audytu podjęto próbę oszacowania, na podstawie przedstawionej ewidencji księgowej, kosztów utrzymania odniesionych do 1 metra kwadratowego **powierzchni operacyjnej** Szpitala. Dokonane szacunki wskazały że miesięczny techniczny koszt utrzymania **1 m²** wyniósł około **32,80 zł**. Porównując te dane z innymi, podobnymi szpitalami należy stwierdzić, że nie odbiegają one od przeciętnych. Do pełnego jednak rachunku należy uwzględnić także koszty utrzymania porządku i higieny szpitalnej, także odniesionych do powierzchni operacyjnej podlegającej sprzątnięciu (bez pomieszczeń magazynowych, wynajętych i sprzątanym w indywidualnym trybie jak np. kuchnia), które wynoszą **24,04 zł/m²** miesięcznie. Ten natomiast wynik okazuje się wysoki i odstaje od danych benchmarkowych, które kształtują się na poziomie 12 do 18 zł/m². **Łącznie średnie koszty utrzymania powierzchni operacyjnej Szpitala wraz z usługą sprzątnięcia wynoszą 56,84 zł/m² miesięcznie.**

Główne budynki służące bezpośredniej działalności podstawowej postrzegane są jako utrzymane w stosunkowo dobrym stanie technicznym lecz w wielu miejscach stan techniczny wskazuje na pilne potrzeby remontowe. Szpital sukcesywnie przeprowadza prace remontowe poszczególnych rejonów, jak na przykład w okresie lat 2015-2020 wyremontowano Oddział Chirurgii Naczyniowej, Poradnię Kardiologiczną, Zakład RTG, Poradnie specjalistyczne, czy Pracownię Hemodynamiki. **Pomimo tych prac w wielu**



miejscach pomieszczenia nie spełniają standardów wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Do głównych uchybień należą:

1. braki w oświetleniu awaryjnym i ewakuacyjnym;
2. braki w zapewnianiu bezprzerwowego zasilania elektrycznego;
3. w wielu miejscach sanitariaty nie zostały dostosowane do użytku przez osoby niepełnosprawne.

Pilnych remontów wymagają także niektóre budynki jak np. budynek Zakładu Patomorfologii czy Oddziału Zakaźnego. O potrzebach tych m.in. mówią Protokoły Kontroli Powiatowej Stacji Epidemiologicznej w Radomiu z kwietnia i lipca 2019 roku. Charakter uchybień w głównej mierze wskazuje na pilne potrzeby remontowe pomieszczeń, w tym także potrzeby związane z przebudową oraz ich organizacją.

Instalacje infrastrukturalne

- Dostawa ciepła

Spółka posiada zainstalowaną własną kotłownię gazowo-olejową wyposażoną w cztery kotły typu Viessmann z palnikami gazowo-olejowymi. Na potrzeby instalacji centralnego ogrzewania zainstalowane są dwa kotły wodne Viessmann o mocy **2 MW**, natomiast dla pary technologicznej i ciepłej wody użytkowej dwa kotły parowe Viessmann o mocy **1 MW** każdy. Ciepłą wodę użytkową uzyskuje się w węzłach parowo-wodnych umieszczonych w poszczególnych budynkach Szpitala. Para technologiczna wykorzystywana jest także na potrzeby kuchni szpitalnej oraz urządzeń klimatyzacyjnych. Kotłownia utrzymana jest w dobrym stanie technicznym. Budynek Rehabilitacji ogrzewany był z lokalnej kotłowni wyposażonej w kocioł gazowy Vaillant z zasobnikiem na c.w.u. o mocy **58 kW**.

- Zaopatrzenie w wodę

Szpital korzysta głównie z miejskiej sieci wodociągowej. Posiada w tym celu 5 ujęć wody. Dodatkowo, w wyniku inwestycji zakończonej w marcu bieżącego roku, posiada własne awaryjne źródło wody pitnej. Składa się ono ze studni głębinowej, własnej stacji przygotowania wody, hydroforni oraz zbiornika zapewniającego co najmniej 12 godzinny zapas wody na potrzeby Szpitala. Pod tym względem Szpital spełnia wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

- Zasilanie w energię elektryczną

Szpital zasilany jest energią elektryczną o średnim napięciu dwoma kablami zasilającymi **15 kV**. Posiada 2 stacje transformatorowe SN/NN (15/0,4 kV) z rozdzielnią średniego napięcia, jedna o mocy **2x 30 kVA**, druga **630 kVA**.

Jako awaryjne źródła napięcia Szpital posiada dwa agregaty prądotwórcze z autostartem, jeden o mocy **400 kVA**, drugi **300 kVA**. Jako uzupełnienie systemów awaryjnych instalacje



zabezpieczone są także w lokalne UPS-y. Generalnie systemy zapewniające zasilanie szpitala w energię elektryczną odpowiadają obowiązującym standardom. Piętą achillesową jest natomiast zasięg działania UPS-ów. Nie wszystkie rejony Szpitala, tego wymagające, są w pełni zabezpieczone przed chwilowym zanikiem napięcia.

- Pozostałe instalacje

Szpital jest wyposażony w centralny system zaopatrzenia w tlen. Składa się on ze zbiornika o pojemności **10 ton**, parownicy zapewniającej wydajność **160 m³/h**, oraz rampy ze stanowiskami na 50 butli z ciekłym tlenem, na wypadek awarii, które zabezpieczają 12 godzinny pobór tlenu przez oddziały szpitalne.

Instalacja podtlenku azotu zapewnia centralny rozdział gazu z rampy butlowej do miejsca użytku. Instalacje szpitalne uzupełniają centralne systemy sprężonego powietrza i próżni. Sprężone powietrze zasilane jest z baterii 3 sprężarek uzupełnionej stacją uzdatniania powietrza. System próżni zasilany jest natomiast z 4 agregatów próżniowych.

- Wentylacja i klimatyzacja

Budynki szpitalne były budowane w latach gdy system wentylacji grawitacyjnej przewidywał odpowiednie wymiany powietrza przez nieszczelności okien. Wymiany okien na współczesne, o zupełnie innych parametrach wymiany powietrza, wymagają ponownemu przyjrzeniu się istniejącym w budynkach systemom wentylacji. Bez zastosowania nowych rozwiązań także w tej dziedzinie wentylacja może po prostu przestać działać. Takie przypadki wystąpiły w niektórych pomieszczeniach Szpitala. **Należy sukcesywnie uzupełniać systemy wentylacji o rozwiązania pozwalające przywrócić im wymaganą sprawność.**

Niektóre pomieszczenia szpitalne wymagają także funkcjonującej wentylacji i klimatyzacji mechanicznej. Należą do nich takie ośrodki jak bloki operacyjne, sale intensywnego nadzoru czy pomieszczenia izolatek. **W szpitalu występuje problem ze sprawnością systemów mechanicznych. W niektórych miejscach takich rozwiązań nawet brak. Wydaje się koniecznym aby służby techniczne Szpitala przyjrzały się tym problemom i opracowały plan sukcesywnego ich rozwiązywania.**

Wyposażenie w sprzęt i urządzenia medyczne

Istotnym czynnikiem dla budowania strategii szpitala jest stan jego wyposażenia. Bezpieczeństwo udzielania świadczeń medycznych czy prognoza koniecznych wydatków inwestycyjnych są elementami bardzo istotnymi w procesie zarządzania. Z tego też powodu przeprowadzono analizę stanu wyposażenia Szpitala w sprzęt medyczny.

Ogólny stopień zużycia wyposażenia komórek szpitalnych należy do średniego. Są jednak jednostki, których wyposażenie jest zużyte w stopniu wysokim. W takim przypadku należy spodziewać się zwiększonych potrzeb dotyczących zakupów odtworzeniowych. Miejsca, gdzie umorzenie wynosi powyżej 95%, to Ginekologiczny Blok Operacyjny oraz oddziały Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Urologiczny, Chorób Wewnętrznych, Ortopedyczno-Urazowy oraz Obserwacyjno-Zakaźny.



Podejmując próby prognozowania przyszłych potrzeb odtworzeniowych w zakresie sprzętu medycznego posłużono się zestawieniem umorzenia grup sprzętu, dla którego prawdopodobieństwo konieczności wymiany będzie największe. Będzie to sprzęt amortyzowany w 100% i starszy niż 10 lat. Wzięto tu pod uwagę sprzęt o wartości powyżej 100.000 zł.

Z przedstawionego zestawienia wynika, że z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że w najbliższym czasie potrzeby odtworzeniowe w zakresie sprzętu medycznego mogą osiągnąć kwotę nawet **30 mln zł.**, z tego kwota **17 mln zł** dotyczyć będzie sprzętu o wartości powyżej **100 tys. zł.**

Tabela 12 Zestawienie prawdopodobnych potrzeb odtworzeniowych w zakresie sprzętu medycznego

Nazwa	Wartość brutto	Wartość netto	Bieżące umorzenie
Sprzęt medyczny ogółem	72 235 077	12 143 161	83%
w tym: sprzęt umorzony w 100%	46 218 237	0	100%
w tym: sprzęt starszy niż 10 lat	33 301 028	0	100%
w tym: sprzęt o wartości większej niż 100.000 zł	17 220 835	0	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w Radomiu

Reasumując należy stwierdzić, że stan umorzenia sprzętu medycznego Szpitala plasuje się w granicach wartości średnich. Niemniej tego należy oczekiwać w ciągu najbliższych dwóch, trzech lat „ciśnienia na zakupy odtworzeniowe” o łącznej wartości nawet **30 mln zł.** Szpital przedstawił długoterminowy plan nakładów inwestycyjnych na najbliższe 10 lat. Może on stanowić podstawę do tworzenia budżetów na następne lata.

Plany inwestycyjne i rozwojowe

Radomski Szpital Specjalistyczny w Radomiu posiada, opracowany przez siebie, program najpilniejszych inwestycji mający na celu dostosowanie pomieszczeń i wyposażenia Szpitala do wymogów jakim powinny odpowiadać placówki ochrony zdrowia. Łączna wartość realizowanych inwestycji to **64 mln zł.** Wszystkie pozycje objęte planem są już w trakcie realizacji i ich zakończenie planowane jest w bieżącym roku. Środki finansowe na realizację inwestycji pochodzą głównie z różnego rodzaju dotacji.

Dla potrzeb audytu Szpital przedstawił również koncepcję inwestycji odtworzeniowych w obszarze sprzętu medycznego. Plan nakładów na najbliższe pięć lat przewiduje nakłady w wysokości powyżej **14 mln zł.**

Dla przedstawionych planu inwestycyjnych Szpital jest w trakcie poszukiwań źródeł finansowania. Drugą drogą do konkretyzowania planów jest ustabilizowanie własnych przepływów finansowych. Zgodnie z §14 Statutu RSzS Szpital pokrywa swoje koszty działalności i reguluje zobowiązania ze środków własnych i uzyskiwanych przychodów. Taki cel powinien przyswieceć działaniom sanacyjnym.



8. Analiza finansowa

Analiza bilansu

W rozdziale przedstawiono ocenę danych bilansowych Szpitala w Radomiu na podstawie danych za lata 2017-2019 oraz za okres I-III 2020 roku.

Suma bilansowa w okresie 2017 – I kwartał 2020 roku uległa zwiększeniu o 52,9 mln zł. Wpływ na zwiększenie majątku mają przede wszystkim realizowane inwestycje (m.in. budowa Centrum Rehabilitacji, wdrożenie platformy e-usług, budowa własnego ujęcia wody).

Wskaźniki rotacji zapasów oraz należności z tytułu dostaw i usług w dniach, w okresie 2017-2019 przyjmowały pożądane wartości dla placówek medycznych (wskaźniki rotacji zapasów około 5 dni, wskaźniki rotacji należności około 30 dni), co ocenić należy pozytywnie.

Wartość kapitału własnego w całym analizowanym okresie przyjmowała wartości ujemne i corocznie ulegała obniżeniu. Wpływ na tę sytuację mają corocznie odnotowywane przez Jednostkę straty finansowe.

Całkowite zobowiązania Szpitala w Radomiu w roku 2017 wynosiły 73 mln zł. W I kwartale 2020 roku ich poziom wzrósł do 123,1 mln zł, tj. o 50,1 mln zł. Największy udział wśród zobowiązań Placówki stanowią zobowiązania pożyczkowe oraz kredytowe (średnio 45%, bez pożyczek miejskich około 35%) oraz zobowiązania handlowe (średnio 32%), przy czym przeterminowane zobowiązania handlowe stanowią średnio ponad 50% ich całkowitej wartości.

Analiza rachunku zysków i strat

W rozdziale przedstawiono ocenę danych finansowych Szpitala w Radomiu na podstawie danych za lata 2017-2019 oraz za okres I-III 2020 roku.

Łączna wartość przychodów ze sprzedaży w latach 2017-2019 ulegała zwiększeniu o 26,7 mln, tj. o 18,1%. W I kwartale 2020 roku wartość przychodów ze sprzedaży była wyższa w ujęciu średniomiesięcznym o 884,8 tys. zł, tj. o 6,0% niż w roku 2019. Największy udział wśród przychodów ze sprzedaży zajmowały przychody ze sprzedaży produktów (99%), a wśród nich sprzedaż świadczeń medycznych wraz ze środkami podwyżkowymi w ramach NFZ (średnio 96%).

Wartość przychodów ze sprzedaży świadczeń medycznych w ramach NFZ (bez środków podwyżkowych) uległa zwiększeniu na przestrzeni lat 2017-2019 o 11,0 mln zł, tj. o 8,2%, przy czym dynamika zmian ich wartości w roku 2018 była znacznie wyższa (7,4% w stosunku do roku 2017) od tej w roku 2019 (0,8% w stosunku do roku 2018). Wartość opisywanych przychodów w I kwartale 2020 roku w ujęciu średniomiesięcznym była wyższa niż w roku 2019 (w związku z rozprzestrzeniającą się pandemią koronawirusa SARS-COV-2 w Polsce, Szpital w Radomiu obok standardowego ryczału, w marcu 2020 roku zafakturował również ryczałt COVIDowski, tj. przychody za realizację zadań związanych z zapobieganiem



i przeciwdziałaniem zakażeniom wirusem SARS-COV-2, co oznacza de facto podwójną zapłatę za udzielane świadczenia).

W okresie 2017-2019 odnotowano znaczny spadek wartości przychodów ze sprzedaży usług medycznych komercyjnych (badania laboratoryjne, RTG, histopatologiczne, za pobyt w ZPO itp.), tj. o 256,6 tys. zł (12,4%), na który wpływ miała przede wszystkim zmniejszona sprzedaż badań laboratoryjnych i diagnostycznych.

Największy udział wśród pozostałych przychodów operacyjnych zajmowały „dotacje”, które stanowiły około 80% ich wartości. W roku 2019 odnotowano wzrost wartości tej grupy przychodów za sprawą realizowanych przez Szpital inwestycji współfinansowanych ze środków zewnętrznych.

Na przychody finansowe Szpitala w Radomiu składają się przede wszystkim odsetki (90-95%). Przychody finansowe stanowiły 0,1% całkowitych przychodów Placówki w całym analizowanym okresie.

Wartość kosztów operacyjnych na przestrzeni okresu 2017-2019 wzrosła o 47,5 mln zł, tj. o 29,0%. Największy udział w całkowitych kosztach operacyjnych Szpitala miały koszty płacowe (wynagrodzenia wraz z narzutami oraz usługi obce w części dotyczącej umów cywilnoprawnych) – 66-67%. Drugą, co do wielkości pozycją w strukturze kosztów operacyjnych były koszty zużycia materiałów i energii (20-23%). Podobne tendencje zostały utrzymane w I kwartale 2020 roku. Największe wartościowo przyrosty wartości kosztów operacyjnych w badanym okresie odnotowano dla kosztów płacowych, za sprawą licznych, prawnych regulacji dotyczących wynagradzania pracowników.

Udział kosztów operacyjnych w przychodach ze sprzedaży, w całym analizowanym okresie przekraczał 100% i przyjmował tendencję rosnącą. W I kwartale 2020 roku udział kosztów operacyjnych w przychodach ze sprzedaży uległ zmniejszeniu na skutek polepszonego finansowania świadczeń medycznych NFZ w związku z pandemią koronawirusa.

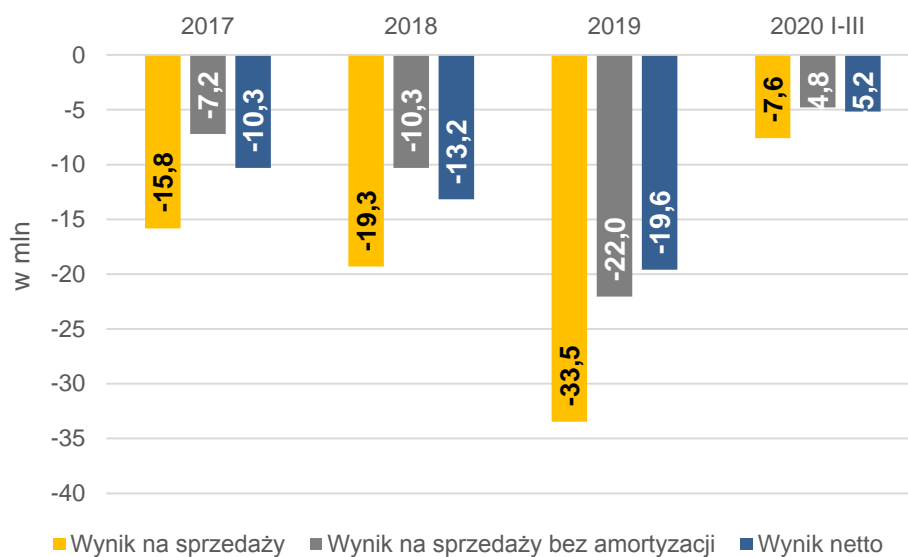
Pozostałe koszty operacyjne stanowiły średnio 1% całkowitych kosztów Szpitala w całym analizowanym okresie. Największy udział wśród pozostałych kosztów operacyjnych zajmowały pozycje innych kosztów operacyjnych (69-93%), w skład których wchodziły przede wszystkim: związane rezerwy na zobowiązania z powództwa cywilnego oraz koszty procesu od zobowiązań.

Koszty finansowe stanowiły średnio 1% wszystkich kosztów Placówki, przyjmując względnie stałe wartości. Największy udział wśród kosztów finansowych zajmowały koszty odsetkowe, których poziom uzależniony był od poziomu zadłużenia Szpitala.

Wyniki finansowe Szpitala w okresie 2017-I kwartał 2020 przyjmowały ujemne wartości i ulegały stopniowemu pogarszaniu, przy czym znaczące załamanie widoczne jest dla roku 2019. Wyniki ze sprzedaży w każdym z analizowanych okresów przyjmowały bardziej niekorzystne wartości aniżeli wyniki finansowe netto, co ukazuje problemy Jednostki już na poziomie jej podstawowej działalności.



Wykres 3 Kluczowe wyniki finansowe Szpitala w Radomiu



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Analiza rachunku przepływów pieniężnych

W rozdziale przedstawiono ocenę danych znajdujących się w rachunku przepływów pieniężnych Szpitala w Radomiu na podstawie danych za lata 2017-2019.

Przepływy z działalności operacyjnej w latach 2017-2018 przyjmowały wartości dodatnie, co oznacza, że działalność Placówki dostarczała jej środków pieniężnych (do Jednostki wpłynęło więcej środków pieniężnych aniżeli z niej wypłynęło). W roku 2019 sytuacja uległa pogorszeniu – odnotowano ujemne przepływy z działalności operacyjnej, na co wpływ miała zdecydowanie słabsza dynamika wzrostu przychodów z działalności podstawowej w stosunku do wzrostu kosztów operacyjnych.

Wydatki inwestycyjne w całym analizowanym okresie dotyczyły nabycia wartości niematerialnych i prawnych oraz rzeczowych aktywów trwałych na rzecz działalności Szpitala. W roku 2019 widoczne jest silne zwiększenie aktywności inwestycyjnej Szpitala – wartość wydatków inwestycyjnych na poziomie ponad 40 mln zł. Wartości te odnosiły się przede wszystkim do inwestycji związanych z: budową Centrum Rehabilitacji, wdrażania platformy e-usług oraz zakupu sprzętu medycznego.

Dodatnie przepływy finansowe w latach 2017-2019 wskazują na finansowanie działalności Szpitala w dużej mierze ze środków zewnętrznych. Corocznie Szpital w Radomiu pozyskiwał dodatkowe środki na prowadzenie działalności w postaci kredytów i pożyczek.

Analiza wskaźnikowa

W rozdziale dokonano oceny dynamiki zmian w układzie majątkowym i otoczeniu finansowym Szpitala za pomocą narzędzi finansowych w postaci wskaźników. Analizę oparto o dane ze sprawozdań finansowych Jednostki za lata 2017-2019.

Wskaźniki rentowności ukazujące efekty podejmowanych działań dla sprawnego funkcjonowania Szpitala są ujemne. Do analizy przyjęto wskaźniki: rentowności na działalności operacyjnej, rentowności netto oraz rentowności aktywów. Ujemne wartości wszystkich przedstawionych wskaźników świadczą o nieefektywnym funkcjonowaniu Szpitala na płaszczyźnie zarówno podstawowej działalności jak w pozostałych jego obszarach.

Wartości wskaźników płynności finansowej i zadłużenia wskazują na pogarszanie się zdolności do regulacji zobowiązań oraz pogłębianie zadłużenia Szpitala. Wartości wskaźników płynności bieżącej przyjmują wartości od 0,45 w roku 2017 do 0,35 w roku 2019, przy optymalnej wartości dla tego wskaźnika na poziomie 1,0. Wskaźniki zadłużenia ulegają natomiast zwiększeniu w czasie od 68% w roku 2017 do 78% w roku 2019.

Wartości wskaźnika cyklu zobowiązań w dniach (od 103 do 125 dni) pokazują, że Szpital dla podtrzymania bieżącej płynności finansowej zwiększa stopień kredytowania swojej działalności pieniędzmi dostawców, wydłużając okres spłaty zobowiązań (w tym płatności za faktury). Na przestrzeni ostatnich trzech lat okres ten wydłużył się o prawie 1 miesiąc.

Analiza wyników finansowych komórek

W rozdziale dokonano oceny wyników finansowych Oddziałów Szpitala w Radomiu, bazując na danych finansowych z okresu 2017-2019. Analizy dokonano w dwóch ujęciach. W pierwszym skupiono się na księgowych wynikach finansowych Oddziałów Szpitala, natomiast w drugim ocena przeprowadzona została w ujęciu procesowym.

Według danych księgowych Szpitala w Radomiu przychody generowane przez oddziały szpitalne w okresie 2017-2019 uległy zwiększeniu o 27,0 mln zł, tj. 21,5%. Znaczny udział wśród przychodów osiągniętych przez oddziały szpitalne miały przychody uzyskiwane w ramach środków podwyżkowych dla personelu. Wyłączając wpływ tego rodzaju przychodów ich zwiększenie w okresie 2017-2019 wyniosło 13,7 mln zł, tj. 11,5%. Biorąc pod uwagę koszty operacyjne oddziałów ich wzrost w okresie 2017-2019 wyniósł 26,8 mln zł, tj. 25,0% (wyłączając kwoty środków podwyżkowych – 13,5 mln zł, tj. 13,4%).

Oddziały, które zgodnie z ewidencją księgową odnotowały najwyższe wartościowo wyniki finansowe w okresie 2017-2019 to:

- Oddział Kardiologiczny z Pracownią Elektroterapii i Intensywnym Nadzorem Kardiologicznym,
- Oddział Okulistyczny,
- Oddział Chirurgii Szczękowo – Twarzowej,
- Oddział Neonatologii,
- Stacja Dializ,
- SOR z Izbą Przyjęć³.

³ W przypadku SOR z Izbą Przyjęć w roku 2017 oddział ten należał do komórek odnoszących najlepsze wyniki finansowe. Od roku 2018 oddział odnotowuje ujemne wyniki finansowe, które w 2019 ulegają stanowczemu pogłębieniu. Stąd oddział ten znajduje się w grupie zarówno najlepszych jak i najgorszych oddziałów w okresie 2017-2019. Pogorszenie się wyników finansowych SOR wynika przede wszystkim z wysokich wzrostów kosztów płacowych oraz kosztów związanych z diagnostyką medyczną.



Oddziały, które zgodnie z ewidencją księgową odnotowały najniższe wartościowo wyniki finansowe w okresie 2017-2019 to:

- Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
- Oddział Chirurgii Ogólnej,
- Oddział Ginekologiczno – Położniczy z Izbą Przyjęć,
- Oddział Rehabilitacji,
- SOR z Izbą Przyjęć,
- Oddział Chorób Wewnętrznych.

Udział kosztów zarządu w całości kosztów oddziałów przekracza 5%, co w Szpitalach tej wielkości jest wartością zbyt wysoką. Do wartości optymalnych konieczne było by obniżenie tego rodzaju kosztów o około 20%.

Zestawienia dotyczące wyników finansowych oddziałów szpitalnych sporządzanych przez służby księgowe Szpitala nie pozwalają na wiarygodną ocenę ich sytuacji. Niedogodność analizowania zestawień, o których mowa powyżej wynika przede wszystkim z dwóch powodów. Po pierwsze dane dotyczące sprzedaży nie korelują z faktycznym wykonaniem wielkości świadczeń medycznych przez oddziały ani z poniesionymi przez nie kosztami. Po drugie ewidencja kosztów nie wpisuje się w geometrię procesów mających miejsce w działalności oddziałów. W celu urealnienia osiągniętych przez oddziały Szpitala wyników finansowych przeprowadzono odrębną analizę przychodów oraz kosztów poszczególnych oddziałów w oparciu o założenia, których podstawą jest ujęcie procesowe. Wykorzystano do tego celu dane z roku 2019 dostarczone przez księgowość oraz komórki pomocnicze.

Ujęcie procesowe analizy bazowało na przedstawieniu rachunku kosztów oddziałów szpitalnych w sposób odbiegający od tradycyjnego, księgowego ich prezentowania. Intencją audytorów było dokonanie powyższego rachunku w oparciu o pojęcia bliskie i bardziej od księgowych, zrozumiałe przez osoby kierujące jednostkami udzielającymi świadczeń medycznych. Koszty bezpośrednio księgowane w ciężar oddziałów jak i koszty pośrednie, którymi je obciążono zostały przeanalizowane w celu identyfikacji i kwalifikacji do odpowiednich grup kosztów, istotnych z punktu widzenia procesów zarządczych. Do tych grup należą przede wszystkim koszty zmienne procedur medycznych, takie jak leki i materiały medyczne, koszty diagnostyki czy wykonywanych zabiegów. W drugiej kolejności wyodrębniono pozostałe grupy kosztów charakteryzujących działalność oddziałów, tj. bezpośrednio koszty pobytu pacjentów w szpitalu i udzielone im świadczenia niemedyce (tzw. koszty doby hotelowej), oraz koszty utrzymania lokalu, pomieszczeń wykorzystywanych przez oddziały jako nakłady na utrzymanie całej infrastruktury technicznej szpitala, tj. budynków, budowli, instalacji, mediów i systemów teleinformatycznych, odnosząc je do kosztów utrzymania 1 m² zajmowanej powierzchni. Jako przychód potraktowano całą wartość wykonanych przez oddziały świadczeń medycznych, także tych wykonywanych w ramach ryczałtu. Uniknięto w ten sposób sztucznego podziału zafakturowanej, ryczałtowej kwoty na oddziały.

Do wyliczeń przyjęto następujące dane wejściowe:



1. zestawienie kosztów i przychodów dla komórek organizacyjnych szpitala przygotowanych przez księgowość dla roku 2019, przy czym jako przychód potraktowano całą wartość świadczeń medycznych wykonanych przez oddziały,
2. zestawienie osobodni pobytu pacjentów na oddziałach szpitalnych przygotowane przez szpitalną statystykę medyczną,
3. zestawienie ilości zgłaszanych przez poszczególne oddziały osób do wyżywienia, dostarczonych przez Dział Żywienia,
4. zestawienia powierzchni zajmowanych przez komórki organizacyjne szpitala i podmioty zewnętrzne, przygotowane przez Dział Administracyjno-Gospodarczy,
5. jako koszty hotelowe, wyliczone w wyniku odrębnej analizy, przyjęto następujące wartości:
 - a. dzienny koszt wyżywienia pacjenta 21,67 zł / osobodzień
 - b. uśredniony dzienny koszt zapewnienia pościeli 8,73 zł / osobodzień
 - c. łączny uśredniony dzienny koszt hotelowy **30,40 zł / osobodzień**
6. jako koszty utrzymania infrastruktury technicznej oszacowano następujące wielkości:
 - a. techniczny koszt utrzymania powierzchni 32,80 zł / m²
 - b. koszt utrzymania porządku 24,04 zł / m²
 - c. łączny koszt utrzymania powierzchni operacyjnej **56,84 zł / m²**

Wyniki analizy przedstawiono w tabeli poniżej.



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Tabela 13 Zestawienie parametrów ekonomicznych oddziałów szpitalnych dla 2019 roku

	Leczenie szpitalne	Wartość udzielonych świadczeń	Ileki	materiały i sprzęt medyczny	diagnostyka	koszty zabiegów	k. zmienne procedur medycznych	koszty własne personelu	koszty hotelowe	koszty lokalowe	koszty wydziałowe	w tym amortyzacja	RAZEM KOSZTY	Marża na k. zm. procedur medycznych	Wynik na działalności operacyjnej
1	Oddział Chirurgii Ogólnej	7 338 225	1 037 709	221 585	1 331 260	2 037 722	4 628 275	3 701 763	431 063	613 820	271 366	50 899	9 646 287	2 709 950	- 2 308 062
2	Oddział Chirurgii Naczyniowej	5 723 126	306 795	1 153 750	192 559	1 825 109	3 478 213	2 255 553	124 577	276 916	1 190 776	903 130	7 326 035	2 244 913	- 1 602 909
3	Oddział Okulistyczny	5 445 254	194 752	2 047 273	11 359	372 878	2 626 261	2 496 983	27 481	321 895	220 405	107 257	5 693 025	2 818 993	- 247 771
4	Oddział Chirurgii Szczerkowo-Twarzowej	2 416 710	34 563	16 244	32 964	457 605	541 376	809 217	50 737	157 153	41 106	-	1 599 588	1 875 333	817 122
5	Oddział Urologiczny	4 497 473	306 816	141 782	536 184	1 741 880	2 726 662	2 422 493	209 300	389 975	252 412	44 159	6 000 842	1 770 811	- 1 503 369
6	Oddział Ortopedyczno-Urazowy	8 481 687	276 384	1 682 913	163 906	4 372 087	6 495 290	2 974 709	289 615	613 357	143 781	20 440	10 516 752	1 986 397	- 2 035 065
7	Oddział Ginekologiczno-Położniczy	8 610 094	603 341	413 596	380 415	2 280 351	3 677 703	6 137 658	475 750	1 595 426	538 959	75 682	12 425 496	4 932 390	- 3 815 403
8	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	4 146 099	919 607	289 947	393 139	54 740	1 657 434	4 783 500	14 988	346 734	202 255	98 355	7 004 911	2 488 665	- 2 858 812
9	Oddział Kardiologiczny	18 376 551	893 098	3 218 698	549 308	3 378 495	8 039 599	5 641 932	434 772	627 878	549 449	364 609	15 293 631	10 336 951	3 082 920
10	Oddział Chorób Wewnętrznych	7 958 800	1 726 719	230 435	1 297 899	12 538	3 267 590	4 419 258	707 089	669 185	176 343	-	9 239 465	4 691 210	- 1 280 665
11	Oddział Nefrologii	2 136 281	570 539	42 744	597 745	1 186	1 212 214	1 076 485	154 398	309 206	54 167	15 787	2 806 470	924 068	- 670 189
12	Oddział Neurologiczny	7 213 094	792 131	67 873	1 137 756	2 811	2 000 570	3 752 070	291 773	406 695	190 108	76 398	6 641 218	5 212 523	571 876
13	Oddział Dziecięcy	4 931 491	106 007	45 404	437 062	-	588 473	3 222 643	194 222	492 779	168 288	43 968	4 666 403	4 343 018	265 088
14	Oddział Neonatologii	3 725 956	118 308	75 790	124 741	-	318 839	3 437 838	-	319 885	174 294	90 618	4 250 857	3 407 116	- 524 901
15	Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	3 080 560	146 648	115 062	521 085	-	782 795	2 350 434	242 435	507 976	76 124	-	3 959 764	2 297 764	- 879 204
16	Oddział Dermatologiczny	1 891 163	160 924	35 130	72 746	-	268 800	1 130 976	134 943	328 681	48 590	12 215	1 911 990	1 622 363	- 20 827
17	Oddział Rehabilitacji	3 465 707	64 479	41 413	107 112	-	213 004	4 032 637	578 348	1 019 085	720 614	619 949	6 563 689	3 252 703	- 3 097 982
	Razem oddziały szpitalne	99 438 269	8 258 820	9 839 639	7 887 240	16 537 401	42 523 099	54 646 146	4 361 491	8 996 647	5 019 038	2 523 464	115 546 421	56 915 170	-16 108 152
18	Szpitalny Oddział Ratunkowy	14 877 994	258 656	266 279	6 431 805	-	6 956 740	7 833 466	-	836 525	698 439	210 745	16 325 170	7 921 254	- 1 447 176
19	Stacja Dializ	9 785 359	1 995 206	919 842	260 529	-	3 175 578	3 285 479	19 532	532 173	792 636	121 114	7 805 398	6 609 782	1 979 962
20	Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	1 951 475	145 694	135 369	11 641	-	292 704	2 020 550	328 222	760 199	187 377	136 858	3 589 052	1 658 771	- 1 637 577
	Razem	126 053 097	10 658 376	11 161 129	14 591 215	16 537 401	52 948 120	67 785 641	4 709 245	11 125 544	6 697 489	2 992 181	143 266 040	73 104 977	-17 212 943

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.



Zestawienie pokazuje, że wszystkie oddziały osiągają dodatnią marżę na zmiennych kosztach procedur medycznych. Niestety, w przypadku siedmiu oddziałów nie starcza ona na pokrycie kosztów wynagrodzenia personelu medycznego, a tym samym na pokrycie kosztów pobytu pacjentów czy utrzymania zajmowanego lokalu. Dotyczy to oddziałów: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ginekologiczno-Położniczego, Chirurgii Ogólnej, Ortopedyczno-Urazowego, Rehabilitacji, Oddziału Urologicznego oraz ZDO. Udział kosztów osobowych w kosztach oddziału dla OAIIT wynosi 70%, natomiast dla Rehabilitacji 61%. Przyjmuje się, że udział ten nie powinien być wyższy niż 50%, a dla zupełnie zdrowych finansów, nie powinien przekraczać 1/3.

Najlepsze wyniki finansowe uzyskują oddziały: Kardiologiczny oraz Chirurgii Szczękowo-Twarzowej.








Grupą najwyższych kosztów spośród kosztów zmiennych jest diagnostyka. Koszty jakie poniosły oddziały Szpitalne w tym zakresie przekroczyły 7,9 mln zł. Wysokie koszty diagnostyki mogą wynikać z niewystarczająco oszczędnej rozważki przy wystawianiu zleceń lekarskich oraz z wysokich jednak kosztów jednostkowych procedur diagnostycznych i laboratoryjnych. Oszczędności na kosztach jednostkowych można poszukiwać w zbyt dużych, kosztownych w utrzymaniu powierzchniach zajmowanych przez zakłady i pracownie oraz w zbyt małej sprzedaży usług płatnych.

Uwzględniając zarówno zestawienia przygotowywane przez Dział Księgowości jak i wyniki analizy w ujęciu procesowym główne kierunki w tak określonym zakresie najlepiej i najgorzej działających oddziałów Szpitala w Radomiu pozostają zachowane. Różnice są przede wszystkim wartościowe. Do najbardziej rentownych oddziałów należą: Oddział Kardiologii oraz Oddział Chirurgii Szczękowo – Twarzowej. Wysokie wyniki finansowej odnotowuje również szpitalna Stacja Dializ. Do najgorzej prosperujących oddziałów należą: Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddział Rehabilitacji, Oddział Ginekologiczno – Położniczy oraz Oddział Chirurgii Ogólnej. Największe zniekształcenia co do rentowności oddziałów w stosunku do analizy procesowej (dane księgowe strata, dane procesowe – zysk i na odwrót) widoczne są dla: neurologii i udarów, pediatrii, neonatologii oraz okulistyki.




9. Wnioski z audytu i Analiza SWOT

Analiza otoczenia

-  Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego znajduje się w sieci szpitali PSZ i jest jednym z dziewięciu szpitali III stopnia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego w regionie mazowieckim.
-  Najwięcej pacjentów (leczonych na oddziałach) RSS pochodziło z województwa mazowieckiego 98,76% (w tym z Radomia 56,19%, a powiatu radomskiego 23,88%). Pacjenci z województwa świętokrzyskiego stanowili 0,53 % obsłużonych.
-  Radomski Szpital Specjalistyczny działa w regionie (województwie mazowieckim) z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o umiarkowanym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych. Największym „konkurentem” jest Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. z 15 podobnymi oddziałami, 18 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 222,0 mln zł, w odległości zaledwie ok. 5,9 km.
-  Ogromnym atutem RSS jest lokalizacja w samym centrum miasta.
-  Kompleksowość w zakresie oferty leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Oferta medyczna z zakresu leczenia szpitalnego pokrywa się z ofertą poradni specjalistycznych. Dzięki temu świadczenia medyczne udzielane w ramach poszczególnych oddziałów Szpitala mogą być w późniejszym czasie kontynuowane w znajdujących się w Jednostce poradniach specjalistycznych. Daje to szpitalowi możliwość świadczenia kompleksowej i skoordynowanej opieki nad pacjentem.
-  **Dynamiczne zmiany systemowo-prawne w ochronie zdrowia.** Zmiany legislacyjne bardzo mocno utrudniają prowadzenie i funkcjonowanie Szpitala. Wymaga to ciągłych poszukiwań nowych rozwiązań w celu dostosowywania organizacji szpitala do zmiennych realiów otoczenia systemowo-prawnego.
-  **Panująca pandemia COVID-19 mocno zachwiała systemem opieki zdrowotnej i wymusiła przeorganizowanie sposobu realizacji świadczeń.** Spowodowało to m.in. narzucenie placówkom medycznym konieczności reorganizacji świadczenia usług oraz spełnienia kolejnych wyśrubowanych norm. Z drugiej strony przyczyniła się do pozyskania nowych, dodatkowych środków finansowych i ograniczenia części kosztów.

Organizacja

-  **Mechanizmy zarządcze opisane w dokumentach organizacyjnych nie odzwierciedlają organizacji prowadzonych procesów zarządczych.** Taki stan organizacji może tworzyć chaos kompetencyjny



i zdejmuje z przedstawicieli kadry kierowniczej poczucie odpowiedzialności za skutki działań menadżerskich.



Brak w Regulaminie jasno sformułowanych zakresów odpowiedzialności kierowników komórek organizacyjnych, w tym oddziałów szpitalnych.



Brak w dokumentach organizacyjnych zdefiniowania odpowiedzialnych za sprawność i efekty zarówno rzeczowe jak i finansowe realizacji świadczeń zdrowotnych realizowanych w oddziałach, poradniach i pracowniach diagnostycznych.



Nieefektywny sposób zarządzania sprzedażą świadczeń medycznych.



Brak jasnego przypisania odpowiedzialności za efektywność finansową i organizację Zaplecza Technicznego Szpitala, jego obsługę gospodarczą oraz za świadczenia pobytowe dla pacjentów.



Szpital posiada rozbudowany system ewidencji kosztów i przychodów, który może stanowić fundament dla przygotowania systemu budżetowania i raportowania szeroko pojętej kadry kierowniczej.



Ewidencja zdarzeń gospodarczych w ramach rachunkowości zarządczej wydaje się być zorganizowana nieadekwatnie do aktualnych potrzeb kadry kierowniczej, zasady księgowania nie odpowiadają strukturze procesów zarządczych i stanowią barierę w tworzeniu systemu raportowania kierowniczego.



Brak jest właściwych procedur i zasad obróbki i przygotowywania dedykowanych zestawów informacji dla poszczególnych kierowników, w tym finansowych, przydatnych w procesach zarządczych.

Sprzedaż NFZ



Systematyczny spadek wartości udzielanych ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, świadczący o słabości organizacyjnej Zakładu Leczniczego AOS



Dynamiczny i dobrze zorganizowany Oddział Kardiologiczny z pracownią hemodynamiki i elektroterapii.



Mocne organizacyjnie oddziały Neurologii i Okulistyki.



Problemy Szpitala z zarządzaniem realizacją kontraktów. Brak realizacji ryczału powodem ograniczenia wzrostu nowych umów z NFZ







Niski poziom sprzedaży płatnych świadczeń medycznych, w tym usług diagnostycznych. Dodatkowo, na przestrzeni ostatnich trzech lat wykazującą tendencję spadkową.









Słaba efektywność działania i niewykorzystany potencjał



w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych.

-  **Brak struktur zarządzających relacjami rynkowymi Szpitala i ruchem pacjentów ambulatoryjnych.**
-  **Bogata w specjalizacje oferta poradni AOS.**
-  **Udział kontraktów pozaryczałtowych w ogólnej sprzedaży Szpitala jest na dobrym poziomie.** Sytuacja ta stwarza warunki do wzmocnienia aktywności struktur szpitalnych do budowy coraz to silniejszej pozycji Szpitala na rynku specjalistycznych usług zdrowotnych.
-  **Bardzo złe wyniki finansowe oddziałów Szpitalnych.** Na wielu oddziałach wyraźnie przewymiarowane koszty wynagrodzeń personelu medycznego.

Działalność medyczna

-  **Na wstępie warto podkreślić, iż oceniając dane z pierwszego kwartału 2020 roku należy wziąć pod uwagę panującą już pandemię COVID-19, która mocno zaburza informacje.**
-  **Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego posiada bogatą ofertę leczenia szpitalnego i AOS, co z jednej strony stanowi ogromny atut, z drugiej zaś wyzwanie.** Rozbudowana struktura może nastroczać trudności w zarządzaniu i kontrolowaniu poszczególnych komórek, jak i realizowaniu określonej strategii dla całej placówki.
-  **Analizując łączną liczbę leczonych, widać, iż w latach 2017 – 2019 liczba ta wahała się (w roku 2018 spadła, a w 2019 wzrosła).** W roku 2019 leczono o 123 (0,4%) osób mniej, niż w roku 2017. Według danych za pierwszy kwartał 2020 roku średnia miesięczna przyjęć jest najniższa z całego badanego okresu (tylko 1 965 pacjentów miesięcznie, a więc o 15,8% mniej niż w roku 2019). Spadki liczby leczonych należy traktować jako zjawisko niepokojące.
-  **W latach 2017 – 2019 liczba wykonanych dializ wahała się.** W roku 2018 liczba ta spadła o 1 213 (6,1%), zaś w roku 2019 wzrosła o 482 (2,6%). Porównując średnie miesięczne, widać iż według danych za pierwszy kwartał 2020 roku jest ona tylko o 2 dializy mniejsza od średniej z 2019 roku.
-  **W latach 2017 – 2019 ogólna liczba pacjentów obsługiwanych na SOR w RSS spadała.** W 2018 roku liczba ta wynosiła blisko 70,6 tys. i była o 2,2 tys. pacjentów (4,0%) niższa od danych za rok 2017. W roku 2019 spadła o kolejne ok. 3,8 tys. osób (5,3%) w porównaniu do roku 2018. W pierwszym kwartale 2020 roku średniomiesięczna liczba pacjentów była najniższa dla całego badanego okresu (średnio 4 643 osoby w miesiącu).
-  **W roku 2017 w ramach NiŚOZ przyjęto ponad 11,9 tys. pacjentów. W roku 2018 liczba pacjentów wzrosła aż o ok 32 tys. (267%), zaś w roku 2019 spadła o ok. 8,3 tys. pacjentów (19%).** Oceniając dane



średniomiesięczne, widać iż według danych za pierwszy kwartał 2020 roku są one niższe o 270 pacjentów miesięcznie (9%) w porównaniu do roku 2019.



W latach 2017 – 2018 liczba łóżek w RSS utrzymywała się na stałym poziomie 550 sztuk. Dopiero w roku 2019 i 2020 nastąpiły redukcje. **Liczba łóżek na koniec marca 2020 roku była niższa o 22 sztuki (4%)** w porównaniu do roku 2017 i 2018.



W badanym okresie **wskaźnik wykorzystania łóżek wahał się**. W 2018 wskaźnik ogólny dla Jednostki spadł o 1,3%, zaś w roku 2019 lekko wzrósł (o 0,6%) do poziomu 77,5%. Według danych za pierwszy kwartał 2020 roku wskaźnik znacznie spadł (o 11,4%) do poziomu 66,2%.



Większość oddziałów miała wskaźniki obłożenia wyższe od średniej wojewódzkiej i średniej kraju.



Okolo połowa oddziałów miała znacznie dłuższe pobyty od średniej wojewódzkiej i średniej kraju. Dlatego należy podjąć kroki w celu skrócenia hospitalizacji pacjentów, w szczególności na oddziałach: Chirurgii Ogólnej (w 2019 to 6,7 dni), Dermatologicznym (w 2019 to 6,9 dni), Nefrologicznym (w 2019 to 8,1 dni), Urologicznym (w 2019 to 4,2 dni), Ortopedyczno-Urazowym (w 2019 to 5,5 dni), Obserwacyjno-Zakaźnym (w 2019 to 6,5 dni). Ze względu, iż Oddział Chorób Wewnętrznych posiada największe wykorzystanie łóżek w całej Jednostce (aż 138,5%) także tutaj skrócenie pobytu (średnia z roku 2019 to 7,3 dni) byłoby pożądanym zjawiskiem.



W latach 2017 – 2019 średni czas pobytu chorego dla całej Jednostki nieznacznie spadł (0,3 dnia). Jest to zjawisko pozytywne, gdyż trend spadkowy jest w tym obszarze pożądanym. Według danych za pierwsze 3 miesiące średnia nieznacznie się wydłużyła (0,1 dnia).



W latach 2017 – 2019 liczba rehospitalizacji wahała się. Wskaźnik spadł w roku 2018 o 25 szt. (52%), zaś w roku 2019 wzrósł o 3 szt. (13%) do poziomu 26. Według danych za pierwszy kwartał 2020 roku liczba rehospitalizacji była wysoka i wyniosła 17 szt., co jest zjawiskiem negatywnym. Należy kontrolować ten wskaźnik i dążyć do systematycznego obniżania, aby minimalizować ryzyko nieotrzymania zapłaty od NFZ.



Zakład Opieki Długoterminowej nie wypracowuje kontraktu, a ponadto posiada dość długie pobyty pacjentów (ok. 211,7 dni), których skrócenie pozwoli na zwiększenie przelotowości i np. częściowe odciążenie interny.



W Jednostce kolejki na wybrane oddziały lub konkretne procedury są dość duże i długie, co świadczyć może o pewnym prestiżu i zaufaniu pacjentów, którzy właśnie tu chcą podjąć leczenie. Jednak stanowi, iż usługi są trudno dostępne dla chorych.



W latach 2017 – 2019 w RSS liczba porodów malała. W roku 2019 była ona niższa o 386 (21,4%) w porównaniu do roku 2017. Porównując



średnie miesięczne, widać iż według danych za pierwszy kwartał 2020 roku jest ona najniższa z całego badanego okresu (tylko 91 porodów w miesiącu). Jest to zjawisko negatywne, któremu należy zapobiegać.



Brak znieczuleń zewnątrzoponowych przy porodach.



Szpitalny Oddział Ratunkowy i Izba Przyjęć – nie spełniają wymogów m.in. w kwestii krzyżowania się dróg. Ponadto Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna funkcjonują w 2 osobnych lokalizacjach. (Szpital planuje przebudowę SOR, aby zlikwidować ww. problemy, co wydaje się być słuszne).



Oddział Urologiczny nie rozwija się w zakresie zabiegów laparoskopowych, ze względu na braki sprzętowe oraz zgłasza potrzebę posiadania w swojej strukturze sali pooperacyjnej.



W Szpitalu brakuje centralnie zorganizowanej komórki DILO – brak ciągłości przebiegu informacji i możliwości kontaktu pacjenta z tym samym koordynatorem na każdym etapie leczenia, ponadto część oddziałów wykazuje pacjentów onkologicznych w ramach ryczałtu, zamiast osobno jako karty DILO.



Oddział Chirurgii Naczyniowej wymaga remontu oraz zgłasza większe zapotrzebowanie na dostępność do Bloku Operacyjnego.



Oddział Chorób Wewnętrznych zgłasza, iż SOR zbyt szybko przekazuje im pacjentów, zamiast diagnozować i kierować na konkretne oddziały, nie tylko w ich placówce; ponadto oczekuje na wsparcie ze strony Zakładu Opieki Długoterminowej w ramach przejmowania części pacjentów.



Oddział Chirurgii Ogólnej zgłasza, iż z powodu przepełnień na Oddziale Chorób Wewnętrznych trafiają do nich pacjenci internistyczni, którzy de facto zaburzają faktyczne statystyki tego oddziału (m.in.: obniżają operatywę, wydłużają średni czas pobytu). Ponadto zgłasza zapotrzebowanie na: nowy aparat USG, nowe, porządne monitory; a także wymianę części łóżek i szafek dla pacjentów.



Oddział AilT zgłasza, iż brakuje im materacy przeciwoleżynowych, a ponadto pracują na 2 bardzo starych dializatorach.



Oddział Kardiologiczny + OINK wymaga pilnego remontu, który grozi zmniejszeniem bazy łóżkowej (przy wprowadzeniu mniejszych sal z węzłami sanitarnymi), a już teraz wydaje się być ona trochę za mała.



Oddział Nefrologii wymaga remontu i dostosowania, a także i nakładów inwestycyjnych w sprzęt i wyposażenie – np. aparaty do hemodializy, kardiomonitor, nowe łóżka i materace.



Oddział Dziecięcy wymaga odświeżenia.



Część oddziałów (w tym SOR) skarżyła się na ulokowanie



laboratorium w osobnym, oddalonym budynku.



Oddział Neonatologii zgłaszał brak możliwości podłączenia większej ilości komputerów w gabinecie lekarskim i konieczność lepszej informatyzacji oraz zapotrzebowanie sprzętowe na: inkubator transportowy ze wspomaganie oddychania, analizator do mikrometod, aparat do oznaczania bilirubiny, pulsoksymetry, pompy infuzyjne, wózek – szafkę do przewożenia narzędzi sterylizowanych.



Oddziały zabiegowe zgłaszały trudności we współpracy z zespołem anestezjologów – m.in. kłopoty z odbywaniem konsultacji z pacjentami na dzień przed operacją, a także niepostrzeżenie godzin pracy (przychodzenie po czasie rozpoczęcia pracy oraz wychodzenie przed zakończeniem czasu pracy). Z drugiej strony Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii zgłaszał, iż zabiegi operacyjne planowane są bez uzgodnienia z OAiIT – wszyscy chcą zaczynać zabiegi rano i „szybko skończyć”, a do tego oddziały zabiegowe często zmieniają plany zabiegowe, co utrudnia optymalizację wykorzystania anestezjologów (pogłębia problem braków kadrowych). Przedstawione dwa, skrajnie odmienne, stanowiska wskazują na konflikt obu grup i dowodzą problemu we współpracy.



Oddział Ortopedyczno-Urazowy zgłasza zapotrzebowanie na: skomputeryzowanie Sali Operacyjnej (specjalny ekrany – monitor radiologiczny), nowe lamy na BO, remont stołu operacyjnego, nowy stół do zakładania opatrunków gipsowych, wózki transportowe, wózki inwalidzkie, pompy infuzyjne, wannę do toalety chorych leżących.



Oddział Okulistyczny posiada własny mały blok operacyjny, jednak od ok. 40 lat nie był on remontowany.



Oddział Urologiczny mieści się w starym budynku i nie spełnia unijnych norm w zakresie warunków lokalowych (np. ilości łóżek na salach chorych). Zatem konieczny jest tu remont lub przenosiny Oddziału do innej lokalizacji, by umożliwić jego rozwój.



W październiku 2020 r. Szpital planuje inaugurację nowego obiektu – Radomskiego Centrum Rehabilitacji. W momencie oddania do użytkowania nowych powierzchni, poprawi się jeszcze jakość świadczonych usług oraz wzrośnie standard warunków, w których pracuje personel i obsługiwani są pacjenci.



Szpital, bazując na danych demograficzno-epidemiologicznych oraz uwzględniając politykę zdrowotną regionu i kraju, a także informacje dotyczące oferty konkurencji, powinien określić swoją strategię działania, wyznaczając zakresy, które warto rozwijać, a z których lepiej zrezygnować. Powinien także dążyć do tworzenia między oddziałami sieci współpracy, która pozwoli na kompleksową opiekę nad chorymi i sprzyjać będzie lepszemu dopływowi pacjentów.



W latach 2017 – 2019 ogólna liczba porad znacznie spadała. W roku 2019 udzielono o blisko 40,6 tys. (19,3 %) porad mniej niż w roku 2017,



co jest zjawiskiem bardzo niekorzystnym, które świadczy o niedostatkach w menadżerskim podejściu do strategicznego zarządzania całością AOS.



W latach 2017 – 2019 liczba wykonanych punktów przez Zakład Rehabilitacji (zarówno w Ośrodku Rehabilitacji Diennej jak i Pracowni Fizjoterapii) rosła. W roku 2019 liczba ta była wyższa o 50 260 (2,9%) w porównaniu do roku 2017.



Podczas audytu ustalono, iż wcześniejsze próby rejestracji pacjentów na konkretne godziny spotykały się oporem kadry lekarskiej. Dopiero pandemia COVID-19 przyczyniła się do nowej organizacji pracy, która uwzględnia konkretną godzinę i numerek dla każdego pacjenta. Docelowo to rozwiązanie powinno sprzyjać większemu ładowi i poprawie komfortu obsługi.



Podczas audytu stwierdzono problem w kwestii informowania na ostatnią chwilę osoby „zarządzającej ruchem chorym – Przełożonej Pielęgniarek AOS” o urloпах lekarzy, co potrafi paraliżować pracę rejestracji, która zmuszona jest przeorganizować kolejki pacjentów (a brakuje specjalnie wydzielonych dni/pór, kiedy można by tych chorych przepisać). Takie sytuacje sprzyjają zrażaniu pacjentów do Placówki.



W latach 2017 – 2019 liczba badań wykonanych w Laboratorium Analitycznym na rzecz wszystkich Oddziałów RSS wahała się. W roku 2018 wzrosła o 5,6% (44 803 badań), zaś w roku 2019 spadła o 1,9% (15 795 badań). Warto podkreślić, iż trend ten jest odwrotny do trendu hospitalizacji. W latach 2017 – 2019 liczba leczonych wahała się. W roku 2018 leczono o 742 osoby (2,6%) mniej niż w roku 2017, zaś w roku 2019 liczba leczonych wzrosła o 619 osób (2,3%) w porównaniu do roku 2018.



W latach 2017 – 2019 liczba badań wykonanych w Laboratorium Analitycznym na rzecz AOS w RSS spadała. W roku 2018 spadła o 0,1% (143 badania), a w roku 2019 spadła o 4,8% (7 982). Warto podkreślić, iż trend ten jest zbieżny do trendu liczby udzielonych porad, jednak charakteryzuje się dużo mniejszą dynamiką.



W latach 2017 – 2019 liczba odpłatnych badań wykonanych w Laboratorium Analitycznym RSS wahała się. W roku 2018 spadła o 21,5% (7 106 badań), zaś w roku 2019 wzrosła o 9,0% (2 334 badań).



W latach 2017 – 2019 liczba badań wykonanych w Laboratorium Mikrobiologicznym na rzecz wszystkich Oddziałów RSS rosła. W roku 2018 wzrosła o 11,8% (3 489 badań), a w roku 2019 wzrosła o kolejne 15 795 (3,2%). Warto podkreślić, iż liczba hospitalizacji w roku 2018 spadła o 742 chorych (2,6%) w porównaniu do roku 2017, zaś w roku 2019 wzrosła o 619 leczono (2,3%) w porównaniu do roku 2018.



W latach 2017 – 2019 liczba badań wykonanych w Laboratorium Mikrobiologicznym na rzecz AOS w RSS wahała się. W roku 2018



wzrosła o 1,1% (86 badań), a w roku 2019 spadła o 625 (7,6%). W tym samym okresie liczby udzielonych porad drastycznie malała (o 40,6 tys. – 19,3 %).



W latach 2017 – 2019 liczba odpłatnych badań wykonanych w Laboratorium Mikrobiologicznym RSS spadała. W roku 2018 spadła o 14,2% (1 313 badań), a w roku 2019 spadła o kolejne 12,6% (995 badań).



W latach 2018 – 2019 liczba badań serologicznych wykonanych w RSS na rzecz oddziałów i AOS spadała – odpowiednio o 2 611 badań (10,7%) i 79 badań (51,0%).



W latach 2018 – 2019 liczba odpłatnych badań serologicznych wykonanych w RSS spadała. W roku 2019 była niższa o 67 badań (28,2%), co należy ocenić negatywnie.



W latach 2017 – 2019 liczba badań RTG wykonanych w ZDO (nie licząc RTG stomatologicznego, RTG przy SOR i RTG zabiegowego) na rzecz wszystkich Oddziałów RSS rosła (w roku 2018 wzrosła o 5,1% – 495 badań, a w roku 2019 o 9,4% – 960 badań), zaś liczba leczonych wahała się. W roku 2018 spadła ona o 742 chorych (2,6%) w porównaniu do roku 2017, zaś w roku 2019 wzrosła o 619 leczonych (2,3%) w porównaniu do roku 2018.



W latach 2017 – 2019 liczba badań RTG wykonanych w ZDO (nie licząc RTG stomatologicznego, RTG przy SOR i RTG zabiegowego) na rzecz AOS w RSS wahała się. W roku 2018 spadła o 17,5% (1 770 badań), zaś w roku 2019 wzrosła o 4,2% (367 badań). W tym samym okresie liczby udzielonych porad drastycznie malała (o 40,6 tys. – 19,3 %).



W latach 2017 – 2019 liczba odpłatnych badań RTG wykonanych w ZDO (nie licząc RTG stomatologicznego, RTG przy SOR i RTG zabiegowego) RSS rosła. W roku 2018 wzrosła o 8,0% (163 badania), a w roku 2019 wzrosła o kolejne 22,3% (493 badania). Należy to ocenić pozytywnie.



W latach liczba badań RTG wykonanych przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym na rzecz oddziałów i poradni RSS malała. W roku 2019 wykonano o 7 166 badań mniej (22,5%) w porównaniu do roku 2017.



W latach 2017 – 2019 liczba odpłatnych badań RTG wykonanych przy Szpitalnym Oddziale Ratunkowym RSS malała. W roku 2019 wykonano o 69 (97,2%) badań mniej w porównaniu do roku 2017.



W latach 2018 – 2019 ogólna liczba badań RTG zabiegowych wykonanych w RSS spadała. W roku 2019 była niższa o 95 badań (17,3%).



W latach 2017 – 2019 liczba badań USG wykonanych w RSS na rzecz wszystkich Oddziałów malała. W roku 2018 spadła o 1,1% (130 badań), a w roku 2019 o 11,1% (1 315 badań). Warto podkreślić, iż liczba hospitalizacji w roku 2018 spadła o 742 chorych (2,6%)



w porównaniu do roku 2017, zaś w roku 2019 wzrosła o 619 leczono (2,3%) w porównaniu do roku 2018.



W latach 2017 – 2019 liczba badań USG wykonanych w RSS na rzecz AOS spadała. W roku 2018 spadła o 1,1% (88 badań), zaś w roku 2019 spadła o 21,2% (1 640 badań). W tym samym okresie liczby udzielonych porad także malała (o 40,6 tys. – 19,3 %).



W latach 2017 – 2019 liczba odpłatnych badań USG wykonanych w RSS rosła. W roku 2018 wzrosła o 34,3% (153 badania), a w roku 2019 wzrosła o 11,5% (69 badań). Należy to ocenić pozytywnie.



W latach 2017 – 2019 liczba badań TK wykonanych w RSS na rzecz wszystkich Oddziałów malała. W roku 2018 spadła o 1,6% (200 badań), a w roku 2019 spadła o 4,4% (537 badań).



W latach 2017 – 2019 liczba badań TK wykonanych w RSS na rzecz AOS wahała się. W roku 2018 spadła o 19,1% (333 badania), zaś w roku 2019 wzrosła o 2,2% (31 badań).



W latach 2017 – 2019 liczba odpłatnych badań TK wykonanych w RSS rosła. W roku 2018 wzrosła o 4,2% (111 badań), a w roku 2019 wzrosła o 7,8% (212 badań). Należy to ocenić pozytywnie.



Od 01.04.2019 roku badania tomografii komputerowej są finansowane bezlimitowo przez NFZ, co miało wpływ na dynamiczny wzrost wykonywanych badań i wzrost przychodów w innych szpitalach. Dlatego wydaje się, że RSS nie wykorzystał szansy do poprawy swojej sytuacji finansowej z tego tytułu, gdyż w AOS odnotowano tylko niewielki wzrost wykonywanych badań TK (31 badań – 2,2% porównując rok 2019 do 2018).



W latach 2017 – 2019 ogólna liczba badań mammograficznych wykonanych w RSS wahała się. W roku 2018 spadła o 16,7% (667 badań), zaś w roku 2019 wzrosła o 5,6% (185).



W latach 2018 – 2019 ogólna liczba badań patomorfologicznych wykonanych w RSS wzrosła. W roku 2019 wzrosła o 848 badań (2,8%), z czego badania odpłatne wzrosły o 336 szt.(3,9%).



W latach 2018 – 2019 ogólna liczba badań endoskopowych wykonanych w RSS wzrosła – o 880 badań (26,2%), z czego badania odpłatne wzrosły o 274 szt. (17,8).



W latach 2018 – 2019 ogólna liczba badań hemodynamicznych wykonanych w RSS wzrosła i w 2019 roku była wyższa o 365 badań (17,3%). Wszystkie badania wykonano na zlecenie kilku oddziałów.



W latach 2018 – 2019 ogólna liczba badań diagnostycznych wykonanych na zewnątrz na zlecenie RSS spadła. W roku 2019 była niższa o 2 976 badań (35,1%), co kosztowało o 94 690 zł (10,6%) mniej niż w roku 2018.



Ponieważ dynamika wzrostu kosztów badań diagnostycznych wykonanych na rzecz komórek RSS jest bardzo duża a wzrostu



sprzedaży mała, dlatego zalecana jest optymalizacja tej sfery.



Laboratorium Mikrobiologiczne pracuje 7 dni w tygodniu od 7:30 do 15:05, w godzinach popołudniowych na wezwanie; nocnych zmian nie ma – funkcjonowanie w niedzielę wydaje się audytorom zbędne.



Laboratorium Analityczne wymaga remontu i kadra wskazuje zasadność powiększenia punktu pobrań materiału do badań (o jeden pokój).



Braki sprzętowe w laboratorium: aparat do diagnostyki genetycznej gruźlicy, dygestorium w Laboratorium Analitycznym, dodatkowa komora laminarna do mikrobiologii, poczta pneumatyczna, sorter próbek, sprzęt do wykonywania badań związanych z COVID-19.



Laboratoria posiadają niewykorzystany potencjał wykonawczy (według Pani Kierownik mają rezerwy przerobowe – nawet 1/3 obecnej wielkości).



Zakład Patomorfologii nie spełnia przepisów MZ i wymaga gruntownego remontu.



Program informatyczny używany w RSS umożliwia generowanie rozmaitych zestawień statystycznych (co jest zjawiskiem pozytywnym), jednak używanie różnych nazw w polu komórek zlecających utrudnia i wydłuża znacznie ich analizowanie.



Radomski Szpital Specjalistyczny posiada szeroką ofertę badań diagnostycznych, co daje mu możliwość budowania silnej pozycji na rynku usług medycznych, zarówno wykonywanych w ramach NFZ, jak i badań komercyjnych.



Dążenie do zwiększenia udziału badań odpłatnych w ogólnym portfelu powinno być ważnym elementem nowej strategii Szpitala, pozwoli bowiem na lepsze wykorzystanie posiadanych zasobów (ludzkich i lokalowo-technicznych) oraz przyczyni się do poprawy wyniku finansowego. Zalecany jest dalszy wzrost tych usług, pod warunkiem skalkulowania godziwej marży.



W kwestii badań diagnostycznych wykonywanych na rzecz własnych oddziałów, poradni czy pracowni, należy pokreślić, iż koszty tej diagnostyki obciążają bezpośrednio komórki, które je zlecają. Tym samym należy uczulić kadrę lekarską, aby rozważnie podchodziła do wydawanych skierowań i optymalizowała ilości zlecanych badań.

Blok operacyjny



Bloki operacyjne są stosunkowo dobrze wyposażone i nie mają wielu potrzeb inwestycyjnych.



Oddziały Chirurgii Naczyniowej i Szcękowo-Twarzowej wykazują



tendencję spadkową ilości zabiegów rocznie.



Niska operatywa Oddziału Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Ginekologiczno-Położniczego.



Nie w pełni wykorzystywany potencjał Bloku Operacyjnego, dający z jednej strony możliwości rozwojowe świadczeń zabiegowych, a z drugiej stwarzający możliwości do redukcji kosztów zatrudnienia.



Procedury planowania zabiegów operacyjnych i sposobu zarządzania operatywą utrudniają optymalizację pracy i kosztów Bloku Operacyjnego.



Brak komunikacji i koordynacji działań pomiędzy jednostkami Szpitala w związku z planowaniem zabiegów operacyjnych, Brak właściwych relacji z zespołami anestezyjologicznymi.

Obsługa gospodarcza



Dopuszczalne koszty w zakresie organizacji prania. Średnie stawki odnoszące się do osobodnia są niskie w porównaniu do podobnych jednostek.



Dopuszczalne koszty związane z żywieniem pacjentów. Zaleca się pozostanie przy obecnym rozwiązaniu dla tej sfery.



Dopuszczalne koszty hotelowe. Dobowe koszty utrzymania pacjenta (pranie i żywienie) kształtują się na odpowiednim poziomie.



Zbyt duże koszty dotyczące sprzątnia. Rozwiązanie stosowane przez Jednostkę w zakresie sprzątnia jest droższe, w porównaniu do podobnych placówek.



Dopuszczalne stawki w zakresie utylizacji odpadów medycznych. Analiza porównawcza stawek związanych z zarządzaniem odpadami medycznymi wykazała, iż cenniki zawarte przez RSS nie dobiegają od stawek rynkowych. Należy tu jednak podkreślić, iż w ostatnim czasie, także dla tej sfery, obserwujemy drastyczny wzrost cen, co stanowi nie lada wyzwanie dla Szpitala.



Efektywna organizacja obsługi transportu. Stawki zawarte w umowach z firmami: „AN – MAR” Usługi Transportowe Marcin Jangas (na transport pacjentów dializowanych) oraz Kolumna Transportu Sanitarnego Triomed Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (na transport sanitarny) nie dobiegają od stawek rynkowych. Posiadanie własnego ambulansu nie należy do najtańszych rozwiązań, jednak daje Szpitalowi niezależność i elastyczność w kwestii gwarantowania sprawnego transportu (głównie medycznego). Ważne jest jednak, by na bieżąco nadzorować ilość oraz zasadność zlecanych przewozów, a w kwestii transportu sanitarnego korzystać głównie z usług zewnętrznych, bowiem to rozwiązanie jest tańsze.



Ze względu na duże rozproszenie budynków RSS oraz dużą liczbę



obsługiwanych pacjentów dozór jest konieczny, jednak generuje dużo większe koszty niż w innych placówkach. Ze względu na trudną sytuację Szpitala, audytorzy zalecają ograniczenie liczby posterunków – do 3 funkcjonujących w ciągu dnia oraz 2 funkcjonujących w ciągu nocy.



Koszty obsługi prawnej RSS kształtują się na dopuszczalnym poziomie. Zaleca się utrzymanie kosztów na zbliżonym poziomie.

Polityka kadrowa



Nieoptymalna liczba zatrudnionych osób – należy dokonać korekty zatrudnienia w poszczególnych komórkach organizacyjnych.



Nieodpowiednia liczba pielęgniarek i położnych w stosunku do nowych norm zatrudnienia w tej grupie zawodowej – należy obniżyć liczbę łóżek niepracujących i dostosować do nich liczbę pielęgniarek i położnych.



Wysokie koszty osobowe – na zawyżenie kosztów wpływają wysokie stawki wynagrodzenia w niektórych grupach zawodowych oraz przerost zatrudnienia.



Ze względu na sytuację z COVIDem Szpital w IV 2020 roku zawiesił wypłatę tzw. dodatków innych, w lipcu zaś podjął decyzję, że nie będzie ich już wypłacał.



Brak elektronicznej ewidencji czasu pracy pracowników.



Zbyt mała liczba umów cywilno-prawnych – model zatrudnienia oparty głównie o umowy o pracę, zaleca się szkolenie personelu celem zachęcania do zawierania umów kontraktowych – zwłaszcza dla osób zarabiających najwięcej.



Trzymiesięczny okres rozliczeniowy.



Brak odpowiedniego systemu motywującego dla pracowników – zaleca się doprecyzowanie zasad przyznawania premii, która będzie zależała od jasno określonych kryteriów jej przyznawania – osiągniętych efektów skorelowanych z budżetami poszczególnych komórek organizacyjnych.



Absencja chorobowa pracowników na poziomie średniej benchmarkingowej dla sektora ochrony zdrowia – należy ją monitorować i starać się nie dopuścić do jej wzrostu.










Szpital nie ponosi kosztów PFRON.

Infrastruktura










Szpital w wielu miejscach nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. dotyczącym standardów pomieszczeń.



-  Szpital nie posiada jasnej koncepcji dostosowania pomieszczeń do obowiązujących standardów, nie posiada też szacunków wysokości niezbędnych nakładów.
-  Stosunkowo niskie koszty technicznego utrzymania powierzchni operacyjnej Szpitala, lecz łącznie z kosztami utrzymania czystości Szpital wypada zdecydowanie powyżej danych benchmarkowych.
-  Brak analizy kosztów utrzymania powierzchni szpitalnych.
-  Poziom wyeksploatowania urządzeń i wyposażenia medycznego jest na średnim poziomie.
-  Szpital korzysta z systemu pary technologicznej, który zawyża koszty pozyskiwania ciepła.
-  infrastrukturalne systemy energetyczne są utrzymane w dobrej kondycji technicznej.
-  Wątpliwa możliwość realizacji planów inwestycyjnych bez wsparcia właściciela i zewnętrznego finansowania.

Sytuacja finansowa

-  Skumulowane oraz bieżące straty finansowe przyjmowały wartości wyższe niż poziom kapitału (funduszu) podstawowego w całym analizowanym okresie. Jednostka w każdym z badanych okresów odnotowywała stratę. Ujemne wartości kapitału własnego zagrażają dalszej kontynuacji działalności Szpitala.
-  Wysoki udział zobowiązań w strukturze majątku Szpitala. Wartość całkowitych zobowiązań Szpitala przekraczała 60% wartości jego majątku. Wg danych za I kwartał 2020 rok poziom zobowiązań całkowitych przekraczał już 70% majątku. Największy udział wśród zobowiązań Placówki stanowią zobowiązania pożyczkowe oraz kredytowe (średnio 45%) oraz zobowiązania handlowe (średnio 32%).
-  Wysoki poziom zobowiązań przeterminowanych. Szpital nie reguluje na bieżąco swoich zobowiązań handlowych. Wartość zobowiązań przeterminowanych ulega zwiększeniu. Ich średni udział w całkowitych zobowiązaniach z tytułu dostaw i usług przekracza 50%.
-  Korzystne wartości wskaźników rotacji zapasów oraz należności.
-  Szpital w Radomiu prowadzi aktywną politykę inwestycyjną, głównie przy wsparciu środków zewnętrznych (środków Gminy Miasta Radom oraz funduszy UE).
-  Zła, pogarszająca się sytuacja finansowa Szpitala. Najbardziej nierentowna jest działalność podstawowa Jednostki.
-  Zmniejszona dynamika wzrostu przychodów z działalności podstawowej w stosunku do wzrostu kosztów operacyjnych



w roku 2019, co wpłynęło na znaczące pogłębienie się straty finansowej Szpitala w tym okresie.



Negatywne tendencje kształtowania się pozostałych przychodów ze sprzedaży. Pozostałe przychody z działalności podstawowej, tj. usługi medyczne komercyjne oraz pozostała sprzedaż ulegają zmniejszeniu. Szpital powinien dbać o ten obszar działalności w celu poprawy swojej sytuacji finansowej.



Rosnące koszty operacyjne Szpitala. Największy udział w kosztach operacyjnych stanowią koszty płacowe (66-67%) oraz koszty zużycia materiałów i energii (20-23%). Udział kosztów operacyjnych w przychodach ze sprzedaży, w całym analizowanym okresie przekraczał 100% i przyjmował tendencję rosnącą.



Spadek kosztów zużycia leków na przestrzeni analizowanego okresu.



Wyniki finansowe Szpitala w okresie 2017-2019 ulegały stopniowemu pogarszaniu, przy czym znaczące załamanie widoczne jest dla roku 2019. Wyniki ze sprzedaży w każdym z analizowanych lat przyjmowały bardziej niekorzystne wartości aniżeli wyniki finansowe netto, co ukazuje problemy Jednostki już na poziomie jej podstawowej działalności.



Niski poziom płynności oraz wysoki stopień zadłużenia. Wskaźniki finansowe opisujące wymienione obszary kształtują się dużo poniżej wartości optymalnych.



Pogarszające się wskaźniki rentowności na płaszczyźnie operacyjnej oraz całkowitej działalności świadczą o poważnych problemach w funkcjonowaniu Szpitala.



Problemy w regulacji zobowiązań. Świadczą o tym wskaźniki regulacji zobowiązań. Dla podtrzymania bieżącej płynności finansowej, Szpital zwiększa stopień kredytowania swojej działalności pieniędzmi swoich dostawców, wydłużając okres spłaty zobowiązań. Na przestrzeni ostatnich trzech lat okres ten wydłużył się o prawie 1 miesiąc.



Brak rentowności działalności operacyjnej większości oddziałów Szpitala. Najmniej efektywnie działają oddziały: Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Ginekologiczno-Położniczy, Chirurgii Ogólnej, Ortopedyczno-Urazowy, Rehabilitacji, Urologiczny oraz Zakład Opieki Długoterminowej. Szczególnie rażący problem występuje w przypadku oddziałów AiIT, Rehabilitacji i ZDO, gdzie koszty osobowe bezpośrednio przewyższają wartość udzielanych świadczeń medycznych.



Wysokie koszty diagnostyki w strukturze kosztów ponoszonych przez oddziały. Grupę najwyższych kosztów spośród kosztów zmiennych ponoszonych przez oddziały stanowiły koszty diagnostyki. Wysokie koszty diagnostyki mogą wynikać z niewystarczająco oszczędnej rozważki przy wystawianiu zleceń lekarskich oraz z wysokich jednak kosztów jednostkowych procedur diagnostycznych



i laboratoryjnych.



Bardzo wysokie koszty zarządu i administracji w strukturze kosztów całkowitych oddziałów. Ich udział w wartości kosztów przekracza 5%, co w Szpitalach tej wielkości jest wartością zbyt wysoką. Do wartości optymalnych konieczne było by obniżenie tego rodzaju kosztów o około 20%.



Koszty zużycia materiałów medycznych niektórych oddziałów Szpitala w Radomiu odbiegają od danych benchmarkowych. Największe różnice występują dla oddziałów: Neurologicznego i Udarowego, Okulistycznego oraz Kardiologicznego.

ANALIZA SWOT

Skuteczne i efektywne funkcjonowanie każdej placówki medycznej w gospodarce rynkowej narzuca konieczność określenia szans i zagrożeń dla dalszego jej rozwoju. Zatem planowanie bieżącej, jak i przyszłej strategii działania powinno opierać się na rzetelnej analizie otoczenia bliższego i dalszego Jednostki.

Jedną z najchętniej stosowanych metod służących do analizy otoczenia oraz ustalenia pozycji strategicznej jest analiza SWOT. W metodzie tej wykorzystywana jest analiza otoczenia przedsiębiorstwa oraz diagnoza jego wnętrza. Jest ona oparta na prostej klasyfikacji czynników do jednej z dwóch grup (diagnozujących stan przedsiębiorstwa oraz analizujących sytuację otoczenia zewnętrznego dla danego podmiotu). Z zestawienia tych dwóch podziałów powstają cztery kategorie czynników: szanse i zagrożenia wynikające z analizy otoczenia zewnętrznego oraz mocne i słabe strony będące rezultatem diagnozy wewnętrznego stanu przedsiębiorstwa.

W ramach analizy SWOT Szpitala w Radomiu zostały zidentyfikowane silne i słabe strony jednostki (czynniki wewnętrzne) na tle szans i zagrożeń płynących z otoczenia (czynników zewnętrznego) celem wsparcia wyboru najlepszej strategii działania.

Dokonano gradacji poszczególnych elementów, które wpływają na powodzenie działalności, w formie punktacji ważności danego elementu w skali od 1 do 5.

Przyjęta skala punktacji jest następująca:

- 5 – bardzo ważny,
- 4 – ważny,
- 3 – dostatecznie ważny,
- 2 – mało ważny,
- 1 – najmniej ważny.

W tabelach poniżej przedstawiono zidentyfikowane silne i słabe strony jednostki, a także szanse i zagrożenia zewnętrzne.



Tabela 14 Zidentyfikowane silne strony jednostki

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Przynależność jednostki do PSZ (sieć szpitali)	5
2	Bogata oferta medyczna w zakresie leczenia szpitalnego i świadczeń ambulatoryjnych	5
3	Bloki Operacyjne stosunkowo dobrze wyposażone	4
4	Doświadczona i wykwalifikowana kadra medyczna	5
5	Wysoka aktywność inwestycyjna szpitala przy dużym wparciu Miasta w finansowaniu inwestycji	4
6	Korzystne i dopuszczalne rozwiązanie w zakresie prania, żywienia, utylizacji odpadów, obsługi transportu, kosztów hotelowych, obsługi prawnej	5
Łącznie		28

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 15 Zidentyfikowane słabe strony jednostki

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Nieoptymalna organizacja pracy, przerost zatrudnienia, wysokie koszty osobowe	5
2	Szpital w wielu miejscach nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia	4
3	Zła, pogarszająca się sytuacja finansowa szpitala, bardzo wysokie zadłużenie	5
4	Brak spójności mechanizmów zarządczych	4
5	Wzrost sprzedaży świadczeń medycznych niższy niż wzrost kosztów	5
6	Zbyt duże koszty dotyczące sprzątnia	4
Łącznie		27

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 16 Zidentyfikowane szanse

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Pozyskanie kontraktów z NFZ na nowe zakresy	5
2	Rozwój e-medycyny	4
3	Możliwość rozwoju świadczeń komercyjnych	5
4	Członkostwo Polski w UE, możliwość pozyskiwania relatywnie dużych środków rozwojowych	4
5	Rosnące zapotrzebowanie na usługi medyczne	5
Łącznie		23

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 17 Zidentyfikowane zagrożenia

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Niestabilność systemowych rozwiązań organizacyjno-prawnych w ochronie zdrowia	4
2	Brak stabilnej polityki rządu w zakresie ochrony zdrowia	4
3	Ryzyko utraty kontroli nad zwyczajną kosztów wynikających z regulacji wynagrodzeń w ochronie zdrowia	4
4	Rosnąca ewentualna konkurencja na rynku usług medycznych	4
5	Uzależnienie realizacji inwestycji od dostępności dotacyjnych środków zewnętrznych	4
Łącznie		20

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonej analizy SWOT uzyskano wyniki czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

W pierwszej grupie czynników organizacyjnych silne strony Jednostki otrzymały łącznie 28 pkt., natomiast słabe strony uzyskały 27 pkt. W związku z tym należy przyjąć, iż silne strony przeważały słabe, ale przewaga jest niewielka. Szpital świadczy bardzo szeroki zakres usług, posiada doświadczoną kadrę medyczną i duży udział w rynku lokalnym. Z drugiej strony jego działalność jest wysoce nierentowna, w Szpitalu występuje przerost zatrudnienia, a Szpitala jest nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jednostka powinna realizować strategię konkurencyjną, ukierunkowującą ją na odzyskanie stabilizacji i budowanie pozycji na stabilnych podstawach.

W drugiej grupie czynników szanse ukształtowały się na poziomie 23 pkt., a zagrożenia osiągnęły poziom – 20 pkt. Te drugie to czynniki zewnętrzne, które postrzegamy jako bariery dla rozwoju Szpitala, utrudnienia we wdrożeniu działań naprawczych i możliwe ryzyka niepowodzenia przedsięwzięcia. Szanse to zjawiska i tendencje w otoczeniu, które odpowiednio wykonane staną się impulsem do wprowadzenia zmian i rozwoju oraz osłabią zagrożenia.

Podsumowując analizę SWOT można zauważyć, iż w Szpitalu w Radomiu przeważają pozytywne czynniki wewnętrzne (Jednostki) oraz zewnętrzne (otoczenia). Zatem Szpital powinien przyjąć strategię utrzymania przewagi konkurencyjnej wykorzystując szanse oraz zniwelować słabe strony zwiększając produktywność poprzez przegrupowanie oferty medycznej – wybrać kierunki specjalizacji i rozwoju, odpuścić zaś nierokujące specjalności. Ważne jest, aby kadra zarządzająca potrafiła wykorzystać silne strony, które powinny być stale wzmacniane i szanse do dynamicznego rozwoju oraz zniwelować słabe strony i zagrożenia, na które częściowo można się przygotować i dążyć do minimalizacji ich potencjalnych skutków.



10. Kierunki rozwoju w zakresie oferty medycznej

Poniżej przedstawione zostały propozycje związane z ofertą medyczną i rozwojem działalności Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego, które przygotowano w oparciu o przeprowadzony audyt Jednostki. Wśród wielu wniosków, które nasunęły się po przeprowadzonych telekonferencjach i analizach otrzymanych dokumentów, zdiagnozowano trzy obszary, które wydają się kluczowe z punktu widzenia efektywnego funkcjonowania Placówki.

Pierwszym z nich jest określenie wieloletniej strategii Jednostki i metod bieżącego monitorowania jej realizacji. Szpital bazując na danych demograficzno-epidemiologicznych oraz uwzględniając politykę zdrowotną regionu i kraju, a także informacje dotyczące oferty konkurencji, powinien określić swoją strategię działania, wyznaczając zakresy, które warto rozwijać, a z których lepiej zrezygnować. Powinien także dążyć do tworzenia, zarówno między samymi oddziałami, jak i między oddziałami a poradniami i pracownikami, sieci współpracy, która pozwoli na kompleksową opiekę nad chorym i sprzyjać będzie lepszemu dopływowi pacjentów.

Drugą kluczową kwestią jest zoptymalizowanie powierzchni i reorganizacja lokalowa, w tym przenosiny części działalności do otwieranego na jesieni Centrum Rehabilitacji oraz poprawa standardu i stworzenie możliwości rozwoju tym komórkom, które tego wymagają (zgodnie z poniższymi zaleceniami).

Trzecią kwestią jest pilna zmiana podejścia w zarządzaniu zarówno częścią szpitalną, jaki i AOS wraz z poszczególnymi pracownikami. Trudna sytuacja ochrony zdrowia wymusza prowadzenie stałego controllingu i spojrzenia na jednostki medyczne od strony biznesowej. Należy w sposób jednoznaczny wyznaczyć konkretne (rozumiałe) cele dla poszczególnych komórek organizacyjnych i na bieżąco kontrolować ich wykonanie. Kierownicy tych komórek muszą wziąć odpowiedzialność nie tylko za stronę przychodową (realizację świadczeń), ale także zrozumieć istotność strony kosztowej i możliwości jej optymalnego wykorzystania, by poprawić wynik finansowy Placówki.

SZCZEGÓŁOWA LISTA ZALECEŃ POAUDYTOWYCH:

1. Oddział Kardiologiczny + OINK

Choroby układu krążenia stanowią jedno z największych zagrożeń zdrowia i życia w dzisiejszych czasach. Według danych Głównego Urzędu Statystycznego są one główną przyczyną zgonów w Polsce. Starzejące się społeczeństwo i prognozowany wzrost udziału grupy poprodukcyjnej w całej populacji wymaga dostosowywania oferty medycznej pod tym kątem. Dlatego posiadanie w strukturze RSS Oddziału Kardiologicznego wraz z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego jest jego ogromnym atutem. Oddział wyróżnia się na tle pozostałych komórek największym wykonaniem świadczeń (ok. 18,3 mln zł) i najlepszym wynikiem finansowym (ok. 3,1 mln zł)⁴.

⁴ Zgodnie z kalkulacją ZUK KNOW HOW przedstawioną w rozdziale – Analiza Finansowa



Ponadto Szpital pozyskał właśnie nowy angiograf i planuje zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń w Pracowni Hemodynamiki. W Pracowni Elektroterapii także zakładany jest wzrost liczby zabiegów.

Tabela 18 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby zabiegów kardiologicznych

Nazwa świadczenia	Liczba dodatkowych świadczeń	Waga punktowa	Liczba dodatkowych jednostek	Cena	Wartość
KORONOGRAFIE					
(E27) Koronarografia diagnostyczna	122	2 419	295 118	1,00	295 118
(E23G) Koronarografia PCI + 1 szt. DES	90	5 245	472 050	1,00	472 050
(E24G) Koronarografia PCI + 2 szt. DES	35	7 718	270 130	1,00	270 130
SUMA	247	-	1 037 298	1,00	1 037 298
ABLACJE					
(E43) Ablacja zaburzeń rytmu	10	16 711	167 110	1,00	167 110
(E47) Ablacja złożona z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D	4	34 480	137 920	1,00	137 920
(E48) Ablacja migotania przedsionków	4	33 533	134 132	1,00	134 132
SUMA	18	-	439 162	1,00	439 162
IMPLANTACJE					
(E31) Wszczepienie/wymiana rozrusznika jednojamowego	19	8 014	152 266	1,00	152 266
(E32) Wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego	20	9 797	195 940	1,00	195 940
(E34) Wszczepienie/wymiana ICD	14	21 896	306 544	1,00	306 544
(E36) Wszczepienie/wymiana CRT-D	4	34 844	139 376	1,00	139 376
SUMA	57	-	794 126	1,00	794 126
OGÓŁEM	322	-	2 270 586	1,00	2 270 586

Źródło: opracowanie własne.

Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji wyniku finansowego dotyczącego zwiększenia liczby zabiegów kardiologicznych przedstawia poniższa tabela.

Tabela 19 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby zabiegów kardiologicznych

Zwiększenie ilości zabiegów kardiologicznych	2021	2022
Przychody	1 816 469	2 270 586
KORONOGRAFIE		
(E27) Koronarografia diagnostyczna	236 094	295 118
(E23G) Koronarografia PCI + 1 szt. DES	377 640	472 050
(E24G) Koronarografia PCI + 2 szt. DES	216 104	270 130
SUMA	829 838	1 037 298
ABLACJE		
(E43) Ablacja zaburzeń rytmu	133 688	167 110
(E47) Ablacja złożona z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D	110 336	137 920
(E48) Ablacja migotania przedsionków	107 306	134 132



Zwiększenie ilości zabiegów kardiologicznych	2021	2022
SUMA	351 330	439 162
IMPLANTACJE		
(E31) Wszczepienie/wymiana rozrusznika jednojamowego	121 813	152 266
(E32) Wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego	156 752	195 940
(E34) Wszczepienie/wymiana ICD	245 235	306 544
(E36) Wszczepienie/wymiana CRT-D	111 501	139 376
SUMA	635 301	794 126
Koszty	902 295	1 127 869
Koszty osobowe – kontrakty	62 721	78 401
Koszty materiałów	815 770	1 019 713
Usługi obce	23 804	29 755
WYNIK OPERACYJNY	914 174	1 142 717

Źródło: opracowanie własne.

Wartość przychodów została oszacowana, na podstawie informacji uzyskanych od Kierownika Oddziału (w kwestii zwiększenia potencjału dot. pacjentów wymagających interwencji w zakresie kardiologii inwazyjnej) oraz danych z Działu Rozliczeń za rok 2019, jako iloczyn ilości dodatkowych świadczeń, ich wagi punktowej oraz ceny za 1 punkt. W kalkulacji założono, iż w roku 2021 Szpital zwiększy ilość zabiegów kardiologicznych w ww. pracowniach o 258, a w roku 2022 już o 322.

Zwiększenie ilości zabiegów w pracowniach funkcjonujących przy Oddziale Kardiologicznym będzie miało bezpośrednie przełożenie na wzrost kosztów zarówno Oddziału, jak i Pracowni Hemodynamiki, która stanowi oddzielny ośrodek powstawania kosztów. Do kalkulacji wzięto pod uwagę przede wszystkim bezpośrednio koszty zmienne związane z procedurami medycznymi oraz pobytem pacjentów w szpitalu. Do kosztów materiałowych zaliczono: zużycie materiałów medycznych, energii i mediów oraz zużycie produktów żywnościowych związanych z żywieniem pacjentów, natomiast w kategorii kosztów usług obcych uwzględniono wybrane pozycje bezpośrednio związane z organizacją procedur medycznych, diagnostyką i pobytem pacjenta – takich jak: koszty diagnostyki zewnętrznej, transport medyczny, pranie czy utylizacja ścieków i odpadów. Dodatkowo wzięto pod uwagę, że uzyskanie pełnego obciążenia Oddziału wzrostem procedur zabiegowych może wywołać potrzebę zwiększenia nakładów pracy, która przełoży się na wzrost kosztów wynagrodzeń. Kalkulacje kosztów oparto o dane historyczne, zwiększając je proporcjonalnie do wzrostu ilości i wartości świadczeń medycznych.

Zwiększenie liczby zabiegów kardiologicznych wykonywanych w RSS będzie miało pozytywny wpływ na sytuację ekonomiczną Szpitala poprzez osiągnięcie zysków wskazanych w kalkulacji (ok. 1,4 mln zł rocznie przy założeniu zwiększenia liczby zabiegów o 322).

W kwestii warunków lokalowych należy nadmienić, iż Oddział Kardiologiczny wraz z Oddziałem Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego wymaga pilnego remontu, który grozi zmniejszeniem bazy łóżkowej (przy wprowadzeniu mniejszych sal z węzłami sanitarnymi). Dlatego zasadne wydaje się przeniesienie Oddziału w miejsce, w którym liczba łóżek nie ulegnie zmianie, a ewentualnie nieznacznie wzrośnie, jeśli Oddział będzie nadal prężnie się rozwijał.



2. Oddział Ginekologiczno-Położniczy

Na rynku medycznym widać tendencję do zamykania Oddziałów Położniczo-Ginekologicznych i Noworodkowych głównie ze względu na stosunkowo niską i malejącą ilość porodów, co jest niebezpieczne z punktu widzenia medycznego dla pacjentek oraz ekonomicznego dla finansów szpitali.

Radomski Szpital Specjalistyczny posiada Oddział Ginekologiczno-Położniczy oraz Oddział Neonatologii, których zasoby nie są w pełni wykorzystywane. W latach 2017 – 2019 liczba porodów w Jednostce malała. W roku 2019 była ona niższa o 386 (21,4%) w porównaniu do roku 2017. Porównując średnie miesięczne, widać iż według danych za pierwszy kwartał 2020 roku jest ona najniższa z całego badanego okresu (tylko 91 porodów w miesiącu). Jest to zjawisko negatywne, któremu należy zapobiegać.

W świetle posiadanego potencjału przez Szpital oraz ww. tendencji, zaleca się wykorzystanie tej szansy i zwiększenie liczby porodów. Dlatego Audytorzy widzą konieczność wprowadzenia znieczuleń zewnątrzoponowych dla rodzących oraz zapewnienia najwyższych standardów opieki nad pacjentkami i ich potomstwem. Warto rozważyć także otwarcie Poradni K w ościennych miejscowościach, aby gwarantować stały dopływ PacjenteK.

Szczegółowe dane dotyczące kalkulacji zwiększenia ilości porodów przedstawia poniższa tabela.

Tabela 20 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby porodów

Nazwa świadczenia	Liczba dodatkowych świadczeń	Uśredniona liczba jednostek za świadczenie wg danych za rok 2019	Liczba dodatkowych jednostek	Cena	Wartość
N01 Poród*	384	2 169,44	832 524	1,00	832 524
N02 Poród mnogi lub przedwczesny*	4	3 266,21	12 248	1,00	12 248
N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni*	113	4 380,04	492 754	1,00	492 754
OGÓŁEM	500	-	1 337 527	1,00	1 337 527

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w tabeli należy stwierdzić, iż zwiększenie ilości każdego porodu będzie miało wpływ na poprawę sytuacji finansowej szpitala. Ponieważ liczba porodów w roku 2017 była o ok. 400 porodów większa od tej z roku 2019. Dlatego audytorzy uznali, iż po wprowadzeniu znieczuleń zewnątrzoponowych, założone zwiększenie liczby porodów o 500 jest realne i zasadne.

Kalkulacja przychodów została założona na podstawie iloczynu wyceny procedury N01, N02, N03 oraz ilości procedur wykonywanych w każdym roku, zakładając że Szpital przez 2 kolejne lata będzie dochodził do przyjętego poziomu, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2021 – 350 dodatkowych porodów,
- 2022 – 500 dodatkowych porodów.



Zwiększenie ilości porodów będzie miało bezpośrednie przełożenie na wzrost kosztów Oddziału Położniczo-Ginekologicznego. Dotyczy to wzrostu bezpośrednich kosztów zmiennych związanych z procedurami medycznymi oraz pobytem pacjentek w szpitalu. Do kosztów materiałowych zaliczono: zużycie materiałów medycznych, energii i mediów oraz zużycie produktów żywnościowych związanych z wyżywieniem pacjentek. W kategorii kosztów usług obcych uwzględniono wybrane pozycje bezpośrednio związane z organizacją procedur medycznych, diagnostyką i bezpośrednimi elementami kosztów hotelowych, takie jak koszty diagnostyki zewnętrznej, transportu medycznego, konsultacji specjalistycznych, prania czy utylizacji ścieków i odpadów. Wysoki poziom kosztów osobowych Oddziału powinien zagwarantować realizację tego działania bez ponoszenia dodatkowych kosztów osobowych. Kalkulując wzrost kosztów związany ze zwiększeniem ilości pacjentek i procedur wzięto pod uwagę także koszty ginekologicznego bloku operacyjnego, który stanowi oddzielny ośrodek powstawania kosztów. Kalkulacje oparto o nakłady dotychczas ponoszone, zwiększając je proporcjonalnie do wzrostu ilości i wartości świadczeń medycznych.

Tabela 21 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby porodów

Zwiększenie ilości porodów	2021	2022
Przychody	936 268	1 337 526
N01 Poród	582 767	832 524
N02 Poród mnogi lub przedwczesny	8 574	12 248
N03 Patologia ciąży lub płodu z porodem > 5 dni	344 928	492 754
Koszty	138 935	198 478
Koszty materiałów	119 308	170 440
Usługi obce	19 627	28 038
WYNIK OPERACYJNY	797 334	1 139 048

Źródło: opracowanie własne.

Działanie pozwoli poprawić wynik finansowy o ok. 797,3 tys. zł w roku 2021 i o ok. 1,14 mln zł od roku 2022.

3. Oddział Neonatologii

Konsekwencją wyżej wspomnianej zwiększonej liczby porodów będzie przyrost noworodków na Oddziale Neonatologii.

Tabela 22 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby noworodków

Nazwa świadczenia	Liczba dodatkowych świadczeń	Uśredniona liczba jednostek za świadczenie wg danych za rok 2019	Liczba dodatkowych jednostek	Cena	Wartość
N20 Noworodek wymagający normalnej opieki	294	1 274	374 946	1,00	374 946
N22 Noworodek wymagający intensywnej terapii	7	21 430	149 421	1,00	149 421



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa świadczenia	Liczba dodatkowych świadczeń	Uśredniona liczba jednostek za świadczenie wg danych za rok 2019	Liczba dodatkowych jednostek	Cena	Wartość
N23 Noworodek wymagający intensywnej opieki	17	6 470	109 212	1,00	109 212
N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki	32	4 973	156 942	1,00	156 942
N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	170	2 534	431 488	1,00	431 488
OGÓŁEM	520	-	1 222 009	1,00	1 222 009

Źródło: opracowanie własne.

Mimo iż wcześniej zakładano 500 dodatkowych porodów, to należało uwzględnić też ciężę mnogie, i ostatecznie założono pojawienie się 520 dodatkowych noworodków.

Kalkulacja przychodów została założona na podstawie iloczynu wyceny procedury N20, N22, N23, N24, N25 oraz ilości procedur wykonywanych w każdym roku, zakładając że Szpital przez 2 kolejne lata będzie dochodził do przyjętego poziomu, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2021 – 364 dodatkowych porodów,
- 2022 – 520 dodatkowych porodów.

W kalkulacji kosztów założono, iż wzrosną zarówno koszty materiałów (zaliczono tu zużycie materiałów medycznych, energii i mediów oraz zużycie produktów żywnościowych) oraz koszty usług obcych (uwzględniono wybrane pozycje bezpośrednio związane z organizacją procedur medycznych, diagnostyką i bezpośrednimi elementami kosztów hotelowych, takie jak koszty diagnostyki zewnętrznej, transportu medycznego, konsultacji specjalistycznych, prania czy utylizacji ścieków i odpadów). W kwestii kosztów osobowych uznano, iż nie powinny one ulec zmianie.

Tabela 23 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby noworodków

Zwiększenie liczby noworodków	2021	2022
Przychody	855 406	1 222 009
N20 Noworodek wymagający normalnej opieki	262 462	374 946
N22 Noworodek wymagający intensywnej terapii	104 595	149 421
N23 Noworodek wymagający intensywnej opieki	76 448	109 212
N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki	109 859	156 942
N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru	302 041	431 488
Koszty	88 194	125 991
Koszty materiałów	82 237	117 482
Usługi obce	5 956	8 509
WYNIK OPERACYJNY	767 212	1 096 018

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z powyższą kalkulacją działanie pozwoli na poprawę wyniku Szpitala o 767,2 tys. zł w roku 2021 i o ok. 1,1 mln zł od roku 2022.



W kwestii uwag zgłaszanych przez Kierownictwo Oddziału podczas audytu, które wymagają interwencji, należy wspomnieć o braku możliwości podłączenia większej ilości komputerów w gabinecie lekarskim i konieczność lepszej informatyzacji Oddziału. Ponadto do pilnych potrzeb sprzętowych zaliczono zakup: inkubatora transportowego ze wspomaganie oddychania, analizatora do mikrometod, aparatu do oznaczania bilirubiny, pulsoksymetrów, pomp infuzyjnych, „wózko-szafki” do przewożenia narzędzi sterylizowanych.

4. Oddział Okulistyczny

Niewiele osób zdaje sobie sprawę, iż usunięcie zaćmy jest najczęściej wykonywaną operacją na świecie. Choroba ta dotyczy głównie osób starszych. Z uwagi na niezaspokojone potrzeby zdrowotne oraz starzenie się społeczeństwa zapotrzebowanie na leczenie zaćmy będzie utrzymywać się na bardzo wysokim poziomie. Doskonalenie tych zabiegów (technik i aparatury) pozwala współcześnie na wykonywanie zabiegów bardzo bezpiecznie, z niewielką traumatyzacją oka. Dlatego RSS powinien wykorzystać ten fakt i jeszcze zwiększyć swój potencjał wykonawczy w tym obszarze.

Tabela 24 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy

Nazwa świadczenia	Liczba dodatkowych świadczeń	Waga punktowa	Liczba dodatkowych jednostek	Cena	Wartość
B19G Usunięcie zaćmy - kategoria II*	567	1 916	1 086 372	1,00	1 086 372
OGÓŁEM	567	-	1 086 372	1,00	1 086 372

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie danych zawartych w tabeli należy stwierdzić, iż zwiększenie liczby zabiegów będzie miało wpływ na poprawę sytuacji finansowej szpitala.

Kalkulacja przychodów została założona na podstawie iloczynu wyceny procedury B19G oraz ilości procedur wykonywanych w każdym roku, zakładając że Szpital przez 2 kolejne lata będzie dochodził do przyjętego poziomu, zgodnie z poniższym podziałem:

- 2021 – 378 dodatkowych zabiegów,
- 2022 – 567 dodatkowych zabiegów.

Zwiększenie ilości zabiegów na Oddziale Okulistycznym będzie miało bezpośrednie przełożenie na wzrost kosztów zarówno Oddziału, jak i Bloku Operacyjnego przy Oddziale Okulistycznym (który stanowi oddzielny ośrodek powstawania kosztów). Do kalkulacji wzięto pod uwagę przede wszystkim bezpośrednio koszty zmienne związane z procedurami medycznymi oraz pobytem pacjentów w szpitalu. I tak, w kategorii kosztów materiałowych, uwzględniono zużycie materiałów wszczepialnych oraz pozostałych materiałów medycznych, energii i mediów oraz zużycie produktów żywnościowych (związanych z żywieniem pacjentów). Natomiast w kategorii kosztów usług obcych uwzględniono wybrane pozycje bezpośrednio związane z organizacją procedur medycznych, diagnostyką i pobytem pacjenta – takich jak: koszty diagnostyki zewnętrznej, transport medyczny, pranie czy utylizacja ścieków i odpadów. Kalkulacje kosztów oparto o dane historyczne, zwiększając je proporcjonalnie do wzrostu ilości i wartości świadczeń medycznych.



Szczegółowa analiza organizacji pracy wskazała, że planowany wzrost ilości zabiegów nie powinien wpłynąć na zwiększenie kosztów personelu medycznego, który powinien wykonać zabiegi w ramach już otrzymywanego wynagrodzenia.

Tabela 25 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy

Zwiększenie ilości zabiegów okulistycznych	2021	2022
Przychody	724 248	1 086 372
B19G Usunięcie zaćmy - kategoria II*	724 248	1 086 372
Koszty	426 088	639 133
Zużycie materiałów	420 801	631 202
Usługi obce	5 287	7 930
WYNIK OPERACYJNY	298 160	447 239

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z powyższą kalkulacją działanie pozwoli na poprawę wyniku Szpitala o ok. 298,2 tys. zł w roku 2021 i o ok. 447,2 tys. zł od roku 2022.

Warto podkreślić, iż Oddział działa bardzo prężnie, jednak po południu wykonuje się dużo więcej zabiegów, niż do godz. 14:35. Dlatego wskazane w kalkulacji (dodatkowe) zabiegi, powinny zostać wykonane w godzinach podstawowej ordynacji lekarskiej. Ponadto jedną z pilniejszych inwestycji dla Szpitala powinno być wyremontowanie okulistycznego bloku operacyjnego.

5. Oddział Ortopedyczny

Najliczniejszą grupę pacjentów, u których wykonuje się endoprotezoplastykę stawu biodrowego i kolanowego, stanowią osoby w przedziale wiekowym 60-69 lat, choć w ostatnich latach coraz więcej wszczepów jest realizowanych również osobom w wieku 70-79 lat oraz osobom młodszym. Ponieważ od wielu lat mamy w Polsce tzw. „starzejące się społeczeństwo”⁵, to zapotrzebowanie na tego typu zabiegi będzie rosło, co stanowi szansę na stały dopływ pacjentów. Biorąc pod uwagę, iż w RSS są dość duże i długie kolejki na zabiegi endoprotezoplastyki, to planowane zwiększenie liczby zabiegów o 74 w porównaniu do tych wykonanych w roku 2019, wydaje się być realne i racjonalne. Warto podkreślić, iż operacje te można wykonywać bezlimitowo.

⁵ Według danych GUS na koniec 2019 r. indeks starości wynosił 118, czyli na 100 „wnuczków” (dzieci w wieku 0-14 lat) przypadało 118 „dziadków” (osób w wieku 65 lat i starszych). Różnica w wielkości tych populacji sięga blisko 1,059 mln – na niekorzyść „wnuczków”.



Tabela 26 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby zabiegów wszczepienia endoprotez

Nazwa świadczenia	Liczba dodatkowych świadczeń	Waga punktowa	Liczba dodatkowych jednostek	Cena	Realizacja wartość
H13 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra*	36	13 348,80	480 557	1,00	480 557
H14 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, Endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego*	21	16 720,80	351 137	1,00	351 137
H15 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana*	17	12 811,00	217 787	1,00	217 787
OGÓŁEM	74	-	1 049 481	1,00	1 049 481

Źródło: opracowanie własne.

Kalkulacja przychodów została założona na podstawie iloczynu wyceny procedury H13, H14, H15 oraz ilości dodatkowych procedur.

Zwiększenie ilości zabiegów na Oddziale Ortopedyczno-Urazowym spowoduje wzrost kosztów zarówno samego Oddziału, jak i Bloku Operacyjnego. W przypadku Oddziału, do kalkulacji wzięto pod uwagę przede wszystkim bezpośrednie koszty zmienne związane z procedurami medycznymi oraz pobytem pacjentów w szpitalu. Do kosztów materiałowych, zaliczono: koszty użytych endoprotez oraz pozostałych materiałów medycznych, energii i mediów oraz zużycie produktów żywnościowych (związanych z żywieniem pacjentów), natomiast do kosztów usług obcych zaliczono wybrane pozycje bezpośrednio związane z organizacją procedur medycznych, diagnostyką i pobytem pacjenta takich (w tym: koszty diagnostyki zewnętrznej, transport medyczny, pranie czy utylizacja ścieków i odpadów). Do podstawy kalkulacji wzięto pod uwagę także zmienne koszty materiałów medycznych i usług obcych generowane na Bloku Operacyjnym, z których 47% jest, przez rachunkowość zarządczą Szpitala, przypisywane do Oddziału Ortopedyczno-Urazowego. Kalkulacje kosztów oparto o dane historyczne, zwiększając je proporcjonalnie do wzrostu ilości i wartości świadczeń medycznych. Szczegółowa analiza organizacji pracy wskazała, że planowany wzrost ilości zabiegów nie powinien wpłynąć na zwiększenie kosztów personelu medycznego.

Tabela 27 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby zabiegów wszczepienia endoprotez

Zwiększenie ilości wszczepianych endoprotez	2021
Przychody	1 049 481
H13 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra*	480 557
H14 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, Endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego*	351 137
H15 Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana*	217 787
Koszty	891 870
Zużycie materiałów	859 428
Usługi obce	32 442
WYNIK OPERACYJNY	157 611

Źródło: opracowanie własne.



Zgodnie z powyższą kalkulacją działanie pozwoli na poprawę wyniku Szpitala o ok. 157,6 tys. zł od roku 2021.

Warto podkreślić, iż podczas audytu Oddział zgłaszał zapotrzebowanie na: skomputeryzowanie Sali Operacyjnej (specjalny ekrany – monitor radiologiczny), nowe (lepsze) lampy na BO, remont stołu operacyjnego, nowy stół do zakładania opatrunków gipsowych, wózki transportowe, wózki inwalidzkie, pompy infuzyjne, wannę do toalety chorych leżących.

6. Pracownia Endoskopii

Endoskopia jest zabiegiem diagnostyczno-medycznym, który służy wykrywaniu zmian chorobowych oraz umożliwia od razu pobieranie materiału do badania histopatologicznego. Dzięki endoskopii możliwe jest również przeprowadzanie mało inwazyjnych zabiegów. Badanie należy do kategorii diagnostyki obrazowej i umożliwia bardzo dokładne określenie rodzaju oraz rozległości zmiany chorobowej. Dlatego liczba wykonywanych w kraju procedur endoskopowych rośnie, bo pozwala na postawienie szybkiej diagnozy i wdrożenie właściwego leczenia.

Zgodnie z informacjami uzyskanymi podczas audytu, RSS planuje zwiększyć liczbę wykonywanych gastroskopii oraz kolonoskopii zgodnie z poniższą kalkulacją.

Tabela 28 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby świadczeń w Pracowni Endoskopii

Nazwa świadczenia	Liczba dodatkowych świadczeń	Waga punktowa	Liczba dodatkowych jednostek	Cena	Wartość
Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)	145	111	16 095	1,04	16 739
Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 1 badanie hist.-pat.)	36	185	6 660	1,04	6 926
OGÓŁEM GASTROSKOPIE	181	-	22 755	1,04	23 665
Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)	56	1 018	57 008	1,04	59 288
Kolonoskopia diagnostyczna	59	277	16 343	1,04	16 997
Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)	14	370	5 180	1,04	5 387
OGÓŁEM KOLONOSKOPIE	129	-	78 531	1,04	81 672
RAZEM	310	-	101 286	1,04	105 337

Źródło: opracowanie własne.

Kalkulacja przychodów została założona na podstawie iloczynu wyceny poszczególnych procedur gastroskopii i kolonoskopii oraz docelowych ilości procedur, przy założeniu iż od przyszłego roku ich liczba zwiększy się łącznie o 310.

Zwiększenie ilości zabiegów w spowoduje wzrost bezpośrednich kosztów zmiennych Pracowni Endoskopowej, związanych z procedurami medycznymi. W kategorii kosztów materiałowych uwzględniono zużycie materiałów medycznych, dezynfekcyjnych oraz energii.



W kategorii kosztów usług obcych uwzględniono wybrane pozycje bezpośrednio związane z organizacją procedur medycznych np. koszty usług medycznych czy utylizacji ścieków i odpadów. Dodatkowo uwzględniono także wynagrodzenie personelu lekarskiego, które w przypadku pracowni stanowi bezpośredni koszt zmienny. Kalkulacje kosztów oparto o dane historyczne, zwiększając je proporcjonalnie do wzrostu ilości i wartości świadczeń medycznych.

Tabela 29 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby świadczeń w Pracowni Endoskopii

Zwiększenie ilości świadczeń w Pracowni Endoskopii	2021
Przychody	105 337
Gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)	16 739
Gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia 1 badanie hist.-pat.)	6 926
OGÓŁEM GASTROSKOPIE	23 665
Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)	59 288
Kolonoskopia diagnostyczna	16 997
Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)	5 387
OGÓŁEM KOLONOSKOPIE	81 672
Koszty	58 062
Koszty osobowe	16 687
Zużycie materiałów	37 052
Usługi obce	4 322
WYNIK OPERACYJNY	47 276

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z powyższą kalkulacją działanie pozwoli na poprawę wyniku Szpitala o ok. 47,3 tys. zł od roku 2021.

7. Porady Pielęgniarskie

Od 1 stycznia 2020 r. pielęgniarki i położne w poradniach specjalistycznych mogą samodzielnie wykonywać procedury, za które NFZ zapłaci zgodnie z obowiązującym cennikiem. Podstawą do rozliczenia tych świadczeń jest zarządzenie nr 182/2019/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z 23 września 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wprowadzenie porady pielęgniarskiej do koszyka świadczeń gwarantowanych to krok w stronę racjonalizowania funkcjonowania systemu ochrony zdrowia. Dlatego RSS ma możliwość zwiększenia z tego tytułu przychodów m.in. w Poradni Chirurgii Ogólnej. W poniższej kalkulacji przyjęto, iż liczba specjalistycznych porad/świadczeń pielęgniarskich stanowić będzie ok. 10% z sumy wszystkich udzielonych porad w roku 2019 w tym zakresie.



Tabela 30 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu rozliczenia specjalistycznych porad pielęgniarskich w Poradni Chirurgii Ogólnej

Nazwa świadczenia	Liczba świadczeń	Cena	Wartość
Specjalistyczna porada pielęgniarska – chirurgiczna (usunięcie szwów)	888	20,00	17 760
Specjalistyczna porada pielęgniarska – chirurgiczna (usunięcie tkanki martwiczej)	888	46,00	40 848
OGÓŁEM	1 770	-	58 608

Źródło: opracowanie własne.

Kalkulacja przychodów została założona na podstawie iloczynu ilości (łącznie 1 770) i wyceny 2 nowych świadczeń. Przy kalkulacji kosztów uwzględniono zwiększenia zużycia leków i materiałów medycznych, zużycia pozostałych materiałów, koszty mediów i koszty utylizacji odpadów. W kwestii kosztów osobowych przyjęto, iż nie ulegną one zmianie.

Tabela 31 Efekt ekonomiczny z tytułu rozliczenia specjalistycznych porad pielęgniarskich w Poradni Chirurgii Ogólnej

Pojawienie się specjalistycznej porady pielęgniarskiej (chirurgicznej)	2021
Przychody	58 608
Specjalistyczna porada pielęgniarska – chirurgiczna	58 608
Koszty	8 105
Zużycie materiałów	8 105
WYNIK OPERACYJNY	50 503

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z powyższą kalkulacją działanie pozwoli na poprawę wyniku Szpitala o ok. 50,5 tys. zł od roku 2020.

8. Pracownie diagnostyczne

Przychody pracowni diagnostycznych wynikają ze sprzedaży płatnych usług medycznych (na zlecenie instytucji zewnętrznych i osób fizycznych). Podlegają one zwykłemu mechanizmowi rynkowemu, tzn. że jakość świadczeń, standard obsługi klienta i ceny mają decydujący wpływ na poziom zainteresowania rynku, a tym samym na wielkość przychodów. Porównując obecne przychody Szpitala z tego tytułu do innych jednostek o podobnym potencjale organizacyjnym oraz o podobnym otoczeniu rynkowym, jawią się one na niskim poziomie. Dodatkowo wykazują wyraźną tendencję spadkową.

Ważnym zadaniem zatem, podejmowanym w ramach działań naprawczych, jest zwiększenie sprzedaży usług diagnostycznych. Planowana zmiana sposobu zarządzania sferą ambulatoryjną, zwiększenie sprzedaży świadczeń przez poradnie oraz ukierunkowanie uwagi Dyrekcji Szpitala na kwestie rynkowe powinna dać mocny impuls do zwiększenia sprzedaży płatnych usług. W programie naprawczym zakłada się, że ich wzrost nastąpi przynajmniej w zakresie badań laboratoryjnych i diagnostyki obrazowej, do poziomu jaki Szpital uzyskiwał pięć lat temu.



Tabela 32 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia sprzedaży komercyjnych badań laboratoryjnych oraz RTG

Wyszczególnienie	2015	2016	2017	2018	2019	Planowane całkowite zwiększenie	Docelowa pełna wartość
Badania laboratoryjne	851 243	911 732	550 905	480 247	452 502	347 499	800 000
Badania RTG	251 857	219 957	224 916	203 062	228 785	71 215	300 000
Razem komercja	1 103 100	1 131 689	775 821	683 309	681 287	418 713	1 100 000

Źródło: opracowanie własne.

Wzrost wykonywanych badań pociągnie za sobą zwiększenie bezpośrednich kosztów zmiennych. W kategorii kosztów materiałowych, zaliczono tu zużycie materiałów medycznych, odczynników i jednorazowego sprzętu diagnostycznego oraz zużycie energii i mediów. W kategorii kosztów usług obcych uwzględniono wybrane pozycje bezpośrednio związane z organizacją procedur medycznych, wsparciem się diagnostyką zewnętrzną, transportem medycznym, konsultacjami specjalistycznymi czy utylizacją ścieków i odpadów.

Kalkulacje kosztów oparto o dane historyczne, zwiększając je proporcjonalnie do wzrostu ilości i wartości sprzedanych usług. Z uwagi, że główna działalność pracowni obraca się wokół zaspokajania potrzeb jednostek szpitalnych, zwiększenie sprzedaży usług laboratoryjnych o blisko **80%** (347 499 zł) daje wzrost ilości wszystkich badań, a tym samym zwiększenie bezpośrednich kosztów zmiennych tylko o nieco powyżej **3%**. Dla planowanego wzrostu ilości badań obrazowych o **30%** (71 215 zł) daje to wzrost kosztów o niecałe **8%**.

Tabela 33 Efekt ekonomiczny z tytułu zwiększenia sprzedaży komercyjnych badań laboratoryjnych

Zwiększenia sprzedaży komercyjnych badań laboratoryjnych	2021	2022
Przychody	173 749	347 499
Badania laboratoryjne	173 749	347 499
Koszty	27 896	55 792
Koszty materiałowe	26 347	52 694
Energia i media	527	1 053
Usługi obce	1 023	2 046
WYNIK OPERACYJNY	145 853	291 706

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z powyższą kalkulacją działanie pozwoli na poprawę wyniku Szpitala o ok. 145,9 tys. zł w roku 2021 i o 291,7 tys. zł od roku 2022.

W kwestii badań laboratoryjnych warto jeszcze podkreślić, iż część oddziałów (w tym SOR) skarżyło się na ulokowanie laboratorium w osobnym, oddalonym budynku i wskazywało konieczność wprowadzenia poczty pneumatycznej, co wydaje się być zasadnym postulatem.



Tabela 34 Efekt ekonomiczny z tytułu zwiększenia sprzedaży komercyjnych badań RTG

Zwiększenia sprzedaży komercyjnych badań RTG	2021	2022
Przychody	35 607	71 215
Badania RTG	35 607	71 215
Koszty	16 774	33 548
Koszty materiałowe	2 511	5 022
Energia i media	209	418
Usługi obce	14 054	28 108
WYNIK OPERACYJNY	18 833	37 667

Źródło: opracowanie własne.

Zgodnie z powyższą kalkulacją działanie pozwoli na poprawę wyniku Szpitala o ok. 18,8 tys. zł w roku 2021 i o ok. 37,7 tys. zł od roku 2022.

9. Rehabilitacja

Szpital posiada bogaty potencjał techniczny i organizacyjny w zakresie rehabilitacji. Jego skala przewyższa potrzeby wynikające z kontraktów z NFZ. Dość wskazać, że same wynagrodzenia personelu przewyższają wartość sprzedanych świadczeń, nie mówiąc już o kosztach utrzymania bazy technicznej. Na działalności operacyjnej sam Oddział Rehabilitacji przynosi stratę przekraczającą **3 mln zł**.

W tym stanie rzeczy zasadnym wydawałoby się rozważenie likwidacji tego obszaru działalności Szpitala. Jednak ze względu na fakt, iż na jesieni ma zacząć funkcjonować nowo wybudowane Centrum Rehabilitacji, dlatego alternatywą będzie tutaj podjęcie zdecydowanych działań restrukturyzujących koszty. Praktyka wskazuje, że potrzeby społeczne na tego typu usługi jest stosunkowo duże, dlatego zaleca się np. zwiększenie świadczeń komercyjnych w Pracowni Fizjoterapii. Zakładając ostrożne podejście do tematu przyjmuje się, że Szpital jest w stanie uzyskać rocznie co najmniej **0,5 mln zł** sprzedaży płatnych świadczeń rehabilitacyjnych. Zakłada się również, że świadczenia te będą wykonywane w trybie ambulatoryjnym.

Tabela 35 Efekt ekonomiczny z tytułu zwiększenia sprzedaży świadczeń komercyjnych w rehabilitacji

Zwiększenia sprzedaży świadczeń komercyjnych w rehabilitacji	2021	2022
Przychody	250 000	500 000
Świadczenia dot. rehabilitacji	250 000	500 000
Koszty	9 787	19 574
Koszty materiałowe	4 688	9 376
Energia i media	4 596	9 192
Usługi obce	503	1 005
WYNIK OPERACYJNY	240 213	480 426

Źródło: opracowanie własne.



Planując dodatkową sprzedaż przewiduje się równocześnie wzrost związanych z nią bezpośrednich kosztów zmiennych. W kategorii kosztów materiałowych ujęto zużycie materiałów medycznych, dezynfekcyjnych, energii i mediów, natomiast w kategorii kosztów usług obcych uwzględniono wybrane pozycje bezpośrednio związane z organizacją procedur medycznych.

Wysoki poziom kosztów osobowych, w stosunku do wartości wykonanych świadczeń wskazuje, że wzrost sprzedaży nie powinna wpływać na konieczność zwiększenia nakładów na koszty personelu.

Kalkulacje kosztów oparto o dotychczas ponoszone zwiększając je proporcjonalnie do wzrostu ilości i wartości świadczeń medycznych

10. SOR i NiSOZ

Zaleca się zlokalizowanie Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej w pobliżu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, bowiem pozwala to na lepszą organizację pracy oraz efektywniejsze zarządzanie ruchem chorym i racjonalizację realizowanych świadczeń medycznych. Należy również podkreślić, iż zlecenie podwykonywania NiSOZ podmiotowi zewnętrznemu – Radomskiej Stacji Pogotowia Ratunkowego de facto może nie być korzystne dla Szpitala, bowiem oba podmioty posiadają rozbieżne „interesy”. Dlatego zasadnym wydaje się planowana przez Szpital rozbudowa SOR, tym bardziej, iż obecnie nie spełnia on wymogów m.in. w kwestii krzyżowania się dróg, czy posiadania pomieszczenia do dekontaminacji. Realizacja kontraktu dotyczącego NiSOZ we własnym zakresie (RSS) powinna się przełożyć na poprawę wyniku nie tylko w NiSOZ, ale także w SOR.

11. Oddział Urologiczny

Zgodnie z informacjami uzyskanymi podczas audytu, Oddział Urologiczny nie rozwija się w zakresie zabiegów laparoskopowych, ze względu na braki sprzętowe oraz zgłasza potrzebę posiadania w swojej strukturze sali pooperacyjnej.

Zgodnie z tendencjami na rynku usług medycznych, liczba zabiegów wykonywanych metodą laparoskopową powinna rosnąć, gdyż pozwalają one skrócić czas pobytu pacjenta, jednocześnie zapewniając mu podwyższony komfort i przyśpieszony proces leczenia. Zabiegi laparoskopowe w porównaniu do klasycznych wywołują mniejszą liczbę powikłań oraz infekcji szpitalnych będących przyczyną ponownej hospitalizacji, a co za tym idzie generowania dodatkowych kosztów dla Szpitala. Dlatego audytorzy widzą zasadność rozszerzenia tej działalności przy odpowiednim poukładaniu współpracy i ram czasowych pracy zespołów na Bloku Operacyjnym (wprowadzeniu odpowiedniej koordynacji).

Ponadto Oddział mieści się w starym budynku i nie spełnia unijnych norm w zakresie warunków lokalowych (np. ilości łóżek na salach chorych). Zatem konieczny jest tu remont lub przenosiny Oddziału do innej lokalizacji, by umożliwić jego rozwój.

12. Oddział Chorób Wewnętrznych

W kategorii największej liczby leczonych Oddział Chorób Wewnętrznych zajmuje 3 miejsce (w roku 2019 było to 3 167 chorych). Jednak w zakresie wykorzystania bazy łóżkowej zajmuje już pozycję zdecydowanego lidera, z imponującym wynikiem 138,5%. Z jednej strony świadczy to o prężnym funkcjonowaniu Oddziału, z drugiej zaś wskazuje na pewne problemy Szpitala. Z informacji uzyskanych podczas audytu wynika, iż SOR zbyt szybko



przekazuje tu pacjentów, zamiast diagnozować i kierować na konkretne oddziały (a nie tylko na internę). Ponadto posiadanie w strukturach Szpitala Zakładu Opieki Długoterminowej, powinno pomóc w odciążaniu interny i przejmowaniu części pacjentów. Przedstawiona sytuacja wymaga przeorganizowania pracy i funkcjonowania w ww. komórkach (internie, SOR, ZOD).

Audytorzy w swoich kalkulacjach założyli 2 działania, które powinny zoptymalizować wskaźnik obłożenia Oddziału Chorób Wewnętrznych:

- 1) skrócenie średniego pobytu o 1 dzień i
- 2) zwiększenie liczby łóżek o 14 szt.

Wprowadzenie powyższych działań w zakresie Oddziału Chorób Wewnętrznych pozwoli na polepszenie komfortu pobytu pacjentów oraz zoptymalizowanie wykorzystania łóżek do poziomu 91,1%.

13. Oddział Chirurgii Ogólnej

W latach 2017 – 2019 liczba leczonych na Oddziale Chirurgii Ogólnej wahała się. W roku 2019 wynosiła 2 131, czyli o 327 pacjentów mniej (13,3%) niż w roku 2017. Wykorzystanie łóżek w roku 2019 (na poziomie 92,5%) było dużo wyższe od średniej dla województwa i kraju (o ok. 30%), jednak średnia długość pobytu także przekraczała znacznie ww. wartości (o ok. 2 dni). Przytoczone wskaźniki wydają się potwierdzać uzyskaną podczas audytu informację, iż z powodu przepełnień na Oddziale Chorób Wewnętrznych na Oddział Chirurgii Ogólnej trafiają pacjenci internistyczni, którzy zaburzają faktyczne statystyki tego oddziału (m.in.: obniżają operatywę, wydłużają średni czas pobytu). Dlatego sytuację tę należy zmienić i zaprzestać takich procedur. Oczywiście pojedyncze (incydentalne) przypadki mogą się zdarzać, jednak nie powinny one być normą (standardem).

Mimo iż liczba zabiegów operacyjnych w latach 2017 – 2019 wahała się (w roku 2019 wykonano 1 304 zabiegi – o 67 więcej niż w roku 2018, ale o 117 zabiegów mniej niż w roku 2017), to dziwi stały spadek wykonań (w roku 2019 wykonano świadczeń na kwotę ok. 7,3 mln zł, czyli o ok. 0,8 mln zł mniej niż w roku 2018 i o ok. 0,9 mln zł mniej niż w roku 2017). Zaleca się zwiększenie aktywności w celu poprawy wyniku finansowego komórki (w roku 2019 strata kształtowała się na poziomie ok. -2,3 mln zł)⁶.

Wśród pilnych potrzeb sprzętowych kierownictwo Oddziału wymieniło:

- nowy aparat USG,
- nowe monitory,
- wymianę części łóżek i szafek dla pacjentów.

14. Oddział Chirurgii Naczyniowej

W latach 2017 – 2019 wykorzystanie łóżek na Oddziale Chirurgii Naczyniowej spadało (w roku 2019 wynosiło 56,1% – o 3,4% mniej niż w roku 2017). Podobnie było z liczbą

⁶ Zgodnie z kalkulacją ZUK KNOW HOW przedstawioną w rozdziale – Analiza Finansowa



wykonywanych zabiegów operacyjnych, która także spadała – w roku 2019 przeprowadzono 496 zabiegów, czyli o 84 (14,5%) mniej niż w roku 2017. W pierwszym kwartale 2020 roku widać dynamiczne zwiększenie zabiegów tzw. „małych” (głównie zabiegów endowaskularnych), które są wykonywane przy Oddziale. Zjawisko to należy ocenić pozytywnie, gdyż pozwala ono zaoszczędzić m.in. na drogich kosztach Bloku Operacyjnego oraz stanowi mniej inwazyjną alternatywę dla tradycyjnych zabiegów, co przekłada się na krótszy pobyt pacjenta i większy komfort.

Ponadto z informacji uzyskanych podczas audytu wynika, iż Oddział wymaga remontu oraz zgłasza większe zapotrzebowanie na dostępność do Bloku Operacyjnego.

15. Oddział AiIT

Wykorzystanie łóżek na Oddziale Anestezjologicznym i Intensywnej Terapii kształtowało się na stosunkowo niskim poziomie - 47% w 2019 roku, co znacznie odbiegało od placówek medycznych o zbliżonym zakresie wykonywanych świadczeń medycznych. Zaleca się przeanalizowanie zaistniałej sytuacji oraz wyciągnięcie stosownych wniosków.

Wśród pilnych potrzeb sprzętowych kierownictwo Oddziału wymieniło:

- materace przeciwodleżynowe,
- nowy dializator.

16. Oddział Nefrologii

W latach 2017 – 2019 wykorzystanie łóżek na Oddziale rosło (do poziomu 81,9%), jednak długość pobytu także rosła (do 8,1 dnia, a więc o 1,7 dnia więcej od średniej dla woj. mazowieckiego i 1,6 dnia od średniej dla kraju). Zaleca się zmniejszenie tego wskaźnika w celu optymalnego wykorzystania posiadanych zasobów Szpitala. Ponadto Oddział wymaga remontu i dostosowania, a także i nakładów inwestycyjnych w sprzęt i wyposażenie:

- aparaty do hemodializy,
- kardiomonitoring,
- nowe łóżka i materace.

17. Oddział Dziecięcy

Mimo iż w latach 2017 – 2019 wykorzystanie łóżek na Oddziale spadło, to i tak poziom z roku 2019 (62,5%) był wyższy od średniej dla woj. mazowieckiego (o 5,62%) i od średniej dla kraju (o 13,94%). Należy zaś docenić skrócenie się pobytu pacjenta z 4,2 dni do 3,3 dni. Na pochwałę zasługuje także fakt, iż na przestrzeni 3 lat wartość wykonanych świadczeń stale rosła (z ok. 3,7 do 4,9 mln zł), a wynik finansowy był na plusie (ok. 0,27 mln zł).

Z informacji uzyskanych podczas audytu wynika, iż Oddział wymaga odświeżenia.

18. Oddziały zabiegowe



Oddziały zgłaszały trudności we współpracy z zespołem anestezjologów – m.in. kłopoty z odbywaniem konsultacji z pacjentami na dzień przed operacją, a także nieprzestrzeganie godzin pracy (przychodzenie po czasie rozpoczęcia pracy oraz wychodzenie przed zakończeniem czasu pracy). Z drugiej strony Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii zgłaszał, iż zabiegi operacyjne planowane są bez uzgodnienia z OAIIT – wszyscy chcą zaczynać zabiegi rano i „szybko skończyć”, a do tego oddziały zabiegowe często zmieniają plany zabiegowe, co utrudnia optymalizację wykorzystania anestezjologów (pogłębia problem braków kadrowych). Przedstawione dwa, skrajnie odmienne, stanowiska wskazują na konflikt obu grup i dowodzą dużego problemu we współpracy i komunikacji. Dlatego zaleca się interwencję dykcji w celu rozwiązania tego sporu i uzyskania porozumienia między stronami. Kluczowe wydaje się dostosowanie godzin pracy pielęgniarek i lekarzy anestezjologów do potrzeb procesów leczniczych oraz uzgadnianie harmonogramu zabiegów przez oddziały zabiegowe z pielęgniarką kierującą pracą Bloku Operacyjnego.

19. Oddział Neurologiczny oraz Oddział Udarowy

Oddziały wymagają poprawy warunków lokalowych, gdyż nie są zachowane odpowiednie standardy w zakresie powierzchni pomieszczeń. Zaleca się, aby Szpital przeprowadził analizę możliwości zmiany lokalizacji oddziałów, w celu polepszenia warunków bytowo-lokalowych dla pacjentów.

20. Oddziały szpitalne

Dla zapewnienia skuteczności działania, Szpital powinien dążyć do doskonalenia metod ustalania strategii i zarządzania realizacją kontraktów poprzez wdrażanie rutynowych procedur i włączanie do tego procesu pośrednich szczebli zarządzania. Wydaje się zatem zasadne zarekomendowanie Szpitalowi pilne wdrożenie takich procedur (zarządzania i monitorowania realizacji kontraktów), które obejmować będą zarówno Dyrekcję Szpitala jak i Ordynatorów, kierownictwo zespołu poradni specjalistycznych oraz komórki zajmujące się nadzorem i rozliczaniem świadczeń medycznych z NFZ. Dzięki temu działaniu Szpital powinien wykonywać ryczałt w ramach umowy NFZ na poziomie bezpiecznym 100%⁷ oraz wprowadzać działania w celu sukcesywnego wzrostu świadczeń poza ryczałtowych, odrębnie finansowanych oraz nielimitowanych.

21. Karta DILO

W Szpitalu zdiagnozowano problem z poprawnym wykazywaniem pacjentów z kartą DILO (część oddziałów wykazuje pacjentów onkologicznych w ramach ryczałtu, zamiast osobno jako karty DILO). Dlatego zaleca się powołanie dedykowanego stanowiska Koordynatora ds. DILO – osoby, która od początku do końca przeprowadzać będzie chorego przez proces leczenia – jako łącznik z kadrą lekarsko-pielęgniarską oraz diagnostyczną. Zapewni to lepszy komfort opieki pacjentom onkologicznym oraz poprawi wycenę realizowanych procedur onkologicznych poprzez zastosowanie korzystniejszych stawek (niż standardowe procedury np. chirurgiczne, urologiczne).

⁷ Algorytmy stosowane przez NFZ do wyliczenia przyszłych kontraktów dopuszcza wahania w realizacji ryczałtów w granicach 98% do 102% (bez straty w finansowaniu ryczałtu). Wyższa realizacja nie przekłada się na wzrost ryczałtu, przyczynia się natomiast do ponoszenia niepotrzebnych wydatków na dodatkowe świadczenia (które nie będą zapłacone), zaś niższa realizacja powoduje zmniejszenie ryczałtu w kolejnym roku.



Stały bieżący monitoring wykonanych umów z NFZ oraz działania korygujące, mające na celu przesunięcie środków z ryczału PSZ do zakresów nielimitowanych (pakiet onkologiczny, świadczenia poza pakietem onkologicznym) stanowią dodatkowe źródło przychodu z tytułu realizowanych umów z NFZ, zwłaszcza, gdy świadczenia ryczałtowe są realizowane ponad wskazany poziom finansowania. Zdarza się, iż w wyniku błędów sprawozdawczych, świadczenia realizowane na rzecz pacjentów z rozpoznaniem z katalogu DILO są rozliczane z zakresu podstawowego. Wskazujemy w tym miejscu również, iż zgodnie z obowiązującymi przepisami, świadczeniodawca realizujący świadczenia na rzecz pacjentów z podejrzeniem choroby nowotworowej, po jej potwierdzeniu (wynik histopatologiczny) powinien dokonać korekty rozpoznania, co skutkuje możliwością wydania karty DILO i zmiany zakresu rozliczeniowego hospitalizacji lub rozliczenie świadczeń z katalogu świadczenia poza pakietem onkologicznym, zgodnie z obowiązującymi zasadami w tym zakresie. Powyższe wymagać będzie wyznaczenie koordynatora pakietu onkologicznego, który, poza podstawową rolą, dotyczącą prowadzenia pacjenta przez ścieżkę świadczeń związanych z zarządzaniem chorobą, będzie czuwał nad prawidłową sprawozdawczością i przestrzeganiem terminów określonych przepisami. Rekomendujemy również analizę wszystkich zrealizowanych świadczeń pod kątem efektywności rozliczeń (kody procedur ICD-9, odpowiednie rozpoznanie) oraz planowanie hospitalizacji, w oparciu o gromadzenie informacji medycznej, pozwalającej na zgodne z przepisami oraz zasadami sztuki medycznej uzyskiwanie najkorzystniejszej ekonomicznie płatności za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej. Niezbędna w tym zakresie jest ścisła współpraca administracji (sekretarek medycznych, pracowników działów sprzedaży) i personelu lekarskiego.

Tabela 36 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby pacjentów z kartą DILO oraz pacjentów onkologicznych poza pakietem

Zwiększenie dot. pacjentów onkologicznych	2021
Przychody	2 000 000
Świadczenia osobno kontraktowane – karty DILO oraz pacjenci onkologiczni poza pakietami	2 000 000
Koszty	677 743
Koszty osobowe	120 000
Materiały medyczne	486 757
Utrzymanie pacjentów	40 563
Usługi obce medyczne	30 423
WYNIK OPERACYJNY	1 322 257

Źródło: opracowanie własne.

W roku 2019 RSS osiągnął z tytułu pakietu onkologicznego i świadczeń poza pakietem onkologicznym przychody na poziomie ok. 745 tys. zł (273 tys. zł z poradni i 472 tys. zł z oddziałów), zaś podobne wielkością jednostki uzyskują przychody na poziomie 4-6 mln zł, zatem Szpital powinien dążyć do zwiększenia przychodu w tym obszarze o minimum 2 mln zł. Na bazie takiej symulacji oszacowano, iż koszty powinny się zamknąć w kwocie ok. 677,7 tys. zł, z czego koszty osobowe (wynagrodzenie Koordynatora DILLO) wyniosą ok. 120 tys. zł, materiały medyczne ok. 486,8 tys. zł, koszty utrzymania pacjentów ok. 40,6 tys. zł, zaś usługi obce medyczne ok. 30,4 tys. zł. Wynik finansowy wyniesie wówczas ok. 1,3 mln zł. W modelu przyjęto, iż działanie realizowane będzie w pełni od przyszłego roku.



22. AOS

Z analizy przeprowadzonej podczas audytu wynika, iż wielkość specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych, w porównaniu z innymi ośrodkami, jest na niskim poziomie i z roku na rok spada. Wydaje się, że Szpital nie wykorzystuje tu w pełni szansy jaka wynika z jego specjalistycznego charakteru.

Przyczynę systematycznego spadku wartości udzielanych świadczeń przez Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną należy upatrywać w sposobie zorganizowania i zarządzania zakładem leczniczym AOS. Zarządzanie poradniami i pracownikami świadczącymi usługi dla pacjentów ambulatoryjnych jest rozproszone, poradnie zostały podporządkowane poszczególnym kierownikom oddziałów szpitalnych. Struktura organizacyjna zajmująca się ruchem pacjentów ambulatoryjnych od dłuższego czasu funkcjonuje bez faktycznego kierownika, a prowadzona jest przez Przełożoną Pielęgniarek, której nie przypisano (przyznano) niezbędnych upoważnień i umocowań.

Szpital mało uwagi poświęca rozwojowi świadczeń ambulatoryjnych, co jest także widoczne m.in. w ich umiejscowieniu w strukturze organizacyjnej. Zarządzanie poradniami i pracownikami świadczącymi usługi dla pacjentów ambulatoryjnych jest rozproszone, poradnie zostały podporządkowane poszczególnym kierownikom oddziałów szpitalnych. Struktura organizacyjna zajmująca się ruchem pacjentów ambulatoryjnych od dłuższego czasu funkcjonuje bez faktycznego kierownika, a zarządzana jest przez Przełożoną Pielęgniarek, która zajmuje się bardzo rozległym obszarem, ale de facto bez właściwego umocowania.

Warto podkreślić, iż NFZ premiuje systematyczny wzrostu świadczeń ambulatoryjnych, w tym wydawanych e-skierowań⁸ (wzrost ten ma wpływ na wskaźnik Q przy ustalaniu wielkości ryczałtu dla Szpitala).

Ponieważ polityka płatnika (NFZ) zmierza do przenoszenia części środków (nakładów) z leczenia zamkniętego (szpitalnego) na rzecz AOS, w celu rozwijania skoordynowanej opieki nad pacjentem. Dlatego rozważne zarządzanie tym obszarem jest kwestią niezwykle istotną dla interesów Szpitala. Ponadto duża aktywność i wysoka jakość usług w tych zakresach gwarantuje stały dopływ pacjentów na oddziały szpitalne. Dlatego audytorzy zalecają pilne powołanie Kierownika ds. AOS, bowiem teraz każdy oddział zarządza swoją poradnią sam, co wprowadza chaos i skutkuje gorszą organizacją pracy. Kierownik mógłby kontrolować punktualność i faktyczne godziny przyjmowania pacjentów przez lekarzy. Powinien przyczynić się także do ograniczenia odwoływania przyjęć w poszczególnych poradniach oraz lepszego wykorzystania gabinetów.

Należy opracować i wdrożyć rozwiązania strukturalne, które obejmować będą zarówno kwestie organizacji zarządzania jak i stosowanych procedur, których zadaniem będzie praca nad budową silnej pozycji na rynkach świadczeń ambulatoryjnych i kierowanie ruchem pacjentów poprzez dopasowywanie oferty medycznej pod potrzeby rynku.

⁸ Od 01.07.2020 r. obowiązuje Zarządzenie Nr 94/2020/DSOZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, które zwiększa poziom finansowania określonych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w sytuacji zwiększenia obsługi e-skierowań w miejsce dotychczas wystawianych skierowań w formie papierowej.



Odnosnie Poradni Medycyny Pracy – obecnie świadczy ona usługi tylko na potrzeby pracowników RSS (tzw. Gabinet Lekarza Zakładowego). Dlatego zdecydowanie zaleca się rozszerzenie tych usług, gdyż w większości placówek jest to dochodowa działalność. Dostępność niezbędnych specjalistów (np. okulista, neurolog) oraz szerokiej diagnostyki, to duży atut Szpitala, który daje mu przewagę konkurencyjną. Ponadto Szpital mógłby starać się o podpisanie umowy w tym zakresie z Urzędem Miasta, czy innymi spółkami miejskimi oraz lokalnymi pracodawcami.

23. Strona internetowa

Według danych za rok 2017 w Polsce 82% gospodarstw domowych posiada dostęp do Internetu. W obecnych czasach to właśnie ten kanał stał się głównym źródłem informacji, dlatego tak ważne jest, aby „funkcjonować” także w tej przestrzeni. W związku z tym audytorzy zalecają bieżące aktualizowanie już istniejącej, przyjaznej dla użytkowników, strony internetowej Szpitala (<https://szpital.radom.pl/>) m.in. o informacje dotyczące nowych usług czy zabiegów, zakupu innowacyjnego sprzętu, nowych członkach personelu medycznego, otrzymanych wyróżnieniach, wzmianek w prasie, telewizji lub radiu. Takie działanie w sposób pośredni przyczyniać się będzie do budowania aktywnych relacji Jednostka-Pacjent.

24. Wprowadzenie regulacji w gospodarce materiałami medycznymi

Na podstawie przeprowadzonego audytu w Szpitalu w Radomiu można stwierdzić, iż obecny system zarządzania i gospodarowania materiałami medycznymi nie jest do końca optymalny. Dokonana analiza benchmarkowa wykazała nieefektywność w zakresie zużycia materiałów medycznych na poszczególnych Oddziałach. Zaleca się wprowadzenie pełnej kontroli nad zamówieniami oraz wydaniem środków farmaceutycznych, sprzętu jednorazowego użytku i pozostałych materiałów wraz ze skrupulatnym przestrzeganiem miesięcznych limitów pobrań i zużyć owych materiałów.

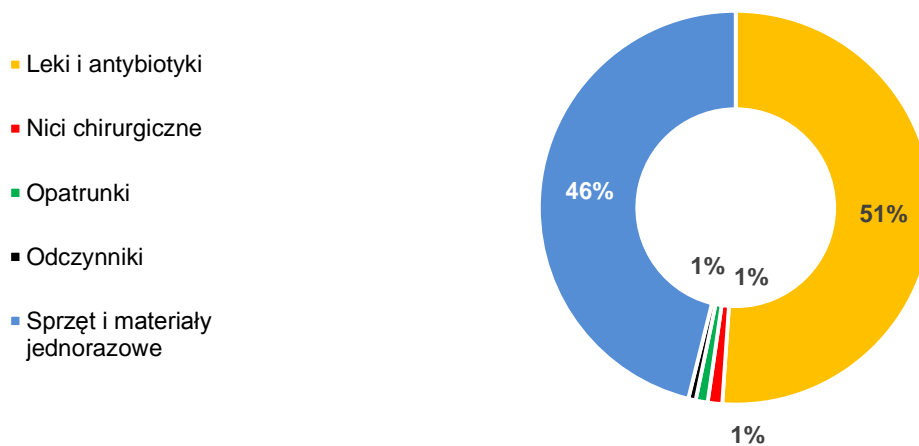
W gospodarce materiałami medycznymi istotne jest również rozważne i przemyślane dobieranie odpowiedniego zestawu materiałów medycznych do każdego leczonego pacjenta, np. stosowanie zamienników drogich, markowych leków tańszymi, równie skutecznymi.

Za nadzór nad gospodarką materiałami medycznymi powinna odpowiadać wyznaczona, odpowiednia osoba, która w formie raportów będzie opracowywać spostrzeżenia dla Dyrekcji. Wszystkie informacje o gospodarce lekowej powinny być zapisywane w pełni funkcjonalnym systemie informatycznym. Inwentaryzacja Apteki Szpitalnej powinna odbywać się przynajmniej raz na kwartał, natomiast podręczne apteczki oddziałowe powinny być inwentaryzowane raz w miesiącu.

W ramach wprowadzenia regulacji w gospodarce materiałami medycznymi Szpital powinien zaoszczędzić na zużyciu materiałów medycznych **3 010 763 zł w skali roku**. Podział oszczędności na poszczególne grupy materiałów medycznych przedstawia poniższy wykres.



Wykres 4 Oszczędności z tytułu optymalizacji zużycia materiałów medycznych w podziale na asortyment



Źródło: opracowanie własne.



11. Działania w zakresie obsługi gospodarczej

Niezwykle ważne dla właściwego funkcjonowania podmiotów leczniczych jest odpowiednie zarządzanie procesami pośrednio związanymi z leczeniem pacjentów, czyli tzw. obsługą gospodarczą. Procesy te mają bowiem odzwierciedlenie w wysokości kosztów obciążających placówki medyczne. W niektórych sferach obsługi gospodarczej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego im. dr. Tytusa Chałubińskiego wymagana jest optymalizacja kosztów. Jej wdrożenie przyczyni się do poprawy sytuacji finansowej Jednostki.

Analiza sfery obsługi gospodarczej w RSS, przedstawiona w części audytowej opracowania, pozwoliła na zidentyfikowanie szczegółowych problemów występujących w Placówce. Dotyczą one **sprzątania i dozoru**.

W dalszej części rozdziału przedstawione zostały możliwe do osiągnięcia oszczędności wynikające z optymalizacji kosztów ww. zakresach.

A. Optymalizacja kosztów związanych ze sprzątniem

W RSS usługi sprzątania realizowane są dwójako, zarówno przez podmiot zewnętrzny, jak i własny personel.

Według analizy przeprowadzonej w części audytowej opracowania stawka miesięczna za sprzątnie 1m² powierzchni operacyjnej kształtuje się na poziomie 24,04 zł, a więc odbiega od optymalnych wartości benchmarkowych, które mieszczą się w przedziale 18,20 – 19,20 zł.

Dlatego we wstępnej kalkulacji oszczędności przyjęto górną granicę ww. przedziału (19,20 zł/1m²) i obliczono, iż powinna ona wynieść ok. 1,60 mln zł.

Tabela 37 Wstępna kalkulacja oszczędności dot. sprzątania w RSS

Wyszczególnienie	SPRZĄTANIE		
	Dotychczasowe rozwiązanie*	Nowe rozwiązanie	Wstępna oszczędność
Łączne koszty sprzątania	7 968 514	6 365 491	1 603 023
Łączna liczba m ² - powierzchnia operacyjna	27 628	27 628	-
Miesięczna stawka za sprzątnie 1m ² pow. operacyjnej	24,04	19,20	4,84

* kwotę tę przyjęto w oparciu o wartość z roku 2019

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Wiedząc jednak, iż na jesień 2020 roku Szpital planuje uruchomienie Centrum Rehabilitacji o powierzchni użytkowej 5 210 m², założono bezpieczną kwotę 1,36 mln. Wartość tą uzyskano po przeprowadzonej analizie organizacji pracy poszczególnych komórek, która wykazała przerost zatrudnienia w tej grupie zawodowej, o co najmniej 30 etatów. Przyjmując, iż średnie miesięczne wynagrodzenie wnosi ok. 3 157,97 brutto, to roczna oszczędność (łącznie z kosztami pracodawcy) z tytułu redukcji personelu o 30 osób osiągnie wartość **1 364 243 zł**. Ponadto, w celu lepszej koordynacji



i możliwości prowadzenia dokładniejszych analiz, audytorzy zalecają wydzielenie osobnej komórki „Działu higieny i utrzymania czystości” (jako osobnego ośrodka powstawania kosztów). Pozwoli to także na efektywniejsze i bardziej elastyczne dysponowanie zasobami.

Ze względu na wyjątkową sytuację spowodowaną pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 przewiduje się, iż okres wprowadzania niezbędnych zmian może się wydłużyć i w prognozach finansowych oszczędność ujęto dopiero od kwietnia 2021 roku.

B. Optymalizacja kosztów związanych z dozorem

Dozór w RSS prowadzony jest przez firmę zewnętrzną. Ponieważ dotychczasowe rozwiązanie stosowane przez Szpital jest dużo droższe w porównaniu do danych benchmarkowych. Ze względu na trudną sytuację Szpitala, audytorzy zalecają ograniczenie liczby posterunków – do 3 funkcjonujących w ciągu dnia oraz 2 funkcjonujących w ciągu nocy, które pozwoli obniżyć koszty o **430 386 zł (44,3%)**.

Tabela 38 Proponowany podział rocznej oszczędności dot. żywienia pacjentów w RSS w Radomiu

Wyszczególnienie	DOZÓR		
	Dotychczasowe rozwiązanie	Nowe rozwiązanie	Oszczędność
Posterunek 1	19 161	19 161	0
Posterunek 2	14 842	7 421	7 421
Posterunek 3	14 842	7 421	7 421
Posterunek 4	9 637	0	9 637
Posterunek 5	14 690	14 690	0
Posterunek 6	11 386	0	11 386
OGÓŁEM miesięcznie	84 559	48 693	35 865
OGÓŁEM rocznie	1 014 707	584 322	430 386

* kwotę tę przyjęto w oparciu o wartość z roku 2020

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Radomskiego Szpitala Specjalistycznego.

Szacując oszczędność założono, iż Szpital zrezygnuje zupełnie z 4 i 6 posterunku, a na posterunku 2 i 3 zostawi tylko 12h dyżur dzienny (zrezygnuje z dyżurów nocnych). Dokonując powyższych redukcji przyjęto, iż 1 z pozostawionych dyżurów dziennych może być przeniesiony do nowej lokalizacji w otwieranym na jesieni 2020 roku Centrum Rehabilitacji.

Ze względu na wyjątkową sytuację spowodowaną pandemią koronawirusa SARS-CoV-2 oraz obowiązującą do końca stycznia 2021 roku umową (dot. dozoru) przewiduje się, iż okres wprowadzania niezbędnych zmian może się wydłużyć i w prognozach finansowych oszczędność ujęto dopiero od lutego 2021 roku.



12. Działania w zakresie polityki kadrowej

Polityka kadrowa jest jednym z najważniejszych obszarów zarządzania w każdym podmiocie działalności leczniczej. Profesjonalna polityka kadrowa oraz jej konsekwentna realizacja warunkują sprawne funkcjonowanie, właściwą realizację zadań oraz wypełnianie misji danego podmiotu.

W podmiocie leczniczym misją jest utrzymanie i poprawa stanu zdrowia ludzi, dlatego też należy pamiętać, że uzyskiwane wyniki zależą przede wszystkim od kwalifikacji, zaangażowania i dojrzałości zawodowej zatrudnionych w niej pracowników. Odpowiednio prowadzona polityka kadrowa powinna prowadzić do zatrudniania nieodzownej liczby osób z odpowiednim poziomem wiedzy, umiejętności czy zdolności do realizacji podstawowej jego misji.

Działania w zakresie poprawy polityki zatrudnienia w Szpitalu w Radomiu wskazane w niniejszym dokumencie, dotyczą z jednej strony optymalizacji stanu i struktury zatrudnienia, z drugiej zaś zwracają uwagę na działania jakościowe zmierzające do wzrostu satysfakcji z pracy personelu, co w bezpośredni sposób powinno przełożyć się na wzrost jakości opieki nad pacjentem. Polityka kadrowa powinna być jednym z najważniejszych elementów strategii danej jednostki, na którą składać się powinny: procedury i zwyczaje dotyczące postępowania z pracownikiem. Powinna ona zapewniać zaspokojenie potrzeb, ambicji, aspiracji zawodowych, jednocześnie realizując cele i zadania statutowe Szpitala.

Realizacja polityki kadrowej powinna w szczególności dążyć do:

- tworzenia w podmiocie profesjonalnego, rzetelnego, trwale związanego ze Szpitalem zespołu pracowników,
- zapewnienia efektywnej obsady kadrowej poszczególnych komórek organizacyjnych,
- zapewnienia stabilizacji zawodowej, przeciwdziałanie odchodzeniu pracowników o wysokich kwalifikacjach,
- rozwoju specjalistycznych kwalifikacji zawodowych koniecznych do realizacji zadań w podmiocie, w szczególności zwiększenie liczby specjalistów,
- rozwoju systemu motywacyjnego opartego na właściwym kształtowaniu warunków i stosunków pracy, powiązaniu wynagradzania, awansowania i nagradzania z profesjonalizmem i efektywnością świadczonej pracy oraz rozwojem kwalifikacji zawodowych pracowników,
- stosowania metod i technik zarządzania kadrami zgodnie z przyjętymi standardami i praktykami w ochronie zdrowia.

Rekomendacje w zakresie polityki kadrowej przedstawione zostały poniżej.



1. Optymalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy

Stan, struktura zatrudnienia oraz organizacja pracy personelu medycznego i niemedycznego w Szpitalu w Radomiu wymagają optymalizacji. Proponuje się dostosowanie liczby i struktury zatrudnienia we wskazanych komórkach organizacyjnych do rzeczywistych potrzeb wynikających z realizacji bieżących zadań.

Organizację pracy należy dostosować do natężenia pracy, wynikającego z liczby leczonych pacjentów, przeprowadzanych badań itp. Uwzględnić przy tym należy również rozkład funkcjonalno-organizacyjny oraz powierzchnię oddziałów, ilość sal, wartość kontraktu jaki dany oddział musi wykonać, wskaźniki operatywy oraz wymagania Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie realizowania poszczególnych działalności.

Optymalizacji zatrudnienia dokonano w porównaniu do stanu zatrudnienia z dnia 31.03.2020 roku. Przy określeniu optymalnej struktury zatrudnienia uwzględniono urlopy wypoczynkowe (26 dni urlopu w roku dla osób na umowach o pracę) oraz wskaźniki absencji pozostałej (chorobowej, szkoleniowej itp.) na poziomie 10 dni przy wybranych grupach zawodowych. W koncepcji nie założono natomiast długoterminowych urlopów chorobowych, macierzyńskich i wychowawczych ze względu na trudność ich przewidzenia w Szpitalu. Przedstawiona koncepcja wykazuje tylko osoby, które powinny fizycznie pracować w Szpitalu.

Propozycja etatyżacji bazuje na analizie benchmarkingowej kilku podobnych jednostek, uwzględnia wymogi prawa i wymagania NFZ, wykorzystuje doświadczenie innych jednostek, opiera liczbę pracowników nie tylko o bazę łóżkową, ale też o obciążenie pracą liczone np. stopniem wykorzystania łóżek.

Zaproponowana koncepcja docelowego zatrudnienia w Jednostce nie zakłada konieczności zlecenia godzin nadliczbowych. Zakłada, że personel będzie pracował w pełnym wymiarze czasu pracy, nie będzie wcześniej wychodził z pracy, a wskaźniki absencji chorobowej będą utrzymywały się na poziomie racjonalnym (tzn. nie większym niż średnia krajowa).

Podkreślić również należy, że możliwe są drobne korekty do zaproponowanej etatyżacji. Mogą one wynikać z większej liczby obowiązków lub ze szczególnych zadań wykonywanych przez pracowników, o których konsultanci ZUK Know How nie zostali poinformowani oraz ze wzrostu absencji chorobowej pracowników. Uważamy jednak, że odchylenia te nie powinny być wyższe niż 5%.

Docelową liczbę łóżek, przy optymalizacji obecnej struktury organizacyjnej Szpitala, przedstawia tabela poniżej.



Tabela 39 Docelowa liczba łóżek

Oddział	Przed zmianą	Po zmianie
Oddział Dziecięcy	25	20
Oddział Kardiologiczny	46	46
Oddział Chorób Wewnętrznych	46	60
Oddział Dializ i Odcinek Nefrologii	17	17
Oddział Neurologii z Odcinkiem Udarowym	30	30
Oddział Dermatologii	16	15
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	26	26
Oddział Okulistyki	15	13
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	67	54
Oddział Chirurgii Ogólnej	42	42
Oddział Urologii	25	23
Oddział Ortopedyczno-Urazowy	40	35
Oddział Chirurgii Naczyniowej	20	15
Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	11	10
Oddział Neonatologii	28	25
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	10	10
Oddział Rehabilitacji	54	54
ZOL i ZPO	33	33
OGÓŁEM	551	528

Źródło: opracowanie własne.

Liczbę łóżek zaplanowano na poziomie 528, czyli o 23 łóżka mniej niż obecnie.

Poniżej w tabelach zostały przedstawione ruchy kadrowe w poszczególnych grupach zawodowych.

Tabela 40 Ruchy kadrowe

Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
Lekarze	169,53	78,33	15	153,03	71,33	15	-16,50	-6,50	0
Wyższy medyczny	60,33	0,00	6	57,33	0,00	6	-3,00	0,00	0
Pielęgniarki i położne	661,95	1,58	3	546,55	1,58	3	-115,40	0,00	0
Technicy	96,00	1,05	0	83,00	1,05	0	-13,00	0,00	0
Średni medyczny	128,75	4,44	6	103,25	4,44	6	-25,50	0,00	0
Niższy medyczny	224,50	0,00	0	182,50	0,00	0	-42,00	0,00	0
Administracja	113,64	0,00	5	92,64	0,00	5	-21,00	0,00	0
Obsługa	81,00	0,00	1	69,00	0,00	1	-12,00	0,00	0
Ogółem	1 535,70	85,40	36	1 287,30	78,90	36	-248,40	6,50	0

Źródło: opracowanie własne.

Docelowy model funkcjonowania Szpitala będzie oparty o zasoby ludzkie oraz rzeczowe obecnie funkcjonującej Jednostki. W etatyzacji została ujęta zmiana organizacji pracy oraz korekty w poszczególnych komórkach organizacyjnych medycznych oraz administracyjno-technicznych.



Docelowa liczba zatrudnionych z umów o pracę w Szpitalu przy obecnych ruchach kadrowych wynieść powinna 1 287,30 etatów z umów o pracę oraz 78,90 etatów przeliczeniowych z umów kontraktowych, umowy zlecenia pozostały bez zmian – oprócz stałych zleceń powinny być one dostosowywane w zależności od bieżącego zapotrzebowania. Daje to redukcję na poziomie łącznie prawie 255 etatów, przy czym redukcja w ramach umów kontraktowych dotyczy zmniejszenia z tytułu redukcji dyżurów medycznych.

Należy zaznaczyć, że łączna liczba redukowanych pracowników w ramach umów o pracę może zostać zmniejszona o ruchy naturalne – przejście na emeryturę oraz zakończenie umów na czas określony. Należy również pamiętać, że nie wszystkie osoby będzie można „od razu” zwolnić, dlatego że część osób przebywa na długoterminowych zwolnieniach, dlatego też poziom redukcji należy skorygować o te osoby. Osoby te (lub je zastępujące) będzie można zwolnić w momencie powrotu do pracy.

W tabelach poniżej została zaprezentowana docelowa organizacja lekarzy oraz pracy pielęgniarek i położnych.

Tabela 41 Docelowa organizacja pracy lekarzy

Jednostka organizacyjna	Do południa 7:35h		Dyżur medyczny
	Specjaliści	Rezydenci*	
Oddział Dziecięcy	3-4	7	2**
Oddział Kardiologiczny	8	1	1
Pracownia Hemodynamiki	1		1
Oddział Chorób Wewnętrznych	5	2	1
Oddział Dializ i Odcinek Nefrologii	2-3	2	1
Oddział Neurologii z Odcinkiem Udarowym	4-5	3	1
Oddział Dermatologii	3	3	-
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	3		1
Oddział Okulistyki	5	1	1
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	10	5	2
Oddział Chirurgii Ogólnej	5	2	1
Oddział Urologii	4	1	1
Oddział Ortopedyczno-Urazowy	4	1	1
Oddział Chirurgii Naczyniowej	5		1
Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	4	4	-
Oddział Neonatologii	5	1	1 + 1 pod telefonem
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	8	5	3
Oddział Rehabilitacji	4,5		1
ZOL i ZPO	1-2		-
Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć	2 lekarzy zabiegowych (chirurg, ortopeda) 2 lekarzy niezabiegowych		

* stan na 31.03.2020r.

Źródło: opracowanie własne.



W przypadku lekarzy dokonano zmiany ich liczby w zakresie godzin do południa, wyodrębniając lekarzy rezydentów (traktując ich poniekąd jako dodatkową pomoc) oraz redukcję dyżuru na Oddziale Kardiologicznym, Neurologicznym, Nefrologicznym. Urazowo-Ortopedycznym z Urologią, na Oddziale Otolaryngologicznym z Okulistycznym.

Taka organizacja pracy wpływa na redukcję lekarzy na poziomie 15 etatów oraz 3 dyżurów lekarskich.

Tabela 42 Docelowa organizacja pracy pielęgniarek i położnych

Jednostka organizacyjna	Do południa 7:35h	12 godzin w dzień (pn.-pt.)	12 godzin w nocy (pn.-pt.)	12 godzin w dzień (weekendy i święta)	12 godzin w nocy (weekendy i święta)
Oddział Dziecięcy	2	3	2/3	2/3	2
Oddział Kardiologiczny	4	6	5	6	5
Oddział Chorób Wewnętrznych	5	6	6	6	6
Odcinek Nefrologii	2	2	2	2	2
Oddział Neurologii z Odcinkiem Udarowym	1	5	4	5	4
Oddział Dermatologii	2	1/2	1/2	1/2	1/2
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	2	3	2	3	2
Oddział Okulistyki	2	2	1	1	1
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	5	6	6	6	6
Blok Operacyjny ginekologiczny	4	2	2	2	2
Oddział Chirurgii Ogólnej	3	5	5	5	5
Oddział Urologii	2	4	2	3	2
Oddział Ortopedyczno-Urazowy	2	4	4	4	4
Oddział Chirurgii Naczyniowej	2	2	2	2	2
Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	2	1	1	1	1
Oddział Neonatologii	2	4	3/4	4	3/4
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	14	6	6	6	6
Oddział Rehabilitacji	2	4	4	4	4
ZOL i ZPO	2	4	3	4	2
Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izłą Przyjęć	2	8	8	8	8
Blok Operacyjny	8	2	2	2	2

Źródło: opracowanie własne.

Powyższa organizacja pracy dla pielęgniarek i położnych została opracowana mając na względzie to, iż zmiany nie pogorszą jakości opieki nad pacjentem. Rekomendacje dotyczą zmian w zakresie organizacji pracy personelu pielęgniarskiego dostosowanej do potrzeb wynikających z realizacji rzeczywistych zadań uwzględniając propozycje skorygowanej liczby łóżek oraz odpowiednią dla nich liczbę osób podyktowaną nową normą zatrudnienia pielęgniarek i położnych.

Zatrudnienie uwzględniające nową organizację pracy pielęgniarek i położnych jest niższe o ponad 109,40 etatów w stosunku do stanu zatrudnienia na koniec marca 2020 r.



Rezerwa w zatrudnieniu znajduje się na Stacji Dializ, gdzie niekorzystny układ funkcjonalno-przestrzenny wpływa na zawyżenie personelu pielęgniarskiego (powinno być 10 etatów mniej).

Tabela 43 Docelowa organizacja pracy salowych

Jednostka organizacyjna	Do południa 7:35h	12 godzin w dzień (pn.- pt.)	12 godzin w nocy (pn.- pt.)	12 godzin w dzień (weekendy i święta)	12 godzin w nocy (weekendy i święta)
Oddział Dziecięcy	2				
Oddział Kardiologiczny	2	1		1	
Oddział Chorób Wewnętrznych	2	1		1	
Odcinek Nefrologii	1				
Stacja dializ	3				
Oddział Neurologii z Odcinkiem Udarowym	2	1		1	
Oddział Dermatologii		1		1	
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	1	1		1	
Izba Przyjęć Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego	1				
Oddział Okulistyki	2				
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	3	2	1	2	1
Blok Operacyjny Gin.-Poł.		1	1		
Oddział Chirurgii Ogólnej	2	1		1	
Blok Operacyjny	2	1	1	1	1
Oddział Urologii	2				
Oddział Ortopedyczno-Urazowy	1	1		1	
Oddział Chirurgii Naczyniowej		1		1	
Oddział Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	1				
Oddział Neonatologii	2	1		1	
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii		1		1	
Oddział Rehabilitacji	2	2	1	2	1
ZOL i ZPO	1	2		2	
Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izba Przyjęć		3	3	3	3

Źródło: opracowanie własne.

Taka organizacja pracy wpłynie na obniżenie zatrudnienia w przypadku salowych o 30 etatów.

W tabeli poniżej przedstawiona została tabela z ruchami kadrowymi w poszczególnych komórkach Szpitala i grupach zawodowych. Uwzględni ona optymalizację w stosunku do obecnej struktury organizacyjnej Szpitala.



Tabela 44 Ruchy kadrowe

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
Oddział Kardiologiczny	Lekarze	13,80	2,21		12,80	2,21		-1,00		
	Pielęgniarki i położne	40,00			34,00			-6,00		
	Technicy	1,00			1,00					
	Średni medyczny	3,00			2,00			-1,00		
	Niższy medyczny	12,00			8,00			-4,00		
Pracownia Hemodynamiki	Lekarze		4,25			4,25				
	Pielęgniarki i położne	10,00	1,58		10,00	1,58				
	Technicy	4,00	1,05		4,00	1,05				
Oddział Chorób Wewnętrznych	Lekarze	5,00	2,97	1	5,00	2,97	1			
	Pielęgniarki i położne	45,00			38,00			-7,00		
	Średni medyczny	3,00			3,00					
	Niższy medyczny	19,00			11,00			-8,00		
Oddział Dializ	Lekarze	1,00			1,00					
	Pielęgniarki i położne	29,00			25,00			-4,00		
	Średni medyczny	3,00			2,00			-1,00		
	Niższy medyczny	5,00			5,00					
	Obsługa	3,00			2,00			-1,00		
Odcinek Nefrologii	Lekarze	4,00	6,50		4,00	3,00			-3,50	
	Pielęgniarki i położne	13,00			13,00					
	Niższy medyczny	3,00			3,00					
Oddział Neurologii z Odcinkiem Udarowym	Lekarze	9,00	4,26		8,00	2,76		-1,00	-1,50	
	Wyższy medyczny			2			2			
	Pielęgniarki i położne	31,00			24,00			-7,00		
	Średni medyczny	3,00			2,00			-1,00		
	Niższy medyczny	11,00			7,00			-4,00		
Oddział Okulistyki	Lekarze	9,00			9,00					



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
	Pielęgniarki i położne	9,00			9,10			0,10		
	Średni medyczny	1,50			1,50					
	Niższy medyczny	4,00			4,00					
Blok Operacyjny Okulistyczny	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
Oddział Dermatologii	Lekarze	7,00			6,00			-1,00		
	Pielęgniarki i położne	12,00			10,00			-2,00		
	Średni medyczny	1,00			0,50			-0,50		
	Niższy medyczny	4,00			3,00			-1,00		
Oddział Dziecięcy	Lekarze	12,00	1,24	5	11,00	1,24	5	-1,00		
	Pielęgniarki i położne	27,00			17,00			-10,00		
	Średni medyczny	3,00			3,00					
	Niższy medyczny	4,00			4,00					
Oddział Obserwacyjno-Zakaźny	Lekarze	5,00		1	4,00		1	-1,00		
	Pielęgniarki i położne	18,00			16,00			-2,00		
	Średni medyczny	3,00			2,00			-1,00		
	Niższy medyczny	4,00			4,00					
Izba Przyjęć Oddziału Zakaźnego	Niższy medyczny	1,00			1,00					
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	Lekarze	19,10	2,03		14,10	2,03		-5,00		
	Wyższy medyczny	1,00			1,00					
	Pielęgniarki i położne	63,00			38,00			-25,00		
	Średni medyczny	4,00		1	4,00		1			
	Niższy medyczny	21,00			18,00			-3,00		
Blok Operacyjny Ginekologiczny	Pielęgniarki i położne	15,00			15,00					
	Niższy medyczny	7,00			6,00			-1,00		
Oddział Neonatologii	Lekarze	7,00	0,29		6,00	0,29		-1,00		
	Pielęgniarki i położne	31,00			22,50			-8,50		
	Średni medyczny	2,00			2,00					



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
	Niższy medyczny	5,00			5,00					
Oddział Chirurgii Ogólnej	Lekarze	8,00	5,74	1	6,00	4,24	1	-2,00	-1,50	
	Pielęgniarki i położne	32,00			30,00			-2,00		
	Średni medyczny	2,00			2,00					
	Niższy medyczny	8,00			6,00			-2,00		
Oddział Urologii	Lekarze	8,40	1,41		7,40	1,41		-1,00		
	Pielęgniarki i położne	20,00			17,00			-3,00		
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		
	Niższy medyczny	4,00			3,00			-1,00		
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	Lekarze	9,60	9,79		9,60	9,79				
	Pielęgniarki i położne	52,00			45,00			-7,00		
	Średni medyczny	1,00			1,00					
	Niższy medyczny	4,00			3,00			-1,00		
Oddział Ortopedyczno-Urazowy	Lekarze	4,00	5,81		4,00	5,81				
	Pielęgniarki i położne	30,00			17,00			-13,00		
	Technicy	2,00			1,00			-1,00		
	Średni medyczny	2,00			2,00					
	Niższy medyczny	10,00			6,00			-4,00		
Oddział Rehabilitacji	Lekarze	5,30	2,09		4,30	2,09		-1,00		
	Wyższy medyczny	13,33		3	11,33		3	-2,00		
	Pielęgniarki i położne	26,00			23,00			-3,00		
	Technicy	5,00			5,00					
	Średni medyczny	4,00			3,00			-1,00		
	Niższy medyczny	11,50			11,50					
	Obsługa	3,00			0,00			-3,00		
Oddział Chirurgii Naczyniowej	Lekarze	2,00	6,70		2,00	6,70				
	Pielęgniarki i położne	16,00			13,00			-3,00		
	Średni medyczny	1,00			1,00					



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
Oddz. Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	Niższy medyczny	4,00			4,00					
	Lekarze	9,50		1	9,00		1	-0,50		
	Pielęgniarki i położne	8,00			8,00					
	Niższy medyczny	2,00			1,00			-1,00		
Blok Operacyjny Chirurgiczny z Centralną	Pielęgniarki i położne	28,00			20,00			-8,00		
	Niższy medyczny	19,00			17,00			-2,00		
ZPO i ZOL	Lekarze			2			2			
	Wyższy medyczny	6,00		1	6,00		1			
	Pielęgniarki i położne	20,00			20,00					
	Technicy	1,00			1,00					
	Średni medyczny	1,00		1	1,00		1			
	Niższy medyczny	15,00			11,00			-4,00		
Szpitalny Oddział Ratunkowy z Izbą Przyjęć	Lekarze		15,68	2		15,68	2			
	Pielęgniarki i położne	31,00			32,00			1,00		
	Średni medyczny – ratownicy medyczni	15,00	4,44	4	11,00	4,44	4	-4,00		
	Średni medyczny	13,00			11,00			-2,00		
	Niższy medyczny	25,00			19,00			-6,00		
	Obsługa			1			1			
	Lekarze Stażyści	Lekarze	12,00			12,00				
Poradnia Stomatologii Zachowawczej	Lekarze	4,50			4,50					
	Pielęgniarki i położne	1,50			1,50					
	Średni medyczny	2,00			2,00					
	Niższy medyczny	1,00			1,00					
Poradnia Ortodontji	Lekarze	1,81			1,81					
	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
Poradnia Chirurgii Szczękowo-Twarzowej	Pielęgniarki i położne	2,00			1,00			-1,00		
	Średni medyczny	1,00			1,00					



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
Poradnia Diabetologiczna	Lekarze			1			1			
	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
	Średni medyczny	2,00			2,00					
Poradnia Alergologiczna dla Dorosłych	Pielęgniarki i położne	0,75			0,75					
Poradnia Endokrynologiczna	Lekarze	1,00			1,00					
	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		
Poradnia Gastroenterologiczna z Pr. Endoskopową	Lekarze	1,00			1,00					
	Pielęgniarki i położne	3,00			3,00					
	Średni medyczny	1,00			1,00					
	Obsługa	1,00			1,00					
Przychodnia Gruźlicy, Chorób Płuc i Alergii Oddechowych	Lekarze	0,80			0,80					
	Pielęgniarki i położne	3,00			2,00			-1,00		
	Technicy	1,00			1,00					
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		
	Obsługa	1,00			1,00					
	Administracja	1,00			1,00					
Poradnia Rehabilitacji	Lekarze			1			1			
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		
Zakład Rehabilitacji	Wyższy medyczny	14,00			13,00			-1,00		
	Technicy	13,00			12,00			-1,00		
	Średni medyczny	1,00			1,00					
	Niższy medyczny	7,00			7,00					
Poradnia Reumatologiczna i Leczenia Osteoporozy	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
Poradnia Skóro-Wenerologiczna	Pielęgniarki i położne	3,00			2,00			-1,00		
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
	Administracja	1,00			1,00					
Poradnia Chorób Piersi i Profilaktyki Onkologicznej	Pielęgniarki i położne	2,00			1,00			-1,00		
Specjalistyczne Poradnie Ginekologiczne	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
	Średni medyczny	2,00			2,00					
Poradnia Neurologiczna dla Dzieci z Prac.EEG	Lekarze	0,75			0,75					
	Pielęgniarki i położne			1			1			
	Technicy	1,00			1,00					
	Średni medyczny	1,00			1,00					
Poradnia Diabetologiczna dla Dzieci	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
Poradnia Alergologiczna dla Dzieci	Średni medyczny	1,00			1,00					
Poradnia Konsultacyjna Szczepień z Punktem Szczepień	Lekarze			1			1			
	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
Poradnia Kardiologiczna z Prac. Badań Czynnościowych	Wyższy medyczny	1,00			1,00					
	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
	Technicy	2,00			2,00					
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		
	Obsługa	2,00			1,00			-1,00		
Poradnia Neurologiczna dla Dorosłych z Prac.EEG i EMG.	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
	Technicy	1,00			1,00					
	Średni medyczny	3,00			2,00			-1,00		
	Administracja	1,00			1,00					
Poradnia Nefrologiczna dla Dorosłych	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
	Średni medyczny	1,00			1,00					
Poradnia Chirurgii Ogólnej	Pielęgniarki i położne	6,00			4,00			-2,00		
	Średni medyczny	3,25			3,25					
	Niższy medyczny	1,00			1,00					



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
Poradnia Urologiczna	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		
Poradnia Ortopedyczna	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		
	Niższy medyczny	1,00			1,00					
	Obsługa	1,00			1,00					
Poradnia Laryngologiczna dla Dorosłych i dla Dzieci	Lekarze	0,97			0,97					
	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
	Średni medyczny	1,00			1,00					
Poradnia Okulistyczna z Pracownikami	Lekarze			1			1			
	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
	Średni medyczny	3,00			2,00			-1,00		
Poradnia Hepatologiczna	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
	Średni medyczny	2,00			1,00			-1,00		
Laboratorium Analityczne	Wyższy medyczny	7,50			7,50					
	Technicy	14,00			13,00			-1,00		
	Średni medyczny	4,00			3,00			-1,00		
	Niższy medyczny	2,00			2,00					
Prac. Immunologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi	Wyższy medyczny	6,00			6,00					
	Technicy	1,00			1,00					
Laboratorium Mikrobiologiczne	Wyższy medyczny	5,50			5,50					
	Technicy	3,00			3,00					
	Średni medyczny	2,00			2,00					
	Niższy medyczny	2,00			2,00					
Zakład Diagnostyki Obrazowej	Lekarze	4,00	7,36		4,00	7,36				
	Wyższy medyczny	3,00			3,00					
	Pielęgniarki i położne	3,00			3,00					
	Technicy	34,00			25,00			-9,00		



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
	Średni medyczny	4,00			3,00			-1,00		
	Niższy medyczny	2,00			2,00					
	Obsługa	2,00			2,00					
Pracownia USG	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
Zakład Patomorfologii	Lekarze	2,00			2,00					
	Technicy	7,00			6,00			-1,00		
	Średni medyczny	1,00			1,00					
	Niższy medyczny	4,00			3,00			-1,00		
Pracownia Radiologii Zabiegowej	Lekarze									
	Pielęgniarki i położne	0,70		1	0,70		1			
	Technicy	2,00			2,00					
Apteka Zakładowa	Wyższy medyczny	3,00			3,00					
	Technicy	4,00			4,00					
	Niższy medyczny	1,00			1,00					
	Administracja	2,00			2,00					
Gabinet Lekarza Zakładowego	Lekarze	1,00			1,00					
Dyrektor Naczelny	Administracja	1,00			1,00					
Z-cy Dyrektora	Administracja	3,00			3,00					
Główny Księgowy	Administracja	1,00			1,00					
Stanowiska samodzielne podległe Dyrektorowi Naczelnemu	Administracja	1,13			1,13					
Stanowiska samodzielne podległe Z-cy Dyrektora	Lekarze	1,00			1,00					
	Pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
Stanowisko Pracy d/s Socjalnych dla Pacjentów	Administracja	3,00			2,00			-1,00		
Sekretariat i Kancelaria	Administracja	3,00			2,00			-1,00		
Sekcja Dokumentacji i Ruchu Chorych	Średni medyczny	9,00			8,00			-1,00		



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
Stanowisko pielęgniarskie d/s epidemiologicznych	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					
Dział Służb Pracowniczych	Administracja	8,00			7,00			-1,00		
Dział Ekonomiczno-Finansowy	Administracja	22,00			14,00			-8,00		
Dział Techniczny	Obsługa	27,00			23,00			-4,00		
	Administracja	7,00			6,00			-1,00		
Dział Żywienia	Obsługa	21,00			21,00					
	Średni medyczny	3,00			3,00					
	Administracja	2,00			2,00					
Dział Administracyjno-Gospodarczy	Obsługa	20,00			17,00			-3,00		
	Administracja	15,00			12,00			-3,00		
Archiwum zakładowe	Administracja	2,00			2,00					
Sekcja Zaopatrzenia	Administracja	10,00			8,00			-2,00		
Sekcja Radców Prawnych	Administracja	0,75			0,75					
Sekcja Zamówień Publicznych	Administracja	6,00			4,00			-2,00		
Sekcja BHP	Administracja	2,00			2,00					
Sekcja Organizacji	Administracja	3,00			3,00					
Sekcja Statystyki Medycznej, Zawierania Umów i Rozliczeń	Administracja	6,00			5,00			-1,00		
Dział Informatyki	Administracja	7,00			6,00			-1,00		
Sekcja Sprzętu Medycznego	Administracja	3,50			3,50					
Stanowisko Kapelana Szpitalnego	Administracja	2,26			2,26					
NSZZ ""Solidarność""	Niższy medyczny	1,00			1,00					
Ośrodek Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położn	Pielęgniarki i położne	2,00			2,00					



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Nazwa	Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby	Um. o prace etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia osoby
Stanowiska samodzielne	Administracja			4			4			
OGÓŁEM		1 535,70	85,40	336	1 287,40	78,90	36	-248,40	-6,50	0

Źródło: opracowanie własne.



Powyższa tabela zawiera działania optymalizacyjne w zakresie obecnej struktury organizacyjnej przy dzisiejszej organizacji procesów, które wymagają przemodelowania. Optymalizacja zatrudnienia pozwoli przede wszystkim na poprawę rentowności Jednostki. Jednocześnie należy podkreślić, iż jest to poziom zabezpieczający wykonywanie obecnie realizowanych świadczeń medycznych, z rezerwą dla rozwoju usług w ramach obecnej działalności Szpitala.

Opisywane działanie będzie w bezpośredni sposób wpływać na poprawę sytuacji finansowej Jednostki poprzez zmniejszenie kosztów zatrudnienia. Wprowadzanie nowej organizacji pracy oszczędność na poziomie ok. 21 mln zł rocznie w zakresie kosztów osobowych (w tym kosztów świadczeń).

2. Działania organizacyjno-zarządcze

Zmiana sposobu wynagradzania lekarzy, zależnego od efektów pracy

Obecnie lekarze wynagradzani są za godzinę pracy lub dyżur medyczny. Lekarz otrzymuje wynagrodzenie bez względu na efekt swojej pracy. Taki system wynagradzania lekarzy jest niekorzystny dla Szpitala – wypłata wynagrodzeń dla lekarzy powinna być skorelowana z efektami ich pracy – wynikami komórek organizacyjnych w których wykonują świadczenia. Analiza kosztów wynagradzania lekarzy wykazała, iż stawki ich są dużo wyższe od średnich stawek rynkowych.

Likwidacja dodatków do dyżurów medycznych

W Szpitalu funkcjonują dodatki, które lekarze dodatkowo dostają do wynagrodzenia poza ustawowym za pełnienie dyżuru medycznego. Jest to rozwiązanie rzadko spotykane w szpitalach i nie korzystne finansowo dla Radomskiego Szpitala. Zalecamy likwidację tych dodatków.

Elektroniczna ewidencja czasu pracy personelu

Zwracamy uwagę wprowadzenie **elektronicznej ewidencji czasu pracy**. W Szpitalu nie musi być papierowej listy obecności. Obowiązkiem pracodawcy jest prowadzenie ewidencji czasu pracy, ale przepisy nie wskazują na jej formę – można ją ustalić w wewnątrzzakładowym regulaminie.

Analiza danych z papierowych list obecności pochłania dużo czasu – należy sprawdzić poprawność danych i skonfrontować je z otrzymanymi wnioskami urlopowymi, wyliczyć i rozliczyć nadgodziny, stworzyć podsumowania okresowe, itd. Elektroniczny system ewidencji pracy robi to wszystko automatycznie. System porównuje harmonogram zaplanowany dla danego pracownika z jego zarejestrowanym czasem pracy i wylicza nadgodziny (z podziałem na nocne, dobowe i średniotygodniowe). Dzięki temu oszczędza wiele trudu pracownikom kadr i płac.

Systemy ewidencji czasu pracy pozwalają na wykonywanie każdej czynności w systemie, co pozwala skutecznie zmniejszać wypływ papierologii na administrację w Szpitalu. Konieczność podpisywania się na liście nie jest być może wielką uciążliwością, jednak zmiana kartki papieru na elektroniczny system z pewnością zwiększa wygodę pracowników. Papierowa lista często krąży między biurkami i trzeba jej szukać, pojawiają się na niej błędy,



które ciężko poprawiać. Dzięki wygodnemu sposobowi rejestracji w systemie każdy pracownik może łatwo i szybko zaznaczyć swoją obecność w systemie.

Papierowa lista może być uzupełniona kiedykolwiek przez kogokolwiek – czasem z dużym opóźnieniem, hurtowo, albo przez kolegę z biura. W systemie z góry ustala się, kto odpowiada za rejestrację czasu pracy (pracownik, przełożony czy dział kadr) i kiedy może to zrobić.

3. Zróżnicowanie form zatrudnienia

Obecnie Szpital zatrudnia na umowy o pracę ponad 90% ogółu pracowników. Liczba umów cywilno-prawnych (kontraktowych) mogłaby być wyższa. Szpital nie korzysta w pełni z możliwości tańszej formy finansowania usług profesjonalistów medycznych (lekarzy, pielęgniarek, magistrów, techników i innych) – zwłaszcza w przypadku osób zarabiających najwięcej.

Zaleca się zatem **szkolenie personelu medycznego celem zachęcania do zawierania umów kontraktowych** na świadczenie usług medycznych zamiast wykonywania ich w oparciu o umowę o pracę.

Zalet umów kontraktowych jest wiele, jednak jedna z nich jest najważniejsza: są one korzystne zarówno dla podmiotu jak i dla samego pracownika. Sytuacja taka ma miejsce po przekroczeniu określonego pułapu wynagrodzenia. Najkorzystniejsze jest to w przypadku osób zarabiających najwięcej.

W przypadku zmiany formy zatrudnienia przez personel medyczny następuje zmiana stosunku prawnego między stronami umowy. Zaletą dla lekarzy i pielęgniarek w tym zakresie będzie to, iż pracodawca i zatrudniony na kontrakcie staną się równorzędnymi partnerami pod względem prawnym. Z kolei dla Szpitala oznaczać to może obniżenie kosztów zatrudnienia o składki na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne oraz uproszczone mechanizmy wynagrodzeń.

Zmieniając formę zatrudnienia na kontrakty zlikwiduje się ograniczenia w czasie pracy personelu medycznego. Dla lekarzy i pielęgniarek wpłynie to na większą samodzielność w organizacji czasu własnej pracy. Natomiast Szpital uniknie problemu deficytu lekarzy specjalistów, a osoby pracujące na kontraktach charakteryzować się będą większą dyspozycyjnością.

Zawierając umowę kontraktową sugerujemy zwrócić szczególną uwagę na zapisy znajdujące się w umowie. Dzisiejsze umowy kontraktowe są zdecydowanie bardziej dopracowane niż te sprzed kilku lat. Podpisując umowę kontraktową można osiągnąć ten sam efekt jak przy umowie o pracę, dając tym samym poczucie bezpieczeństwa i stabilności dla pracowników, jednocześnie zachowując dużą swobodę i elastyczność. Dobre ubezpieczenie komercyjne zabezpiecza (na wypadek choroby) o wiele lepiej niż ubezpieczenie obowiązkowe, które jest gwarantowane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Wszystko w umowie kontraktowej jest kwestią negocjacji. Można rozwiązać również problem dotyczący urlopów poprzez zagwarantowanie płatnych dni wolnych od pracy.



Realizacja powyższego działania w bezpośredni sposób wpłynie na poprawę sytuacji finansowej Jednostki poprzez zmniejszenie kosztów wynagrodzeń osobowych wraz z pochodnymi świadczeniami na rzecz pracowników.

Korzyścią zmiany formy zatrudniania na kontrakty dla personelu medycznego mogłyby być przede wszystkim wyższe wynagrodzenia netto, mimo ponoszenia kosztów samodzielnie opłacanych składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne, a także zmniejszanie podstawy opodatkowania podatkiem dochodowym (możliwość odliczania kosztów prowadzonej działalności od przychodów), przy jednocześnie niższych kosztach osobowych ponoszonych przez Szpital.

Przykładowo lekarz, który jest zatrudniony na umowę o pracę z wynagrodzeniem brutto 5 000 zł, otrzymuje po odliczeniu wszelkich składek i zaliczek na podatek dochodowy około 68% w postaci wynagrodzenia netto. Pracownik zatrudniony na kontrakcie przy takim samym wynagrodzeniu brutto otrzymuje netto około 86% kwoty wyjściowej. Wzrost wynagrodzenia zwiększa różnicę kosztu ponoszonego przez płatnika w obu wariantach formalno-prawnych, przy takim samym efekcie uzyskiwanym przez zainteresowanego „na rękę”. Ważne dla płatnika jest to, że zapewnia oczekiwaną korzyść finansową dla pracownika przy zoptymalizowanych – w sposób zgodny z prawem – kosztach. Jest to szczególnie ważne w obecnej sytuacji niedoboru kadr i rosnącej presji płacowej w ochronie zdrowia.

Szpital mogłaby zaoszczędzić przy założeniu zarobków dla tych pracowników „na rękę” na obecnym poziomie. Nawet podnosząc zarobki do pewnego poziomu mógłby dalej czerpać korzyści z oszczędności z tego tytułu.

Na potrzeby niniejszego opracowania dokonano symulacji zmiany umów o pracę na umowy kontraktowe zakładając wzrost wynagrodzenia netto o 10% dla wszystkich pracowników zarabiających (bez rezydentów):

- od 6 do 9 tys. zł brutto. Oszczędności oszacowane z tego tytułu mogłyby wynieść 2,4 mln w skali roku. Z uwagi na fakt, iż trudno jest zidentyfikować liczbę chętnych osób do zmiany formy zatrudnienia w prognozie finansowej założono, iż formę umowy zmieni 50% osób, zatem oszczędność założono na poziomie 1,2 mln zł w skali roku,
- powyżej 10 tys. zł brutto. Oszczędności oszacowane z tego tytułu mogłyby wynieść 3,2 mln w skali roku. Z uwagi na fakt, iż trudno jest zidentyfikować liczbę chętnych osób do zmiany formy zatrudnienia w prognozie finansowej założono, iż formę umowy zmieni 80% osób, zatem oszczędność założono na poziomie 1,2 mln zł w skali roku.

4. Monitoring absencji pracowników

Analiza absencji w Szpitalu w Radomiu pokazała, iż kształtuje się ona na racjonalnym poziomie. W sytuacji wprowadzania zmian naprawczych w Szpitalu absencja chorobowa w Szpitalu może wzrosnąć. Dlatego też należy ją monitorować i starać się nie dopuścić do jej wzrostu.

Do kosztów absencji chorobowej należy zaliczyć nie tylko koszt wynagrodzenia, ale również należy doliczyć wynagrodzenia za zastępstwa i nadgodziny wynikające z potrzeby wykonywania pracy za pracowników przebywających na zwolnieniu. Poza tym trzeba



uwzględnić koszty pośrednie absencji – m.in. koszty administracyjne obsługi zwolnienia, znalezienia zastępstwa (rekrutacji, szkolenia), a także obniżona jakość i wydajność pracy wykonywanej przez niedoświadczonych pracowników lub w nadgodzinach w zastępstwie za pracowników przebywających na zwolnieniu chorobowym.

Pomocnym rozwiązaniem może być wprowadzenie nagród (upominków, nagród pieniężnych) dla osób/komórek organizacyjnych o najniższym poziomie absencji. Nieobecność pracownika to koszt dla Szpitala warto zatem nagradzać tych, którzy tego kosztu nie generują. W bezpiecznej granicy, aby nie przesadzać, żeby pracownicy nie przychodzili przeziębieni do pracy i zarażali innych. Dlatego też trzeba obserwować skutki wprowadzanych rozwiązań i na bieżąco je korygować.

Ważne jest nie tyle monitorowanie nieobecności pracowników i straszenie ich konsekwencjami, ale także próba zbadania przyczyn nieobecności. Wiele nieobecności może wynikać z niewłaściwego zarządzania w organizacji. Napięta atmosfera w pracy, stres i niekorzystne warunki fizyczne w miejscu pracy mogą znacząco przyczynić się do zwiększenia liczby zwolnień. Innym powodem może być: brak motywacji, nadmiar obowiązków, monotonia pracy czy problemy w życiu osobistym. Absencje pojawiają się także wówczas, gdy występuje konflikt w zespole lub gdy któryś z pracowników jest szykanowany. Także i w tych sytuacjach lepiej sprawdzi się efektywne zarządzanie niż piętnowanie nieobecnych.

Wiele absencji wynika z doznawanego przez pracowników stresu. Dlatego też ważnym krokiem w redukcji nieobecności jest nauczenie podwładnych sposobów radzenia sobie z presją poprzez organizację szkoleń, ustalanie pracownikom regularnych przerw czy budowanie pozytywnych relacji w zespole. To właśnie dobra atmosfera w pracy i poczucie posiadania wpływu na kierunek rozwoju Szpitala sprawić może, że pracownicy poczują się zaangażowani i niechętnie będą opuszczać miejsce pracy.

Zaleca się zatem wprowadzić w Szpitalu w Radomiu tzw. zarządzanie absencją, gdyż przynieść to może wymierne korzyści dla Szpitala – zwłaszcza w okresie wprowadzania gruntownych zmian optymalizacyjnych.

5. Udoskonalenie systemu motywującego pracowników

Szpital nie posiada Regulaminu Premiowania pracowników. W Regulaminie Wynagradzania jest mowa o Regulaminie Premiowania, jednak nigdy taki regulamin nie powstał, ponieważ Szpital nie uzyskał porozumienia z przedstawicielami związków zawodowych.

Zaleca się stworzenie systemu motywacyjnego dla pracowników, który będzie miał na celu poprawę zainteresowania pracowników wynikami Szpitala oraz ich skłonienie do działań na rzecz poprawy tych wyników. System ten musi dążyć do poprawy sytuacji finansowej Szpitala wraz z uwzględnieniem oczekiwań i wartości pracowników. Brak odpowiednich bodźców motywacyjnych wpływa na zniechęcenie i zmniejszenie poziomu zaangażowania w pracę.

Motywacja stanowi podstawę działania każdej wzorcowej organizacji. Wpływa ona na ukierunkowanie działań jednostki do osiągnięcia określonego celu. W związku z tym, wdrożenie systemu motywacji ma zwiększyć zainteresowanie wynikami Szpitala przez jego pracowników. Ma również skłonić personel do poprawy wskazanych wyników poprzez



sprawniejszą pracę. Przykładami działań, które wpływają na ulepszenie sytuacji Szpitala jest zwiększenie liczby porad specjalistycznych, zwiększenie liczby porodów, zmniejszenia strat, racjonalne gospodarowanie materiałami medycznymi, zwiększania rentowności i przychodów, realizacji wszystkich zakresów kontraktu minimum w 100%, itp.

System motywacyjny powinien mieć na celu poprawę pracy w Jednostce. Wzrost satysfakcji wśród personelu przełoży się na wzrost zadowolenia pacjentów. Do elementów wskazanego systemu należy zaliczyć: podnoszenie kwalifikacji, realizację limitu kontraktu z NFZ, uzyskiwanie certyfikatów, wprowadzenie nowych procedur, identyfikację z celami Szpitala oraz promowanie realizowanej polityki i jakości obsługi pacjentów. System motywacyjny wspierający rozwój zawodowy pracowników powinien obejmować również finansowanie lub współfinansowanie udziału w kursach, szkoleniach, w tym szkoleniach i stażach specjalizacyjnych. Dodatkowo powinny być prowadzone okresowe oceny pracowników przez Dyрекcję Szpitala wraz z nagradzaniem osób, które uzyskają najlepsze wyniki.

Do prawidłowego funkcjonowania systemu motywacyjnego niezbędne są:

- jasne określenie zakresu obowiązków poszczególnych pracowników,
- odpowiednia komunikacja pomiędzy pracodawcą a pracownikami,
- konkretna droga awansu wraz z odpowiednimi wymaganiami,
- docenienie pracy przez zwierzchnika (nie tylko finansowe).

Można również podejmować inne kroki w tym kierunku, np. poprzez **różne konkursy dla pracowników** Szpitala, mające na celu szukanie obszarów, które można usprawnić, zoptymalizować. Celem takiej inicjatywy powinno być zmotywowanie pracowników do zgłaszania zmian w zakresie doskonalenia metod pracy i podnoszenia jakości świadczonych usług, które będą zmierzać do osiągnięcia określonych celów ekonomicznych. Np. konkurs pod hasłem – Gospodarnie i z jakością. Do konkursu mogliby przystąpić wszyscy pracownicy z wyłączeniem Zarządu i jego Z-ców. Zgłaszane projekty nie mogłyby dotyczyć obszarów wynikających z zakresów obowiązków pracowników. Projekty mogłyby być zgłaszane w formie pisemnej lub elektronicznej, indywidualnie i zespołowo do z góry określonego terminu. Projekty powinny być ukierunkowane do oszczędności i/lub wzrost jakości świadczonych usług. Projekty powinny m.in. zawierać:

- zdefiniowany problem – krótką charakterystykę,
- propozycję zmian,
- sposoby rozwiązania problemu,
- skutki wprowadzanych działań,
- nakłady i sposób realizacji działania,
- spodziewany efekt.

Po uzyskaniu pozytywnej oceny przez wytypowany do tego zespół projekt zostałby wdrożony i po określonym czasie nastąpiłaby jego weryfikacja. W przypadku uzyskania efektów ekonomicznych po wdrożeniu projektu twórcom projektu przysługiwałaby nagroda.

Pracownicy znają bardzo dobrze Jednostkę, w której pracują dlatego też trzeba ich zachęcić do tego typu inicjatyw, które mogłyby przynieść wymierne korzyści dla Szpitala lub usprawnić pracę.



Należy pamiętać, że finansowe systemy motywacyjne pracowników (w postaci dodatkowych premii, nagród czy gratyfikacji dla wyróżniających się pracowników) przekładają się na ich wydajniejsze działania.

Ulepszenie systemu motywującego pracowników mogłoby doprowadzić do poprawy wyniku finansowego, a także obniżenia nakładów niezbędnych na jego osiągnięcie. Jednak nie jest możliwe oszacowanie wymiernego wpływu przekładającego się na poprawę wyniku. Zwiększenie efektywności w Szpitalu wiąże się z bezpośrednim zaangażowaniem personelu.

Do prawidłowej realizacji wskazanego działania udoskonalenia systemu motywacyjnego pracowników Szpitala w Radomiu zalicza się również dokładne monitorowanie przychodów, kosztów oraz wyników Jednostki. Dodatkowym elementem jest również mierzenie na bieżąco wskazanych wartości ekonomicznych i porównywanie ich z wcześniejszymi. Zatem Jednostka powinna zainwestować w odpowiednie narzędzia do kalkulacji kluczowych wskaźników określających efektywność. Będzie to pomocne w procesie kontrolowania całego systemu.



13. Optymalizacja w zakresie zasobów majątkowych

Organizacja świadczeń medycznych w Szpitalu napotyka liczne problemy. Między innymi należą do nich wąskie gardła w wykorzystaniu powierzchni szpitalnej. Najdobitniejszym tego przykładem jest deficyt powierzchni łóżkowej na Oddziale Wewnętrznym. Niezbędne zatem wydaje się przeprowadzenie procesu optymalizacji wykorzystania powierzchni operacyjnej. Wiąże się to ze zmianami w lokalizacji i organizacji powierzchni oddziałów szpitalnych. Jest to proces złożony, który równolegle wymaga przeprowadzenia lokalnych remontów, a czasami i przebudowy niektórych pomieszczeń. Dlatego zaleca się opracowanie programu optymalizacji powierzchni i przy okazji prowadzonych remontów sukcesywne jego wdrażanie.

Stosowany aktualnie w Szpitalu system informacji finansowej nie analizuje kosztów utrzymania powierzchni w obiektach szpitalnych. Kierownicy jednostek organizacyjnych Szpitala nie mając odpowiednich informacji nie uwzględniają kosztów utrzymania zajmowanych przez siebie pomieszczeń jako istotnego składnika kosztów oddziałowych. Nie sprzyja to racjonalnemu gospodarowaniu powierzchnią. Dział Administracyjno-Gospodarczy, jako administrator powierzchni, ani żadna inna struktura wewnętrzna Szpitala nie ma poczucia, że jest gospodarzem powierzchni i nie czuje się uprawniona do podejmowania jakichkolwiek działań optymalizujących. Zaleca się zatem dokonanie odpowiednich modyfikacji w systemie rachunkowości zarządczej i w systemie rozliczenia kosztów aby w oparciu o uśrednione koszty utrzymania 1 m² powierzchni operacyjnej obciążać komórki kosztami jej utrzymania.

Rekomendujemy przekształcenie komórki administrującej nieruchomościami w swoiste „centrum biznesu”, którego zadaniem będzie zarządzanie wszystkimi nieruchomościami i całą powierzchnią operacyjną Szpitala oraz jej obsługą techniczną. Jako gospodarz całego obiektu będzie odpowiadał za koszty jej utrzymania i za prowadzenie wewnętrznej sprzedaży najmów pomieszczeń poszczególnym komórkom. Zadaniem takiego ośrodka będzie również koordynacja całego procesu optymalizacji wykorzystania dostępnej powierzchni. Dla realizacji swoich celów ośrodek taki będzie potrzebował nowych informacji zarządczych jakie będzie mógł mu dostarczyć zmodyfikowany system rachunkowości zarządczej.

Szpital prowadzi szereg prac remontowych i inwestycyjnych, których celem jest m.in. dostosowanie standardów pomieszczeń i instalacji do współczesnych wymagań. Lista braków i potrzeb w tym względzie jest szpitalowi znana. Natomiast poza aktualnie prowadzonymi inwestycjami Szpital nie posiada ani planu realizacji ani szacunków kosztów dotyczących usuwania pozostałych braków i niedostosowań. Rekomenduje się opracowanie długoterminowego planu prac dostosowawczych i remontowych wraz ze wstępnymi kosztorysami. Ułatwi to zarządzanie całą sferą technicznego utrzymania pomieszczeń Szpitala poprzez stworzenie podstaw dla systemu budżetowania i zarządzania płynnością finansową.

Proponuje się rozważenie przez Szpitala z rezygnacji eksploatacji systemu pary technologicznej. Zastosowanie lokalnych wytwornic parowych na potrzeby klimatyzacji czy urządzeń kuchennych pozwala obniżyć koszty ciepła. Inwestycje tego typu zazwyczaj zwracają się w czasie krótszym niż rok. Koncepcja ta jest jeszcze dlatego warta rozważenia, ponieważ stan techniczny instalacji parowej będzie w niedługim czasie, jak należy



oczekiwać, wymagał wysokich nakładów remontowych. Decyzja w tym zakresie powinna być poprzedzona wykonaniem audytu energetycznego Szpitala.

Obok planów dotyczących remontów, koniecznym jest także posiadanie przez Szpital planu niezbędnych nakładów na uzupełnienie i modernizację systemów energetycznych Szpitala. Problemy te przewijały się w trakcie audytu a także zostały zawarte w protokołach kontroli Sanepidu. Do najważniejszych problemów tego typu należą zabezpieczenia przed chwilowym zanikiem napięcia (urządzenia UPS), czy funkcjonowanie systemów wentylacji i klimatyzacji. Ich niewłaściwe funkcjonowanie może zagrażać zdrowiu, a nawet życiu pacjentów. Przy szczupłości posiadanych środków na remonty właśnie przygotowanie koncepcji i planów „drobnych kroków” wydaje się być niezbędne.



14. Strategia finansowa - harmonogram wdrożenia planu naprawczego

W poniższej tabeli przedstawiono harmonogram wdrożenia planu naprawczego dla Szpitala w Radomiu.

Tabela 45 Harmonogram działań naprawczych dla Szpitala w Radomiu

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
1	Optymalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy		-	-	optymalizacja zatrudnienia
	<i>Weryfikacja kwalifikacji, doświadczenia, efektywności pracy pracowników celem wytypowania osób do zwolnienia (w tym rozmowy ze związkami zawodowymi)</i>	od 09.2020			<i>redukcja personelu ustalona ze związkami zawodowymi</i>
	<i>Wręczenie wypowiedzeń pracownikom z tytułu optymalizacji zatrudnienia</i>	od 01.2021 do 08.2022			<i>redukcja liczby pracowników</i>
	<i>Wypłata odpraw dla zwalnianych pracowników</i>	od 03.2021 do 11.2022	3 060 425 zł		
	<i>Wprowadzenie nowej organizacji pracy</i>	od 01.04.2021 do 31.12.2021		oszczędność w skali roku 17 253 043 zł	<i>obniżenie kosztów zatrudnienia, poprawa organizacji pracy personelu</i>
2	Zróżnicowanie formy zatrudnienia (zamiana umów o pracę na umowy kontraktowe)	od 03.2021 do 12.2021		oszczędność w skali roku 3 737 338 zł	obniżenie kosztów osobowych
3	Optymalizacja zużycia materiałów medycznych	od 01.2021	-	oszczędność w skali roku 3 010 763 zł	obniżenie kosztów Placówki
4	Zwiększenie sprzedaży komercyjnej Szpitala	od 01.2021 do 01.2022	-	poprawa wyniku o 1 491 239 zł w skali roku	poprawa sytuacji finansowej Placówki
5	Wzrost efektywności zarządzania poprzez integrację szerokiej kadry kierowniczej wokół realizacji celów restrukturyzacji	od 01.2022	-	oszczędność 1 121 562 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
6	Zwiększenie przychodów w ramach poprawnego rozliczenia pacjentów z kartą DILO i pacjentów przyjętych poza pakietem onkologicznym	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 1 322 257 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
7	Zwiększenia liczby zabiegów w Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektroterapii	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 1 142 717 w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
8	Zwiększenie liczby porodów	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 1 139 048 w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
9	Zwiększenia liczby noworodków	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 1 096 018 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
10	Zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 447 239 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
11	Zwiększenia liczby zabiegów wszczepienia endoprotez	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 157 611 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
12	Zwiększenia liczby świadczeń w Pracowni Endoskopii	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 47 276 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
13	Wprowadzenie specjalistycznej porady pielęgniarskiej (chirurgicznej)	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 50 503 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
14	Optymalizacja kosztów związanych ze sprzętaniem	od 04.2021	-	oszczędność w skali roku 1 364 243 zł	poprawa efektywności działalności Szpitala
15	Optymalizacja kosztów związanych z dozorem	od 02.2021	-	oszczędność w skali roku 430 386 zł	poprawa efektywności działalności Szpitala
16	Pozyskanie kredytu restrukturyzacyjnego	od 01.2021	-	kredyt w wysokości 55 mln zł	Restrukturyzacja zadłużenia Placówki

Źródło: opracowanie własne.

Całkowita wartość oszczędności dla wariantów naprawczych wynosi ponad 33 mln zł.



15. Metody zachowania płynności finansowej

Wszystkie Jednostki funkcjonujące w sektorach prywatnych jak i publicznych powinny charakteryzować się efektywnym zarządzaniem w działaniach operacyjnych, taktycznych i strategicznych. Działalność gospodarcza to nie tylko sprzedaż usług i szukanie możliwości rozwoju. Sukces gospodarczy związany jest ze sprzedażą produktów finalnych lub usług i skróceniem czasu zamiany należności na gotówkę, co wiąże się z problemem ich windykacji, a w konsekwencji z rzeczywistą płynnością finansową.

Jedną z najważniejszych dziedzin zarządzania finansami w Jednostce jest zarządzanie płynnością finansową. Jego znaczenie rośnie zwłaszcza w okresach dekonstrukcji. Utrzymanie płynności finansowej staje się wtedy podstawowym celem Jednostki, ważniejszym nawet od zysku. W dzisiejszych czasach kluczową sprawą dla funkcjonowania Szpitala jest posiadanie bieżącej płynności finansowej, co wymaga stosowania narzędzi modelu w zakresie zarządzania płynnością finansową.

Płynność finansowa, rozumiana jako zdolność jednostki do regulowania bieżących zobowiązań i koniecznych wydatków, jest wyjątkowo istotnym elementem zarządzania finansami jednostki. W krótkim okresie czasu to płynność, a nie rentowność, decyduje o istnieniu podmiotu na rynku. Należy zwrócić także uwagę na aspekt majątkowo-kapitałowy płynności, gdyż dotyczy on wzajemnych relacji między majątkiem, który stanowi zabezpieczenie spłaty zobowiązań w terminie, a zobowiązaniami finansującymi ten majątek. Płynność finansowa jest w dużym stopniu determinowana przez tempo zamiany poszczególnych elementów majątku na gotówkę (płynność majątkowa). Sytuacja będzie tym lepsza, im większy będzie udział aktywów o wysokim stopniu płynności w całym majątku. Utrzymanie płynności wymaga posiadania nie tylko środków pieniężnych i aktywów szybko zbywalnych, ale także odpowiedniego udziału zobowiązań o długim terminie wymagalności.

Proces utrzymania płynności Jednostki na właściwym poziomie należy do podstawowych zadań zarządzających i wymaga ciągłego podejmowania działań w tym kierunku. W pierwszej kolejności powinno się zdiagnozować poziom płynności w Jednostce, a następnie określić strategię właściwą dla uzyskania zaplanowanego poziomu płynności. W przypadku podmiotów leczniczych powszechnym problemem jest zbyt niska płynność i zagrożenie brakiem płynności.

Stopień zadłużenia szpitali jest jednym z największych problemów systemu finansowego w Polsce. Brak możliwości sfinansowania wszystkich potrzeb zgłaszanych przez społeczeństwo pokazuje, iż nie został wypracowany idealny system, który z jednej strony w 100% służyłby społeczeństwu, a z drugiej nie generował nadmiernych obciążeń budżetowych. Co do zasady, w większości szpitali problem ten wywołuje trudności związane z bieżącym funkcjonowaniem, na skutek czego pojawia się zadłużenie przeterminowane wobec dostawców.

Szpital w Radomiu jest w bardzo trudnej sytuacji, gdyż posiadane zadłużenie i związane z nim koszty obsługi znacząco uniemożliwiają prawidłowe, zdrowe funkcjonowanie Placówki. Całkowite zobowiązania Szpitala w Radomiu ulegały corocznemu zwiększaniu – z 73,0 mln zł w roku 2017 do poziomu 123,1 mln zł w I kwartale 2020 roku. Zobowiązania z tytułu kredytów i pożyczek stanowiły około 45% całkowitych zobowiązań Placówki (około 30% bez uwzględnienia pożyczek miejskich). Drugą grupę wśród zobowiązań, mającą wpływ na



bieżącą płynność Szpitala stanowiły zobowiązania handlowe – około 30-35%, przy czym zobowiązania przeterminowane stanowiły ponad 50% ich wartości. Warto podkreślić, że obszar problemów Szpitala jest bezpośrednio powiązany z obciążeniem finansowym Miasta Radom, co przekłada się również na jego sytuację ekonomiczną.

W sytuacji w jakiej znajduje się Szpital w Radomiu należy przeprowadzić następujące działania:

- 1) planowanie strategiczne,
- 2) planowanie operacyjne.

Planowanie strategiczne jest sformalizowanym procesem tworzenia długofalowej taktyki ukierunkowanej na określenie i realizację celów organizacji. Zazwyczaj opracowywane są na okres dłuższy niż 5 lat. Jest działalnością najwyższego szczebla w tym znaczeniu, że musi w nim czynnie uczestniczyć kierownictwo naczelne, gdyż tylko ono ma dostateczne zasoby wiedzy i doświadczenia, aby uwzględnić wszystkie aspekty funkcjonowania danej organizacji. Jego zaangażowanie jest ponadto konieczne dla wywołania i podtrzymania zaangażowania na niższych szczeblach.

Planowanie operacyjne określa sposób realizowania planów strategicznych. Jest to szczegółowy opis konkretnych zadań i działań, który określa m.in. skład osobowy, czas potrzebny na wykonanie planu, warunki zewnętrzne czy wymagane środki. Rola planu to nie tylko instrument wspomagający realizację celów ustalonych przez plan wyższego szczebla, ale również wyznaczanie celów do osiągnięcia przez plany niższego szczebla. Planowanie operacyjne jest planowaniem krótkookresowym, zazwyczaj obejmuje jeden rok gospodarczy. Określa się w nim wszystkie cele i zadania, jakie powinny być zrealizowane, aby osiągnąć plany strategiczne, zachowując jednocześnie płynność finansową. Plan powinien zawierać opis co należy zrobić, aby osiągnąć założony cel, kiedy należy to zrobić, kto jest za to odpowiedzialny oraz szacunkowe koszty realizacji tych działań.

Szpital w Radomiu nie jest w stanie samodzielnie poradzić sobie z obecną wielkością zadłużenia. Kluczowym elementem procesu oddłużenia Szpitala jest dokonanie poprawy efektywności operacyjnej Szpitala poprzez wdrożenie programu naprawczego oraz jego stały nadzór i kontrolę. Ponadto Szpital w Radomiu zaciągnie kredyt długoterminowy w wysokości 55 mln zł, co pozwoli na rozłożenie w czasie spłaty aktualnych zobowiązań pożyczkowych oraz zobowiązań przeterminowanych wobec dostawców towarów i usług. Warunkiem niezbędnym do przeprowadzenia procesu oddłużenia Szpitala jest wdrożenie programu naprawczego.

Tabela 46 Harmonogram spłaty kredytu restrukturyzacyjnego dla wariantu naprawczego

Parametry kredytu:

Kwota: 55 mln zł
Data pozyskania kredytu: 01.2021
Okres spłaty: 20 lat
Karencja w spłacie: 2 lata
Oprocentowanie: 3,5%



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Data spłaty	Kapitał	Odsetki	Rata łącznie	Saldo
sty-21	0	160 417	160 417	55 000 000
lut-21	0	160 417	160 417	55 000 000
mar-21	0	160 417	160 417	55 000 000
kwi-21	0	160 417	160 417	55 000 000
maj-21	0	160 417	160 417	55 000 000
cze-21	0	160 417	160 417	55 000 000
lip-21	0	160 417	160 417	55 000 000
sie-21	0	160 417	160 417	55 000 000
wrz-21	0	160 417	160 417	55 000 000
paź-21	0	160 417	160 417	55 000 000
lis-21	0	160 417	160 417	55 000 000
gru-21	0	160 417	160 417	55 000 000
sty-22	0	160 417	160 417	55 000 000
lut-22	0	160 417	160 417	55 000 000
mar-22	0	160 417	160 417	55 000 000
kwi-22	0	160 417	160 417	55 000 000
maj-22	0	160 417	160 417	55 000 000
cze-22	0	160 417	160 417	55 000 000
lip-22	0	160 417	160 417	55 000 000
sie-22	0	160 417	160 417	55 000 000
wrz-22	0	160 417	160 417	55 000 000
paź-22	0	160 417	160 417	55 000 000
lis-22	0	160 417	160 417	55 000 000
gru-22	0	160 417	160 417	55 000 000
sty-23	254 630	160 417	415 046	55 000 000
lut-23	254 630	159 674	414 304	54 745 370
mar-23	254 630	158 931	413 561	54 490 741
kwi-23	254 630	158 189	412 818	54 236 111
maj-23	254 630	157 446	412 076	53 981 481
cze-23	254 630	156 703	411 333	53 726 852
lip-23	254 630	155 961	410 590	53 472 222
sie-23	254 630	155 218	409 848	53 217 593
wrz-23	254 630	154 475	409 105	52 962 963
paź-23	254 630	153 733	408 362	52 708 333
lis-23	254 630	152 990	407 620	52 453 704
gru-23	254 630	152 247	406 877	52 199 074
sty-24	254 630	151 505	406 134	51 944 444
lut-24	254 630	150 762	405 392	51 689 815
mar-24	254 630	150 019	404 649	51 435 185



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Data spłaty	Kapitał	Odsetki	Rata łącznie	Saldo
kwi-24	254 630	149 277	403 906	51 180 556
maj-24	254 630	148 534	403 164	50 925 926
cze-24	254 630	147 791	402 421	50 671 296
lip-24	254 630	147 049	401 678	50 416 667
sie-24	254 630	146 306	400 936	50 162 037
wrz-24	254 630	145 563	400 193	49 907 407
paź-24	254 630	144 821	399 450	49 652 778
lis-24	254 630	144 078	398 708	49 398 148
gru-24	254 630	143 335	397 965	49 143 519
sty-25	254 630	142 593	397 222	48 888 889
lut-25	254 630	141 850	396 480	48 634 259
mar-25	254 630	141 107	395 737	48 379 630
kwi-25	254 630	140 365	394 994	48 125 000
maj-25	254 630	139 622	394 252	47 870 370
cze-25	254 630	138 879	393 509	47 615 741
lip-25	254 630	138 137	392 766	47 361 111
sie-25	254 630	137 394	392 024	47 106 481
wrz-25	254 630	136 651	391 281	46 851 852
paź-25	254 630	135 909	390 538	46 597 222
lis-25	254 630	135 166	389 796	46 342 593
gru-25	254 630	134 423	389 053	46 087 963
sty-26	254 630	133 681	388 310	45 833 333
lut-26	254 630	132 938	387 568	45 578 704
mar-26	254 630	132 195	386 825	45 324 074
kwi-26	254 630	131 453	386 082	45 069 444
maj-26	254 630	130 710	385 340	44 814 815
cze-26	254 630	129 967	384 597	44 560 185
lip-26	254 630	129 225	383 854	44 305 556
sie-26	254 630	128 482	383 111	44 050 926
wrz-26	254 630	127 739	382 369	43 796 296
paź-26	254 630	126 997	381 626	43 541 667
lis-26	254 630	126 254	380 883	43 287 037
gru-26	254 630	125 511	380 141	43 032 407
sty-27	254 630	124 769	379 398	42 777 778
lut-27	254 630	124 026	378 655	42 523 148
mar-27	254 630	123 283	377 913	42 268 519
kwi-27	254 630	122 541	377 170	42 013 889
maj-27	254 630	121 798	376 427	41 759 259
cze-27	254 630	121 055	375 685	41 504 630
lip-27	254 630	120 313	374 942	41 250 000



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Data spłaty	Kapitał	Odsetki	Rata łącznie	Saldo
sie-27	254 630	119 570	374 199	40 995 370
wrz-27	254 630	118 827	373 457	40 740 741
paź-27	254 630	118 084	372 714	40 486 111
lis-27	254 630	117 342	371 971	40 231 481
gru-27	254 630	116 599	371 229	39 976 852
sty-28	254 630	115 856	370 486	39 722 222
lut-28	254 630	115 114	369 743	39 467 593
mar-28	254 630	114 371	369 001	39 212 963
kwi-28	254 630	113 628	368 258	38 958 333
maj-28	254 630	112 886	367 515	38 703 704
cze-28	254 630	112 143	366 773	38 449 074
lip-28	254 630	111 400	366 030	38 194 444
sie-28	254 630	110 658	365 287	37 939 815
wrz-28	254 630	109 915	364 545	37 685 185
paź-28	254 630	109 172	363 802	37 430 556
lis-28	254 630	108 430	363 059	37 175 926
gru-28	254 630	107 687	362 317	36 921 296
sty-29	254 630	106 944	361 574	36 666 667
lut-29	254 630	106 202	360 831	36 412 037
mar-29	254 630	105 459	360 089	36 157 407
kwi-29	254 630	104 716	359 346	35 902 778
maj-29	254 630	103 974	358 603	35 648 148
cze-29	254 630	103 231	357 861	35 393 519
lip-29	254 630	102 488	357 118	35 138 889
sie-29	254 630	101 746	356 375	34 884 259
wrz-29	254 630	101 003	355 633	34 629 630
paź-29	254 630	100 260	354 890	34 375 000
lis-29	254 630	99 518	354 147	34 120 370
gru-29	254 630	98 775	353 405	33 865 741
sty-30	254 630	98 032	352 662	33 611 111
lut-30	254 630	97 290	351 919	33 356 481
mar-30	254 630	96 547	351 177	33 101 852
kwi-30	254 630	95 804	350 434	32 847 222
maj-30	254 630	95 062	349 691	32 592 593
cze-30	254 630	94 319	348 949	32 337 963
lip-30	254 630	93 576	348 206	32 083 333
sie-30	254 630	92 834	347 463	31 828 704
wrz-30	254 630	92 091	346 721	31 574 074
paź-30	254 630	91 348	345 978	31 319 444
lis-30	254 630	90 606	345 235	31 064 815



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Data spłaty	Kapitał	Odsetki	Rata łącznie	Saldo
gru-30	254 630	89 863	344 493	30 810 185
sty-31	254 630	89 120	343 750	30 555 556
lut-31	254 630	88 378	343 007	30 300 926
mar-31	254 630	87 635	342 265	30 046 296
kwi-31	254 630	86 892	341 522	29 791 667
maj-31	254 630	86 150	340 779	29 537 037
cze-31	254 630	85 407	340 037	29 282 407
lip-31	254 630	84 664	339 294	29 027 778
sie-31	254 630	83 922	338 551	28 773 148
wrz-31	254 630	83 179	337 809	28 518 519
paź-31	254 630	82 436	337 066	28 263 889
lis-31	254 630	81 694	336 323	28 009 259
gru-31	254 630	80 951	335 581	27 754 630
sty-32	254 630	80 208	334 838	27 500 000
lut-32	254 630	79 466	334 095	27 245 370
mar-32	254 630	78 723	333 353	26 990 741
kwi-32	254 630	77 980	332 610	26 736 111
maj-32	254 630	77 238	331 867	26 481 481
cze-32	254 630	76 495	331 125	26 226 852
lip-32	254 630	75 752	330 382	25 972 222
sie-32	254 630	75 010	329 639	25 717 593
wrz-32	254 630	74 267	328 897	25 462 963
paź-32	254 630	73 524	328 154	25 208 333
lis-32	254 630	72 782	327 411	24 953 704
gru-32	254 630	72 039	326 669	24 699 074
sty-33	254 630	71 296	325 926	24 444 444
lut-33	254 630	70 554	325 183	24 189 815
mar-33	254 630	69 811	324 441	23 935 185
kwi-33	254 630	69 068	323 698	23 680 556
maj-33	254 630	68 326	322 955	23 425 926
cze-33	254 630	67 583	322 213	23 171 296
lip-33	254 630	66 840	321 470	22 916 667
sie-33	254 630	66 098	320 727	22 662 037
wrz-33	254 630	65 355	319 985	22 407 407
paź-33	254 630	64 612	319 242	22 152 778
lis-33	254 630	63 870	318 499	21 898 148
gru-33	254 630	63 127	317 757	21 643 519
sty-34	254 630	62 384	317 014	21 388 889
lut-34	254 630	61 642	316 271	21 134 259
mar-34	254 630	60 899	315 529	20 879 630



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Data spłaty	Kapitał	Odsetki	Rata łącznie	Saldo
kwi-34	254 630	60 156	314 786	20 625 000
maj-34	254 630	59 414	314 043	20 370 370
cze-34	254 630	58 671	313 301	20 115 741
lip-34	254 630	57 928	312 558	19 861 111
sie-34	254 630	57 186	311 815	19 606 481
wrz-34	254 630	56 443	311 073	19 351 852
paź-34	254 630	55 700	310 330	19 097 222
lis-34	254 630	54 958	309 587	18 842 593
gru-34	254 630	54 215	308 845	18 587 963
sty-35	254 630	53 472	308 102	18 333 333
lut-35	254 630	52 730	307 359	18 078 704
mar-35	254 630	51 987	306 617	17 824 074
kwi-35	254 630	51 244	305 874	17 569 444
maj-35	254 630	50 502	305 131	17 314 815
cze-35	254 630	49 759	304 389	17 060 185
lip-35	254 630	49 016	303 646	16 805 556
sie-35	254 630	48 274	302 903	16 550 926
wrz-35	254 630	47 531	302 160	16 296 296
paź-35	254 630	46 788	301 418	16 041 667
lis-35	254 630	46 046	300 675	15 787 037
gru-35	254 630	45 303	299 932	15 532 407
sty-36	254 630	44 560	299 190	15 277 778
lut-36	254 630	43 818	298 447	15 023 148
mar-36	254 630	43 075	297 704	14 768 519
kwi-36	254 630	42 332	296 962	14 513 889
maj-36	254 630	41 590	296 219	14 259 259
cze-36	254 630	40 847	295 476	14 004 630
lip-36	254 630	40 104	294 734	13 750 000
sie-36	254 630	39 361	293 991	13 495 370
wrz-36	254 630	38 619	293 248	13 240 741
paź-36	254 630	37 876	292 506	12 986 111
lis-36	254 630	37 133	291 763	12 731 481
gru-36	254 630	36 391	291 020	12 476 852
sty-37	254 630	35 648	290 278	12 222 222
lut-37	254 630	34 905	289 535	11 967 593
mar-37	254 630	34 163	288 792	11 712 963
kwi-37	254 630	33 420	288 050	11 458 333
maj-37	254 630	32 677	287 307	11 203 704
cze-37	254 630	31 935	286 564	10 949 074
lip-37	254 630	31 192	285 822	10 694 444



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Data spłaty	Kapitał	Odsetki	Rata łącznie	Saldo
sie-37	254 630	30 449	285 079	10 439 815
wrz-37	254 630	29 707	284 336	10 185 185
paź-37	254 630	28 964	283 594	9 930 556
lis-37	254 630	28 221	282 851	9 675 926
gru-37	254 630	27 479	282 108	9 421 296
sty-38	254 630	26 736	281 366	9 166 667
lut-38	254 630	25 993	280 623	8 912 037
mar-38	254 630	25 251	279 880	8 657 407
kwi-38	254 630	24 508	279 138	8 402 778
maj-38	254 630	23 765	278 395	8 148 148
cze-38	254 630	23 023	277 652	7 893 519
lip-38	254 630	22 280	276 910	7 638 889
sie-38	254 630	21 537	276 167	7 384 259
wrz-38	254 630	20 795	275 424	7 129 630
paź-38	254 630	20 052	274 682	6 875 000
lis-38	254 630	19 309	273 939	6 620 370
gru-38	254 630	18 567	273 196	6 365 741
sty-39	254 630	17 824	272 454	6 111 111
lut-39	254 630	17 081	271 711	5 856 481
mar-39	254 630	16 339	270 968	5 601 852
kwi-39	254 630	15 596	270 226	5 347 222
maj-39	254 630	14 853	269 483	5 092 593
cze-39	254 630	14 111	268 740	4 837 963
lip-39	254 630	13 368	267 998	4 583 333
sie-39	254 630	12 625	267 255	4 328 704
wrz-39	254 630	11 883	266 512	4 074 074
paź-39	254 630	11 140	265 770	3 819 444
lis-39	254 630	10 397	265 027	3 564 815
gru-39	254 630	9 655	264 284	3 310 185
sty-40	254 630	8 912	263 542	3 055 556
lut-40	254 630	8 169	262 799	2 800 926
mar-40	254 630	7 427	262 056	2 546 296
kwi-40	254 630	6 684	261 314	2 291 667
maj-40	254 630	5 941	260 571	2 037 037
cze-40	254 630	5 199	259 828	1 782 407
lip-40	254 630	4 456	259 086	1 527 778
sie-40	254 630	3 713	258 343	1 273 148
wrz-40	254 630	2 971	257 600	1 018 519
paź-40	254 630	2 228	256 858	763 889
lis-40	254 630	1 485	256 115	509 259



PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU

Data spłaty	Kapitał	Odsetki	Rata łącznie	Saldo
gru-40	253 887	743	254 630	254 630

Źródło: opracowanie własne.

Konsekwentne wdrożenie programu naprawczego przy pomocy oddłużeniowej jest w stanie poradzić sobie z bardzo ciężką sytuacją Szpitala w kwestii jego zadłużenia oraz zapewnić Jednostce bezproblemowe prowadzenie dalszej działalności medycznej.



16. Wariantowe prognozy finansowe

Prognozy finansowe dla Szpitala w Radomiu przeprowadzone zostały w następujących wariantach:

- Wariant 0,
- Wariant 1.

Wariant 0 – Wariant zerowy stanowi punkt odniesienia dla wariantu naprawczego (wariantu 1) prognoz finansowych. Przeprowadzono dla niego symulację rachunku zysków i strat, bilansu oraz rachunku przepływów pieniężnych na okres 2020-2040, przy następujących założeniach:

1. Szpital funkcjonuje w ramach dotychczasowej struktury organizacyjnej, przy czym działalność Jednostki jako „Szpitala jednoimiennego”, nastawionego na walkę z wirusem SARS-COV-2 potrwa do końca września 2020 roku, a od października 2020 roku Szpital powróci do „normalnej” działalności⁹,
2. brak działań optymalizujących działalność Szpitala rekomendowanych przez ZUK Know How Sp. z o.o.,
3. realizacja inwestycji założonych w planach inwestycyjnych Szpitala.

Wariant 1 – Wariant naprawczy, uwzględniający następujące założenia:

1. funkcjonowanie Szpitala jako jednostki jednoimiennej do końca września 2020 roku,
2. wprowadzenie rekomendowanych przez ZUK Know How Sp. z o.o. działań naprawczych:
 - a. optymalizacja zużycia materiałów medycznych,
 - b. optymalizacja zatrudnienia,
 - c. optymalizacja procesów obsługi gospodarczej, tj. kosztów usług dozoru oraz kosztów sprzątnia,
 - d. zwiększenie sprzedaży komercyjnej w zakresie usług rehabilitacji, badań laboratoryjnych oraz badań RTG,
 - e. wprowadzenie działań naprawczych w sferze medycznej Szpitala (zwiększenie liczby zabiegów w Pracowniach Hemodynamiki i Elektroterapii, zwiększenie liczby przyjmowanych porodów, zwiększenie ilości wykonywanych zabiegów endoprotez oraz operacji zaćm, zwiększenie liczby wykonywanych badań w Pracowni Endoskopii, wdrożenie specjalistycznej chirurgicznej porady pielęgniarskiej, zwiększenie przychodów w ramach rozliczenia pacjentów z kartą DILO i pacjentów przyjętych poza pakietem onkologicznym).
 - f. wzrost efektywności zarządzania poprzez integrację szerokiej kadry kierowniczej wokół realizacji celów restrukturyzacji.
3. realizacja inwestycji założonych w planach inwestycyjnych Szpitala,
4. pozyskanie preferencyjnego kredytu restrukturyzacyjnego z Banku Gospodarstwa Krajowego w wysokości 55 mln zł na restrukturyzację zadłużenia.

⁹ Funkcjonujący w obecnej strukturze Szpitala oddział zakaźny będzie przeznaczony do obsługi pacjentów z COVID.



Kluczowe założenia modelu finansowego

RACHUNEK ZYSKÓW I STRAT

W związku z panującą w kraju pandemią koronawirusa szacunki co do kształtowania się wartości przychodów jak i kosztów **dla roku 2020** oparto o następujące założenia:

Od początku kwietnia 2020 roku Szpital w Radomiu stał się Szpitalem jednoimiennym, którego potencjał leczniczy skierowany został na realizację zadań związanych z walką z panującą w kraju chorobą zakaźną. Do prognoz finansowych wykorzystane zostały dane za lata 2017-2019 oraz za okres I-VII 2020 roku. Dane za miesiące kwiecień – lipiec 2020 roku ukazują sytuację finansową Jednostki w dobie panującej pandemii. Decyzją Wojewody Mazowieckiego Szpital w Radomiu będzie Placówką jednoimienną do 15.09.2020 roku. Uwzględniając czas potrzebny na przywrócenie Szpitala do działalności sprzed okresu pandemii zakłada się, że od początku października 2020 roku Szpital powróci do „normalnej” działalności, przy czym obecny oddział zakaźny będzie przeznaczony na obsługę pacjentów z COVID. Uśrednione przychody oraz koszty z miesięcy IV-VII 2020 roku posłużyły do prognozy tych wartości w stosunku do okresu funkcjonowania Szpitala jako placówki jednoimiennej. Pozostałe miesiące roku 2020 zaprognozowane zostały na podstawie danych z I kwartału 2020 roku oraz z 2019 roku.

Przychody

1. Przychody z NFZ:

- a. Wartość kontraktu z NFZ na 2020 rok oszacowano na poziomie 205 849 330 zł, z czego 29 093 692 zł stanowią środki podwyżkowe.

Szczegółowe założenia do prognozy wartości przychodów z NFZ na rok 2020:

- a. Podstawą do budowania prognoz były dane dotyczące sprzedaży świadczeń w 2019 roku oraz przychody Szpitala uzyskane przez okres 7 miesięcy 2020 roku.
- b. Uwzględniono, że I i II kwartał bieżącego roku przebiegały w zupełnie innym systemie finansowania działalności leczniczej ze względu na COVID 19.
- c. W prognozie uwzględniono, że Szpital pozostanie jednoimienny do końca III kwartału 2020.
- d. Przychody IV kwartału ze sprzedaży świadczeń medycznych, gdy Szpital nie będzie już jednoimienny, wyliczono na poziomie z I kwartału br.
- e. Dla funkcjonowania Szpitala jako jednoimiennego przyjęto następujące zasady prognozowania przychodów:
 - o przychody w III kwartale 2020 roku były wyliczane na podstawie wyników uzyskanych w II kwartale 2020 roku oraz bieżących informacji ze Szpitala, które służyły szczegółowym korektom planu,



- przychody z tytułu odrębnie finansowanych kontraktów na leczenie szpitalne, SOR oraz stomatologii będą równe zero,
 - miesięczne przychody Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego będą kształtowały się na poziomie średnim z miesięcy kwiecień, maj i czerwiec,
 - przychody z realizacji pozostałych kontraktów będą kształtowały się na poziomie miesiąca czerwca,
 - przychody z tytułu kontraktów covidowskich (choroby zakaźne i stany nadzwyczajne) oraz refundacja strat w wynagrodzeniach lekarskich będą na poziomie średnim z miesięcy maj i czerwiec.
- f. Przyjęto, że środki z tytułu refundacji podwyżek płac będą niezależne od zasad covidowskich i w drugim półroczu miesięczny przychód będzie na poziomie średnim z dwóch miesięcy: maja i czerwca.
- g. Na podstawie komunikatu Ministerstwa Zdrowia i NFZ płacone w II półroczu środki z tytułu ryczału zostały podwyższone o 3%, uwzględniono także 3% wpłatę liczoną od całej wartości sprzedanych w II półroczu świadczeń medycznych, jako jednorazową kompensatę na powrót do normalnego trybu leczenia.
- h. W I półroczu br. NFZ uregulował zapłatę za realizację ryczału z dużą nadpłatą. W przypadku Szpitala w Radomiu wynosiła ona przeszło 10,4 mln zł. Dodatkowo w maju i w czerwcu pozwolono zafakturować zapłatę bez dokonywania sprawozdawczości z realizacji świadczeń kwotę 4,8 mln zł. Ta swoista nadpłata wyniosła łącznie 15,2 mln zł. Brak jest na dzień dzisiejszy informacji, w jaki sposób NFZ planuje rozliczyć te środki. Istnieje prawdopodobieństwo, że szpital będzie musiał w latach 2020 i 2021 rozliczyć się z tych przychodów. Ze względu na zasadę ostrożności w prognozowaniu przychodów, w porozumieniu ze Szpitalem zakładamy, że rozliczenie, które może nastąpić przed końcem tego roku może dotyczyć kwoty 7,3 mln zł. W związku z tym pomniejszamy przychód II półrocza o tą kwotę.
- i. Wartość kontraktu z NFZ na rok 2021 założona została na podstawie średniomiesięcznych przychodów z NFZ z I kwartału 2020 roku przy uwzględnieniu wskaźników wzrostowych założonych w wydanych w czerwcu 2020 roku Rozporządzeniach Ministra Zdrowia. Wartość kontraktu na rok 2021 oszacowano na poziomie 179 470 523 zł, z czego 21 000 000 zł stanowią środki podwyżkowe.

W okresie 2022 - 2024 w prognozach przychodów z NFZ uwzględniono wzrost nakładów na ochronę zdrowia wynikający z Ustawy z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W modelu finansowym założono coroczny, jednoliniowy wzrost przychodów z NFZ Jednostki. Opiera się on na prognozach zmian wartości PKB w Polsce oraz prognozy finansowania w ochronie zdrowia jako udział procentowy w PKB.



Art. 131c pkt. 1 ww. Ustawy wskazuje, że na finansowanie ochrony zdrowia przeznaczone zostanie nie mniej niż:

- 2018 r. - 4,67% PKB,
- 2019 r. - 4,84% PKB,
- 2020 r. - 5,03% PKB,
- 2021 r. - 5,22% PKB,
- 2022 r. - 5,41% PKB,
- 2023 r. - 5,60% PKB,
- 2024 r. - 5,80% PKB,

Uwzględniając opisaną powyżej metodologię prognozowania przychodów z NFZ wskaźniki wzrostowe wynosić powinny:

- 2020 r. – 3,62%,
- 2021 r. – 5,54%,
- 2022 r. – 4,86%,
- 2023 r. – 4,64%,
- 2024 r. – 3,56%.

Średni, coroczny wzrost przychodów z NFZ w każdym roku przyjęto na poziomie 4,4%.

W okresie 2025 – 2040 wartość przychodów została zaprognozowana na podstawie roku 2024 z bardzo ostrożnym uwzględnieniem 1% wskaźnika wzrostowego.

2. Pozostałe przychody działalności podstawowej:

- a. pozostałe przychody ze sprzedaży produktów dla roku 2020 oszacowane zostały dla miesięcy VIII-IX na podstawie uśrednionych danych z okresu IV-VII 2020 roku, natomiast dla miesięcy X-XII na podstawie danych z I kwartału 2020 oraz z 2019 roku.

Przychody dla roku 2021 oszacowane zostały na podstawie danych z I kwartału 2020 roku oraz roku 2019 z uwzględnieniem wskaźników wzrostowych przyjętych w modelu. Przychody w kolejnych latach prognozy finansowej ustalone zostały na podstawie roku 2021 z uwzględnieniem wskaźników wzrostowych przyjętych w modelu.

- b. przychody ze sprzedaży towarów i materiałów – dla roku 2020 oszacowane zostały dla miesięcy VIII-IX na podstawie uśrednionych danych z okresu IV-VII 2020 roku, natomiast dla miesięcy X-XII na podstawie danych z I kwartału 2020 oraz z 2019 roku.

Przychody dla roku 2021 założono w oparciu o dane z I kwartału 2020 roku oraz z 2019 roku przy uwzględnieniu wskaźników wzrostowych przyjętych w modelu. W latach 2022 – 2040 przychody wzrastać będą co roku o 1%.



3. Pozostałe przychody:

- a. Główną wartość pozostałych przychodów operacyjnych stanowią przychody z tytułu rozliczania otrzymanych dotacji. W prognozie założono kontynuację rozliczania dotacji zgodnie z dostępnymi danymi. Pozostałe przychody zaprognozowane zostały na podstawie ich wartości z lat poprzednich, uwzględniając w kolejnych latach prognozy wskaźnik wzrostowy na poziomie 1%. Prognoza pozostałych przychodów operacyjnych nie zakłada aktualizacji wartości aktywów niefinansowych ze względu na trudność oszacowania ich wartości w przyszłych okresach. Ponadto dla roku 2020 w związku z panującą pandemią koronawirusa przychody powiększone zostały o prognozowane wartości otrzymanych darowizn w ramach walki z pandemią, na podstawie ich uśrednionych wartości za poprzednie miesiące. W przychodach roku 2020 znajduje się także umorzona przez Miasto Radom pożyczka w wysokości 2,0 mln zł.
- b. Przychody finansowe zostały zaprognozowane na podstawie danych historycznych z uwzględnieniem wskaźnika wzrostowego w kolejnych latach prognozy w wysokości 1%. Prognoza przychodów finansowych nie zakłada aktualizacji wartości aktywów finansowych ze względu na trudność oszacowania ich wartości w przyszłych okresach.

Koszty

1. Koszty operacyjne:

Dla celów szczegółowej prognozy koszty rodzajowe podzielone zostały na odpowiednie podgrupy, które były prognozowane na odmiennych zasadach. Wyszczególniono następujące grupy kosztowe:

- a. grupę kosztów zmiennych (m.in. zużycie materiałów medycznych, artykułów żywnościowych, usługi prania, usługi badań laboratoryjnych, diagnostycznych), których poziom jest zależny od wypracowanych przychodów – koszty te zostały zaprognozowane na podstawie wskaźnika przeliczającego wartość kosztu na jednostkę przychodu. Wskaźnik oszacowano na podstawie danych z roku 2019. Dla roku 2020 (okres skupienia działalności na walce z koronawirusem) koszty tej grupy zaprognozowane zostały dla miesięcy VIII-IX na podstawie uśrednionych danych z okresu IV-VII 2020 roku, natomiast dla miesięcy X-XII na podstawie opisanych wyżej wskaźników przeliczających wartość kosztu na jednostkę przychodu biorąc pod uwagę dane przychodowe z NFZ za I kwartał 2020 roku. W okresie X-XII 2020 roku koszty materiałów tekstylno-gospodarczych (maseczki, kombinezony ochronne) oraz środków czystości przyjęto na poziomie 20% większym niż w okresie covidowskim, natomiast koszty zużycia materiałów medycznych powiększone zostały o 4,5% w stosunku do danych z I kw. 2020 roku w związku ze wzmożoną działalnością Szpitala po jego powrocie do normalnej działalności.

Koszty dla roku 2021 oszacowane zostały na podstawie wskaźników przeliczeniowych oraz wartości przychodów dla tego okresu. Pozostałe lata



oszacowane zostały na podstawie danych z roku 2021 przy uwzględnieniu wskaźników wzrostowych.

- b. grupę kosztów prognozowaną na podstawie średniej za okres historyczny. Do tej grupy zaliczono większość kosztów stałych, między innymi: koszty usług technicznych, telekomunikacyjnych, dzierżawy, podatków i opłat itp. Dla roku 2020 koszty te zaprognozowano dla miesięcy VIII-IX na podstawie uśrednionych danych z okresu IV-VII 2020 roku, natomiast dla miesięcy X-XII na podstawie danych z I kwartału 2020 oraz z 2019 roku.

Koszty tej grupy dla roku 2021 oszacowane zostały na podstawie danych z I kwartału 2020 roku oraz 2019 roku przy uwzględnieniu wskaźników wzrostowych zawartych w modelu. Pozostałe lata oszacowane zostały na podstawie danych z roku 2021 przy uwzględnieniu wskaźników wzrostowych.

- c. koszty wynagrodzeń oraz kontraktów personelu Szpitala na rok 2020 oszacowane zostały dla miesięcy VI-IX na podstawie uśrednionych danych z IV i V 2020 roku, natomiast dla miesięcy X-XII na podstawie danych z I kwartału 2020 roku.

Rok 2021 zaprognozowany został w oparciu o dane z I kwartału 2020 roku. W symulacji uwzględniono podwyżki wynagrodzeń przydzielone przez Szpital od czerwca 2020 roku, wzrost wynagrodzenia zasadniczego pracownika wykonującego zawód medyczny wynikający z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz wzrost płacy minimalnej. Kolejne lata bazują na danych z roku 2021 przy uwzględnieniu wskaźników wzrostowych.

Poszczególne koszty rodzajowe Szpitala zaprognozowane zostały przy uwzględnieniu następujących założeń:

- a. Koszty amortyzacji zostały oszacowane na podstawie prognozowanej amortyzacji na rok 2020, z uwzględnieniem działań inwestycyjnych zaplanowanych przez Szpital oraz nakładów odtworzeniowych na środki trwałe i wartości niematerialne i prawne uzależnione od bieżącej sytuacji finansowej Szpitala.
- b. Koszty zużycia materiałów i energii zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem wskaźników wzrostowych do roku 2024 na poziomie 2,8%, natomiast od 2025 roku na bezpiecznym poziomie w wysokości 1%.
- c. Koszty usług obcych zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem wskaźników wzrostowych w wysokości 2,8% do roku 2024. Od roku 2025 założono bezpieczny 1% wzrost tego rodzaju kosztów. Koszty usług obcych w części odnoszącej się do wynagrodzeń personelu Szpitala w ramach umów cywilnoprawnych zaprognozowane zostały przy uwzględnieniu wskaźnika wzrostowego w wysokości 5,4% do roku 2024, natomiast od roku 2025 na poziomie 1% wzrostu.
- d. Podatki i opłaty zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem 2,8% wskaźnika



procentowego do roku 2024, od roku 2025 założono bezpieczny 1% wzrost tego rodzaju kosztów.

- e. Koszty wynagrodzeń i ubezpieczeń społecznych zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, z uwzględnieniem 5,4% wskaźnika procentowego do roku 2024, od roku 2025 założono bezpieczny 1% wzrost tego rodzaju kosztów.
- f. Pozostałe koszty rodzajowe zaprognozowano zgodnie z założeniami poszczególnych grup kosztów opisanych powyżej, przy uwzględnieniu wskaźnika wzrostowego w wysokości 2,8% do roku 2024. Od roku 2025 wskazane pozycje wzrastać będą o 1%.
- g. Wartość sprzedanych towarów i materiałów oszacowana została w oparciu o dane historyczne przy uwzględnieniu wskaźnika wzrostowego w wysokości 2,8% do roku 2024. Od roku 2025 wskazane pozycje wzrastać będą o 1%.

Koszty operacyjne w wariantcie naprawczym ulegają redukcji stosownie do przyjętych działań optymalizujących.

2. Pozostałe koszty:

- a. Pozostałe koszty operacyjne zaprognozowane zostały na podstawie ich wartości z lat poprzednich, uwzględniając w kolejnych latach prognozy wskaźnik wzrostowy na poziomie 1%. Do prognozy wskazanej kategorii kosztów wyeliminowano zdarzenia występujące incydentalnie oraz koszty odpisów aktualizujących wartość aktywów niefinansowych ze względu na trudność oszacowania ich wartości w przyszłych okresach.
- b. Koszty finansowe w postaci odsetek od zaciągniętych pożyczek i kredytów zostały zaprognozowane na podstawie oprocentowania zawartego w umowach. Koszty odsetek od zobowiązań odzwierciedlają poziom zobowiązań wymagalnych oraz opłacanych od nich ustawowych odsetek. Pozostałe koszty finansowe zaprognozowane zostały na podstawie danych historycznych przy eliminacji zdarzeń występujących incydentalnie oraz aktualizacji wartości aktywów finansowych ze względu na trudność oszacowania ich wartości w przyszłych okresach.

BILANS

Aktywa trwałe

1. Środki trwałe i wartości niematerialne i prawne:

Wartości środków trwałych i wartości niematerialnych wykazano w wartościach netto przy uwzględnieniu planu amortyzacji Szpitala na rok 2020, planu inwestycji przyjętego do realizacji przez Szpital oraz nakładów odtworzeniowych majątku.



Tabela 47 Inwestycje Szpitala ujęte w prognozach finansowych

Wyszczególnienie	2020*	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	Źródło finansowania
Inwestycje w infrastrukturę budowlaną, w tym:	20 596 179	14 019 145	10 165 900	0	0	0	1 000 000	0	0	0	0	
Przebudowa pomieszczeń Poradni Specjalistycznych przy ul. Lekarskiej wraz z wyposażeniem	715 821	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki własne
Adaptacja pomieszczeń pod nową Sterylizatornię, zakup sterylizatorów i innego sprzętu medycznego	3 038 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki własne
Budowa Centrum Rehabilitacji w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym wraz z wyposażeniem	16 042 358	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki własne
Przebudowa SOR	600 000	9 219 145	7 565 900	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki własne
Przebudowa Oddziału Chirurgii Naczyniowej	200 000	2 600 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki własne
Rozbudowa Oddziału Okulistyki	0	2 200 000	2 600 000	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki własne
Nakłady odtworzeniowe	0	0	0	0	0	0	1 000 000	0	0	0	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Inwestycje w wyposażenie i sprzęt medyczny, w tym:	2 920 000	2 515 000	3 725 000	2 580 000	2 465 000	2 455 000	2 850 000	2 795 000	2 880 000	3 010 000	3 130 000	
Aparatura dializacyjna	0	0	0	0	60 000	0	90 000	60 000	0	30 000	30 000	Miasto Radom/środki UE/MZ/środki własne
Stacje uzdatniania wody dla potrzeb dializ	0	0	0	250 000	0	0	0	0	0	0	0	
Aparatura do anestezji, reanimacji i sztucznego oddychania	80 000	0	120 000	400 000	200 000	200 000	300 000	400 000	300 000	200 000	200 000	
Aparatura i sprzęt laboratoryjny	0	0	0	0	0	0	0	0	50 000	0	0	
Aparatura i sprzęt diagnostyczny	200 000	400 000	0	250 000	1 000 000	250 000	1 500 000	1 200 000	400 000	900 000	1 100 000	
Aparatura i sprzęt rtg	0	0	3 000 000	0	0	0	0	0	1 200 000	600 000	1 500 000	
Aparatura i sprzęt terapeutyczny	160 000	1 000 000	0	0	0	50 000	0	0	50 000	0	30 000	
Pompy medyczne	0	0	20 000	30 000	30 000	30 000	90 000	30 000	30 000	15 000	15 000	
Aparatura i sprzęt zabiegowy specjalistyczny	60 000	250 000	250 000	1 100 000	900 000	1 200 000	300 000	300 000	80 000	900 000	0	



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Lampy medyczne	0	0	0	0	25 000	50 000	25 000	30 000	15 000	0	15 000	
Meble medyczne	600 000	380 000	100 000	80 000	0	80 000	0	60 000	80 000	100 000	0	
Urządzenia do mycia i dezynfekcji sprzętu medycznego	0	80 000	50 000	100 000	25 000	70 000	50 000	90 000	90 000	60 000	30 000	
Urządzenia do sterylizacji sprzętu medycznego.	1 500 000	380 000	0	250 000	0	250 000	250 000	250 000	250 000	0	0	
Elektronarzędzia chirurgiczne	60 000	0	80 000	60 000	100 000	100 000	100 000	120 000	100 000	60 000	100 000	
Aparatura i sprzęt stomatologiczny	180 000	0	0	0	0	0	0	20 000	60 000	0	0	
Instrumenty chirurgiczne i diagnostyczne	60 000	0	80 000	0	100 000	100 000	80 000	120 000	80 000	80 000	60 000	
Sprzęt medyczny pomocniczy	20 000	25 000	0	60 000	25 000	50 000	50 000	100 000	80 000	50 000	50 000	
Sprzęt medyczny pomiarowy	0	0	25 000	0	0	25 000	15 000	15 000	15 000	15 000	0	
Nakłady odtworzeniowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Inwestycje w wyposażenie i sprzęt techniczny, w tym:	0	0	0	2 000 000	0	0	0	0	2 000 000	0	0	
Nakłady odtworzeniowe	0	0	0	2 000 000	0	0	0	0	2 000 000	0	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Inwestycje w środki transportu	0	0	0	0	0	0	0	0	100 000	0	0	
Nakłady odtworzeniowe	0	0	0	0	0	0	0	0	100 000	0	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Inwestycje w wartości niematerialne i prawne, w tym:	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	
Nakłady odtworzeniowe	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Inwestycje w ramach dostosowania do przepisów	30 000	3 389 000	8 236 000	0	0	0	0	0	0	0	0	
Główny kompleks Szpitalny ul. Tochtermana	20 000	15 000	1 400 000	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki UE, środki własne
Budynek Zakładu Patomorfologii	10 000	3 290 000	6 500 000	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki własne
Budynek Oddziału Zakaźnego	0	84 000	336 000	0	0	0	0	0	0	0	0	Miasto Radom, środki własne
Nakłady łącznie	23 546 179	19 973 145	22 126 900	4 630 000	2 465 000	2 505 000	3 850 000	2 845 000	4 980 000	3 060 000	3 130 000	



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039	2040	Źródło finansowania
Inwestycje w infrastrukturę budowlaną, w tym:	1 000 000	0	0	0	0	1 000 000	0	0	0	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Nakłady odtworzeniowe	1 000 000	0	0	0	0	1 000 000	0	0	0	0	
Inwestycje w wyposażenie i sprzęt medyczny, w tym:	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	źródła zewnętrzne, środki własne
Nakłady odtworzeniowe	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	
Inwestycje w wyposażenie i sprzęt techniczny, w tym:	0	0	2 000 000	0	0	0	0	2 000 000	0	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Nakłady odtworzeniowe	0	0	2 000 000	0	0	0	0	2 000 000	0	0	
Inwestycje w środki transportu, w tym:	0	0	100 000	0	0	0	0	100 000	0	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Nakłady odtworzeniowe	0	0	100 000	0	0	0	0	100 000	0	0	
Inwestycje w wartości niematerialne i prawne, w tym:	50 000	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	źródła zewnętrzne, środki własne
Nakłady odtworzeniowe	50 000	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	50 000	0	
Nakłady łącznie	3 050 000	2 000 000	4 150 000	2 000 000	2 050 000	3 000 000	2 050 000	4 100 000	2 050 000	2 000 000	

**inwestycje realizowane po 31.03.2020 roku.
Źródło: Opracowanie własne.*



Dla wariantu naprawczego, w którym sytuacja finansowa ulega poprawie do tego stopnia, że wolne środki pieniężne pozwalają na dokonanie zwiększonych niż przedstawione powyżej nakładów na odtworzenie majątku założono dodatkowe nakłady rozwojowe w wysokości 3,8 mln zł średniorocznie.

Aktywa obrotowe

1. **Zapasy** - wartość zapasów została zaprognozowana na podstawie wskaźnika rotacji zapasów, który został ustalony na poziomie 8 dni.
2. **Należności z tytułu dostaw i usług** - należności z tytułu dostaw i usług zostały zaprognozowane na podstawie wskaźnika rotacji należności wynoszącego 24 dni.
3. **Pozostałe należności** - zostały zaprognozowane na poziomie średniego udziału w sprzedaży Szpitala za okres 2017-2019.
4. **Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe** – oszacowano na podstawie średniego udziału w kosztach operacyjnych na podstawie poprzednich okresów.

Kapitał własny

Kapitał podstawowy oraz zapasowy założony został w stałej kwocie na podstawie danych historycznych.

Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania

1. **Rezerwy na świadczenia emerytalne** – założono na podstawie założeń Szpitala, urealnijających faktyczne rezerwy.
2. **Pozostałe rezerwy** – założono na podstawie średniej wartości z okresów historycznych.
3. **Zobowiązania:**
 - a. Kredyty i pożyczki – w prognozie założono ich spłatę zgodnie z harmonogramami spłat.
 - b. Zobowiązania tytułu dostaw i usług - wartość zobowiązań handlowych wobec dostawców została zaprognozowana na podstawie wskaźnika rotacji zobowiązań handlowych ustalonego na poziomie 65 dni. W kolejnych latach założono skracanie okresu zapłaty za zobowiązania. Na koniec okresu prognozy założono, że wskaźnik rotacji zobowiązań handlowych osiągnąć powinien wartość 30 dni.
 - c. Zobowiązania z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń - zostały zaprognozowane na poziomie średniego udziału za okres 2017-2019 w stosunku do wartości kosztów ubezpieczeń i podatków.
 - d. Zobowiązania z tytułu wynagrodzeń - zostały zaprognozowane na poziomie średniego udziału za okres 2017-2019 w stosunku do wartości kosztów wynagrodzeń.

W prognozach finansowych dla wariantu naprawczego uwzględniono kredyt restrukturyzacyjny pozyskany z Banku Gospodarstwa Krajowego w wysokości 55 mln zł.



Rozliczenia międzyokresowe

- Rozliczenia międzyokresowe w prognozowanym okresie są stopniowo zmniejszane i wpisywane w pozostałe przychody operacyjne zgodnie z amortyzacją środków trwałych zakupionych z dotacji.



Tabela 48 Prognoza rachunku zysków i strat za okres 2020 – 2040 – Wariant 0

Wyszczególnienie	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów	205 218 843	188 450 232	196 602 104	205 111 258	213 993 403	216 133 337	218 294 670	220 477 617	222 682 393	224 909 217	227 158 309
Przychody netto ze sprzedaży produktów	212 862 282	188 401 789	196 553 176	205 061 841	213 943 491	216 082 926	218 243 755	220 426 193	222 630 455	224 856 759	227 105 327
Zmiana stanu produktów	-7 700 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	56 561	48 443	48 928	49 417	49 911	50 410	50 915	51 424	51 938	52 457	52 982
Koszty działalności operacyjnej:	221 397 379	227 121 204	232 314 726	241 535 098	253 314 316	256 242 532	258 609 802	261 187 359	263 489 066	266 296 397	268 968 240
Amortyzacja	11 420 424	12 579 787	8 245 979	6 997 143	7 787 959	8 260 911	8 148 365	8 221 308	7 993 354	8 245 728	8 337 065
Zużycie materiałów i energii	35 760 539	47 924 313	49 313 028	50 742 689	52 214 531	52 736 676	53 264 043	53 796 683	54 334 650	54 877 997	55 426 777
Usługi obce	29 578 301	32 585 558	33 988 448	35 457 105	36 994 802	37 364 750	37 738 398	38 115 782	38 496 939	38 881 909	39 270 728
Podatki i opłaty	409 721	419 496	431 242	443 317	455 730	460 287	464 890	469 539	474 234	478 977	483 766
Wynagrodzenia	120 654 580	110 089 939	115 639 011	121 883 517	128 465 227	129 749 880	131 047 378	132 357 852	133 681 431	135 018 245	136 368 427
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	22 885 118	22 798 895	23 953 553	25 247 045	26 610 385	26 876 489	27 145 254	27 416 707	27 690 874	27 967 782	28 247 460
Pozostałe koszty rodzajowe	688 301	722 393	742 620	763 413	784 789	792 637	800 563	808 569	816 655	824 821	833 069
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	395	822	845	869	893	902	911	920	929	938	948
Zysk (strata) ze sprzedaży	-16 178 535	-38 670 972	-35 712 623	-36 423 840	-39 320 914	-40 109 196	-40 315 132	-40 709 743	-40 806 673	-41 387 181	-41 809 932
Pozostałe przychody operacyjne	20 512 559	13 854 956	12 229 755	13 330 355	13 664 299	14 135 993	10 846 860	10 356 368	10 221 041	10 505 436	10 636 254
Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	10 886 540	10 833 489	9 178 073	10 248 156	10 551 278	10 991 842	7 671 267	7 149 019	6 981 619	7 233 619	7 331 719
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	9 626 018	3 021 468	3 051 682	3 082 199	3 113 021	3 144 151	3 175 593	3 207 349	3 239 422	3 271 817	3 304 535
Pozostałe koszty operacyjne	1 907 275	2 641 547	4 065 963	4 950 522	5 625 228	6 270 080	6 735 081	7 080 232	7 245 534	7 440 989	7 576 599
Strata z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	1 907 275	2 641 547	4 065 963	4 950 522	5 625 228	6 270 080	6 735 081	7 080 232	7 245 534	7 440 989	7 576 599
Zysk strata z działalności operacyjnej	2 426 749	-27 457 563	-27 548 830	-28 044 007	-31 281 842	-32 243 283	-36 203 353	-37 433 606	-37 831 166	-38 322 734	-38 750 277
Przychody finansowe	230 530	232 835	235 163	237 515	239 890	242 289	244 712	247 159	249 631	252 127	254 648
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	53 030	53 561	54 096	54 637	55 184	55 735	56 293	56 856	57 424	57 999	58 579
Zysk z tytułu rozchodu aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	177 499	179 274	181 067	182 878	184 706	186 553	188 419	190 303	192 206	194 128	196 070
Koszty finansowe	2 534 750	3 746 871	6 169 850	7 648 042	8 793 385	9 950 619	10 817 127	11 477 124	11 780 895	12 144 704	12 388 551
Odsetki	2 269 041	3 478 505	5 898 800	7 374 282	8 516 887	9 671 357	10 535 072	11 192 249	11 493 171	11 854 103	12 095 044
Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	265 709	268 366	271 049	273 760	276 497	279 262	282 055	284 876	287 724	290 602	293 508
Zysk strata brutto	122 528	-30 971 599	-33 483 517	-35 454 533	-39 835 337	-41 951 613	-46 775 768	-48 663 571	-49 362 430	-50 215 312	-50 884 180
Podatek dochodowy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) netto	122 528	-30 971 599	-33 483 517	-35 454 533	-39 835 337	-41 951 613	-46 775 768	-48 663 571	-49 362 430	-50 215 312	-50 884 180



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów	229 429 892	231 724 191	234 041 433	236 381 847	238 745 666	241 133 122	243 544 454	245 979 898	248 439 697	250 924 094
Przychody netto ze sprzedaży produktów	229 376 380	231 670 144	233 986 846	236 326 714	238 689 981	241 076 881	243 487 650	245 922 526	248 381 751	250 865 569
Zmiana stanu produktów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	53 512	54 047	54 587	55 133	55 685	56 241	56 804	57 372	57 946	58 525
Koszty działalności operacyjnej:	271 692 330	274 162 914	276 646 240	279 139 564	281 634 139	284 132 224	286 909 082	289 688 976	292 497 173	295 333 945
Amortyzacja	8 454 843	8 293 051	8 117 679	7 925 717	7 708 154	7 466 979	7 477 184	7 462 759	7 448 695	7 434 982
Zużycie materiałów i energii	55 981 044	56 540 855	57 106 263	57 677 326	58 254 099	58 836 640	59 425 007	60 019 257	60 619 449	61 225 644
Usługi obce	39 663 435	40 060 070	40 460 670	40 865 277	41 273 930	41 686 669	42 103 536	42 524 571	42 949 817	43 379 315
Podatki i opłaty	488 604	493 490	498 425	503 409	508 443	513 528	518 663	523 850	529 088	534 379
Wynagrodzenia	137 732 112	139 109 433	140 500 527	141 905 532	143 324 588	144 757 834	146 205 412	147 667 466	149 144 141	150 635 582
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	28 529 935	28 815 234	29 103 386	29 394 420	29 688 365	29 985 248	30 285 101	30 587 952	30 893 831	31 202 770
Pozostałe koszty rodzajowe	841 400	849 814	858 312	866 895	875 564	884 320	893 163	902 095	911 116	920 227
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	957	967	977	986	996	1 006	1 016	1 026	1 037	1 047
Zysk (strata) ze sprzedaży	-42 262 438	-42 438 723	-42 604 808	-42 757 716	-42 888 473	-42 999 102	-43 364 628	-43 709 078	-44 057 476	-44 409 851
Pozostałe przychody operacyjne	10 790 799	10 692 425	10 583 034	10 453 933	10 301 251	9 936 619	9 730 888	9 046 919	8 707 948	8 742 683
Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	7 453 219	7 321 469	7 178 369	7 015 221	6 828 152	6 428 789	6 187 980	5 468 582	5 093 828	5 092 421
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	3 337 580	3 370 956	3 404 665	3 438 712	3 473 099	3 507 830	3 542 908	3 578 338	3 614 121	3 650 262
Pozostałe koszty operacyjne	7 682 365	7 908 289	8 044 372	8 150 615	8 287 021	8 393 592	8 560 328	8 667 231	8 774 303	8 881 546
Strata z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	7 682 365	7 908 289	8 044 372	8 150 615	8 287 021	8 393 592	8 560 328	8 667 231	8 774 303	8 881 546



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Zysk strata z działalności operacyjnej	-39 154 004	-39 654 586	-40 066 145	-40 454 399	-40 874 243	-41 456 075	-42 194 067	-43 329 389	-44 123 831	-44 548 714
Przychody finansowe	257 195	259 767	262 364	264 988	267 638	270 314	273 017	275 747	278 505	281 290
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	59 164	59 756	60 354	60 957	61 567	62 182	62 804	63 432	64 066	64 707
Zysk z tytułu rozchodu aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	198 030	200 011	202 011	204 031	206 071	208 132	210 213	212 315	214 438	216 583
Koszty finansowe	12 572 437	12 996 361	13 240 325	13 424 328	13 668 371	13 852 455	14 156 580	14 340 745	14 524 953	14 709 202
Odsetki	12 275 994	12 696 954	12 937 924	13 118 903	13 359 892	13 540 891	13 841 900	14 022 919	14 203 948	14 384 987
Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	296 443	299 407	302 401	305 425	308 479	311 564	314 680	317 827	321 005	324 215
Zysk strata brutto	-51 469 246	-52 391 181	-53 044 105	-53 613 739	-54 274 977	-55 038 216	-56 077 630	-57 394 387	-58 370 279	-58 976 627
Podatek dochodowy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) netto	-51 469 246	-52 391 181	-53 044 105	-53 613 739	-54 274 977	-55 038 216	-56 077 630	-57 394 387	-58 370 279	-58 976 627

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 49 Prognoza bilansu za okres 2020 – 2040 – Wariant 0

Aktywa	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Aktywa trwałe	137 620 029	145 013 387	158 894 307	156 527 165	151 204 206	145 448 295	141 149 929	135 773 622	132 760 268	127 574 540	122 367 475
WNiP	879 686	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000
Rzeczowe aktywa trwałe	136 740 343	144 963 387	158 869 307	156 477 165	151 179 206	145 398 295	141 124 929	135 723 622	132 735 268	127 524 540	122 342 475
Należności długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inwestycje długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Długoterminowe rozliczenia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktywa obrotowe	21 480 526	19 080 202	19 293 566	19 996 511	21 565 054	21 052 262	22 007 873	21 840 175	22 085 080	21 898 526	22 385 921
Zapasy	4 002 277	3 575 106	3 720 883	3 881 541	4 049 237	4 085 779	4 126 636	4 167 903	4 209 582	4 251 678	4 294 194
Należności krótkoterminowe	14 307 417	12 663 319	13 211 210	13 783 115	14 380 090	14 523 891	14 669 130	14 815 821	14 963 979	15 113 619	15 264 755
Inwestycje krótkoterminowe	2 949 435	2 614 656	2 129 158	2 090 320	2 882 414	2 186 350	2 953 497	2 595 264	2 648 030	2 266 934	2 558 003
Krótkoterminowe rozliczenia	221 397	227 121	232 315	241 535	253 314	256 243	258 610	261 187	263 489	266 296	268 968
Aktywa razem	159 100 555	164 093 588	178 187 873	176 523 675	172 769 260	166 500 557	163 157 802	157 613 796	154 845 348	149 473 066	144 753 396
Pasywa	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Kapitał (fundusz) własny	-71 634 419	-94 438 147	-127 921 664	-143 041 597	-155 188 572	-165 403 058	-175 346 148	-185 060 765	-190 650 085	-195 204 484	-199 705 519
Kapitał (fundusz) podstawowy	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392
Kapitał (fundusz) zapasowy	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-132 417 339	-124 126 940	-155 098 539	-168 247 455	-176 013 627	-184 111 837	-189 230 772	-197 057 585	-201 948 047	-205 649 564	-209 481 731
Zysk i strata netto	122 528	-30 971 599	-33 483 517	-35 454 533	-39 835 337	-41 951 613	-46 775 768	-48 663 571	-49 362 430	-50 215 312	-50 884 180
Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	230 734 974	258 531 735	306 109 537	319 565 272	327 957 832	331 903 615	338 503 950	342 674 561	345 495 433	344 677 550	344 458 915



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Rezerwy na zobowiązania	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179
Zobowiązania długoterminowe	31 996 763	22 208 411	15 014 164	8 080 174	1 954 154	21 600	0	0	0	0	0
Zobowiązania krótkoterminowe	70 508 862	99 399 751	142 007 490	168 478 372	191 329 729	205 945 408	216 823 610	225 582 740	230 903 231	234 564 967	238 861 052
Rozliczenia międzyokresowe	119 119 171	127 813 396	139 977 704	133 896 548	125 563 770	116 826 428	112 570 161	107 981 642	105 482 023	101 002 404	96 487 685
Pasywa Razem	159 100 555	164 093 588	178 187 873	176 523 675	172 769 260	166 500 557	163 157 802	157 613 796	154 845 348	149 473 066	144 753 396

Aktywa	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Aktywa trwałe	116 962 632	110 669 581	106 701 902	100 776 185	95 118 032	90 651 053	85 223 868	81 861 109	76 462 414	71 027 432
WNiP	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000
Rzeczowe aktywa trwałe	116 912 632	110 644 581	106 651 902	100 751 185	95 068 032	90 626 053	85 173 868	81 836 109	76 412 414	71 002 432
Należności długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inwestycje długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Długoterminowe rozliczenia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktywa obrotowe	22 107 198	22 971 144	23 231 696	23 033 346	23 794 657	23 378 304	24 052 849	23 603 809	23 786 893	24 676 019
Zapasy	4 337 136	4 380 508	4 424 313	4 468 556	4 513 241	4 558 374	4 603 958	4 649 997	4 696 497	4 743 462
Należności krótkoterminowe	15 417 403	15 571 577	15 727 292	15 884 565	16 043 411	16 203 845	16 365 884	16 529 542	16 694 838	16 861 786
Inwestycje krótkoterminowe	2 080 966	2 744 897	2 803 444	2 401 085	2 956 370	2 331 953	2 796 098	2 134 581	2 103 061	2 775 437
Krótkoterminowe rozliczenia	271 692	274 163	276 646	279 140	281 634	284 132	286 909	289 689	292 497	295 334
Aktywa razem	139 069 830	133 640 726	129 933 598	123 809 531	118 912 689	114 029 356	109 276 717	105 464 918	100 249 307	95 703 451
Pasywa	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Kapitał (fundusz) własny	-203 929 230	-208 406 008	-212 950 643	-217 142 978	-221 343 626	-225 737 879	-230 510 309	-235 836 257	-241 098 683	-245 650 699
Kapitał (fundusz) podstawowy	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392
Kapitał (fundusz) zapasowy	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-213 120 376	-216 675 219	-220 566 930	-224 189 631	-227 729 041	-231 360 055	-235 093 071	-239 102 262	-243 388 796	-247 334 464
Zysk i strata netto	-51 469 246	-52 391 181	-53 044 105	-53 613 739	-54 274 977	-55 038 216	-56 077 630	-57 394 387	-58 370 279	-58 976 627
Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	342 999 060	342 046 734	342 884 241	340 952 510	340 256 315	339 767 235	339 787 026	341 301 176	341 347 990	341 354 150
Rezerwy na zobowiązania	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179
Zobowiązania długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania krótkoterminowe	242 159 416	246 728 559	251 009 435	254 292 924	258 579 882	261 869 591	267 159 862	270 452 593	273 748 235	277 046 817
Rozliczenia międzyokresowe	91 729 466	86 207 997	82 764 628	77 549 407	72 566 254	68 787 465	63 516 986	61 738 404	58 489 576	55 197 155
Pasywa Razem	139 069 830	133 640 726	129 933 598	123 809 531	118 912 689	114 029 356	109 276 717	105 464 918	100 249 307	95 703 451

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 50 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych za okres 2020 – 2040 – Wariant 0

Wyszczególnienie	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Działalność operacyjna											
Zysk (strata) netto	122 528	-30 971 599	-33 483 517	-35 454 533	-39 835 337	-41 951 613	-46 775 768	-48 663 571	-49 362 430	-50 215 312	-50 884 180
Korekty razem	39 198 237	59 869 627	72 973 102	34 959 955	30 881 126	27 847 344	27 043 588	23 431 332	22 153 334	19 125 862	20 055 991
Amortyzacja	11 420 424	12 579 787	8 245 979	6 997 143	7 787 959	8 260 911	8 148 365	8 221 308	7 993 354	8 245 728	8 337 065
Odsetki i udziały w zyskach (dywidendy)	2 304 220	3 514 036	5 934 686	7 410 527	8 553 495	9 708 330	10 572 415	11 229 965	11 531 265	11 892 578	12 133 903
Zmiana stanu zapasów	-1 631 469	427 171	-145 778	-160 658	-167 696	-36 542	-40 858	-41 266	-41 679	-42 096	-42 517
Zmiana stanu należności	1 981 304	1 644 098	-547 891	-571 905	-596 975	-143 801	-145 239	-146 691	-148 158	-149 640	-151 136
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych, z wyjątkiem kredytów i pożyczek	1 917 366	33 016 050	47 327 006	27 375 241	23 648 917	18 798 732	12 767 556	8 759 130	5 320 491	3 661 736	4 296 084
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	19 638 281	8 688 501	12 159 115	-6 090 376	-8 344 557	-8 740 270	-4 258 634	-4 591 097	-2 501 921	-4 482 426	-4 517 391
Inne korekty	-2 000 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przepływy operacyjne	39 320 765	28 898 028	39 489 585	-494 579	-8 954 211	-14 104 268	-19 732 180	-25 232 240	-27 209 096	-31 089 449	-30 828 189
Działalność inwestycyjna											
Wpływy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie inwestycji w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	33 214 421	19 973 145	22 126 900	4 630 000	2 465 000	2 505 000	3 850 000	2 845 000	4 980 000	3 060 000	3 130 000
Nabycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	33 214 421	19 973 145	22 126 900	4 630 000	2 465 000	2 505 000	3 850 000	2 845 000	4 980 000	3 060 000	3 130 000
Inwestycje w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na aktywa finansowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Przepływy inwestycyjne	-33 214 421	-19 973 145	-22 126 900	-4 630 000	-2 465 000	-2 505 000	-3 850 000	-2 845 000	-4 980 000	-3 060 000	-3 130 000
Działalność finansowa											
Wpływy	3 230 530	8 400 706	235 163	20 572 115	27 928 252	31 979 415	37 077 390	39 196 113	44 022 740	45 913 040	46 637 793
Wpływy netto w wydania udziałów i innych instrumentów kapitałowych oraz dopłat do kapitału	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	3 000 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	11 538 746	17 660 384	18 083 363	15 486 391	15 716 964	16 066 227	12 728 080	11 477 124	11 780 895	12 144 704	12 388 551
Dywidendy i inne wypłaty na rzecz właścicieli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne niż wypłaty na rzecz właścicieli wydatki, wydatki z tytułu podziału zysku	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Splata bieżących pożyczek i kredytów	8 283 996	11 753 513	9 753 513	7 159 407	6 923 579	6 115 608	1 910 954	0	0	0	0
Splata kredytu restrukturyzacyjnego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z tytułu innych zobowiązań finansowych	720 000	2 160 000	2 160 000	678 943	0	0	0	0	0	0	0
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu finansowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	2 269 041	3 478 505	5 898 800	7 374 282	8 516 887	9 671 357	10 535 072	11 192 249	11 493 171	11 854 103	12 095 044
Inne wydatki finansowe	265 709	268 366	271 049	273 760	276 497	279 262	282 055	284 876	287 724	290 602	293 508
Przepływy finansowe	-8 308 216	-9 259 679	-17 848 199	5 085 724	12 211 288	15 913 189	24 349 310	27 718 989	32 241 845	33 768 336	34 249 241
Przepływy pieniężne netto razem	-2 201 872	-334 796	-485 514	-38 855	792 077	-696 080	767 130	-358 250	52 749	-381 114	291 052
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-2 201 872	-334 796	-485 514	-38 855	792 077	-696 080	767 130	-358 250	52 749	-381 114	291 052
Środki pieniężne na początek okresu	5 149 695	2 947 823	2 613 028	2 127 514	2 088 659	2 880 736	2 184 656	2 951 786	2 593 535	2 646 284	2 265 171
Środki pieniężne na koniec okresu	2 947 823	2 613 028	2 127 514	2 088 659	2 880 736	2 184 656	2 951 786	2 593 535	2 646 284	2 265 171	2 556 223



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Działalność operacyjna										
Zysk (strata) netto	-51 469 246	-52 391 181	-53 044 105	-53 613 739	-54 274 977	-55 038 216	-56 077 630	-57 394 387	-58 370 279	-58 976 627
Korekty razem	19 111 899	19 877 285	21 731 125	18 949 298	20 206 648	20 351 958	21 170 119	22 829 410	21 527 334	21 652 285
Amortyzacja	8 454 843	8 293 051	8 117 679	7 925 717	7 708 154	7 466 979	7 477 184	7 462 759	7 448 695	7 434 982
Odsetki i udziały w zyskach (dywidendy)	12 315 242	12 736 595	12 977 961	13 159 340	13 400 734	13 582 141	13 883 562	14 064 998	14 246 448	14 427 913
Zmiana stanu zapasów	-42 942	-43 371	-43 805	-44 243	-44 686	-45 132	-45 584	-46 040	-46 500	-46 965
Zmiana stanu należności	-152 648	-154 174	-155 716	-157 273	-158 846	-160 434	-162 038	-163 659	-165 295	-166 948
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych, z wyjątkiem kredytów i pożyczek	3 298 364	4 569 143	4 280 877	3 283 489	4 286 957	3 289 710	5 290 270	3 292 732	3 295 642	3 298 582
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-4 760 943	-5 523 940	-3 445 852	-5 217 714	-4 985 647	-3 781 287	-5 273 257	-1 781 362	-3 251 636	-3 295 258
Inne korekty	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przepływy operacyjne	-32 357 348	-32 513 896	-31 312 980	-34 664 442	-34 068 329	-34 686 258	-34 907 511	-34 564 978	-36 842 945	-37 324 341
Działalność inwestycyjna										
Wpływy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie inwestycji w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	3 050 000	2 000 000	4 150 000	2 000 000	2 050 000	3 000 000	2 050 000	4 100 000	2 050 000	2 000 000
Nabycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	3 050 000	2 000 000	4 150 000	2 000 000	2 050 000	3 000 000	2 050 000	4 100 000	2 050 000	2 000 000
Inwestycje w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na aktywa finansowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przepływy inwestycyjne	-3 050 000	-2 000 000	-4 150 000	-2 000 000	-2 050 000	-3 000 000	-2 050 000	-4 100 000	-2 050 000	-2 000 000
Działalność finansowa										



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Wpływy	47 502 730	48 174 170	48 761 834	49 686 392	50 341 967	50 914 277	51 578 217	52 344 186	53 386 358	54 705 901
Wpływy netto w wydania udziałów i innych instrumentów kapitałowych oraz dopłat do kapitału	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	12 572 437	12 996 361	13 240 325	13 424 328	13 668 371	13 852 455	14 156 580	14 340 745	14 524 953	14 709 202
Dywidendy i inne wypłaty na rzecz właścicieli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne niż wypłaty na rzecz właścicieli wydatki, wydatki z tytułu podziału zysku	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Splata bieżących pożyczek i kredytów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Splata kredytu restrukturyzacyjnego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z tytułu innych zobowiązań finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu finansowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	12 275 994	12 696 954	12 937 924	13 118 903	13 359 892	13 540 891	13 841 900	14 022 919	14 203 948	14 384 987
Inne wydatki finansowe	296 443	299 407	302 401	305 425	308 479	311 564	314 680	317 827	321 005	324 215
Przepływy finansowe	34 930 293	35 177 809	35 521 509	36 262 064	36 673 595	37 061 822	37 421 638	38 003 441	38 861 405	39 996 698
Przepływy pieniężne netto razem	-477 055	663 913	58 529	-402 377	555 266	-624 436	464 127	-661 537	-31 539	672 357
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-477 055	663 913	58 529	-402 377	555 266	-624 436	464 127	-661 537	-31 539	672 357
Środki pieniężne na początek okresu	2 556 223	2 079 168	2 743 081	2 801 610	2 399 232	2 954 499	2 330 062	2 794 189	2 132 653	2 101 113
Środki pieniężne na koniec okresu	2 079 168	2 743 081	2 801 610	2 399 232	2 954 499	2 330 062	2 794 189	2 132 653	2 101 113	2 773 470

Źródło: opracowanie własne.



Prognoza rachunku zysków i strat wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki dzięki zwiększonemu finansowaniu NFZ, będącego odzwierciedleniem panującej pandemii koronawirusa, w roku 2020 ulegnie poprawie w stosunku do poprzednich okresów. Po odliczeniu amortyzacji szacuje się, że wynik na działalności podstawowej wyniesie -4,8 mln zł, co jest poprawą w stosunku do roku poprzedniego o 17,3 mln zł. Pomimo polepszenia wyników finansowych w roku 2020 sytuacja finansowa Placówki już w kolejnym roku ulegnie pogorszeniu. Szacuje się, że wynik na działalności podstawowej w roku 2021 bez uwzględnienia amortyzacji wyniesie -26,1 mln zł. W kolejnych latach obserwuje się stałe pogarszanie się sytuacji finansowej Szpitala. Na znaczne pogorszenie sytuacji finansowej Szpitala w roku 2021 wpływ mają przede wszystkim zmniejszone, w stosunku do roku poprzedniego przychodny z NFZ, ale także zwiększone koszty operacyjne. Na koniec prognozowanego okresu strata na działalności podstawowej, bez amortyzacji wynieść może niemal 37 mln zł.

Po uwzględnieniu działalności pozostałej operacyjnej oraz działalności finansowej wynik netto w roku 2020 prawdopodobnie wyniesie 122,5 tys. zł, co oznacza poprawę w stosunku do roku poprzedniego o 19,7 mln zł. Polepszenie wyniku w roku 2020 w stosunku do roku 2019 jest pochodną wyższych przychodów z NFZ, ale również zwiększonych pozostałych przychodów operacyjnych, m.in. w ramach pomocy walki z koronawirusem czy umorzeniem pożyczki przez Miasto Radom. Pomimo polepszenia sytuacji w roku 2020 już od następnego roku Jednostka prawdopodobnie ponownie odnotowywać będzie straty. Szacuje się, że strata netto na koniec 2021 roku wyniesie około 31 mln zł. Kolejne lata to pogłębianie się ujemnych wyników finansowych Szpitala. Na koniec roku 2040 strata netto może osiągnąć poziom prawie 60 mln zł.

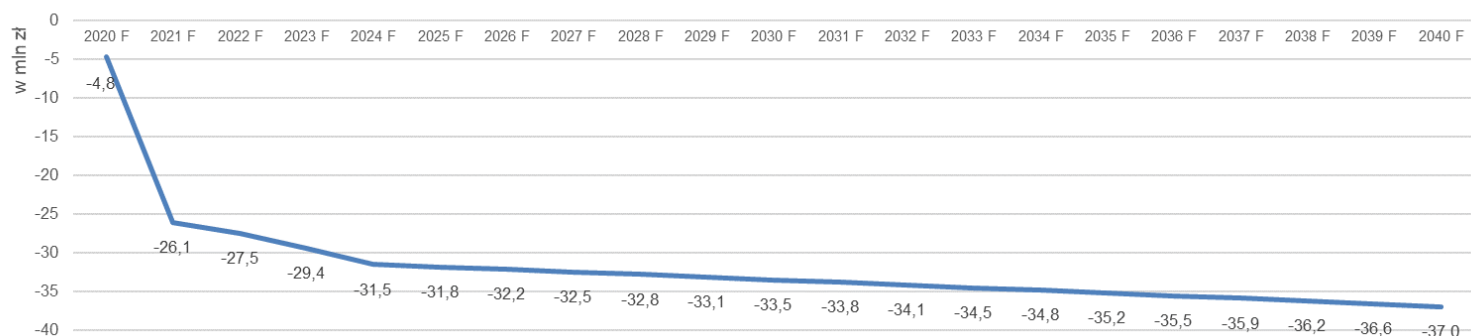
Suma bilansowa w latach 2020-2022 ulega wzrostowi w stosunku do poprzednich okresów na skutek prowadzonych działań inwestycyjnych. Od roku 2023 suma bilansowa ulega zmniejszeniom. Pogorszenie sytuacji finansowej skutkuje wzrostem zobowiązań wymagalnych. Poziom zobowiązań wymagalnych na koniec 2020 roku prawdopodobnie wyniesie 16 mln zł, przy czym w roku następnym już 40 mln zł. Na koniec okresu prognozy, tj. w roku 2040 zobowiązania wymagalne mogą wzrosnąć do poziomu prawie 240 mln zł.

Na wykresach poniżej zaprezentowano jak prawdopodobnie kształtować się będzie wynik na działalności podstawowej (bez amortyzacji), wynik finansowy netto oraz wartość zobowiązań wymagalnych w okresie prognozy.



Wykres 5 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy

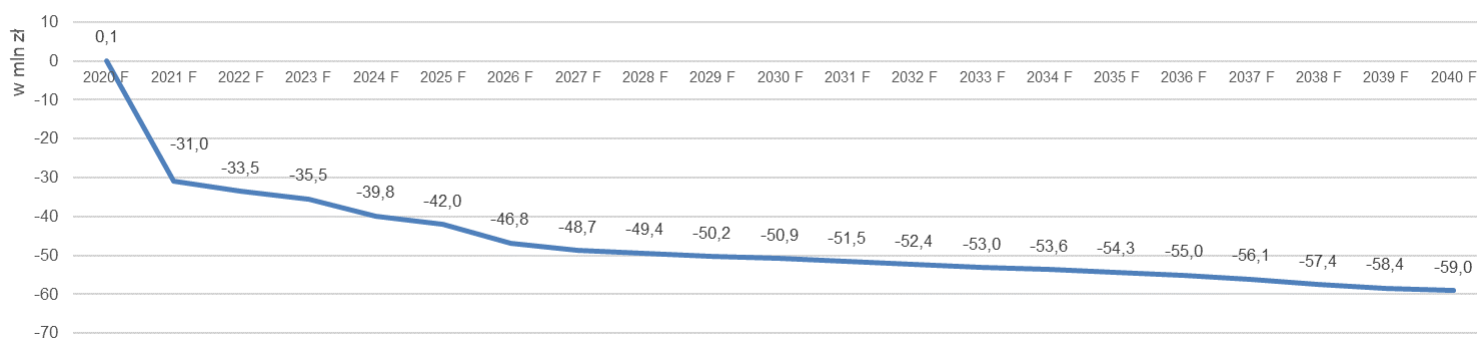
Wynik ze sprzedaży (bez amortyzacji)



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 6 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 0

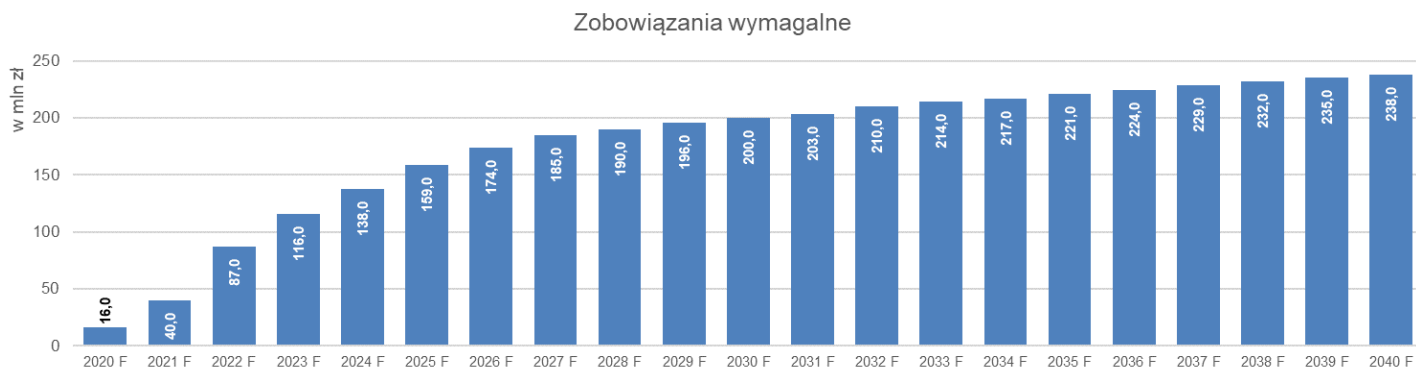
Wynik finansowy netto



Źródło: opracowanie własne.



Wykres 7 Poziom zobowiązań wymagalnych w okresie prognozy – Wariant 0



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie symulacji dla wariantu 0:

Szpital pomimo chwilowej poprawy sytuacji finansowej w roku 2020, już od następnego roku będzie miał ponowne problemy. Placówka w dalszej perspektywie czasu nadal borykać się będzie z problemem zobowiązań wymagalnych. Okresowa poprawa wyników finansowych w roku 2020 nie jest wystarczająca do wyciągnięcia Szpitala z jego problemów istniejących już na poziomie działalności podstawowej. Kolejne lata prognozy pokazują, że Właściciel Szpitala będzie musiał borykać się z koniecznością jego dalszego dokapitalizowania w przyszłości.



Wariant 1

W Wariancie 1 przeprowadzono symulację rachunku zysków strat, bilansu, rachunku przepływów pieniężnych Jednostki na okres 2020 – 2040. Punktem wyjścia analizy jest wariant 0.

W wariancie 1 uwzględniono następujące działania naprawcze rekomendowane do wprowadzenia przez ZUK Know How Sp. z o.o.



Tabela 51 Harmonogram działań naprawczych przyjętych dla wariantu 1

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
1	Optimalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy		-	-	optimalizacja zatrudnienia
	<i>Weryfikacja kwalifikacji, doświadczenia, efektywności pracy pracowników celem wytypowania osób do zwolnienia (w tym rozmowy ze związkami zawodowymi)</i>	<i>od 09.2020</i>			<i>redukcja personelu ustalona ze związkami zawodowymi</i>
	<i>Wręczenie wypowiedzeń pracownikom z tytułu optymalizacji zatrudnienia</i>	<i>od 01.2021 do 08.2022</i>			<i>redukcja liczby pracowników</i>
	<i>Wypłata odpraw dla zwalnianych pracowników</i>	<i>od 03.2021 do 11.2022</i>	<i>3 060 425 zł</i>		
	<i>Wprowadzenie nowej organizacji pracy</i>	<i>od 01.04.2021 do 31.12.2021</i>		<i>oszczędność w skali roku 17 253 043 zł</i>	<i>obniżenie kosztów zatrudnienia, poprawa organizacji pracy personelu</i>
2	Zróżnicowanie formy zatrudnienia (zamiana umów o pracę na umowy kontraktowe)	<i>od 03.2021 do 12.2021</i>		<i>oszczędność w skali roku 3 737 338 zł</i>	obniżenie kosztów osobowych
3	Optimalizacja zużycia materiałów medycznych	<i>od 01.2021</i>	-	<i>oszczędność w skali roku 3 010 763 zł</i>	obniżenie kosztów Placówki
4	Zwiększenie sprzedaży komercyjnej Szpitala	<i>od 01.2021 do 01.2022</i>	-	<i>poprawa wyniku o 1 491 239 zł w skali roku</i>	poprawa sytuacji finansowej Placówki
5	Wzrost efektywności zarządzania poprzez integrację szerokiej kadry kierowniczej wokół realizacji celów restrukturyzacji	<i>od 01.2022</i>	-	<i>oszczędność 1 121 562 zł w skali roku</i>	poprawa efektywności działalności Szpitala
6	Zwiększenie przychodów w ramach poprawnego rozliczenia pacjentów z kartą DİLO i pacjentów przyjętych poza pakietem onkologicznym	<i>od 01.2021</i>	-	<i>poprawa wyniku o 1 322 257 zł w skali roku</i>	poprawa efektywności działalności Szpitala
7	Zwiększenia liczby zabiegów w Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektroterapii	<i>od 01.2021</i>	-	<i>poprawa wyniku o 1 142 717 w skali roku</i>	poprawa efektywności działalności Szpitala
8	Zwiększenie liczby porodów	<i>od 01.2021</i>	-	<i>poprawa wyniku o 1 139 048 w skali roku</i>	poprawa efektywności działalności Szpitala
9	Zwiększenia liczby noworodków	<i>od 01.2021</i>	-	<i>poprawa wyniku o 1 096 018 zł w skali roku</i>	poprawa efektywności działalności Szpitala



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
10	Zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 447 239 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
11	Zwiększenia liczby zabiegów wszczepienia endoprotez	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 157 611 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
12	Zwiększenia liczby świadczeń w Pracowni Endoskopii	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 47 276 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
13	Wprowadzenie specjalistycznej porady pielęgniarskiej (chirurgicznej)	od 01.2021	-	poprawa wyniku o 50 503 zł w skali roku	poprawa efektywności działalności Szpitala
14	Optymalizacja kosztów związanych ze sprzątniem	od 04.2021	-	oszczędność w skali roku 1 364 243 zł	poprawa efektywności działalności Szpitala
15	Optymalizacja kosztów związanych z dozorem	od 02.2021	-	oszczędność w skali roku 430 386 zł	poprawa efektywności działalności Szpitala
16	Pozyskanie kredytu restrukturyzacyjnego	od 01.2021	-	kredyt w wysokości 55 mln zł	Restrukturyzacja zadłużenia Placówki

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 52 Prognoza rachunku zysków i strat za okres 2020 – 2040 – Wariant 1

Wyszczególnienie	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów	205 218 843	196 796 050	207 473 415	216 406 507	225 730 698	227 988 005	230 267 885	232 570 564	234 896 269	237 245 232	239 617 684
Przychody netto ze sprzedaży produktów	212 862 282	196 747 607	207 424 487	216 357 090	225 680 787	227 937 594	230 216 970	232 519 140	234 844 331	237 192 775	239 564 703
Zmiana stanu produktów	-7 700 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	56 561	48 443	48 928	49 417	49 911	50 410	50 915	51 424	51 938	52 457	52 982
Koszty działalności operacyjnej:	221 397 379	220 222 716	212 914 361	217 033 604	227 514 719	230 384 939	232 491 633	234 806 008	236 841 901	239 980 761	242 181 448
Amortyzacja	11 420 424	12 579 787	8 245 979	6 997 143	7 787 959	8 460 911	8 348 365	8 421 308	8 193 354	9 045 728	8 937 065
Zużycie materiałów i energii	35 760 539	47 836 856	49 397 518	50 829 544	52 303 818	52 826 856	53 355 125	53 888 676	54 427 563	54 971 838	55 521 557
Usługi obce	29 578 301	42 559 633	57 774 986	59 221 168	62 068 527	62 689 212	63 316 104	63 949 265	64 588 758	65 234 645	65 886 992
Podatki i opłaty	409 721	419 496	431 242	443 317	455 730	460 287	464 890	469 539	474 234	478 977	483 766
Wynagrodzenia	120 654 580	96 301 873	79 668 957	81 439 530	85 837 265	86 695 638	87 562 594	88 438 220	89 322 602	90 215 828	91 117 987
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	22 885 118	19 801 855	16 683 399	17 370 678	18 308 695	18 491 782	18 676 700	18 863 467	19 052 101	19 242 622	19 435 049
Pozostałe koszty rodzajowe	688 301	722 393	711 434	731 355	751 833	759 351	766 944	774 614	782 360	790 184	798 085
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	395	822	845	869	893	902	911	920	929	938	948
Zysk (strata) ze sprzedaży	-16 178 535	-23 426 666	-5 440 946	-627 097	-1 784 021	-2 396 934	-2 223 748	-2 235 444	-1 945 632	-2 735 529	-2 563 763
Pozostałe przychody operacyjne	20 512 559	13 854 956	12 229 755	13 330 355	13 664 299	14 135 993	10 846 860	10 356 368	10 221 041	10 505 436	10 636 254
Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	10 886 540	10 833 489	9 178 073	10 248 156	10 551 278	10 991 842	7 671 267	7 149 019	6 981 619	7 233 619	7 331 719
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	9 626 018	3 021 468	3 051 682	3 082 199	3 113 021	3 144 151	3 175 593	3 207 349	3 239 422	3 271 817	3 304 535
Pozostałe koszty operacyjne	1 907 275	1 441 547	1 455 963	1 470 522	1 485 228	1 500 080	1 515 081	1 530 232	1 545 534	1 560 989	1 576 599
Strata z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Inne koszty operacyjne	1 907 275	1 441 547	1 455 963	1 470 522	1 485 228	1 500 080	1 515 081	1 530 232	1 545 534	1 560 989	1 576 599
Zysk strata z działalności operacyjnej	2 426 749	-11 013 257	5 332 846	11 232 736	10 395 051	10 238 979	7 108 031	6 590 692	6 729 876	6 208 917	6 495 891
Przychody finansowe	230 530	232 835	235 163	237 515	239 890	242 289	244 712	247 159	249 631	252 127	254 648
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	53 030	53 561	54 096	54 637	55 184	55 735	56 293	56 856	57 424	57 999	58 579
Zysk z tytułu rozchodu aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	177 499	179 274	181 067	182 878	184 706	186 553	188 419	190 303	192 206	194 128	196 070
Koszty finansowe	2 534 750	2 280 268	2 283 821	2 238 393	2 135 072	2 031 788	1 928 541	1 825 330	1 722 157	1 619 021	1 515 924
Odsetki	2 269 041	2 011 902	2 012 771	1 964 633	1 858 575	1 752 526	1 646 486	1 540 455	1 434 433	1 328 420	1 222 416
Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	265 709	268 366	271 049	273 760	276 497	279 262	282 055	284 876	287 724	290 602	293 508
Zysk strata brutto	122 528	-13 060 690	3 284 189	9 231 858	8 499 868	8 449 480	5 424 202	5 012 521	5 257 349	4 842 023	5 234 615
Podatek dochodowy	0	0	10 659	24 206	22 815	23 043	23 274	23 506	23 741	23 979	24 219
Zysk (strata) netto	122 528	-13 060 690	3 273 530	9 207 652	8 477 053	8 426 437	5 400 929	4 989 015	5 233 608	4 818 044	5 210 397



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Przychody netto ze sprzedaży produktów, towarów i materiałów	242 013 861	244 434 000	246 878 340	249 347 123	251 840 595	254 359 000	256 902 590	259 471 616	262 066 333	264 686 996
Przychody netto ze sprzedaży produktów	241 960 350	244 379 953	246 823 753	249 291 990	251 784 910	254 302 759	256 845 787	259 414 245	262 008 387	264 628 471
Zmiana stanu produktów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	53 512	54 047	54 587	55 133	55 685	56 241	56 804	57 372	57 946	58 525
Koszty działalności operacyjnej:	245 431 670	248 425 646	250 829 601	253 240 757	256 250 344	258 460 592	261 146 733	264 233 004	266 944 642	269 681 888
Amortyzacja	9 854 843	10 493 051	10 517 679	10 525 717	11 108 154	10 866 979	11 077 184	11 662 759	11 848 695	12 034 982
Zużycie materiałów i energii	56 076 772	56 637 540	57 203 915	57 775 955	58 353 714	58 937 251	59 526 624	60 121 890	60 723 109	61 330 340
Usługi obce	66 545 862	67 211 320	67 883 433	68 562 268	69 247 890	69 940 369	70 639 773	71 346 171	72 059 632	72 780 229
Podatki i opłaty	488 604	493 490	498 425	503 409	508 443	513 528	518 663	523 850	529 088	534 379
Wynagrodzenia	92 029 166	92 949 458	93 878 953	94 817 742	95 765 920	96 723 579	97 690 815	98 667 723	99 654 400	100 650 944
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	19 629 399	19 825 693	20 023 950	20 224 190	20 426 431	20 630 696	20 837 003	21 045 373	21 255 826	21 468 385
Pozostałe koszty rodzajowe	806 066	814 127	822 268	830 491	838 796	847 184	855 656	864 212	872 854	881 583
Wartość sprzedanych towarów i materiałów	957	967	977	986	996	1 006	1 016	1 026	1 037	1 047
Zysk (strata) ze sprzedaży	-3 417 808	-3 991 647	-3 951 261	-3 893 634	-4 409 750	-4 101 592	-4 244 143	-4 761 387	-4 878 309	-4 994 893
Pozostałe przychody operacyjne	10 790 799	10 692 425	10 583 034	10 453 933	10 301 251	9 936 619	9 730 888	9 046 919	8 707 948	8 742 683
Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	7 453 219	7 321 469	7 178 369	7 015 221	6 828 152	6 428 789	6 187 980	5 468 582	5 093 828	5 092 421
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	3 337 580	3 370 956	3 404 665	3 438 712	3 473 099	3 507 830	3 542 908	3 578 338	3 614 121	3 650 262
Pozostałe koszty operacyjne	1 592 365	1 608 289	1 624 372	1 640 615	1 657 021	1 673 592	1 690 328	1 707 231	1 724 303	1 741 546
Strata z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	1 592 365	1 608 289	1 624 372	1 640 615	1 657 021	1 673 592	1 690 328	1 707 231	1 724 303	1 741 546



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Zysk strata z działalności operacyjnej	5 780 626	5 092 490	5 007 402	4 919 683	4 234 480	4 161 436	3 796 418	2 578 301	2 105 336	2 006 245
Przychody finansowe	257 195	259 767	262 364	264 988	267 638	270 314	273 017	275 747	278 505	281 290
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	59 164	59 756	60 354	60 957	61 567	62 182	62 804	63 432	64 066	64 707
Zysk z tytułu rozchodu aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	198 030	200 011	202 011	204 031	206 071	208 132	210 213	212 315	214 438	216 583
Koszty finansowe	1 412 865	1 309 845	1 206 864	1 103 923	1 001 022	898 161	795 341	692 563	589 826	487 131
Odsetki	1 116 422	1 010 438	904 463	798 498	692 542	586 597	480 661	374 736	268 821	162 916
Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja wartości aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	296 443	299 407	302 401	305 425	308 479	311 564	314 680	317 827	321 005	324 215
Zysk strata brutto	4 624 955	4 042 411	4 062 902	4 080 748	3 501 096	3 533 589	3 274 094	2 161 486	1 794 015	1 800 404
Podatek dochodowy	24 461	24 705	24 952	25 202	25 454	25 708	25 966	26 225	26 487	26 752
Zysk (strata) netto	4 600 494	4 017 706	4 037 950	4 055 546	3 475 642	3 507 880	3 248 128	2 135 261	1 767 528	1 773 652

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 53 Prognoza bilansu za okres 2020 – 2040 – Wariant 1

Aktywa	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Aktywa trwałe	137 620 029	145 013 387	158 894 307	156 527 165	152 204 206	146 248 295	141 749 929	136 173 622	135 960 268	129 974 540	128 167 475
WNiP	879 686	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000
Rzeczowe aktywa trwałe	136 740 343	144 963 387	158 869 307	156 477 165	152 179 206	146 198 295	141 724 929	136 123 622	135 935 268	129 924 540	128 142 475
Należności długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inwestycje długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Długoterminowe rozliczenia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktywa obrotowe	21 480 526	18 017 506	18 918 029	21 731 348	24 722 313	24 931 155	25 108 084	25 608 437	25 806 747	26 546 443	26 276 572
Zapasy	4 002 277	3 758 028	3 959 159	4 129 108	4 306 493	4 345 607	4 389 063	4 432 954	4 477 283	4 522 056	4 567 277
Należności krótkoterminowe	14 307 417	13 224 278	13 941 919	14 542 318	15 169 005	15 320 695	15 473 902	15 628 641	15 784 928	15 942 777	16 102 205
Inwestycje krótkoterminowe	2 949 435	814 977	804 037	2 842 888	5 019 300	5 034 468	5 012 627	5 312 036	5 307 694	5 841 629	5 364 909
Krótkoterminowe rozliczenia	221 397	220 223	212 914	217 034	227 515	230 385	232 492	234 806	236 842	239 981	242 181
Aktywa razem	159 100 555	163 030 893	177 812 336	178 258 512	176 926 519	171 179 449	166 858 014	161 782 059	161 767 015	156 520 983	154 444 047
Pasywa	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Kapitał (fundusz) własny	-71 634 419	-76 527 238	-73 253 709	-61 622 365	-53 145 312	-44 718 875	-39 317 946	-34 328 932	-29 095 324	-24 277 280	-19 066 883
Kapitał (fundusz) podstawowy	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392
Kapitał (fundusz) zapasowy	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-132 417 339	-124 126 940	-137 187 630	-131 490 409	-122 282 757	-113 805 704	-105 379 267	-99 978 338	-94 989 324	-89 755 716	-84 937 672
Zysk i strata netto	122 528	-13 060 690	3 273 530	9 207 652	8 477 053	8 426 437	5 400 929	4 989 015	5 233 608	4 818 044	5 210 397
Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	230 734 974	239 558 131	251 066 045	239 880 877	230 071 831	215 898 325	206 175 960	196 110 991	190 862 339	180 798 263	173 510 930



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Rezerwy na zobowiązania	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179
Zobowiązania długoterminowe	31 996 763	55 098 863	52 008 468	48 942 501	45 876 534	42 799 378	39 722 222	36 666 667	33 611 111	30 555 556	27 500 000
Zobowiązania krótkoterminowe	70 508 862	47 535 694	49 969 694	47 931 650	49 521 348	47 162 340	44 773 398	42 352 503	42 659 026	40 130 125	40 413 067
Rozliczenia międzyokresowe	119 119 171	127 813 396	139 977 704	133 896 548	125 563 770	116 826 428	112 570 161	107 981 642	105 482 023	101 002 404	96 487 685
Pasywa Razem	159 100 555	163 030 893	177 812 336	178 258 512	176 926 519	171 179 449	166 858 014	161 782 059	161 767 015	156 520 983	154 444 047

Aktywa	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Aktywa trwałe	125 362 632	117 869 581	115 501 902	110 976 185	105 918 032	103 051 053	98 023 868	95 461 109	90 662 414	86 627 432
WNiP	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000	50 000	25 000
Rzeczowe aktywa trwałe	125 312 632	117 844 581	115 451 902	110 951 185	105 868 032	103 026 053	97 973 868	95 436 109	90 612 414	86 602 432
Należności długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inwestycje długoterminowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Długoterminowe rozliczenia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktywa obrotowe	26 141 573	26 443 833	26 611 303	27 185 365	27 939 770	27 752 151	27 970 566	28 101 798	28 638 528	28 376 841
Zapasy	4 612 949	4 659 079	4 705 670	4 752 726	4 800 254	4 848 256	4 896 739	4 945 706	4 995 163	5 045 115
Należności krótkoterminowe	16 263 227	16 425 859	16 590 118	16 756 019	16 923 579	17 092 815	17 263 743	17 436 381	17 610 744	17 786 852
Inwestycje krótkoterminowe	5 019 965	5 110 470	5 064 686	5 423 379	5 959 687	5 552 619	5 548 938	5 455 479	5 765 675	5 275 193
Krótkoterminowe rozliczenia	245 432	248 426	250 830	253 241	256 250	258 461	261 147	264 233	266 945	269 682
Aktywa razem	151 504 206	144 313 415	142 113 205	138 161 550	133 857 802	130 803 203	125 994 434	123 562 907	119 300 942	115 004 273
Pasywa	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Kapitał (fundusz) własny	-14 466 389	-10 448 683	-6 410 733	-2 355 187	1 120 455	4 628 335	7 876 464	10 011 724	11 779 252	13 552 904
Kapitał (fundusz) podstawowy	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392	59 660 392
Kapitał (fundusz) zapasowy	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000
Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zysk (strata) z lat ubiegłych	-79 727 275	-75 126 781	-71 109 075	-67 071 125	-63 015 579	-59 539 937	-56 032 057	-52 783 928	-50 648 668	-48 881 140
Zysk i strata netto	4 600 494	4 017 706	4 037 950	4 055 546	3 475 642	3 507 880	3 248 128	2 135 261	1 767 528	1 773 652
Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania	165 970 595	154 762 098	148 523 938	140 516 737	132 737 347	126 174 868	118 117 971	113 551 183	107 521 690	101 451 370
Rezerwy na zobowiązania	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179	9 110 179
Zobowiązania długoterminowe	24 444 444	21 388 889	18 333 333	15 277 778	12 222 222	9 166 667	6 111 111	3 055 556	0	0
Zobowiązania krótkoterminowe	40 686 506	38 055 034	38 315 799	38 579 374	38 838 692	39 110 558	39 379 696	39 647 045	39 921 935	37 144 036
Rozliczenia międzyokresowe	91 729 466	86 207 997	82 764 628	77 549 407	72 566 254	68 787 465	63 516 986	61 738 404	58 489 576	55 197 155
Pasywa Razem	151 504 206	144 313 415	142 113 205	138 161 550	133 857 802	130 803 203	125 994 434	123 562 907	119 300 942	115 004 273

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 54 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych za okres 2020 – 2040 – Wariant 1

Wyszczególnienie	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Działalność operacyjna											
Zysk (strata) netto	122 528	-13 060 690	3 273 530	9 207 652	8 477 053	8 426 437	5 400 929	4 989 015	5 233 608	4 818 044	5 210 397
Korekty razem	39 198 237	18 394 440	20 891 071	93 924	2 115 080	-1 061 231	3 166 598	2 789 104	7 270 115	3 198 324	5 759 697
Amortyzacja	11 420 424	12 579 787	8 245 979	6 997 143	7 787 959	8 460 911	8 348 365	8 421 308	8 193 354	9 045 728	8 937 065
Odsetki i udziały w zyskach (dywidendy)	2 304 220	2 047 433	2 048 657	2 000 878	1 895 182	1 789 499	1 683 829	1 578 171	1 472 526	1 366 895	1 261 276
Zmiana stanu zapasów	-1 631 469	244 249	-201 131	-169 949	-177 385	-39 114	-43 456	-43 891	-44 330	-44 773	-45 221
Zmiana stanu należności	1 981 304	1 083 139	-717 640	-600 400	-626 687	-151 690	-153 207	-154 739	-156 286	-157 849	-159 428
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych, z wyjątkiem kredytów i pożyczek	1 917 366	-6 255 551	-656 395	-2 048 456	1 579 287	-2 380 609	-2 410 542	-2 420 895	306 523	-2 528 902	282 942
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	19 638 281	8 695 400	12 171 617	-6 085 275	-8 343 259	-8 740 212	-4 258 374	-4 590 833	-2 501 655	-4 482 758	-4 516 920
Inne korekty	-2 000 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przepływy operacyjne	39 320 765	5 333 749	24 164 601	9 301 576	10 592 134	7 365 205	8 567 527	7 778 119	12 503 723	8 016 368	10 970 094
Działalność inwestycyjna											
Wpływy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie inwestycji w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	33 214 421	19 973 145	22 126 900	4 630 000	3 465 000	2 505 000	3 850 000	2 845 000	7 980 000	3 060 000	7 130 000
Nabycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	33 214 421	19 973 145	22 126 900	4 630 000	3 465 000	2 505 000	3 850 000	2 845 000	7 980 000	3 060 000	7 130 000
Inwestycje w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na aktywa finansowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2020 F	2021 F	2022 F	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Przepływy inwestycyjne	-33 214 421	-19 973 145	-22 126 900	-4 630 000	-3 465 000	-2 505 000	-3 850 000	-2 845 000	-7 980 000	-3 060 000	-7 130 000
Działalność finansowa											
Wpływy	3 230 530	63 400 706	235 163	2 661 206	239 890	242 289	244 712	247 159	249 631	252 127	254 648
Wpływy netto w wydania udziałów i innych instrumentów kapitałowych oraz dopłat do kapitału	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	3 000 000	55 000 000	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	11 538 746	50 895 784	2 283 821	5 293 948	5 190 628	5 087 344	4 984 096	4 880 886	4 777 713	4 674 577	4 571 480
Dywidendy i inne wypłaty na rzecz właścicieli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne niż wypłaty na rzecz właścicieli wydatki, wydatki z tytułu podziału zysku	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Splata bieżących pożyczek i kredytów	8 283 996	43 616 574	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Splata kredytu restrukturyzacyjnego	0	0	0	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556
Z tytułu innych zobowiązań finansowych	720 000	4 998 943	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu finansowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	2 269 041	86 902	87 771	88 649	89 535	90 431	91 335	92 249	93 171	94 103	95 044
Inne wydatki finansowe	265 709	268 366	271 049	273 760	276 497	279 262	282 055	284 876	287 724	290 602	293 508
Przepływy finansowe	-8 308 216	12 504 921	-2 048 657	-2 632 742	-4 950 738	-4 845 055	-4 739 384	-4 633 727	-4 528 082	-4 422 450	-4 316 832
Przepływy pieniężne netto razem	-2 201 872	-2 134 474	-10 957	2 038 834	2 176 396	15 151	-21 857	299 392	-4 359	533 918	-476 738
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-2 201 872	-2 134 474	-10 957	2 038 834	2 176 396	15 151	-21 857	299 392	-4 359	533 918	-476 738
Środki pieniężne na początek okresu	5 149 695	2 947 823	813 349	802 392	2 841 227	5 017 623	5 032 773	5 010 916	5 310 308	5 305 948	5 839 866
Środki pieniężne na koniec okresu	2 947 823	813 349	802 392	2 841 227	5 017 623	5 032 773	5 010 916	5 310 308	5 305 948	5 839 866	5 363 128



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Działalność operacyjna										
Zysk (strata) netto	4 600 494	4 017 706	4 037 950	4 055 546	3 475 642	3 507 880	3 248 128	2 135 261	1 767 528	1 773 652
Korekty razem	6 315 770	3 178 414	8 066 304	6 197 619	6 899 587	7 768 436	6 376 051	10 343 632	8 959 526	8 997 242
Amortyzacja	9 854 843	10 493 051	10 517 679	10 525 717	11 108 154	10 866 979	11 077 184	11 662 759	11 848 695	12 034 982
Odsetki i udziały w zyskach (dywidendy)	1 155 671	1 050 079	944 500	838 935	733 384	627 847	522 324	416 815	311 321	205 841
Zmiana stanu zapasów	-45 673	-46 129	-46 591	-47 057	-47 527	-48 003	-48 483	-48 967	-49 457	-49 952
Zmiana stanu należności	-161 022	-162 632	-164 259	-165 901	-167 560	-169 236	-170 928	-172 637	-174 364	-176 107
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych, z wyjątkiem kredytów i pożyczek	273 439	-2 631 472	260 765	263 575	259 318	271 866	269 138	267 349	274 890	277 657
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-4 761 469	-5 524 463	-3 445 773	-5 217 632	-4 986 162	-3 780 999	-5 273 166	-1 781 668	-3 251 539	-3 295 159
Inne korekty	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przepływy operacyjne	10 916 265	7 196 120	12 104 254	10 253 165	10 375 229	11 276 316	9 624 179	12 478 893	10 727 054	10 770 894
Działalność inwestycyjna										
Wpływy	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie inwestycji w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z aktywów finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	7 050 000	3 000 000	8 150 000	6 000 000	6 050 000	8 000 000	6 050 000	9 100 000	7 050 000	8 000 000
Nabycie WNIIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	7 050 000	3 000 000	8 150 000	6 000 000	6 050 000	8 000 000	6 050 000	9 100 000	7 050 000	8 000 000
Inwestycje w nieruchomości oraz WNIIP	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Na aktywa finansowe	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Przepływy inwestycyjne	-7 050 000	-3 000 000	-8 150 000	-6 000 000	-6 050 000	-8 000 000	-6 050 000	-9 100 000	-7 050 000	-8 000 000
Działalność finansowa										



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wyszczególnienie	2031 F	2032 F	2033 F	2034 F	2035 F	2036 F	2037 F	2038 F	2039 F	2040 F
Wpływy	257 195	259 767	262 364	264 988	267 638	270 314	273 017	275 747	278 505	281 290
Wpływy netto w wydania udziałów i innych instrumentów kapitałowych oraz dopłat do kapitału	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Wydatki	4 468 421	4 365 401	4 262 420	4 159 479	4 056 577	3 953 717	3 850 897	3 748 118	3 645 381	3 542 686
Dywidendy i inne wypłaty na rzecz właścicieli	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne niż wypłaty na rzecz właścicieli wydatki, wydatki z tytułu podziału zysku	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Splata bieżących pożyczek i kredytów	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Splata kredytu restrukturyzacyjnego	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556	3 055 556
Z tytułu innych zobowiązań finansowych	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu finansowego	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	95 994	96 954	97 924	98 903	99 892	100 891	101 900	102 919	103 948	104 987
Inne wydatki finansowe	296 443	299 407	302 401	305 425	308 479	311 564	314 680	317 827	321 005	324 215
Przepływy finansowe	-4 211 226	-4 105 634	-4 000 056	-3 894 491	-3 788 940	-3 683 403	-3 577 880	-3 472 371	-3 366 876	-3 261 396
Przepływy pieniężne netto razem	-344 961	90 486	-45 802	358 674	536 290	-407 086	-3 700	-93 478	310 178	-490 502
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-344 961	90 486	-45 802	358 674	536 290	-407 086	-3 700	-93 478	310 178	-490 502
Środki pieniężne na początek okresu	5 363 128	5 018 167	5 108 653	5 062 851	5 421 526	5 957 815	5 550 729	5 547 029	5 453 550	5 763 728
Środki pieniężne na koniec okresu	5 018 167	5 108 653	5 062 851	5 421 526	5 957 815	5 550 729	5 547 029	5 453 550	5 763 728	5 273 226

Źródło: opracowanie własne.



Prognoza rachunku zysków i strat wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki dzięki wprowadzonym działaniom naprawczym nie ulegnie pogorszeniu w następnych latach, tak jak miało to miejsce w wariantcie 0. Po odliczeniu amortyzacji szacuje się, że wynik na działalności podstawowej w roku 2021 wyniesie -10,8 mln zł, co oznacza poprawę w stosunku do wariantu 0 o 15,2 mln zł. W momencie wprowadzenia w pełni oszczędności wynikających z działań naprawczych, tj. na koniec roku 2023 wynik na działalności podstawowej bez amortyzacji wyniesie 6,4 mln zł i ulegnie poprawie o 35,8 mln zł w stosunku do wariantu 0. Wynik na sprzedaży bez amortyzacji przyjmuje wartości dodatnie już od roku 2022 i ulega polepszeniu w czasie. Szacuje się, że na koniec prognozowanego okresu wartość wyniku na działalności podstawowej bez amortyzacji wyniesie około 7,0 mln zł.

Po uwzględnieniu działalności pozostałej operacyjnej oraz działalności finansowej wynik netto od roku 2022 przyjmować będzie dodatnie wartości.

Suma bilansowa na skutek dodatnich wyników finansowych, braku zobowiązań wymagalnych oraz dodatkowych inwestycji nie będzie ulegała zmniejszeniom w tak znacznym stopniu jak miało to miejsce w wariantcie 0. Poprawa sytuacji finansowej na skutek wprowadzonych działań naprawczych oraz restrukturyzacji zadłużenia spowodowała, że Jednostka od roku 2021 nie będzie borykała się z problemem zobowiązań wymagalnych.

Na wykresach poniżej zaprezentowano jak prawdopodobnie kształtować się będzie wynik na działalności podstawowej (bez amortyzacji), wynik finansowy netto oraz wartość zobowiązań wymagalnych w okresie prognozy.

Wykres 8 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 1



Źródło: opracowanie własne.

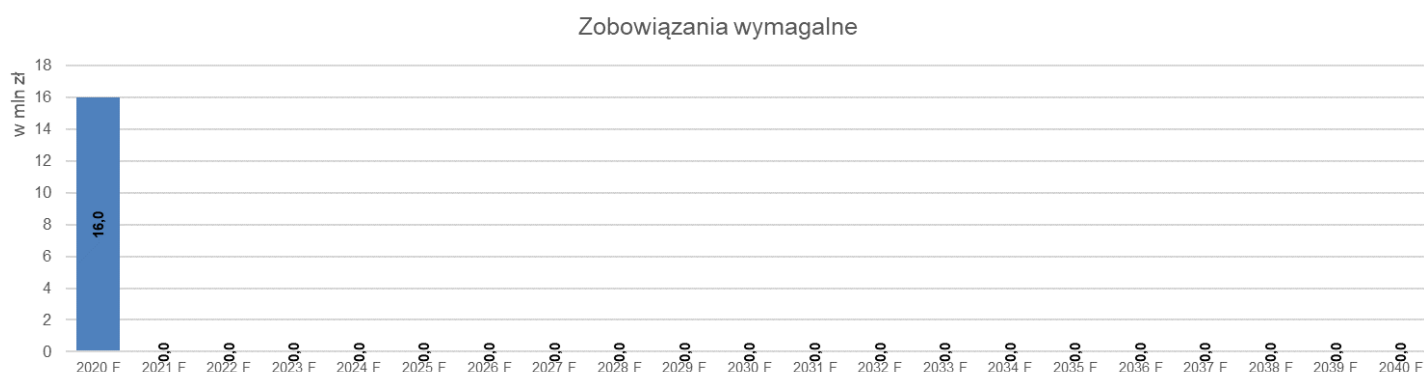


Wykres 9 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 1



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 10 Poziom zobowiązań wymagalnych w okresie prognozy – Wariant 1



Źródło: opracowanie własne.

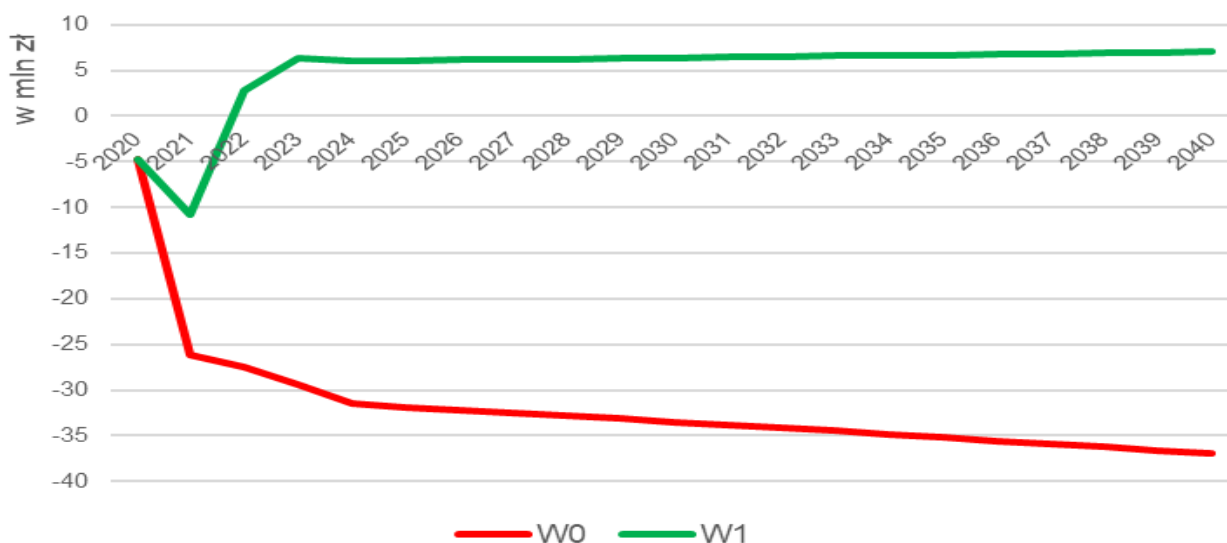
Podsumowanie symulacji dla wariantu 1:

Szpital dzięki wprowadzonym działaniom naprawczym oraz restrukturyzacji zadłużenia jest w stanie generować nadwyżki finansowe w dalszej perspektywie czasowej oraz uporać się z problemem zobowiązań wymagalnych. Skumulowane środki pieniężne mogą zostać przeznaczone na działalność rozwojową Szpitala.



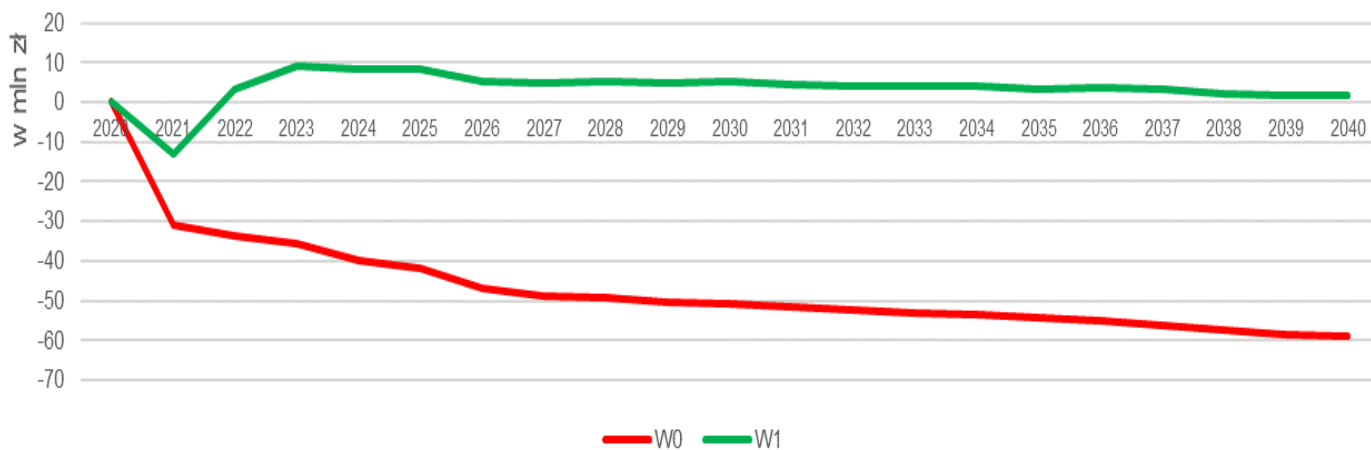
Podsumowanie wariantów

Wykres 11 Wyniki na działalności podstawowej bez amortyzacji dla wariantów 0,1



Źródło: opracowanie własne.

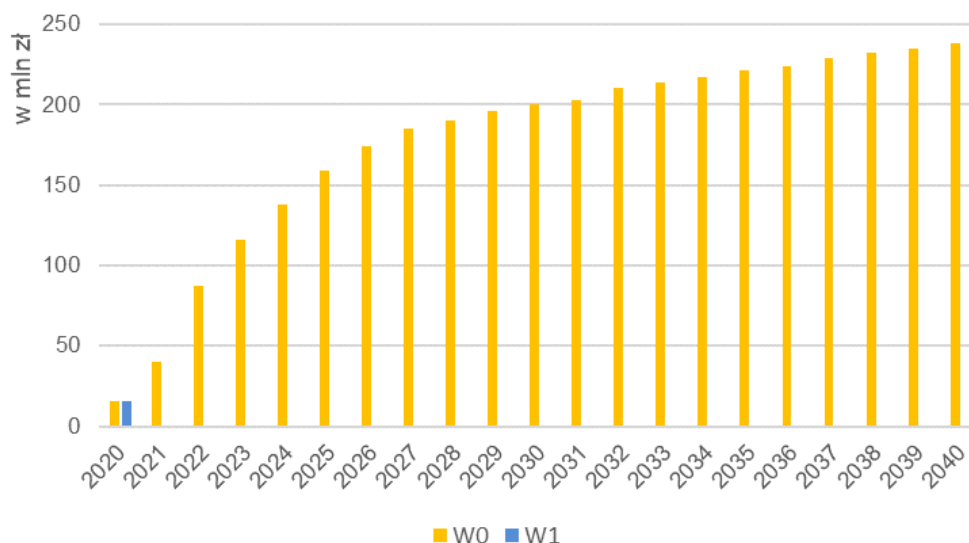
Wykres 12 Wyniki finansowe netto dla wariantów 0,1



Źródło: opracowanie własne.



Wykres 13 Zobowiązania wymagalne dla wariantów prognoz finansowych



Źródło: opracowanie własne.

Wyniki finansowe Szpitala w roku 2020 będą kształtować się na wyższym poziomie, ze względu na korzystniejsze finansowanie świadczeń medycznych. Wprowadzone oszczędności oraz restrukturyzacja zadłużenia spowodują, że Szpital będzie w stanie generować dodatnie wyniki finansowe oraz pozbędzie się problemu zobowiązań wymagalnych. Wypracowane nadwyżki finansowe będą mogły zostać przeznaczone na działania inwestycyjne i rozwojowe.



17. Identyfikacja głównych ryzyk

W niniejszym rozdziale dokonano analizy ryzyka dla planu naprawczego Szpitala w Radomiu. W pierwszym etapie zidentyfikowano charakterystyczne ryzyka dla tego procesu, następnie określono prawdopodobieństwa ich wystąpienia, wpływu na sytuację Jednostki oraz scharakteryzowano metody zapobiegania ryzykom bądź neutralizacji ich negatywnych skutków.

Lista ryzyk związanych z projektem jest następująca:

Ryzyko związane z realizacją programu i działań naprawczych – zakładane działania naprawcze są możliwe do wprowadzenia, jednak istnieje ryzyko opóźnienia ich wprowadzenia (na skutek oporu pracowników Szpitala lub organizacji związkowych, opieszałości we wdrażaniu) oraz ryzyko niższych oszczędności niż przewidywano w planie (np. w przypadku optymalizacji materiałów medycznych, redukcji zatrudnienia, likwidacji liczby łóżek).

Ryzyko związane z robotami budowlanymi – opóźnienia postępowań przetargowych planowanych remontów i inwestycji, zwiększeniem kosztów remontu, modernizacji.

Ryzyko związane z konkurencją – Radomski Szpital jest jednym z dziewięciu szpitali III stopnia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego w regionie mazowieckim. Szpital działa w regionie (województwie mazowieckim) z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o umiarkowanym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych. Największym „konkurentem” jest Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. z 15 podobnymi oddziałami, 18 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 222,0 mln zł, w odległości zaledwie ok. 5,9 km..

Ryzyko związane z zarządzaniem Jednostką – nieefektywne zarządzanie Jednostką może prowadzić do ciągłego generowania strat, a ostatecznie do upadłości Placówki.

Ryzyko związane z poziomem przychodów – funkcjonowanie Szpitala jest w głównej mierze uzależnione od dostępności źródeł finansowania z NFZ. Możliwe jest, iż w dalszej perspektywie czasu zmieni się polityka finansowania świadczeń, co wpłynie bezpośrednio na działalność Szpitala w przyszłych latach.

Ryzyka makroekonomiczne – inflacja, wysokość stóp procentowych, kursy walut, tempo wzrostu gospodarczego, poziom stawki składki na ubezpieczenia społeczne, kryzys gospodarczy spowodowany pandemią coronawirusa.

W tym etapie oszacowano prawdopodobieństwo wystąpienia ryzyka oraz wagi dla projektu restrukturyzacji:

1. Prawdopodobieństwa danego czynnika – czy dojdzie do skutku:
 - a. prawdopodobieństwo 0%-30% – niska możliwość wystąpienia danego zdarzenia;



- b. prawdopodobieństwo 30%-70% – średni poziom możliwości wystąpienia danego zdarzenia;
- c. prawdopodobieństwo 70% - 100% – wysoki poziom możliwości wystąpienia danego zdarzenia;

2. Waga danego czynnika dla Projektu – w skali punktowej od 0 do 100 pkt.

Podsumowaniem tej części analizy jest tabela poniżej wraz z wykresem.

Tabela 55 Ocena ryzyka

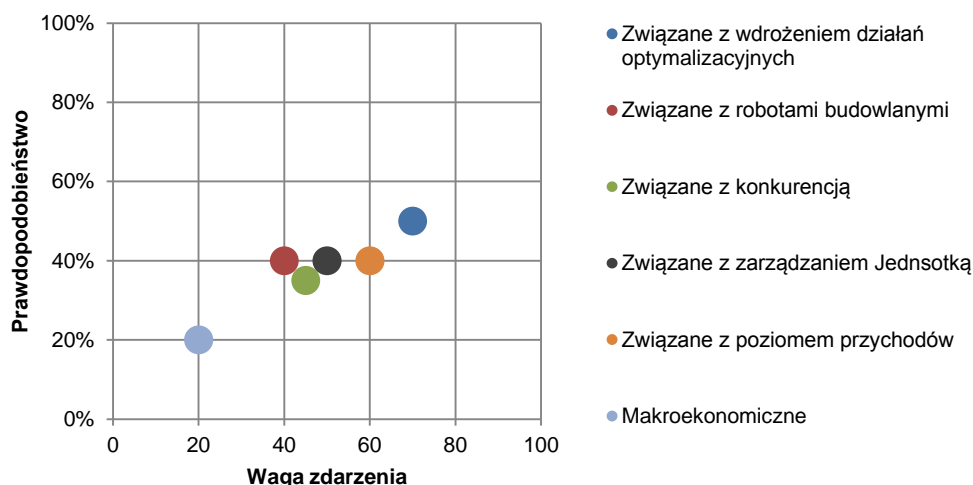
Ryzyko	Prawdopodob.	Waga zdarzenia	Komentarz/ sposób zapobiegania/ sposób neutralizacji negatywnych skutków
Związane z wdrożeniem programu i działań optymalizacyjnych	50%	70	Wprowadzenie działań naprawczych jest trudnym zadaniem wymagającym zrealizowania wielu niełatwych decyzji, przedsięwzięć. Zakładana jest średnia możliwość wystąpienia zdarzenia. Waga zdarzenia jest wysoka. Sposobem zapobiegania jest przede wszystkim szczegółowy plan działań restrukturyzacyjnych i harmonogram przedsięwzięć, przekazywanie informacji o zamiarach ruchów dla załogi, wspólne działania i wsparcie Podmiotu Tworzącego.
Związane z robotami budowlanymi/ wyposażeniem	30%	40	Szpital w wielu miejscach nie spełnia wymogów określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. dotyczącym standardów pomieszczeń. Poziom wyeksploatowania urządzeń i wyposażenia medycznego jest na średnim poziomie – zatem wkrótce pojawi się potrzeba związana z odnawianiem wyposażenia. W związku z tym trzeba będzie ponieść nakłady finansowe z tym związane. Może zatem wystąpić ryzyko z wzrostem nakładów inwestycyjnych w porównaniu do zakładanych, opóźnienia realizacji inwestycji, wydatki nieprzewidziane itp. Prawdopodobieństwo wystąpienia tego ryzyka jest niskie. Skutki tego zdarzenia są umiarkowane. W przypadku wystąpienia niepożądanego zdarzenia należy dokonać rewizji potrzeb remontowych/zakupowych przez pracowników oraz Dyрекcję celem ponownej kalkulacji kosztów i terminów wykonania planowanych etapów prac.
Związane z konkurencją	35%	45	Szpital działa w regionie (województwie mazowieckim) z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o umiarkowanym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych. Największym „konkurentem” jest Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. z 15 podobnymi oddziałami, 18 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 222,0 mln zł, w odległości zaledwie ok. 5,9 km. Aby ograniczyć to ryzyko należy sukcesywnie wzbogacać ofertę medyczną Jednostki i dbać o wysoki poziom obsługi Pacjentów.
Związane z zarządzaniem Jednostką	40%	50	Nieefektywne zarządzanie Jednostką może prowadzić do ciągłego generowania przez nią strat, a ostatecznie do upadłości Placówki. Waga zdarzenia została jest znaczna, natomiast prawdopodobieństwo zaistnienia ryzyka jest średnie.
Związane z poziomem przychodów	40%	60	Przychody Szpitala są uzależnione głównie od płatnika świadczeń. Prawdopodobieństwo wystąpienia tego zdarzenia jest niskie. Waga tego zdarzenia jest znaczna. Zaleca się prowadzenie racjonalnej polityki w zakresie kontraktu z NFZ.



Ryzyko	Prawdopodob.	Waga zdarzenia	Komentarz/ sposób zapobiegania/ sposób neutralizacji negatywnych skutków
Makroekonomiczne	20%	20	Wpływ na to ryzyko mają głównie ogólnokrajowe czynniki, które nie mają bezpośredniego wpływu na powodzenie projektu. Prawdopodobieństwo i waga wystąpienia tego zdarzenia są niskie. Wpływ pandemii coronawirusa i prawdopodobieństwo kryzysu gospodarczego trudno ocenić na dzień sporządzenia niniejszego opracowania.

Źródło: opracowanie własne.

Wykres 14 Mapa ryzyk



Źródło: opracowanie własne.

Wdrożenie programu naprawczego ponosi ze sobą wiele zagrożeń i ryzyk, które mogą skutkować niepowodzeniem przedsięwzięcia. Do najgroźniejszych i najbardziej prawdopodobnych zaliczyć można ryzyka związane z:

- wdrożeniem programu i działań naprawczych – ryzyko to jest głównie związane z oporem związków zawodowych i pracowników Szpitala, którzy nie chcą zgodzić się na planowane zmiany, opóźnią cały proces, bądź sprawią że nie zostanie on wprowadzony w 100%,
- poziomem przychodów – ryzyko to zależy od polityki NFZ, który poprzez nowe regulacje może wpłynąć na wysokość osiąganych przez Jednostkę przychodów – może obniżyć aktualny poziom kontraktu z NFZ, jak i również nie zakontraktować nowych zakresów usług – ograniczając tym samym możliwość rozwoju Szpitala,
- zarządzaniem Jednostką – kierowanie dużą Jednostką jest zadaniem bardzo trudnym, szczególnie w okresie wprowadzania gruntownych zmian naprawczych, nieumiejętne pokierowanie Placówką w tym czasie może doprowadzić do generowania strat, a w ostateczności do upadłości Szpitala.



18. Wnioski i rekomendacje

Radomski Szpital Specjalistyczny im. dr. Tytusa Chałubińskiego znajduje się w sieci szpitali PSZ i jest jednym z dziewięciu szpitali III stopnia podstawowego zabezpieczenia zdrowotnego w regionie mazowieckim. Działa w regionie z bardzo dużą liczbą podmiotów leczniczych, jednak w ujęciu lokalnym można mówić o umiarkowanym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych. Największym „konkurentem” jest Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o. z 15 podobnymi oddziałami, 18 podobnymi poradniami, z kontaktem blisko 222,0 mln zł, w odległości zaledwie ok. 5,9 km.

Szpital w Radomiu znajduje się w trudnej sytuacji finansowej. Rosnące koszty operacyjne oraz wysokie koszty obsługi zadłużenia sprawiają, że pomimo znacznej wartości przychodów Jednostka nie jest w stanie się zbilansować. Ponadto na przełomie lat 2018 i 2019 można zaobserwować istotne pogorszenie sytuacji, gdzie strata uległa zwiększeniu z 13,2 mln zł na 19,6 mln zł, a wskaźnik zadłużenia szpitala kształtuje się na poziomie aż 78%. Szpital bez podjęcia próby restrukturyzacji działalności będzie miał poważne problemy z jej kontynuacją.

Dokonano szczegółowej analizy działalności Szpitala za lata 2017 – 2020 (I-III) oraz na tej podstawie wskazano propozycję działań w sferach, które wymagają poprawy, tj. medycznej, organizacyjnej, polityki zatrudnienia, infrastrukturalnej oraz finansowej. Obszary te wymagają uregulowania i wprowadzenia działań naprawczych.

Wprowadzanie zmian powinno być procesem świadomym, dobrze zorganizowanym i jednocześnie kontrolowanym przez zarządzającego. Sukces we wprowadzaniu zmian zależy przede wszystkim od odpowiedniego zdiagnozowania potrzeb oraz od odpowiedniego przygotowania projektu wprowadzania zmian. Podwaliny do tego procesu stanowi niniejsze opracowanie, w którym dokonano symulacji zjawisk ekonomicznych dla różnych wariantów dalszego funkcjonowania Szpitala.

Przeprowadzono symulację rozwoju sytuacji i wyników ekonomicznych w poniższych wariantach:

WARIANT 0 – model dotychczasowego działania Szpitala, z obecną organizacją, bez działań naprawczych, z planowanymi nakładami inwestycyjnymi.

WARIANT 1 – model uwzględniający funkcjonowanie Szpitala jako jednostki jednoimiennej do końca września 2020 roku oraz wprowadzenie działań naprawczych z planowanymi nakładami inwestycyjnymi oraz pozyskanie preferencyjnego kredytu restrukturyzacyjnego z Banku Gospodarstwa Krajowego w wysokości 55 mln zł na restrukturyzację zadłużenia.

Dokonana analiza przedstawionych projekcji finansowych wykazała, iż w wariantcie zerowym jest zagrożona kontynuacja działalności Szpitala, gdzie wartość zobowiązań wymagalnych na koniec prognozy w 2040 wynosi prawie 240 mln zł. W wariantcie naprawczym, Szpital dzięki wprowadzonym działaniom optymalizującym, o efekcie łącznym na poziomie około 33 mln zł będzie od roku 2022 generował dodatnie wyniki finansowe netto. Średnia rentowność działalności podstawowej Szpitala na poziomie około 3%, przy jednoczesnej restrukturyzacji zadłużenia pozwoli generować nadwyżki finansowe w dalszej perspektywie czasowej oraz uporać się z problemem zobowiązań wymagalnych. Skumulowane środki pieniężne mogą zostać przeznaczone na działalność rozwojową Szpitala.



Należy zwrócić uwagę, iż w 2020 roku kiedy RSS w Radomiu jest szpitalem jednoimiennym, wyniki kształtują się na dużo korzystniejszym poziomie (zysk netto na poziomie około 122,5 tys. zł) w stosunku do kolejnych, prognozowanych okresów. Powyższa sytuacja jest incydentalna i wynika przede wszystkim z korzystniejszej wyceny świadczeń medycznych dla szpitala jednoimiennego przy jednocześnie niższych kosztach operacyjnych.

Szpital w Radomiu musi w jak najszybszym czasie wprowadzić działania naprawcze, aby przeciwdziałać ryzykom i poprawić swoją sytuację finansowo-ekonomiczną. Szpital dzięki wprowadzonym działaniom naprawczym oraz restrukturyzacji zadłużenia jest w stanie generować nadwyżki finansowej w dalszej perspektywie czasowej oraz uporać się z problemem zobowiązań wymagalnych. Nadwyżki wolnych środków pieniężnych umożliwiają przeprowadzenie dodatkowego odtworzenia majątku Szpitala oraz mogą zostać przeznaczone na działalność rozwojową Jednostki.

ZUK Know How Sp. z o.o. rekomenduje szybkie podjęcie decyzji i wprowadzenie działań naprawczych zgodnie z wariantem naprawczym, które pozwolą w sposób racjonalny przejść przez proces zmian i ustabilizować sytuację finansową Jednostki przy jednoczesnym zrównoważonym rozwoju medycznym Szpitala. Dodatkowo należy zwrócić uwagę na działania naprawcze jakościowe (nieskwantyfikowane), które pozwolą na poprawę organizacyjno-zarządczą Szpitala i mogą mieć wpływ na jego poprawę sytuacji finansowo-ekonomicznej.



19. Opracowanie koncepcji monitorowania procesów wdrażania programu naprawczego

Wdrożenie Programów naprawczych w podmiotach leczniczych związane jest z pokonaniem szeregu problemów – od wewnętrznych – takich jak np. operacyjnych, ekonomicznych, czy motywacyjnych, po zewnętrzne – w tym wsparcie organu założycielskiego. Podstawowym jednak problemem są względy mentalne związane z koniecznością nowego spojrzenia na działalność szpitala i odejście od dotychczasowej rutyny. Wdrażanie programu naprawczego oznacza restrukturyzację organizacji i funkcjonowania szpitala w określonych, wybranych obszarach jego działalności. Wyraża się on także poprzez trwałą zmianę, korektę w stosunkach między pracownikami. Powoduje często zmiany w strukturze organizacyjnej, zasobach personelu, a także w systemie i kulturze zarządzania.

Problemy jakie stwarza to wśród postaw pracowniczych zostały opisane przez prof. Agnieszkę Zakrzewską-Bielawską z Katedry Zarządzania Politechniki Łódzkiej i opublikowane w serii Monografii Politechniki Łódzkiej (Politechnika Łódzka, Łódź 2004, s. 393-399), cyt: „Wdrażanie zmian w przedsiębiorstwie, a w szczególności zmian radykalnych, takich jak restrukturyzacja, wywołuje często silne emocje wśród środowisk pracowniczych. Związane jest to z tym, że zmiany naruszają istniejący stan równowagi społecznej w organizacji oraz ukształtowane, a często też utrwalone, nawyki i zasady postępowania. Wymusza to na pracownikach zmianę mentalności i określone zachowania na rzecz przyjęcia zmian.”

Jak pokazuje praktyka, wdrażanie programów naprawczych, po pierwszych najłatwiejszych działaniach, skłania się ku rozwiązaniom uproszczonym, połowicznym, które nie mogą przynieść spodziewanych efektów, a często nawet przybiera formę działań pozornych. W przeciwdziałaniu tym zjawiskom może pomóc zastosowanie odpowiednich narzędzi motywacyjnych w formie ustalonych procedur monitorowania postępu we wdrażaniu nowych rozwiązań. Poniżej przedstawiono propozycję jednego z wielu możliwych sposobów nadzorowania realizacji działań naprawczych.

Proponuje się powołanie zespołu ds. wdrażania programu naprawczego. Do zespołu Dyrektor Szpitala deleguje po jednej osobie sprawującej funkcję kierowniczą z następujących obszarów funkcjonowania Szpitala: obszar działalności medycznej, infrastruktury technicznej oraz działalności gospodarczej. Z klucza w pracach zespołu bierze udział kierownik Działu Controllingu. Proponujemy aby w skład zespołu wchodził także przedstawiciel podmiotu tworzącego sprawujący nadzór właścicielski oraz niezależny zewnętrzny konsultant-doradca specjalizujący się w działaniach restrukturyzacyjnych. Ponadto, zespół miał by prawo dokooptowywać sobie doraźnie inne merytoryczne osoby w zależności od poruszanych aktualnie zagadnień. Do podstawowych zadań zespołu powinno należeć:

1. opracowywanie zakresów konkretnych działań wynikających z propozycji programu naprawczego zawartego w niniejszym audycie oraz decyzji Dyrekcji Szpitala, ustalanie celów krótko i długoterminowych;
2. dobór metod pomiarowych / wskaźników do oceny postępów realizacji programu naprawczego;



3. proponowanie do ogólnego planu i budżetu Szpitala wartości wskaźników kontrolnych do uzyskania w określonych interwałach czasowych oraz celów związanych z realizacją programu;
4. ocena postępów w realizacji programu naprawczego, w tym ocena osiągniętych wartości wskaźników;
5. identyfikacja źródeł ewentualnych niepowodzeń i opracowywanie propozycji korekty celów i wartości wskaźników;
6. przygotowywanie raportów z realizacji programu na potrzeby Dyrekcji i podmiotu tworzącego (Zarządu Miasta)

Zadania niezależnego konsultanta-doradcy powinny zawierać następujące pozycje:

1. pomoc przy ustalaniu algorytmów wyliczania wskaźników
2. nadzór nad porównywalnością wskaźników za różne okresy
3. wsparcie w interpretacji źródeł odchyleń od założonych celów
4. obiektywizowanie oceny realizacji programu naprawczego

Proponuje się aby w pierwszym okresie realizacji programu, np. przez pierwszy rok, zespół zbierał się w odstępach jednego miesiąca, a w następnych okresach co kwartał.

Metody pomiaru postępów w realizacji programu naprawczego powinny zostać sformalizowane w postaci odpowiednio dobranych parametrów. Powinny one charakteryzować najbardziej istotne obszary działań naprawczych oraz zmiany ogólnej sytuacji Szpitala jakie następują w wyniku wdrażania programu. Powinny zostać włączone do ogólnego systemu controllingowego Szpitala. Wskaźniki te powinny zatem odpowiadać najistotniejszym problemom z jakimi boryka się Szpital i przyjętym w związku z tym działaniom naprawczym. Z drugiej strony ilość wskaźników i parametrów będących monitorowanych przez zespół nie powinien być zbyt obszerny aby nie tworzyć tzw. szumu informacyjnego i nie odwracać uwagi od istoty problemu (Celem zespołu nie jest zastępowanie całego systemu controllingowego). Powinno to być raczej kilka zagregowanych parametrów, dotyczących najważniejszych działań i charakteryzujących tzw. punkty krytyczne.

Przedstawiona w niniejszym materiale propozycja opiera się na 13 wskaźnikach podstawowych, które powinny być monitorowane na bieżąco przez kierownictwo Szpitala, a także wspólnie z przedstawicielami podmiotu tworzącego. Dla podniesienia skuteczności procesów wdrożeniowych, do niektórych wskaźników podstawowych proponuje się wskaźniki pomocnicze. Głównym ich celem jest bezpośrednie zaangażowanie szerszej kadry kierowniczej w działania sanacyjne oraz stworzenie narzędzi do monitorowania realizacji programu naprawczego przez niższy szczebel zarządzania. I tak dla przykładu, właściwy Zastępca dyrektora, który odpowiada za uzyskanie skutku w realizacji celu podstawowego może monitorować realizację celów częściowych przez podległych mu kierowników. Wskaźniki pomocnicze mogą być także ważnym narzędziem dla Dyrekcji Szpitala. W przypadku braku sukcesów lub uzyskiwania niesatysfakcjonujących efektów wdrożeniowych mogą służyć one do identyfikacji źródła problemu.

Dołożono starań aby wskaźniki mające za cel pomoc przy monitorowaniu wdrażania programów naprawczych w praktykę zarządczą Szpitala zostały zdefiniowane w sposób prosty i zrozumiały dla procesów zachodzących w Szpitalu. Ważnym jest aby były



zrozumiałe co do ich znaczenia i interpretacji. Poniżej w tabeli zestawiono proponowane wskaźniki.

Tabela 56 Zestawienie proponowanych wskaźników do oceny procesu wdrażania programu naprawczego

Wskaźniki podstawowe	Wskaźniki pomocnicze	Definicja	Odpowiedzialny	UWAGI
Działalność podstawowa - sprzedaż świadczeń medycznych				
Stopień realizacji ryczałtu		Wyrażony w procentach stosunek wartości wykonanych świadczeń medycznych, wykonywanych w ramach umowy ryczałtowej, do wartości ryczałtu odpowiedniego dla danego okresu czasu.	Z-ca Dyrektora ds. leczniczych, lub Z-ca Dyrektora ds. leczniczych wraz z Z-cą Dyrektora ds. AOS	Szpital powinien dążyć do wykonania ryczałtu w wielkości 100% do 102%
	Stopień realizacji ryczałtu przez poszczególne oddziały szpitalne i AOS	Wyrażony w procentach stosunek wartości wykonanych świadczeń medycznych, wykonywanych w ramach umowy ryczałtowej, do planu na dany okres, określonego przez kierownictwo Zakładów Leczniczych.	Kierownicy oddziałów oraz Kierownik AOS, jeżeli nie będzie powołany Z-ca Dyrektora ds. AOS	Optymalne wykonanie to 100%
Stopień realizacji kontraktów pozaryczaltowych		Wyrażony w procentach stosunek wartości wykonanych świadczeń medycznych do wysokości zawartego z NFZ kontraktu, odniesionego do danego okresu czasu	Z-ca Dyrektora ds. leczniczych, lub Z-ca Dyrektora ds. leczniczych wraz z Z-cą Dyrektora ds. AOS	Optymalne wykonanie to 100% do 101%
	Stopień realizacji kontraktów pozaryczaltowych przez poszczególne oddziały szpitalne i AOS	Wyrażony w procentach stosunek wartości wykonanych przez poszczególne jednostki szpitala świadczeń medycznych do wysokości, przypisanych im, zawartych z NFZ kontraktów, odniesionego do danego okresu czasu	Kierownicy oddziałów, pracownicy oraz Kierownik AOS, jeżeli nie będzie powołany Z-ca Dyrektora ds. AOS	Optymalne wykonanie to 100%
	Udział świadczeń ambulatoryjnych w wartości wykonanych przez Szpital świadczeń medycznych	Wyrażony w procentach stosunek sumy wartości wykonanych świadczeń ambulatoryjnych do wartości wszystkich świadczeń medycznych wykonanych przez Szpital w tym samym czasie	Z-ca Dyrektora ds. AOS, lub Kierownik AOS	Powinna zostać zaplanowana, rozłożona w czasie, ścieżka dojścia do przynajmniej 10%
	Wartość wykonanych świadczeń nielimitowanych	Suma wartości wszystkich wykonanych, nielimitowanych przez NFZ, świadczeń medycznych, takich jak np. świadczenia związane z położnictwem i neonatologią, procedurami DILO czy realizacja świadczeń rehabilitacyjnych osób o znacznym stopniu niepełnosprawności.	Z-ca Dyrektora ds. leczniczych, lub Z-ca Dyrektora ds. leczniczych wraz z Z-cą Dyrektora ds. AOS	Realizacja zaplanowanego trendu wzrostowego
Stopień sprzedaży płatnych świadczeń medycznych		Wyrażony w procentach stosunek wartości sprzedanych płatnych usług medycznych do całej sprzedaży Szpitala	Z-ca Dyrektora ds. leczniczych, lub Z-ca Dyrektora ds. leczniczych wraz z Z-cą Dyrektora ds. AOS	Realizacja zaplanowanego trendu wzrostowego
	Wartość usług medycznych sprzedanych pacjentom ambulatoryjnym	Suma przychodów ze sprzedaży pacjentom ambulatoryjnym wszystkich płatnych usług medycznych, w tym diagnostycznych	Z-ca Dyrektora ds. AOS, lub Kierownik AOS	Realizacja zaplanowanego trendu wzrostowego
	Wartość usług medycznych sprzedanych na rynku instytucjonalnym	Suma przychodów ze sprzedaży usług medycznych dla innych ZOZów, towarzystw ubezpieczeniowych, przedsiębiorstw i innych instytucji.	Kierownik komórki odpowiedzialny za marketing, penetrację rynku i zawieranie umów	Realizacja zaplanowanego trendu wzrostowego



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wskaźniki podstawowe	Wskaźniki pomocnicze	Definicja	Odpowiedzialny	UWAGI
Działalność podstawowa - koszty komórek szpitalnych				
Rentowność oddziałów szpitalnych na działalności operacyjnej		Wyrażony w procentach stosunek różnicy wartości udzielonych świadczeń medycznych i sumy kosztów operacyjnych bezpośrednich i pośrednich tj. kosztów procedur medycznych, kosztów osobowych, hotelowych, utrzymania lokalu i wydziałowych, (bez przypisanych kosztów zarządu) do wartości udzielonych świadczeń.	Z-ca Dyrektora ds. leczniczych lub Kierownik Zakładu Leczniczego opieki stacjonarnej	W pierwszym etapie celem jest uzyskanie Rentowności powyżej 0%. W kolejnym to osiągnięcie poziomu powyżej 5%. Uzyskana dodatnia marża ma służyć docelowo finansowaniu kosztów zarządzania Szpitalem.
Rentowność oddziałów szpitalnych na działalności operacyjnej - liczona dla każdego oddziału oddzielnie		Wyrażony w procentach stosunek różnicy wartości udzielonych świadczeń medycznych i sumy kosztów operacyjnych bezpośrednich i pośrednich tj. kosztów procedur medycznych, kosztów osobowych, hotelowych, utrzymania lokalu i wydziałowych, (bez przypisanych kosztów zarządu) do wartości udzielonych świadczeń przez poszczególne oddziały	Kierownicy oddziałów szpitalnych	Każdy oddział cechuje inna specyfika rentowności. Parametry te służą do oceny postępów w poprawie kondycji oddziałów i udział oddziału w zbiorowym wysiłku pracowników Szpitala
	Udział poszczególnych kategorii kosztów w jednej złotówce wartości udzielonych świadczeń.	Udział poszczególnych kategorii kosztów tj. kosztów zmiennych procedur medycznych, kosztów personelu, hotelowych, lokalu i wydziałowych w jednej złotówce wartości udzielonych świadczeń, liczony dla każdego oddziału szpitalnego oddzielnie	Kierownicy oddziałów szpitalnych	Analizie podlegają poszczególne wskaźniki, które następnie mogą służyć do budowania budżetów i planów strategicznych, np. docelowy wskaźnik kosztów personelu medycznego powinien być mniejszy niż 50%
	Wartość udzielonych świadczeń medycznych i wartość poszczególnych kategorii kosztów przypadających na jednego pacjenta.	Wartość świadczeń i poszczególne kategorie kosztów jak wyżej, liczona przez ilość pacjentów hospitalizowanych na poszczególnych oddziałach (parametr opcjonalny)	Kierownicy oddziałów szpitalnych	Analizie podlegają poszczególne wskaźniki, które następnie mogą służyć do budowania budżetów i planów strategicznych,
	Dane statystyczne obłożenia łóżek na oddziałach oraz średnie czasy leczenia	Standardowe dane statystyczne obłożenie i czas pobytu pacjenta na poszczególnych oddziałach	Kierownicy oddziałów szpitalnych	Celem Szpitala powinno być uzyskanie wskaźników o wartościach lepszych niż średnie wojewódzkie czy krajowe.
Rentowność na sprzedaży płatnych usług diagnostycznych poszczególnych pracowni		Różnica pomiędzy wartością przychodów ze sprzedaży usług diagnostycznych a kosztami uzyskania tych przychodów (kosztami badań wykonanymi na zewnątrz) do wartości przychodów. Parametr liczony dla poszczególnych pracowni i zakładów	Kierownik Zakładu leczniczego, Kierownicy poszczególnych pracowni i zakładów	Rentowność powinna uzyskiwać wartości dodatnie, to wskazuje że koszty wszystkich badań, także tych wykonywanych na zlecenie komórek szpitalnych, kształtują się na racjonalnym z punktu widzenia rynku poziomie
Organizacja świadczeń niemedyycznych				
Jednostkowy koszt utrzymania		Suma kosztów związanych z technicznym utrzymaniem infrastruktury technicznej obiektów i ogólnych instalacji szpitalnych, zużyciem	Z-ca Dyrektora ds. eksploatacji	Realizacja zaplanowanego procesu



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

Wskaźniki podstawowe	Wskaźniki pomocnicze	Definicja	Odpowiedzialny	UWAGI
powierzchni obiektów szpitalnych		mediów i energii oraz koszty utrzymania porządku i higieny, wszystko podzielone na wielkość powierzchni obliczeniowej. Można zastosować tu powierzchnię całkowitą, całą powierzchnię służącą działalności podstawowej lecz preferowanym wariantem jest tzw. powierzchnia operacyjna. Wartość tego parametru składa się z sumy obu wskaźników pomocniczych.		ograniczania kosztów
	Jednostkowy techniczny koszt utrzymania powierzchni obiektów szpitalnych	Suma kosztów związanych z technicznym utrzymaniem infrastruktury technicznej obiektów szpitalnych oraz zużyciem mediów i energii, podzielone na wielkość powierzchni obliczeniowej. W tym miejscu powinna zostać zastosowana ta sama powierzchnia, która służy wyliczeniu wskaźnika powyżej. Wskaźnik ten powinien obejmować także koszty zarządzania tym obszarem	Kierownik Działu Technicznego	Utrzymanie kosztu przynajmniej na dotychczasowym poziomie
	Jednostkowy koszt utrzymania czystości i higieny	Suma kosztów związana z utrzymaniem czystości, dezynfekcji, dezynsekcji, deratyzacji i gospodarką odpadami w obiektach szpitalnych i ich otoczeniu, wraz z kosztami zarządzania tym obszarem, odniesiona do tej samej powierzchni co powyżej. Powierzchnię obliczeniową można proporcjonalnie skorygować o rejony, których sprzątanie nie obciąża kosztami struktury Szpitala.	Kierownik Działu Gospodarczego	Realizacja zaplanowanej stopniowej redukcji kosztów o około 20%
Dobowy koszt pobytu pacjenta w Szpitalu		Suma wszystkich kosztów pobytu pacjentów hospitalizowanych i kosztów żywienia odniesiona do jednego osobodnia pobytu pacjentów w Szpitalu, wraz z kosztami zarządzania sferą hotelową. Dobowy koszt pobytu z żywieniem i bez żywienia. wskaźników pomocniczych	Z-ca Dyrektora ds. eksploatacji	Utrzymanie kosztu przynajmniej na dotychczasowym poziomie
	Średni dzienny koszt żywienia pacjenta	Suma kosztów wydana na wyżywienie pacjentów wraz z kosztami zarządzania i nadzoru (koszty na poziomie wydziałowym) odniesione do ilości osobodni zgłoszonych przez oddziały do żywienia	Kierownik Działu Żywienia	Utrzymanie kosztu przynajmniej na dotychczasowym poziomie
	Średni dobowy koszt zakwaterowania pacjenta w Szpitalu	Suma pozostałych kosztów (poza żywieniem) związanych z zapewnieniem odpowiedniego standardu pobytu pacjenta w Szpitalu, w tym koszty zapewnienia czystej pościeli, odniesione do ilości osobodni pacjentów w szpitalu.	Kierownik Działu Gospodarczego	Utrzymanie kosztu przynajmniej na dotychczasowym poziomie
Wskaźnik kosztów zarządzania Szpitalem		Wyrażony w procentach stosunek wszystkich kosztów związanych z zarządzaniem Szpitalem tj. ścisłego zarządu, administracji, kancelarii oraz działów związanych z obsługą sprzedaży świadczeń (koszty sprzedaży wg Ustawy o Rachunkowości) do wartości uzyskiwanych dochodów na działalności podstawowej.	Dyrektor Szpitala	Cel to, na przestrzeni ściśle zaplanowanego okresu czasu, stopniowe zejście do poziomu zalecanej wartości, w pierwszym etapie poniżej 6%, w drugim osiągnięcie 5%.
	Wysokość kosztów zarządzania Szpitalem	Suma wszystkich kosztów związanych z zarządzaniem Szpitalem tj. ścisłego zarządu, administracji, kancelarii oraz działów związanych z obsługą sprzedaży świadczeń (Szpital nie prowadzi kalkulacyjnego rachunku wyników, w którym prezentuje wydzielone koszty sprzedaży) z podziałem na poszczególne podstawowe dziedziny administracji (ścisły zarząd, księgowość, kadry itp)	Dyrektor Szpitala	Nadzór nad realizacją zaplanowanych budżetów na poszczególne działy
Współczynnik kosztów osobowych		Wyrażony w procentach stosunek wszystkich kosztów osobowych tj. wynagrodzeń, kontraktów, narzutów na place i innych	Dyrekcja Szpitala (Dyrektor i Zastępcy)	Cel to, na przestrzeni ściśle zaplanowanego okresu czasu, stopniowe



Wskaźniki podstawowe	Wskaźniki pomocnicze	Definicja	Odpowiedzialny	UWAGI
		świadczeń pracowniczych, do wartości uzyskiwanych przychodów na działalności podstawowej.		zejście do poziomu zalecanej wartości poniżej 67%.
Parametry finansowe				
Rentowność na działalności operacyjnej		Stosunek wyniku finansowego na działalności operacyjnej do wartości przychodów operacyjnych	Dyrekcja Szpitala (Dyrektor i Zastępcy)	W pierwszym etapie wdrażania programu naprawczego rentowność powinna ulegać poprawie aby docelowo uzyskać wynik powyżej zera
Wartość kapitału pracującego		Różnica pomiędzy całkowitą wartością aktywów płynnych i sumą wszystkich zobowiązań krótkoterminowych	Dyrekcja Szpitala (Dyrektor i Zastępcy)	Celem powinno być dążenie do poprawy wskaźnika aby po okresie wdrażania programu naprawczego uzyskać wartość dodatnią
Poziom zobowiązań przeterminowanych		stosunek zobowiązań przeterminowanych do sumy wszystkich zobowiązań z tytułu dostaw i usług	Dyrekcja Szpitala (Dyrektor i Zastępcy)	Wartością pożądaną będzie zejście do poziomu poniżej 5%

Źródło: opracowanie własne

Dla skuteczności wdrażania programów restrukturyzacyjnych, wartość każdego wskaźnika musi mieć charakter autorski, a nie anonimowy. Każdy wskaźnik musi mieć swojego autora/osobę odpowiedzialną za realizację celu. Odpowiedzialność nie może się rozplątać, rozmywać w przestrzeni. Odpowiedzialność osobista musi także być skorelowana z uprawnieniami decyzyjnymi i zakresami kompetencji.

W tabeli wskazano ogólną definicję wskaźników. Szczegóły ich wyliczenia na potrzeby niniejszej procedury i zasady ewidencji danych w ramach rachunkowości zarządczej powinny zostać ustalone z udziałem Głównego Księgowego. Następnie powinny zostać wyliczone ich wartości startowe, które stanowić będą bazę do porównań i oceny wdrażania rozwiązań naprawczych. Dla zapewnienia wartości merytorycznych porównywanych danych, tak przygotowane algorytmy powinny być konsekwentnie stosowane bez zmian metodologicznych przynajmniej do końca procesu restrukturyzacji Szpitala.

Drugim wariantem monitorowania postępów we wdrażaniu programu naprawczego może być raportowanie realizacji poszczególnych działań z opracowanego w ramach niniejszego materiału „Harmonogramu działań naprawczych”. Tabela ta odnosi się do konkretnych działań organizatorskich, definiując przy tym ich cel i wskazując wyliczone oszczędności jakie każde z nich powinno przynieść. Niektóre z tych działań mają charakter zero-jedynkowy, tzn. wykonane - nie wykonane i ich kontrola może odbywać się na bazie krótkiej checklisty.



Tabela 57 Wykaz wstępnych działań do realizacji programu naprawczego

Lp.	Pozycje z harmonogramu działań	Wykonanie TAK / NIE
1	Wytypowanie osób do zwolnienia (w tym rozmowy ze związkami zawodowymi)	
2	Wręczenie wypowiedzeń pracownikom z tytułu optymalizacji zatrudnienia	
3	Wprowadzenie specjalistycznej porady pielęgniarskiej (chirurgicznej)	
4	Zmiana organizacji dozoru terenu Szpitala	

Źródło: opracowanie własne

Pozostałe pozycje programu mają już charakter procesów, których celem jest uzyskanie konkretnych efektów finansowych. Monitorowanie ich wdrożenia jest procesem ciągłym, aż do uzyskania oczekiwanych parametrów kontrolnych. Powinno odbywać się w określonych przedziałach czasowych i być połączone z analizą postępów we wdrażaniu i identyfikacją potencjalnych zagrożeń i odchyleń.

Tabela 58 Lista działań naprawczych z określeniem oczekiwanych parametrów docelowych

Lp.	Pozycje z harmonogramu działań	Parametr kontrolny	wartość docelowa	efekt uzyskany
1	Optimalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy	Docelowy stan zatrudnienia pracowników etatowych, umów zleceń i umów cywilno-prawnych - równoważniki etatów	1 402	
2	Zamiana umów pracowniczych na kontrakty cywilno-prawne	ilość przekształconych umów	402	
3	Optimalizacja zużycia materiałów medycznych	Udział kosztów materiałów medycznych i leków w sprzedaży świadczeń medycznych	18%	
4	Zwiększenie sprzedaży komercyjnej Szpitala	Wartość sprzedanych płatnych świadczeń medycznych	3 400 000 zł	
5	Zwiększenie przychodów w ramach poprawnego rozliczenia pacjentów z kartą DILO i pacjentów przyjętych poza pakietem onkologicznym	Wartość wykonanych świadczeń dla pacjentów onkologicznych (poza ryczałtem)	2 750 000 zł	
6	Zwiększenia liczby zabiegów w Pracowni Hemodynamiki i Pracowni Elektroterapii	Wartość świadczeń wykonana przez Oddział kardiologiczny	20 600 000 zł	
7	Zwiększenie liczby porodów	Roczna liczba porodów	1 910	
8	Zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy	Roczna ilość zabiegów	2 880	



**PROGRAM NAPRAWCZY
RADOMSKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO IM. DR TYTUSA CHAŁUBIŃSKIEGO W RADOMIU**

9	Zwiększenia liczby zabiegów wszczepienia endoprotez	Roczna ilość zabiegów	330	
10	Zwiększenia liczby świadczeń w Pracowni Endoskopii	Roczna ilość zabiegów	4 550	
11	Optymalizacja kosztów związanych ze sprząaniem	Koszt sprząania 1 m ² powierzchni operacyjnej (po uwzględnieniu wzrostu płacy minimalnej w 2021 roku)	22,60 zł/m²	

Źródło: opracowanie własne

W momencie niepewnej sytuacji finansowej czyli w warunkach zarządzania kryzysowego, bardzo istotne staje się bieżące monitorowanie sytuacji i natychmiastowe reagowanie w przypadku niekorzystnych odchyień od planu. W przypadku Szpitala zaleca się wprowadzenie procedur regularnych analiz parametrów realizacji celów i wdrożenie ich do codziennej praktyki zarządczej. Ocena wyników wdrażania programu i podejmowanie decyzji korygujących powinno być dokonywane przez Dyрекcję Szpitala po zakończeniu każdego kolejnego miesiąca.



Spis tabel

Tabela 1 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń medycznych, realizowanych w ramach kontraktów z NFZ, w latach 2017 – 2019.....	25
Tabela 2 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń hospitalizacyjnych w oddziałach szpitalnych na przestrzeni lat 2017 - 2019.....	26
Tabela 3 Realizacja ryczałtu w ramach PSZ w latach 2017, 2018 i 2019 na podstawie średniomiesięcznych stawek ryczałtowych	27
Tabela 4 Zestawienie pozostałej sprzedaży świadczeń medycznych	28
Tabela 5 Zestawienie ilości wykonywanych zabiegów operacyjnych	33
Tabela 6 Kalkulacja kosztów wyżywienia 1 osobodnia w oparciu o skorygowane dane z „Działu Żywienia” i kosztów osobowych dotyczących dystrybucji posiłków w roku 2019	45
Tabela 7 Koszty hotelowe pacjenta w Radomskim Szpitalu Specjalistycznym im. dr. Tytusa Chałubińskiego w 2019 roku	46
Tabela 8 Kalkulacja kosztu sprzątnięcia 1m2 powierzchni operacyjnej Radomskiego Szpitala Specjalistycznego w roku 2019 roku	46
Tabela 9 Koszty utylizacji odpadów medycznych i komunalnych w RSS w okresie 2017 – III 2020 ...	47
Tabela 10 Zestawienie kosztów i ilości przejechanych kilometrów dotyczących transportu sanitarnego obcego, transportu medycznego obcego i transportu własnego (medycznego i sanitarnego)	48
Tabela 11 Koszty dotyczące ochrony osób i mienia w RSS w okresie 2017 – III 2020.....	49
Tabela 12 Zestawienie prawdopodobnych potrzeb odtworzeniowych w zakresie sprzętu medycznego	58
Tabela 13 Zestawienie parametrów ekonomicznych oddziałów szpitalnych dla 2019 roku	65
Tabela 14 Zidentyfikowane silne strony jednostki.....	82
Tabela 15 Zidentyfikowane słabe strony jednostki.....	82
Tabela 16 Zidentyfikowane szanse	82
Tabela 17 Zidentyfikowane zagrożenia.....	83
Tabela 18 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby zabiegów kardiologicznych	85
Tabela 19 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby zabiegów kardiologicznych	85
Tabela 20 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby porodów.....	87
Tabela 21 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby porodów.....	88
Tabela 22 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby noworodków	88
Tabela 23 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby noworodków	89
Tabela 24 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy	90
Tabela 25 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby zabiegów usunięcia zaćmy	91
Tabela 26 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby zabiegów wszczepienia endoprotez.....	92
Tabela 27 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby zabiegów wszczepienia endoprotez.....	92



Tabela 28 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia liczby świadczeń w Pracowni Endoskopii.....	93
Tabela 29 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby świadczeń w Pracowni Endoskopii	94
Tabela 30 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu rozliczenia specjalistycznych porad pielęgniarstkich w Poradni Chirurgii Ogólnej.....	95
Tabela 31 Efekt ekonomiczny z tytułu rozliczenia specjalistycznych porad pielęgniarstkich w Poradni Chirurgii Ogólnej.....	95
Tabela 32 Kalkulacja dodatkowych przychodów z tytułu zwiększenia sprzedaży komercyjnych badań laboratoryjnych oraz RTG	96
Tabela 33 Efekt ekonomiczny z tytułu zwiększenia sprzedaży komercyjnych badań laboratoryjnych .	96
Tabela 34 Efekt ekonomiczny z tytułu zwiększenia sprzedaży komercyjnych badań RTG.....	97
Tabela 35 Efekt ekonomiczny z tytułu zwiększenia sprzedaży świadczeń komercyjnych w rehabilitacji	97
Tabela 36 Efekt ekonomiczny zwiększenia liczby pacjentów z kartą DİLO oraz pacjentów onkologicznych poza pakietem	102
Tabela 37 Wstępna kalkulacja oszczędności dot. sprzątnania w RSS.....	106
Tabela 38 Proponowany podział rocznej oszczędności dot. żywienia pacjentów w RSS w Radomiu	107
Tabela 39 Docelowa liczba łózek	110
Tabela 40 Ruchy kadrowe.....	110
Tabela 41 Docelowa organizacja pracy lekarzy.....	111
Tabela 42 Docelowa organizacja pracy pielęgniarstkich i położnych.....	112
Tabela 43 Docelowa organizacja pracy salowych	113
Tabela 44 Ruchy kadrowe.....	114
Tabela 45 Harmonogram działań naprawczych dla Szpitala w Radomiu	132
Tabela 46 Harmonogram spłaty kredytu restrukturyzacyjnego dla wariantu naprawczego.....	135
Tabela 47 Inwestycje Szpitala ujęte w prognozach finansowych	150
Tabela 48 Prognoza rachunku zysków i strat za okres 2020 – 2040 – Wariant 0	155
Tabela 49 Prognoza bilansu za okres 2020 – 2040 – Wariant 0	159
Tabela 50 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych za okres 2020 – 2040 – Wariant 0.....	162
Tabela 51 Harmonogram działań naprawczych przyjętych dla wariantu 1	170
Tabela 52 Prognoza rachunku zysków i strat za okres 2020 – 2040 – Wariant 1	172
Tabela 53 Prognoza bilansu za okres 2020 – 2040 – Wariant 1	176
Tabela 54 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych za okres 2020 – 2040 – Wariant 1.....	179
Tabela 55 Ocena ryzyka	188
Tabela 56 Zestawienie proponowanych wskaźników do oceny procesu wdrażania programu naprawczego	194
Tabela 57 Wykaz wstępnych działań do realizacji programu naprawczego.....	198
Tabela 58 Lista działań naprawczych z określeniem oczekiwanych parametrów docelowych	198



Spis wykresów

Wykres 1 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny w mieście Radom w latach 2016 – 2018	5
Wykres 2 Współczynnik chorobowości szpitalnej na 100 tys. ludności w województwach w 2016 roku	7
Wykres 3 Kluczowe wyniki finansowe Szpitala w Radomiu	61
Wykres 4 Oszczędności z tytułu optymalizacji zużycia materiałów medycznych w podziale na asortyment.....	105
Wykres 5 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy	167
Wykres 6 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 0.....	167
Wykres 7 Poziom zobowiązań wymagalnych w okresie prognozy – Wariant 0.....	168
Wykres 8 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 1.....	183
Wykres 9 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 1.....	184
Wykres 10 Poziom zobowiązań wymagalnych w okresie prognozy – Wariant 1.....	184
Wykres 11 Wyniki na działalności podstawowej bez amortyzacji dla wariantów 0,1.....	185
Wykres 12 Wyniki finansowe netto dla wariantów 0,1	185
Wykres 13 Zobowiązania wymagalne dla wariantów prognoz finansowych.....	186
Wykres 14 Mapa ryzyk	189

Spis rysunków

Rysunek 1 Ilość wykonywanych zabiegów operacyjnych na przestrzeni lat 2017 - 2019	34
Rysunek 2 Plan głównych obiektów Szpitala	54

Spis zdjęć

Zdjęcie 1 Budynek główny Szpitala.....	54
--	----

