

PROGRAM NAPRAWCZY MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.

Opracowano w:

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

ul. Dubois 27, 71-610 Szczecin

www.knowhow.com.pl

Szczecin, lipiec-sierpień 2023

Spis treści

Wstęp.....	5
1. Analiza otoczenia.....	6
1.1. Uwarunkowania geograficzne.....	6
1.2. Epidemiologia i zdrowotna polityka regionalna.....	10
1.3. Konkurencja.....	23
1.4. Uwarunkowania prawne	33
2. Organizacja.....	42
2.1. Dokumenty statutowe.....	42
2.2. Struktura organizacyjna	43
2.3. Charakterystyka technik zarządczych	49
2.4. Charakterystyka narzędzi controllingowych	55
3. Świadczenia medyczne	60
3.1. Analiza kontraktu z NFZ	60
3.2. Uwarunkowania kontraktowe, strategia zarządzania kontraktem Szpitala a polityka NFZ	62
3.3. Realizacja kontraktów z NFZ w 2023 roku	69
3.4. Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych	70
4. Działalność medyczna	73
4.1. Lecznictwo stacjonarne i pomoc doraźna	74
4.2. Baza zabiegowa.....	89
4.3. Świadczenia ambulatoryjne	99
4.4. Działalność pracowni diagnostycznych.....	104
4.5. Analiza efektywności zarządzania materiałami medycznymi	104
5. Organizacja obsługi gospodarczej	106



5.1.	Utrzymanie czystości	106
5.2.	Żywnienie pacjentów	107
5.3.	Koszty zapewnienia pościeli	110
5.4.	Koszty zarządzania	111
6.	Polityka kadrowa.....	113
6.1.	Dokumenty regulujące politykę kadrową	113
6.2.	Struktura zatrudnienia	118
6.3.	Organizacja pracy.....	123
6.4.	Absencja.....	131
6.5.	Koszty osobowe.....	135
7.	Infrastruktura techniczna	139
7.1.	Nieruchomości.....	139
7.2.	Warunki lokalowe.....	140
7.3.	Instalacje energetyczne infrastrukturalne	145
7.4.	Stan techniczny wyposażenia medycznego	149
7.5.	Infrastruktura IT	152
7.6.	Plany inwestycyjne i rozwojowe	153
8.	Analiza finansowa.....	156
8.1.	Analiza sprawozdań finansowych	156
8.1.1.	Analiza bilansu	156
8.1.2.	Analiza rachunku zysków i strat	165
8.1.3.	Analiza rachunku przepływów pieniężnych	178
8.2.	Zarządzanie zobowiązaniami.....	182
8.3.	Analiza wskaźnikowa	183
8.4.	Analiza finansowa komórek medycznych	187



9. Wnioski z audytu i Analiza SWOT.....	191
10. Kierunki rozwoju w zakresie oferty medycznej	198
11. Działania w zakresie obsługi gospodarczej	201
12. Działania w zakresie organizacji i zarządzania	202
13. Działania w zakresie polityki kadrowej	203
14. Optymalizacja w zakresie zasobów majątkowych	215
15. Strategia finansowa - harmonogram wdrożenia planu naprawczego.....	216
16. Prognozy finansowe	221
16.1. Wariantowe prognozy finansowe z uwzględnieniem efektów restrukturyzacji w okresie kredytowania	221
16.2. Prognoza przychodów.....	222
16.3. Prognoza kosztów	223
16.4. Planowane inwestycje i źródła finansowania (dotacje/ udział własny/ dług)	224
16.5. Prognozowane sprawozdania finansowe (bilans, rachunek zysków i strat, przepływy).....	224
17. Identyfikacja głównych ryzyk.....	238
Wnioski i rekomendacje.....	241
Spis tabel	243
Spis wykresów.....	247
Spis rysunków	249
Spis zdjęć.....	249



Wstęp

Program naprawczy został opracowany na zlecenie Powiatu Milickiego na podstawie umowy nr 1/2023 z dnia 16.05.2023r.

Dokument został opracowany przez specjalistów Zakładu Usług Konsultingowych Know How Sp. z o. o. w Szczecinie. Firma od ponad 30 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 przeprowadzonej przez Konsultantów Know How wizji lokalnej.

Niniejszy dokument przedstawia diagnozę sytuacji, pokazuje co i gdzie funkcjonuje właściwie, co wymaga reorganizacji oraz przedstawia podpowiedzi, 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. Analiza danych historycznych przeprowadzona została za cztery ostatnie, pełne lata obrachunkowe, tj. 2019 – 2022 oraz za okres styczeń – kwiecień/maj 2023 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.

WARIANT 1 – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej, gospodarczej i organizacyjnej..

WARIANT 2 – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej, gospodarczej, organizacyjnej, medycznej z planowanymi nowymi zakresami działalności medycznej oraz z reorganizacją jej działalności.

Doświadczenia ZUK Know How pokazują, iż przeprowadzenie audytu podmiotu działalności leczniczej jest 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

1.1. Uwarunkowania geograficzne

Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. mieści się przy ul. Grzybowej 1, w zachodniej części miasta.

Rysunek 1 Położenie powiatu milickiego na mapie województwa dolnośląskiego



Źródło: opracowanie własne na podstawie https://pl.wikipedia.org/wiki/Województwo_dolnośląskie.

Milicz leży w południowo-zachodniej Polsce w województwie dolnośląskim, którego powierzchnia wynosi 19 947 km², a populacja to 2 888 033¹ mieszkańców.

¹ Stan na 31.12.2022 r.



Graniczy ono z województwami: lubuskim, wielkopolskim i opolskim oraz od strony zachodniej z Niemcami.

Znajomość tendencji demograficznych społeczeństwa ma fundamentalne znaczenie dla wyznaczania właściwych kierunków polityki zdrowotnej, zarówno w kraju, jak i w jego regionach. Liczba ludności w Miliczu wg danych GUS wynosiła na koniec 2022 roku 10 859 osób, z czego 52,6% stanowiły kobiety. Populacja Milicza, oraz województwa dolnośląskiego i jego powiatów przedstawiona została w poniższej tabeli.

Tabela 1 Ludność w Miliczu, województwie dolnośląskim i jego powiatach w latach 2020 – 2022

Jednostka terytorialna	2020	2021	2022	Różnica 2022-2020	Dynamika (%) 2022/2020
Milicz	11 064	10 977	10 859	-205	-1,85%
Powiat bolesławiecki	88 524	88 275	87 922	-602	-0,68%
Powiat dzierzoniowski	97 985	96 884	95 863	-2 122	-2,17%
Powiat głogowski	86 797	86 376	85 689	-1 108	-1,28%
Powiat górowski	33 376	33 027	32 738	-638	-1,91%
Powiat jaworski	48 626	48 029	47 584	-1 042	-2,14%
Powiat karkonoski	61 884	61 469	61 016	-868	-1,40%
Powiat kamiennogórski	41 817	41 244	40 786	-1 031	-2,47%
Powiat kłodzki	152 651	150 515	148 681	-3 970	-2,60%
Powiat legnicki	55 038	55 083	55 032	-6	-0,01%
Powiat lubański	52 944	52 372	51 886	-1 058	-2,00%
Powiat lubiński	104 480	103 927	103 426	-1 054	-1,01%
Powiat lwówecki	44 033	43 473	43 157	-876	-1,99%
Powiat milicki	36 184	36 033	35 826	-358	-0,99%
Powiat oleśnicki	106 650	106 409	106 481	-169	-0,16%
Powiat oławski	77 405	77 341	77 300	-105	-0,14%
Powiat polkowicki	61 610	61 309	61 308	-302	-0,49%
Powiat strzeliński	42 522	42 239	41 990	-532	-1,25%
Powiat średzki	57 409	57 978	58 508	1 099	1,91%
Powiat świdnicki	153 694	152 443	151 248	-2 446	-1,59%
Powiat trzebnicki	86 869	86 980	87 287	418	0,48%
Powiat wałbrzyski	54 085	53 534	53 115	-970	-1,79%
Powiat wołowski	46 352	46 044	45 728	-624	-1,35%
Powiat wrocławski	174 276	178 857	182 778	8 502	4,88%
Powiat ząbkowicki	62 561	61 846	61 087	-1 474	-2,36%
Powiat zgorzelecki	87 594	86 640	85 898	-1 696	-1,94%
Powiat złotoryjski	41 740	41 277	40 929	-811	-1,94%
Powiat m. Jelenia Góra	77 538	76 570	75 794	-1 744	-2,25%
Powiat m. Legnica	95 135	93 988	93 040	-2 095	-2,20%
Powiat m. Wrocław	673 592	674 312	674 079	487	0,07%
Powiat m. Wałbrzych od 2013	105 007	103 263	101 857	-3 150	-3,00%
DOLNOŚLĄSKIE	2 908 378	2 897 737	2 888 033	-20 345	-0,70%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Z zestawienia wynika, iż w badanym okresie w województwie dolnośląskim oraz w większości powiatów tego województwa liczba ludności spadła. Nominalnie największe spadki zanotowały:

- powiat kłodzki (- 3 970 osób),



- powiat m. Wałbrzych (- 3 150 osób),
- powiat świdnicki (- 2 446 osób).

Wzrost liczby ludności zanotowano jedynie dla:

- powiatu wrocławskiego (+ 8 502 osoby),
- powiatu średzkiego (+ 1 099 osób),
- powiatu m. Wrocław (+ 487 osób)
- powiatu trzebnickiego (+ 418 osób).

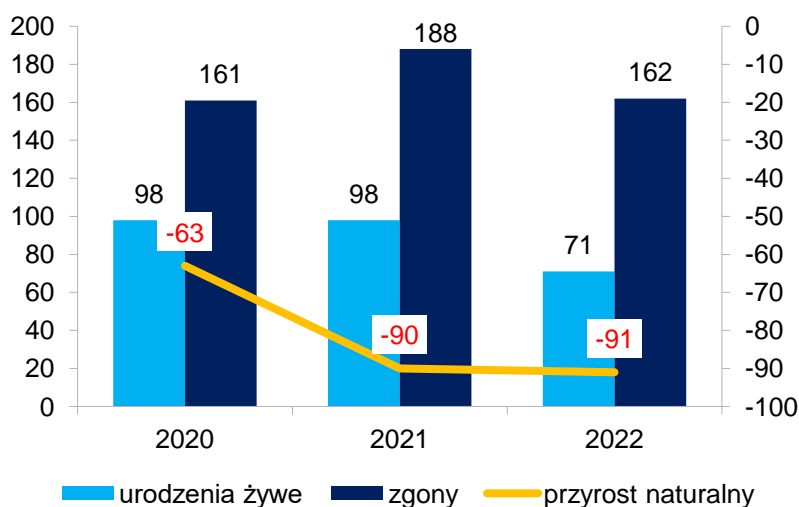
Prognozy wielkości populacji analizowanego regionu na lata 2025 – 2050, podobnie jak prognozy dla kraju, wykazują trend spadkowy.

Tabela 2 Prognozowana liczba ludności (* przygotowana w 2014 roku) w Miliczu i województwie dolnośląskim w latach 2025 – 2050

Jednostka terytorialna	2025	2030	2035	2044	2045	2050
Powiat milicki	36 434	35 859	35 122	34 229	33 218	32 128
WOJEWÓDZTWO DOLNOŚLĄSKIE	2 825 973	2 773 441	2 709 122	2 637 894	2 565 617	2 495 378

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wykres 1 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny w Miliczu w latach 2020 – 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

W każdym z lat 2020 - 2022 w Miliczu relacja urodzeń żywych do zgonów była ujemna (relacja urodzeń do zgonów kolejno -63, -90, -91). Co roku odnotowuje się coraz większą ilość zgonów w stosunku do urodzeń.



Wskaźnik przyrostu naturalnego na 1 000 mieszkańców w Polsce w roku 2022 wyniósł -3,79, w województwie dolnośląskim -4,62, a w Miliczu -8,34².

Poza wielkością populacji ważnym elementem jest również jej struktura wiekowa, która ma bezpośredni wpływ na popyt na usługi medyczne. Średni wiek mieszkańców Milicza wynosi 43 lata (stan na koniec 2021 roku) i jest wyższy od średniego wieku mieszkańców województwa dolnośląskiego (42,8 lat) oraz od średniego wieku mieszkańców całej Polski (42,1 lat).³

Tabela 3 Ludność Milicza wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2020 – 2022

Ludność	2020	Udział %	2021	Udział %	2022	Udział %
w wieku przedprodukcyjnym	1964	17,75%	1995	18,17%	2004	18,45%
w wieku produkcyjnym	6056	54,74%	5925	53,98%	5759	53,03%
w wieku poprodukcyjnym	3044	27,51%	3057	27,85%	3096	28,51%
Ludność ogółem	11 064	100%	10 977	100%	10 859	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Porównując rok 2022 z 2020 widać, iż najbardziej wzrosła liczba ludności w wieku poprodukcyjnym. Jej udział w ogólnej liczbie ludności zwiększył się o 1 p.p. Budującym jest jednak fakt, iż wzrosła też liczba ludności w wieku przedprodukcyjnym zarówno liczbowo - o 40 osób, jak i procentowo o 0,7 p.p. Natomiast ludność w wieku produkcyjnym spadła zarówno liczbowo, jak i jej udział w całkowitej liczbie populacji (spadek o 1,71 p.p.), co jest zjawiskiem bardzo niekorzystnym. Ogólnopolskim i ogólnoeuropejskim trendem jest starzenie się społeczeństwa. Jest to pochodna przede wszystkim wzrostu przeciętnej długości życia ludności i ujemnego przyrostu naturalnego.

Prognozy GUS wskazują, że w roku 2050 (w stosunku do roku 2025) w strukturze ludności Milicza liczebność grupy w wieku poprodukcyjnym wzrośnie o 19%, przy jednoczesnym spadku ludności w wieku produkcyjnym o około 18% i ludności w wieku przedprodukcyjnym o 28%.

Tabela 4 Prognozowana liczba ludności dla powiatu milickiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2025 – 2050

Wiek	2025	2030	2035	2040	2045	2050
przedprodukcyjny	6 340	5 655	5 339	5 060	4 818	4 550
produkcyjny	22 370	22 317	22 027	21 409	20 072	18 381
poprodukcyjny	7 724	7 887	7 756	7 760	8 328	9 197
Ogółem	36 434	35 859	35 122	34 229	33 218	32 128

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Wzrost liczby ludności w wieku poprodukcyjnym, w większym stopniu narażonej na prawdopodobieństwo wystąpienia problemów zdrowotnych oraz niepełnosprawności,

²Dane pozyskane z GUS.

³Dane na koniec 2022 r., pozyskane z serwisu „Polska w Liczbach”



niż ludność pozostałych grup wiekowych, powodować będzie zwiększenie popytu na różnego rodzaju świadczenia oraz usługi zdrowotne.

Wykres 2 Struktura ludności powiatu milickiego w 2025 i 2050 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

Starzejące się społeczeństwo generuje zwiększone zapotrzebowanie na personel medyczny, w szczególności w zakresie geriatry, chorób wewnętrznych czy kardiologii lub reumatologii, a także onkologii, neurologii oraz rehabilitacji.

Struktura wiekowa ludności powiatu milickiego odzwierciedla stopień zaawansowania procesu starzenia się społeczeństwa oraz ukazuje konieczność zwiększania zakresów świadczeń medycznych oraz personelu medycznego w zakresie chorób wieku podeszłego.

1.2. Epidemiologia i zdrowotna polityka regionalna

Analizę epidemiologiczną wykonano na podstawie informacji pochodzących z Urzędu Statystycznego, NFZ, Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Map potrzeb zdrowotnych. Dane pochodzą z różnych lat, dlatego w opracowaniu nie przyjęto jednego okresu bazowego.

Według Informatora o umowach NFZ, w roku 2022, w województwie dolnośląskim znajdowało się 69 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, z czego 2 mieściły się w Miliczu.

Według informacji przedstawionych w Biuletynie Statystycznym Ministerstwa Zdrowia dotyczących działalności szpitali stacjonarnych ogólnych, w roku 2021 w województwie dolnośląskim wartość wskaźnika leczonych na 1 łóżko była jedną z najniższych w kraju i wynosiła 39,5 (najwyższy wskaźnik odnotowano dla województwa wielkopolskiego – 48,7). Natomiast wskaźnik przeciętnego pobytu chorego w dniach wyniósł 5,7 (najniższy odnotowano w województwie wielkopolskim – 4,6, a najwyższy w województwach: kujawsko-pomorskim, małopolskim i śląskim – 5,9).



Tabela 5 Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności dla szpitali stacjonarnych ogólnych w województwie dolnośląskim oraz w Polsce w 2020 roku

Oddział	Liczba łóżek na 10 tys. ludności	
	woj. dolnośląskie	Polska
Anestezjologii i intensywnej terapii	1,0	1,1
Chirurgiczny ogólny	4,6	4,3
Chirurgii szczękowo-twarzowej	0,1	0,1
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	2,1	2,2
Chorób wewnętrznych	6,1	5,7
Chorób zakaźnych	0,4	1
Dermatologiczny	0,2	0,3
Gastrologiczny	0,6	0,4
Geriatryczny	0,2	0,3
Ginekologiczno-położniczy	3,7	3,9
Gruźlicy i chorób płuc	1,9	1,6
Hematologiczny	0,5	0,4
Kardiologiczny	2,1	2,1
Nefrologiczny	0,4	0,5
Neurochirurgiczny	0,6	0,5
Neurologiczny	1,6	1,9
Okulistyczny	0,6	0,6
Onkologiczny	1,5	1,3
Otolaryngologiczny	0,8	0,8
Pediatryczny	1,8	1,9
Rehabilitacyjny	8,1	4,8
Reumatologiczny	0,6	0,5
Urologiczny	0,7	0,8

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia, 2021.

Uwzględniając dane z całego województwa dolnośląskiego w roku 2020 najwięcej łóżek na 10 tys. mieszkańców posiadały oddziały: **neurochirurgiczny, gastrologiczny, chorób wewnętrznych i chirurgiczny ogólny. Wskaźniki ilości łóżek na 10 tys. mieszkańców były wyższe od średniej dla całego kraju na 9 z 23 oddziałów, z czego największe różnice wystąpiły na następujących oddziałach:**

- **Rehabilitacyjnych** (wskaźnik wyższy o 3,3);
- **Chorób wewnętrznych** (wskaźnik wyższy o 0,4);
- **Gruźlicy i chorób płuc** (wskaźnik wyższy o 0,3).

Wskaźniki ilości łóżek na 10 tys. mieszkańców były niższe od średniej dla całego kraju na 10 z 23 oddziałów, z czego największe różnice wystąpiły na następujących oddziałach:

- **Chorób zakaźnych** (wskaźnik niższy o 0,6);
- **Neurologicznych** (wskaźnik niższy o 0,3);
- **Ginekologiczno-położniczych** (wskaźnik niższy o 0,2).



Dane ogólnopolskie w 4 zakresach pokrywają się z wartościami województwa dolnośląskiego. W Polsce najmniej łóżek w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców znajdowało się na oddziałach: **chirurgii szczękowo-twarzowej, geriatrycznych i dermatologicznych.**

Tabela 6 Podstawowe wskaźniki medyczne dotyczące leczenia szpitalnego w województwie dolnośląskim w roku 2020

Wyszczególnienie	Liczba oddziałów [szt.]	Liczba łóżek [szt.]	Leczeni* [tys.]	Leczeni w trybie dziennym	Średni pobyt chorego [dni]	Ilość osobodni [tys.]	Wykorzystanie łóżek [%]
Chirurgiczny	70	1328	63	5	3,9	250	52%
Chirurgiczny dla dzieci	4	129	7	0	3,1	22	46%
Chirurgii szczękowo-twarzowej	4	33	1	-	3,3	4	37%
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	25	616	26	1	4,8	122	54%
Chorób wewnętrznych	56	1757	60	3	6,5	390	61%
Chorób zakaźnych	4	102	4	-	4,5	19	52%
Dermatologiczny	3	53	3	1	5,7	14	74%
Endokrynologiczny	8	147	6	5	6,1	36	68%
Gastrologiczny	9	161	9	0	4,1	38	65%
Geriatryczny	5	66	1	-	7,0	7	27%
Ginekologiczno-położniczy	36	1063	58	2	4,1	240	62%
Gruźlicy i chorób płuc	15	556	15	-	7,2	109	54%
Hematologiczny	5	151	6	14	7,4	45	82%
Intensywnej terapii	34	278	7	-	9,1	68	67%
Kardiochirurgiczny	4	49	2	-	4,0	10	55%
Kardiologiczny	24	600	33	-	4,0	133	61%
Nefrologiczny	7	113	5	24	6,6	32	78%
Neonatologiczny	29	609	26	-	4,5	119	53%
Neurochirurgiczny	7	162	6	-	6,5	42	70%
Neurologiczny	25	461	18	2	6,4	118	70%
Okulistyczny	14	175	9	19	2,0	18	29%
Onkologiczny	21	433	37	53	2,4	91	58%
Opieki paliatywnej i hospicyjnej	1	11	0	-	15,1	2	44%
Otorynolaryngologiczny	17	242	10	2	2,7	28	32%
Pediatryczny	31	512	17	-	3,3	55	29%
Psychiatryczny	14	510	4	-	40,1	142	76%
Rehabilitacyjny	70	2350	18	0	24,2	447	52%
Reumatologiczny	8	173	6	5	6,2	39	61%
Urologiczny	12	190	11	1	3,3	37	54%
OGÓŁEM	606	13294	486	414,4	5,6	2716	56%

* z ruchem międzyoddziałowym

Źródło: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html>.

Kolorem ciemnoniebieskim w tabeli zaznaczone zostały zakresy, dla których wartości były najwyższe, natomiast kolorem ciemnoszarym - wartości najniższe.

W roku 2020 najwyższe średnie wykorzystanie łóżek w województwie dolnośląskim w ujęciu procentowym występowało na oddziałach: hematologicznych (82%), nefrologicznych (78%), psychiatrycznych (76%).

Najniższe wykorzystanie łóżek w województwie dolnośląskim występowało zaś na oddziałach: okulistycznych (29%), pediatrycznych (29%) i geriatrycznych (27%).

Najwyższa liczba leczonych w województwie dolnośląskim przypadła na oddziały: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, ginekologiczno-położnicze – co korespondowało z dużą liczbą łóżek w tych specjalnościach.



Średni czas pobytu był najdłuższy na oddziałach: psychiatrycznych, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz rehabilitacyjnych.

Tabela 7 Zestawienie liczby przychodni, praktyk lekarskich i stomatologicznych oraz podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. ludności w woj. dolnośląskim i Polsce w roku 2021

Wyszczególnienie	Liczba podmiotów [szt.]	
	woj. dolnośląskie	Polska
Przychodnie	1 577	21 968
Praktyki lekarskie	72	674
Praktyki stomatologiczne	297	3 079
Podmioty ambulatoryjne (przychodnie i praktyki) na 10 tys. ludności	6,7	6,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dziedziczne Bazy Wiedzy.

Na przestrzeni lat 2018 - 2021 liczba przychodni w województwie dolnośląskim wahała się, ale ostatecznie w 2021 roku była niższa niż w 2018 (1602 w 2018 roku, 1577 w 2021 roku). Liczba praktyk lekarskich spadła w analizowanym okresie ze 103 do 72 sztuk. Liczba praktyk stomatologicznych również sukcesywnie spada – od poziomu 384 w 2018 roku do 297 w 2021 roku. Liczba podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. ludności w tym okresie także spadła – z 7,2 na 6,7.

Tabela 8 Zestawienie liczby porad ambulatoryjnych udzielonych w latach 2020 – 2021 w województwie dolnośląskim i w Polsce

Wyszczególnienie [szt.]	Liczba porad		Liczba porad	
	woj. dolnośląskie		Polska	
	2020	2021	2020	2021
Porady ambulatoryjne*	22 084,1	24 866,3	287 285,5	320 950,8
Porady ambulatoryjne na 1 mieszkańca	7,6	8,6	7,5	8,4
Porady lekarskie w POZ – ogółem*:	11 839,7	13 150,0	156 171,2	171 312,3
Porady lekarskie w POZ – kobiety *	6 748,9	7 397,4	88 839,5	97 186,6
Porady lekarskie w POZ – mniej niż 18 *	1 885,4	2 304,7	25 390,5	32 153,7
Porady lekarskie w POZ – 65 lat i więcej*	4 357,7	4 662,5	56 196,2	59 453,3
Specjalistyczne porady lekarskie – ogółem*:	7 662,5	8 714,6	100 456,5	114 629,7
Specjalistyczne porady lekarskie – kobiety*	4 617,7	5 340,3	60 874,1	69 869,1
Specjalistyczne porady lekarskie – mniej niż 18 lat*	841,4	1 083,8	11 413,8	13 919,5
Specjalistyczne porady lekarskie – 65 lat i więcej*	2 119,6	2 386,5	29 398,0	33 544,3
Specjalistyczne porady stomatologiczne – ogółem*:	2 247,9	2 685,3	26 476,6	30 741,3
Specjalistyczne porady stomatologiczne – kobiety*	1 243,9	1 523,8	14 801,4	17 165,1
Specjalistyczne porady stomatologiczne – mniej niż 18 lat*	531,9	658,7	7 072,8	8 420,6
Specjalistyczne porady stomatologiczne – 65 lat i więcej*	366,3	441,3	4 173,6	4 958,3
Stomatologiczna*	1 743,3	2 088,9	22 084,3	25 486,0
Chorób błon śluzowych przyzębia*	28,8	33,3	333,3	407,1
Ortodontyczna*	243,1	282,1	1 978,4	2 326,8
Protetyki stomatologicznej*	108,3	133,1	870,0	1 086,0
Chirurgii stomatologicznej*	124,4	147,9	1 210,5	1 435,4

*dane w tys. szt.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dziedziczne Bazy Wiedzy.



Porównując rok 2021 z rokiem 2020 widzimy znaczny wzrost udzielonych porad, zarówno lekarskich w POZ, specjalistycznych lekarskich i stomatologicznych. Sytuacja ta miała miejsce w całej Polsce, bowiem w wyniku wybuchu pandemii COVID-19 dostęp do usług medycznych był mocno ograniczony i utrudniony w 2020 roku.

Wskaźnik udzielonych porad ogółem w województwie dolnośląskim na jednego mieszkańca wyniósł w 2021 roku 8,6, przy średniej dla całej Polski 8,4.

Tabela 9 Zestawienie liczby porad specjalistycznych udzielonych w latach 2020 – 2021 w województwie dolnośląskim i w Polsce

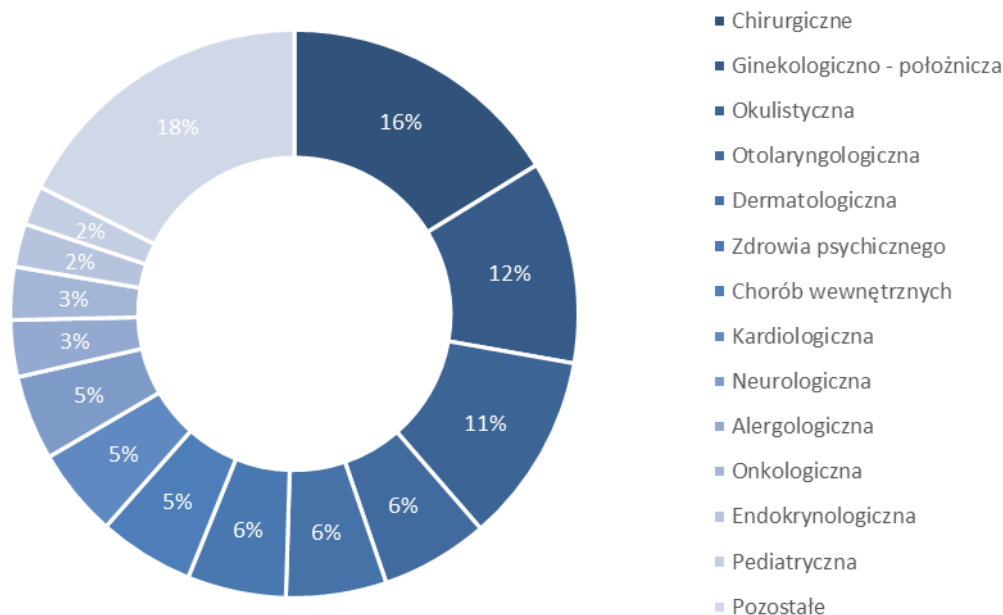
Wyszczególnienie	Liczba porad [tys. szt.]			
	woj. dolnośląskie		Polska	
	2020	2021	2020	2021
Specjalistyczne porady lekarskie – ogółem:	7 662,50	8 714,60	100 456,5	114 629,7
Chirurgiczne – razem	1255,8	1413,5	16 989,0	19 835,1
Ginekologiczno - położnicza	902,6	1007,8	11 381,0	12 541,3
Chorób wewnętrznych	310	474	3 763,6	4 957,3
Okulistyczna	807	944,5	8 785,2	10 301,3
Otolaryngologiczna	446	534,8	5 415,8	6 290,4
Zdrowia psychicznego	459,9	489,9	6 392,7	6 796,5
Kardiologiczna	431,3	441,4	6 543,3	7 245,0
Dermatologiczna	407,6	498,5	5 078,0	5 909,9
Neurologiczna	360,6	420,4	5 940,7	6 626,6
Pediatryczna	108,2	194,8	1 310,0	1 917,1
Endokrynologiczna	168,9	214,8	3 324,1	3 790,1
Urologiczna	160,8	190	3 041,8	3 441,3
Onkologiczna	231	262,6	2 763,0	3 079,9
Alergologiczna	228,3	281,2	2 736,6	3 136,1
Rehabilitacyjna	138	175,2	1 826,8	2 194,0
Gruźlicy i chorób płuc	108,7	143,6	2 300,1	2 810,0
Diabetologiczna	138,4	150,5	2 353,7	2 521,2
Reumatologiczna	82,7	103,2	1 635,8	1 787,4
Poradnia leczenia uzależnień	61,5	78,3	993,8	1 062,8
Nefrologiczna	47,5	47,5	598,7	655,5
Chorób zakaźnych	37,5	36,6	490,3	503,3
Medycyny sportowej	9,6	14,2	228,3	298,7
Geriatryczna	1,4	3,8	59,7	73,1
Inna (o innej specjalności niewymienionej wyżej)	759,1	593,3	6 504,3	6 855,8

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dziedziczne Bazy Wiedzy.

Odnosząc się do liczby udzielonych porad najwięcej z nich, zarówno w województwie dolnośląskim, podobnie jak i w całej Polsce, w roku 2021 przypadało na: chirurgię, ginekologię z położnictwem i okulistykę. Najmniej porad udzielonych zostało w poradniach geriatrycznych, medycyny sportowej i chorób zakaźnych.



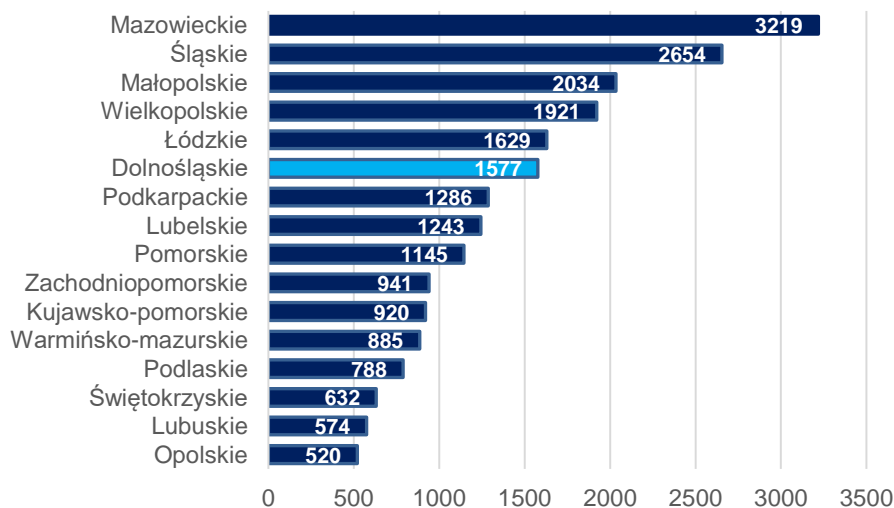
Wykres 3 Struktura udzielonych porad w ramach świadczeń AOS w województwie dolnośląskim w roku 2021



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dziedziczne Bazy Wiedzy.

Poniżej zaprezentowano liczbę przychodni w poszczególnych województwach Polski w 2021 roku.

Wykres 4 Liczba przychodni województw Polski w 2021 roku



Źródło: Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2021 roku, GUS.



Największa liczba przychodni na koniec 2021 roku występowała w województwie mazowieckim (3 219).

Chorobowość

Współczynnik chorobowości szpitalnej⁴ w Polsce w 2021 wynosił 23,6 (23 557 osób hospitalizowanych na 100 000 ludności). Dla województwa dolnośląskiego przyjęła ona wartość wyższą od średniej krajowej – 26,1 (26 068 osób na 100 000 ludności).

Szczegółowa analiza wskaźników chorobowości szpitalnej została przedstawiona w tabeli poniżej.

Kolorem ciemnoniebieskim oznaczone zostały oddziały, dla których wartości w województwie dolnośląskim były znacząco wyższe w stosunku do danych ogólnopolskich. Współczynnik chorobowości w województwie dolnośląskim przekroczył średnie krajowe m.in. w następujących oddziałach: chirurgii onkologicznej, endokrynologii dla dzieci, hematologii, okulistyki i reumatologii. Największe liczbowo przekroczenie odnotowano dla oddziału **okulistycznego** – 37% więcej chorych na 100 tys. ludności w porównaniu do średniej dla całej Polski.

Tabela 10 Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności w 2021 roku wg oddziałów w województwie dolnośląskim i w Polsce

Oddział	Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności	
	woj. dolnośląskie	Polska
alergologiczny	170,91	58,77
alergologiczny dla dzieci	9,55	41,69
anestezjologii i intensywnej terapii	184,63	189,79
anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci	11,18	15,95
angiologiczny	37,74	10,87
audiologiczno-foniatryczny	bd	7,00
chirurgiczny dla dzieci	262,22	271,13
chirurgiczny ogólny	1 649,96	1 664,33
chirurgii klatki piersiowej	54,02	89,93
chirurgii naczyniowej	150,95	150,28
chirurgii onkologicznej	373,80	231,99
chirurgii plastycznej	88,01	27,64
chirurgii szczękowo-twarzowej	54,61	49,09
chirurgii urazowo-ortopedycznej	990,68	1 014,77
chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci	bd	60,09
chorób metabolicznych	bd	3,94
chorób płuc	153,94	234,31
chorób płuc dla dzieci	158,00	42,02
chorób wewnętrznych	1 551,50	1 454,60
chorób zakaźnych	24,41	32,42
chorób zakaźnych dla dzieci	27,22	13,73
dermatologiczny	162,09	121,83
dermatologiczny dla dzieci	bd	6,19
diabetologiczny	6,39	24,96
endokrynologiczny	156,54	117,08
endokrynologiczny dla dzieci	184,56	59,86
gastroenterologiczny	258,99	210,61

⁴ Współczynnik chorobowości szpitalnej wyraża liczbę osób hospitalizowanych w ramach danych przyczyn chorobowych sklasyfikowanych do poszczególnych grup oddziałów szpitalnych w ciągu roku, w przeliczeniu na 100 000 ludności.



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Oddział	Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności	
	woj. dolnośląskie	Polska
gastroenterologiczny dla dzieci	70,27	70,05
geriatryczny	15,97	49,37
ginekologiczny	58,53	116,29
ginekologii onkologicznej	55,48	113,88
gruźlicy i chorób płuc	197,44	158,77
gruźlicy i chorób płuc dla dzieci	bd	8,60
hematologiczny	614,66	409,45
immunologii klinicznej	8,61	4,52
immunologii klinicznej dla dzieci	54,92	8,99
kardiochirurgiczny	89,54	58,63
kardiochirurgiczny dla dzieci	3,58	8,74
kardiologiczny	1 226,20	1 126,13
kardiologiczny dla dzieci	38,26	50,71
leczenia jednego dnia	419,52	670,70
leczenia jednego dnia dla dzieci	bd	14,31
medycyny nuklearnej	bd	8,56
nefrologiczny	137,97	131,34
nefrologiczny dla dzieci	81,03	56,62
neonatologiczny	739,33	698,62
neurochirurgiczny	217,47	192,65
neurochirurgiczny dla dzieci	bd	13,92
neurologiczny	624,07	603,42
neurologiczny dla dzieci	88,15	77,03
okulistyczny	1 162,99	849,93
okulistyczny dla dzieci	bd	29,35
onkologiczny	773,60	850,34
onkologiczny dla dzieci	6,94	8,20
otorynolaryngologiczny	462,36	370,79
otorynolaryngologiczny dla dzieci	6,14	71,38
pediatryczny	719,58	864,88
położniczo-ginekologiczny	1 788,03	1 896,94
położniczy	bd	35,34
radioterapii	35,03	89,66
rehabilitacji neurologicznej dla dzieci	bd	0,77
rehabilitacyjny dla dzieci	bd	0,93
reumatologiczny	356,61	181,11
reumatologiczny dla dzieci	bd	10,58
toksykologiczny	38,57	20,39
transplantologiczny	34,93	29,87
urologiczny	482,98	562,43

Źródło: opracowanie własne na podstawie Map potrzeb zdrowotnych- dane za rok 2021.

Wartości współczynnika chorobowości, które były znacząco niższe od średniej krajowej zostały oznaczone kolorem szarym. Były to oddziały: chorób płuc, leczenia jednego dnia, pediatryczny, położniczo-ginekologiczny oraz urologiczny.

Kadra medyczna

Poniżej przedstawiono w jaki sposób w latach 2019 – 2021 kształtowała się liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek i farmaceutów pracujących w Polsce i województwie dolnośląskim.



Tabela 11 Liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek i farmaceutów pracujących w Polsce i województwie dolnośląskim w latach 2019 – 2021

Wyszczególnienie	województwo dolnośląskie				Polska			
	2019	2020	2021	Trend	2019	2020	2021	Trend
Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	12 543	12 646	12 662		150 914	153 499	155 568	
Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	3 705	3 758	3 703		42 761	43 331	43 807	
Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego	24 184	24 359	23 934		299 629	303 211	305 828	
Farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	3 013	3 049	3 053		36 117	36 527	37 261	
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem	6 403	6 967	10 562		90 884	92 255	129 893	
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	22	24	36		24	24	34	
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem	753	889	2 950		13 509	14 348	34 874	
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	3	3	10		4	4	9	
Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem	13 815	13 868	16 308		193 132	191 081	214 533	
Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	48	48	56		50	50	57	
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem	2 244	2 195	2 217		28 195	28 387	28 436	
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	7,7	7,5	7,7		7	8	8	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD- Dziedzinowe Bazy Wiedzy.

Dane zawarte w powyższej tabeli wskazują, iż w Polsce, cierpiącej od lat na niedobór kadry medycznej, liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek oraz farmaceutów, którzy posiadali prawo wykonywania zawodu rosła przez ww. 3 lata. Również liczba lekarzy, pielęgniarek, dentystów i farmaceutów pracujących bezpośrednio z pacjentem wzrosła.

W województwie dolnośląskim liczba lekarzy oraz farmaceutów, którzy posiadali prawo wykonywania zawodu również rosła przez lata 2019-2021. Natomiast liczba pielęgniarek i dentystów posiadających prawo wykonywania zawodu po wzroście w 2020 roku, w 2021 roku już spadła. Jeśli chodzi o personel pracujący bezpośrednio z pacjentem to w 2021 roku widać ich zdecydowany wzrost.



Tabela 12 Liczba lekarzy specjalistów i dentystów pracujących w Polsce i województwie dolnośląskim w latach 2019 – 2021

Wyszczególnienie	województwo dolnośląskie				Polska			
	2019	2020	2021	Trend	2019	2020	2021	Trend
Lekarze specjaliści	4 279	4 499	6 990		60 953	62 429	87 294	
Anestezjologii i intensywnej terapii	269	269	411		3 874	4 033	5 382	
Chirurgii	622	657	1 077		8 736	9 175	12 878	
Chorób płuc	98	95	166		1 283	1 259	2 369	
Chorób wewnętrznych	495	514	1 474		6 318	6 437	18 015	
Dermatologii i wenerologii	66	78	150		900	900	1 818	
Kardiologii	191	191	365		3 091	3 201	4 940	
Medycyny rodzinnej	437	440	825		6 803	6 828	10 147	
Medycyny pracy	64	65	-		819	812	-	
Neurologii	173	179	276		2 414	2 478	3 787	
Okulistyki	157	167	326		1 990	2 006	3 484	
Onkologii	66	73	100		859	852	1 268	
Otolaryngologii	101	95	188		1 350	1 339	2 101	
Pediiatrii	249	255	631		3 541	3 550	7 143	
Położnictwa i ginekologii	208	208	459		3 591	3 675	6 072	
Psychiatrii	160	157	279		2 445	2 493	3 771	
Radiodiagnostyki	206	209	313		2 384	2 467	3 917	
Lekarze dentyści ze specjalizacją	192	236	579		3 034	3 187	6 303	
Chirurgii stomatologicznej	24	32	84		429	440	902	
Chirurgii szczękowo-twarzowej	15	24	35		191	233	361	
Ortodoncji	34	51	124		630	639	1 195	
Periodontologii (paradontologii)	8	11	38		225	238	492	
Protetyki stomatologicznej	53	54	144		635	639	1 408	
Stomatologii dziecięcej	6	10	39		238	257	555	
Stomatologii zachowawczej	52	54	121		678	730	1 378	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dziedziny Bazy Wiedzy.

W roku 2021 najliczniejsze grupy medyków województwa dolnośląskiego obejmowały specjalistów z dziedzin: chorób wewnętrznych, chirurgii, medycyny rodzinnej, pediatrii oraz położnictwa i ginekologii. Z danych ogólnych dla kraju wynika, iż najwięcej lekarzy posiada specjalizację z: chirurgii, medycyny rodzinnej, chorób wewnętrznych, anestezjologii i intensywnej terapii, położnictwa i ginekologii, zatem specjalizacje te praktycznie się pokrywają z danymi dla Polski.

W województwie dolnośląskim porównując rok 2021 z 2019 liczba dentystów ze specjalizacją wzrosła (o 387 osób – 202%), natomiast w kraju wzrosła o 3269 osób (108%).

Dla pełnego obrazu sytuacji związanej z kadrą medyczną w tej części kraju przedstawiono poniżej dane z województw ościennych. Ze względu na ich obszerność oraz szczegółowy zakres nie będą one poddawane dokładnej analizie i opisowi.



Tabela 13 Liczba lekarzy, dentyistów, pielęgniarek i farmaceutów pracujących w latach 2019 – 2021 w województwach ościennych woj. dolnośląskiego

Wyszczególnienie	województwo wielkopolskie				województwo lubuskie				województwo opolskie			
	2019	2020	2021	Trend	2019	2020	2021	Trend	2019	2020	2021	Trend
Lekarze posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	11 873	11 787	12 000		2 564	2 658	2 673		2 620	2 619	2 668	
Lekarze dentyści posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	3 656	3 618	3 731		881	925	913		761	779	803	
Pielęgniarki posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego	23 375	23 599	23 166		6 795	6 816	6 850		7 781	7 822	7 936	
Farmaceuci posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego	3 479	3 536	3 596		654	671	694		570	566	574	
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem	5 270	5 674	10 070		2 063	2 040	2 295		1 974	1 934	2 316	
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	15	16	29		20	21	23		20	20	24	
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem	270	454	2 943		565	594	730		446	450	667	
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	1	1	8		6	6	7		5	5	7	
Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem	11 960	11 963	16 805		4 580	4 528	4 573		4 939	4 882	5 210	
Pielęgniarki pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	34	34	48		45	46	46		50	51	55	
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem	2 689	2 778	2 735		583	576	588		590	602	591	
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności	8	8	8		6	6	6		6	6	6	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD– Dziedziczne Bazy Wiedzy.



Tabela 14 Liczba lekarzy specjalistów i dentyistów pracujących w latach 2019 – 2021 w województwach ościennych woj. dolnośląskiego

Wyszczególnienie	województwo wielkopolskie				województwo lubuskie				województwo opolskie			
	2019	2020	2021	Trend	2019	2020	2021	Trend	2019	2020	2021	Trend
Lekarze specjaliści	3 502	3 778	6 799		1 469	1 472	1 571		1 347	1 351	1 632	
Anestezjologii i intensywnej terapii	319	331	414		106	101	113		81	86	104	
Chirurgii	602	670	1 049		229	238	238		207	211	287	
Chorób płuc	79	77	178		28	26	46		37	37	64	
Chorób wewnętrznych	349	346	1 398		87	98	240		151	144	318	
Dermatologii i wenerologii	42	38	161		20	20	20		19	19	31	
Kardiologii	132	171	308		59	64	79		63	69	80	
Medycyny rodzinnej	255	254	753		253	252	240		132	121	183	
Medycyny pracy	35	41	-		23	23	-		19	16	-	
Neurologii	120	143	287		51	52	65		52	55	70	
Okulistyki	78	114	288		59	58	64		37	39	58	
Onkologii	64	60	101		16	18	19		7	7	9	
Otolaryngologii	100	97	201		28	26	32		38	31	43	
Pediiatrii	241	229	649		76	77	106		85	82	120	
Położnictwa i ginekologii	247	255	514		103	94	135		123	124	130	
Psychiatrii	94	101	259		57	54	69		55	52	65	
Radiodiagnostyki	147	164	275		47	51	66		27	32	65	
Lekarze dentyści ze specjalizacją	50	89	474		67	72	78		90	90	120	
Chirurgii stomatologicznej	13	16	69		14	19	18		16	16	20	
Chirurgii szczękowo-twarzowej	5	9	33		3	3	4		2	5	8	
Ortodoncji	9	12	89		16	15	22		19	21	26	
Periodontologii (paradontologii)	3	2	32		6	8	7		5	4	6	
Protetyki stomatologicznej	7	14	113		11	10	8		25	24	27	
Stomatologii dziecięcej	7	19	39		3	3	4		4	4	7	
Stomatologii zachowawczej	6	16	96		14	14	15		19	15	23	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Platformy Analitycznej SWAiD – Dziedziny Bazy Wiedzy.



Najważniejsze informacje dotyczące liczby lekarzy, pielęgniarek i położnych w województwie dolnośląskim i w województwach sąsiednich przedstawiają trzy poniższe tabele.

Tabela 15 Liczba lekarzy pracujących na 10 tys. ludności w Polsce i w wybranych województwach w latach 2019 – 2021

Liczba lekarzy (personel pracujący ogółem) na 10 tys. ludności	2019	2020	2021	Trend
Polska	58,8	59,9	40,7	
woj. lubuskie	45,2	46,7	25,1	
woj. dolnośląskie	55,3	57,5	41,1	
woj. wielkopolskie	36,7	37,7	32,6	
woj. opolskie	41,3	43,9	28,5	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

W badanym okresie liczby pracujących lekarzy analizowanych województw oraz w Polsce po lekkim wzroście w 2020 roku, w 2021 roku spadła. Największy spadek odnotowało województwo lubuskie.

Tabela 16 Liczba pielęgniarek pracujących na 10 tys. ludności w Polsce i w wybranych województwach w latach 2019 – 2021

Liczba pielęgniarek i położnych pracujących na 10 tys. ludności	2019	2020	2021	Trend
Polska	73,5	74,4	89,8	
woj. lubuskie	65,8	66,6	67,8	
woj. dolnośląskie	68,3	69,8	86,5	
woj. wielkopolskie	51,0	51,3	77,8	
woj. opolskie	68,9	71,6	80,9	

Źródło: opracowanie własne na podstawie Banku Danych Lokalnych GUS.

We wszystkich analizowanych województwach liczba pielęgniarek i położnych pracujących na 10 tys. ludności w roku 2021 była wyższa niż w roku 2019.

Według opublikowanego w grudniu 2021 r. raportu Komisji Europejskiej to w Polsce mamy rekordowo niski wskaźnik liczby lekarzy na 1 000 osób. Średnia unijna (wraz z danymi z Norwegii i Islandii) wynosi 3,9 medyka, zaś w Polsce jest to jedynie 2,4 medyka. Sytuacja jest też trudna pod względem liczby pielęgniarek. W tej statystyce zajmujemy czwarte miejsce od końca. Ponadto pandemia COVID-19 dodatkowo wyostrzyła problem braków kadrowych w służbie zdrowia.

Wzrastający stopień zapotrzebowania na usługi zdrowotne wynikający m.in. z procesu starzenia się społeczeństwa wraz z niską liczbą kadry medycznej przyczynić się może do ograniczeń w dostępności oraz jakości świadczeń medycznych.

Udział poszczególnych grup wiekowych lekarzy, pielęgniarek oraz położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie dolnośląskim w roku 2021 przedstawia tabela poniżej.



Tabela 17 Grupy wiekowe lekarzy, pielęgniarek oraz położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie dolnośląskim w roku 2021

Grupa	poniżej 35	35-44	45-54	55-64	65 i więcej
Lekarze	22,1%	16,2%	17,3%	19,8%	24,6%
Pielęgniarki	6,9%	5,1%	31,6%	34,3%	22,1%
Położne	15,3%	9,6%	23,0%	32,5%	19,6%

Źródło: opracowanie własne na podstawie Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2021.

Prawie 62% lekarzy to medycy powyżej 45 roku życia, przy czym najwięcej z nich przypada na grupę wiekową powyżej 65 lat i jest to najliczniejsza grupa. Drugą najbardziej liczną grupą jest najmłodsza z nich (poniżej 35 lat (22,1%)), co daje nadzieję na polepszenie sytuacji rynku pracy.

Wśród pielęgniarek i położnych najwięcej znajdowało się w grupie wiekowej 45-54 lat oraz 55-64 lat.

Mały udział grup wiekowych poniżej 45 lat, w szczególności w odniesieniu do lekarzy i pielęgniarek, w przyszłości oznaczać może znaczące problemy w zastępowalności obecnego personelu.

Warto wspomnieć tu, iż od 1.01.2022 r. do 31.12.2026 r. w województwie dolnośląskim ma być wdrażany Wojewódzki Plan Transformacji, który w oparciu o sytuację tego rejonu ma zawierać szereg propozycji oraz zaleceń w celu poprawy sytuacji w ochronie zdrowia.

1.3. Konkurencja

Otoczenie placówki w skali mikro to przede wszystkim potencjalni pacjenci (korzystający, „klienci”) oraz inni usługodawcy medyczni - tak zwana konkurencja. Aby uchwycić właściwy kontekst funkcjonowania Milickiego Centrum Medycznego w pierwszej kolejności przeanalizowano kierunki napływu pacjentów, którzy leczyli się w Placówce w roku 2022.

W poniższej tabeli zestawiono liczbę pacjentów lecznictwa szpitalnego obsługiwanych przez MCM w podziale na miejsce zamieszkania (według województw).

Tabela 18 Miejsce zamieszkania pacjentów przyjętych na leczenie szpitalne w MCM w 2022 roku

Województwo	Liczba pacjentów [szt.]	Udział procentowy
Dolnośląskie	212	56%
Kujawsko-Pomorskie	0	0%
Lubelskie	2	1%
Lubuskie	4	1%
Łódzkie	10	3%
Małopolskie	4	1%
Mazowieckie	4	1%
Opolskie	27	7%
Podkarpackie	1	0%



Województwo	Liczba pacjentów [szt.]	Udział procentowy
Pomorskie	3	1%
Śląskie	15	4%
Świętokrzyskie	2	1%
Warmińsko-Mazurskie	1	0%
Wielkopolskie	88	23%
Zachodniopomorskie	4	1%
SUMA	377	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MCM.

Rysunek 2 Struktura podchodzenia pacjentów MCM w 2022 roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie <https://www.zpp.pl/mapa-polski>.

Poza województwem dolnośląskim najwięcej pacjentów w 2022 roku pochodziło z województw: wielkopolskiego, opolskiego, śląskiego i łódzkiego.

Przy wyszukiwaniu podmiotów konkurencyjnych skorzystano z danych udostępnionych w Mapach Potrzeb Zdrowotnych.

Badanie konkurencji oparto o trzy główne czynniki:

- wielkość kontraktu z NFZ,



- odległość w linii prostej innych jednostek od MCM (ograniczono wyszukiwanie do odległości maksimum 70km od Milickiego Centrum Medycznego),
- liczbę podobnych komórek medycznych.

W związku z tym, że w województwie dolnośląskim istnieje wiele podmiotów medycznych wyszukiwanie ograniczono do tych, które w swojej ofercie posiadają świadczenia z co najmniej jednej ze specjalizacji: ortopedia, pediatria, ginekologia i położnictwo.

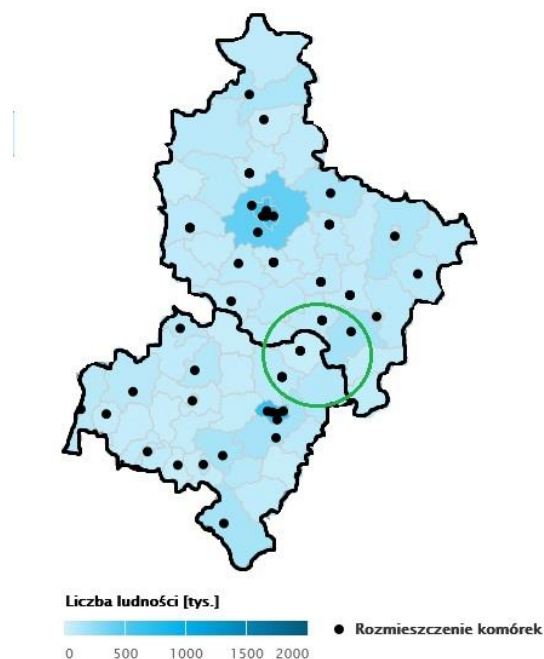
Do oceny przyjęto następujące jednostki:

- Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.,
- Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.,
- SP ZOZ w Kępnie,
- SP ZOZ w Krotoszynie,
- Zespół ZOZ Ostrów Wielkopolski,
- Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy,
- Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy.

Ogólnopolska platforma cyfrowa Map Potrzeb Zdrowotnych zawiera m.in. informacje terytorialne na temat dostępu do poszczególnych specjalizacji działalności medycznej. Na potrzeby niniejszej analizy przedstawiona zostanie działalność ortopedyczna i pediatryczna w województwie dolnośląskim i wielkopolskim.

Ortopedia

Rysunek 3 Rozmieszczenie komórek opieki szpitalnej w zakresie ortopedii w 2021 roku w województwie dolnośląskim i wielkopolskim



*Zielonym okręgiem zaznaczono obszar, który poddano analizie w zakresie konkurencyjności do MCM.
Źródło: cyfrowa platforma analityczna Map Potrzeb Zdrowotnych.

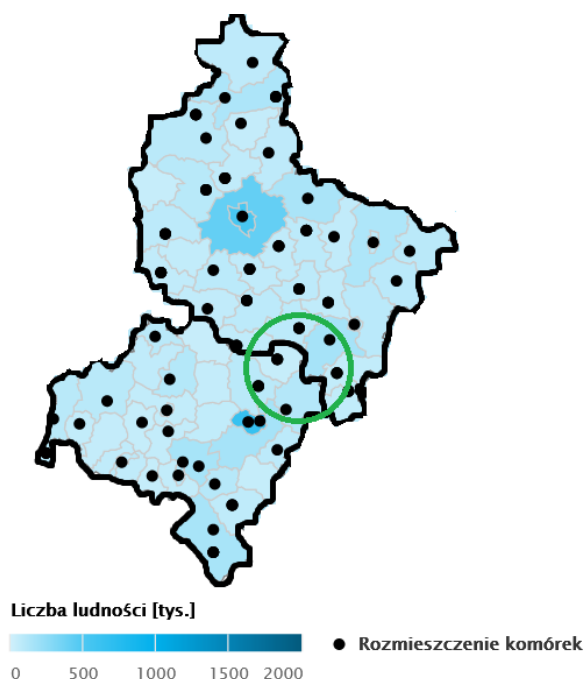
Tabela 19 Liczba pacjentów oraz średni czas hospitalizacji na oddziałach ortopedycznych w 2021 roku w analizowanych podmiotach medycznych

Nazwa świadczeniodawcy	Miejscowość	Województwo	Liczba pacjentów	Średni czas hospitalizacji [dni]
SP ZOZ w Krotoszynie	Krotoszyn	Wielkopolskie	500	4,52
Zespół ZOZ Ostrów Wielkopolski	Ostrów Wielkopolski	wielkopolskie	1527	4,82
Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy	Trzebnica	dolnośląskie	1234	3,92
Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.	Milicz	dolnośląskie	543	5,13

Źródło: opracowanie własne na podstawie cyfrowej platformy analitycznej Map Potrzeb Zdrowotnych.

Pediatria

Rysunek 4 Rozmieszczenie komórek opieki szpitalnej w zakresie pediatrii w 2021 roku w województwie dolnośląskim i wielkopolskim



*Zielonym okręgiem zaznaczono obszar, który poddano analizie w zakresie konkurencyjności do MCM.

Źródło: cyfrowa platforma analityczna Map Potrzeb Zdrowotnych.

Tabela 20 Liczba pacjentów oraz średni czas hospitalizacji na oddziałach pediatrycznych w 2021 roku w analizowanych podmiotach medycznych

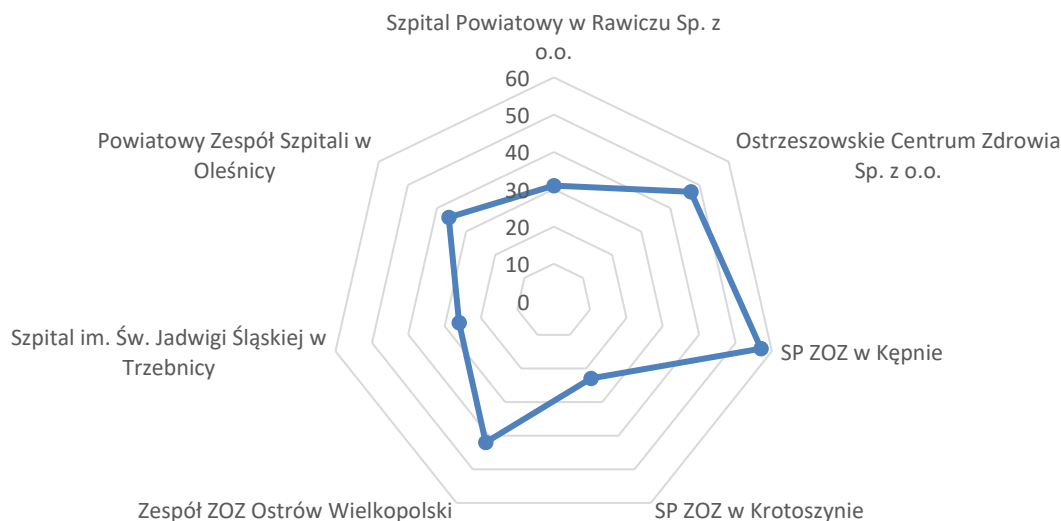
Nazwa świadczeniodawcy	Miejscowość	Województwo	Liczba pacjentów	Średni czas hospitalizacji [dni]
Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. Z o.o.	Rawicz	wielkopolskie	452	3,93
Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. Z o.o.	Ostrzeszów	wielkopolskie	558	3,55
SP ZOZ w Kępnie	Kępno	wielkopolskie	591	3,21
SP ZOZ w Krotoszynie	Krotoszyn	wielkopolskie	614	3,46
Zespół ZOZ Ostrów Wielkopolski	Ostrów Wielkopolski	wielkopolskie	965	3,11
Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy	Trzebnica	dolnośląskie	927	2,5
Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy	Oleśnica	dolnośląskie	389	2,5
Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.	Milicz	dolnośląskie	424	3,72

Źródło: opracowanie własne na podstawie cyfrowej platformy analitycznej Map Potrzeb Zdrowotnych.

Milickie Centrum Medyczne w zakresie liczby przyjętych pacjentów w 2021 roku na oddziałach ortopedycznym i pediatrycznym plasuje się poniżej średniej na liście analizowanych podmiotów. Średni czas hospitalizacji w MCM na tych oddziałach był dla ortopedii najdłuższym a dla pediatrii prawie najdłuższym, spośród wszystkich analizowanych jednostek.

Poniżej przedstawiono szczegółową analizę dla siedmiu wybranych jednostek konkurencyjnych.

Wykres 5 Odległość [km] konkurencyjnych jednostek medycznych od Milickiego Centrum Medycznego



Źródło: opracowanie własne.



W ujęciu kwotowym wielkość kontraktów z NFZ zawartych przez omawiane jednostki przedstawiono w tabeli poniżej. Dane pochodzą z Informatora o umowach z NFZ (na dzień 25.07.2023 roku).

Tabela 21 Wartość kontraktów z NFZ w analizowanych jednostkach w roku 2022 [zł]

Jednostka	Wartość kontraktu z NFZ	Współczynnik wielkości kontraktu NFZ
Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.	52 303 917	0,8
Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	34 582 736	0,5
SP ZOZ w Kępnie	64 389 456	1,0
SP ZOZ w Krotoszynie	76 730 576	1,2
Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Ostrow Wielkopolski	169 408 179	2,7
Szpital im. Św. Jadwigi w Trzebnicy	69 716 263	1,1
Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy	76 446 622	1,2
Milickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	63 927 060	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z NFZ na dzień 25.07.2023 r.

Z powyższego zestawienia wynika, iż kontrakt z MCM jest zbliżony do wysokości kontraktów analizowanych jednostek (wyjątek stanowi Zespół ZOZ w Ostrowie Wielkopolskim oraz Ostrzeszowie Centrum Zdrowia).

Porównanie w zakresie leczenia szpitalnego

Analiza działalności poszczególnych jednostek znajdujących się w otoczeniu badanego Szpitala została przeprowadzona w zakresie specjalności występujących w MCM.

Tabela 22 Wykaz oddziałów MCM i w konkurencyjnych jednostkach

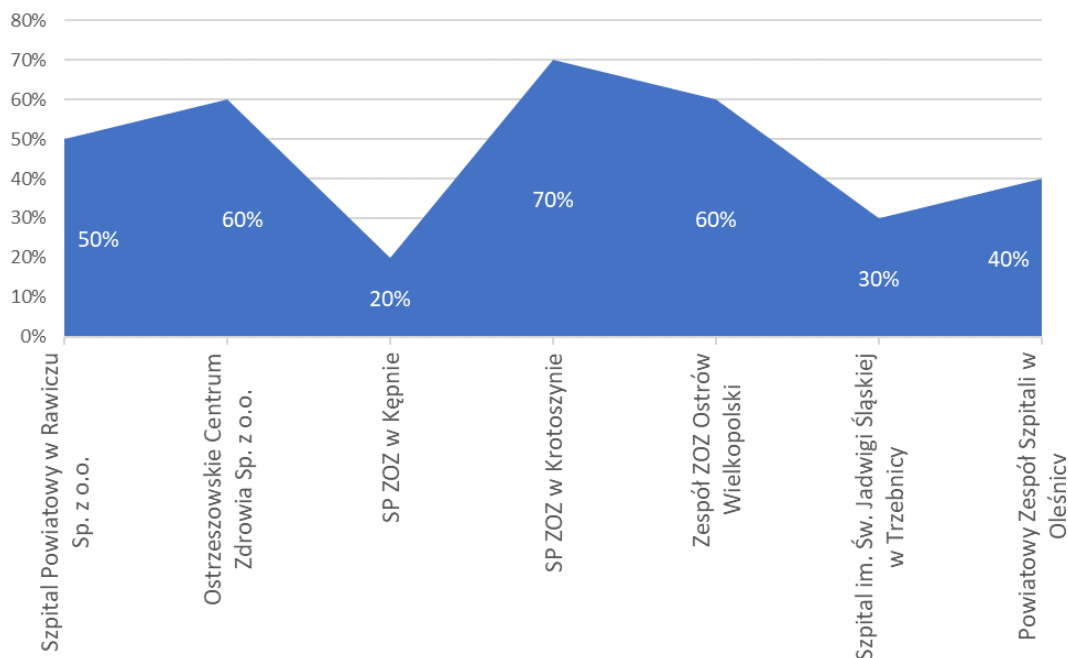
Oddziały MCM	Szpital Powiatowy w Rawiczu Sp. z o.o.	Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.	SP ZOZ w Kępnie	SP ZOZ w Krotoszynie	Zespół ZOZ Ostrow Wielkopolski	Szpital im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy	Powiatowy Zespół Szpitali w Oleśnicy
Oddział Wewnętrzny		X		X		X	
Oddział Pediatryczny	X	X	X	X	X	X	X
Oddział Neonatologiczny	X	X	X	X	X	X	X
Oddział Chirurgiczny		X		X	X		
Oddział Ginekologiczno-położniczy							
Oddział Ortopedyczny				X	X		X
Oddział Intensywnej Terapii	X			X	X		
Oddział Psychiatryczny Ogólny	X	X		X	X		X
Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży		X					
Oddział Rehabilitacyjny	X						
Liczba zbieżnych oddziałów	5	6	2	7	6	3	4

Źródło: opracowanie własne.



Na podstawie powyższego zestawienia ustalono tzw. stopień pokrycia, czyli udział liczby oddziałów o tym samym profilu w ramach struktury organizacyjnej konkurencyjnych jednostek w stosunku do oddziałów MCM.

Wykres 6 Stopień pokrycia oddziałów jednostek konkurencyjnych w odniesieniu do MCM



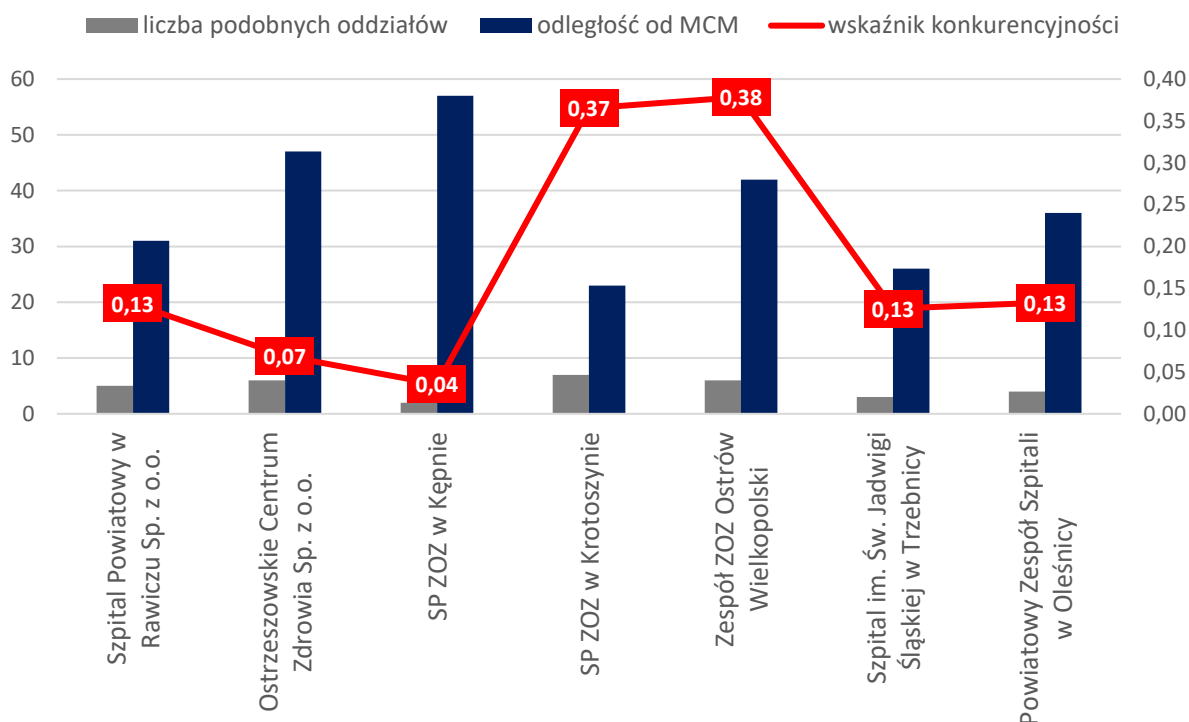
Źródło: opracowanie własne.

Na potrzeby analizy oszacowano również wskaźnik konkurencyjności. Został on opracowany z uwzględnieniem oddziałów o podobnym profilu występujących zarówno w jednostkach konkurencyjnych jak i w MCM. Wzór wskaźnika przedstawiony został poniżej:

$$\text{wsk. konkurencyjności} = \frac{\text{liczba oddziałów w jednostce o podobnym profilu do MCM}}{\text{odległość w kilometrach od MCM}} \times \text{wsp. wielkości kontraktu}$$



Wykres 7 Wskaźnik konkurencyjności oddziałów szpitalnych



Źródło: opracowanie własne.

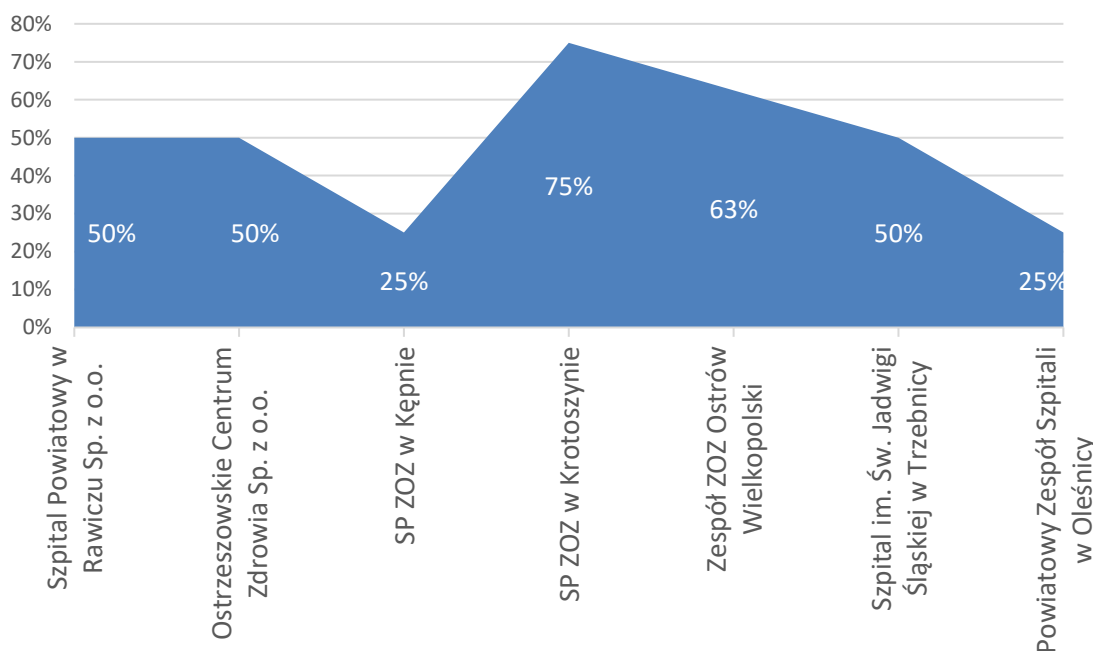
Największym stopniem pokrycia oddziałów szpitalnych z MCM spośród analizowanych jednostek charakteryzuje się **SPZOZ w Krotoszynie (70% – 7 podobnych oddziałów)**. Wysoki stopień pokrycia mają też: Ostrzeszowskie Centrum Zdrowia oraz Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim (obie jednostki posiadają 6 zbieżnych z MCM oddziałów – stopień pokrycia na poziomie 60%)

Biorąc pod uwagę wskaźnik konkurencyjności, uwzględniający również położenie danych jednostek w pobliżu MCM oraz wielkość kontraktu z NFZ, najbardziej konkurencyjne pozostają:

- **Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim** (wskaźnik konkurencyjności 0,38 – 6 zbieżnych oddziałów, odległość od MCM około 42 km),
- **SPZOZ w Krotoszynie** (wskaźnik konkurencyjności 0,37 – 7 zbieżnych oddziałów, odległość od MCM około 23 km).

Warto jednak zaznaczyć, że na wartość wskaźnika konkurencyjności dla Zespołu ZOZ w Ostrowie Wielkopolskim w dużej mierze ma wpływ wielkość kontraktu z NFZ, który jest ponad 2,5-krotnie wyższy od wartości kontraktu z NFZ dla MCM.

Wykres 8 Stopień pokrycia poradni jednostek konkurencyjnych w odniesieniu do MCM

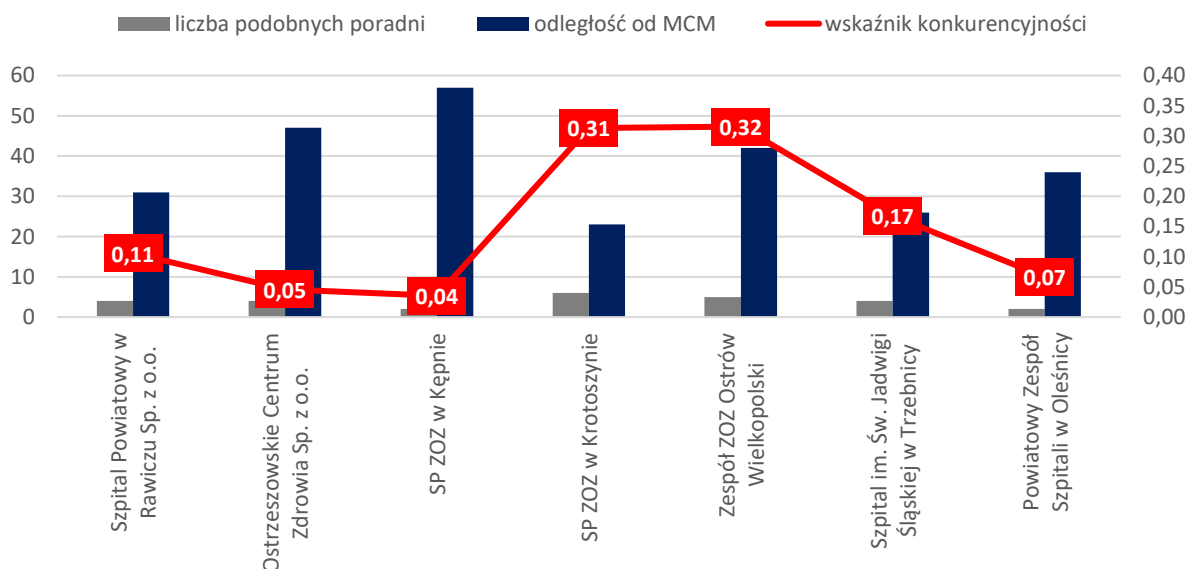


Źródło: opracowanie własne.

Na potrzeby analizy ponownie oszacowano wskaźnik konkurencyjności. Tym razem został on opracowany z uwzględnieniem poradni. Wzór wskaźnika przedstawiony został poniżej:

$$\text{wsk. konkurencyjności} = \frac{\text{liczba poradni w jednostce o zbliżonym profilu do MCM}}{\text{odległość w kilometrach od MCM}} \times \text{wsp. wielkości kontraktu}$$

Wykres 9 Wskaźnik konkurencyjności poradni



Źródło: opracowanie własne.



Największym stopniem pokrycia poradni specjalistycznych z MCM spośród analizowanych jednostek charakteryzuje się SPZOZ w Krotoszynie (75% – 6 podobnych poradni). Następny w kolejności jest Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim, który posiada 5 podobnych poradni (stopień pokrycia 63%).

Wskaźnik konkurencyjności poradni jest najwyższy, podobnie jak w przypadków oddziałów szpitalnych, również dla **Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim (wskaźnik konkurencyjności to 0,32)** oraz dla **SPZOZ w Krotoszynie (wskaźnik konkurencyjności to 0,31)**.

Najbardziej konkurencyjnymi zakresami są:

- Neonatologia,
- Pediatria.

Oddziały o obu tych specjalnościach występują we wszystkich analizowanych jednostkach.

W zakresie AOS są to:

- Ortopedia,
- Okulistyka.

Poradnie o tych specjalnościach występują w 6 z 7 analizowanych jednostek.

W analizie konkurencyjności skupiono się na dość bliskim otoczeniu Milickiego Centrum Medycznego – badano jednostki znajdujące się w promieniu 70 km od MCM.

Z analizy przedstawionych wskaźników wynika, iż największym „konkurentem” (z uwzględnieniem zakresu prowadzonej działalności) dla Milickiego Centrum Medycznego jest Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim. Jest to duża placówka, o największym kontrakcie z NFZ (spośród analizowanych podmiotów), która posiada 6 zbieżnych oddziałów szpitalnych i 5 takich samych poradni specjalistycznych. Jest on oddalony od MCM o około 42 km.

Jeśli jednak wziąć pod uwagę szpital, który ma zbliżony wartościowo kontrakt z NFZ do Milickiego Centrum Medycznego, to jako największego konkurenta należałoby wskazać SPZOZ w Krotoszynie. Ma on więcej zbieżnych oddziałów i poradni do MCM niż placówka w Ostrowie Wielkopolskim. Położony jest też bliżej, bo ok 23 km od Milickiego Centrum Medycznego.



1.4. Uwarunkowania prawne

W niniejszym podrozdziale zaprezentowano najważniejsze akty prawne, projekty lub plany i założenia związane bezpośrednio z działalnością podmiotów leczniczych, które mogą lub mają bezpośredni wpływ na działalność tych podmiotów.

PODSTAWOWE AKTY PRAWNE REGULUJĄCE ZASADY WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

1. ustawa z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2021.711, tj. z dnia 2021.04.16),
2. ustawa z dnia 06.11.2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (Dz.U.2020.849, tj. z dnia 2020.05.13),
3. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021.1285 tj. z dnia 2021.07.14),
4. ustawa z dnia 13.10.1998r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U.2021.423, tj. z dnia 2021.03.08),
5. ustawa z dnia 5.12.1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U.2021.790, tj. z dnia 2021.04.28),
6. ustawa z dnia 15.07.2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U.2021.479, tj. z dnia 2021.03.17),
7. ustawa z dnia 25.09.2015r. o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U.2021.553, tj. z dnia 2021.03.26),
8. ustawa z dnia 22.12.2015r. o zasadach uznawania kwalifikacji zawodowych nabytych w państwach członkowskich Unii Europejskiej, (Dz.U.2021.1646, tj. z dnia 2021.09.08),
9. ustawa z dnia 08.09.2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2020.882, tj. z dnia 2020.05.18),
10. ustawa z dnia 28.04.2011r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U.2021.666, tj. z dnia 2021.04.09),
11. ustawa z dnia 17.02.2005r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz.U.2021.670, tj. z dnia 2021.04.12),
12. ustawa z dnia 6.09.2001r. prawo farmaceutyczne (Dz.U.2021.974, tj. z dnia 2021.05.28),
13. ustawa z dnia 22.08.1997r. o publicznej służbie krwi (Dz.U.2020.1777, tj. z dnia 2020.10.13),
14. ustawa z dnia 29.11.2000r. prawo atomowe (Dz.U.2021.623, tj. z dnia 2021.04.06),
15. ustawa z dnia 06.03.2018r. prawo przedsiębiorców (Dz.U.2021.162, tj. z dnia 2021.01.26),
16. ustawa z dnia 20.05.2010r. o wyrobach medycznych (Dz.U.2021.1565, tj. z dnia 2021.08.26),
17. ustawa z dnia 26.06.1974r. Kodeks pracy (Dz.U.2020.1320, tj. z dnia 2020.07.30),
18. ustawa z dnia 27.07.2001r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz.U.2021.866, tj. z dnia 2021.05.07),
19. ustawa z dnia 22.11.2013r. o systemie powiadamiania ratunkowego (Dz.U.2021.268, tj. z dnia 2021.02.11),
20. ustawa z dnia 5.12.2008r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U.2020.1845, tj. z dnia 2020.10.20),
21. ustawa z dnia 02 marca 2020r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID – 19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U.2020.1842, tj. z dnia 2020.10.20),
22. ustawa z dnia 11.09.2015r. o zdrowiu publicznym (Dz.U.2021.183, tj. z dnia 2021.01.28),



23. ustawa z dnia 12.05.2011r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U.2021.523, tj. z dnia 2021.03.23).
24. ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej (Dz.U. 2023 poz. 650)

NAJWAŻNIEJSZE ZMIANY ORAZ PROJEKTY I ZAPOWIEDZI ZMIAN PRZEPISÓW PRAWA MAJĄCYCH BEZPOŚREDNI WPŁYW NA DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ:

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2023 r. w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego

Z dniem 1 lipca 2023 r. odwołany został stan zagrożenia epidemicznego w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Utraciło zatem moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 maja 2022 r. w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego. W związku z powyższym powrócono do stanu sprzed pandemii, jednak co do niektórych obowiązków utrata mocy została odłożona w czasie. Od dnia 1 lipca 2023 r. następujące obowiązki wpływające na działalność podmiotów medycznych zostały zniesione:

1. **zniesiono obowiązkowe szczepienia dla służb medycznych,**
2. zlikwidowano obowiązek zakrywania ust i nosa w podmiotach prowadzących działalność leczniczą zarówno personelu, jak i pacjentów,
3. zniesiony został obowiązek testowania w kierunku SARS-CoV-2 przed rozpoczęciem turnusu rehabilitacyjnego lub przyjęciem do szpitala.
4. powrót skierowań do psychologa dla osób dorosłych (**W Sejmie trwają prace nad zniesieniem tego wymogu na stałe w ramach projektowanej ustawy o ochronie małoletnich przed dostępem do treści nieodpowiednich w Internecie (omawiana zmiana ma wejść w życie bezpośrednio po ogłoszeniu ww. ustawy, aktualnie projekt jest po I czytaniu).**
5. odwieszono obowiązek badań przed rozpoczęciem wykonywania pracy i badań okresowych. Określono 180 dni od dnia 01 lipca 2023 r. na wykonanie zawieszonych obowiązków
6. odwieszono obowiązek przeprowadzania szkoleń okresowych w dziedzinie bhp. Określono 60 dni od dnia 01 lipca 2023 r. na wykonanie zawieszzonego obowiązku

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego

Od 1 lipca 2023 r. uruchomiono funkcjonalność umożliwiającą wystawianie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zleceń naprawy wyrobu medycznego w postaci elektronicznej (**e-zlecenia**). Okres przejściowy pomiędzy 1 lipca a 30 września 2023 r. - Oznacza to, że od 1 lipca do 30 września 2023 r. wystawianie e-zleceń podpisanych elektronicznie jest fakultatywne. Natomiast od 1 października 2023 r. będzie obowiązkowe.

Zrezygnowano z obowiązku poświadczenia wydania wyrobu medycznego podpisem osobistym osoby wydającej wyrób medyczny. Zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, które przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zostały: wystawione lub wystawione i potwierdzone lub częściowo zrealizowane - zachowują ważność, a przy ich realizacji nie wymaga się uzyskania podpisu osoby wydającej wyrób medyczny, o którym mowa w częściach IV.B.2 tych zleceń



Ograniczenie wystawiania recept na środki odurzające i psychotropowe bez badania pacjenta – Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje

W dniu 2 sierpnia 2023 r. weszło w życie rozporządzenie, które ogranicza wystawienia recept na środki odurzające i psychotropowe bez badania pacjenta. Rozporządzenie zobowiązuje lekarzy do sprawdzenia przed wystawieniem recepty na środki odurzające lub psychotropowe, jakie leki pacjentowi przepisano, które wykupił, zażywa i w jakich dawkach. Lekarz musi weryfikować liczbę oraz rodzaj produktów leczniczych przepisanych pacjentowi na receptach pod względem ich bezpieczeństwa oraz skutecznego prowadzenia farmakoterapii. Lekarz może zatem poprosić o udostępnienie historii recept, badanie może być stacjonarne lub w formie teleporady. Jeśli ostatnie badanie, związane z wystawieniem recepty na takie leki, miało miejsce w czasie krótszym niż trzy miesiące, to w ramach kontynuacji leczenia lekarz może wystawić receptę bez badania.

Ustawa o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa.

Od dnia 24 lutego 2022 r. w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy wprowadzone zostały przepisy regulujące pobyt obywateli tego kraju na terytorium Polski. W związku z tym wprowadzono również regulację wpływającą na działalność podmiotów medycznych. Zgodnie ze wskazaną ustawą każdy obywatel Ukrainy którego pobyt na terytorium Polski jest uznawany za legalny zgodnie z przepisami zawartymi w specustawie, jest uprawniony do opieki medycznej udzielanej na terytorium Polski obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej, a także podania produktów leczniczych wydawanych świadczeniobiorcom w ramach programów polityki zdrowotnej ministra właściwego do spraw zdrowia. Na podstawie ustawy dopuszczono także możliwość wykonywania przez obywateli Ukrainy zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej. Nowelizacja ustawy, która obowiązuje od 27 czerwca 2023 r., **przedłużyła legalność pobytu obywateli Ukrainy do dnia 04 marca 2024 r.**

Ustawa o podstawowej opiece zdrowotnej – zmiany które wchodzi w życie od 1 stycznia 2025 r.

Od 1 stycznia 2025 r. wejdzie w życie pkt 4 w ust.1 art. 6 oraz ust. 2 w art. 6 ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej, w zakresie obowiązku ukończenia kursu w dziedzinie medycyny rodzinnej przez lekarza POZ.

Z kursu zwolnieni będą lekarze, którzy uzyskają zaświadczenie potwierdzające posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ wydane przez właściwą okręgową radę lekarską. Obowiązek ukończenia kursu został co prawda nałożony na lekarzy chcących posiadać status lekarzy POZ po 01.01.2025 r. z zastrzeżeniem jednak odrębnych przepisów tj. art. 14 ustawy dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Zgodnie z tym zastrzeżeniem art. 14 ww. ustawy:

„1. Lekarz:



1) który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, lub specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii,

2) inny niż wymieniony w pkt 1, udzielający nieprzerwanie przed dniem wejścia w życie niniejszej ustawy, przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

- zachowuje po dniu wejścia w życie niniejszej ustawy prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

4. Zaświadczenie potwierdzające posiadanie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie ust. 1 lub ust. 3 wydaje, na wniosek lekarza, właściwa okręgowa rada lekarska.”

Ustawa o aplikacji mObywatel – rejestrowanie pacjentów bez okazywania dowodu osobistego

Z dniem 14 lipca 2023 r. Aplikację mObywatel oficjalnie uznano za trzeci dokument tożsamości, równorzędny z dowodem osobistym i paszportem. Dzięki tej zmianie aplikacja staje się ważnym środkiem identyfikacji, który będzie akceptowany wszędzie tam, gdzie wymagany jest dowód tożsamości. Pacjenci będą mogli również korzystać z aplikacji podczas rejestracji w przychodniach i szpitalach.

Dodatkowo w aplikacji moje IKP uruchomiono możliwość złożenia wniosku o wystawienie e-recepty. Przez mojejIKP można zamówić e-receptę tylko na lek, który jest stale zażywany, czyli taki, na który lekarz już wcześniej wystawił receptę.

Rozszerzenie świadczeń objętych e-skierowaniem.

Od lipca 2023 r. rozszerzeniu uległ katalog świadczeń, na które skierowanie może zostać u tylko w formie e-skierowania. Od 1 lipca 2023 r. skierowanie na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową może zostać wystawione wyłącznie w formie e-skierowania. Obowiązek ten wynika z dwóch rozporządzeń ministra zdrowia – z 2 stycznia 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie skierowań wystawianych w postaci elektronicznej w Systemie Informacji Medycznej oraz z 16 lutego 2023 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie kierowania na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.

Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej

Weszła w życie 20 kwietnia 2023 r. Głównym celem przepisów jest zapewnienie każdemu pacjentowi, niezależnie od miejsca zamieszkania, równego dostępu do koordynowanej i kompleksowej opieki onkologicznej. Ustawa zakłada wprowadzenie nowego modelu zarządzania opieką onkologiczną w Polsce, który ma usprawnić organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w tym zakresie. Ustawa przewiduje, że podmioty lecznicze spełniające kryteria kwalifikacyjne określone w ustawie, utworzą Krajową Sieć Onkologiczną (KSO). KSO ma zapewnić kompleksową opiekę onkologiczną w całym kraju, a poszczególne etapy leczenia przebiegać mają według ściśle określonych standardów, przy współpracy specjalistów różnych dziedzin.

KSO będą tworzyć szpitale i placówki ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które zawrą z Narodowym Funduszem Zdrowia odpowiednią umowę w zakresie diagnostyki i leczenia onkologicznego. Strukturę KSO będą tworzyły specjalistyczne ośrodki leczenia onkologicznego III, II i I poziomu referencyjnego (SOLO III poziomu, SOLO II poziomu, SOLO I poziomu) wraz z centrami kompetencji i ośrodkami satelitarnymi, jak również ośrodki



kooperacyjne. Tylko podmioty lecznicze wchodzące w skład KSO będą uprawnione do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki onkologicznej, finansowanych ze środków publicznych. Przyjęta przez Sejm data graniczna stworzenia specjalistycznych ośrodków leczenia onkologicznego (I, II i III stopnia), w ramach KSO, to 1 kwietnia 2024 r. **Z dniem 1 kwietnia 2024 r. wejdzie w życie przepis, który zakłada, że podmioty wykonujące działalność leczniczą, niewchodzące w skład KSO, nie są uprawnione do realizacji opieki onkologicznej w ramach umowy zawartej z NFZ.**

Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach KSO ma odbywać się z wykorzystaniem współczynników korygujących (wynoszących nie więcej niż 1,25), określających wartość mnożnika dla świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach KSO, za pomocą którego jest obliczana wysokość zobowiązania NFZ wobec świadczeniodawcy, uzależnionych od osiągnięcia docelowej wartości kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej. Za pełnienie funkcji Krajowego Ośrodka Monitorującego i Wojewódzkiego Ośrodka Monitorującego ma przysługiwać ryczałt, którego wysokość ma ustalać prezes Narodowego Funduszu Zdrowia corocznie na podstawie obliczeń przekazanych przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji;

ZMIANY PLANOWANE

Nowelizacja ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta

Pod koniec lipca 2023 r. Sejm przyjął nowelizację ustawy, odrzucono wszystkie poprawki senatu. Projekt trafił do podpisu prezydenta, więc może wejść w życie jeszcze w 2023 r.

Nowa ustawa przewiduje wprowadzenie dwuinstancyjnego pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych, który będzie obsługiwany przez Rzecznika Praw Pacjenta, zamiast obecnych wojewódzkich komisji ds. orzekania o zdarzeniach medycznych. Oprócz tego powołany zostanie Fundusz Kompensacyjny Zdarzeń Medycznych, który ma umożliwić łatwy i szybki tryb wypłat odszkodowań, bez konieczności udowadniania winy. Możliwe do uzyskania kwoty – do 200 tys. zł – odpowiadają tym, które można uzyskać w procesie sądowym, ale będą też waloryzowane corocznie o wskaźnik inflacji.

Co istotne, ustawa nie wprowadzi odszkodowań za zdarzenia medyczne w prywatnych placówkach. Senat proponował m.in. by ustawa regulowała kwestie kompensacji nie tylko w przypadku zdarzenia medycznego, do którego doszło w szpitalu, ale także w każdym podmiocie wykonującym działalność leczniczą, w tym w prywatnych placówkach, jednak poprawka ta została odrzucona.

Projekt ustawy o niektórych zawodach medycznych

Sejm przyjął projekt ustawy w czerwcu 2023 r. Przewidywany termin wejścia w życie to 1 stycznia 2024 r. Ustawa dotyczy następujących zawodów medycznych: asystentka stomatologiczna, elektroradiolog, higienistka stomatologiczna, instruktor terapii uzależnień, opiekun medyczny, optometrysta, ortoptystka, podiatra, profilaktyk, protetyk słuchu, technik farmaceutyczny, technik masażysta, technik ortopeda, technik sterylizacji medycznej, terapeuta zajęciowy. Z ustawy na skutek poprawek senatu wyłączono techników dentystrycznych i dietetyków.

Celem jest - jak wskazano w uzasadnieniu - uregulowanie warunków i zasad wykonywania zawodów medycznych, które dotychczas nie były objęte regulacjami ustawowymi, a także kwestii dotyczących doskonalenia zawodowego, rejestru i odpowiedzialności zawodowej tych osób. Zgodnie z ustawą ma powstać mechanizm zapewniający dostęp do wykonywania



zawodu medycznego tylko profesjonalistom, którzy mają odpowiednie kwalifikacje. Dokument przewiduje utworzenie Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego, dzięki któremu będzie możliwa weryfikacja osób wykonujących zawody medyczne zarówno przez pracodawców, jak i pacjentów. Wpis do rejestru stanowi warunek niezbędny do wykonywania danego zawodu medycznego, jak również umożliwi identyfikację osoby wykonującej zawód medyczny. Ponadto, będzie on narzędziem analitycznym, pozwalającym na uzyskanie informacji o aktualnej liczbie osób wykonujących zawód medyczny, sposobie wykonywania tego zawodu, jak również będzie źródłem informacji o potrzebach kadrowych w tych zawodach w poszczególnych rejonach kraju.

Oprócz tego, osoba wykonująca zawód medyczny ma prawo i obowiązek ustawicznego rozwoju zawodowego, który jest realizowany w ramach kształcenia podyplomowego lub doskonalenia zawodowego. Kształcenie podyplomowe w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego może być realizowane przez udział w szkoleniu specjalizacyjnym lub kursie kwalifikacyjnym. Natomiast kurs kwalifikacyjny ma na celu uzyskanie przez osobę wykonującą zawód medyczny dodatkowej wiedzy i umiejętności do wykonywania określonych zadań zawodowych. Projekt ustawy wprowadza regulacje dotyczące skorzystania przez osobę wykonującą zawód medyczny z 6 dni płatnego urlopu szkoleniowego, który będzie mógł być wykorzystany na realizację ustawicznego rozwoju zawodowego.

Projekt ustawy reguluje kwestie odnoszące się do odpowiedzialności zawodowej osób wykonujących zawód medyczny. Osoby wykonujące zawód medyczny będą podlegać odpowiedzialności zawodowej za naruszenie zasad etyki zawodowej i deontologii zawodowej oraz przepisów związanych z wykonywaniem zawodu medycznego. Komisja Odpowiedzialności Zawodowej składać się będzie z 76 członków powoływanych przez ministra zdrowia na 4-letnią kadencję – po czterech przedstawicieli każdego zawodu oraz ośmiu przedstawicieli ministra właściwego do spraw zdrowia.

Ustawa o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta

Zgodnie z zapowiedziami Ministra Zdrowia, na dzień 1 stycznia 2022 planowane było wejście w życie ustawy o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta. Jednak w związku liczbą zgłoszonych uwag termin ten uległ przesunięciu. Sejm w dniu 16 czerwca 2023 r. przyjął ustawę. Teraz ustawa trafi do Senatu.

Podstawowymi założeniami planowanej regulacji jest wprowadzenie rozwiązań prawo-organizacyjnych podnoszących jakość ochrony zdrowia. Zgodnie z projektem, placówki, które będą miały lepszą jakość na trzech poziomach - klinicznym, konsumenckim i zarządczym - będą mogły liczyć na dodatkowe współczynniki podnoszące finansowanie. W projekcie umieszczono również wymóg autoryzacji szpitali w zakresie udzielania przez nie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Aby uzyskać autoryzację konieczne będzie spełnienie wszystkich kryteriów autoryzacji wskazanych w niniejszej ustawie. Dodatkowo projekt ustawy zakłada uporządkowanie procesu akredytacji oraz utworzenie rejestru zdarzeń niepożądanych. Oprócz tego, projekt przewiduje wprowadzenie dwuinstancyjnego pozasądowego systemu rekompensaty szkód z tytułu zdarzeń medycznych obsługiwanego przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Przewidywane jest obecnie wejście w życie ustawy od dnia 1 stycznia 2024 r., ale poszczególne obowiązki mają wchodzić w innych terminach. Najwcześniej, zgodnie z ustawą wejdą w życie przepisy dotyczące akredytacji: z dniem 1 stycznia 2024 r. Jest to dobrowolna procedura, której może poddać się szpital. Uzyskanie akredytacji jest poświadczeniem standardu jakości. Od dnia 1 stycznia 2025 r. podmiot wykonujący



działalność leczniczą będzie obowiązany do utworzenia wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem. Rejestr Zdarzeń Niepożądanych również ma wejść w życie 1 stycznia 2025 r., przy czym osoba odpowiedzialna w zakresie świadczeń szpitalnych (kierownik podmiotu) ma zgłaszać zdarzenia niepożądane do rejestru od 1 stycznia 2025 r., a osoba odpowiedzialna w zakresie świadczeń innych niż szpitalne (kierownik podmiotu) ma zgłaszać zdarzenia niepożądane do rejestru od 1 stycznia 2026 r. Za niewypełnienie tego obowiązku prezes NFZ może nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę nie wyższą niż 10 tys. zł. Przepisy przewidujące obowiązek uzyskania autoryzacji (autoryzacja będzie warunkiem realizacji przedmiot wykonujący działalność leczniczą umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zawartej z NFZ) mają wejść w życie po upływie 3 lat od dnia ogłoszenia ustawy.

Projekt ustawy o Funduszu Wsparcia Szpitali (poprzedni tytuł: ustawa o modernizacji i poprawie efektywności szpitalnictwa)

Przygotowano nowy projekt ustawy o modernizacji i poprawie efektywności szpitala, nazwany jako ustawa o Funduszu Wsparcia Szpitali. Poprzedni projekt nigdy nie trafił do Sejmu na skutek jego licznej krytyki i został zastąpiony nowym. Nowa wersja regulacji uwzględnia uwagi zgłoszone w trakcie konsultacji publicznych projektu. Planowany termin przyjęcia projektu przez Radę Ministrów to II kwartał 2023 r., obecnie jest przedstawiony do konsultacji społecznych.

Do jej najważniejszych uregulowań projektu należy szereg środków ochronnych i naprawczo-rozwojowych, które skierowane są wobec podmiotów szpitalnych, w tym ograniczona czasowo i trwająca przez okres 12 miesięcy od dnia obwieszczenia o wszczęciu postępowania naprawczo-rozwojowego ochrona przed egzekucją z majątku podmiotu szpitalnego. Regulacja powyższa ma na celu zagwarantowanie możliwości przeprowadzenia procesu naprawczo-rozwojowego, które nie byłoby możliwe gdyby w początkowym okresie (przez okres pierwszych 12 miesięcy) wierzyciele mogli prowadzić egzekucję z majątku podmiotu szpitalnego. W praktyce utrudni to wierzycielom egzekucję należności od szpitala.

Nowa regulacja nie przewiduje już tworzenia Agencji Rozwoju Szpitali, ma ją zastąpić specjalny fundusz wspierający między innymi szpitale będące w trudnej sytuacji finansowej. W nowym projekcie resort zdrowia rezygnuje z kategoryzacji szpitali z podziałem na A, B, C i D. Ustawodawca proponuje zastąpić ją czterostopniową klasyfikacją szpitali – od klasy pierwszej do czwartej. Pozostają te same wskaźniki oceny szpitali, jak w wersji poprzedniej projektu, to jest wskaźniki rentowności działalności operacyjnej, płynności szybkiej, zobowiązań wymagalnych do przychodów ogółem, zobowiązań ogółem do przychodów ogółem – zapowiadając, że „pierwsza kwalifikacja ma nastąpić w 2024 r. na podstawie wyników finansowych podmiotów szpitalnych z 2023 r. W nowej wersji dokumentu nie ma zapisu o wymaganiach kwalifikacji dyrektorów szpitali i prezesów zarządu, które były w pierwszym projekcie. Jest natomiast obowiązek, aby kierownik podmiotu szpitalnego dwa razy do roku uczestniczył w szkoleniu. Nie jest jednak określone, jakiego rodzaju ma to być szkolenie.

Projekt ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych.

Projekt znajduje się obecnie na etapie I czytania na posiedzeniu sejmu i nie jest znany termin jej planowanego wejścia w życie.



Podstawową zmianą jaką przewiduje niniejszy projekt jest nowy podział na grupy zawodowe według kwalifikacji wymaganych na zajmowanym stanowisku pracy oraz nowe wysokości współczynników pracy. Podział ten ustalony został zgodnie ze stanowiskiem Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia z dnia 5 listopada 2021 r. Doprowadzić ma to do wzrostu wynagrodzeń osób pracujących w podmiotach medycznych. Oprócz tego projekt ustawy nakłada na podmiot leczniczy zobowiązany jest do określenia w umowie o pracę informacji o grupie zawodowej, do której powinien zostać przypisany w związku z kwalifikacjami wymaganymi na zajmowanym stanowisku pracy. Ponadto projekt przewiduje powiązanie wynagrodzenia pracowników niemedyków ze średnim wzrostem wynagrodzeń. Również określono termin na dokonanie odpowiednich modyfikacji umów oraz porozumień w związku z wprowadzonymi zmianami. Dodatkowo w projekcie ustalono sposób ustalania wynagrodzeń zasadniczych lekarzy i lekarzy dentyków stażystów i rezydentów. Wskazano, iż w odniesieniu do przedmiotowych wynagrodzeń nie będą miały zastosowania przepisy ustawy, a płace tych osób będą określone przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

Procedury dokonywania zgłoszeń przez sygnalistów w podmiotach leczniczych

Do 17 grudnia 2021 r. Polska miała czas na implementację Dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2019/1937 z dnia 23 października 2019 roku w sprawie ochrony osób zgłaszających naruszenia prawa Unii - tzw. dyrektywę o sygnalistach. W związku z koniecznością wdrożenia postanowień dyrektywy, do sejmiku skierowano projekt ustawy o ochronie osób zgłaszających naruszenia prawa. Projekt nadal nie trafił do Sejmu, prace nad nim nadal się toczą. Przepisy mają na celu ochronę osoby dokonującej zgłoszenia, ujawnienia informacji lub uzasadnionych podejrzeń naruszenia prawa związanego z pracą, a obowiązki związane z wdrożeniem procedury ochrony sygnalistów będą dotyczyły również podmiotów medycznych jako pracodawców. Ustawa ma dawać realne narzędzia, wykluczające możliwość narażenia zgłaszającego na jakikolwiek uszczerbek lub możliwość postawienia zarzutu z powodu dokonania zgłoszenia wewnętrznego lub ujawnienia publicznego. Sygnalista nie będzie mógł być zatem niekorzystnie traktowany. **Projekt ustawy zakłada trzy kanały zgłoszeń: wewnętrzny, zewnętrzny i ujawnienie publiczne. W związku z ustawą pracodawca, w zależności od kryteriów zobowiązany będzie m.in. do przyjęcia regulaminu zgłoszeń naruszenia prawa, utworzenia kanałów zgłoszeń, prowadzenia rejestru zgłoszeń i prowadzenia tzw. działań następczych poprzez uruchomienie procedur wyjaśniających i dochodzeń wewnętrznych.**

Zdrowie w programie „Polski Ład”

W związku z ogłoszonym programem „Polski Ład”, zwanym również „Nowym Ładem”, planowane są również dalsze zmiany w zakresie prawa medycznego oraz regulacji związanych z ochroną zdrowia. Jednym z podstawowych postulatów jest zwiększenie wydatków na ochronę zdrowia do poziomu 7% PKB, co zgodnie z założeniami miałyby zostać osiągnięte w 2027 r. Zwiększenie dochodów wiązać będzie się ze zmianą sposobu opłacania składek zdrowotnych przez przedsiębiorców, którzy mają opłacać składkę podobnie jak osoby fizyczne, tj. proporcjonalnie od uzyskanego dochodu. Kolejną propozycją jest uruchomienie programu badań profilaktycznych dla osób powyżej 40 roku życia. Dodatkowo zniesione mają zostać limity przyjęć u specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny. Wzrosnąć mają również minimalne wynagrodzenia dla pracowników medycznych, a oprócz tego ma zostać wprowadzona możliwość pobierania stypendiów i kredytów na niestacjonarne studia medyczne oraz stypendiów. Poczynione mają zostać również kroki w celu modernizacji infrastruktury szpitalnej, poprzez utworzenie Funduszu Modernizacji Szpitali i Funduszu Medycznego. Kolejnym założeniem jest ustanowienie Krajowej Sieci Onkologicznej i



Kardiologicznej, co ma umożliwić łatwiejszy dostęp do tych specjalistów. Duży nacisk został położony na rozwój technologii w służbie zdrowia, a realizacja tego aspektu ma nastąpić przede wszystkim poprzez powstanie Centrum Obsługi Pacjenta, a także dalszy rozwój Systemu Informacji Medycznej, a o wizytach lekarskich mają przypominać nam wiadomości SMS. Obok tego usprawniona ma zostać nocna pomoc lekarska, zagwarantowany ma zostać powszechny i bezpłatny dostęp do badań prenatalnych oraz wprowadzona ma zostać darmowe podawanie szczepionki przeciwko wirusowi HPV. Wsparcie mają również otrzymać polskie zespoły badawcze, które prowadzą badania nad lekami i szczepionkami przeciwko COVID -19.



2. Organizacja

2.1. Dokumenty statutowe

Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Miliczu został przekształcony w spółkę prawa handlowego 01 czerwca 2011 roku i działa pod firmą Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.

Spółka działa ona na podstawie:

1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej i przepisów wydanych na jej podstawie.
2. Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Ustawy z dnia 19.08.1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego.
4. Ustawy z dnia 15 września 2000 r. – Kodeks spółek handlowych.
5. Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.
6. Aktu założycielskiego Spółki.
7. Innych powszechnie obowiązujących aktów prawnych z zakresu ochrony zdrowia, prowadzenia działalności leczniczej oraz przepisów regulujących działalność spółek prawa handlowego.
8. Regulaminu Organizacyjnego.

Regulamin Organizacyjny Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. jest wewnętrznym aktem normatywnym regulującym sprawy dotyczące sposobu i warunków udzielania świadczeń zdrowotnych. Zawiera on następujące zagadnienia:

- firmę Spółki,
- władze spółki, organizację i zarządzanie spółką jako podmiotem leczniczym,
- miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych,
- cele i zadania Spółki,
- rodzaje działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych,
- kierownictwo podmiotu leczniczego oraz sposób zarządzania,
- strukturę organizacyjną,
- organizację i zadania poszczególnych komórek organizacyjnych,
- przebieg procesu udzielania świadczeń zdrowotnych,
- stosowanie systemu monitoringu wizyjnego,
- wysokość opłat oraz organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych odpłatnych,
- prowadzenie dokumentacji medycznej oraz opłaty za jej udostępnianie,
- warunki współdziałania między jednostkami organizacyjnymi podmiotu leczniczego,
- warunki współdziałania z innymi podmiotami leczniczymi,
- prawa pacjenta,
- obowiązki pacjenta,
- obowiązki osób trzecich,
- obowiązki podmiotu leczniczego w razie śmierci pacjenta.



Regulamin organizacyjny musi odpowiadać wymogom określonym w art. 24 ustawy o działalności leczniczej. Przepis ten wskazuje na elementy konieczne, jakie muszą się znaleźć w regulaminie. Katalog ten jest otwarty i wymienia niezbędne elementy jedynie przykładowo, co oznacza, iż każdy podmiot, wedle własnych potrzeb może dodatkowo unormować w regulaminie inne kwestie, istotne z punktu widzenia jego działalności. Jedynym warunkiem jest, aby zapisy regulaminu nie były sprzeczne z zasadami prowadzenia działalności leczniczej określonymi w powszechnie obowiązujących przepisach oraz nie naruszały praw pacjenta. Niezbędne minimum jakie musi określać regulamin podmiotu leczniczego to m.in.: firma podmiotu, cele i zadania podmiotu, struktura organizacyjna.

Wg ustawy o działalności leczniczej Regulamin Organizacyjny MCZ Sp. z o.o. spełnia te wymagania.

Spółka ma swoją siedzibę w Miliczu przy ul. Grzybowej 1, w powiecie milickim, woj. dolnośląskie.

Na dzień 01.06.2023r. kapitał zakładowy wynosi 25 496 500 zł i dzieli się na 50 993 udziałów o wartości nominalnej 500 zł każdy. Powiat Milicki posiada 46 569 udziałów.

Celem Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. w Miliczu, jako podmiotu leczniczego, jest podejmowanie działań na rzecz ochrony i poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, profilaktycznej oraz stałe podnoszenie poziomu świadczonych usług i propagowanie zachowań prozdrowotnych.

Organami Spółki są: Zgromadzenie Wspólników, Rada Nadzorcza, Zarząd.

W skład Spółki wchodzi następujące przedsiębiorstwa (zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 roku):

- 1) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – świadczenia szpitalne
- 2) Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne
- 3) Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

2.2. Struktura organizacyjna

Każdy szpital pod względem organizacyjnym jest skomplikowanym organizmem. 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.

Strukturę organizacyjną Spółki tworzą komórki organizacyjne prowadzące działalność medyczną, komórki organizacyjne prowadzące obsługę finansową, administracyjną i techniczną oraz samodzielne stanowiska pracy. Wyróżnić można następujące elementy struktury organizacyjnej:



- pion organizacyjny, czyli zespół komórek organizacyjnych wyodrębniony, bez względu na ich liczebność i dalszy podział, w celu realizowania zadań i funkcji Szpitala o znacznym stopniu koniecznej koncentracji lub szczególnym ich znaczeniu dla funkcjonowania i rozwoju Szpitala;
- komórkę organizacyjną, czyli wyodrębniony dla realizacji określonego zadania lub funkcji stały zespół pracowników i środków materialnych ujęty w strukturze organizacyjnej Szpitala.

Poniżej przedstawiono wykaz jednostek organizacyjnych, wraz z poszczególnymi komórkami organizacyjnymi – zarówno należącymi do działalności podstawowej, jak i pomocniczej, składającymi się na całą Spółkę, wyszczególnionymi w Regulaminie Organizacyjnym:

Pion Medyczny – Dyrektora ds. Medycznych:

- 1) Wielospecjalistyczny Szpital w Miliczu:
 - a. Szpital ogólny:
 - Izba Przyjęć Ogólna,
 - Oddział Wewnętrzny,
 - Oddział Dziecięcy,
 - Oddział Neonatologiczny,
 - Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologii,
 - Oddział Ginekologiczno-Położniczy,
 - Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii,
 - Zakład Opiekuńczo-Leczniczy dla wentylowanych mechanicznie,
 - b. Dział Psychiatrii:
 - Oddział Psychiatryczny,
 - Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży,
 - Oddział Detoksykacji Alkoholowej,
 - Izba Przyjęć,
 - c. Dział Rehabilitacji:
 - Oddział Rehabilitacji,
 - Fizjoterapia,
 - d. Dział Diagnostyki Laboratoryjnej,
 - e. Dział Radiologii z pracownią TK i USG,
 - f. Apteka Szpitalna,
- 2) Przychodnia specjalistyczna - ambulatorium:
 - Poradnia Okulistyczna,
 - Poradnia Neurologiczna,
 - Poradnia Medycyny Pracy,
 - Poradnia Reumatologiczna,
 - Poradnia Ortopedyczna,
 - Poradnia Chirurgii Ogólnej,
 - Poradnia Ginekologiczna,
 - Poradnia Zdrowia Psychicznego,
 - *Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci,*



- *Poradnia Psychologiczna,*
 - *Poradnia Urologiczna,*
 - *Poradnia Diabetologiczna,*
 - *Poradnie Endokrynologiczna,*
 - *Poradnia Rehabilitacyjna,*
 - *Gabinet pielęgniarki i położnej POZ,*
 - *Punkt szczepień,*
 - *Nocna i świąteczna opieka lekarska,*
 - *Gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej,*
 - *Gabinety zabiegowe dla dzieci i dorosłych,*
 - *Poradnie lekarza POZ dla dzieci i dorosłych*
- 3) Samodzielne stanowiska pracy:
- *Pielęgniarka Naczelna,*
 - *Pielęgniarka epidemiologiczna,*
 - *Rady i zespoły problemowe.*

Pion Administracyjny:

- 1) Dyrektor ds. Finansowo-Ekonomicznych:
 - *Sekcja płac,*
 - *Sekcja zakupów,*
 - *Sekcja sprzedaży,*
 - *Sekcja kosztów,*
 - *Sekcja controllingu i planowania,*
 - *Dział Sprzedaży i Usług Medycznych,*
 - *Sekcja zamówień publicznych i obsługi umów,*
 - *Główny Specjalista ds. pozyskiwania funduszy zewnętrznych,*
- 2) Kierownik Działu Personalnego:
 - *Sekcja kadr,*
 - *Archiwum,*
- 3) Kierownik Działu Organizacyjnego:
 - *Biuro Zarządu/Kancelaria,*
 - *Sekcja Organizacyjna,*
 - *Sekcja Marketingu,*
 - *Rzecznik Prasowy,*
- 4) Główny Specjalista ds. jakości,
- 5) Kierownik Działu Logistyki:
 - *Sekcja administracyjno-techniczna,*
 - *Sekcja transportu,*
 - *Warsztat,*
- 6) Kierownik Działu Zaopatrzenia:
 - *Magazyn gospodarczy,*
 - *Depozyt ubrań,*
 - *Pralnia i stacja łóżek,*
 - *Portiernia,*
- 7) Kierownik Sekcji Informatyki:
 - *Sekcja informatyki,*



8) Główny Specjalista ds. BHP/p.poż.

Komórki zaznaczone kursywą w powyższej liście widnieją na schemacie organizacyjnym stanowiącym załącznik nr 2 do Regulaminu Organizacyjnego, natomiast nie funkcjonują one w rzeczywistości. Inne odchylenia stanu faktycznego od Regulaminu Organizacyjnego dotyczą:

- braku Pełnomocnika ds. Kontroli Zarządczej,
- braku Głównego Specjalisty ds. pozyskiwania funduszy – zadania te przejął Dział Organizacyjny,
- braku Rzecznika Prasowego – zadania przejął Dział Organizacyjny,
- braku oddziału uzależnień – Szpital miał plany wznowienia, niezrealizowane,
- braku stanowiska Pełnomocnika ds. Pacjenta – rezygnacja.

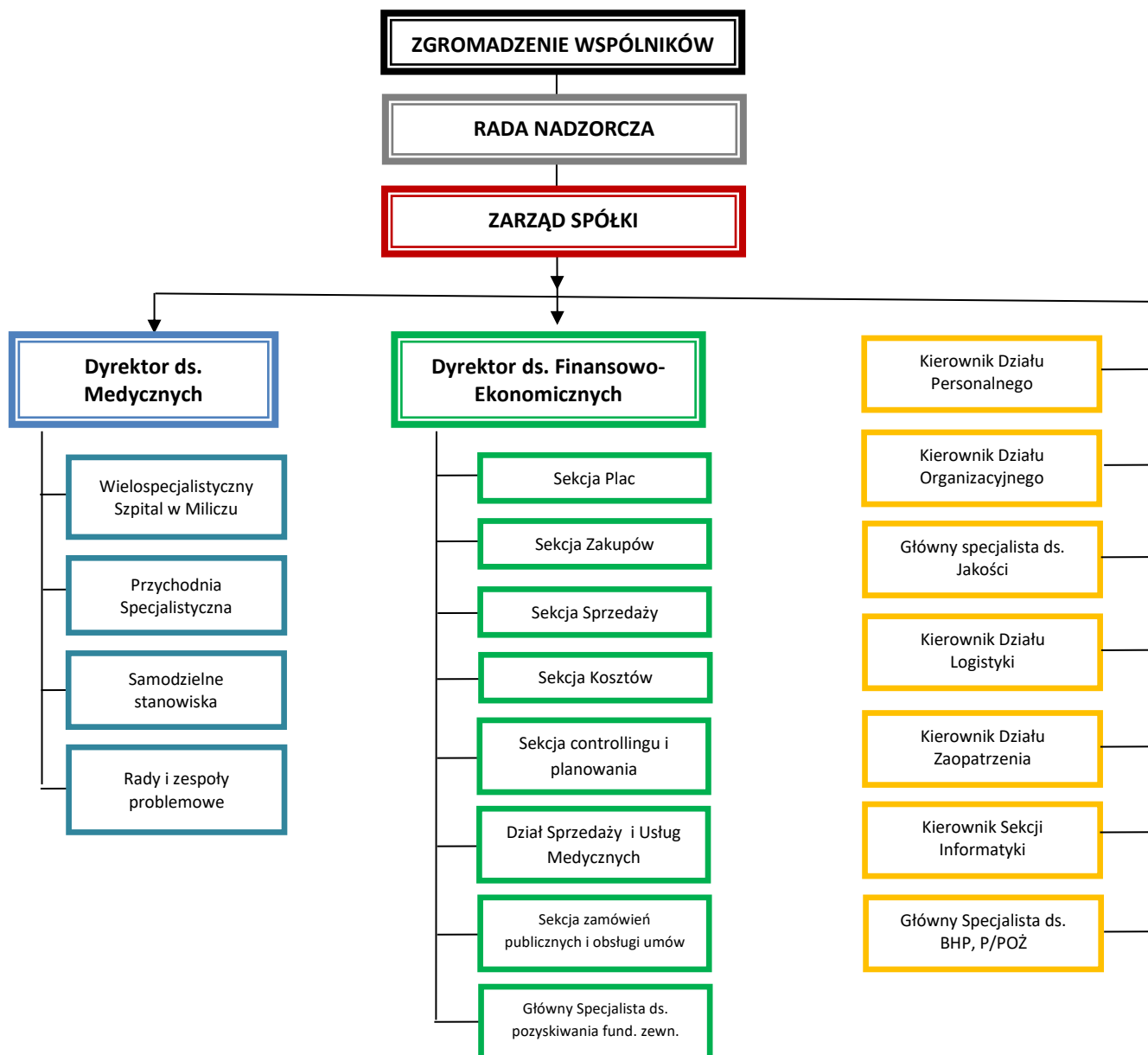
Niezgodności dotyczą również Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Widnieją w nim następujące komórki organizacyjne: Poradnia Internistyczna, Poradnia Rehabilitacyjna, Poradnia Psychologiczna dla Dzieci i Młodzieży, Poradnia Laryngologiczna, Poradnia Psychologiczna, Poradnia Urologiczna, Poradnia Leczenia Uzależnień, Poradnia Nefrologiczna dla Dzieci, Poradnia Neurologiczna dla Dzieci, które nie funkcjonują w MCM Sp. z o.o., a w Rejestrze nie została wskazana data zakończenia przez nie działalności (większość nawet jej nie rozpoczęła). Zgodnie z art. 107 ustawy o z dnia 15 kwietnia 2011 r. działalności leczniczej, Dz.U.2023.991 tj. z dnia 2023.05.24 (zwana dalej *ustawą o działalności leczniczej*) podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą jest obowiązany zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania. W przypadku niezgłoszenia zmian objętych rejestrem organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określone na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności. Karę pieniężną uiszcza się w terminie 14 dni od dnia doręczenia decyzji administracyjnej oraz podlega egzekucji w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

Ponadto w rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nie znalazła się Poradnia Anestezjologiczna.

Uproszczoną strukturę organizacyjną Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. przedstawia poniższy schemat.



Rysunek 5 Uproszczony schemat organizacyjny Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MCM Sp. z o.o.



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

Schemat organizacyjny Milickiego Centrum Medycznego dzieli się na trzy zasadnicze piony:

- pion medyczny – pion organizacyjny, w skład którego wchodzi medyczne komórki organizacyjne z zakresu zamkniętej (szpital), otwartej opieki medycznej (poradnie specjalistyczne), samodzielne stanowiska medyczne oraz rady i zespoły problemowe; na czele tego pionu stoi Dyrektor ds. Medycznych,
- pion finansowo-ekonomiczny – pion organizacyjny, w skład którego wchodzi: Sekcja płac, Sekcja zakupów, Sekcja sprzedaży, Sekcja kosztów, Sekcja controllingu i planowania, Dział Sprzedaży i Usług Medycznych, Sekcja zamówień publicznych i obsługi umów, Główny Specjalista ds. pozyskiwania funduszy zewnętrznych. Na czele pionu stoi Dyrektor ds. Finansowo-Ekonomicznych,
- pion komórek i stanowisk samodzielnych – pozostałe komórki i stanowiska podległe bezpośrednio Zarządowi Spółki.

Pracę poszczególnych pionów koordynuje Zarząd Spółki.

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.

Do zalet takiej struktury zaliczyć można:

- łatwiejsza koordynacja współdziałania niewielu pracowników w ramach jednej komórki,
- występowanie pewnych rezerw kierowniczych co zwiększa elastyczność ustalania niektórych zadań kierowniczych i terminów ich realizacji,
- większe możliwości wykorzystania awansów pionowych jako element motywacji,
- łatwiejsza koordynacja pozioma na poszczególnych szczeblach zarządzania.

Wadą z kolei mogą być:

- dłuższe drogi i czas przepływu informacji w kierunku pionowym,
- większe zniekształcenia przekazywanych informacji w kierunku pionowym,
- mniejsze możliwości „przebycia” innowacji emitowanych na niższych szczeblach i wymagających akceptacji na szczeblach wyższych,
- mniejsze możliwości wyzwiania inicjatywy podwładnych i kształtowania ich samodzielności,
- niepełne wykorzystanie kierowników (rozpiętość rzeczywista kierowania mniejsza od potencjalnej),
- wyższe koszty utrzymania kierowników,
- trudności koordynacji współdziałania licznych jednostek organizacyjnych,
- sprzyja nadmiernej centralizacji decyzji.



2.3. Charakterystyka technik zarządczych

Analizę procedur zarządczych stosowanych w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. oparto na informacjach zawartych w przedstawionych dokumentach, w tym w Regulaminie Organizacyjnym oraz w Opisach Stanowisk Pracy kierowników wybranych komórek organizacyjnych, stanowiących spełnienie wymogu art. 94 pkt 1 Kodeksu Pracy. Informacje uzupełniono o dane z rozmów odbytych z kadrą kierowniczą podczas wizyty audytorów w Szpitalu.

Szpital realizuje trzy grupy procesów związanych z poszczególnymi zakresami jego działalności, są to:

- organizacja i sprzedaż świadczeń medycznych,
- świadczenia niemedyczne dla pacjentów (tzw. świadczenia hotelowe),
- zarządzanie utrzymaniem i eksploatacją infrastruktury technicznej Szpitala.

Organizacja Szpitala determinuje sposób zarządzania powyższymi obszarami oraz sposób ich administracyjnej i finansowej obsługi. Zagadnienia takie są regulowane zapisami Regulaminu Organizacyjnego oraz schematem organizacyjnym, stanowiącym załącznik do Regulaminu. Dokumenty o nazwie „Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności”, wystawione dla kierowników najważniejszych komórek organizacyjnych, stanowią uzupełnienie, uściślenie zapisów Regulaminu. Powinny określać m.in. usytuowanie poszczególnych kierowników w organizacji i definiować ich obszar działania.

Zgodnie z ogólną zasadą, do obszarów odpowiedzialności każdego kierownika zarządzającego grupą pracowników realizujących określone zadania wyznaczone przez organizację, należą następujące zagadnienia:

- organizacja procesów realizowanych przez jego komórkę,
- rozwój i bezpieczeństwo podległych pracowników,
- wyniki finansowe działalności (sprzedaż usług, koszty),
- dbałość o powierzony jego pieczy majątek.

W ramach niniejszego audytu procesy zarządcze zostały ocenione przez pryzmat wyżej wymienionych zasad i kryteriów. Audytorzy skoncentrowali się na zarządzaniu działalnością operacyjną Szpitala natomiast zasady zarządzania spółką prawa handlowego uregulowane Kodeksem Spółek Handlowych nie są przedmiotem niniejszego audytu.

Obowiązujący obecnie Regulamin Organizacyjny został wprowadzony do stosowania Uchwałą Zarządu Spółki w dniu 29.05.2020 roku.

Zgodnie z §6 pkt 1 Regulaminu Organizacyjnego Zarząd kieruje działalnością Spółki w każdym jej zakresie. Jest to oczywisty zapis wynikający z przepisów Art.201 Kodeksu Spółek Handlowych. Sposób sprawowania tej kierowniczej funkcji, w ogólnym zarysie został zdefiniowany w Regulaminie w §10 pkt 1. Stwierdza on, że „Zarząd wykonuje swoje obowiązki m.in. za pośrednictwem Dyrektorów, a także kierowników poszczególnych jednostek, komórek oraz osób na samodzielnych stanowiskach.” Struktura organizacyjna przewiduje dwóch dyrektorów: ds. medycznych oraz finansowo-ekonomicznych.



Dyrektor ds. medycznych

Zakres funkcjonowania Dyrektora określa §11 pkt 2. Regulaminu oraz Załącznik nr 2a do jego kontraktu. Wykaz zadań koncentruje się na dwóch grupach zagadnień:

1. prowadzenie działalności organizacyjnej i zarządzającej niezbędnej do kompleksowego udzielania świadczeń, nadzorowanie i kontrolowanie jednostek i komórek, ustalanie organizacji pracy oraz udział w planowaniu budżetu;
2. nadzorowanie podległych pracowników, pozyskiwanie fachowego personelu, ustalanie zakresów obowiązków, zapewnienie właściwych warunków bhp, dbanie o rozwój i motywowanie pracowników.

Powyższy zakres należy uznać za bardzo skromny. Do tego, jak pokazuje doświadczenie z jednostek medycznych, pojęcie „działalność zarządzająca” może być różnie interpretowana. Nie porusza się tematu odpowiedzialności z niej wynikającej, a zatem za:

- współudział w budowaniu strategii Spółki w zakresie rozwoju usług medycznych i sprzedaży świadczeń;
- planowanie operacyjne w zakresie funkcjonowania pionu medycznego i bieżącą analizę jego realizacji;
- sprzedaż świadczeń, w tym komercyjnych;
- ruch i obsługę pacjentów;
- wyniki finansowe uzyskiwane na sprzedaży świadczeń medycznych i wyniki podległych komórek;
- racjonalne wykorzystanie środków Spółki wydzielonych do dyspozycji jego pionu, nie tylko leków.

Zgodnie ze schematem organizacyjnym, podlegają mu nie tylko procesy udzielania świadczeń medycznych, ale także dbałość o warunki techniczne działalności jego pionu, czy część świadczeń niemedycznych, jak np. żywienie pacjentów, począwszy od udziału w przygotowaniu przetargów, po egzekwowanie realizacji kontraktu tak pod względem jakościowym jak i finansowym.

Dyrektor ds. finansowo-ekonomicznych

Regulamin organizacyjny w §12 pkt 1 stanowi, że działa on wg ustaw i innych przepisów „powszechnie obowiązującego prawa regulującego zakres jego kompetencji i odpowiedzialności”. Otóż nie ma takiego specjalnego prawa w odniesieniu do dyrektorów finansowo-ekonomicznych i głównych księgowych w spółkach prawa handlowego. Za wszystko odpowiada Zarząd, a pracownik ponosi odpowiedzialność służbową wobec pracodawcy w zakresie objętym umową o pracę lub kontraktem.

W §12 pkt 2 zdefiniowano podstawowe zadania dyrektora jako:

- nadzór nad prowadzeniem rachunkowości, nad rzetelnością i kompletnością dokumentów dotyczących operacji gospodarczych i finansowych;
- rozliczanie projektów i grantów inwestycyjnych;
- nadzór nad realizacją planu finansowego



oraz zadania nie należące de facto do jego kompetencji

- kształtowanie i realizacja strategii finansowej Spółki – jest to jedno z podstawowych zadań zarządów spółek prawa handlowego;
- optymalizacja struktury kosztów i poziomu majątku obrotowego – jest to zadanie każdego kierownika komórki organizacyjnej, a że główne zadanie Spółki, świadczenie usług leczniczych, realizowane jest przez pion medyczny, to jest to jedno z podstawowych zadań Dyrektora ds. medycznych.

Dokument o nazwie „Zakres obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności” Dyrektora ds. finansowo-ekonomicznych precyzuje jego zadania. Poniżej przedstawiamy główne obszary z nich wynikające. Dział I rolę Dyrektora widzi w taki sposób:

- ma on znać przepisy, regulaminy i obowiązujące procedury;
- przestrzegać zasady bhp i inne przepisy;
- posiadać kompetencje i etykę zawodową;
- używać imiennego identyfikatora;
- przestrzegać czasu pracy.

Dział II jest już bardziej konkretny:

- Dyrektor ds. finansowo – ekonomicznych kieruje Działem Księgowości, Działem Sprzedaży Usług Medycznych i Rozliczeń oraz sekcją Zamówień Publicznych i Umów, nadzoruje i odpowiada za sporządzanie sprawozdawczości finansowej w Spółce i innych sprawozdań na potrzeby Zarządu, Rady Nadzorczej oraz właściciela Spółki;
- zarządza płynnością finansową, decyduje w zakresie spłaty zobowiązań, kontroluje efektywność wykorzystania posiadanych zasobów, prowadzi dokumentację spraw sądowych dotyczących finansów Szpitala;
- kontroluje koszty, sporządza sprawozdania statystyczne dla głównej kadry zarządzającej, corocznie sporządza plan finansowy, informuje Prezesa Zarządu o występujących zagrożeniach.

Wydaje się, że jako osobie kierującej Działem Księgowości nie postawiono podstawowych zadań z tym związanych ani nie określono wynikających z nich zakresów odpowiedzialności. Poza obszarami wymienionymi powyżej należą do nich następujące obszary zarządcze:

- prowadzenie ewidencji zdarzeń gospodarczych zgodnie z potrzebami wszystkich struktur zarządczych w Spółce, sporządzanie informacji wynikających z ewidencji rachunkowej na potrzeby kierowników komórek organizacyjnych – prowadzenie ewidencji finansowej i sporządzanie z niej informacji dla kadry kierowniczej różnych szczebli jest pierwotnym i podstawowym zadaniem księgowości;
- prowadzenie ksiąg rachunkowych zgodnie z odpowiednimi ustawami, zapewnienie prawidłowych rozliczeń publicznoprawnych Spółki;
- nadzór nad obiegiem dokumentów finansowych w Spółce;
- bieżąca analiza wykonywania planów operacyjnych – wykonywanie bieżących analiz na potrzeby zarządzania i weryfikacja planów operacyjnych należy do fundamentalnych zakresów działania każdego dyrektora ekonomicznego.



Bardzo trafnie natomiast ujęto funkcję ostrzegawczą księgowości, która w ramach bieżących analiz identyfikuje powstałe zagrożenia i informuje o nich Zarząd Spółki.

Kierownicy komórek organizacyjnych

Na niższych szczeblach, poniżej dyrektorskiego, funkcje zarządcze sprawują kierownicy komórek organizacyjnych. Regulamin definiuje ich funkcje w §6 oraz §13. Pierwszy z nich w pkt 7 stanowi, że „Kierownicy komórek organizacyjnych realizują funkcje nadrzędne w odniesieniu do podległych pracowników oraz koordynują realizację zadań określonych zakresem działania komórki”.

Takie ujęcie zadania może budzić wiele wątpliwości. Czy funkcja koordynacyjna wiąże się z odpowiedzialnością za skutek? Zdaniem audytorów istotą funkcji kierownika jest odpowiedzialność za zrealizowanie zadań określonych zakresem działania komórki, a jeszcze precyzyjniej w ujęciu procesowym, zaspokojenie potrzeb swoich klientów w zakresie swojej specjalności. Jako przykłady można podać Laboratorium szpitalne, które ma za zadanie zaspokoić potrzeby oddziałów szpitalnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, albo Blok Operacyjny, którego zadaniem jest zaspokoić potrzeby zespołów zabiegowych w zakresie zapewnienia zabiegowej infrastruktury technicznej wraz z obsługą, itd.

Następny zapis w §13 pkt 2 stwierdza, że kierownicy poszczególnych komórek organizacyjnych (...) podlegają bezpośrednio Zarządowi Spółki. Zapis ten jest sprzeczny z pragmatyką zarządzania i koliduje z zadaniami stawianymi przed Dyrektorami. Obaj dyrektorzy, zgodnie z zapisami regulaminu i opracowanych dla nich zakresów zadań, kierują podległymi pracownikami. Zagadnienie, „kto jest moim bezpośrednim przełożonym” jest kluczowe dla sprawności działania i ponoszenia za nie odpowiedzialności.

Tenże paragraf dalej w pkt 3, definiuje kompetencje kierowników, które można sprowadzić właściwie do dwóch punktów:

- organizacja i nadzór pracy;
- zapewnienie warunków bhp oraz przestrzeganie innych obowiązujących regulacji.

W powyższym zapisie, oprócz zapewnienia przestrzegania przepisów także nie ma odniesienia do skutków działalności. Słownik pojęć z zakresu organizacji i zarządzania (J.A.F. Stoner, R.E. Freeman, D.R. Gilbert, Kierowanie, Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne 2001) definiuje kierowanie (zarządzanie) jako proces planowania, organizowania, przewodzenia, i kontrolowania pracy członków organizacji oraz wykorzystywania wszelkich dostępnych zasobów organizacji do osiągnięcia jej celów. Definiowanie celów sprawowania funkcji kierowników jest więc istotą zarządzania organizacją.

Jako przykład zastosowania w Spółce praktyk zarządczych na szczeblu komórki organizacyjnej, przeanalizowano sposób zarządzania oddziałami szpitalnymi.

Zarządzanie oddziałem szpitalnym

Regulamin Organizacyjny w §18 pkt 3 stwierdza, że szczegółowe zakresy zadań określone zostały w Regulaminach poszczególnych komórek. Audytorzy otrzymali Regulamin Organizacyjny przykładowego oddziału, który niestety nie zawierał żadnych szczegółowych zadań komórki ani nie poruszał tematyki zasad kierowania oddziałem. Stanowił wyłącznie



regulamin pobytu pacjentów na oddziale. W tej sytuacji przedmiotem dalszej analizy pozostają zakresy zadań osób sprawujących kierownicze funkcje na szczeblu oddziału.

Kierownik Oddziału – do jego zakresu odpowiedzialności, według „Zakresu Obowiązków, Uprawnień i Odpowiedzialności” należy:

- sprawne funkcjonowanie oddziału pod względem administracyjnym i gospodarczym oraz za właściwe leczenie chorych;
- organizuje procedury związane z udzielaniem świadczeń medycznych na oddziale, dba o stan sanitarno-higieniczny;
- jest bezpośrednim zwierzchnikiem personelu zatrudnionego na oddziale, odpowiada za pracę podległych pielęgniarek w zakresie dokumentacji, gospodarki materiałowej, i gospodarki lekami;
- zarządza zaopatrzeniem oddziału i dba o stosowanie zasad oszczędności, zajmuje się inwentarzem i księgami inwentarzowymi;
- prowadzi statystyki oddziałowe i przeprowadza półroczne analizy leczonych chorób;
- podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. medycznych ale zlecenia i wezwania na oddział przyjmuje tylko od Prezesa zarządu, uzgadnia z nim także nowe metody leczenia chorób.

Zaletą jego zakresu zadań jest jasne stwierdzenie w pierwszym punkcie, że odpowiada za sprawne funkcjonowanie oddziału oraz właściwe leczenie. Tym samym na samym początku został zdefiniowany obszar jego zainteresowań zarządczych. Brak w nim jednak dwóch istotnych elementów ze standardowego zakresu odpowiedzialności kierownika zdefiniowanego na początku rozdziału :

1. dbałości o bezpieczeństwo pracowników i ich rozwój zawodowy oraz
2. za sferę efektów finansowych czyli za sprzedaż świadczeń oraz zarządzanie kosztami.

Szczególnie drugi punkt wiąże się z głównymi obecnie problemami z jakimi boryka się Spółka. Jeżeli zsumować efekt braku przypisania odpowiedzialności za wynik finansowy dyrektorów i kierowników, to z tego może zebrać się istotna luka finansowa w budżecie Spółki. Dodatkowo ponownie wpływa problem jasnego przyporządkowania organizacyjnego podwładny-przełożony i związane z tym poczucie odpowiedzialności za dowodzony obszar.

Pion Pielęgniarski – Drugim ogniwem także zaangażowanym z zarządzanie niektórymi procesami w obszarze świadczeń zdrowotnych jest Pion Pielęgniarski. Zgodnie z zapisami Zakresów obowiązków Pionem kieruje Pielęgniarka Naczelna, której podlegają Pielęgniarki Oddziałowe (pkt II ust 1 Zakresu obowiązków Naczelnej Pielęgniarki), które jednak bezpośrednio podlegają Kierownikom Oddziałów (pkt 3 Zakresu obowiązków Pielęgniarki Oddziałowej, oraz pkt II ust 3 Zakresu ... Kierownika Oddziału), a pośrednio Pielęgniarcie Naczelnej. Naczelna Pielęgniarka natomiast pracuje, wg zapisów Zakresu Obowiązków, w Pionie Dyrektora ds. medycznych, ale jest bezpośrednio podległa pod Prezesa MCM Sp. z o.o. Wygląda to na rodzaj „rollercoastera” organizacyjnego.

Pośrednia podległość Pielęgniarki Oddziałowej, bezpośrednio podległej Kierownikowi Oddziału, Pielęgniarcie Naczelnej umocowanej bezpośrednio pod Prezesem Zarządu, oznacza, że dyspozycje wydawane przez Naczelną Pielęgniarcie Oddziałowej powinny przechodzić za pośrednictwem Kierowników Oddziałów. Wydaje się to rozwiązaniem



szartycznym, mało zrozumiałym, ale niestety mającym przełożenie na efekty procesów zarządzania Szpitalem.

Pozytywnym elementem dokumentów organizacyjnych związanych ze sprawowaniem funkcji kierowniczych na Oddziale, jest wyraźne rozdzielenie zadań i odpowiedzialności na szczeblu Oddziałów pomiędzy Kierowników, a Pion Pielęgniarski. Taki stan rzeczy pozwala na zbudowanie jasnego podziału odpowiedzialności finansowej za koszty komórek medycznych. Do zadań Pionu Pielęgniarskiego należy zagwarantowanie kompleksowej opieki pielęgniarskiej i położniczej nad pacjentami w MCM (pkt II ust 3 Zakresu... Pielęgniarki Naczelnej). Do odpowiedzialności Kierownika natomiast należy praca podległych pielęgniarek w zakresie dokumentacji, zaopatrzenia, gospodarki materiałowej, utrzymania stanu sanitarno-epidemiologicznego i wyżywienia pacjentów.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że dokumenty organizacyjne Spółki przedstawiają obraz organizacji, która nie ma kompletnego i spójnego systemu zarządzania. W przedstawionych audytorom dokumentach nie stwierdzono zdefiniowanych atrybutów bieżącego zarządzania operacyjnego przedsiębiorstwem, jakim jest Spółka. Na poszczególnych szczeblach kierownicy nie są zobowiązani do oczywistych czynności związanych z zarządzaniem:

- współtworzenia i weryfikacji strategii działalności podległych im komórek;
- planowania operacyjnego uwzględniającego sprzedaż usług i budżetowanie kosztów;
- kontrolowania i analizy efektów działalności (sprzedaż, koszty);
- bieżącego analizowania odchyłań od przyjętego planu i podejmowania działań korygujących.

Tak ustawiony sposób zarządzania przekłada się na postawy kadry kierowniczej. W trakcie wizyty prowadzonej przez audytorów, zadawanych pytań i rozmów z kierownikami często dochodzono do konkluzji, że:

- Nikt za nic nie odpowiada;
- Nikt nie zajmuje się zarządzaniem sprzedażą;
- Nikogo nie interesują koszty.

Na podstawie analizy przedstawionych dokumentów organizacyjnych Szpitala można wyciągnąć wniosek, że nie odzwierciedlają faktycznego sposobu zarządzania jednostką. Taki stan organizacji może tworzyć chaos organizacyjny i z pewnością zdejmuje z przedstawicieli kadry kierowniczej poczucie odpowiedzialności za skutki działań menadżerskich. Na podstawie przeprowadzonej analizy nasuwają się następujące wnioski:

1. Aktualizacji wymaga regulamin organizacyjny i zakresy odpowiedzialności poszczególnych kierowników.
2. Uporządkowania wymaga lista realizowanych przez Szpital procesów i mapa ich podporządkowania.
3. Wydaje się konieczne doprecyzowanie i wyraźne rozgraniczenie zakresów odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi obszarami zarządczymi (gdy kilka osób odpowiada za to samo, to de facto nie odpowiada nikt).
4. Niezbędnym jest przypisanie kierownikom komórek odpowiedzialności za efekty finansowe i uzupełnienie zakresów czynności o zarządzanie sprzedażą i kosztami.



5. Warto rozważyć także faktyczne zwiększenie roli pielęgniarek w zarządzaniu jednostek szpitalnych – na przestrzeni lat rola i pozycja pielęgniarek w organizacji świadczeń leczniczych ulega gruntownym przemianom, aktualnie stają się partnerami w procesach zarządczych, a kierunek zmian na przyszłość idzie jeszcze dalej, do przejmowania funkcji kierowniczych w organizacji opieki medycznej – warto aby regulamin nie konserwował zaprzyszłych relacji, a wybiegał także w przyszłość.

Wydaje się więc istotne aby podjąć trud uzupełnienia i uporządkowania procedur zarządczych w Spółce. Pozytywne efekty w działalności gospodarczej są sumą wielu inicjatyw i drobnych sukcesów osiągniętych w różnych miejscach organizacji. Ich skuteczność zależy w części także w zaangażowaniu i działalności całej kadry kierowniczej i pojedynczych pracowników, zachowując fundamentalną w medycynie zasadę: *Primum non nocere* (po pierwsze – nie szkodzić).

2.4. Charakterystyka narzędzi controllingowych

Kłopoty finansowe wielu publicznych jednostek ochrony zdrowia w Polsce spowodowane są nie tylko niedostatecznymi nakładami środków publicznych na ochronę zdrowia, lecz w dużej mierze niedostatkiem stosowania optymalnych technik zarządzania przychodami, kosztami oraz płynnością finansową. Jednym z problemów jest brak skutecznych **procedur i narzędzi** kontroli kosztów generowanych przez podmioty lecznicze oraz zarządzania przychodami, a także wykorzystywania tych narzędzi do bieżącego zarządzania jednostką medyczną.

Controlling, jako jedna z metod zarządzania organizacją, w skrócie polega na:

- określaniu parametrów opisujących realizację wyznaczonych zadań,
- pomiarze ich realizacji,
- analizowaniu odchyleń w celu podejmowania działań naprawczych.

Elementami takiego systemu zarządzania są struktury na wszystkich jej szczeblach. Controlling może być **narzędziem komunikacji** całej załogi i kierowników różnych szczebli oraz ich integracji wokół jednostkowych i strategicznych celów wyznaczonych dla organizacji.

Zadaniem audytorów w niniejszym rozdziale było poddanie analizie stosowanych narzędzi controllingowych służących wspomaganie systemu zarządzania w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. W ramach audytu dokonano przeglądu funkcjonujących struktur, stosowanych zasad, narzędzi i procedur, ewidencji zdarzeń gospodarczych, systemów informowania kierownictwa oraz narzędzi i praktyk analitycznych służących ocenie realizacji stawianych zadań i celów.

Szpital w Miliczu dysponuje dość zaawansowanymi, niespotykanymi powszechnie w publicznej branży medycznej, narzędziami informatycznymi: wdrożono (i jest używany!) elektroniczny obieg dokumentów, systemy FK, kadry płace, magazyny, sprzedaż, środki trwałe itp. funkcjonują w zintegrowanym, wzajemnie „czytającym się” systemie IT, co sprzyja optymalizacji pracy i zmniejsza ryzyko popełnienia błędów i przekłamań na poszczególnych etapach dokumentowania procesu gospodarczego.

Przyjęto się klasyfikowanie przez osoby merytorycznie odpowiedzialne kosztów według OPK, Spółka od 2017 przekazuje materiały i leki z apteki głównej do apteczek oddziałowych według



zapotrzebowania. Taki system sprawia, że wynik obciążany jest kosztami w momencie zużycia na oddziale, a nie już w momencie wyjścia z apteki głównej, co mogłoby powodować ujęcie w wyniku zawyżonych kosztów. Jest to dobra praktyka, przy założeniu, że jest monitorowany, kontrolowany poziom zużycia materiałów i leków. Audytorzy nie spotkali się jednak w Jednostce z praktyką np. planowania limitów zużyć, tak aby w sposób kontrolowany, świadomy zarządzać zapasami.

W przedstawionej audytorom obowiązującej strukturze organizacyjnej Szpitala w pionie Dyrektor ds. Finansowo-Ekonomicznych wyodrębniono sekcję kosztów, controllingu i planowania, jednak komórki te nie pełnią na ten moment sobie przypisanej roli.

System raportowania, wykorzystywania informacji zarządczej w rozumieniu przytoczonej na wstępie definicji w Szpitalu niestety nie istnieje. Nie obowiązują zasady comiesięcznego raportowania określonych parametrów, do określonych odbiorców, w szczególności nie obowiązuje raportowanie efektywności pracy, wykorzystania zasobów, realizacji planu dla kierujących komórkami Szpitala, którzy są jednocześnie głównymi wykonawcami budżetu, zasobów Szpitala. Nie są wyznaczane zadania i nie są wykonawcy tych zadań z nich rozliczani.

Dyrekcja szpitala w ostatnim czasie podjęła próbę zmiany funkcjonujących praktyk, włączenia, zainteresowania kierowników klinik bieżącą sytuacją Szpitala. Uzyskano informację, iż raz na tydzień są organizowane spotkania, gdzie omawia się wyniki, określone parametry działalności operacyjnej, jest zainteresowanie nowym podejściem. Jest to być może wstęp do dobrych praktyk controllingowych w Szpitalu.

Generowaniem pewnych raportów w Jednostce zajmują się różne komórki, każda w swoim obszarze – głównie Dział Księgowości, Sekcja Płac, Dział Sprzedaży i Usług Medycznych itp. W Jednostce sporządza się podstawowe raporty o wyniku finansowym, parametrach medycznych, danych dotyczących wynagrodzeń, wykonaniu kontraktu itp. Są one generowane głównie jednak na potrzeby dyrekcji, odbiorców zewnętrznych w związku z wykonaniem obowiązkowych sprawozdań. Właściciel spółki także nie wymaga od jednostki systematycznego raportowania bieżącej sytuacji.

W sekcji księgowości sporządzany jest obowiązkowy roczny plan gospodarczy, na podstawie danych historycznych z uwzględnieniem bieżących korekt. Nie ma ten dokument charakteru planu rzeczowo-finansowego, „budżetu” z wyznaczonymi zadaniami sporządzanego dla każdej komórki organizacyjnej w Szpitalu, ma charakter raczej formalny.

Sfera raportowania, analiz, controllingu, rachunkowości zarządczej w Szpitalu w Miliczu w praktyce funkcjonuje w bardzo ograniczonym zakresie. Dyrekcja, tak jak wspomniano, stara się wprowadzić elementy zarządzania poszczególnymi obszarami na podstawie danych, np. o sprzedaży, wykonaniu kontraktów, innych danych finansowych, ma to jednak charakter na ten moment dość chaotyczny, nie kompleksowy.

Wprowadzenie efektywnego controllingu operacyjnego w jednostce wymaga przemyślanego i dopracowanego modelu: funkcjonalnego podziału zadań i kompetencji, służącemu jemu odpowiedniego, szczelnego obiegu dokumentów, spójnego z tak dopracowaną koncepcją planu kont, odpowiednio skonfigurowanego narzędzia informatycznego. Taki ułożony system może być podstawą do stworzenia komunikatywnej i zrozumiałej informacji zarządczej.



W ocenie audytorów, funkcjonujący w Jednostce system rachunkowości finansowej może być podstawą do dostarczania odpowiednich zestawów informacji do utworzenia i praktycznego funkcjonowania systemu controllingowego, jednak wymaga ten proces odpowiedniego poukładania procesów operacyjnych, ich mierzenia i rozliczania z efektów.

Generowane raporty, uzyskiwane informacje przy założeniu prawidłowości stosowanych algorytmów i adekwatnych danych, mogłyby być efektywnym narzędziem do zarządzania określonymi obszarami. Mogłyby, gdyby zostały wprowadzone i egzekwowane podstawowe zasady controllingu: określanie parametrów opisujących realizację wyznaczanych zadań/celów zarządczych, kontrola, analizowanie odchyleń i ich bieżąca korekta.

Odbiorcami raportów sporządzanych w Jednostce jest głównie Dyrekcja. Kierownicy poszczególnych komórek Szpitala praktycznie nie otrzymują danych dotyczących „swoich” odcinków.

Włączenie osób kierujących komórkami w świadomy proces zarządzania jest bardzo istotne, ponieważ to te osoby **mają rzeczywisty wpływ na konkretne działania** (to ich decyzje de facto skutkują kosztami). Na tym etapie dokonywane są wybory metod pracy, ilości i rodzaj zużywanych materiałów, leków, czyli koszty oraz przychody w toku realizacji procesów działalności operacyjnej Szpitala.

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. powiązanie zakresów zadań z odpowiedzialnością menadżerską za ich skutki wraz ze ścisłym zdefiniowaniem zarządzanego obszaru,
2. doprecyzowanie i wyraźne rozgraniczenie zakresów odpowiedzialności pomiędzy poszczególnymi obszarami zarządczymi (gdy kilka osób odpowiada za to samo, to de facto nie odpowiada nikt), usunięcie konfliktów i niezgodności;
3. uzupełnienie zakresów czynności o zarządzanie kosztami, przychodami, odpowiedzialność za efekty ekonomiczne działalności komórki;
4. przygotowanie mechanizmów controllingowych obejmujących zarówno planowanie na poziomie głównych komórek organizacyjnych jak i wdrożenie systemu informacji menadżerskiej, dostosowanego do potrzeb i charakteru działalności szpitalnej;

Zaleca się podjęcie następujących działań usprawniających w obrębie wdrożenia zasad controllingowych, jako narzędzia zarządzania Szpitalem:

- **przygotowanie solidnego planu rzeczowo-finansowego**, na podstawie rzeczywistych danych przychodowo-kosztowych powinny być określone i opisane działania uważane za konieczne do osiągnięcia wyznaczonych celów. Powinien taki plan stanowić uporządkowany pomysł wykorzystania zasobów rzeczowych i osobowych Szpitala. Powinien być tak skonstruowany, aby stanowić punkt odniesienia dla kontroli przyszłej działalności.

Rekomenduje się, aby plan rzeczowo-finansowy był tworzony metodą od szczegółu do ogółu, jako sumy budżetów dla poszczególnych komórek, z wyznaczonymi limitami zużyć w podziale na kluczowe grupy asortymentowe, normami i zadaniami cząstkowymi, powierzeniem **odpowiedzialności** poszczególnych kierowników za te cele. Kierujący komórkami Szpitala są bowiem wykonawcami zaplanowanego budżetu i to oni bezpośrednio mają wpływ na wybór



metod jego realizacji. Taka konstrukcja planu pozwala precyzyjnie ustalić miejsca gdzie stwierdzono odchylenia, pozwala wyłapać ich przyczyny i wprowadzić niezbędne działania korygujące.

- **usprawnienie procesu obiegu informacji o wykonaniu planu.** Budowa systemu informacyjno-sprawozdawczego powinna zapewniać dopływ informacji do zarządzających (także kierujących komórkami) z taką częstotliwością i w takich terminach, ażeby mogły być wykorzystane przy podejmowaniu bieżących decyzji. Raporty generowane dla kierowników komórek powinny być skorelowane z obszarami odpowiedzialności poszczególnych kierowników, uwzględniać stawiane im zadania.

Ważne jest aby system informowania o wykonaniu planu (raporty controllingowe) były adekwatne – nastawione na odbiorcę, dostosowane do wymogów i potrzeb odbiorcy (np. dyrektorów, kierowników), powinny być zrozumiałe, zawierać informacje istotne, wiarygodne, bez zbędnych definicji i pojęć teoretycznych. Informacje nieistotne tworzą szum informacyjny.

Koniecznością jest również zbudowanie uwzględniającego planowane założenia systemu motywacyjnego. Samo wdrożenie metod i narzędzi controllingowych nie gwarantuje sprawnego działania całego systemu zarządzania. Jednocześnie niezbędne jest bowiem takie oddziaływanie na pracowników Szpitala, by w jak największym stopniu mobilizować oraz pobudzać ich aktywność do realizacji zaplanowanych rozwiązań.

Wdrożenie systemu controllingowego wymaga nie tylko określenia adekwatnych struktur oraz procedur działania, lecz także równoległego modyfikowania zachowań poszczególnych pracowników; ich systemu wartości, przekonań, poglądów, postawy oraz charakteru relacji między nimi. Modyfikacja kultury organizacyjnej jest zjawiskiem szczególnie trudnym i żmudnym. Aby dostosować ją do nowej rzeczywistości controllingowej, oprócz stosowania systemów motywacyjnych, istotne znaczenie mają wszelkie akcje szkoleniowe i informacyjne, wyjaśniające założenia i charakter teoretycznej koncepcji controllingu z odniesieniem do praktyki.

- **wprowadzenie systemu kontroli odchyień wykonania do wielkości zaplanowanych i wdrożenie procesu ich korygowania.**

Najbardziej oczywistą funkcją controllingu jest kontrola. Polega ona na zestawieniu osiągniętych przez firmę wyników z przygotowanymi wcześniej planami. Dzięki temu możliwe jest przeprowadzenie analizy odchyień od celu i zidentyfikowanie ich przyczyn, a następnie podjęcie decyzji pozwalających zwiększyć efektywność kolejnych działań. Porównanie stanu faktycznego z przyjętym planem daje m.in. informacje o miejscu występowania tzw. wąskich gardeł, które są przeszkodą na drodze do średnio i długoterminowego rozwoju jednostki.

Aby proces analizowania, korygowania odchyień od planu był efektywny, powinien być powtarzalną procedurą stosowaną systematycznie (np. raz w miesiącu), obejmującą wszystkie komórki Szpitala.

Wymaga ten obszar aktywnego włączenia w ten proces wszystkich wykonawców budżetu – kierowników odpowiedzialnych za działania operacyjne danej komórki.

Podsumowując, w praktyce w Szpitalu w Miliczu nie funkcjonuje kultura bieżącego, kompleksowego używania i wykorzystywania informacji controllingowych do



podejmowania bieżących decyzji zarządczych, opartych o perspektywne zadaniowanie (budżetowanie) przychodów i kosztów, spodziewane wpływy gotówki itp., czyli efektywnego zaangażowania kierowników poszczególnych komórek do zarządzania swoimi odcinkami. W takiej sytuacji Zarząd Szpitala nie ma możliwości identyfikacji przyczyn złych wyników – a w konsekwencji reagowania na nie.

Brak informacji jest groźny i dla wyniku, i dla możliwości skutecznego zarządzania, i jest katastrofalny dla kultury organizacyjnej, bo niszczy zaufanie, motywację i autorytety.



3. Świadczenia medyczne

3.1. Analiza kontraktu z NFZ

Niniejsze analizy wykonano w oparciu o przygotowane i dostarczone przez MCM Sp. z o.o. dane i ich zestawienia. Były to dokumenty z ewidencji rachunkowych oraz zestawienia z rozliczeń realizacji kontraktów z NFZ. Okres analizy obejmował lata 2019 do 2022 czyli od roku 2019, który był ostatnim rokiem przed pandemią, do roku 2022, który z kolei praktycznie obejmuje już okres popandemiczny.

Przez cały analizowany okres, obok finansowania świadczeń medycznych, NFZ realizowało płatności z tytułu refundacji skutków jakie ponosiły szpitale, w wyniku uzgodnionych przez Ministra Zdrowia ze związkami zawodowymi podwyżek płac personelu. W okresie pandemii, tj. od 2020 do 2022, NFZ finansowało dodatki do płac dla personelu medycznego za opiekę nad pacjentem z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, tzw. dodatek covidowy. Oba te strumienie środków wypłacanych szpitalom zostały ujęte w poniższej analizie, w oddzielnych pozycjach, obok rozliczeń za bezpośrednią realizację świadczeń medycznych.

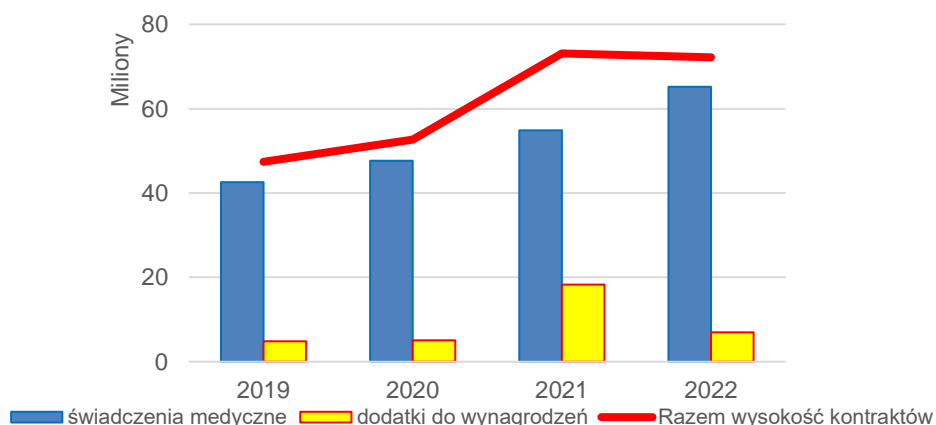
Tabela 23 Wartości zawartych kontraktów z NFZ w latach 2019 do 2022

Przedmiot finansowania	2019	2020	2021	2022
Świadczenia medyczne	42 546 414	47 645 240	54 860 523	65 241 893
Dodatki do wynagrodzeń	4 861 949	5 060 397	18 250 802	6 975 312
Razem wysokość kontraktów	47 408 363	52 705 636	73 111 325	72 217 205

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W roku 2022 NFZ zakontraktowało w milickim Szpitalu wykonanie świadczeń o wartości **65 mln zł**. Łącznie z dodatkowymi środkami do wynagrodzeń wysokość kontraktu wyniosła przeszło **72 mln zł**. Kontrakt ten, w stosunku do roku 2019 wzrósł o **52%**, w tym za same świadczenia medyczne o **53%**.

Wykres 10 Wartości kontraktów z NFZ zawartych na lata 2019 do 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Udział dodatków do wynagrodzeń w wartości zakontraktowanych świadczeń wynosił około **11%**, jedynie w kulminacyjnej fazie pandemii, czyli w roku 2021 udział ten, ze względu na dodatki covidowe, wyniósł **33%**.

Dodatkowe środki na wynagrodzenia, czy to wynikające z ministerialnej umowy ze Związkami, czy z zagrożeniami wynikającymi z covidu, wypłacane przez NFZ, były przekazywane przez szpitale personelowi medycznemu 1 do 1. Z tego względu, z punktu widzenia zarządzania i interesów Szpitala, istotne dla jego działalności są głównie rozliczenia z tytułu realizacji i sprzedaży świadczeń medycznych.

Tabela 24 Kontrakty i rozliczenie wykonania świadczeń medycznych w latach 2019 do 2020

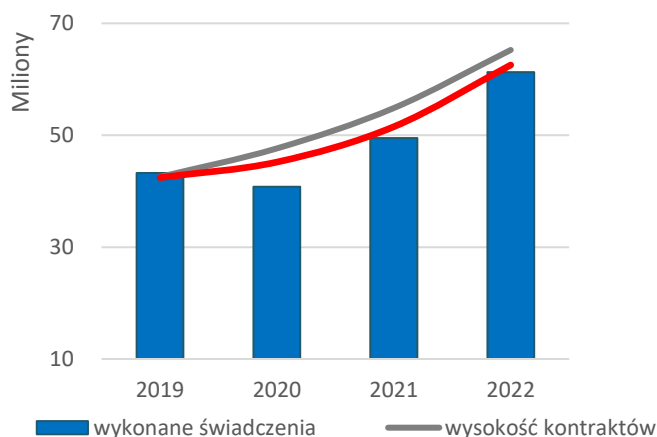
Przedmiot finansowania	2019	2020	2021	2022
Wykonane świadczenia	43 235 355	40 786 397	49 517 422	61 296 736
Wysokość kontraktów	42 546 414	47 645 240	54 860 523	65 241 893
Finansowanie przez NFZ	42 433 043	45 202 900	51 522 257	62 554 755

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Finansowanie przez NFZ świadczeń medycznych odbywa się generalnie w granicach zawartych kontraktów. Stąd wzięły się problemy szpitali z tzw. nadwykonaniami, których sfinansowanie przysparzało wielu problemów. W milickim Szpitalu taki problem wystąpił w 2019 roku, w którym nie zostały opłacone świadczenia o wartości **800 tys. zł.** W następnych latach, w okresie zaburzeń w funkcjonowaniu szpitali spowodowanych covidową pandemią, drastycznie spadło wykonanie zawartych kontraktów. W roku 2020 przy kontrakcie **47,6 mln zł**, wykonanie wyniosło tylko **40,8 mln**, czyli **86%**. W następnych latach stopień wypełnienia przez Szpital zawartych kontraktów zaczął się poprawiać i tak w 2021 roku wykonanie wyniosło średnio **90%** (kontrakt **54,9 mln**, wykonanie **49,5 mln zł**) natomiast w 2022 już **94%** (kontrakt **65,2 mln**, wykonanie **61,3 mln zł**).

Należy stwierdzić, że w porównaniu z innymi jednostkami medycznymi, z którymi audytorzy mieli w tym okresie do czynienia, **tapnięcie w realizacji świadczeń jest na zbliżonym poziomie.** Natomiast proces odbudowywania przez nie pozycji rynkowej i stopnia realizacji kontraktu przebiegał szybciej.

Wykres 11 Finansowanie realizacji kontraktów na świadczenia medyczne w latach 2019-2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Realizowanie przez NFZ płatności powyżej wartości wykonanych świadczeń wynika z zasad ryczałtowego finansowania świadczeń wykonywanych w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ). Natomiast płatności poniżej zawartych kontraktów świadczą o ich niewypełnieniu także w przypadku kontraktów pozaryczałtowych oraz zawartych poza PSZ. W roku 2022 łączne wykonanie, jak wspomniano już wyżej, wyniosło na poziomie **94%**. W tej grupie najgorzej wygląda stan realizacji kontraktów zawartych poza powszechnym szpitalnym zabezpieczeniem, wynosi on poniżej **90%**, a to za sprawą oddziałów i jednostek Działu Psychiatrycznego, który wykonał kontrakty na poziomie tylko **84%**.

Sprawą zasadniczą dla przyszłych interesów Szpitala jest jak najszybsze odzyskanie po okresie pandemii pełnego zakresu udzielanych świadczeń. Przedstawiony na wykresie dynamiczny wzrost wartości kontraktów wynika nie ze zwiększenia ilości sprzedawanych usług medycznych, a ze zwiększenia cen płaconych za nie przez NFZ i dodatkowych środków na świadczenia covidowe.

3.2. Uwarunkowania kontraktowe, strategia zarządzania kontraktem Szpitala a polityka NFZ

Jednym z podstawowych parametrów funkcjonowania podmiotów leczniczych jest aktywność w świadczeniu usług dla pacjentów. Ich miarą jest liczba i wartość wykonywanych procedur i świadczeń medycznych. Z tych względów dalszej analizie poddano wartości i ilości wykonanych przez jednostki szpitalne świadczeń i usług medycznych.

Źródłem informacji były dane dotyczące realizacji kontraktów i dane statystyczne dostarczone przez pracowników Szpitala. Podstawą do wyceny był system kodowania procedur zdrowotnych JGP oraz stawki za punkt stosowane w rozliczeniach z NFZ. Analizując realizację świadczeń medycznych finansowanych ze środków publicznych nie brano pod uwagę płaconych przez NFZ środków przeznaczonych na refundację skutków wzrostu wynagrodzeń poszczególnych kategorii pracowników szpitala. Środki te nie są zapłatą za realizowane świadczenia medyczne, ani nie są z nimi związane lecz są refundacją regulowanych przez Szpital zobowiązań Ministerstwa Zdrowia, uzgodnionych pomiędzy nim a związkami i korporacjami zawodowymi z tytułu przyznanych przez Ministerstwo wzrostów wynagrodzeń.

W zawartych w tekście tabelach występuje pozycja „nieprzypisane”. W trakcie przygotowywania danych do audytu pojawił się problem z identyfikacją komórek organizacyjnych i z przypisaniem im wartości wykonanych usług. Odpowiednie służby szpitala nie były w stanie określić przez jakie jednostki były wykonywane, i w efekcie sprzedane niektóre świadczenia. W wyniku analizy danych z wielu źródeł udało się zidentyfikować większość z nich. Te niezidentyfikowane świadczenia zamieszczono pod pozycją „nieprzypisane”. Z tego zdarzenia nasunął się wniosek, że **Szpital w ubiegłych latach nie stosował praktyk zarządzania sprzedażą świadczeń medycznych.** Z tych właśnie względów informacje o wykonaniu świadczeń przez poszczególnych kierowników komórek nie były zarządzającym potrzebne.

Okres ostatnich dwóch lat dla całej ochrony zdrowia był naznaczony skutkami pandemii covidowej. Angażowanie części jej struktur w działania o charakterze doraźnym i nadzwyczajnym miało wpływ na wiele wskaźników charakteryzujących parametry procedur medycznych, co utrudnia przeprowadzanie bieżących analiz. Jednak po włączeniu



przychodów ze sprzedaży świadczeń covidowych do standardów komórek organizacyjnych daje najbardziej miarodajne analizy.

Tabela 25 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń medycznych w latach 2019 – 2022, w ramach kontraktów z NFZ (w PLN)

Rodzaj świadczenia	2019	2020	2021	2022
Świadczenia szpitalne	25 631 229	23 915 990	29 428 922	36 735 313
AOS	1 914 175	1 591 683	2 087 985	3 370 206
Psychiatria	9 230 883	7 928 775	9 174 077	12 103 268
Pomoc doraźna (Izba Przyjęć, NiŚOZ)	1 888 233	2 525 179	2 601 696	2 997 998
świadczenia kosztochłonne (TK, Endoskopia)	543 824	415 996	558 322	778 825
Fizjoterapia	239 132	238 205	264 651	412 104
ZOL	1 912 219	1 788 681	1 899 600	2 504 644
POZ	1 875 660	1 959 924	2 692 651	2 045 637
Świadczenia nieprzypisane	0	421 964	809 518	348 741
Razem wykonanie świadczeń	43 235 355	40 786 397	49 517 422	61 296 736
Udział świadczeń AOS w wartości udzielanych świadczeń	4,4%	3,9%	4,2%	5,5%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W 2022 roku Szpital w Miliczu sprzedał do NFZ wykonane przez siebie świadczenia medyczne o łącznej wartości **61,3 mln zł**. Około **80%** udzielanych przez Szpital świadczeń medycznych (wliczając w to Psychiatrię) jest związanych z hospitalizacją i należy do typu leczenia szpitalne. Prawie **14%** świadczeń związanych jest z działalnością ambulatoryjną w skład której wchodzi przede wszystkim poradnie Specjalistycznej Opieki Ambulatoryjnej, POZ oraz pomoc doraźna realizowana przez Izbę Przyjęć oraz przez Nocną i Świąteczną Opiekę Zdrowotną. W roku 2021, pomimo trwania pandemii, Szpital rozpoczął odbudowywanie swojej sprzedaży po covidowym kryzysie i w ten sposób uzyskał czternastoprocentowy wzrost sprzedaży (**14,5%**) w stosunku do okresu z przed pandemii. Wszystkie obszary działalności zanotowały wyraźne wzrosty wartości udzielanych świadczeń poza Psychiatrią i ZOLEm.

W okresie pandemii, w stosunku do 2019 roku, wzrosła nieco wartość udzielanych świadczeń przez zespół poradni specjalistycznych AOS. Wzrost przekroczył poziom **9%**. W roku 2022 wzrost przekroczył **30%**. Jednak udział AOS w ogólnej wartości świadczeń wyniósł zaledwie **5,5%**. Dane benchmarkowe wskazują na udział w wysokości co najmniej 8%. **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.** Tak niski udział specjalistycznych świadczeń ambulatoryjnych wskazuje na pasywną postawę Przychodni wobec rynku pacjentów. Na ten problem wskazywał także poprzedni audyt wykonywany w roku 2019.

Przyczynę niskiego poziomu 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. Zakład od dłuższego czasu funkcjonuje bez faktycznego kierownika, zarządzany jest przez sekretarkę medyczną, która nie posiada odpowiednich umocowań. W systemie zarządzania Szpitalem brak jest ogniwa, któremu



przypisano odpowiedzialność za zarządzanie ruchem pacjentów i sprzedaż świadczeń ambulatoryjnych. **Sytuacja taka, jak się wydaje, wymaga pilnej interwencji menadżerskiej. Wzorcowym modelem w tym miejscu może być np. powołanie kierownika działalności ambulatoryjnej.**

Z punktu widzenia budowania nowoczesnego systemu opieki medycznej i poczucia bezpieczeństwa wśród lokalnej społeczności, bardzo ważnym jest funkcjonowanie sprawnej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Potwierdzają to także ogólne trendy światowe i polityka NFZ. W nowoczesnej medycynie świadczenia AOS przejmują po części procedury wykonywane dotychczas w ramach opieki szpitalnej. Przez jednostki świadczące usługi w trybie ambulatoryjnym przewija się zazwyczaj około 10 razy więcej pacjentów niż jest hospitalizacji. To oni kształtują opinie o szpitalu i mogą budować prestiż jednostki w świadomości lokalnych pacjentów.

Do jednostek które w największym stopniu zwiększyły w analizowanym okresie swoją sprzedaż należą Fizjoterapia **72%**, pomoc doraźna **59%** czy świadczenia kosztochłonne (TK i Endoskopia) **43%**. Jednak okres ostatnich lat charakteryzował się dużymi wzrostami wycen wartości świadczeń. Wzrost sprzedaży z tego powodu niekoniecznie przekłada się na zwiększenie ilości usług. Dlatego przeanalizowano także wielkość udzielonych świadczeń bazując na jednostkach pomiarowych przyjętych do wyceny procedur.

W większości przypadków do oceny wartości udzielonych świadczeń stosuje się punktację wg JGP, której dopiero w następnej kolejności przypisuje się cenę w zł. W ostatnich latach wyceny procedur oparte na punktach nie ulegały tak dużym zmianom jak cena za jeden punkt, dlatego stanowi ona lepsze narzędzie do oceny procesów mających miejsce na przestrzeni czasu. Wycena natomiast części niektórych innych usług medycznych opiera się na odmiennych zasadach, np. ryczałt dzienny, od pacjenta itp., dlatego ich aktywność przeanalizowano wg ilości obsłużonych pacjentów.

Przy okazji do takiej analizy zestawiono parametr określający stopień realizacji w 2022 roku zawartych kontraktów z NFZ przez poszczególne jednostki Szpitala. Pozwala to ocenić potencjał i szanse jakimi dysponuje Szpital na rynku publicznych świadczeń medycznych.

Tabela 26 Zestawienie ilości wykonanych świadczeń medycznych w latach 2019 – 2022, w ramach kontraktów z NFZ (w pkt lub pacjentach)

Rodzaj świadczenia	2019	2020	2021	2022	wyk. kontraktów
Świadczenia szpitalne	25 305 280	23 681 643	26 863 095	25 635 692	95,5%
AOS	1 803 926	1 444 107	1 869 452	2 213 164	95,1%
Psychiatria	767 444	636 755	725 495	674 430	84,4%
Świadczenia kosztochłonne (TK, Endoskopia)	551 345	414 225	559 723	641 250	98,4%
Fizjoterapia	217 393	212 189	233 022	313 915	100,0%
Razem wykonanie pkt	28 645 388	26 388 919	30 250 788	29 478 451	94%
Pomoc doraźna (Izba Przyjęć, NiŚOZ)	13 392	8 029	12 268	13 060	ilość pacjentów
ZOL	30	38	25	25	ilość pacjentów
POZ	bd				bd

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Jednostki, które można rozliczyć punktowo, w stosunku do roku 2019, zwiększyły ilość udzielanych świadczeń zaledwie o **3%**. Wszystkie, poza Psychiatrią zanotowały wzrosty. Największy wzrost notuje AOS ale jest to wciąż za niski udział w całości sprzedaży usług. Wykonanie świadczeń w 94% w stosunku do zawartych kontraktów oznacza, że Szpital zaniżył swój potencjalny przychód o **4 mln zł**. W związku z tym, że koszty stałe Szpitala wynoszą co najmniej **80%**, oznacza to, że Szpital stracił w 2022 roku szanse na uzyskanie dodatkowego dochodu w kwocie co najmniej **3,2 mln zł**.

Największym niewykonaniem kontraktu cechuje się Dział Psychiatryczny. Wykonał on tylko **84,4%** kontraktu. Jest to dział, który przynosi Szpitalowi największą stratę finansową. (wyniki finansowe komórek medycznych zawiera Rozdział 8.4.) Realizacja 100% kontraktu mogła by przynieść dodatkowy wpływ w wysokości **2,2 mln zł**. Kwota ta mogła by w znacznej części zniwelować stratę Działu.

Zdaniem audytorów **Dział Psychiatryczny jest bardzo ważny w strukturze oferty świadczeń, jaką dysponuje Szpital, zwłaszcza w kontekście zmiany modelu organizacji opieki psychiatrycznej w Polsce, polegającej na tworzeniu centrów zdrowia psychicznego. Jest znaczącą szansą na utrzymanie się Szpitala na rynku usług medycznych. Z drugiej strony może też, w przypadku wytracania rynku usług, być zagrożeniem dla bytu Spółki. Dlatego też należy podjąć zdecydowane działania menadżerskie aby zdynamizować sposób zarządzania sprzedażą świadczeń na poziomie kierownictwa Działu. Plan przekształceń w strukturze jego działalności, nad którym pracuje nowy Zarząd Spółki, należy uznać za jeden z najważniejszych w realizacji programu naprawczego.**

Innym elementem oceny stanu zarządzania realizacją świadczeń jest sposób wykonania Ryczałtu. Stopień realizacji kontraktu ryczałtowego jest bardzo istotny dla przyszłych przychodów Szpitala. Od jego wykonania NFZ uzależnia w przyszłości wysokość kontraktu. W trakcie trwania pandemii, kiedy nastąpiło globalne spowolnienie udzielania świadczeń niecovidowych i wyraźnie spadła w szpitalach przyjmowana w ramach usług ryczałtowych ilość pacjentów, NFZ traktował ten stan jako przejściowy i liberalnie traktował zasady kształtowania tych kontraktów. Natomiast obecnie należy oczekiwać przywrócenia „normalności” także i w tym mechanizmie kontraktowania świadczeń.

Przyjęte zasady kontraktowania pozwalają traktować wykonania w przedziale 98% do 102% jako nie mające wpływu na zmianę kontraktu. Wynik poniżej tego przedziału grozi redukcją stałych dochodów szpitala. Stąd procesy zarządzania sprzedażą usług kontraktowanych w formie ryczałtu uważa się jako jedne z ważniejszych.

Tabela 27 Stopień realizacji Ryczałtu w latach 2019 do 2022

Rodzaj świadczenia	2019	2020	2021	2022
PSZ - Wartość Ryczałtu	17 571 732	17 912 604	14 555 196	19 476 709
Wykonanie	18 357 683	13 408 855	12 353 965	17 977 208
% wykonania ryczałtu	104,5%	74,9%	84,9%	92,3%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Oddziały szpitalne w 2022 roku zrealizowały kontrakty ryczałtowe w **92%**. wynik ten może zagrażać przyszłym dochodom Szpitala. Dlatego, na podstawie powyższych spostrzeżeń należy uznać, że **przywrócenie mechanizmów i narzędzi zarządzania sprzedażą i wdrożenie w nie kierowników komórek organizacyjnych powinno stać się priorytetem w działaniach Zarządu Spółki.**

Największą strukturą organizacyjną generującą największy przychód finansowy są oddziały szpitalne. Stałe monitorowanie wielkości udzielanych i sprzedawanych przez nie świadczeń stanowi sedno zarządzania Szpitalem. W tabeli przedstawiającej wielkości udzielanych świadczeń przedstawiono ich wycenę punktową jako bardziej miarodajną od wyceny w zł, ze względu na duże zmiany cen stosowanych przez NFZ w ostatnich latach. Dla porównania uwzględniono w niej także Dział Psychiatryczny chociaż wycena w jednostkach przeliczeniowych (punktach) procedur psychiatrycznych jest inna niż dla pozostałych oddziałów szpitalnych.

Tabela 28 Wykonanie świadczeń medycznych przez oddziały szpitalne w latach 2019-2022 (w pkt)

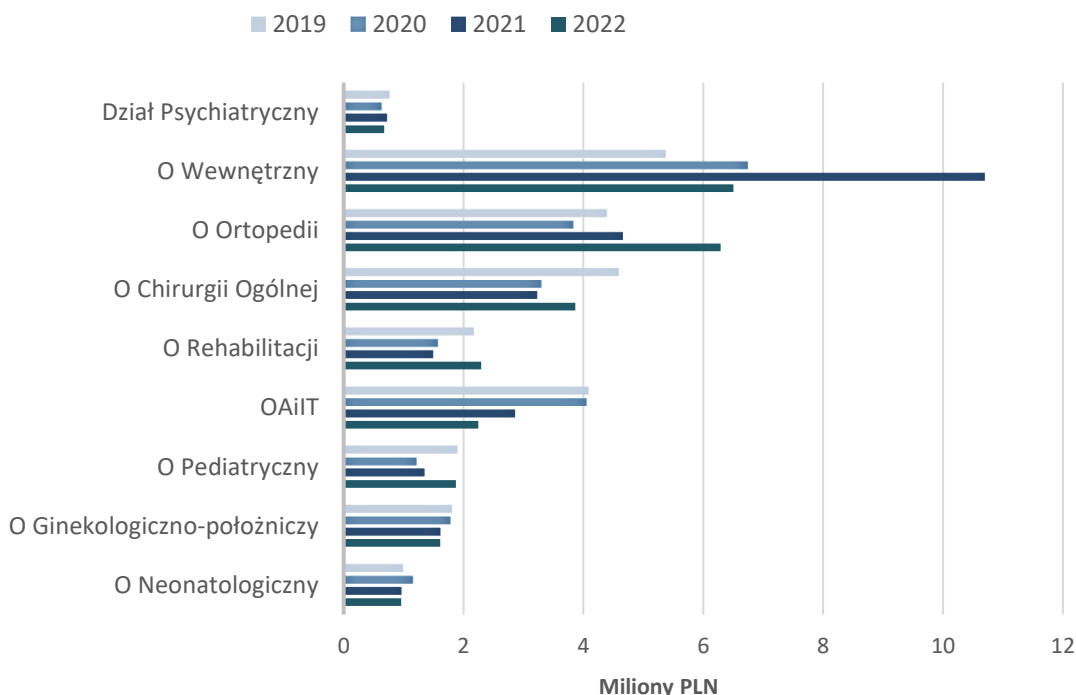
Leczenie szpitalne	2019	2020	2021	2022	dynamika 2022/2019
Dział Psychiatryczny	767 444	636 755	725 495	674 430	87,9%
O Wewnętrzny	5 368 511	6 747 176	10 694 015	6 501 134	121,1%
O Ortopedii	4 386 578	3 834 878	4 658 442	6 291 312	143,4%
O Chirurgii Ogólnej	4 589 394	3 300 882	3 231 237	3 864 455	84,2%
O Rehabilitacji	2 172 992	1 576 030	1 492 763	2 292 483	105,5%
OAIiT	4 085 006	4 054 714	2 857 424	2 246 404	55,0%
O Pediatriczny	1 901 231	1 217 876	1 348 138	1 870 367	98,4%
O Ginekologiczno-położniczy	1 810 434	1 787 309	1 617 642	1 612 145	89,0%
O Neonatologiczny	991 134	1 162 778	963 433	957 391	96,6%
Razem Leczenie szpitalne	26 072 724	24 318 398	27 588 590	26 310 122	100,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Analiza przedstawia, że zdecydowanym liderem w rozwoju świadczeń, pomimo trwającej pandemii jest Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Jego dynamika wzrostu w stosunku do roku 2019 wyniosła **143%**. Wielkość sprzedaży gwarantuje uzyskiwanie przez ten Oddział dodatniego wyniku finansowego. Drugim jest Oddział Wewnętrzny którego wzrost świadczeń wyniósł w tym czasie **121%**. Był on zaangażowany w prowadzenie oddziałów covidowych, stąd taki duży „przerób” w roku 2021. Jednak Oddział powinien mieć na uwadze, że w przychodach duży udział miały procedury związane z leczeniem zakażeń wirusem SARS-CoV-2. Szczególną uwagę należy zwrócić na powrót do „normalności” z zachowaniem wysokiego poziomu udzielanych świadczeń, w przeciwnym przypadku istnieje groźba spadku sprzedaży usług i utraty części przychodów.



Wykres 12 Wykonanie świadczeń medycznych przez oddziały szpitalne w latach 2019 do 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Z drugiej strony bieguna znalazł się Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Prawie dwukrotnie zmniejszył wartość Udzielanych świadczeń. Stan ten jest o tyle zaskakujący, że właśnie intensywna terapia była w centrum uwagi w walce z pandemią covid. Drugim „od końca” przypadkiem jest Oddział Chirurgii Ogólnej. Po wahnięciu spowodowanym pandemią jeszcze nie odzyskał swojej pozycji rynkowej chociaż trend wzrostowy jest wyraźnie widoczny. Do roku 2022 jego dynamika wzrostu była ujemna i wynosiła **-16%**.

Oddział Ginekologiczno-Położniczy jest drugim obok OAIiT oddziałem notującym spadek udzielanych świadczeń mimo zakończenia pandemii. Jednak problemy Oddziału mają charakter populacyjny i wymagają rozwiązania na odrębnej płaszczyźnie.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że **za wyjątkiem Ortopedii oddziały szpitalne jeszcze nie odzyskały utraconych podczas pandemii pozycji w sprzedaży swoich usług. Ich powrót do pełnej zdolności generowania przychodów odbywa się wolniej niż w innych jednostkach medycznych**, z którymi spotykali się audytorzy. Tutaj znajduje się przestrzeń do istotnych działań naprawczych, obejmujących przede wszystkim sferę technik zarządczych.

Jak wielokrotnie zaznaczano, w ostatnich latach miały miejsca podwyżki przy ustalaniu przez NFZ wartości jednostek rozliczeniowych (punktów) JGP procedur medycznych. poniżej przedstawiamy analizę zmian ich wartości.

Tabela 29 Średnia wartość jednostek rozliczeniowych w wycenie procedur medycznych (zł/pkt)

Obszar	2019	2020	2021	2022	dynamika 2022/2019
Leczenie szpitalne	1,01	1,01	1,10	1,43	141,5%
AOS	1,06	1,10	1,12	1,52	143,5%
Psychiatria	11,82	12,20	12,42	17,67	149,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Najwięcej wzrosły ceny świadczeń psychiatrycznych, o przeszło **49%**. Następnie zyskały poradnie specjalistyczne, średnie ceny za punkt wzrosły o prawie **44%**. NFZ zapowiada dalszy wzrost finansowania świadczeń medycznych o około 13% lecz nie jest pewne w jaki sposób środki te zostaną wprowadzone do systemu, czy poprzez dalszy wzrost wyceny punktów, przez zmianę wyceny procedur czy poprzez zwiększanie wartości kontraktów. Możliwy jest wariant, że poprzez każdą z tych dróg po trochu.

Tabela 30 Przychody oddziałów przypadające na jedno łóżko szpitalne (PLN)

Oddział	2019	2020	2021	2022	dynamika 2022/2019
O Ortopedii	292 439	255 659	325 947	544 799	186,3%
OAIiT	817 001	810 943	641 414	534 388	65,4%
O Wewnętrzny	167 766	210 849	214 067	298 102	177,7%
O Chirurgii Ogólnej	229 470	165 574	175 404	271 803	118,4%
O Pediatriczny	126 749	81 192	96 393	171 393	135,2%
O Neonatologiczny	165 189	116 278	96 343	132 651	80,3%
O Ginekologiczno-położniczy	95 286	94 069	90 043	116 424	122,2%
Dział Psychiatryczny	71 007	60 991	70 570	93 102	131,1%
O Rehabilitacji	48 057	34 611	33 013	82 158	171,0%
Razem szpital	156 288	142 357	153 276	217 369	139,1%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Największą sprzedaż świadczeń w roku 2022 przypadającą na 1 łóżko szpitalne uzyskał Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Wynosi ona **545 tys. zł** na 1 łóżko. Dodatkowo na przestrzeni ostatnich lat wzrost jego sprzedaży wyniósł **86%**. Jest to zapewne wynikiem dużej efektywności w sprzedaży świadczeń. Na drugim miejscu uplasował się, pomimo dużego spadku sprzedaży, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Osiągnięty przychód na 1 łóżko wynosi przeszło **534 tys. zł**.

Najmniejszy przychód zanotował Oddział Rehabilitacji. Pomimo, że wynosi on tylko **82 s.** że możliwym jest uzyskiwanie pozytywnego wyniku finansowego na sprzedaży bez wysokich wycen procedur medycznych. Na wynik całego procesu wpływ mają także systemy zarządzania kosztami.

Powyższe zestawienie może stanowić materiał pomocniczy przy procedurach zarządzania komórkami organizacyjnymi, planowaniu przychodów czy zrównoważonych budżetów.



3.3. Realizacja kontraktów z NFZ w 2023 roku

Pod koniec opracowywania niniejszego raportu audytorzy otrzymali dane dotyczące rozliczenia realizacji kontraktów z NFZ za pierwsze półrocze 2023 roku. Dane te pozwalają ocenić, w sposób dynamiczny, jak aktualnie wygląda aktywność komórek szpitalnych na rynku usług medycznych.

Tabela 31 Średniomiesięczne wykonanie świadczeń medycznych w I półroczu 2023 r. (PLN)

Rodzaj świadczenia	2022	2023	dynamika 2023/2022
Świadczenia szpitalne	3 061 276	3 985 545	130%
AOS	280 850	343 409	122%
Psychiatria	1 008 606	1 341 583	133%
Pomoc doraźna (Izba Przyjęć, NiŚOZ)	249 833	317 973	127%
świadczenia kosztochłonne (TK, Endoskopia)	64 902	98 009	151%
Fizjoterapia	34 342	43 312	126%
ZOL	208 720	255 282	122%
POZ	170 470	175 313	103%
Świadczenia nieprzypisane	29 062	0	0%
Razem wykonanie świadczeń	5 108 061	6 560 426	128%
Udział świadczeń AOS w wartości udzielanych świadczeń	5,5%	5,2%	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Dla porównania półrocza roku bieżącego z całym rokiem ubiegłym zestawiono średniomiesięczne wyniki jakie uzyskał Szpital na realizacji kontraktów z NFZ. Wynika z niego, że Spółka z roku na rok zwiększa wartość udzielonych świadczeń o **28%**. Patrząc na proporcję, największy wzrost (o **51%**) notują pracownie diagnostyki kosztochłonnej, natomiast kwotowo największy wzrost uzyskały oddziały szpitalne (o **30%**). Praktycznie, na zeszlorocznych pozycjach pozostał POZ.

Wyżej prezentowane zestawienie zawiera w sobie zarówno efekty zwiększenia aktywności szpitalnych struktur jak i zwiększenie przez NFZ wycen procedur medycznych. Dla oceny faktycznych zmian w działalności pionu medycznego spółki zestawiono średniomiesięczne wyniki w sprzedaży usług zdrowotnych oddziałów szpitalnych mierzone w jednostkach rozliczeniowych, tzw. punktach.



Tabela 32 Średniomiesięczne wykonanie świadczeń medycznych w oddziałach szpitalnych w I półroczu 2023 r. (punkty)

Oddział	2022	2023	dynamika 2023/2022
Dział Psychiatryczny	56 202	66 118	118%
O Wewnętrzny	541 761	561 970	104%
O Ortopedii	524 276	560 042	107%
O Chirurgii Ogólnej	322 038	417 805	130%
O Rehabilitacji	191 040	274 677	144%
OAiT	187 200	193 137	103%
O Pediatryczny	155 864	153 408	98%
O Ginekologiczno-położniczy	134 345	154 311	115%
O Neonatologiczny	79 783	104 008	130%
Razem szpital	2 192 510	2 485 477	113%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W bieżącym roku uzyskały one wzrost ilościowy sprzedaży świadczeń o 13%. Właściwie wszystkie struktury poprawiły lub zachowały swoje pozycje. Największą dynamiką wzrostu wykazały się oddziały Rehabilitacji (wzrost o 44%), Neonatologiczny (wzrost o 30%) oraz Chirurgii Ogólnej (o 30%). Największa struktura Szpitala, czyli Dział Psychiatryczny uzyskał wzrost ilości sprzedawanych świadczeń o 18%. Jest to wielkość zbliżona do brakującej kwoty do wykonania kontraktu w roku 2022. Audytorzy uznają, że Dział ten jeszcze nie wykorzystał całego swojego potencjału.

Łącznie w pierwszym półroczu 2023 roku Spółka udzieliła świadczeń medycznych na łączną kwotę 39,4 mln zł. Po zapłacie przez NFZ kwoty 34,5 mln zł pozostało niezapłacone nadwykonanie 4,9 mln zł. Środki finansowe uzyskane przez Spółkę za wykonane świadczenia wzrosły w stosunku do ubiegłego roku tylko o 6%. Uwzględniając procedury NFZ dotyczące rozliczeń, nie należy uważać przedstawionego na dzień 30 czerwca 2023 zestawienia płatności za ostateczne, konieczne jest utrzymywanie kontaktu z NFZ zarówno w kwestii ostatecznego kształtu kontraktów jak i sposobu rozliczeń ewentualnych nadwykonań.

3.4. Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych

Poniżej przeanalizowano aktywność rynkową szpitala na rynku tzw. komercyjnym, czyli poza kontraktowaniem z NFZ. Sprzedaż ta prowadzona jest głównie przez zakłady i pracownie diagnostyczne, Pracownie fizjoterapii ale także przez poradnie i oddziały szpitalne. Sprzedaż usług dla podmiotów zewnętrznych zasadniczo wykonywana jest przez nie jako działalność dodatkowa.



Tabela 33 Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych

Segment rynku	2019	2020	2021	2022
Sprzedaż osobom fizycznym	brak danych	278 219	417 732	321 072
Sprzedaż jednostkom medycznym		111 232	160 415	278 819
Wpłaty pacjentów ZOL		140 925	158 123	199 111
Sprzedaż pozostałym firmom		55 758	42 472	23 774
Ogółem	661 054	586 134	778 741	822 775

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Roczny przychód z pozostałej sprzedaży usług medycznych wyniósł w 2022 roku **823 tys. zł.** Bardzo pozytywnym zjawiskiem jest tu jej wzrost na przestrzeni ostatnich lat. Wyniósł on **24%** jednak wciąż należy go uznać za niewystarczający. Wzrost sprzedaży świadczeń był niższy niż wzrost cen. **Pod względem wielkości sprzedaży Spółka plasuje się w dolnych granicach przedziału benchmarkowego.**

Źródłem przychodów z tytułu świadczeń komercyjnych są głównie osoby fizyczne i inne zakłady opieki zdrowotnej, zarówno publiczne jak i prywatne, które ze względu na potrzeby ich pacjentów są zainteresowane skorzystaniem z bazy diagnostycznej, którą dysponuje Szpital.

Okolo **40%** tej sprzedaży realizuje szpitalne Laboratorium. Jej wielkość, w porównaniu z podobnymi szpitalami powiatowymi, należy do skromnych. Sprzedaż komercyjna pracowni diagnostycznych jest dla kondycji finansowej Szpitala bardzo ważna. Z jednej strony dostarcza dodatkowych środków finansowych ale z drugiej wpływa na obniżenie kosztów jednostkowych własnych badań diagnostycznych, co przekłada się wprost na obniżenie kosztów pośrednich oddziałów szpitalnych.

Istotną rolę w sprzedaży świadczeń odgrywa Zakład Opiekuńczo-Lecznicy. Udział wpłat osób fizycznych w wysokości kontraktu z NFZ wynosi **7,2%**. Bardzo małą aktywnością na rynku usług komercyjnych wykazuje Zakład Diagnostyki Obrazowej. Jego przychody w wysokości **181 tys zł** rocznie wskazują na przychody dzienne w wysokości zaledwie około **800 zł** dziennie. Rezerwy dostrzega się także w potencjale szpitalnej fizjoterapii, której sprzedaż wynosząca **4,3 tys zł** rocznie aktualnie ma raczej symboliczny charakter.

Tabela 34 Sprzedaż świadczeń komercyjnych przez komórki Szpitala w roku 2022

Komórka	osoby fizyczne	jednostki medyczne	firmy	RAZEM
Laboratorium	203 234	120 766	828	324 828
ZOL	199 111	-	244	199 354
RTG	40 668	140 132	510	181 310
Izba przyjęć	24 634	1 153	9 460	35 247
POZ	19 755	- 221	8 668	28 202



Komórka	osoby fizyczne	jednostki medyczne	firmy	RAZEM
Oddziały szpitalne	24 432	-	-	24 432
Transport medyczny	-	9 021	-	9 021
AOS	1 015	140	3 361	4 516
Fizjoterapia	3 924	-	354	4 278
Pozostałe	3 411	7 828	349	11 587
Ogółem	520 183	278 818	23 774	822 775

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Z powodu braku danych nie było możliwym przeanalizowanie dynamiki zmian tej sprzedaży na przestrzeni ostatnich lat i wyciągnięcie wniosków co do dalszej współpracy w tym zakresie z poszczególnymi kierownikami komórek medycznych.

W celu stworzenia możliwości podnoszenia efektywności sprzedaży komercyjnej usług medycznych rekomenduje się Dyrekcji prowadzenie działań mających na celu wzmocnienie struktur zarządczych zajmujących się sprzedażą usług medycznych i ukierunkowanie ich aktywności na zwiększenie obecności Szpitala na tym rynku. Działania te powinny objąć swoim zasięgiem zarządzanie poradniami AOS, zakładami diagnostycznymi oraz strukturami marketingowymi i przede wszystkim kierowników komórek merytorycznych, od których powinniśmy oczekiwać profesjonalizmu w znajomości zarówno potrzeb pacjentów jak i biznesowego podejścia do rynku świadczeń. **Wydaje się zasadne dołożenie szczególnych starań w przygotowanie i rozwijanie koncepcji obecności jednostek Szpitala w świadomości pacjentów i budowanie prestiżu Spółki jako skutecznego i przyjaznego centrum diagnostycznego, co może przełożyć się na zwiększenie przychodów w tym obszarze.** Efektem takiej działalności będzie lepsze wykorzystanie potencjału Szpitala i tym samym obniżenie kosztów jednostkowych badań wykonywanych także na zlecenie jednostek szpitalnych.



4. Działalność medyczna

Głównym celem funkcjonowania Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o. o. jest podejmowanie działań na rzecz ochrony i poprawy stanu zdrowia ludności poprzez organizowanie i prowadzenie działalności leczniczej, profilaktycznej oraz stałe podnoszenie poziomu świadczonych usług i propagowanie zachowań prozdrowotnych. Szpital działa głównie na potrzeby mieszkańców powiatu milickiego. Ze względu na dość szerokie spektrum działalności oraz dostępność zaplecza, świadczenia udzielane są również, mieszkańcom powiatów trzebnickiego i oleśnickiego, a także powiatom południowej części Wielkopolski.

Pandemia COVID-19 doprowadziła do czasowego wstrzymania działalności większości oddziałów szpitalnych, a tym samym zdeterminowała działalność szpitala. Od momentu wybuchu pandemii, a także przez cały rok 2021, Milickie Centrum Medyczne realizowało świadczenia związane z przeciwdziałaniem i zwalczaniem negatywnych skutków COVID-19. Działania te zmusiły Szpital do zmiany dotychczasowej organizacji pracy.

MCM Sp. z o.o. realizowało świadczenia w niżej wymienionych miejscach:

- Punkcie szczepień COVID-19 – od 4 stycznia 2021 r.
- Mobilnym punkcie wymazów w kierunku COVID-19, który funkcjonował przez cały 2021 r.
- Izolatorium, które funkcjonowało od października 2021 r.
- Izbie przyjęć i oddziałach szpitalnych.

Zgodnie z Decyzją Wojewody Dolnośląskiego, MCM Sp. z o. o. zobligowane było do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w związku z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. W tym celu szpital:

- Zabezpieczał miejsca dla pacjentów z podejrzeniem COVID-19 (izba przyjęć) oraz ze stwierdzonym COVID-19
 - od 11.01.2021 do 11.02.2021- 30 (w tym 2 oit) i 5 IP
 - od 12.02.2021 do 24.02.2021 – 15 (w tym 1 oit) i 3 IP
 - od 25.02.2021 do 04.03.2021– 21 (w tym 1 oit) i 3 IP
 - od 5.03.2021 do 10.03.2021– 31 (w tym 1 oit) i 3 IP
 - od 11.03.2021 do 14.03.2021– 31 (w tym 2 oit) i 3 IP
 - od 15.03.2021 do 16.03.2021– 42 (w tym 2 oit) i 3 IP
 - od 17.03.2021 do 18.03.2021– 47 (w tym 2 oit) i 5 IP
 - od 19.03.2021 do 21.03.2021– 67 (w tym 2 oit) i 5 IP
 - od 22.03.2021 do 31.03.2021– 79 (w tym 4 oit) i 5 IP
 - od 1.04.2021 do 22.04.2021– 125 (w tym 5 oit) i 5 IP
 - od 23.04.2021 do 29.04.2021– 80 (w tym 6 oit) i 5 IP
 - od 30.04.2021 do 09.05.2021– 48 (w tym 4 oit) i 5 IP
 - od 10.05.2021 do 11.05.2021– 30 (w tym 4 oit) i 5 IP
 - od 12.05.2021 do 16.05.2021– 30 (w tym 3 oit) i 5 IP
 - od 17.05.2021 do 17.05.2021– 14 (w tym 3 oit) i 5 IP
 - od 18.05.2021 do 23.05.2021 – 11 (w tym 1 oit) i 5 IP
 - od 24.05.2021 do 31.05.2021– 5 IP
 - od 1.06.2021 do 23.11.2021– 3 IP
 - od 24.11.2021 do 26.11.2021– 21 (w tym 1 oit) i 3 IP



- od 27.11.2021 do 28.11.2021 – 53 (w tym 2 oit) i 3 IP
- od 29.11.2021 do 31.12.2021 – 75 (w tym 2 oit) i 3 IP
- od 3.12.2021 – 88 (w tym 3 oit) i 5 IP
- od 13.12.2021 – 100 (w tym 3 oit) i 5 IP
- od 16.12.2021 – 101 (w tym 4 oit) i 5 IP
- od 17.12.2021 - 111 (w tym 4 oit) i 5 IP
- od 20.12.2021 – 112 (w tym 5 oit) i 5 IP
- od 31.01.2022 – 103 (w tym 4 oit i 22 pediatryczne) i 5 IP
- od 11.02.2022 – 82 (w tym 2 oit i 22 pediatryczne) i 5 IP
- od 16.02.2022 – 72 (w tym 2 oit i 12 pediatrycznych) i 5 IP
- od 18.02.2022 – 62 (w tym 2 oit i 12 pediatrycznych) i 5IP
- od 25.02.2022 – 30 (w tym 2 oit) i 5 IP
- od 11.03.2022 – 3 IP.

Z dniem 1 kwietnia 2023r. uchylone zostały wszystkie dotychczasowe Decyzje Wojewody.

Decyzje Wojewody Dolnośląskiego o zapewnienie miejsc dla pacjentów COVID-19 sprawiły, że czasowo wyłączone z dotychczasowej działalności były niemal wszystkie oddziały szpitalne. Wyjątkiem był oddział rehabilitacyjny, który działał w ograniczonym zakresie, ZOL dla wentylowanych mechanicznie oraz psychiatria (brak instalacji tlenowej).

4.1. Lecznictwo stacjonarne i pomoc doraźna

Do podstawowych zadań oddziałów szpitalnych należy między innymi:

- ✓ leczenie chorych zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną,
- ✓ udzielanie świadczeń konsultacyjnych pacjentom z innych oddziałów szpitalnych oraz pacjentom kierowanym na konsultacje specjalistyczne przez poradnie specjalistyczne Szpitala i podmioty, z którymi zostały zawarte umowy w tym zakresie,
- ✓ zabezpieczenie rehabilitacji, w tym wczesnej rehabilitacji przyłóżkowej, pacjentom wymagającym usprawnienia,
- ✓ wykonywanie badań diagnostycznych, na rzecz pacjentów hospitalizowanych w oparciu o odpowiednie pracownie diagnostyczne,
- ✓ zapewnienie profesjonalnej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej,
- ✓ zapewnienie przyjętemu pacjentowi leków i artykułów sanitarnych,
- ✓ zapewnienie pomieszczenia i wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia,
- ✓ realizacja programów zdrowotnych i promocja zdrowia,
- ✓ prowadzenie spraw z zakresu orzecznictwa lekarskiego,
- ✓ prowadzenie specjalizacji, szkoleń oraz dokształcania pracowników medycznych,
- ✓ prowadzenie spraw związanych z dokumentacją i statystyką medyczną,
- ✓ zapewnienie osobom upoważnionym informacji o stanie pacjenta.

Oddział Chorób Wewnętrznych

Oddział dysponuje 32 łózkami. Do dyspozycji pacjentów są sale dwu-, cztero- i pięcioosobowe, w tym 2 monitorowane sale wzmożonego nadzoru medycznego. W oddziale pełnione są całodobowe dyżury medyczne w trybach nieplanowych i planowych przyjęć.



W oddziale prowadzi się diagnostykę i leczenie zachowawcze pacjentów z chorobami układu krążenia, układu oddechowego, zaburzeniami przemiany materii, chorobami przewodu pokarmowego oraz innymi schorzeniami w zakresie chorób wewnętrznych. Oddział posiada nowoczesną aparaturę diagnostyczną oraz dysponuje ciągłym dostępem do licznych pracowni diagnostycznych i laboratorium, możliwość wykonania zabiegów diagnostycznych i odbarczających punkcji jam opłucnowych i jamy otrzewnowej. Prowadzi diagnostykę i terapię zgodnie z przyjętymi standardami i zaleceniami. Wykonuje m.in procedury:

- usg narządów jamy brzusznej, tarczycy, piersi , tętnic oraz żył.
- echo serca, stres-test, Holter EKG oraz ciśnieniowy (RR),
- spirometrie,
- endoskopowe badania: gastroskopia, kolonoskopia,
- diagnostykę rtg,
- TK głowy, klatki piersiowej, szyj, jamy brzusznej oraz układu naczyniowego.
- szerokie spektrum badań laboratoryjnych, w tym bakteriologicznych.

Oddział liczy 32 łóżka, w 2022 roku na oddziale leczono łącznie 1552 pacjentów, obłożenie wynosiło średnio 86,6%, średni czas pobytu chorego 6,5 dnia.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zaliczyć można:

- U07.1 Covid-19, wirus zidentyfikowany (22,4%)
- I50.0 Niewydolność serca zastoinowa (7,3%),
- I50.1 Niewydolność serca lewokomorowa (3,6%),
- N17.9 Ostra niewydolność nerek (2,6%),
- J84.1 Inne choroby tkanki śródmiąższowej płuc ze zwłóknieniem (2,3%).

Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologii

W oddziale wykonywane są procedury z zakresu chirurgii ogólnej i onkologicznej oraz urologii ogólnej i onkologicznej.

W zakresie Chirurgii Ogólnej są to:

- zabiegi w obrębie jamy brzusznej z uwzględnieniem chorób nowotworowych przewodu pokarmowego,
- operacje przepuklin pachwinowych metodą otwartą i laparoskopową,
- operacje żyłaków kończyn dolnych,
- operacje żyłaków odbytu metodą Barronai Longo,
- usunięcie pęcherzyka żółciowego standardowo i metodą laparoskopową,
- usunięcie tarczycy.

Oddział posiada wieloletnie doświadczenie w endoskopowej diagnostyce i leczeniu chorób przewodu pokarmowego. Tą mało inwazyjną metodą usuwane są zmiany nowotworowe żołądka i jelita grubego takie jak: polipy i gruczolaki, wykonywane są również zabiegi tamowania krwawień przewodu pokarmowego.

Z zakresu urologii ogólnej i urologii onkologicznej oddział dysponuje nowoczesnym sprzętem umożliwiającym wykonywanie zabiegów urologicznych z wykorzystaniem



najnowocześniejszych technik operacyjnych, w tym metody laparoskopowej, która znacząco ogranicza uraz okołoperacyjny.

Na oddziale wykonywana jest kompleksowa diagnostyka oraz leczenie zachowawcze i operacyjne chorób układu moczowo – płciowego, takich jak :

- usunięcie gruczolaka prostaty metodą endoskopową i otwartą,
- operacje naprawcze moczowodów,
- endoskopowe leczenie zwężenia cewki moczowej,
- usunięcie gruczołu krokowego z powodu raka (metodą laparoskopową i otwartą),
- usunięcie guza nerki z jej otoczeniem,
- usunięcie nerki z powodu raka (metodą laparoskopową i otwartą),
- usunięcie nadnercza z powodu guza (metodą laparoskopową i klasyczną),
- usunięcie pęcherza moczowego z powodu raka,
- endoskopowe zabiegi usunięcia guza pęcherza moczowego,
- operacje wodniaka jądra,
- operacje stulejki,
- leczenie wad wrodzonych i nabytych układu moczowo-płciowego.

Oddział liczy 20 łóżek, w 2022 roku na oddziale leczono łącznie 1339 pacjentów, obłożenie wynosiło średnio 58,3%, średni czas pobytu wyniósł 3,2 dni.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zaliczyć można:

- N40 Rozrost gruczołu krokowego (8,6%),
- K80.1 Kamica pęcherzyka żółciowego z innym zapaleniem pęcherzyka żółciowego (8,1%),
- K40.9 Jednostronna lub nieokreślona przepuklina pachwinowa (7,8%),
- C67.2 Ściana boczna pęcherza moczowego (4,8%),
- I83.9 Żyłki kończyn dolnych bez owrzodzenia i zapalenia (4,7%).

Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej

Oddział zabezpiecza pacjentów z powiatu milickiego, oleśnickiego, trzebnickiego, średzkiego i wrocławskiego, natomiast procedury z zakresu endoprotezoplastyki stawów (biodro, kolano) wykonywane są u pacjentów z całego kraju. Oddział koncentruje się na wysokopłatnych procedurach, szczególnie alloplastykach stawów. Oddział uzyskał dodatkowy przelicznik (1,2) dla zabiegów pierwotnych alloplastyk stawów:

- Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra,
- Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z zastosowaniem trzpienia przynasadowego,
- Endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana.

Wprowadzono zabiegi alloplastyki stawu barkowego z oddzielnie refundowanym kosztem implantu przez NFZ.

Uzyskano prawo do wykonywania zabiegów rewizyjnych:



- Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa biodra,
- Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita biodra,
- Endoprotezoplastyka rewizyjna częściowa kolana,
- Endoprotezoplastyka rewizyjna całkowita kolana.

Oddział przeprowadza również szeroką gamę innych zabiegów i procedur (urazowych, artroskopowych i mniejszych zabiegów ortopedycznych).

Wg kierownictwa oddziału: główną przeszkodą uniemożliwiającą zwiększenie ilości wykonywanych zabiegów jest ilość sal chorych i dostępność bloku operacyjnego. Oddział dysponuje 15 łózkami na 4 salach chorych. Pacjenci są grupowani wg płci i typów zabiegów (pacjenci do zabiegów „czystych” i „brudnych”). Mała ilość sal na oddziale szczególnie utrudnia prace, gdy występuje konieczność izolacji pacjenta/pacjentów (wtedy blokowane są 2 lub 3 pozostałe łóżka na sali). Okresowo mniejsze obłożenie łóżek wynika z konieczności odwoływania zabiegów lub konieczności izolacji pacjentów septycznych. Oddział boryka się z niedostateczną obsadą anestezyjologiczną. Mimo 3 sal operacyjnych najczęściej znieczulenia odbywają się na dwóch lub jednej sali. Przy trzech oddziałach zabiegowych w szpitalu oznacza to ograniczenie liczby zabiegów operacyjnych.

Oddział liczy 15 łóżek, w 2022 roku na oddziale leczono łącznie 778 pacjentów, obłożenie wynosiło średnio 66,0%, średni czas pobytu wyniósł 4,6 dni.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:

- M16.1 Inne pierwotne koksartrozy (13,1%),
- M17.1 Inne pierwotne gonartrozy (12,0%),
- T93.3 Następstwa zwichnięcia, skręcenia i naderwania kończyny dolnej (6,0%),
- S83.6 Skręcenie i naderwanie innych, nieokreślonych części kolana (5,5%),
- M75.8 Inne uszkodzenia barku (5,0%).

Oddział Ginekologii i Położnictwa

Oddział ginekologiczno-położniczy dysponuje 19 łózkami. W części położniczej są to łóżka rooming-in, gdzie matka przebywa stale z dzieckiem. W oddziale leczone są schorzenia okresu ciąży oraz schorzenia ginekologiczne w pełnym zakresie. Oddział posiada nowoczesny trakt porodowy z wydzielonymi boksami i całkowicie wydzieloną salą porodów rodzinnych oraz nowoczesną salą operacyjną przeznaczoną wyłącznie do cięć cesarskich.

W oddziale wykonywany jest szeroki zakres dużych operacji i drobnych zabiegów ginekologicznych. Zapewniony jest dostęp do całodobowej diagnostyki laboratoryjnej, radiologicznej i ultrasonograficznej oraz konsultacji specjalistycznych. Oddział gwarantuje kompleksową i fachową opiekę położniczą z możliwością zastosowania nowoczesnych metod i technik pielęgnowania. Oddział prowadzi Szkołę Rodzenia.

W 2022 roku na oddziale części ginekologicznej leczono łącznie 457 pacjentek, przy liczbie łóżek 8 i średnim obłożeniu na poziomie 28,7%. Średni czas pobytu pacjentek wyniósł 1,8 dnia.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:



- O20.0 Poronienie zagrażające (6,8%),
- N85.0 Rozrost gruczoowy błon śluzowej macicy (6,6%),
- N95.0 Krwawienie pomenopauzalne (6,2%),
- O02.1 Poronienie chybione (6,2%),
- N93.8 Inne określone nieprawidłowe krwawienie maciczne i pochwowe (6,2%).

W 2022 roku na oddziale w części położniczej leczono łącznie 442 pacjentek, przy liczbie łóżek 11 i średnim obłożeniu na poziomie 46,0%. Średni czas pobytu pacjentek wyniósł 4,2 dnia.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:

- O80.0 Poród samoistny w ułożeniu podłużnym potylicowym (41,1%),
- O82.0 Poród przez cięcie cesarskie z wyboru, planowany (26,9%),
- O82.1 Poród przez cięcie cesarskie ze wskazań nagłych (13,9%),
- O47.1 Poród fałszywy w 37 tygodniu ciąży lub później (6,2%).
- O47.0 Poród fałszywy przed ukończeniem 37 tygodnia ciąży (3,2%).

W obrębie oddziału położniczego funkcjonuje trakt porodowy z salą do cięć cesarskich przeznaczony do przyjęcia rodzącej, odebrania porodu i wykonania niezbędnych zabiegów u rodzącej i noworodka. Oprócz sali do cięć dostępne są dwa stanowiska porodowe. Brak w ofercie znieczulenia „na życzenie”, według rozmówcy ze względu na ograniczoną dostępność lekarzy anestezjologów.

Liczba porodów

Liczbę porodów zanotowanych w MCM Sp. z o.o. w latach 2019-IV 2023 przedstawia tabela poniżej.

Tabela 35 Liczba porodów

Rodzaj porodu	2019	2020	2021	2022	I-IV 2023
Drogą naturalną	223	270	206	187	61
Cięcie cesarskie	217	208	180	178	55
Razem	440	478	386	365	116

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego sp. z o. o.

W roku 2019 liczba porodów w Szpitalu ukształtowała się na poziomie 440 porodów. W kolejnym roku liczba porodów wzrosła i wyniosła 478. W 2021 roku liczba porodów w porównaniu do roku poprzedniego uległa zmniejszeniu o 92 porody i wyniosła 386. W kolejnym roku tym roku odebrano 365 porodów. Od stycznia do kwietnia 2023 roku odnotowano 116 porodów. Odsetek cięć cesarskich wynosił od 44% do 49%.

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia odsetek cięć cesarskich nie powinien przekraczać 15% liczby wszystkich porodów w danym roku. W Szpitalu w Miliczu w całym analizowanym okresie poziom wykonanych cięć cesarskich przekroczył odsetek operacji rekomendowanych przez WHO.



Oddział Neonatologiczny

Oddział neonatologiczny jest oddziałem I stopnia w systemie trójstopniowej opieki okołoporodowej. Pacjentami oddziału są noworodki donoszone, zdrowe lub z niewielkimi problemami zdrowotnymi z ciąży pojedynczej, bowiem noworodki urodzone przedwcześnie, z ciąż bliźniaczych, wysokiego ryzyka i zagrożonych są hospitalizowane w szpitalach o wyższych lub specjalistycznych poziomach zabezpieczenia zdrowotnego. Oddział dysponuje 6 łóżkami rooming-in i 4 inkubatorami. Oddział ma możliwość całodobowej diagnostyki laboratoryjnej, radiologicznej, ultrasonograficznej.

W 2022 roku na oddziale leczono łącznie 365 pacjentów, przy średnim obłożeniu łóżek na poziomie 36,4%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 3,6 dnia.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:

- P08.2 Noworodek urodzony w wyliczonym terminie, nie wykazujący nadmiaru urodzeniowej masy ciała lub wielkości w stosunku do wieku płodowego (44,2%),
- P59.9 Żółtaczka noworodków, nieokreślona (13,5%),
- P83.5 Wrodzony wodniak jądra (9,1%),
- P08.1 Inne noworodki z bardzo dużą w stosunku do wieku płodowego masą ciała (6,1%),
- P05.0 Niska urodzeniowa masa ciała noworodka w stosunku do wieku płodowego (3,6%).

Oddział Pediatriczny

W oddziale leczone są dzieci ze schorzeniami wieku dziecięcego od 1-go miesiąca życia do 18-go roku życia (profil ogólnopediatriczny). Oddział prowadzi wieloprofilową diagnostykę ultrasonograficzną, gastroenterologiczną, radiologiczną, kardiologiczną (całodobowe zapisy ekg i ciśnienia tętniczego krwi) oraz laboratoryjną (skomputeryzowane laboratorium z pełnym zakresem badań podstawowych, także diagnostykę alergii, chorób tarczycy, wstępną diagnostykę zaburzeń odporności) oraz zapewnia konsultacje specjalistyczne (nefrologiczną, neurologiczną, laryngologiczną, okulistyczną i ortopedyczną).

W 2022 roku na oddziale leczono łącznie 639 pacjentów, przy liczbie łóżek 15 i średnim obłożeniu na poziomie 42,3%. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 3,6 dnia.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:

- A09 Biegunka i zapalenie żołądkowo-jelitowe o prawdopodobnie zakaźnym pochodzeniu (11,7%),
- A08.0 Nieżyt jelitowy wywołany przez rotawirusy (5,6%),
- J21.9 Nieokreślone ostre zapalenie oskrzelików (4,3%),
- K29.9 Zapalenie żołądka i dwunastnicy, nieokreślone (3,4%),
- U07.1 COVID-19, wirus zidentyfikowany (3,0).



Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

Oddział posiada I stopień referencyjny, świadczy usługi w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii:

- anestezji, czyli wykonywania znieczuleń ogólnych lub regionalnych do planowych i nagłych zabiegów operacyjnych, zabiegów diagnostycznych,
- intensywnej terapii świadczonej w ramach OIT,
- przygotowywania pacjentów do planowych znieczuleń w ramach Poradni Konsultacyjnej Anestezjologicznej oraz konsultacji anestezjologicznej w przededniu operacji,
- reanimacji pacjentów,
- leczenia bólu (certyfikat Szpital bez bólu),
- leczenia żywieniowego pacjentów w stanach ciężkich.

W strukturach jest 5 wyposażonych stanowisk, w tym jedno w odrębnej sali ze śluzą (izolatka).

W 2022 roku na oddziale leczono łącznie 76 pacjentów, obłożenie łóżek wynosiło średnio 52,3%, a średni czas pobytu pacjenta wynosił 15,1 dnia.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:

- U07.1 COVID-19, wirus zidentyfikowany (40,0%)
- J96.0 Ostra niewydolność oddechowa (30,0%),
- I46.0 Zatrzymanie krążenia ze skuteczną resuscytacją (10,0%),
- J96.1 Przewlekła niewydolność oddechowa (5,0%).

Oddział Rehabilitacji

Oddział Rehabilitacji liczy 52 łóżka rozmieszczone w salach jedno- do pięcioosobowych. Oddział specjalizuje się w rehabilitacji schorzeń narządu ruchu, zwłaszcza po zabiegach ortopedycznych, urazach sportowych, rekonstrukcjach.

Oddział dysponuje nowoczesną aparaturą do fizykoterapii umożliwiającą wykonywanie:

- zabiegów elektrolecniczych,
- zabiegów ciepłych,
- magneto i laseroterapii,
- krioterapii miejscowej,
- ultradźwięków,
- masażu podwodnego w różnych odmianach.

W 2022r. w oddziale leczono 608 pacjentów, średni czas pobytu wynosił 24,1 dnia, natomiast średnie obłożenie łóżek wynosiło 77,1%.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:

- Z96.6 Obecność wszczepów ortopedycznych (21,5%),
- M51.3 Inne określone zwyrodnienia krążka międzykręgowego (11,3%),



- M51.1 Choroby krążków międzykręgowych lędźwiowych i innych z uszkodzeniem korzeni nerwów rdzeniowych (9,8%),
- M16.1 Inne pierwotne koksartrozy (5,7%),
- M17.0 Pierwotna obustronna gonartroza (5,3%).

Zakład Opiekuńczo Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie

Oddział przeznaczony jest dla osób z niewydolnością oddechową u których zakończono proces leczenia przyczynowego, jednak nadal wymagających stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora bez konieczności hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii.

Oddział składa się z sześciu dwuosobowych sal wyposażonych w profesjonalny sprzęt leczniczy i pielęgnacyjny, między innymi: respiratory, kardiomonytory, ssaki elektryczne, łóżka z regulacją wysokości, profesjonalne materace przeciwoleżynowe, defibrylator, pompy żywieniowe, pompy infuzyjne, sprzęt rehabilitacyjny, podnośnik do przewożenia chorych.

ZOL liczy 12 łóżek, w 2022 roku leczono na nim łącznie 21 pacjentów, obłożenie wynosiło średnio 97,4%, a średni czas pobytu 164,1dni.

W roku 2022 100% hospitalizacji dotyczyło rozpoznania J96.1 Przewlekłej niewydolności oddechowej.

Oddział Psychiatryczny Ogólny

Oddział składa się z trzech odcinków/ pododdziałów: damskiego, męskiego oraz koedukacyjnego. Każdy odcinek posiada Zarządzającego oraz Pielęgniarkę/rza Oddziałowego. W oddziale prowadzona jest diagnostyka i terapia wszelkich zaburzeń psychicznych osób dorosłych – depresyjnych, psychoz, zaburzeń lękowych, zaburzeń zachowania u osób upośledzonych umysłowo, zaburzeń świadomości, zwłaszcza w alkoholowych zespołach abstynencyjnych oraz zaburzeń na podłożu organicznym.

Oddział funkcjonuje na zasadzie społeczności terapeutycznej. Pacjenci uczestniczą w zajęciach organizowanych przez psychologów i terapeutów zajęciowych. W procesie leczniczo-rehabilitacyjnym stosowane są różne formy oddziaływań pozafarmakologicznych:

- terapia relaksacyjna, zajęciowa, ruchowa,
- psychorysunek,
- psychoedukacja pacjentów i ich rodzin,
- psychoterapia grupowa i indywidualna,
- terapia ruchowa,
- oddziaływanie socjalne.

Oddział liczy 90 łóżek, w 2022 roku leczono na nim łącznie 841 pacjentów, obłożenie wynosiło średnio 75,1%, a średni czas pobytu wyniósł 29,3 dni.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:

- F20.0 Schizofrenia paranoidalna (19,1%),
- F19.5 Zaburzenia psychotyczne (5,2%),



- F43.2 Zaburzenia adaptacyjne (5,0%),
- F 33.1 Zaburzenie depresyjne nawracające, obecnie - epizod depresyjny umiarkowany (4,7%),
- F06.3 Organiczne zaburzenia nastroju [afektywne] (4,1%).

Oddział Detoksykacji Alkoholowej

Oddział liczy obecnie 15 łóżek, funkcjonuje w strukturach odcinka koedukacyjnego. W czasie pobytu pacjent otrzymuje kompleksową opiekę medyczną, która obejmuje leczenie farmakologiczne oraz podstawy wiedzy na temat uzależnienia od alkoholu i sposobów terapii. Po uzyskaniu stabilizacji stanu somatycznego, pacjenci mają możliwość uczestniczenia w zajęciach psychoedukacyjnych motywujących do podjęcia dalszego leczenia.

Na oddziale w 2022 roku leczono łącznie 376 pacjentów, obłożenie wynosiło średnio 70,0%, przy średnim czasie pobytu 10,2 dni.

Do najczęstszego rozpoznania odnotowanego w roku 2022 zalicza się F10.3 Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane użyciem alkoholu (zespół abstynencyjny), (83,02%).

Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży

Oddział prowadzi leczenie farmakologiczne, psychoterapię indywidualną oraz terapię rodzinną w następujących zaburzeniach: depresje, zaburzenia lękowe, zaburzenia zachowania, anoreksja i bulimia nervosa, a także w psychozach. W trakcie hospitalizacji pacjenci oddziału mogą kontynuować naukę w zakresie szkoły podstawowej oraz gimnazjum. W czasie wolnym korzystają z terapii zajęciowej.

Liczba łóżek 25, w 2022 roku leczono łącznie 203 pacjentów, obłożenie wynosiło średnio 88,0%, a średni czas pobytu wyniósł 39,6 dni.

Do najczęstszych rozpoznań odnotowanych w roku 2022 zalicza się:

- F32.1 Epizod depresji umiarkowany (16,2%),
- F43.2 Zaburzenia adaptacyjne (11,9%),
- F93.8 Inne zaburzenia emocjonalne okresu dzieciństwa (6,5%),
- F92.8 Inne mieszane zaburzenia zachowania i emocji (5,9%),
- F92.0 Depresyjne zaburzenie zachowania (5,9%).

Izba Przyjęć

Izba Przyjęć Ogólna stanowi centralny punkt szpitala, zapewniający całodobowe świadczenia zdrowotne w zakresie lecznictwa szpitalnego, jej działalność obejmuje:

- przyjęcia do szpitala pacjentów kierowanych przez lekarzy POZ i lekarzy specjalistów – ze skierowaniem,
- przyjęcia pacjentów z nagłymi przypadkami w godz. od 18.00 do 8.00 (w okresie niefunkcjonowania praktyk lekarzy rodzinnych),



- przyjęcia chorych, którzy ulegli wypadkowi,
- koordynację transportu sanitarnego.

Izba Przyjęć pracuje w trybie ciągłym. Podzielona jest na dwie części: ogólną i dziecięcą. Posiada dwie własne izolatki, w celu obserwacji chorych z podejrzeniem chorób zakaźnych oraz dwie sale obserwacyjne.

Tabela 36 Zestawienie liczby pacjentów obsłużonych w Izbie Przyjęć

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022	I-IV 2023
IZBA PRZYJĘĆ NOCNA I ŚWIĄTECZNA	7 784	3 788	3 809	5 264	1 810
<i>średniomiesięcznie</i>	<i>649</i>	<i>316</i>	<i>317</i>	<i>439</i>	<i>453</i>
IZBA PRZYJĘĆ Z WYMAZAMI	5 608	4 241	8 459	7 796	1 413
<i>średniomiesięcznie</i>	<i>467</i>	<i>353</i>	<i>705</i>	<i>650</i>	<i>353</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego sp. z o. o.

Lecznictwo stacjonarne - statystyka medyczna

Przeprowadzona analiza wskaźników medycznych MCM Sp. z o.o. obejmuje lata 2019 – IV 2023 roku. Ponieważ statystyka w roku 2020 i 2021 mogła zostać naznaczona wpływem pandemii Covid, skutkującymi trudnościami organizacyjnymi wynikającymi z zaostrzonego reżimu sanitarnego i ograniczeniami w realizacji planowych procedur, wiarygodnemu porównaniu statystyki medycznej powinny posłużyć dane za rok 2019.

Tabela 37 Liczba łóżek na oddziałach szpitalnych

Oddział Szpitalny	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Oddział Chorób Wewnętrznych	32	32	56 (COV24)	32	32
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologicznej	20	20	20	20	20
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	15	15	15	15	15
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc gin.	8	8	8	8	8
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc poł.	11	11	11	11	11
Oddział Neonatologiczny	6	10	10	10	10
Oddział Pediatriczny	15	15	15	15	15
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	5	5	5	6	6
Oddział Rehabilitacyjny	52	52	52	52	52
Razem Oddziały	164	168	192	169	169
Oddział Psychiatryczny Ogólny	90	90	90	90	90
Oddział Detoksykacji Alkoholowej	15	15	15	15	15
Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży	25	25	25	25	25
Razem Dział Psychiatrii	130	130	130	130	130
Zakład Opiekuńczo Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	12	12	12	12	12
OGÓŁEM	306	310	334	311	311

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



W okresie analizy liczba łóżek na oddziałach szpitalnych uległa wahaniom. W roku 2019 Szpital liczył 306 łóżek. W roku 2020 liczba łóżek wzrosła o 4 (na Neonatologii). W kolejnym roku ze względu na uruchomienie dodatkowych łóżek covidowych w liczbie 24 Szpital liczył 334 łóżka. W roku 2022 i 2023 liczba łóżek wynosiła 311 (plus 1 łóżko no OiT w porównaniu do roku 2020).

Tabela 38 Procentowy wskaźnik wykorzystania łóżek

Oddział Szpitalny	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Oddział Chorób Wewnętrznych	83,7%	69,6%	68,7%	86,6%	74,3%
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologicznej	74,3%	52,4%	51,7%	58,3%	65,8%
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	60,0%	55,2%	54,9%	66,0%	65,5%
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc gin.	32,8%	29,3%	29,3%	28,7%	46,9%
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc poł.	54,1%	55,0%	48,5%	46,0%	46,0%
Oddział Neonatologiczny	70,7%	44,2%	37,0%	36,4%	32,8%
Oddział Pediatriczny	44,2%	26,4%	31,9%	42,3%	51,4%
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	77,9%	73,1%	70,0%	52,3%	55,8%
Oddział Rehabilitacyjny	91,3%	63,5%	50,9%	77,1%	97,5%
Razem Oddziały	74,1%	56,4%	53,7%	65,0%	71,4%
Oddział Psychiatryczny Ogólny	99,9%	72,3%	84,8%	75,1%	89,7%
Oddział Detoksykacji Alkoholowej	67,0%	56,6%	78,4%	70,0%	80,9%
Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży	87,6%	81,0%	87,8%	88,0%	96,0%
Razem Dział Psychiatrii	93,7%	72,3%	84,6%	77,0%	89,9%
Zakład Opiekuńczo Lecznicy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	98,9%	91,5%	95,9%	97,4%	99,8%
OGÓLEM	67,9%	64,3%	67,3%	71,2%	80,2%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W badanym okresie wskaźnik wykorzystania łóżek ogółem ulegał wahaniom – ostatecznie był wyższy o 12 pp. niż w roku bazowym. Na oddziałach szpitalnych wskaźnik uległ spadkowi – w roku 2019 wynosił 74,1%, zaś w okresie do IV 2023 71,4% (w roku 2022 był jeszcze niższy). Najwyższy spadek w okresie analizy zanotował Oddział Neonatologiczny oraz Anestezjologii i Intensywnej Terapii – na obniżenie wskaźnika w przypadku tych dwóch oddziałów miało wpływ zwiększenie liczby łóżek przy jednoczesnym spadku liczby pacjentów. Spadek zanotowały również Interna, Chirurgia i Położnictwo. Wzrost wskaźnika widoczny jest z kolei na Ginekologii, Pediatrii, Ortopedii i Rehabilitacji. W przypadku Działu Psychiatrii zanotowano spadek wskaźnika wykorzystania łóżek. Wysokie wskaźniki utrzymywały się na ZOL-u.

Tabela 39 Liczba leczonych

Oddział Szpitalny	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Oddział Chorób Wewnętrznych	1 651	1 242	1 707	1 552	553
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologicznej	1 559	1 085	1 070	1 339	510
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	583	522	606	778	266
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc gin.	427	379	387	457	237
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc poł.	520	537	455	442	150
Oddział Neonatologiczny	440	483	388	365	119
Oddział Pediatriczny	698	376	473	639	229
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	82	84	95	76	31
Oddział Rehabilitacyjny	815	576	415	608	283
Razem Oddziały	6 775	5 284	5 596	6 256	2 378
Oddział Psychiatryczny Ogólny	1 028	749	866	841	359



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Oddział Szpitalny	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Oddział Detoksykacji Alkoholowej	351	327	427	376	147
Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży	175	163	191	203	75
Razem Dział Psychiatrii	1 554	1 239	1 484	1 420	581
Zakład Opiekuńczo Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	30	38	25	26	15
OGÓŁEM	8 359	6 561	7 105	7 702	2 974

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W okresie pandemii liczba leczonych w Szpitalu uległa znacznemu spadkowi. Średniomiesięcznie w okresie I-IV 2023 roku leczono więcej pacjentów niż w roku 2019. Największy wzrost liczby pacjentów widoczny jest na Oddziale Ortopedycznym i Ginekologii. Spadek z kolei notuje Położnictwo i Noworodki. Najwięcej pacjentów w analizowanym okresie hospitalizowanych było na Oddziale Wewnętrznym (23%-31% ogółu pacjentów w lecznictwie szpitalnym) i Chirurgii Ogólnej i Urologicznej (19%-23% ogółu pacjentów w lecznictwie szpitalnym). W Dziale Psychiatrii również zanotowano wzrost liczby pacjentów (średniomiesięcznie więcej 16-stu pacjentów niż w roku bazowym).

Tabela 40 Liczba osobodni

Oddział Szpitalny	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Oddział Chorób Wewnętrznych	9 780	8 148	14 047	10 119	2 853
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologicznej	5 421	3 838	3 772	4 257	1 580
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	3 283	3 030	3 006	3 614	1 179
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc gin.	958	858	855	838	450
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc poł.	2 174	2 213	1 949	1 845	607
Oddział Neonatologiczny	1 549	1 617	1 351	1 329	394
Oddział Pediatriczny	2 419	1 447	1 748	2 316	926
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	1 422	1 338	1 278	1 146	402
Oddział Rehabilitacyjny	17 338	12 088	9 658	14 627	6 084
Razem Oddziały	44 344	34 577	37 664	40 091	14 475
Oddział Psychiatryczny Ogólny	32 811	23 801	27 852	24 656	9 683
Oddział Detoksykacji Alkoholowej	3 670	3 109	4 294	3 835	1 456
Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży	7 996	7 407	8 010	8 029	2 881
Razem Dział Psychiatrii	44 477	34 317	40 156	36 520	14 020
Zakład Opiekuńczo Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	4 332	4 020	4 202	4 267	1 437
OGÓŁEM	93 153	72 914	82 022	80 878	29 932

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Liczba osobodni ogółem spadła w roku pandemii (2020r.), po czym rosła w kolejnych dwóch latach. Ostatecznie była niższa niż przez pandemią. Spadek liczby osobodni przy wzroście liczby pacjentów oznacza skrócenie czasu pobytu pacjentów w Szpitalu, co należy ocenić pozytywnie.

Średniomiesięczna liczba osobodni najwyższa była w roku 2019. W okresie styczeń-kwiecień 2023 roku liczba osobodni była niższa średnio o 4% w stosunku do roku 2019. Największą liczbą osobodni cechował się Oddział Rehabilitacyjny oraz Oddział Psychiatryczny Ogólny.



Tabela 41 Średni okres pobytu pacjenta

Oddział Szpitalny	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Oddział Chorób Wewnętrznych	5,9	6,6	8,2	6,5	5,2
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologicznej	3,5	3,5	3,5	3,2	3,1
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	5,6	5,8	5,0	4,6	4,4
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc gin.	2,2	2,3	2,2	1,8	1,9
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc pot.	4,2	4,1	4,3	4,2	4,0
Oddział Neonatologiczny	3,5	3,3	3,5	3,6	3,3
Oddział Pediatryczny	3,5	3,8	3,7	3,6	4,0
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	17,3	15,9	13,5	15,1	13,0
Oddział Rehabilitacyjny	21,3	21,0	23,3	24,1	21,5
Razem Oddziały	6,5	6,5	6,7	6,4	6,1
Oddział Psychiatryczny Ogólny	31,9	31,8	32,2	29,3	27,0
Oddział Detoksykacji Alkoholowej	10,5	9,5	10,1	10,2	9,9
Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży	45,7	45,4	41,9	39,6	38,4
Razem Dział Psychiatrii	28,6	27,7	27,1	25,7	24,1
Zakład Opiekuńczo Lecznicy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	144,4	105,8	168,1	164,1	95,8
OGÓLEM	11,1	11,1	11,5	10,5	10,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Najkrótszy wskaźniki okresu pobytu pacjenta Szpital zanotował w okresie od I-IV 2023r. Okres ten skrócił się niemal na każdym oddziale. Nieznacznemu wydłużeniu uległ z kolei okres pobytu na Oddziale Pediatrii (0,6 dnia) i Oddziale Rehabilitacji (0,2 dnia). Trend spadkowy w tym obszarze jest zjawiskiem pozytywnym i pożądanym.

Porównanie średniego czasu hospitalizacji na oddziałach w MCM Sp. z o.o. do danych wojewódzkich i ogólnopolskich prezentuje tabela poniżej.

Tabela 42 Średni okres pobytu w porównaniu do danych dla województwa i Polski

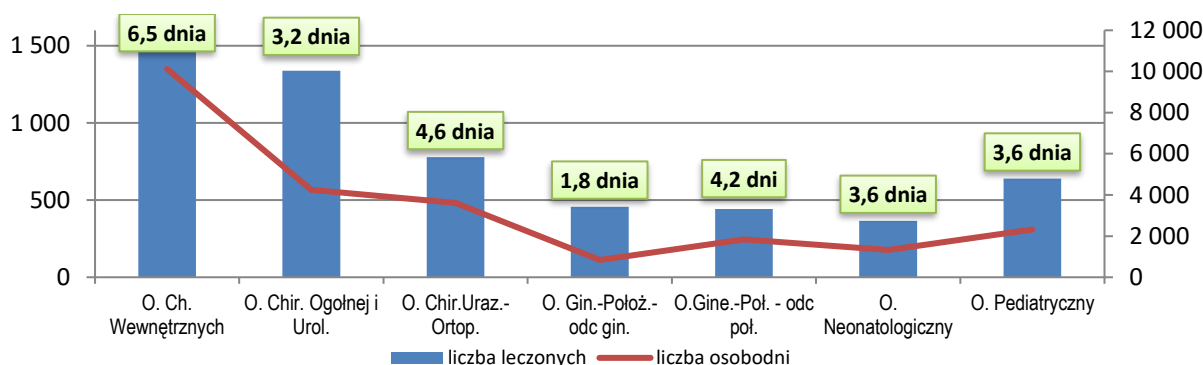
Oddział szpitalny	MCM Sp. z o.o.	Województwo dolnośląskie	Polska
Oddział Chorób Wewnętrznych	6,5	7,4	7,6
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologicznej	3,2	3,9	4,5
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	4,6	4,6	4,5
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	3,0	3,7	3,3
Oddział Neonatologiczny	3,6	4,6	4,5
Oddział Pediatryczny	3,6	3,0	3,5
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	15,1	9,9	9,3
Oddział Rehabilitacyjny	24,1	24,1	23,9
Oddział Psychiatryczny Ogólny	29,3	38,9	26,6

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MCM Sp. z o.o. oraz danych <https://stat.gov.pl/>.

Pobyt pacjentów na 4 oddziałach szpitalnych w MCM Sp. z o.o. wypada lepiej niż średnie okresy pobytu chorego analogicznych oddziałach w innych wojewódzkich i polskich szpitalach. Dłuższe pobytu generują wyższe koszty leków, pobytu (wyżywienia itp.). Jedynie Oddział Anestezjologii wypada słabiej.



Wykres 13 Liczba leczonych, liczba osobodni średni okres pobytu chorego na oddziałach szpitalnych w roku 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Najwięcej pacjentów spośród oddziałów szpitalnych w MCM Sp. z o.o. notuje Oddział Chorób Wewnętrznych, który jako jedyny z Oddziałem Ortopedycznym zanotował więcej pacjentów niż w roku bazowym, przy czym na Internie wydłużył się pobyt chorego, zaś na Ortopedii skrócił. Znaczny spadek liczby leczonych w roku 2022 w porównaniu do roku 2019 zanotował Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologicznej (wskaźnik wykorzystania łóżek był niższy o prawie 16 pp.). Najmniej pacjentów notują noworodki, położnictwo (liczba porodów w roku 2022 była niższa o 75 niż w roku bazowym) i ginekologia. Oddziały te notują w Szpitalu najniższe wskaźniki wykorzystania łóżek.

Kolejki oczekujących na hospitalizację

Kolejki oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych stanowią wyraz nierównowagi między zgłoszonymi potrzebami zdrowotnymi, a możliwościami ich natychmiastowego zaspokojenia. Występowanie kolejek w sektorze zdrowotnym jest zjawiskiem często występującym.

Przyczyny występowania kolejek są wielorakie. Z jednej strony jest to wyraz racjonowania świadczeń. Zarządzanie kolejkami pozwala bowiem na kontrolowanie zasadności – z medycznego punktu widzenia – udzielania świadczeń i zmniejszania tendencji do ich nadużywania. Powszechne współpłacenie jako instrument alternatywny ma tu zastosowanie ograniczone, ponieważ nie włącza kryterium medycznego. Z drugiej strony występowanie kolejek może być wyrazem niedofinansowania systemu. Świadczeniodawcy uzyskują środki tylko na określoną liczbę procedur i/albo nie mają zasobów: kadr, materiałów, sprzętu i pomieszczeń, aby móc udzielać ich więcej. Kolejki mogą być też wyrazem nieefektywności działania; złej organizacji pracy, słabego dostosowywania się do zgłaszanych potrzeb zdrowotnych, nieumiejętności restrukturyzacyjnych itp. W konkretnej rzeczywistości możemy mieć do czynienia z występowaniem wszystkich przyczyn jednocześnie.

Poniższa tabela przedstawia zestawienie liczby osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego w MCM Sp. z o.o. Należy podkreślić, że przedstawione zostały jedynie te oddziały, w których wystąpiły kolejki.



Tabela 43 Statystyka czasu oczekiwania oraz liczby pacjentów oczekujących na poszczególne typy zabiegów i świadczeń – oddziały (stan na 07.06.2023r.)

Oddział	Procedura	Kategoria	Liczba oczekujących	Średni czas oczekiwania
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologii	H43 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	P	2	129,00
	F72 OPERACJE PRZEPUKLIN JAMY BRZUSZNEJ Z WSZCZEPEM*	P	2	219,00
	Lista Oczekujących Oddziału Chirurgii Ogólnej	P	28	38,86
	H43 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	S	10	128,70
	F72 OPERACJE PRZEPUKLIN JAMY BRZUSZNEJ Z WSZCZEPEM*	S	33	126,58
	Q23 OPERACJE ŻYŁAKÓW Z SAFENEKTOMIĄ*	S	34	215,56
	Lista Oczekujących Oddziału Chirurgii Ogólnej	S	102	121,01
Oddział Ortopedyczny	H42 DUŻE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	P	1	44,00
	H05 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA, BEZCEMENTOWA BIODRA	P	14	220,79
	H05 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA	P	9	469,89
	H22 ARTROSKOPIA LECZNICZA*	P	2	55,50
	H01 ENDOPROTEZOPLASTYKA ŁOKCIA, BARKU, NADGARSTKA, STAWU SKOKOWO-GOLENIOWEGO, PIERWOTNA CZĘŚCIOWA KOLANA*	S	5	101,20
	H31 KOMPLEKSOWE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYN DOLNEJ I MIEDNICY	S	1	338,00
	H32 DUŻE ZABIEGI W ZAKRESIE KOŃCZYN DOLNEJ I MIEDNICY*	S	30	281,13
	H33 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE DOLNEJ*	S	15	192,67
	H42 DUŻE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	S	37	316,97
	H43 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	S	2	139,00
	H83 ŚREDNIE ZABIEGI NA TKANKACH MIĘKKICH*	S	1	112,00
	H86 CHOROBY TKANEK MIĘKKICH	S	1	106,00
	H05 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA, BEZCEMENTOWA BIODRA	S	160	757,19
	H22 ARTROSKOPIA LECZNICZA*	S	97	361,41
	H21 ARTROSKOPIA REKONSTRUKCJA Z UŻYCIEM IMPLANTÓW MOCUJĄCYCH*	S	46	336,22
	H43 ŚREDNIE ZABIEGI NA KOŃCZYNIE GÓRNEJ*	S	7	120,14
H05 ENDOPROTEZOPLASTYKA PIERWOTNA CAŁKOWITA KOLANA	S	317	1 769,70	
Oddział Rehabilitacyjny	OSOBDZIEN W REHABILITACJI OGÓLNUSTROJOWEJ W SZPITALU	P	12	30 627,67
	OSOBDZIEN W REHABILITACJI OGÓLNUSTROJOWEJ W SZPITALU	S	3	840,00
	OSOBDZIEN W REHABILITACJI OGÓLNUSTROJOWEJ W SZPITALU	S	211	310,69
Oddział Wewnętrzny	Lista Oczekujących Oddziału Wewnętrznego	S	22	44,40

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na początku czerwca 2023 roku największa kolejka oczekujących w zakresie przypadków pilnych dotyczyła Chirurgii Ogólnej. W ramach przypadków stabilnych największe kolejki oraz czas oczekiwania dotyczy Oddziału Ortopedycznego.



4.2. Baza zabiegowa

Blok Operacyjny posiada trzy sale operacyjnych. Sale mają właściwie charakter uniwersalny lecz organizacyjnie są dedykowane pod potrzeby poszczególnych kategorii zabiegów:

sala nr 1 – sala o charakterze uniwersalnym, wykorzystywana głównie przez Oddział Ginekologii oraz Chirurgii do zabiegów tzw. brudnych;

sala nr 2 – sala o charakterze uniwersalnym, wykorzystywana przez Oddział Chirurgii Ogólnej;

sala nr 3 – przystosowana do zabiegów ortopedycznych.

Blok jest zorganizowany w sposób funkcjonalny, aczkolwiek nie spełnia wszystkich współczesnych standardów. Posiada stronę „czystą” i „brudną” służącą do transportu brudnego zużytego materiału, brudnych narzędzi, bielizny i odpadów pooperacyjnych z zachowaniem ruchu jednokierunkowego. Każda sala operacyjna poprzedzona jest salą przygotowania lekarzy, natomiast sala wybudzeń służy także do celów przygotowywania pacjentów do zabiegu. Blok nie posiada wyodrębnionej śluzy do transportu materiałów. Materiały i pacjenci przyjeżdżają na Blok tą samą drogą.

Instalacje Bloku operacyjnego są kompletne i sprawne i nie należy spodziewać się z tej strony problemów związanych z funkcjonowaniem Bloku. Kondycja infrastruktury technicznej Bloku wydaje się być w dobrym stanie. Jednak należy liczyć się z koniecznością w niedługim czasie przeprowadzenia prac odświeżających pomieszczenia.

Wyposażenie Bloku w podstawowe urządzenia czyli w lampy i stoły operacyjne liczy już sobie około 18 lat. Również pozostałe wyposażenie, jak laparoskop, diatermia, ale także i stoły do przygotowywania narzędzi, należy uznać za mocno wyeksploatowane. Personel lekarski zgłaszał także potrzebę zakupu aparatu USG z funkcją doplera oraz zapasowego ramienia C. Braki zauważa się także w drobnym wyposażeniu w osprzęt do laparoskopu czy w zestawy narzędzi chirurgicznych. Ograniczona ich ilość utrudnia efektywne planowanie i przeprowadzanie zabiegów. **W planach inwestycyjnych na najbliższe lata należy przewidzieć wymianę i modernizację wyposażenia Bloku Operacyjnego.** W przedstawionym do celów audytu planie inwestycyjnym nie uwzględniono potrzeb wynikających ze stosowanych technologii medycznych. Trudna sytuacja finansowa Szpitala nie może być powodem do zaniechania planowania czy przewidywania konieczności odnawiania stanu wyposażenia medycznego.

Oddziały zabiegowe

Na bloku operują głównie trzy oddziały zabiegowe, tj. Oddział Chirurgii Ogólnej, Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej, oraz Oddział Ginekologiczno-Położniczy. Największą ilość zabiegów wykonuje Oddział Chirurgii Ogólnej. Audytorzy opierają się tu na danych szacowanych gdyż Szpital nie był w stanie dostarczyć danych statystycznych dotyczących ilości zabiegów operacyjnych.

Przyczyną braku danych, jak się wydaje, jest niekompletne wdrożenie elektronicznej dokumentacji medycznej oraz systemów obsługujących część białą, szczególnie w obszarze dotyczącym potrzeb związanych z zarządzaniem realizacją świadczeń i sprzedażą usług



medycznych. Jako podstawy do szacunku ilości zabiegów operacyjnych posłużyły dane dotyczące ilości przyjętych pacjentów, realizacja kontraktów z NFZ oraz wykaz zabiegów operacyjnych wykonanych w ciągu trzech wybranych przez Szpital miesięcy, które zgodnie z deklaracją Szpitala dotyczą danych reprezentatywnych dla całego ubiegłego roku.

W 2022 roku Szpital odbudował swoją pozycję w zakresie ilości pacjentów oddziałów zabiegowych. Najwolniej dochodzi do swojej sprawności Oddział Chirurgii Ogólnej, który pozostaje największym oddziałem zabiegowym mimo, że przyjmuje zaledwie **86%** ilości pacjentów z przed okresu pandemii. W roku 2022 przyjął niespełna **1,34 tys.** pacjentów.

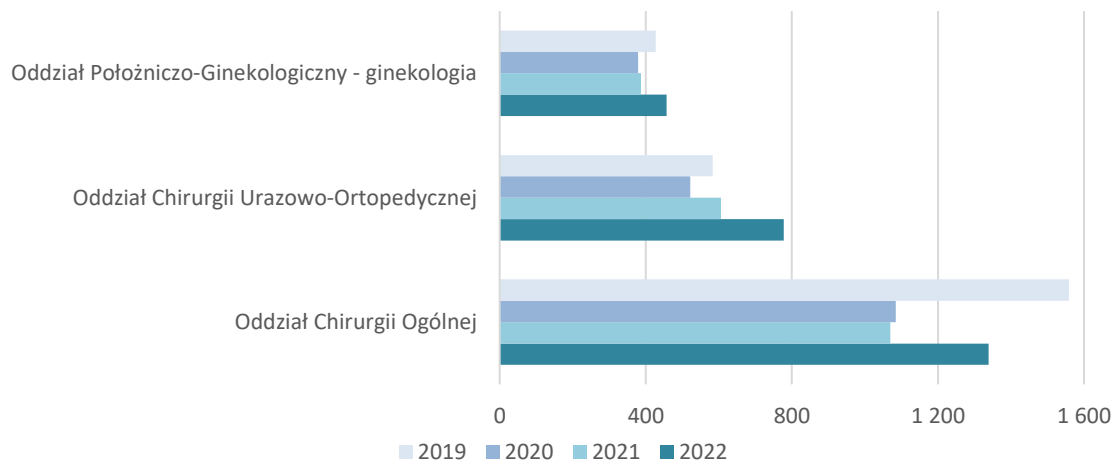
Drugim pod względem ilości zabiegów jest Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Jest on najdynamiczniej rozwijającym się oddziałem zabiegowym. W roku 2022 obsłużył **778** pacjentów co stanowi **133%** liczby przyjęć z przed pandemii.

Tabela 44 Ilość pacjentów przyjętych przez oddziały zabiegowe w latach 2019 do 2022

Oddział	2019	2020	2021	2022
Oddział Chirurgii Ogólnej	1 559	1 085	1 070	1 339
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	583	522	606	778
Oddział Położniczo-Ginekologiczny - ginekologia	427	379	387	457
Razem	2 569	1 986	2 063	2 574

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 14 Ilość pacjentów przyjętych przez oddziały zabiegowe w latach 2019 do 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Najmniejszą ilość zabiegów operacyjnych, oczywiście poza porodami, notuje Oddział Ginekologiczno-Położniczy. On także przekroczył liczbę przyjmowanych pacjentów z okresu przed covidowego. W 2022 roku obsłużył **457** pacjentów.



Na podstawie powyższych zestawień można pokusić się o stwierdzenie, że Szpital uzyskał już poziom obsługi pacjentów zabiegowych z okresu z przed pandemii bez istotnych wzrostów, co plasuje go na średnim poziomie z pośród szpitali powiatowych. Liderem w Szpitalu jest Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

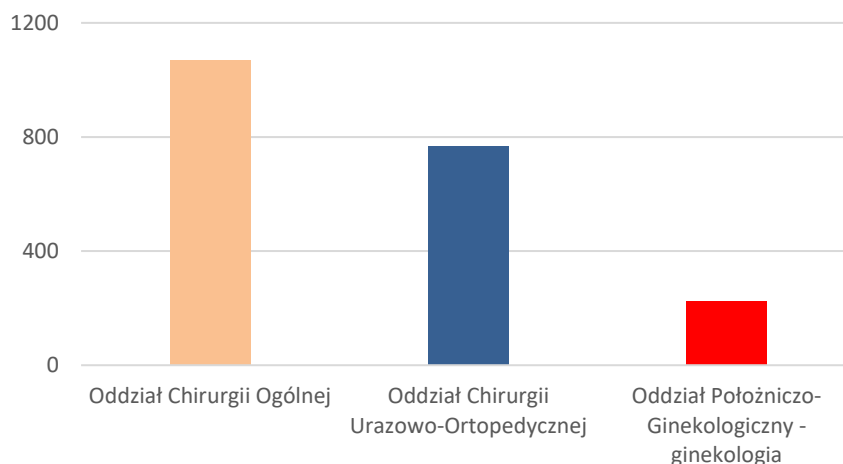
Z powodu braku danych nie można było przeprowadzić analizy dynamiki kształtowania się ilości zabiegów operacyjnych na przestrzeni ostatnich lat. Uzyskane dane pozwoliły jedynie oszacować ilości zabiegów, jakie miały miejsce w ciągu ostatniego roku. Opracowane dane pozwoliły oszacować także przybliżony wskaźnik operatywy oddziałów jako stosunek ilości zabiegów operacyjnych do całkowitej ilości leczonych pacjentów.

Tabela 45 Szacunek wskaźników operatywy oddziałów zabiegowych uzyskanej w 2022 roku

Oddział	ilość pacjentów	przybliżona ilość zabiegów	wskaźnik operatywy
Oddział Chirurgii Ogólnej	1 339	1 068	69,4%
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	778	768	98,7%
Oddział Położniczo-Ginekologiczny - ginekologia	457	224	49,0%
Razem	2 574	2 060	80,0%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 15 Szacowana ilość zabiegów wykonanych na Bloku Operacyjnym w roku 2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na uwagę zasługuje bardzo wysoki wynik operatywy oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej. Wyniósł on około **98%**. Uwzględniając jego przybliżony charakter i możliwość wystąpienia błędu szacunku, wynik ten i tak należy uznać za bardzo wysoki. Wskazuje on na bardzo efektywny sposób zarządzania ortopedycznym potencjałem zabiegowym.



Oddział Chirurgii Ogólnej uzyskał poziom operatywy na wysokości około **70%**. Należy ocenić go jako poprawny. Daje on również pole do podejmowania działań podnoszących sprawność wykorzystania potencjału chirurgicznego.

W zakresie świadczeń ginekologicznych uzyskano operatywę na poziomie około **50%**. Spośród oddziałów ginekologicznych wynik ten należy uznać za wysoki. Ich specyfika charakteryzuje się licznymi zabiegami wykonywanymi nie tylko na Bloku Operacyjnym, a także w trybie ambulatoryjnym, w oddziałowych gabinetach zabiegowych i także leczeniem zachowawczym.

Zarządzanie Blokiem Organizacyjnym

Blokiem Operacyjnym w Milickim Centrum Medycznym kieruje dwuosobowy zespół pracowników. Jest to Pielęgniarka Oddziałowa oraz Kierownik Bloku. Jest to rozwiązanie coraz rzadziej stosowane w Polsce. Blok operacyjny to mały zespół pracowników, wykonujący jednorodny rodzaj pracy i posiadający niewielki zespół klientów, ograniczony do trzech oddziałów zabiegowych. Celem działalności Bloku jest zaspokojenie potrzeb oddziałów zabiegowych w zakresie dostępu do sal operacyjnych. Sale mają być technicznie i organizacyjnie przygotowane do przeprowadzenia ustalonych z operatorami zabiegów i posiadać obsługę instrumentariuszek.

Zakres Zadań Kierownika Bloku, stanowiący część jego kontraktu ogranicza się jedynie do wykonywania czynności wyszczególnionych listą bez odpowiedzialności za skutek. Zapewnienie pożądanego efektu pracy Bloku zostało w zadaniach ujęte jedynie jako „zapewnienie prawidłowego funkcjonowania”. Zakres czynności Kierownika uwypukla natomiast jego zadania w zakresie planowania i koordynacji:

- planowanie i koordynowanie pracy zespołów operacyjnych;
- sporządzenie planu operacyjnego (nadzór nad grafikami);
- planowanie kompleksowej realizacji zadań;
- współpraca z kierownikami, innymi podmiotami i pracownikami, w celu zapewnienia prawidłowego funkcjonowania.

Pozostały zakres dotyczy czynności związanych z administrowaniem komórką organizacyjną:

- organizowanie pracy Bloku pod względem administracyjnym i gospodarczym;
- nadzór nad wykorzystaniem pomieszczeń (należy rozumieć jako magazynki, gabinety, zaplecze socjalne itp., sale operacyjne wykorzystują zespoły operacyjne z oddziałów);
- nadzór nad prowadzeniem dokumentacji;
- udział w przetargach zakupowych;
- przygotowywanie raportów i danych statystycznych nt. wykonywanych zabiegów;
- monitorowanie kosztów.

W zakresie czynności Kierownika z oczywistych względów brak jest zadań związanych z zarządzaniem pracownikami. Pielęgniarki instrumentariuszki i salowe podlegają tak jak i Pielęgniarka Oddziałowa pod pion Pielęgniarki Naczelnej.

Do zadań Pielęgniarki Oddziałowej ujętych w „Zakresie Obowiązków, Uprawnień i Odpowiedzialności” należy w szczególności:



- przestrzeganie „właściwych” przepisów i noszenie identyfikatora;
- organizowanie pracy pielęgniarek;
- organizacja zaopatrzenia w sprzęt i materiały;
- utrzymywanie aparatury w gotowości do użycia (należy rozumieć, że także w sprawności technicznej);
- utrzymanie czystości i porządku.

„Zakres Obowiązków...” Pielęgniarki Oddziałowej stwierdza także, że ma ona dwóch przełożonych. Pod względem fachowym podlega kierownikowi Bloku, pod względem służbowym Pielęgniarce Naczelnej. Brak jest natomiast definicji co to znaczy podległość fachowa, a co podległość służbowa. Nie jest jasne czy podległość pod Kierownika Bloku pod względem fachowości dotyczy opieki pielęgniarskiej i utrzymania czystości i jakie kompetencje z tytułu podległości służbowej przysługują Pielęgniarce Naczelnej.

Oba dokumenty nie poruszają kwestii odpowiedzialności za zaspokojenie potrzeb oddziałów i zespołów operacyjnych, nie poruszają także kwestii odpowiedzialności za koszty funkcjonowania Bloku i ich racjonalizację (u Kierownika jest jedynie „monitorowanie...”). Sprzedaż usług, także w wewnętrznych procedurach sprzedaży, po najniższych z możliwych kosztach jest w jakiegokolwiek organizacji podstawowym obowiązkiem każdego kierownika. Na sumie takich drobnych działań wszystkich komórek organizacyjnych opiera się ekonomika każdej instytucji.

Kierownikiem Bloku, jeżeli nie jest nim Pielęgniarka Oddziałowa, jest zazwyczaj lekarz, który równocześnie jest operatorem na jednym z oddziałów zabiegowych i osobiście przeprowadza operacje. Nielogicznym wydaje się zatem obciążanie go prowadzeniem dokumentacji, opracowywaniem miesięcznych zestawień statystycznych i raportów, tym bardziej, że nie podlegają mu pracownicy, którym mógł by te czynności zlecić. W standardowych rozwiązaniach organizacyjnych, stosowanych w większości szpitali, **to komórki administracyjne dostarczają merytorycznym kierownikom raporty zarządcze i controllingowe**, do których dane zaciągane są z systemów informatycznych zainstalowanych w szpitalach.

Proponuje się Zarządowi Szpitala rozważenie koncepcji, wzorem innych szpitali, likwidacji podwójnego kierownictwa Blokiem Operacyjnym i powierzenie tej funkcji Pielęgniarce Oddziałowej. Zwraca się przy tym uwagę na zasadność zmiany istoty zakresów zadań Kierownika i uzupełnienie ich o cztery podstawowe zakresy odpowiedzialności kierowniczej:

- za realizowane procesy – tu sprzedaż usług oddziałom zabiegowym i ich jakość;
- za pracowników – ich bezpieczeństwo, rozwój zawodowy i racjonalne wykorzystanie;
- za powierzone mienie i bazę techniczną, właściwe zabezpieczenie majątku;
- za koszty i wyniki finansowe komórki.

Planowanie i organizacja pracy Bloku Operacyjnego

Blok Operacyjny jest jednym z kluczowych i jednym z droższych węzłów proceduralnych w organizacji świadczeń medycznych. Spotykają się tu potrzeby oddziałów zabiegowych, wynikających ze stanu leczonych pacjentów, potencjał organizacyjny Bloku i zakres zadań jakie na rzecz tych oddziałów ma wykonać personel Bloku, zdolność do świadczeń w zakresie



anestezjologii dostarczanych przez Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii oraz stan techniczny i technologiczny wystarczający do zapewnienia bezpieczeństwa procedur wykonywanych na Bloku przez zespoły operacyjne. Koordynacją tego centrum zarządza właśnie Blok Operacyjny.

Uwarunkowania ochrony zdrowia w Polsce powodują, że obok zaplecza technicznego, dostęp do anestezjologów jest bardzo często wąskim gardłem organizacji zabiegów operacyjnych. Wysokie koszty całej infrastruktury zabiegowej wymagają natomiast stosowania procedur planowania aby racjonalnie (możliwie najtaniej) wykorzystać posiadane zasoby i zapewnić komfort i poczucie bezpieczeństwa pacjentom. Z tego też względu w milickim Szpitalu procedury planowania przyjęto rozpoczynać od grafiku dostępności anestezjologów.

Krok 1 – W połowie miesiąca poprzedzającego, Oddział Anestezjologii dostarcza na Blok i do oddziałów zabiegowych planowany grafik pracy na cały następny miesiąc. Czynność ta została potwierdzona przez audytorów zarówno na OAiIT, na Bloku jak i oddziałach szpitalnych. Na tej podstawie Blok może opracowywać plan dostępności sal operacyjnych, a oddziały planować przyjęcia pacjentów do zabiegu jak i harmonogram samych zabiegów.

Krok 2 – Oddziały dostarczają na Blok Operacyjny swoje propozycje harmonogramów zabiegów. Niestety, tylko plan zabiegów ortopedycznych dostarczany jest z wyprzedzeniem – w każdy poniedziałek na cały tydzień. Pozostałe oddziały dostarczają plany w dzień poprzedzający, do godziny 15.00, na następny dzień. Wydaje się, że takie podejście oddziałów jest nieracjonalne.

Znakomita większość zabiegów operacyjnych wykonywana na Bloku są to zabiegi planowe. Tylko niespełna 1% zabiegów wykonywanych w godzinach normalnej ordynacji Szpitala to zabiegi wykonywane w trybie nagłym, statystycznie prawie jeden raz w miesiącu. Nie ma więc przeszkód merytorycznych aby nie było możliwości planowania zabiegów przynajmniej z tygodniowym wyprzedzeniem. Przedłożenie zapotrzebowania na obsługę bloku w godzinach popołudniowych uniemożliwia jakiegokolwiek planowanie obsady pielęgniarek instrumentariuszek, a także utrudnia optymalizację wykorzystania potencjału Bloku.

Krok 3 – Po otrzymaniu zapotrzebowania od każdego oddziału Kierownik Bloku podejmuje próbę optymalizowania potencjału organizacyjnego i ustala harmonogram zabiegów na dzień następny i informuje o tym oddziały. Grafiki pracy pielęgniarek ustalone zostały już wiele dni wcześniej, więc optymalizacja zasobów może polegać już tylko na dostosowaniu zabiegów do ustalonej wcześniej obsady sal operacyjnych.

Po ustaleniu listy pacjentów do zabiegów na następny dzień, lekarz anestezjolog, będący na dyżurze w godzinach popołudniowych i wieczornych przeprowadza badanie i kwalifikację pacjentów do zabiegu. Zdarza się, że nie wszyscy pacjenci taką kwalifikację otrzymają.

Krok 4 – Rano Kierownik Bloku przeprowadza korektę planu zabiegów na dzień bieżący. Korekta może wynikać z niezakwalifikowania do zabiegu przez anestezjologa w dniu poprzedzającym niektórych pacjentów oraz z reklamacji oddziałów na wczorajsze decyzje koordynacyjne Kierownika. Zdarzają się niestety także przypadki losowe niespodziewanej nieobecności zaplanowanych do prowadzenia zabiegów lekarzy. Natomiast instrumentariuszki, w pełnym składzie, zgodnie z zaplanowanym dużo wcześniej grafikiem, od rana czekają w gotowości do obsługi zabiegów.



Taki stan organizacji pracy Bloku może być przyczyną, że zabiegi operacyjne rozpoczynają się z opóźnieniem, co doprowadza do faktycznego skrócenia dziennego czasu pracy i zmusza w niektórych przypadkach do przeciągania zabiegów poza godzinę 15.00. Czas pracy Bloku rozpoczyna się o godzinie **7.30**. Natomiast analiza listy wykonanych zabiegów wskazała, że rozpoczynają się one faktycznie, w przeważającej większości przypadków, w zależności od dnia i oddziału, w godzinach od **8.45 do 9.40**, a niekiedy dopiero przed **10.30**. Zestawienia zabiegów wskazują także, że średnio miesięcznie **11** zabiegów jest przeciąganych poza godzinę normalnej ordynacji, o łączny czas **7,5 godziny** miesięcznie.

Przy koordynacji zabiegów w takim trybie, niemożliwym wydaje się racjonalne zarządzanie potencjałem Bloku i zapewnienie optymalnych parametrów kosztowych funkcjonowania Bloku.

Wydaje się kwestią zasadną aby doprowadzić do rzeczywistego **planowania zabiegów z wyprzedzeniem wielodniowym**, przynajmniej z wyprzedzeniem tygodniowym. Szczególnie ważne, ze względu na największą ilość zabiegów, jest usprawnienie procedur planowania na Oddziale Chirurgii Ogólnej. Jednocześnie należało by **wdrożyć kwalifikowanie pacjentów do zabiegów przez anestezjologów, jeszcze przed hospitalizacją, w trybie ambulatoryjnym**. Zorganizowanie poradni anestezjologicznej wiąże się w dodatkowym kosztem, lecz zwraca się on oszczędnościami na organizacji Bloku Operacyjnego. Przyjęcie takich procedur umożliwi planowanie i zarządzanie zasobami Bloku z wyprzedzeniem, co powinno być źródłem oszczędności finansowej.

W celu szczegółowego przeanalizowania pracy Bloku Operacyjnego oparto się na danych z trzech wybranych przez Szpital miesięcy z ostatniego roku, które dają w efekcie reprezentatywne dla całego roku dane i z pewnym przybliżeniem pozwalają na interpolacje wyników analizy dla całego roku kalendarzowego. Zestawione poniżej dane pochodzą z miesiąca marca, kwietnia i maja 2023 roku i obejmowały łącznie 63 dni roboczych.

Newralgicznym dla organizacji Bloku są godziny normalnej ordynacji pracy Szpitala czyli od 7.30 do 15.05. Jak pokazuje zestawienie wykonanych w analizowanym okresie zabiegów, w dni powszednie, dziennie średnio wykonywanych jest niespełna **7** operacji, które trwają łącznie niepełne **11** godzin, nieco więcej niż **3,5** godziny na jedną salę operacyjną. W tej liczbie prawie wszystkie zabiegi stanowią przypadki planowe, pacjentów nagłych nieplanowanych, jak już wspomniano, w tym czasie jest średnio **1,3** pacjenta miesięcznie. Widać stąd, że przypadki tzw. ostre nie stanowią istotnego problemu w planowaniu harmonogramu zabiegów.

Natomiast w godzinach poza normalną ordynacją Szpitala, w dni powszednie po południu i ewentualnie w nocy występuje średnio **1** przypadek na dobę trwający przeciętnie około **1** godziny. Najczęściej jest to jeden z planowych zabiegów Oddziału Chirurgii Ogólnej.

W dni wolne i święta przeprowadza się przeciętnie **0,76** zabiegu na dobę, trwającego średnio **36 minut**, z tego co trzeci taki zabieg ma charakter ostrego.



Tabela 46 Zabiegi na Bloku Operacyjnym wykonane w trzech analizowanych miesiącach

Oddział	łącznie w badanym okresie		w czasie normalnej ordynacji *		średniodziennie *	
	Czas zabiegów	ilość zabiegów	Czas zabiegów	ilość zabiegów	Czas zabiegów	ilość zabiegów
Oddział Chirurgii Ogólnej	275:32	267	214:02	214,0	03:23	3,4
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	236:28	192	217:35	179,0	03:27	2,8
Oddział Położniczo-Ginekologiczny - ginekologia	34:49	56	33:30	43,0	00:31	0,7
Łącznie:	546:49	515	465:07	436,0	07:22	6,9

*) w dzień powszedni w godzinach 7.30 do 15.05

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W czasie normalnej ordynacji, Na Bloku Operacyjnym, Oddziały Chirurgii Ogólnej i Chirurgii Urazowo-ortopedycznej operują średnio po **3,5 godziny** dziennie, Oddział Położniczo-Ginekologiczny około **pół godziny** dziennie.

Poniżej przeprowadzono analizę obciążenia sal operacyjnych w godzinach normalnej ordynacji Szpitala. Analizując zajętość sal wzięto również pod uwagę, że po każdym zabiegu sala jest wyłączona z eksploatacji ze względu na sprzątanie i przygotowanie do następnej operacji. Czas ten wyliczony statystycznie wynosi do 30 minut na 1 zabieg.

Tabela 47 Obłożenie sal Operacyjnych

Sala	w badanym okresie		średniodziennie *		zajętość sal **	
	Czas zabiegów	ilość zabiegów	Czas zabiegów	ilość zabiegów	Czas zabiegów	ilość zabiegów
Sala nr 1	68:53	88	01:05	1,4	01:47	1,4
Sala nr 2	182:50	181	02:54	2,9	04:20	2,9
Sala nr 3	213:24	167	03:23	2,7	04:42	2,7
Łącznie Blok Operacyjny:	465:07	436	07:22	6,9	10:50	6,9
Średnio na salę operacyjną	155:02	145	02:27	2,3	03:36	2,3

*) w badanym okresie były 63 dni roboczych

**) Zakłada się, że po każdym zabiegu sala jest wyłączona z eksploatacji przez 30 minut ze względu na sprzątanie

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Średnie dzienne obłożenie pracą jednej sali operacyjnej wynosi **3 godziny i 36 minut**. Najbardziej obciążoną salą operacyjną jest sala nr 3 zajęta przez prawie **5 godzin** dziennie, najmniej sala nr 1 zajęta w ciągu dnia przez okres poniżej **2 godzin**.



Na podstawie powyższych danych należy stwierdzić, że Blok Operacyjny pracuje pod niskim obciążeniem pracą. Taki poziom obciążenia sal oraz niewielka ilość zabiegów nagłych wskazuje, że procedury planowania i koordynacji pracy Bloku nie powinny przysparzać istotnych problemów zarządczych.

Obsadę lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych zapewnia Oddział Anestezjologii i Intensywnej terapii. Zabezpiecza on zazwyczaj możliwość operowania dwoma zespołami w godzinach normalnej ordynacji oraz jednym zespołem w pozostałym czasie. W niektóre dni stawia do dyspozycji Bloku jednego anestezjologa, w badanym okresie miało to miejsce sześciokrotnie.

Czasy obłożenia sal operacyjnych wskazują także na **obciążenie pracą zespołów instrumentariuszek**, które uczestniczą w prowadzonych zabiegach, a następnie przy sprzątanii i przygotowywaniu sal, sprzętu i pacjenta do następnego zabiegu. Obecna organizacja pracy instrumentariuszek zapewnia obsadę co najmniej dwóch dwuosobowych zespołów operacyjnych plus jedna pielęgniarka w zapasie w godzinach od 7.30 do 15.00, oraz jednego pełnego zespołu do godziny 19.00 plus pielęgniarka zapasowa. W rezerwie jest jeszcze dodatkowo Pielęgniarka Oddziałowa stojąca do zabiegów nagłych, bardziej skomplikowanych lub w momentach spiętrzenia prac. W pozostałym czasie w celu zapewnienia całodobowej gotowości Bloku Operacyjnego obsada jest jednoosobowa uzupełniona dyżurem telefonicznym.

Tabela 48 Wyliczenie niezbędnej obsady pielęgniarek instrumentariuszek dla godzin normalnej ordynacji

Parametry Bloku Operacyjnego	Blok	Na jedną salę
Ilość sal Bloku Operacyjnego	3	1
Ilość zabiegów dziennie	6,9	2,3
średni dzienny czas zabiegów (gg:mm)	07:22	02:27
Czas pracy bloku z czasem na sprzątanie	10:50	03:36
Dane średniomiesięczne dla miesiąca 22 dni robocze		
Łączny średniomiesięczny czas zabiegów	162:25	
Rezerwa czasu na obsługę sali cięć cesarskich	04:52	
Miesięczne obciążenie pracy bloku z uwzględnieniem czasów przygotowania sal i zabezpieczenia sali cięć	243:24	
Miesięczna efektywna ilość godzin pracy jednego zespołu operacyjnego	143:00	
Teoretyczna niezbędna ilość zespołów operacyjnych	1,70	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Obok zabezpieczenia zabiegów wykonywanych na Bloku, instrumentariuszki mają za zadanie zabezpieczać potrzeby sali cięć cesarskich znajdującej się w strukturach Oddziału Położniczo-Ginekologicznego. W badanym okresie, w godzinach od 7.30 do 15.05 Sala cięć absorbowała personel Bloku w czasie **4 godzin i 52 minut** miesięcznie. Czasy te należy uwzględnić w bilansie obciążenia Bloku Operacyjnego.



Do wyliczeń zakłada się również, że dzienny skuteczny czas pracy pielęgniarki przy zabiegach operacyjnych (przy dniówce 7.35) wynosi nie więcej niż **6,5 godziny** dziennie. Pozostały czas w ciągu dnia pracy służy celom administracyjnym i sanitarnym.

Analiza nakładów pracy Bloku wskazuje na ilość niezbędnych zespołów operacyjnych, które Blok jest zobowiązany postawić do dyspozycji oddziałów zabiegowych. Wyliczenia wskazują, że do obsłużenia wszystkich wykonanych w badanym okresie zabiegów, z wszystkimi zastrzeżeniami wymienionymi powyżej, wystarczy **1,7** dwuosobowego zespołu pielęgniarskiego. Innymi słowy oznacza to, że na Bloku wystarczyła by obsada 4 pielęgniarek cztery dni w tygodniu i 2 pielęgniarki w jeden dzień. **Stwierdza się zatem, że przy aktualnej ilości wykonywanych zabiegów, przy prawidłowym planowaniu, dwa zespoły instrumentariuszek dziennie całkowicie są w stanie zaspokoić potrzeby oddziałów zabiegowych i jeszcze stworzyć rezerwę do ewentualnego niewielkiego wzrostu operatywy.** Obsady nocne i w dni wolne od pracy jedną pielęgniarką wspomaganą dyżurem pod telefonem uznaje się za rozwiązanie racjonalne.

Koszty Bloku Operacyjnego

Na potrzeby niniejszego audytu przeprowadzono analizę kosztów Bloku Operacyjnego za 2022 rok przy zastosowaniu zasady procesowego ujęcia kosztów.

Tabela 49 Koszty Bloku Operacyjnego poniesione w 2022 roku

koszt	kwota	uwagi
Leki i jednorazowe materiały medyczne	472 244	wraz z kosztami logistyki
Usługi (Pralnia, Sterylizatornia)	788 366	
Koszty personelu	1 777 094	wraz z narzutami
Utrzymanie czystości	136 110	
Koszty ogólnowidziałowe	206 364	
Koszty infrastruktury technicznej i utrzymania pomieszczeń	246 067	liczone do powierzchni Bloku (570 m ²)
Razem koszty Bloku Operacyjnego	3 626 245	zł
Przybliżony czas trwania zabiegów w roku	2 187	godzin
koszt 1 godziny pracy Bloku	1 658,09	zł / godz.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Łączne koszty Bloku Operacyjnego w roku 2022 wyniosły nieco ponad **3,6 mln zł**. Na podstawie zestawień wykonanych zabiegów, przygotowanych przez szpital, oszacowano z wykorzystaniem zasady interpolacji liniowej, że łączny czas przeprowadzonych w roku 2022 na Bloku operacyjnym zabiegów wynosi prawie **2,2 tys. godzin**. Mając te dane można wyliczyć, że jedna godzina udostępnienia oddziałom zabiegowym sali operacyjnej wraz z obsługą kosztowała w ubiegłym roku **1.658 zł / godz.**



Kwota ta stanowi średnią cenę po jakiej odbywała się wewnętrzna sprzedaż usługi Bloku Operacyjnego oddziałom zabiegowym.

Korzystając z zestawień benchmarkowych należy stwierdzić, że w porównaniu z innymi szpitalami wyliczona **stawka kosztu jednej godziny pracy Bloku mieści się w górnych granicach przedziałów benchmarkowych**, które wynoszą od 600 do 1800 zł/godz. Wskazuje to na istniejące rezerwy i zasadność poszukiwania sposobów na obniżenie kosztu jednostkowego usług Bloku Operacyjnego. Wskazujemy na trzy główne kierunki poszukiwania nowych rozwiązań:

- rozważenie zasadności utrzymywania podwójnego kierownictwa;
- usprawnienie procesów planowania zabiegów i racjonalizacja wykorzystania potencjału organizacyjnego, w tym pracy instrumentariuszek;
- zwiększanie sprzedaży świadczeń zabiegowych. Wzrost ilości zabiegów wpływa wprost na obniżenie kosztu jednostkowego.

Na podstawie wyliczonej stawki godzinowej usług Bloku podjęto się wykonania symulacji rozliczenia kosztów Bloku Operacyjnego na Oddziały zabiegowe. Udział w kosztach Bloku ustalono na podstawie czasu trwania zabiegów. W przypadku Oddziału Położniczo-Ginekologicznego uwzględniono odpowiednim współczynnikiem nakład pracy Bloku przy cięciach cesarskich.

Tabela 50 Rozliczenie kosztów usług Bloku Operacyjnego za 2022 rok na oddziały zabiegowe

Oddział	Udział w kosztach bloku	Rozliczenie kosztów bloku	Podział kosztów w księgach rachunkowych
Oddział Chirurgii Ogólnej	49,9%	1 808 107	1 546 478
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	42,8%	1 551 743	1 896 006
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	7,3%	266 395	257 593
Razem		3 626 245	3 700 077

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wynik symulacji każe uznać, że dotychczasowa metoda rozliczenia kosztów Bloku powoduje ich zawyżenie w przypadku Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i zaniżenie kosztów Oddziału Chirurgii Ogólnej.

4.3. Świadczenia ambulatoryjne

Do zadań Milickiego Centrum Medycznego należy m.in. udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Oferta poradni specjalistycznych nie jest ograniczona do profilu działalności oddziałów Centrum i obejmuje następujące poradnie:

- Okulistyczną,
- Neurologiczną,



- Medycyny Pracy,
- Reumatologiczną,
- Ortopedyczną,
- Chirurgii Ogólnej,
- Ginekologiczną,
- Diabetologiczną,
- Zdrowia Psychicznego.

W ramach POZ funkcjonuje:

- Gabinet pielęgniarki i położnej POZ,
- Punkt szczepień,
- Nocna i świąteczna opieka lekarska,
- Gabinety profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej,
- Gabinety zabiegowe dla dzieci i dorosłych,
- Poradnie lekarza POZ dla dzieci i dorosłych

AOS

W poniższej tabeli przedstawiono godziny pracy poszczególnych poradni.

Tabela 51 Godziny pracy poradni specjalistycznych

Nazwa poradni	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek
Poradnia chirurgiczna	8:00-18:00	8:00-13:00	8:00-13:00	8:00-13:00	8:00-15:00
Poradnia urazowo-ortopedyczna	8:00-14:30	8:00-14:30		8:00-14:30	8:00-15:00
Poradnia reumatologiczna		9:00-14:00	(jedna w miesiącu) 9:00-14:00		
Poradnia ginekologiczna	11:00-13:30	8:00-12:00	11:00-13:00		
Poradnia neurologiczna		10:30-13:30	7:30-10:30	7:30-10:30	14:30-16:00
Poradnia zdrowia psychicznego		10:30-14:00	Psycholog 16:00-18:00		
Poradnia medycyny pracy				13:30-14:30	
Poradnia diabetologiczna		9:00-14:30			
Poradnia okulistyczna		8:00-14:30		10:00-13:00	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Kolorem zielonym wskazano dni, w których pacjent ma możliwość skorzystania ze świadczeń w godzinach popołudniowych. Większość poradni funkcjonuje do godz. 16:00, co należy ocenić negatywnie. Pacjenci powinni mieć możliwość również skorzystania z usług poradni w godzinach popołudniowych.

Poradnia powinna funkcjonować nie mniej niż wynika to z podpisanej z NFZ umowy. Od 1 lipca 2021 zostały zniesione limity przez NFZ w zakresie finansowania usług w AOS, co jednak nie przełożyło się na skrócenie kolejek do specjalistów. Jedynym ograniczeniem zatem wydaje się być tu dostępność lekarzy specjalistów. MCM Sp. z o.o. jest ona ograniczona.

Odstąpienie w wielu podmiotach od udzielania świadczeń w AOS tylko w podstawowej ordynacji czasu pracy, podyktowana jest „zniesieniem” przez płatnika wymogu udzielania



świadczeń w godzinach popołudniowych oraz deficytem kadr medycznych, która to nie jest zainteresowana świadczeniem usług w państwowym sektorze ochrony zdrowia w godzinach popołudniowych (sektor prywatny w tym zakresie jest atrakcyjniejszy pod wieloma względami). W poradniach działających przy MCM SP. z o.o. może występować takie zjawisko.

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę porad udzielonych w poradniach w latach 2019 – IV 2023.

Tabela 52 Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w okresie 2019 – IV 2023

Nazwa poradni	2019	2020	2021	2022	I-IV 2023
Chirurgii Ogólnej	7 165	5 080	6 108	6 266	2 183
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	11 117	10 463	10 910	9 678	2 945
Okulistyczna	2 922	2 015	2 372	2 691	944
Zdrowia Psychicznego	1 759	1 967	1 902	1 540	621
Ginekologiczna	3 515	2 828	3 197	3 016	1 124
Neurologiczna	2 794	1 715	2 014	2 156	891
Reumatologiczna	1 264	947	1 216	1 029	352
Diabetologiczna	0	0	41	841	396
RAZEM	30 536	25 015	27 760	27 217	9 456
<i>średniomiesięcznie</i>	<i>2 545</i>	<i>2 085</i>	<i>2 313</i>	<i>2 268</i>	<i>2 364</i>

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o. o.

Łączna liczba świadczeń udzielana w poradniach w latach 2019-2023 wykazuje niewielką tendencję spadkową. Najmniej porad udzielono w roku 2020 (okres covidowy). Od roku 2021 liczba porad rośnie – szacując liczbę porad w roku 2023 na podstawie danych I-IV liczba ta nadal będzie taka jak w okresie sprzed pandemii. Jedynie Poradnia Zdrowia Psychicznego notuje wzrost liczby udzielonych porad w stosunku do roku bazowego (średniomiesięcznie w roku 2023 udzieliła więcej niż w roku 2019). Najwięcej porad udzielanych jest w Poradni Ortopedycznej i Chirurgicznej.

Szpital nie prowadzi ewidencji liczby porad Poradni Medycyny Pracy oraz Poradni Zdrowia Psychicznego.

Przeanalizowano również liczbę procedur zabiegowych wykonywanych w poradniach.



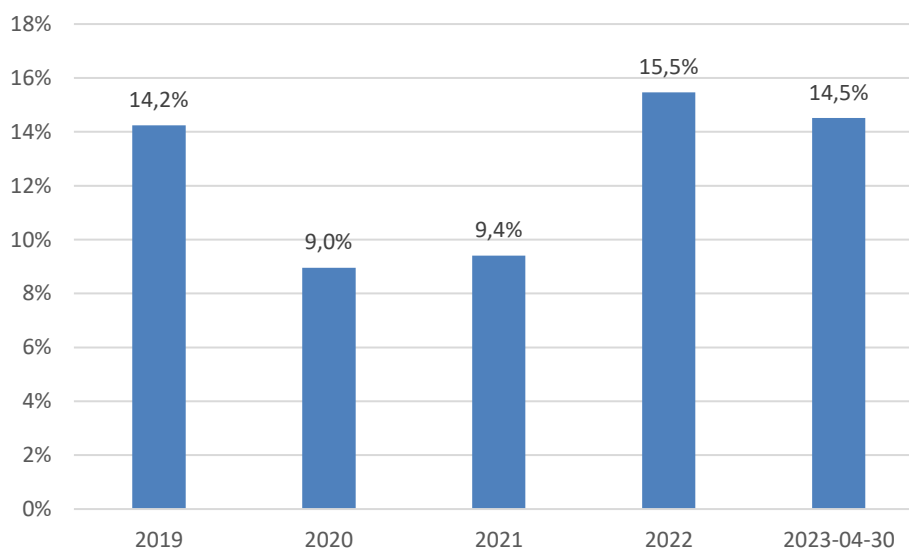
Tabela 53 Liczba procedur zabiegowych w AOS

Nazwa poradni	2019	2020	2021	2022	I-IV 2023
Chirurgiczna	1 547	576	536	906	291
Endoskopii	1 361	810	1 032	1 137	428
Ginekologiczna	13	4	4	8	1
Okulistyczna	28	5	10	14	3
Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	1 399	845	1 029	2 145	649
RAZEM	4 348	2 240	2 611	4 210	1 372

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o. o.

Z powodu pandemii w latach 2020 i 2021 wykonywano w poradniach o 50-60% zabiegów mniej. Liczba ta jeszcze nie osiągnęła poziomu z roku bazowego, chociaż udział zabiegów wykonywanych w poradniach w stosunku do udzielonych porad wzrósł o 1pp.

Wykres 16 Udział procedur zabiegowych w całkowitej liczbie udzielonych świadczeń w AOS



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o. o.

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

Poniżej przedstawiono ogólną wielkość populacji objętych opieką lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ w latach 2019-V 2023r.



Tabela 54 Populacja lekarza, pielęgniarki i położnej w latach 2019-V 2023

Lata (m-ce)		liczba deklaracji			Lata (m-ce)		liczba deklaracji		
		lekarz	pielęgniarka	położna			lekarz	pielęgniarka	położna
2019	I	4139	4206	2104	2020	I	3831	3902	1975
	II	4097	4164	2080		II	3753	3826	1945
	III	4082	4150	2066		III	3740	3814	1934
	IV	4049	4122	2061		IV	3717	3788	1928
	V	4035	4109	2053		V	3704	3774	1930
	VI	4019	4095	2057		VI	3697	3768	1936
	VII	3998	4073	2046		VII	3684	3754	1928
	VIII	3979	4056	2036		VIII	3666	3738	1917
	IX	3956	4033	2031		IX	3652	3722	1916
	X	3924	3998	2012		X	3616	3682	1899
	XI	3892	3966	2002		XI	3604	3672	1898
	XII	3864	3138	1994		XII	3565	3635	1884
2021	I	3541	3613	1875	2022	I	3268	3341	1809
	II	3535	3603	1882		II	3249	3320	1807
	III	3531	3598	1884		III	3242	3313	1807
	IV	3515	3583	1883		IV	3220	3290	1793
	V	3477	3545	1874		V	3179	3250	1774
	VI	3469	3536	1878		VI	3170	3228	1767
	VII	3447	3514	1869		VII	3155	3205	1747
	VIII	3420	3486	1862		VIII	3125	3185	1736
	IX	3375	3438	1845		IX	3095	3153	1714
	X	3346	3411	1833		X	3075	3135	1708
	XI	3309	3380	1820		XI	3111	3167	1729
	XII	3290	3362	1815		XII	3074	3132	1710
2023	I	3065	3120	1706					
	II	3078	3134	1711					
	III	3063	3118	1702					
	IV	3073	3126	1709					
	V	3090	3142	1716					

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Jak wynika z powyższych danych zarówno populacja podopiecznych lekarza, pielęgniarki, jak i położnej POZ w analizowanym okresie znacznie spadła. Populacja lekarza POZ w styczniu 2019 roku kształtowała się na poziomie 4 139 osoby i w trakcie analizowanego okresu spadła o 25% (1 049 osób). Podobna sytuacja miała miejsce w przypadku populacji pielęgniarki POZ – w analizowanym okresie populacja spadła o 25%, tj. o 1 064 osoby. W przypadku populacji położnej POZ można zauważyć spadek o 18% (o 388 osób).

Patrząc na liczbę ludności powiatu milickiego oraz Milicza – udział pacjentów zadeklarowanych w POZ w MC Sp. z o.o. wynosi odpowiednio 3% i 10%.

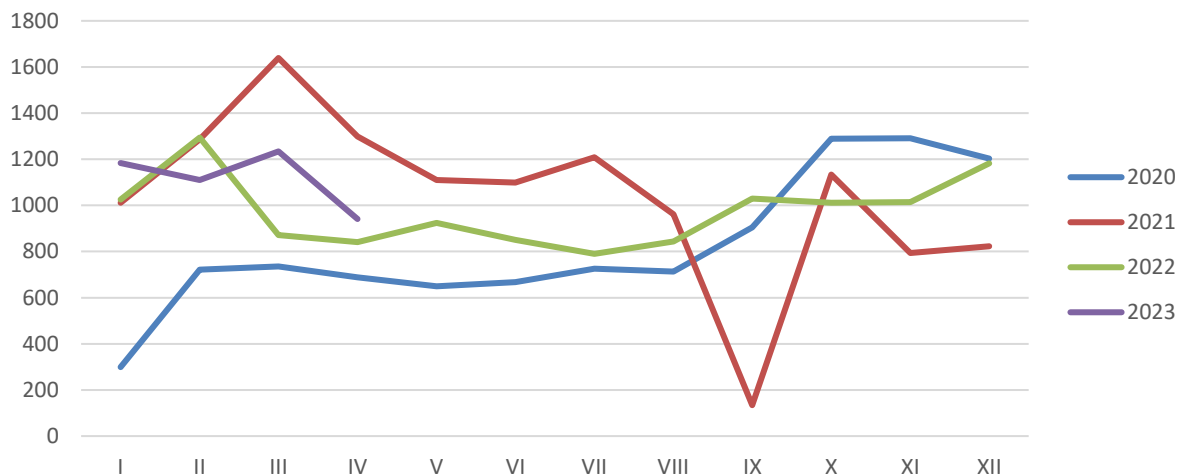
Zganie z Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (nr 50/2016/DSOZ z dnia 27 czerwca 2016 roku) zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza POZ nie powinna przekraczać 2 500 osób. Biorąc pod uwagę przytoczoną powyżej zalecaną liczbę świadczeniobiorców objętych opieką przez jednego lekarza POZ można zauważyć, iż w Jednostce wskazaną populację powinno obsługiwać około 1,3 lekarza. Jak wynika z dostarczonych danych, średniomiesięczne zatrudnienie lekarzy POZ kształtuje się



na poziomie ok. 2 etatów (6 osób). Licząc po średniej stawce (154 zł/h) obniżając zatrudnienie o 0,5 etatu dałoby to oszczędność ok 12 tys. zł miesięcznie (150 tys. zł rocznie).

Na poniższym wykresie przedstawiono liczbę porad udzielonych przez POZ w latach 2020-2022.

Wykres 17 Miesięczna liczba porad udzielonych w POZ w MCM Sp. z o.o. w latach 2020-2022



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W roku 2020 szczyt zachorowań przypadł na koniec roku, w roku 2021 był to luty, marzec, kwiecień. W roku 2022 najwięcej pacjentów skorzystało z wizyty w POZ w lutym, wrześniu i grudniu.

4.4. Działalność pracowni diagnostycznych

Nie uzyskano ze Szpitala danych do analizy tego obszaru.

4.5. Analiza efektywności zarządzania materiałami medycznymi

Analiza efektywności gospodarowania materiałami medycznymi została przeprowadzona z punktu widzenia zarządzania ich zużyciem w Jednostce.

Apteka Szpitalna funkcjonuje w godzinach 7.00-15.00 od poniedziałku do piątku. W aptecce zatrudnionych jest 1 magister farmacji, 4 etaty techników farmacji oraz 1,5 etatu pomocy aptecznej.

Obecnie zapasy leków wystarczą na tydzień, natomiast materiałów jednorazowych na 2 tygodnie. Produkty lecznicze i wyroby medyczne zamawiane są codziennie na podstawie braków magazynowych, a jednocześnie zgłaszanego zapotrzebowania przez oddziały szpitalne. Składanie zamówień odbywa się elektronicznie. Zamówienia realizują magister oraz technicy farmacji. Inwentaryzacja w Aptecce Szpitalnej i na oddziałach odbywa się raz w roku.



Jednostka korzysta z systemu apteczek oddziałowych. Koszty działalności określane są na podstawie wyjścia produktów z apteki na Oddziały, co do zasady należy ocenić negatywnie, najefektywniejszym rozwiązaniem jest ewidencja zużycia materiałów na pacjenta, alternatywnie – monitorowanie miesięcznych zużyć z wykorzystaniem inwentaryzacji stanu apteczek oddziałowych na koniec miesiąca.

PODSUMOWANIE: Szpital obecnie posiada nieprawidłową informację dotyczącą zużycia leków i materiałów medycznych, ponieważ koszt ewidencjonowany jest w momencie wydania na oddział, a nie na pacjenta. Zgodnie z pozyskanymi informacjami system ewidencji na pacjenta jest w trakcie wdrażania.

Wartym odnotowania jest także fakt, że Jednostka nie posiada ustalonych limitów dotyczących zużycia materiałów medycznych i leków na poszczególne komórki medyczne – zaleca się wprowadzenie przedmiotowego narzędzia w celu usprawnienia zarządzania kosztami.



5. Organizacja obsługi gospodarczej

W niniejszym rozdziale przedstawione zostały rozwiązania organizacyjne stosowane w zakresie obsługi gospodarczej w MCM Sp. z o.o. Część usług w zakresie działalności pomocniczej zlecana jest do wykonywania podmiotom zewnętrznym. Odpowiednia organizacja usług wspomagających działalność Szpitala niezbędna jest dla właściwego jego funkcjonowania. W niniejszym rozdziale przedstawione zostały sposoby organizacji: procesów sprzątnia, żywienia pacjentów, prania.

5.1. Utrzymanie czystości

W Szpitalu nie ma jednej wyspecjalizowanej struktury odpowiedzialnej za utrzymanie czystości. Kierowanie tymi procesami i utrzymaniem higieny odbywa się w sposób rozproszony, osoby zajmujące się porządkiem (salowe) są przyporządkowane do poszczególnych komórek organizacyjnych, które mają przypisane wydzielone rejony do sprzątnia. Salowe, obok zadań związanych z utrzymaniem czystości zajmują się także obsługą żywienia pacjentów oraz zapewnieniem im pościeli.

W celu ustalenia faktycznych kosztów poszczególnych procesów, sprzątnia, żywienia czy zapewnienia pościeli, należało dokonać oszacowania stopnia zaangażowania salowych w ich realizację. W uzgodnieniu z Pielęgniarką Naczelną Szpitala ustalono następujący podział nakładów pracy salowych na w/w czynności:

- udział pracy na utrzymanie porządku i higieny – 30%,
- udział pracy na obsługę żywienia – 45%,
- udział pracy związanej z obsługą pościeli – 15%,
- inne czynności wykonywane zgodnie z poleceniami pielęgniarek – 10%.

Powyższe ustalenia pozwoliły przypisać odpowiednią część kosztów osobowych salowych do poszczególnych procesów. Łączne koszty zatrudnienia salowych na oddziałach szpitalnych i innych komórkach medycznych, zgodnie z informacją uzyskaną w Dziale Księgowości, wyniosły w 2022 roku **3 143 746 zł**.

Całkowite koszty utrzymania w Szpitalu czystości, ustalone na podstawie zapisów księgowych, w 2022 roku wyniosły prawie **2 mln zł**.



Tabela 55 Koszty na utrzymanie czystości poniesione przez Szpital w 2022 roku

konto księgowo	rodzaj kosztu	kwota
Pomniejszając 401-01-01-08	Materiały do utrzymania czystości	127 468
401-01-01-18	Pozostałe artykuły gospodarcze	84 976
402-01-08-03	Odbiór odpadów i utylizacja -odpady medyczne	431 777
402-01-08-04	Odbiór odpadów i utylizacja -odpady pozostałe	10 802
402-01-08-05	Dezynfekcja, dezynsekcja i deratyzacja	7 565
403-02-04	Opłaty za odbiór odpadów komunalnych	355 168
	Szacunek kosztów osobowych - salowe	943 124
Razem koszty utrzymania czystości		1 960 879

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W tabeli przedstawione zostały koszty, które Jednostka ponosi na sprzątanie. Aby stworzyć możliwości oceny poziomu poniesionych kosztów i porównać z innymi podmiotami opieki zdrowotnej, należy je odnieść do powierzchni operacyjnej Szpitala czyli powierzchni na której Szpital realizuje swoją działalność operacyjną. Powierzchnia operacyjna Milickiego Centrum Medycznego, na podstawie danych dostarczonych przez Dział Logistyki, została oszacowana na **15.561 m²**. Z tej liczby, powierzchnia operacyjna podlegająca sprzątaniu (pomniejszona o tzw. pustostany) wynosi **14.675 m²**. Pojęcie powierzchni operacyjnej zostało szerzej wyjaśnione w Rozdziale 7 niniejszego audytu.

Na tej podstawie możliwym było wyliczenie, że koszty utrzymania czystości kształtowały się w roku 2022 na poziomie **11,14 zł/m²** miesięcznie. Dane benchmarkowe dla szpitali o podobnej wielkości wskazują, że najczęściej plasują się one w przedziale kosztów pomiędzy 18 a 20 zł/m² miesięcznie. **Z tej analizy wypływa wniosek, że koszty całkowite utrzymania czystości i zapewnienia w Szpitalu higieny są wyraźnie niskie.**

5.2. Żywnienie pacjentów

Regulamin organizacyjny Szpitala nie określa, wyraźnie, kto jest odpowiedzialny za organizację świadczeń niemedycznych dla pacjentów, tzw. usług hotelowych czyli wyżywienie i zapewnienie pościeli. Zgodnie ze strukturą organizacyjną stanowiącą załącznik do Regulaminu, komórka o nazwie „Pralnia” zajmująca się zarządzaniem usługami prania i dostarczania pościeli na oddziały podlega bezpośrednio Działowi Zaopatrzenia, który z kolei podlega bezpośrednio Prezesowi Zarządu. Natomiast Zakres Obowiązków Kierownika Działu Zaopatrzenia nic nie wspomina na temat zakresów odpowiedzialności związanych z zapewnieniem pościeli, czy zarządzania usługami prania. Należy zatem przyjąć, że za zarządzanie pościelą odpowiada Prezes Zarządu za pośrednictwem Kierownika Działu Zaopatrzenia.

Na temat żywienia pacjentów Regulamin Organizacyjny również nie wspomina. Zarządzaniem usługami żywienia i nadzorem nad dostarczaniem posiłków zajmuje się w Szpitalu Dietetyk. Funkcja Dietetyka również została pominięta w regulacjach Regulaminowych. Jego zadania zostały w szeroki sposób opisane w jego Zakresie Obowiązków. „Zakres” także stwierdza, że Dietetyk podlega bezpośrednio Dyrektorowi ds. Medycznych. Jednak ani Regulamin Organizacyjny, ani zakres zadań Dyrektora ds. medycznych nie wspomina o jego



odpowiedzialności za żywienie pacjentów. Audyt nie podważa zaangażowania pracowników w zaspokajanie potrzeb hotelowych pacjentów ale zwraca uwagę, że pominięcie tych procesów w uregulowaniach regulaminowych, a z drugiej strony przypisanie bezpośredniej podległości najwyższymi szczeblom zarządzania pionami Prezesa Zarządu i Dyrektora ds. medycznych budzi wątpliwość co do skuteczności optymalnego zarządzania tymi procesami.

Do zadań Dietetyka, zgodnie z jego Zakresem obowiązków, uprawnień i odpowiedzialności, należy przede wszystkim:

- zbieranie danych dotyczących zapotrzebowania na posiłki dla pacjentów – ilość i wymagane diety;
- prowadzenie kontroli dostarczanych posiłków pod względem jakościowym i ilościowym;
- monitorowania wydawania posiłków w oddziałach;
- organizowanie i kontrolowanie pracy kuchenkowych (uwaga: w strukturze organizacyjnej kuchenkowe nie podlegają Dietetykowi);
- kontrolowanie lodówek oddziałowych i artykułów spożywczych w nich przechowywanych.

Zakres zadań Dietetyka wydaje się być szeroki i adekwatny do potrzeb. Wątpliwa jest natomiast jego skuteczność w kwestii nadzorowania działań prowadzonych na oddziałach pod kierownictwem pielęgniarek oddziałowych jako przełożonych salowych pełniących funkcję kuchenkowych. Zgodnie z oświadczeniem Dietetyka, kontrole posiłków dostarczanych na kolację nie są prowadzone ponieważ są po godzinach jego pracy. Szpital nie prowadził również wyrywkowych kontroli usługodawcy w zakresie wsadów do kotła, licząc na kompetencje Sanepidu. Audytorzy nie uzyskali informacji o kontrolowaniu procedur żywienia pacjentów przez Dyrektora ds. Medycznych, jako bezpośredniego przełożonego Dietetyka.

Tabela 56 Ilość zakupionych przez Szpital posiłków w 2022 roku

oddział	śniadania	II śniadania	obiady	podwiecz.	kolacje	nocne porcje
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	2 816	1 992	3 075	1 906	2 718	0
Oddział pediatryczny	2 635	2 635	2 704	4	2 303	2
Oddział Chirurgii Ogólnej	3 574	909	3 737	909	3 586	0
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortop.	3 773	746	4 264	735	3 707	67
Oddział Rehabilitacyjny	14 972	3 700	14 921	3 703	15 044	1 170
OAIIT	265	88	263	88	263	0
Dział Psychiatryczny	36 647	11 088	36 814	3 348	36 748	643
Oddział Wewnętrzny	9 849	3 013	9 832	3 017	9 787	0
ZOL	39	0	323	0	39	0
Razem	74 570	24 171	75 933	13 710	74 195	1 882

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Przy współudziale Pielęgniarki Naczelnej, która w zakresie żywienia pacjentów chwilowo zastępowała Dyrektora ds. Medycznych zestawiono ilości zakupionych przez Spółkę i



wydanych na oddziały posiłków. Na podstawie analizy należy stwierdzić, że widoczna jest dyscyplina w zakresie składanych przez oddziały ilościowych zapotrzebowań na posiłki. Jest to zjawisko bardzo pozytywne i rzadko spotykane w innych jednostkach opieki zdrowotnej.

Tabela 57 Całościowe koszty żywienia pacjentów, 2022 rok

konto księgowo	rodzaj kosztu	kwota
401-01-01-14	Artykuły żywnościowe	10 785
401-01-01-15	Naczynia jednorazowe	16 501
401-01-01-16	Naczynia wielorazowe	901
402-01-10-02	Usługi żywienia	1 693 508
	Szacunek kosztów osobowych kuchenkowych	1 414 686
Razem koszty wyżywienia pacjentów		3 136 380

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Zestawienie kosztów żywienia wskazuje, że łączne koszty jakie Szpital poniósł w roku 2022 na wyżywienie pacjentów wyniosły przeszło **3,1 mln zł**. W kosztach organizacji żywienia uwzględniono 45% kosztów osobowych salowych, przypadających na kuchenkowe. Wykazana kwota kosztów została poniesiona na zaspokojenie potrzeb wyżywienia **78,7 tyś** osobodni hospitalizowanych pacjentów. Liczbę tą uzyskano z danych statystycznych przekazanych przez Szpital, uwzględniając tylko pacjentów, którzy podlegali szpitalnemu wyżywieniu, tzn. bez pacjentów neonatologii, natomiast pacjentów intensywnej terapii uwzględniono tylko w ilości faktycznie zamówionych przez Oddział posiłków.

Tabela 58 Ilość osobodni pobytu pacjentów w roku 2022, wraz z ruchem międzyoddziałowym, którym przysługiwało pełne wyżywienie

oddział	osobodni
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	2 683
Oddział pediatryczny	2 316
Oddział Chirurgii Ogólnej	4 257
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	3 614
Oddział Rehabilitacyjny	14 627
OAIIT	263
Dział Psychiatryczny	36 520
Oddział Wewnętrzny	10 119
ZOL	4 267
Razem	78 666

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na podstawie wyżej wskazanych wielkości można wyliczyć, że całkowity całodzienny statystyczny koszt wyżywienia pacjenta wynosił **39,87 zł/osobodzień**. Porównując tą wielkość z danymi benchmarkowymi, które wskazują na koszt poniżej 30 zł dziennie na osobę, należy stwierdzić, że **koszty wyżywienia są wysokie**.



Przyczyny takich kosztów mogą tkwić m.in. w bogatym menu jakie Szpital zakontraktował u dostawcy. Co trzeci pacjent otrzymywał drugie śniadanie, prawie co piąty podwieczerek, do tego zamówiono jeszcze **1,8 tys.** nocnych porcji kolacyjnych (na Rehabilitacji, Psychiatrii, a także na Ortopedii).

Rok 2022 był okresem wysokich wzrostów cen żywności i kosztów personelu pomocniczego. Same koszty usługi całodziennego wyżywienia, wraz z daniami dodatkowymi jak II śniadanie czy podwieczerek, w styczniu wynosiły **21,90 zł** od osoby, do listopada wzrosły aż do **33 zł** na osobę, dopiero w grudniu zmiana usługodawcy pozwoliła ustalić nową cenę na **24,80 zł** na osobę. Tak dynamiczny rynek wymaga ścisłego monitorowania kosztów i szybkiej reakcji na zaistniałe zmiany.

Nową umową, zawartą w grudniu 2022 roku, Szpital ma szansę obniżyć koszty wyżywienia pacjentów o około 2,5%. Dalsze oszczędności możliwe są w sferze logistyki i obsługi żywienia. Docelowo należy dążyć do takiego rozwiązania aby obniżyć koszt dziennego wyżywienia pacjenta o co najmniej 20%. Uwzględniając, że ilość hospitalizacji może ulec zwiększeniu do poziomu bliskiego okresowi z przed pandemii, czyli do poziomu roku 2019, możliwe do osiągnięcia oszczędności mogą wynieść około **0,5 mln zł**.

Zwraca się tu uwagę na **zasadność precyzyjnego ustalenia zasad zarządzania usługami hotelowymi** i uwzględnienia ich także w zapisach regulaminowych. Powinny one przypisywać odpowiedzialność za te procesy konkretnym i kompetentnym strukturom, posiadającym adekwatne do tego umocowania.

5.3. Koszty zapewnienia pościeli

Koszty te są częścią niemedycznych świadczeń dla pacjentów, czyli tzw. kosztów hotelowych. Obejmują one koszty zakupu i magazynowania pościeli oraz koszty prania. Uwzględnia się tu także pracę salowych związaną z roznoszeniem pościeli, przebieganiem łóżek oraz koszty składowania pościeli czystej i brudnej.

Tabela 59 Całkowite koszty zapewnienia pacjentom pościeli w roku 2022

konto księgowo	rodzaj kosztu	kwota
401-01-01-13	Bielizna i pościel wielorazowego użytku	2 040
401-02-04-06	Bielizna i pościel jednorazowa	33 705
402-01-10-01	Usługi pralnicze	526 877
535-91020	Stacja łóżek, pralnia	537 981
	Pominięte w ewidencji księgowej koszty osobowe "pralni"	133 145
	Szacunek kosztów osobowych oddziałów - salowe	471 562
Razem koszty zapewnienia pościeli		1 705 310

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Łączna kwota kosztów jakie poniósł Szpital w roku 2022 na zapewnienie pacjentom bielizny i pościeli wyniosła **1,7 mln zł**. W kosztach tych uwzględniono pracę salowych na rzecz logistyki



związanej z pościelą. Przyjęto tu 15% kosztów osobowych salowych, zgodnie z opisem zawartym na początku tego rozdziału.

Z danych statystycznych wynika, że w 2022 roku hospitalizowano **7 337 osób**, które przebywały w Szpitalu łącznie **79 549 dni**. Na podstawie tych danych ustalono, że koszt pościeli przypadający na jeden osobodzień pobytu pacjenta wynosi **21,44 zł/osobodzień**. Z analizy danych benchmarkowych wynika, że koszty te powinny zmieścić się w kwocie 12 do 14 zł/osobodzień. Licząc koszty na jednego pacjenta otrzymujemy kwotę **232,40 zł/osobę**. Kwota ta ponad trzykrotnie przekracza porównywalne wartości w innych placówkach.

Łączna roczna kwota usług prania jest stosunkowo wysoka jak na Szpital o takiej licznie pacjentów. Zasadnym jest aby przeanalizować procedury zdawania i odbierania bielizny z pralni, w tym ważenie i rozliczanie zafakturowanych wartości. Z drugiej strony bardzo wysokie są także koszty magazynowania pościeli. Koniecznym wydaje się zatem poszukanie takich rozwiązań organizacyjnych aby **zdynamizować techniki zarządcze w obszarze usług hotelowych**. Celem strategicznym Szpitala w zakresie zapewnienia pościeli, powinno być dążenie do uzyskania oszczędności w kwocie 700 tys. zł. Bazując na parametrach uzyskiwanych przez inne jednostki, osiągnięcie w ciągu najbliższego roku oszczędności w wysokości **500 tys. zł** wydaje się być całkiem realne.

5.4. Koszty zarządzania

Koszty zarządzania stanowią istotną kategorię kosztów operacyjnych, które obok kosztów wytworzenia usług są przewidziane do analizy przez Ustawę o Rachunkowości. Zgodnie z tą Ustawą są prezentowane w sprawozdaniach finansowych sporządzonych metodą kalkulacyjną. Spojrzenie na nie daje obraz standardu procedur zarządczych i wskazuje na wysokość kosztów administracji.

Tabela 60 Koszty zarządzania poniesione przez Szpital w 2022 roku

konto księgowo	rodzaj kosztu	kwota
402-01-04-01	Usługi pocztowe i kurierskie	27 735
402-01-04-03	Usługi bankowe	25 917
402-01-07-01	Usługi prawne	280 367
402-01-07-02	Usługi badania sprawozdania finansowego	18 450
402-01-07-03	Usługi związane z audytem i kontrolą jak	45 404
402-01-11-01	Usługi wydawnicze, poligraficzne, naukowe	4 303
403-02-05	Opłaty skarbowe, sądowe i notarialne	5 150
406-01-01	Koszty krajowych podróży służbowych	12 258
406-02-03	Koszty obowiązkowego ubezpieczenia OC	169 500
406-03-00	Koszty reprezentacji i reklamy - NKUP	3 414
406-04-00	Nieobowiązkowe składki na rzecz organizacji	5 350
406-05-01	Ryczałty samochodowe za używanie prywatne	5 667
406-05-02	Inne koszty przejazdów w celach służbowy	70 571
535-95501	Archiwum	144 680
550-95401	Dział Sprzed i Rozl-Statystyka	524 340
550-95403	Sekcja Zam. Publicznych i Umów	265 559
550-95500	Zarząd i Rada Nadzorcza	939 489



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

550-95502	Dział Personalno-Organizacyjny	367 950
550-95503	Dział finansowo-księgowy	925 634
535-95405	Koszty ogólne szpitala	176 437
550-95508	Pion Dyrektora ds. Lecznictwa	753 239
550-95515	Samodzielne st pracy	807 543
	Utrzymanie infrastruktury technicznej biura	473 550
	Utrzymanie pustostanów	382 662
	Utrzymanie czystości	146 582
Razem koszty zarządzania szpitalem		6 581 749

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Koszty zarządzania Szpitalem wyniosły w 2022 roku **6,6 mln zł**. Kwota ta stanowi **7,8%** wszystkich kosztów operacyjnych poniesionych w ciągu roku przez Szpital. Koszty zarządów jednostek o wielkości MCM w Miliczu zazwyczaj mieszczą się w 5% ogółu kosztów operacyjnych lub nieco je przekraczają. Dla większych jednostek natomiast poziom ten kształtuje się nawet poniżej 4%. **Koszty zarządzania Spółką, w tym koszty administracji wyraźnie wykraczają poza przedział wyznaczony danymi benchmarkowymi.**

Powyższą ocenę nie należy odnosić wyłącznie do kosztów osobowych. Zwraca uwagę na przykład wysoki koszt usług prawnych, prawie dwukrotnie przewyższający dane benchmarkowe. Szpital charakteryzuje się nadmiarem powierzchni użytkowej budynków, powierzchni, która z punktu widzenia efektywności gospodarczej powinna pracować. Z jednej strony brak presji lokalowej sprzyja zajmowaniu przez komórki kosztownej w utrzymaniu nadmiernej powierzchni biurowej, z drugiej utrzymywanie pustostanów, które obciąża Zarząd Spółki zawyża w sposób nieracjonalny koszty zarządzania. Rozwiązanie w krótkim czasie problemu niewykorzystanej powierzchni wydaje się mało prawdopodobne lecz **szukając tańszych dróg funkcjonowania Spółki nie należy pomijać kosztów administracji i opracować własny program oszczędnościowy.**



6. Polityka kadrowa

6.1. Dokumenty regulujące politykę kadrową

Polityka kadrowa Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o. realizowana jest w oparciu o następujące regulacje:

- Regulamin Pracy (X 2022r.),
- Regulamin Wynagradzania (II 2000r.),
- Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych (II 2014r.).

Regulamin Pracy ustala organizację i porządek wewnętrzny w procesie pracy oraz określa związane z tym prawa i obowiązki pracodawcy i pracowników, w tym w szczególności:

- obowiązki pracownika i pracodawcy,
- czas pracy,
- zasady wypłaty wynagrodzeń,
- prace wzbronione kobietom w ciąży i karmiącym dziecko piersią,
- bezpieczeństwo i higiena pracy,
- środki ochrony indywidualnej oraz odzież i obuwie robocze,
- usprawiedliwienie nieobecności,
- podnoszenie kwalifikacji zawodowych przez pracownika.

Czas pracy dla pracowników pracujących w podstawowym oraz równoważnym systemie pracy rozlicza się w trzymiesięcznym okresie rozliczeniowym, za wyjątkiem pielęgniarek dla których wynosi on 2 miesiące oraz pracowników niepełnosprawnych, gdzie wynosi on 1 miesiąc.

Pracownik obowiązany jest potwierdzić swoje przybycie do pracy i zakończenie pracy za pomocą elektronicznego rejestratora czasu pracy.

Wynagrodzenie za pracę wypłaca się z dołu, w pierwszym roboczym dniu następnego miesiąca, za wyjątkiem składników wynagrodzenia obejmujących dodatki za pracę w niedzielę, święta i w nocy oraz wynagrodzenie za dyżury medyczne, których wypłata następuje z dołu, w pierwszym roboczym dniu po 10-tym dniu miesiąca.

Realizowana w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. polityka wynagradzania opiera się na Regulaminie wynagradzania. **Regulamin Wynagradzania** określa zasady wynagradzania za pracę i przyznawania innych świadczeń związanych z pracą personelowi zatrudnionemu w Jednostce. Dotyczy on osób posiadających umowę o pracę. **Regulamin pochodzi z roku 2000, został on przejęty po zlikwidowanym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej.** Zawiera on ogólne zasady wynagradzania w podziale na poszczególne składowe wynagrodzenia.

W Spółce na wynagrodzenie składają się:

- wynagrodzenie zasadnicze,
- dodatek funkcyjny,



- dodatek za wysługę lat,
- dodatek za pracę wykonywaną w porze nocnej, w dni ustawowo wolne od pracy oraz dni dodatkowo wolne od pracy wynikające z przeciętnego pięciodniowego tygodnia pracy,
- wynagrodzenie dyżur medyczny,
- wynagrodzenie za gotowość do pracy,
- dodatki za pracę w pogotowiu ratunkowym (pomocy doraźnej),
- nagrody uznaniowe,
- dodatek za tytuł naukowy.

Ponadto w Spółce wypłacane są:

- nagrody jubileuszowe,
- odprawy emerytalno-rentowe, pośmiertne.

Wynagrodzenie zasadnicze ustalane jest na podstawie stawek osobistego zaszerzgowania stanowiska pracy. Wynagrodzenie to ma postać stawki miesięcznej lub godzinowej.

Pracownikom zatrudnionym na stanowiskach kierowniczych przysługuje **dodatek funkcyjny** – określony w relacji procentowej do wynagrodzenia zasadniczego.

Tabela 61 Stawek dodatków funkcyjnych

Lp.	Stanowisko	Procent od wynagrodzenia zasadniczego
PRACOWNICY DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ		
1.	Z-ca kierownika zakładu ds. leczenia Ordynator Naczelna Pielęgniarka Kierownik komórki organizacyjnej Kierownik apteki zakładowej	do 45%
2.	Z-ca Ordynatora Przełożona pielęgniarek Kierownik poradni, kierownik pracowni	do 35%
3.	Pielęgniarka, położna koordynująca i nadzorująca pracę innych pielęgniarek i położnych Pielęgniarka oddziałowa Kierownik zespołu techników medycznych Kierownik sekcji statystyki	do 25%
4.	Z-czyni pielęgniarki, położnej oddziałowej	do 20%
PRACOWNICY TECHNICZNI, EKONOMICZNI I ADMINISTRACYJNI		
1.	Kierownik zakładu	do 50%
2.	Z-ca kierownika zakładu Główny księgowy Radca prawny	do 45%
3.	Z-ca głównego księgowego	do 30%
4.	Kierownik komórki organizacyjnej	do 25%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



W Regulaminie brak jest kryteriów przyznawania dodatków funkcyjnych. Wysokość dodatku funkcyjnego powinna zależeć od wielkości komórki organizacyjnej, stopnia trudności i złożoności wykonywanych prac.

Pracownikowi przysługuje **dodatek za wysługę lat** w wysokości wynoszącej po 5 latach pracy 5% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Dodatek ten wzrasta o 1% za każdy kolejny rok pracy, aż do osiągnięcia 20% miesięcznego wynagrodzenia zasadniczego. Do okresów pracy uprawniających do dodatku wlicza się wszystkie poprzednie zakończone okresy zatrudnienia oraz inne okresy, jeżeli z mocy odrębnych przepisów podlegają one wliczeniu do okresu pracy, od którego zależą uprawnienia pracownicze.

Pracownikom za każdą godzinę pracy wykonywanej w **porze nocnej** przysługuje dodatkowe wynagrodzenie w wysokości 20% stawki godzinowej wynikającej z minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Pracownikom wykonującym zawód medyczny, zatrudnionym w systemie pracy zmianowej, przysługuje dodatek w wysokości:

- **65%** stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze nocnej,
- **45%** stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego za każdą godzinę pracy wykonywanej w porze dziennej w niedziele i święta oraz dni wolne od pracy wynikające z przeciętnie pięciodniowego tygodnia pracy.

Lekarz oraz inny posiadający wyższe wykształcenie pracownik wykonujący zawód medyczny może być zobowiązany do pełnienia **dyżuru medycznego**. Czas dyżuru nie wlicza się do czasu pracy. Wynagrodzenie za pracę w ramach pełnionego dyżuru medycznego oblicza się stosując przepisy KC.

Lekarz oraz inny posiadający wyższe wykształcenie pracownik wykonujący zawód medyczny oraz inni pracownicy mogą zostać zobowiązani do pozostawania poza zakładem w **gotowości** do udzielania świadczeń zdrowotnych. Za każdą godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych przysługuje wynagrodzenie w wysokości **50%** stawki godzinowej wynagrodzenia zasadniczego.

Pracownikom mogą być przyznawane **nagrody uznaniowe** w wysokości do **50%** uposażenia zasadniczego, uzależnione od możliwości finansowych zakładu pracy.

Pracownikowi posiadającemu **stopień naukowy doktora, doktora habilitowanego bądź tytuł naukowy profesora** może być przyznany miesięczny dodatek ustalony w relacji procentowej do wynagrodzenia zasadniczego:

- profesor do 50% wynagrodzenia zasadniczego, jednak nie mniej niż 185 zł,
- doktor habilitowany do 30% wynagrodzenia zasadniczego, jednak nie mniej niż 125 zł,
- doktor do 20% wynagrodzenia zasadniczego, jednak nie mniej niż 65 zł.

Dodatek za stopień naukowy w Szpitalu nie jest wypłacany.



Ze względu okresowego zwiększenia obowiązków służbowych lub powierzenia dodatkowych zadań pracownik może otrzymać **dodatek specjalny**, w kwocie nie przekraczającej 20% wynagrodzenia zasadniczego i dodatku funkcyjnego.

Pracownikowi przysługuje dodatek za podnoszenie kwalifikacji związanym z charakterem aktualnie wykonywanej pracy.

Audytorom nie została przedstawiona lista płac w czytelnym ujęciu, zatem nie dokonano analizy adekwatności składników wynagrodzenie widniejących w Regulaminie a wypłacanymi w rzeczywistości.

Stawki dodatków za dyżury, dyżury w gotowości, czy pracę w porze nocnej są zgodne z ustawą o działalności leczniczej. Pozostałe dodatki funkcjonujące w Szpitalu są wprowadzane uznaniowo przez pracodawcę (np. dodatek inny, nagrody) więc ich wysokość uzależniona jest od jego decyzji. Dodatek funkcyjny jest fakultatywnym składnikiem wynagrodzenia w przypadku podmiotów leczniczych prowadzonych w formie spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. To samo się tyczy dodatku za staż pracy (wysługę lat) – też jest fakultatywny.

Za długoletnią pracę pracownikowi przysługują **nagrody jubileuszowe** w wysokości:

- 75% wynagrodzenia miesięcznego po 20 latach pracy,
- 100% wynagrodzenia miesięcznego po 25 latach pracy,
- 150% wynagrodzenia miesięcznego po 30 latach pracy,
- 200% wynagrodzenia miesięcznego po 35 latach pracy,
- 300% wynagrodzenia miesięcznego po 40 latach pracy.

Nagrody jubileuszowe w przypadku podmiotów funkcjonujących w formie spółki prawa handlowego mają charakter fakultatywny.

Pracownikowi spełniającemu warunki do **emerytury lub renty** z tytułu niezdolności do pracy, którego stosunek pracy ustał w związku z przejściem na emeryturę lub rentę, przysługuje jednorazowa odprawa pieniężna w wysokości:

- jednomiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli pracownik był zatrudniony krócej niż 15 lat,
- dwumiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 15 lat,
- trzymiesięcznego wynagrodzenia, jeżeli pracownik był zatrudniony co najmniej 20 lat.

Odprawa pieniężna funkcjonująca w Szpitalu jest właściwa (pod kątem obowiązkowej regulacji ustawowej) dla pracowników SP ZOZ. W przypadku formuły funkcjonowania MCM Sp. z o.o. przysługiwać powinna odprawa pieniężna w wysokości jednomiesięcznego wynagrodzenia.

Szpital posiada **Regulamin Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych**.

Środki Funduszu przeznaczone są na:



- pomoc finansową lub rzeczową przyznawaną osobom znajdującym się w szczególnie trudnej sytuacji życiowej i w wypadkach losowych, klęsk żywiołowych, długotrwałej ciężkiej choroby, śmierci – po udokumentowaniu tego zdarzenia – w formie bezzwrotnych zapomóg pieniężnych,
- dofinansowanie wypoczynku urlopowego pracownika (co najmniej 14 dni),
- dofinansowanie wczasów, kolonii, obozów i zimowisk dla dzieci i młodzieży,
- pożyczki zwrotne na cele mieszkaniowo-remontowe,
- finansowanie działalności kulturalno-oświatowej, w tym w postaci zakupu biletów na imprezy artystyczne, kulturalne, rozrywkowe lub sportowe,
- imprezy rekreacyjno-sportowe,
- świadczenia okolicznościowe lub rzeczowe – bony towarowe lub pieniężne.

Przyznanie i wysokość świadczeń oraz dopłat uzależnia się od sytuacji życiowej, rodzinnej oraz materialnej. Odpisy na ZFŚS kształtowały się na poziomie 620-680 tys. zł w skali roku.

Łącznie w organizacjach związkowych w Milickim Centrum Medyczne Sp. z o.o. zrzeszonych jest 261 pracowników. Stanowi to 70% pracowników etatowych zatrudnionych w Spółce. W Szpitalu funkcjonują **4 organizacje związkowe**. Przedstawia to tabela poniżej.

Tabela 62 Wykaz organizacji związkowych (stan na 29.05.2023r.)

Lp.	Nazwa organizacji związkowej	Liczba członków
1.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych	130
2.	Niezależny Związek Zawodowy Pracowników Szpitala w Miliczu	110
3.	Ogólnopolski Związek Zawodowy Pracowników Fizjoterapii	14
4.	NSZZ Solidarność	7

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W maju 2023 r. na długotrwałych zwolnieniach, urlopach przebywa ok. 20 pracowników. Połowa osób była nieobecna w wyniku długoterminowych zwolnień rodzicielskich (10 osób), połowa w wyniku długoterminowych zwolnień chorobowych (9 osób). Ze świadczeń rehabilitacyjnych korzysta 1 osoba.

Według stanu na koniec kwietnia 2023 roku Szpital zatrudniał 23 osoby posiadające orzeczony stopień niepełnosprawności. W związku z czym wskaźnik zatrudnienia osób niepełnosprawnych przekracza 6%, dlatego też na podstawie art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych Milickie Centrum Medyczne **nie ponosi kosztów z tytułu PFRON**.

W najbliższych latach uprawnienia emerytalne nabędzie ok. 65 osób (zatrudnionych w wymiarze 63,4 etatu). W przypadku przerostu zatrudnienia przejścia na emeryturę można wykorzystać jako naturalny ruch zmniejszenia zatrudnienia – z jednej strony jest to bowiem element realizacji redukcji zatrudnienia w sposób minimalizujący skutki społeczne, z drugiej jednak strony należy uwzględnić kapitał kompetencyjny doświadczonych pracowników.

W Szpitalu zatrudnionych jest 57 osób na umowy na czas określony, w wymiarze pracy 56,5 etatów, gdzie zapisane są 2 tygodniowe okresy wypowiedzenia. Pozostali pracownicy mają zawarte umowy na czas nieokreślony, gdzie w większości przypadków obowiązują



3 miesięczny okres wypowiedzenia. W roku 2023 umowy na czas określony dobiegną końca dla 19 pracowników.

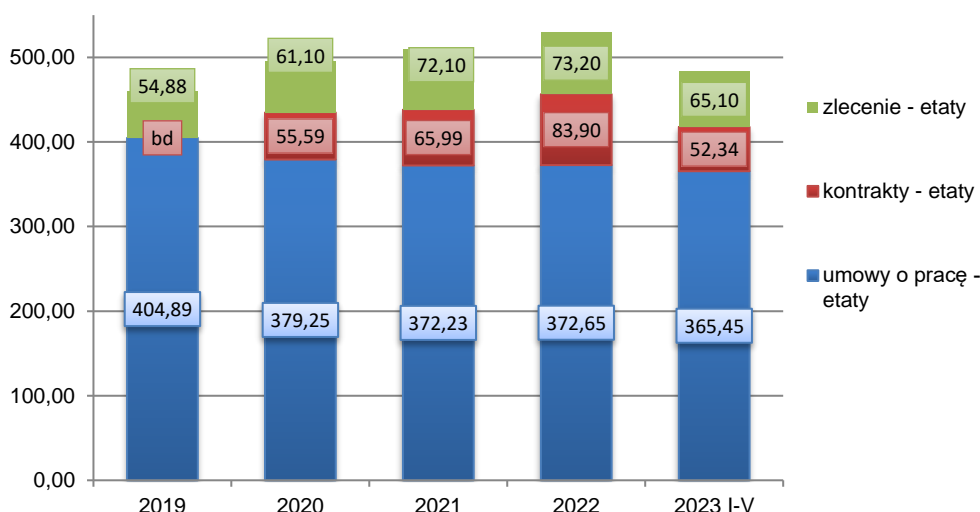
W roku 2022 zaktualizowany został Regulamin Pracy, natomiast Regulamin Wynagrodzeń od czasu ostatniego audytu nie został zaktualizowany. Dalej widnieją w nim martwe dodatki oraz składowe wynagrodzeń właściwe dla SP ZOZ-ów. Nie można się było odnieść do rzeczywistej wypłaty poszczególnych składowych wynagrodzeń ze względu na „mało elastyczny” system płacowy, który uniemożliwia taką analizę.

6.2. Struktura zatrudnienia

Liczba zatrudnionych pracowników Milickiego Centrum Medyczne Sp. z o.o. przedstawia liczbę pracowników zatrudnionych w Spółce, również osoby na długoterminowych zwolnieniach. Przeanalizowano stan i strukturę personelu Szpitala w latach 2019 – I-V 2023 wg rodzajów umów, grup zawodowych oraz w poszczególnych komórkach organizacyjnych.

MCM Sp. z o.o. zatrudnia pracowników w oparciu o umowy o pracę, kontrakty oraz umowy zlecenia.

Wykres 18 Liczba zatrudnionych pracowników w latach 2019 – V 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Dominującą formą zatrudnienia w Spółce są umowy o pracę. Pracownicy zatrudnieni na umowy o pracę stanowią ok. 75% ogółu zatrudnionych. W analizowanym okresie zatrudnienie spadło z umów o pracę, zaś z kontraktów i umów zleceń rosło do roku 2022, po czym spadło w roku 2023. W wyniku czego zatrudnienie ogółem było niższe o ok. 13 etatów niż w roku 2020 (2019 – brak danych z kontraktów).

Poniżej w tabeli oraz na wykresie zaprezentowany został stan zatrudnienia na koniec okresów osób zatrudnionych w oparciu o umowy o pracę w MCM Sp. z o.o. w latach 2019 – V 2023.



Pracowników podzielono na 8 grup zawodowych: lekarzy, wyższy medyczny, pielęgniarki i położne, techników, średni medyczny (sekretarka, rejestratorka, dietetyk, terapeuta zajęciowy, pracownik socjalny, ratownik medyczny), niższy medyczny (opiekun medyczny, salowa/-y, noszowy, pomoc sterylizatora, sterylizator, pomoc apteczna), administrację oraz obsługę (techniczną i gospodarczą).

Tabela 63 Liczba pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w latach 2019 – V 2023 (wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe

Grupa zawodowa	Umowy o pracę					Dynamika
	2019	2020	2021	2022	2023 I-V	2023/2019
Lekarze	15,50	19,20	22,10	24,20	28,20	↑182%
Wyższy med.	32,55	30,90	26,90	26,40	27,95	↓86%
Pielęgniarki i położne	179,46	166,85	160,35	159,85	150,60	↓84%
Technicy	18,00	20,00	14,00	13,00	12,50	↓69%
Średni med.	29,00	24,50	29,50	29,50	30,50	↑105%
Niższy med.	68,50	60,00	64,50	68,50	68,50	•100%
Administracja	42,88	41,80	37,88	35,20	33,20	↓77%
Obsługa	19,00	16,00	17,00	16,00	14,00	↓74%
RAZEM	404,89	379,25	372,23	372,65	365,45	↓90%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na przestrzeni analizowanego okresu liczba pracowników ogółem w ramach umów o pracę spadała – ostatecznie **była niższa o 39,44 etatów** w stosunku do roku bazowego. Największe zmiany w liczbie zatrudnionych miały miejsce w przypadku pielęgniarek i położnych – spadek o 28,86 etatów (-16%), przy czym liczba umów cywilno-prawnych wzrosła w tej grupie zawodowej o ok. 10 etatów. Znaczny wzrost z kolei widać w grupie lekarzy (wzrost o 12,70 etatów) – są to głównie lekarze rezydenci.

W tabeli poniżej przedstawiona została liczba umów kontraktowych (dane bez dyżurów medycznych) zawartych w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. w latach 2019 – V 2023.

Tabela 64 Liczba osób zatrudnionych na umowy kontraktowe w etatach przeliczeniowych w latach 2019 – V 2020 (wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe

Grupa zawodowa	Kontrakty					Dynamika
	2019	2020	2021	2022	2023 I-V	2023/2020
Lekarze	bd	31,22	32,57	51,40*	23,25	↓74%
Wyższy med.	bd	3,40	5,17	5,60	4,09	↑120%
Pielęgniarki i położne	bd	20,04	24,20	20,60	24,10	↑120%
Technicy	bd	0,00	0,00	2,40	0,15	-
Średni med.	bd	0,00	3,23	2,70	0,00	-
Administracja	bd	0,94	0,81	1,20	0,75	↓80%
RAZEM	bd	55,59	65,99	83,90	52,34	↓94%

* dane z dyżurami

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Z tej formy zatrudnienia korzystają głównie lekarze i pielęgniarki/położne. Liczba kontraktów ogółem na przestrzeni analizy wahała się i ostatecznie była niższa o 3,25 etatu przeliczeniowego w porównaniu do roku 2020.

Tabela 65 Liczba osób zatrudnionych na umowy zlecenie w etatach przeliczeniowych w latach 2019 – V 2020 (wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe

Grupa zawodowa	Umowy o pracę					Dynamika
	2019	2020	2021	2022	2023 I-V	2023/2019
Lekarze	3,50	4,50	5,00	3,00	2,60	↓74%
Wyższy med.	0,92	0,50	1,30	2,50	2,00	↑218%
Pielęgniarki i położne	20,00	17,90	20,30	26,70	26,30	↑132%
Technicy	0,00	2,40	2,30	2,00	2,30	-
Średni med.	12,83	7,20	6,40	4,00	4,50	↓35%
Niższy med.	16,35	26,40	30,90	27,60	21,80	↑133%
Administracja	0,00	0,40	1,80	2,60	2,40	-
Obsługa	1,28	1,80	4,10	4,80	3,20	↑250%
RAZEM	54,88	61,10	72,10	73,20	65,10	↑119%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na przestrzeni analizowanego okresu liczba pracowników ogółem w ramach umów zleceń wahała się – ostatecznie była wyższa o 10 etatów w stosunku do roku 2019. Największe zmiany w liczbie zatrudnionych miały miejsce w przypadku pielęgniarek – wzrost o 6,30 etatów.

Wg stanu na koniec maja 2023 roku MCM Sp. z o.o. zatrudniał osoby na umowy o pracę w wymiarze 365,45 etatów, 52,34 etatów przeliczeniowych z umów kontraktowych (bez dyżurów lekarskich) oraz 65,10 etatów przeliczeniowych z umów zleceń.

Poniżej w tabeli przedstawione zostało zatrudnienie pracowników Spółki w podziale na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową (wg stanu na dzień 31.05.2023 roku) w przeliczeniu na etaty.

Tabela 66 Liczba pracowników podziale na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową (wg stanu na 31.07.2019r.)

Grupa zawodowa	Zatrudnieni w oparciu o		
	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenia
Lekarze	28,20	23,25	2,60
Wyższy z medycznym	27,95	4,09	2,00
Pielęgniarki i położne	150,60	24,10	26,30
Technicy	12,50	0,15	2,30
Średni medyczny	30,50	0,00	4,50
Niższy medyczny	68,50	0,00	21,80
Administracja	33,20	0,75	2,40
Obsługa	14,00	0,00	3,20
Razem	365,45	52,34	65,10

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Najliczniejszą grupę zawodową w Spółce tworzą pielęgniarki, które w 75% zatrudnione są w oparciu o umowy pracę. W porównaniu z rokiem 2019 wzrósł odsetek pielęgniarek korzystających z umów kontraktowych, co należy ocenić pozytywnie. Z umów kontraktowych korzystają głównie lekarze – 3/4 lekarzy korzysta z tej formy zatrudnienia. Umowy zlecenia popularne są w grupie personelu niższego oraz pielęgniarek i położnych.

W tabeli poniżej został zaprezentowany szczegółowy wykaz osób zatrudnionych w Szpitalu wg stanu na koniec maja 2023 roku w podziale na poszczególne komórki organizacyjne, grupy zawodowe oraz rodzaj zawartej umowy.

Tabela 67 Wykaz pracowników w podziale na grupy zawodowe oraz poszczególne komórki organizacyjne (maj 2023r.)

Jednostka organizacyjna	Gr. zawodowa	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie
ODDZ. PSYCHIATRYCZNY OGÓLNY	lekarze	15,00	1,88	
	wyższy medyczny	3,35	0,50	0,90
	pielęgniarki i położne	28,00	1,81	3,90
	średni medyczny	6,50		0,00
	niższy medyczny	16,00		3,50
ODDZ. PSYCHIATRYCZNY DLA DZIECI. I MŁODZIEŻY	lekarze	1,00	1,87	
	wyższy medyczny	1,00	1,42	0,40
	pielęgniarki i położne	6,00	3,32	2,10
	średni medyczny	2,00		
	niższy medyczny	3,00		2,20
ODDZ. DETOKSYKACJI ALKOHOLOWEJ	wyższy medyczny	0,75		
IZBA PRZYJĘĆ PSYCHIATR.	pielęgniarki i położne	2,00		2,60
	niższy medyczny	1,00		1,00
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	lekarze	3,00	3,89	0,40
	wyższy medyczny		1,01	
	pielęgniarki i położne	12,50	2,73	4,00
	średni medyczny	2,00		0,60
	technicy	1,00		
	niższy medyczny	4,00		3,50
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	lekarze	2,00	1,16	
	pielęgniarki i położne	9,00	1,73	0,10
	średni medyczny	1,00		
	niższy medyczny	2,00		
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	lekarze		0,71	
	pielęgniarki i położne	2,50		
ODDZ. GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	lekarze		2,08	
	pielęgniarki i położne	10,50	1,33	2,70
	niższy medyczny	5,00		
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	lekarze	2,00	4,38	
	pielęgniarki i położne	11,00		2,70
	średni medyczny	1,00		
	niższy medyczny	2,00		1,40
ODDZ. CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	lekarze	3,20	3,67	
	wyższy medyczny		1,13	
	pielęgniarki i położne	5,00	4,16	
	średni medyczny	1,00		
	niższy medyczny	3,00		1,00
ODDZ. ANESTEZ. I INT. TER	lekarze	1,00	2,51	0,10



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Jednostka organizacyjna	Gr. zawodowa	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie
	pielęgniarki i położne	21,50	0,77	0,90
	średni medyczny	2,00		
	niższy medyczny	2,00		0,50
BLOK OPERACYJNY	pielęgniarki i położne	11,50	1,13	0,40
	niższy medyczny	4,00	0,00	0,70
IZBA PRZYJĘĆ OGÓLNA	pielęgniarki i położne	6,50	2,77	1,00
	średni medyczny	2,00		0,30
	niższy medyczny	7,00		2,70
LDSZ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY	pielęgniarki i położne	6,00	2,31	1,70
	niższy medyczny	4,50		2,00
ODDZIAŁ REHAB. OGÓLNOUSTROJOWEJ	lekarze	1,00	1,81	
	wyższy medyczny	3,00	1,11	
	pielęgniarki i położne	8,00	2,03	0,40
	średni medyczny	3,00		
	niższy medyczny	4,00		1,40
FIZJOTERAPIA	wyższy medyczny	10,75	1,07	
	technicy	3,00		0,30
NOCNA OPIEKA ZDROWOTNA	lekarze			0,40
	średni medyczny			2,00
POZ	lekarze		2,00	
	pielęgniarki i położne		0,75	
REJESTRACJA	średni medyczny	6,00		0,80
PRZYCHODNIA SPEC.AMBUL.	lekarze			1,30
	pielęgniarki i położne	7,60		3,30
	niższy medyczny	3,00		
PORADNIA DIABETOLOGICZNA	lekarze		0,26	
PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ	lekarze		0,86	
	pielęgniarki i położne		0,18	
DZIAŁ RADIOL. Z PR. USG	wyższy medyczny	1,00		
	pielęgniarki i położne	1,00		
	średni medyczny	2,00		
	technicy	4,00	0,15	
DZIAŁ DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ	wyższy medyczny	5,50		0,50
	średni medyczny	1,00		
	technicy	1,50		1,10
APTEKA	wyższy medyczny	1,00		0,20
	technicy	3,00		0,90
	niższy medyczny	1,00		1,00
CENTRALNA STERYLIZATORNIA	pielęgniarki i położne		1,00	
	niższy medyczny	7,00		0,60
PION DYREKTORA DS. LECZNICTWA	lekarze			0,40
	wyższy medyczny	1,60		
	pielęgniarki i położne	1,00		
	niższy medyczny			0,30
DZIAŁ EPIDEMIOLOGII	średni medyczny	1,00		0,80
	pielęgniarki i położne	1,00		0,50
KIEROWNIK DZIAŁU LOGISTYKI	administracja	4,00		
	obsługa	1,00		
WARSZTAT	obsługa	5,00		2,00
SEKCJA INFORMATYKI	administracja	2,00		
ARCHIWUM	administracja	2,00		



Jednostka organizacyjna	Gr. zawodowa	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie
SEKCJA KADR	administracja	3,00		
SEKCJA ORGANIZACYJNA	administracja	3,00		
SAMODZIELNE STANOWISKA	administracja	1,00		0,70
DZIAŁ KSIĘGOWOŚCI	administracja	8,20	0,75	
DZIAŁ SPRZEDAŻY USŁUG MEDYCZNYCH	administracja	6,00		
SEKCJA ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH	administracja			1,10
SEKCJA ZAOPATRZENIA	administracja	4,00		0,60
	obsługa	3,00		
PORTIERNIE	obsługa	5,00		1,20
OGÓŁEM		365,45	60,25	65,10

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

72% osób zatrudnionych w Szpitalu pracuje na oddziałach szpitalnych (razem z blokiem operacyjnym). Poradnie specjalistyczne i przychodnie obsługuje 6% ogółu pracowników. W komórkach pomocniczych medycznych pracuje 10% ogółu osób zatrudnionych w Spółce. Pracownicy administracji stanowią 9%, zaś obsługi 4%.

W Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. dominują pracownicy zatrudnieni na umowy o pracę, przy czym na przestrzeni lat odsetek ten zmalał na rzecz umów cywilnoprawnych, zatem zatrudnienie staje się bardziej elastyczne – łatwiej dostosowywać je do bieżących potrzeb. Zatrudnienie w analizowanym okresie wahało się – ostatecznie było niższe niż w roku bazowym.

6.3. Organizacja pracy

W opracowaniu prześlędzono szczegółowo organizację pracy personelu zatrudnionego w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o.

Liczba lekarzy pracujących na poszczególnych oddziałach szpitalnych została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 68 Organizacja pracy lekarzy

Oddział	Przeciętna liczba lekarzy pracujących od pon. do pt. – 7.35h	Liczba osób pracujących 7:35 godz. od pon. do piątku	Liczba osób pracujących 24 godz. w soboty, niedziele i święta
Dział Anestezjologii	3	2	2
Oddział Chirurg. Urazowo-Ortopedycznej	4	1	
Oddział Chirurgii Ogólnej	7	1	1
Oddział Dziecięcy	4	1	1
Oddział Neonatolog.	1		
Oddział Ginekologiczno-Położniczy	2	1	1
Oddział Wewnętrzny	7	1	1
Oddział Psychiatryczny Ogólny	10	1	1
Oddział Psychiatryczny dla Dzieci Młodzieży	3		



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Oddział	Przeciętna liczba lekarzy pracujących od pon. do pt. – 7.35h	Liczba osób pracujących 7:35 godz. od pon. do piątku	Liczba osób pracujących 24 godz. w soboty, niedziele i święta
Oddział Rehabilitacji	3		1
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	1		

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W Szpitalu na oddziałach szpitalnych zatrudnionych jest łącznie 52,66 etatów przeliczeniowych lekarzy, w tym 26,87 rezydentów. Przeciętnie w ciągu dnia na 7.35h jest 45 lekarzy, zaś na dyżurach 8 osób, w tym 3 dyżury są łączone.

Organizacja pracy pielęgniarek i położnych została przedstawiona w tabeli poniżej.

Tabela 69 Organizacja pracy pielęgniarek i położnych

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 7.35 w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta
OAIT	2	5	3	4	3
Blok Operacyjny	1	4	1	1	1
Oddział Chirurgiczny	2	3	2	2	2
Oddział Ortopedyczny	1	2	2	2	2
Oddział Dziecięcy	1	2	2	2	2
Oddział Położniczy - położne	2	2	2	2	2
Oddział Chorób Wewnętrznych +TK	3	3	3	3	3
Oddział Rehabilitacji	1	2	2	2	2
ZOL	1	2	2	2	2
Izba Przyjęć Ogólna	1	2	2	3	2
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek A	1	2	2	2	2
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek B	1	2	2	2	2
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek C+Detoks	1	2	2	2	2
Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	1	2	2	2	2
Izba Przyjęć Psychiatryczna	1	1	1	1	1

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na oddziałach szpitalnych (razem z BO i IP) pracuje 186,60 etatów pielęgniarek (w tym 20,4 etatów przeliczeniowych z umów kontraktowych i 22,5 etatów na umowy zlecenie), z czego ok. 6 osób przebywa na długoterminowych zwolnieniach.

Szpital w Miliczu na niektórych oddziałach ma mniejszą liczbę pielęgniarek i położnych niż wynika to z ministerialnej normy, a na niektórych zbyt dużą – ogólny bilans wychodzi poniżej normy. Szpital musiałby zwiększyć liczbę pielęgniarek/położnych albo obniżyć liczbę łóżek szpitalnych. Wg nowej normy obsadę należy zapewnić na każde łóżko – obłożone czy też nie, a w Szpitalu pracuje średnio 60% łóżek posiadanych na stanie na oddziałach podlegających pod normy. **Należy – uwzględniając łóżka rzeczywiście pracujące – obniżyć liczbę łóżek w niektórych oddziałach i dostosować do nich liczbę pielęgniarek/położnych.**



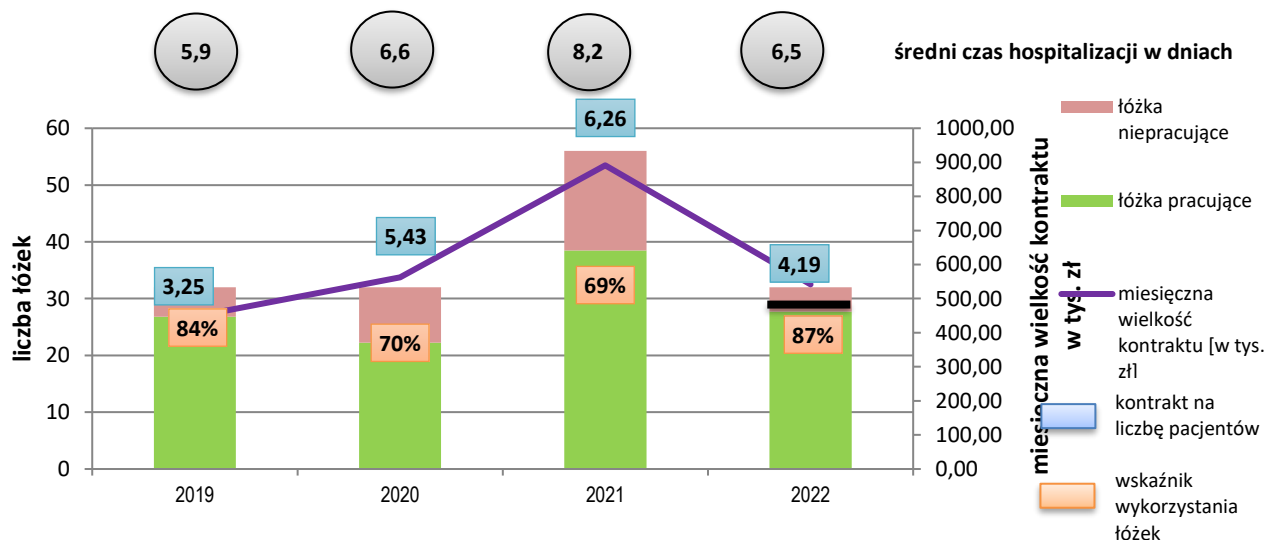
Z łózkami wiązą się nie tylko etaty lekarskie, pielęgniarskie, administracyjne, ale także konieczność utrzymania, ogrzania, oświetlenia, remontu sal, w których te łóżka stoją itp. Analiza wykorzystania bazy łóżek jedynie stopniem wykorzystania liczby łóżek może dać mylny obraz – np. jeżeli na oddziale wykorzystanie liczby łóżek wynosi 100%, nie musi to oznaczać znakomitego wykorzystania zasobów, a może wskazywać na dłuższe przetrzymywanie pacjenta z różnych powodów (powikłania, brak szybkiej diagnostyki itp.). I odwrotnie – niskie wykorzystanie – może wynikać z krótszego czasu hospitalizacji. Bazę łóżkową powinno się odnosić do liczby łóżek pracujących uwzględniając pewien bufor bezpieczeństwa/zapasu na nieprzewidziane zdarzenia i ewentualny rozwój oddziału, a także dane statystyczne i kontrakt z NFZ.

Tabela 70 Oddział Chorób Wewnętrznych baza łóżkowa

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
liczba łóżek	32	32	56	32
wykorzystanie w %	84%	70%	69%	87%
łóżka pracujące	27	22	38	28
łóżka niepracujące	5	10	18	4
średni czas hospitalizacji	5,9	6,6	8,2	6,5
miesięczna liczba pacjentów	138	104	142	129
miesięczna wielkość kontraktu w tys. zł	447,38	562,26	891,17	541,76

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 19 Oddział Chorób Wewnętrznych baza łóżkowa



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Oddział Chorób Wewnętrznych w okresie analizy liczył 32 łóżka (poza rokiem 2021, gdzie 24 łóżka były covidowe). Przy tej liczbie łóżek wykorzystanie bazy łóżkowej wyniosło 70-87%, ale okres pobytu w tym czasie wzrósł do 6,5 dnia. Warto zwrócić uwagę na dane za okres I-IV 2023, w którym okres pobytu chorego obniżył się do 5,2 i wykorzystanie łóżek spadło do poziomu 74% - co oznacza iż w tym czasie pracowały 24 łóżka. W związku z tym zaleca się liczbę łóżek na poziomie 29.

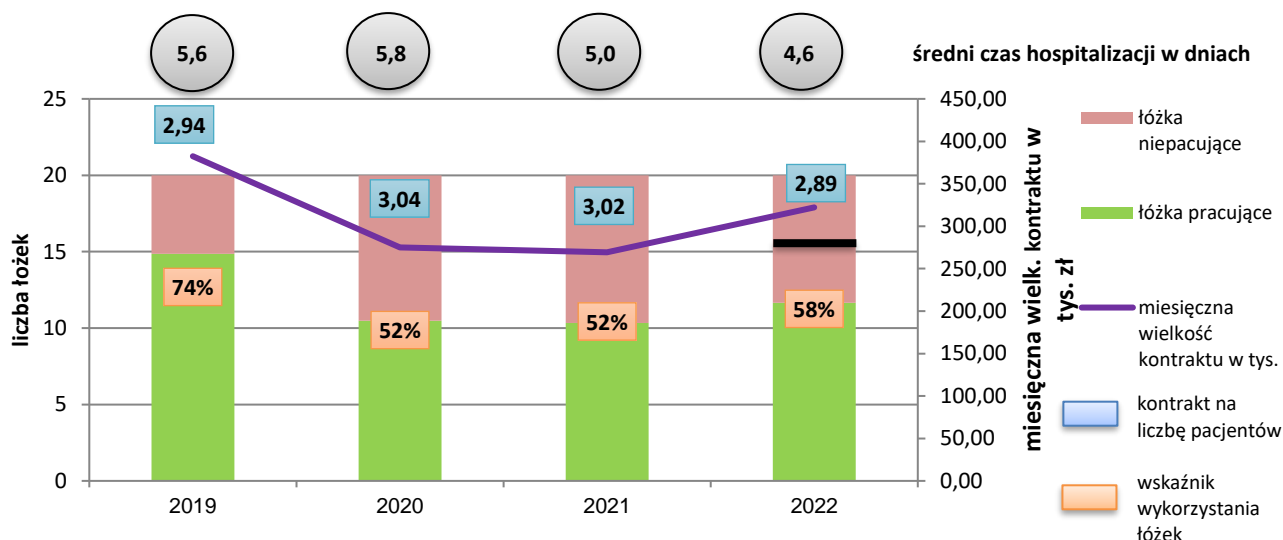


Tabela 71 Oddział Chirurgii Ogólnej baza łóżkowa

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
liczba łóżek	20	20	20	20
wykorzystanie w %	74%	52%	52%	58%
łóżka pracujące	15	10	10	12
łóżka niepracujące	5	10	10	8
średni czas hospitalizacji	3,5	3,5	3,5	3,2
miesięczna liczba pacjentów	130	90	89	112
miesięczna wielkość kontraktu w tys. zł	382,45	275,07	269,27	322,04

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 20 Oddział Chirurgii Ogólnej baza łóżkowa



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Oddział Chirurgii Ogólnej liczy 20 łóżek. Przy tej liczbie łóżek wykorzystanie bazy łóżkowej wynosiło 52-74%. Okres pobytu chorego w tym czasie obniżył się i w roku 2022 był niższy niż dla województwa oraz w porównaniu dla danych ogólnopolskich. W tym czasie kontrakt z NFZ spadł o 16%, a liczba pacjentów zmalała o 14%. Zakładając niezbędną rezerwę w wysokości 20% liczba łóżek w stosunku do danych za rok 2022/2023 powinna wynosić 16 łóżek.

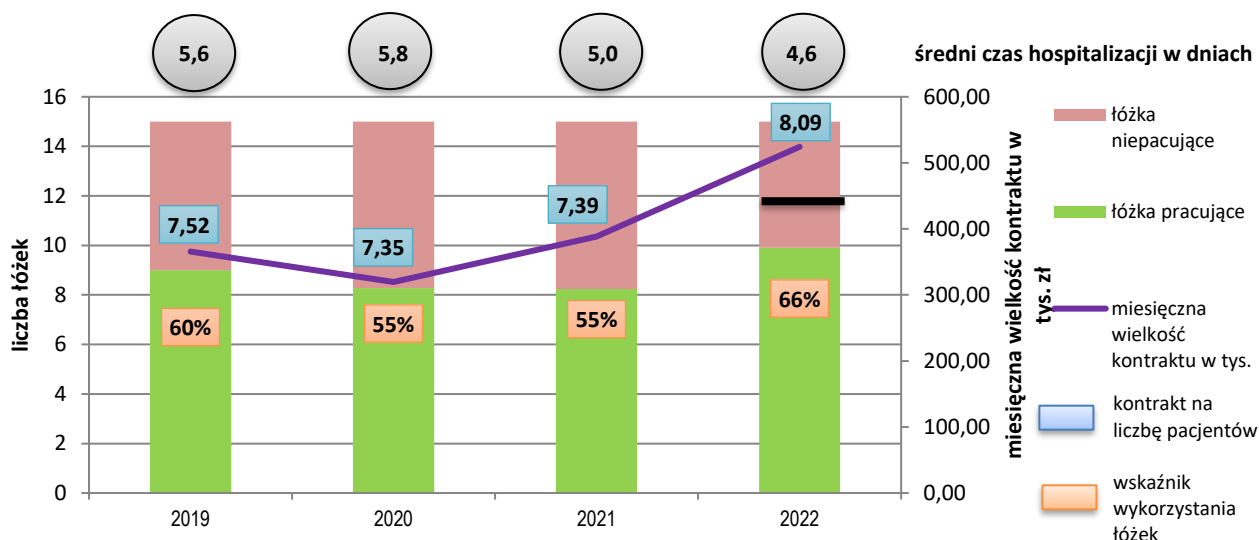


Tabela 72 Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej baza łóżkowa

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
liczba łóżek	15	15	15	15
wykorzystanie w %	60%	55%	55%	66%
łóżka pracujące	9	8	8	10
łóżka niepracujące	6	7	7	5
średni czas hospitalizacji	5,6	5,8	5,0	4,6
miesięczna liczba pacjentów	49	44	51	65
miesięczna wielkość kontraktu w tys. zł	365,55	319,57	388,20	524,28

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 21 Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej baza łóżkowa



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej liczył 15 łóżek. Przy tej liczbie łóżek wykorzystanie bazy łóżkowej wyniosło zaledwie 55-66%. Okres pobytu chorego w tym czasie obniżył się i był zbliżony do danych dla województwa oraz dla Polski. W tym czasie kontrakt z NFZ wzrósł o ponad 40%, a liczba pacjentów spadła o 6%. Zakładając niezbędną rezerwę w wysokości 20% liczba łóżek na oddziale w stosunku do danych za rok 2022 i 2023 powinna wynosić 12 łóżek.

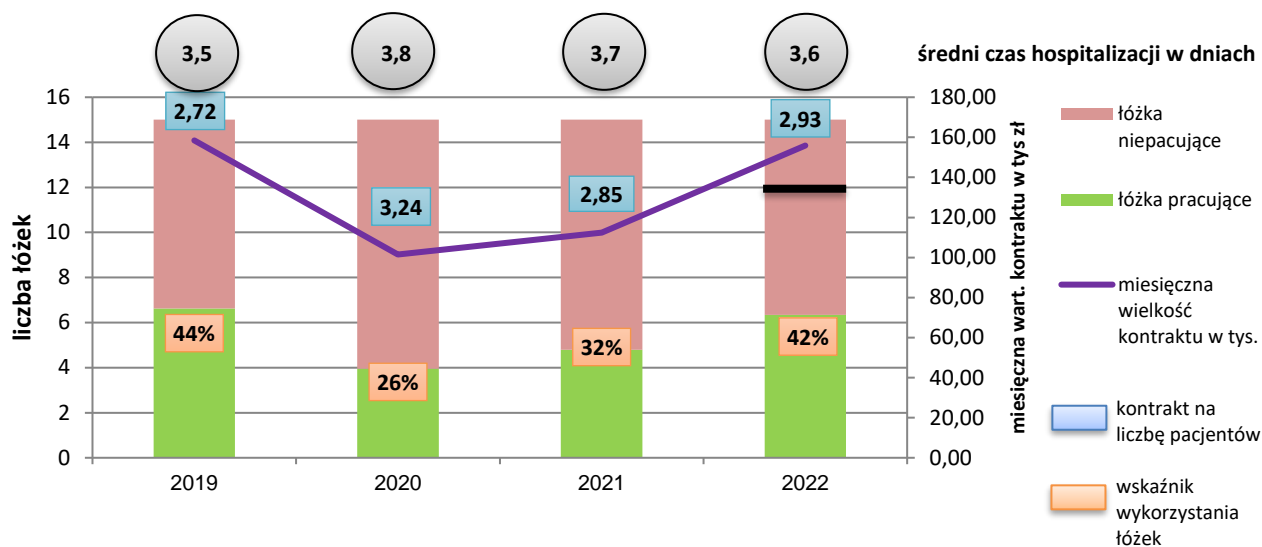


Tabela 73 Oddział Pediatria baza łóżkowa

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
liczba łóżek	15	15	15	15
wykorzystanie w %	44%	26%	32%	42%
łóżka pracujące	7	4	5	6
łóżka niepracujące	8	11	10	9
średni czas hospitalizacji	3,5	3,8	3,7	3,6
miesięczna liczba pacjentów	58	31	39	53
miesięczna wielkość kontraktu w tys. zł	158,44	101,49	112,34	155,86

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 22 Oddział Pediatria baza łóżkowa



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

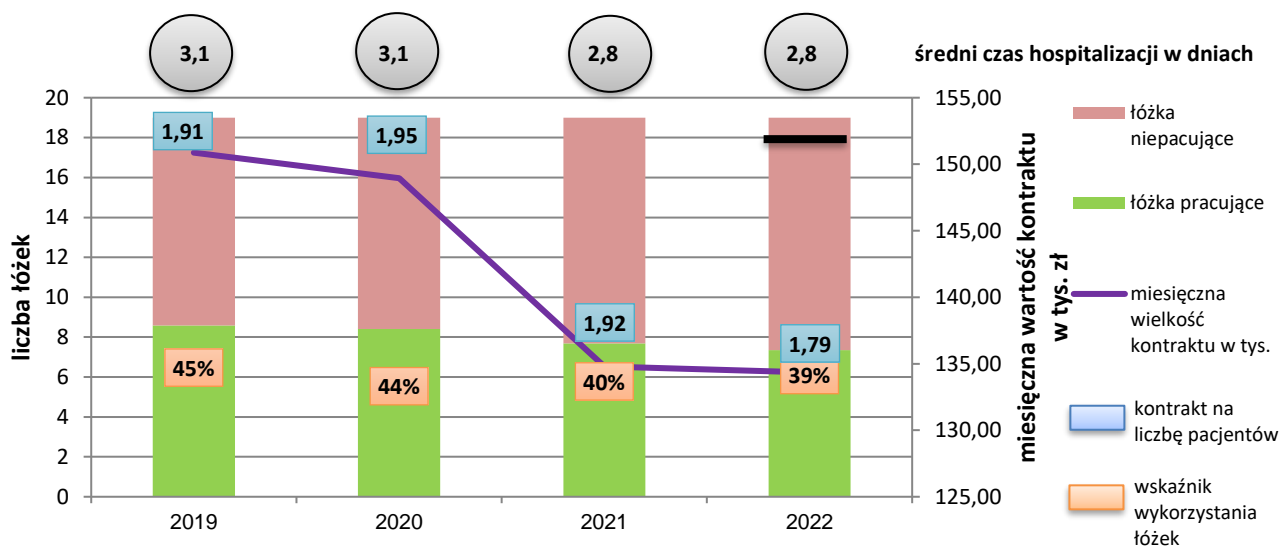
Oddział Pediatria liczył 15 łóżek. Przy tej liczbie łóżek wykorzystanie bazy łóżkowej wyniosło zaledwie 26-44%. W okresie analizy kontrakt z NFZ spadł o 2%, a liczba pacjentów o 8% (rok 2022 w stosunku do roku 2019). Okres pobytu pacjenta kształtował się na zbliżonym poziomie (wyższym w porównaniu do danych dla województwa) i w roku 2022 wyniósł 3,6 dni. Zakładając niezbędną rezerwę w wysokości 30-40% (ze względu na specyfikę oddziału) liczba łóżek w stosunku do danych za rok 2022 powinna wynosić 12 łóżek.

Tabela 74 Oddział Ginekologiczno-Położniczy baza łóżkowa

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
liczba łóżek	19	19	19	19
wykorzystanie w %	45%	44%	40%	39%
łóżka pracujące	9	8	8	7
łóżka niepracujące	10	11	11	12
średni czas hospitalizacji	3,3	3,4	3,3	3,0
miesięczna liczba pacjentów	79	76	70	75
miesięczna wielkość kontraktu w tys. zł	150,87	148,94	134,80	134,35

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 23 Oddział Ginekologiczno-Położniczy baza łóżkowa



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Oddział Ginekologiczno-Położniczy liczył 19 łóżek. Przy tej liczbie łóżek wykorzystanie bazy łóżkowej wyniosło 39-45%. Liczba pacjentów zmalała, a kontrakt z NFZ uległ obniżeniu. Okres pobytu chorego skrócił się. Liczba porodów spadła w roku 2022 w stosunku do roku 2019 o 17%. Ze względu na specyfikę oddziału na zatrudnienie trzeba tu spojrzeć inaczej – już jest ono na możliwie najniższym poziomie, odpowiadającym 18-stu łóżkom.

Poniżej w tabeli przedstawiona została organizacja pracy personelu pomocniczego na oddziałach szpitalnych.



Tabela 75 Organizacja pracy opiekunów medycznych

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 7.35 w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta
Oddział Ortopedyczny	1				
Oddział Chorób Wewnętrznych +TK		2		2	
Oddział Rehabilitacji	1				
ZOL		1		1	
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek B	1				
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek A i C+Detoks	1				
Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	1	1		1	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na stanowisku opiekun medyczny zatrudnionych jest 15,20 etatów pracowników (9,50 etatów na umowy o pracę i 5,70 etatów na umowy zlecenie). Opiekunowie występują na 7 oddziałach szpitalach – „cięższych” pod względem opieki nad pacjentem, co jest uzasadnione. Najwyższą liczbą opiekunów medycznych dysponuje Oddział Wewnętrzny. Przed wejściem nowych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, ewentualne braki kadrowe pielęgniarskie oraz aby odciążać pielęgniarki od niektórych czynności powszechnie stało się zatrudnianie personelu pomocniczego. Z uwagi na obecne regulacje płacowe personel ten staje się „drogi” dla szpitali. Dlatego też, w momencie spełnienia normy zatrudnienia pielęgniarskiej nie ma konieczności posiłkować się personelem pomocniczym – nie wynika to z przepisów/wymagań. Zaleca się rozważenie redukcji liczby opiekunów w Szpitalu w Miliczu.

Tabela 76 Organizacja pracy salowych

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 7.35 w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta
OAIIT		1		1	
Blok Operacyjny		2	1	1	1
Oddział Chirurgiczny	1	1		1	
Oddział Ortopedyczny		1		1	
Oddział Dziecięcy		1		1	
Oddział Położniczy	1	1	1	1	1
Oddział Chorób Wewnętrznych +TK	1	1		1	
Oddział Rehabilitacji	1	1		1	
ZOL		1		1	
Izba Przyjęć Ogólna		1	1	1	1
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek B	2	1		1	
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek A i C+Detoks	2	2	2	2	2



Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 7.35 w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta
Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży		1		1	
Izba Przyjęć Psychiatryczna		1		1	
Centralna sterylizatornia	1				
POZ	1				
Poradnie Specjalistyczne	1				
Biura	2				

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W Szpitalu pracuje 61 osób na stanowisku salowa/-y (49 etatów z umowy o pracę oraz 12 etatów przeliczeniowych z umów zleceń). Z analizy przeprowadzonej w rozdziale 5 wynika, iż koszty sprzątnięcia kształtują się na niskim poziomie. Porównując liczbę zatrudnionych salowych do innych szpitali powiatowych w stosunku do sprzątniętej powierzchni można by tu znaleźć „rezerwy” w przypadku szukania dodatkowych oszczędności (np. 3 salowe na noc w „powiatowej” części szpitala, kiedy na bloku i porodówce nie dzieje się – to za dużo).

W komórkach administracyjnych i obsługi (razem z personelem medycznym pracującym w tych komórkach) zatrudnieni są pracownicy w wymiarze ponad 60 etatów, z czego 60% to pracownicy Administracji, 29% stanowią pracownicy obsługi, zaś 10% to pracownicy medyczni. Zdaniem audytorów można tu dokonać korekty na poziomie nawet 10% obecnego stanu zatrudnienia. Dobre ułożenie procesów, sprawne systemy, dobrze wyszkolony personel sprzyjają w szpitalach do redukcji zatrudnienia w części szarej, zwłaszcza kiedy każdy etat co roku staje się „droższy” w utrzymaniu.

Analiza organizacji pracy personelu pracującego w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. pokazała, iż nie we wszystkich komórkach organizacyjnych jest ona optymalna – należy dokonać korekty liczby zatrudnionych. Z uwagi na wzrost płac (ustawowy), utrzymanie każdego etatu staje się kosztowne dla Szpitala.

6.4. Absencja

Analiza przyczyn i czasu absencji personelu zatrudnionego w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. została przeprowadzona za lata 2019 – 2023. Analiza absencji dotyczy tylko pracowników zatrudnionych w oparciu o umowy o pracę, gdyż tylko tym pracownikom przysługują płatne zwolnienia od świadczenia pracy (urlopy, chorobowe itp.). Zbadano najczęstsze przyczyny nieobecności pracowników w pracy w poszczególnych grupach zawodowych.

Absencja to „każde niestawienie się w pracy lub wyjście z pracy w czasie, kiedy pracownik planowo powinien przebywać na swoim stanowisku. Analizie poddano absencję całkowitą, oczyszczoną, czyli skorygowaną o urlopy wypoczynkowe pracowników oraz absencję chorobową. Analiza dotyczy dni kalendarzowych abencji.

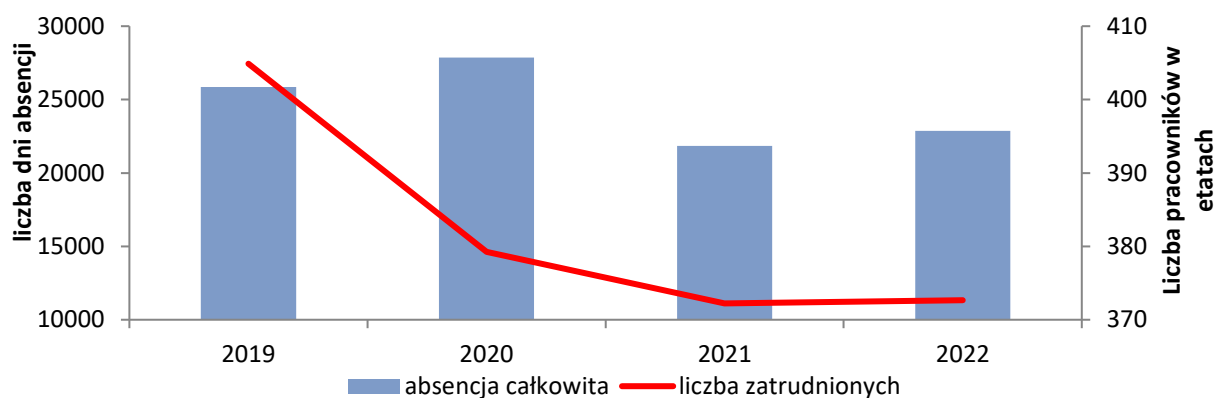


Tabela 77 Liczba dni absencji w latach 2019– 2022

Rodzaj nieobecności	Liczba dni roboczych absencji				Struktura			
	2019	2020	2021	2022	2019	2020	2021	2022
urlop bezpłatny	475	512	21	66	2%	2%	0%	0%
urlop wychowawczy	2 814	2 331	2 027	1 484	11%	8%	9%	6%
urlop wypoczynkowy	10 878	9 447	9 403	10 054	42%	34%	43%	44%
pozostałe przyczyny nieobecności	11 700	15 571	10 402	11 257	45%	56%	48%	49%
Ogółem	25 867	27 861	21 853	22 861	100%	100%	100%	100%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 24 Liczba dni absencji i poziom zatrudnionych



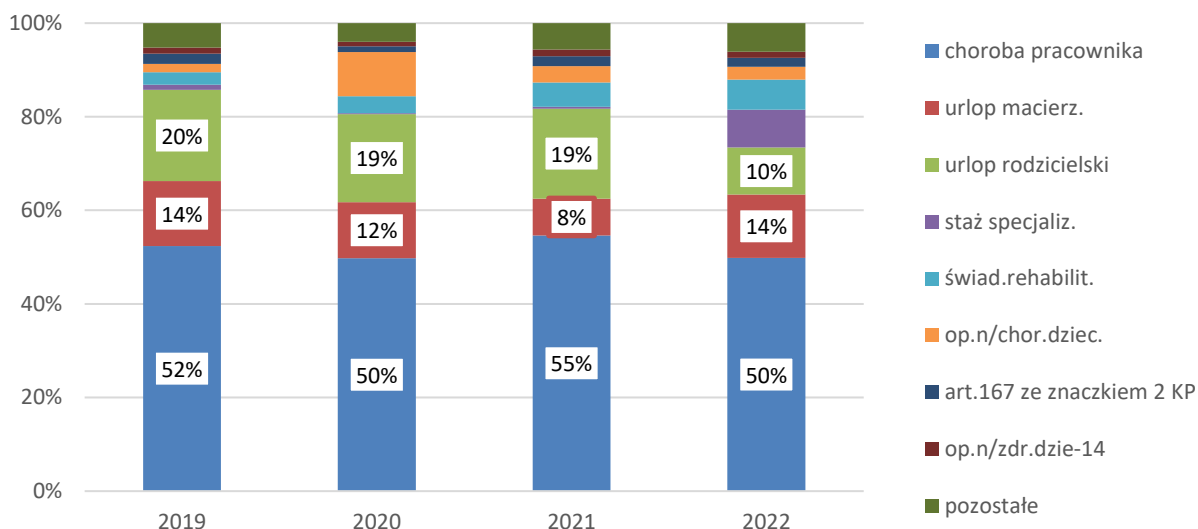
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W analizowanych latach absencja wzrosła – najwyższa dotyczyła roku 2020, wynikało to z pandemii COVID-19, także w roku 2019 i 2022 absencja utrzymywała się na wysokim poziomie. Uwagę zwraca spadek urlopów bezpłatnych oraz urlopów wychowawczych. Niepokojące jest zjawisko, że pozostałe przyczyny nieobecności przewyższają urlop wypoczynkowy.

Poniżej w tabeli przedstawiono strukturę głównych przyczyn absencji oczyszczonej (z urlopów: wypoczynkowego, bezpłatnego i wychowawczego) pracowników Szpitala w Miliczu.



Wykres 25 Przyczyny absencji oczyszczonej w latach 2019 – 2022 – struktura



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W analizowanym okresie główną przyczyną absencji pracowników były zwolnienia chorobowe, urlopy macierzyńskie/rodzicielskie.

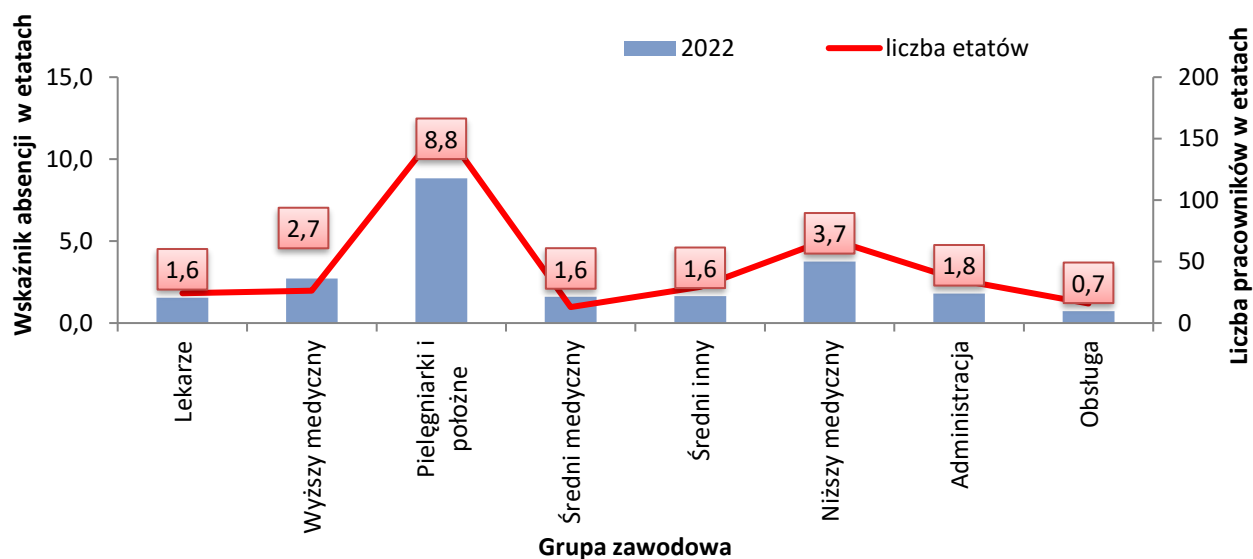
Analiza absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych w przeliczeniu na etat została przedstawiiona na wykresie poniżej. Została ona obliczona wg następującego wzoru:

$$\text{wsk. absencji chorobowej} = \frac{\text{przeciętna liczba godzin absencji chorobowej w miesiącu}}{\text{przeciętna liczba godzin pracy w miesiącu}}$$

Do wyliczenia wskaźnika absencji uwzględniono absencję chorobową krótko i długoterminową.



Wykres 26 Wskaźnik absencji chorobowej w przeliczeniu na etaty



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Analiza wskaźnika absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych pokazała, iż wskaźniki te kształtowały się na zróżnicowanym poziomie w poszczególnych grupach zawodowych – zależnym od poziomu liczby zatrudnionych. Wskaźniki pokazują ile etatów należy dotrudnić, żeby zabezpieczyć pracę w wyniku absencji chorobowej pracowników. Łącznie w roku 2022 co miesiąc w wyniku nieobecności spowodowanej chorobą należało „dotrudnić”, znaleźć zastępstwo dla prawie 23 etatów pracowników. **W porównaniu do innych podmiotów działalności medycznej o podobnej liczbie zatrudnionych pracowników wskaźniki te kształtują się na porównywalnym poziomie.**

Poniżej przedstawiono liczbę dni absencji chorobowej rocznej oraz miesięcznej w dniach w poszczególnych grupach zawodowych przypadającą na jeden zatrudniony etat.

Tabela 78 Liczba dni absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych na 1 etat w dniach

Grupa zawodowa	2022	
	roczna	miesięczna
Lekarze	16,1	1,3
Wyższy medyczny	25,8	2,1
Pielęgniarki i położne	13,9	1,2
Średni medyczny	31,0	2,6
Średni inny	14,0	1,2
Niższy medyczny	13,0	1,1
Administracja	26,8	2,2
Obsługa	5,2	0,4
Ogółem	15,1	1,3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Wskaźnik absencji chorobowej przeliczony na średnią liczbę dni choroby w ciągu roku wyniósł 15,1 dni dla całej Jednostki. Oznacza to, że średnio każdy pracownik był nieobecny w roku 2022 w wyniku choroby 15 dni. Wielkość ta jest wyższa od średniej benchmarkingowej dla sektora ochrony zdrowia. W roku 2022 najdłużej chorowali pracownicy personelu średniego – średnio na jeden zatrudniony etat przypadało ok. 31 dni choroby w roku.

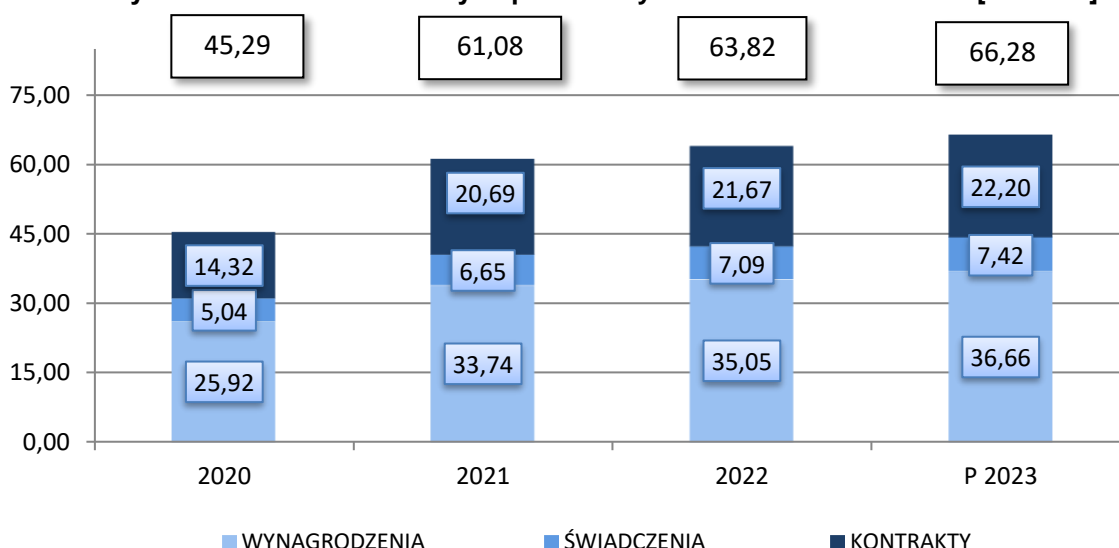
Podsumowując analizę absencji w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o. należy stwierdzić, iż absencja całkowita uległa spadkowi (spadła też liczba zatrudnionych), ale oczyszczona w roku 2022 była zbliżona do tej z roku 2019 (mimo, że zatrudnienie było dużo niższe). Najczęstszą przyczyną nieobecności w pracy pracowników były zwolnienia chorobowe, w wyniku których co miesiąc Szpital musi „dotrudnić” z tego tytułu pracowników w wymiarze 23 etatów. Na obniżenie absencji wpłynąć może dalsze dywersyfikowanie formy zatrudnienia pracowników (co już nastąpiło w porównaniu do poprzedniego audytu), dlatego też należy dążyć do wzrostu liczby umów cywilnoprawnych, co pomoże nie tylko ograniczyć koszty absencji, ale również wpłynąć pozytywnie na zahamowanie tego zjawiska wśród osób zatrudnionych na umowy o pracę. Zaleca się monitorowanie absencji pracowników w Szpitalu w Miliczu i reagowanie na jej ewentualne wzrosty.

6.5. Koszty osobowe

Koszty osobowe w szpitalach to największa grupa kosztów, dlatego zmiany w tym obszarze (in plus lub in minus) dają wymierne straty/korzyści ekonomiczne i wpływają bezpośrednio na sytuację finansową jednostki. Kluczowym jest optymalne dopasowanie struktury personelu, który stanowi w większości koszt stały dla szpitala, do zmiennego zapotrzebowania na świadczone przez szpital usługi.

Poniżej na wykresie pokazano całkowite koszty osobowe poniesione w Szpitalu w Miliczu w latach 2020 – 2023 (I-II).

Wykres 27 Wysokość kosztów osobowych poniesionych w latach 2020 – P2023 [w mln zł]



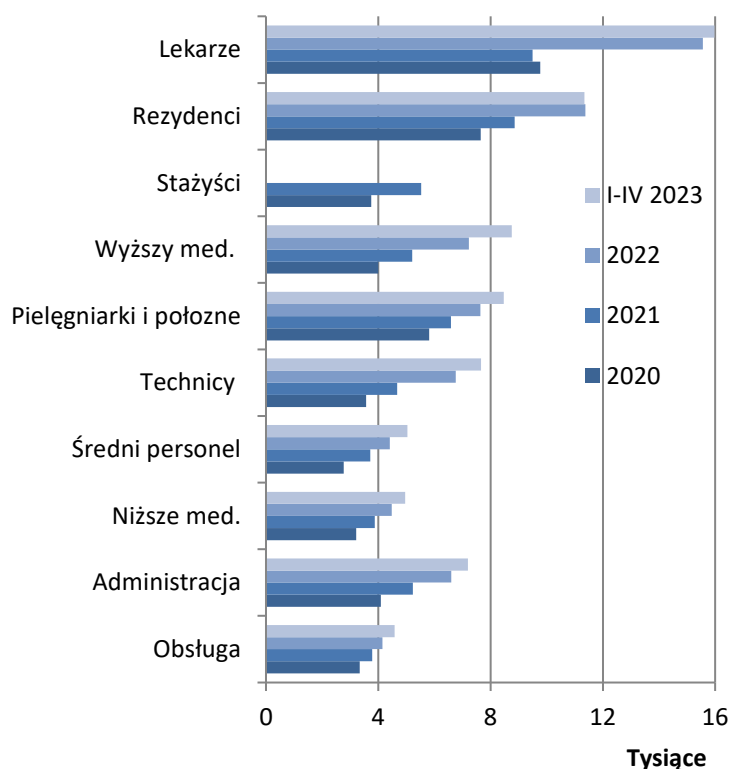
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Koszty osobowe w analizowanym okresie rosły z roku na rok. Na wzrost wpływ miały m.in. wzrosty wynikające z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz ustawy o minimalnym wynagrodzeniu. Koszty te będą dalej rosły w wyniku kolejnych obciążeń prawnych dla pracodawców (wzrost płacy minimalnej, wzrostu płacy z ustawy o zawodach medycznych). Przy utrzymaniu obecnej dynamiki koszty osobowe na koniec roku przekroczyłyby poziom 66 mln zł.

Poniżej przedstawione zostały przeciętne wynagrodzenia brutto z umów o pracę pracowników Szpitala w poszczególnych grupach zawodowych w przeliczeniu na pełny etat w analizowanych latach.

Wykres 28 Przeciętne wynagrodzenia brutto w latach 2020 – 2023 IV



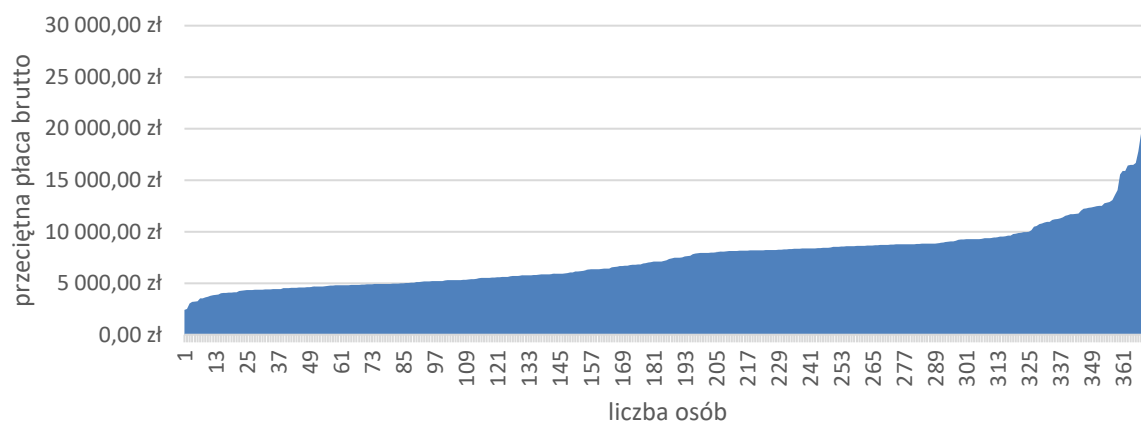
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Średnie wynagrodzenie brutto dla całej Jednostki w analizowanych latach wzrosło. W roku 2020 było to 4,7 tys. zł brutto, zaś w roku 2023 7,3 tys. zł, brutto. Wynagrodzenia wzrosły we wszystkich grupach zawodowych. Najwyższy wzrost widoczny jest w grupie lekarzy (wzrost o 6,1 tys. zł). W grupie wyższego personelu medycznego wzrost wyniósł 4,7 tys. zł. W przypadku techników przeciętna płaca brutto była wyższa w roku 2023 o 4,0 tys. zł niż w roku 2020.

Poniżej na wykresie przedstawiono przeciętne wynagrodzenia brutto pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w 2023 roku.



Wykres 29 Przeciętne wynagrodzenia brutto z umów o pracę 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ponad 50% pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w Szpitalu w Miliczu posiada wynagrodzenie brutto wyższe niż przeciętne miesięczne wynagrodzenie brutto 7430,65 zł w Polsce (I-IV 2023r.). Dla 47 osób (13% ogółu) płaca brutto wynosi powyżej 10 tys. zł – średnio jest to 13, tys. zł brutto. Są też osoby, które zarabiają powyżej 20 tys. zł brutto miesięcznie. Rekordziści otrzymywali ok. 28 tys. zł za miesiąc pracy. Same koszty pracodawcy dla osób, które zarabiają więcej niż 10 tys. zł miesięcznie to 1,5 mln zł rocznie.

Wynagrodzenie osób zatrudnionych na umowy cywilno-prawne ma postać stawki:

- godzinowej – liczba godzin x stawka z umowy,
- za punkt,
- za konsultacje, badanie,
- ryczałtowej.

Stawki lekarzy z umów kontraktowych w większości przypadków są to stawki godzinowe i ryczałtowe – gdzie lekarz otrzymuje wynagrodzenie bez względu na efekt swojej pracy. Stawki godzinowe wynoszą od 90 zł do 200 zł za godzinę pracy podstawowej oraz od 90 do 190 zł za godzinę dyżuru. Najwyższe stawki płacone są w POZ, a także na Anestezjologii, Chirurgii i Psychiatrii. Stawki ryczałtowe wynoszą od 1 tys. do 30 tys. zł za miesiąc pracy.

Stawki za wypracowany punkt dotyczą lekarzy głównie za pracę w poradniach specjalistycznych. Wynoszą one od 0,79 do 1,05 zł/pkt. Stawki powyżej 0,80 zł/pkt są niekorzystne dla Szpitala.

Zwracamy uwagę na stawki ryczałtowe, gdzie lekarz otrzymuje wynagrodzenie bez względu na czas spędzony na oddziale.

Stawki godzinowe dla pielęgniarek i położnych wynoszą od 40 zł do 110 zł (w większości jest to 70 zł)/h. Ratownicy otrzymywali 46 zł za godzinę pracy, technicy od 40 do 55 zł/h, personel wyższy od 45 do 75 zł/h. personel niższy medyczny 23 zł/h.



Stawki na umowach cywilno-prawnych w Szpitalu w Miliczu są porównywalne do średnich stawek rynkowych (poza stawkami za pkt, które są dużo wyższe). Zwracamy jedynie na rodzaj płaconej stawki – stawki godzinowe, ryczałtowe są niekorzystne dla Szpitala – stawki powinny stanowić ustalony % od punktu zapłaconego przez NFZ lub stanowić określoną część budżetu wydzielonego na wynagrodzenia w danej komórce organizacyjnej.

Na podstawie analizy kosztów osobowych należy stwierdzić, że kształtuje się ona powyżej wielkości pożądanых. Wynika to z wielu czynników: zbyt wysokich stawek płacowych w niektórych przypadkach, zbyt wysokiej absencji w niektórych grupach zawodowych, niedostosowania poziomu zatrudnienia.



7. Infrastruktura techniczna

7.1. Nieruchomości

Zdjęcie 1 Widok ogólny obiektów MCM Sp. z o.o.



Źródło: Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o.

Spółka Milickie Centrum Medyczne sp. z o.o. zlokalizowana jest w Miliczu przy ul. Grzybowej 1. Dysponuje terenem w obrębie geodezyjnym Milicz o łącznej powierzchni prawie **6,4 ha**. Działki wchodzące w jego skład są własnością Spółki.

Tabela 79 Wykaz działek stanowiącym własność MCM Sp. z o.o.

Nr działki	Powierzchnia ha	Księga Wieczysta
16/2	0,035	WR1M/00021652/0
16/3	3,417	WR1M/00021652/0
16/4	0,148	WR1M/00031343/4
16/5	0,334	WR1M/00031342/7
16/6	0,142	WR1M/00031341/0
16/7	0,034	WR1M/00031340/3
16/8	0,276	WR1M/00031339/3
107/1	0,119	WR1M/00024751/5
107/2	0,217	WR1M/00024751/5
107/3	0,833	WR1M/00024751/5
107/4	0,333	WR1M/00031396/0
107/6	0,498	WR1M/00024751/5
107/7	0,026	WR1M/00024751/5
Razem	6,411	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Cały teren objęty jest miejscowym planem zagospodarowania przestrzennego dla Milicza i Kaszowa uchwałą Nr V/26/03 Rady Miejskiej w Miliczu z dnia 30 stycznia 2003 roku. Podstawowym przeznaczeniem terenu jest prowadzenie usług ochrony zdrowia – szpital powiatowy.



7.2. Warunki lokalowe

Teren Spółki zabudowany jest obiektami budowlanymi o łącznej powierzchni użytkowej wynoszącej prawie **25 tys. m²**. Do działalności medycznej wykorzystywany jest z tego połączony kompleks 6 budynków o łącznej powierzchni **20 tys. m²**. Dodatkowe 3 budynki o powierzchni **690 m²** stanowią zaplecze techniczne. Pozostałe obiekty o łącznej powierzchni **3,2 tys. m²** właściwie wyłączane są z eksploatacji i przeznaczone do zbycia.

Tabela 80 Wykaz budynków należących do Spółki

Obiekt	Przeznaczenie	Pow. użytkowa m ²	Konstrukcja	Rok budowy	Stan techniczny
budynek A	oddziały szpitalne, Laboratorium, administracja	6 601,7	5 kondygnacji i podpiwnica, dach płaski kryty papą	1999	dobry
Budynek B	oddziały szpitalne, Blok Operacyjny, Diagnostyka Obrazowa, Fizykoterapia, administracja	3 487,5	2 kondygnacje i piwnica, dach płaski kryty papą	2003	dobry
Budynek C	poradnie specjalistyczne, administracja	2 486,5	2 kondygnacje i piwnica, dach płaski kryty papą	1994	dobry
Budynek D	oddziały szpitalne, poradnie specjalistyczne, administracja	2 840,4	2 kondygnacje i piwnica, dach płaski kryty papą	1997	dobry
Budynek E i N	oddziały szpitalne	5 078,0	2 kondygnacje, dach płaski kryty papą	2008	dobry
Hydrofornia	zaplecze techniczne - zasilanie instalacji wodnej	213,2	1 kondygnacja, dach płaski kryty papą	1999	dobry
Energetyczny	zaplecze techniczne - zasilanie Szpitala w energię elektryczną	408,9	1 kondygnacja, dach płaski kryty papą	1994	dobry
Tlenownia	zaplecze techniczne - magazyn tlenu i gazy medyczne	56,8	1 kondygnacja, dach płaski kryty papą	1999	dobry
Magazynowy	zaplecze techniczne - magazyn	441,9	1 kondygnacja, dach płaski kryty papą	198	dostateczny
Garaże	zaplecze techniczne - magazyn	168,0	1 kondygnacja, dach płaski kryty papą	bd	dostateczny
Budynek radiowy	wydzierżawiony	11,0	1 kondygnacja, dach płaski kryty papą	1997	dobry
była rozdzielnia elektryczna	budynek nieeksploatowany	33,0	1 kondygnacja, dach płaski kryty papą	bd	zły
Warsztat	budynek nieeksploatowany	917,9	1 kondygnacja, dach płaski kryty papą	nie skończony	niedokończona budowa - stan surowy
Razem		22 744,7			

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Budynki znajdują się generalnie w dobrym stanie technicznym, chociaż w niektórych rejonach należy już planować przeprowadzenie remontów odtworzeniowych. Do wymiany kwalifikuje się pokrycie dachowe praktycznie we wszystkich budynkach. Istnieją zastrzeżenia do stanu technicznego instalacji wodnych i wentylacyjnych. Wolnostojące budynki magazynowe wymagają remontów całkowitych.

Pomieszczenia, w przeważającym zakresie spełniają standardy określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Występujące braki natomiast wymagają ingerencji w infrastrukturę budowlaną.



Tabela 81 Najważniejsze niezgodności standardów pomieszczeń z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r.

Lp	Zapis prawny	Treść	Spełnienie warunku tak / nie	Uwagi, wyjaśnienia
1	Załącznik 1, pkt V. 2.	W oddziale dziecięcym znajduje się co najmniej jedna izolatka	NIE	Do przebudowy
2	Załącznik 1, pkt V. 6.	W oddziale dziecięcym do szklenia ścian i drzwi oraz okien używa się szkła bezpiecznego	NIE	Do wymiany
3	Załącznik 1, pkt V. 10.	W oddziale dziecięcym zapewnia się pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w natrysk dla rodziców lub opiekunów dziecka	NIE	Do przebudowy
4	§ 21 ust.1	Izolotka w szpitalu składa się z: 1) pomieszczenia pobytu pacjenta; 2) pomieszczenia higieniczno-sanitarnego, dostępnego z pomieszczenia pobytu pacjenta, 3) śluzu umywalkowo-fartuchowej pomiędzy pomieszczeniem pobytu pacjenta a ogólną drogą komunikacyjną.	NIE	Obecnie istniejąca izolatka na Oddziale Intensywnej Terapii nie spełnia wymogów w zakresie pkt. 2
5	Załącznik 1, pkt VIII.6.	W oddziale psychiatrycznym: 1) wydzielona jest odcinki obserwacyjno-diagnostyczne lub pokoje obserwacyjne; 2) część obserwacyjno-diagnostyczna może być wyposażona w jednoosobową separatkę posiadającą: a) drzwi odporne na zniszczenie, otwierające się na zewnątrz, z okienkiem obserwacyjnym szklonym szkłem hartowanym, wyposażone w podwójny system zamykania od zewnątrz, bez klamki od wewnątrz, b) ściany i podłogę gładkie, jasne, wyłożone wykładziną odporną na zniszczenie, c) oświetlenie zabezpieczone szkłem bezpiecznym; lampa i żarówka są dostępne wyłącznie od zewnątrz pokoju, d) system wentylacji niedostępny dla osoby izolowanej, e) system ogrzewania uniemożliwiający dostęp osoby izolowanej do grzejnika lub innego źródła ciepła, f) własne pomieszczenie higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w miskę ustępową, natrysk i umywalkę, odporne na umyślnie zniszczenia, g) łóżko wyposażone w materac niepalny, odporny na zniszczenie, h) system monitoringu z kamerą, posiadający rezerwowe zasilanie wyposażone w funkcję autostartu, niedostępną dla osoby izolowanej, zabezpieczoną przed uszkodzeniem; 3) w pokojach łóżkowych na odcinkach obserwacyjno-diagnostycznych lub w pokojach obserwacyjnych wypusty instalacji elektrycznych, poza oświetleniem sufitowym, znajdują się na zewnątrz tych pokoi od strony korytarza; 4) w pokojach łóżkowych, innych niż określone w pkt 3, wypusty instalacji elektrycznych, z wyjątkiem wyłączników oświetlenia, są zabezpieczone przed dostępem chorych albo znajdują się na zewnątrz tych pokoi.	NIE	Wymogi niespełnione w pełnym zakresie - wymagana przebudowa
6	Załącznik 5 pkt. 1	W skład pracowni badań endoskopowych wchodzi m.in. 2) gabinet badań dolnego odcinka przewodu pokarmowego, w przypadku ich wykonywania, z pomieszczeniem; 4) zmywalnia usytuowana między pokojami badań z bezpośrednim do nich dostępem, wyposażona w urządzenia do mycia i dezynfekcji lub sterylizacji endoskopów i narzędzi endoskopowych w sposób technologicznie powtarzalny oraz w wentylację mechaniczną nawiewno-wyciągową; higieniczno-sanitarne wyposażone dodatkowo w bidet, jeżeli nie ma wydzielonego pokoju przygotowań pacjenta, z bezpośrednim dostępem do pokoju badań, z pomieszczeniem higieniczno-sanitarne;	NIE	Brak bidetu, konieczność przebudowy



Lp	Zapis prawny	Treść	Spełnienie warunku tak / nie	Uwagi, wyjaśnienia
8	Załącznik 1, pkt XI.12.	W sterylizatorni pomiędzy strefą sterylną a ogólnodostępną szpitala powinno znajdować się pomieszczenie do wydawania materiałów sterylnych	NIE	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ekspertyza Techniczna Stanu Ochrony Przeciwpożarowej, wykonana w 2018 roku wykazała wiele uchybień i niezgodności z Rozporządzeniem Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie. Szczegółowy zakres koniecznych prac dostosowawczych i terminy wykonania zostały określone Postanowieniami nr. WZ.5595.390.2.2018 oraz WZ.5595.390.3.2018 Dolnośląskiego Komendanta Wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej z dnia 2 stycznia 2019, a także Decyzją nr 44/2021 Komendanta Powiatowego Państwowej Straży Pożarnej w Miliczu z dnia 14 grudnia 2021 r.

Najogólniej rzecz ujmując problemy z ochroną przeciwpożarową dotyczą m.in:

- zabezpieczenia stref pożarowych i dróg ewakuacyjnych,
- systemów oddymiania,
- systemu sygnalizacji pożarowej i oświetlenia awaryjnego,
- ilości i organizacji środków i urządzeń gaśniczych.

Szpital podjął już czynności związane z dostosowaniem budynków i budowli do aktualnie obowiązujących przepisów, ale termin do wykonania pełnego ich zakresu został określony do końca 2024 roku.

Zarządzanie powierzchnią operacyjną

Szpital dysponuje łącznie obiektami o powierzchni wynoszącej **22,7 tys. m²**. Poza budynkami o charakterze medycznym, występują tu budynki o przeznaczeniu technicznym (łącznie pow. **1,3 tys. m²**) oraz budynki wyłączone z eksploatacji, o powierzchni **1 tys. m²**, w tym budynek będący niedokończoną budową i znajdujący się w stanie surowym. Na terenach szpitalnych zlokalizowana jest jeszcze jedna konstrukcja zaniechanej przez lata budowy, ale ona praktycznie nie wyszła nad poziom gruntu.

Budynki służące bezpośrednio działalności medycznej posiadają powierzchnię użytkową **20,5 tys. m²**. Z tej powierzchni **3 tys. m²** stanowią ciągi komunikacyjne, natomiast **1,9 tys. m²** stanowią pomieszczenia o charakterze technicznym (wentylatorownie, urządzenia energetyczne, węzły ciepłe itp.). Pozostała część stanowi tak zwaną powierzchnię operacyjną, na której spółka prowadzi swoją operacyjną działalność. Jej powierzchnia operacyjna wynosi **15,6 tys. m²**.



Tabela 82 Wykorzystanie powierzchni operacyjnej Szpitala

Użytkownicy	Powierzchnia m ²
komórki medyczne	11 185,2
apteka, sterylizatornia i inne komórki pomocnicze	1 602,1
administracja	1 097,0
firmy zewnętrzne	790,2
pustostany	886,4
Razem	15 560,9

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych MCM Sp. z o.o. w Miliczu

Szpital posiada nadwyżkę powierzchni operacyjnej. Obok niewykorzystanych pomieszczeń, stanowiących tzw. pustostany, symptomy nadmiaru powierzchni widać w przewymiarowanych lokalach niektórych komórek organizacyjnych. Należą do nich np. szpitalna Apteka, Laboratorium, Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii czy administracja. Na pustostany natomiast składają się pomieszczenia na I piętrze Budynku C, nad przychodnią specjalistyczną czy na parterze budynku EN, zajmowanego przez Psychiatrię.

Szpital ponosi koszty utrzymania całej infrastruktury technicznej, w tym i niewykorzystanych pomieszczeń, o czym będzie mowa w dalszej części rozdziału. Wolne pomieszczenia mogą być przydatne w okresach realizacji planowych remontów na tymczasowe siedziby oddziałów szpitalnych lub przy planowaniu uruchomienia nowych usług, lecz generalnie powinny na siebie zarabiać. Szpital wynajmuje firmom obcym pomieszczenia o powierzchni niepełna **800 m²**. Przy braku zapotrzebowania na pomieszczenia ze strony własnych komórek, taki kierunek działań powinien zostać uznany za prawidłowy i pożądanym. Szpital, ze względu na konieczność redukcji własnych kosztów operacyjnych **powinien prowadzić oszczędną gospodarkę własnymi pomieszczeniami, a nadwyżki przeznaczać na wynajem**. Pozwoli to w najgorszym przypadku pokryć chociaż koszty ich utrzymania. W tym celu powinny zostać opracowane **wewnętrzne procedury zarządzania najmami i wyznaczone właściwe struktury** do ich realizacji. Do wynajmu, wg. szacunku audytorów, może być przeznaczona dodatkowo około 1.500 m², a kwota potencjalnych oszczędności powinna wynieść co najmniej (w przypadku wynajmu pomieszczeń po kosztach własnych) **650 tys. zł** rocznie.

Koszty utrzymania infrastruktury technicznej.

Na podstawie zapisów księgowych ustalono jakie koszty poniósł Szpital na utrzymanie w 2022 roku całej infrastruktury technicznej. Uwzględniono tu koszty stałe nieruchomości, media, remonty i konserwacje, utrzymanie terenu oraz koszty obsługi. Łącznie koszty te wyniosły przeszło **6,7 mln zł**.

Tabela 83 Koszty infrastruktury technicznej poniesione przez Szpital w 2022 roku.

konto księgowo	rodzaj kosztu	kwota
400-01-01-01	Amortyzacja budynki, lokale, grupa 1	417 629
400-01-01-02	Amortyzacja obiekty inżynierii lądowej	153 895
400-01-01-03	Amortyzacja kotły i maszyny energetyczne	7 072
400-01-01-06	Amortyzacja urządzenia techniczne grupa 6	22 169
400-01-02-01	Amortyzacja budynki, lokale, grupa 1	1 864



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

konto księgowo	rodzaj kosztu	kwota
400-01-02-02	Amortyzacja obiekty inżynierii lądowej	3 545
400-01-02-06	Amortyzacja urządzenia techniczne grupa 6	4 948
401-01-01-02	Materiały do remontu i konserwacji budynków	60 281
401-01-01-03	Materiały do remontu i konserwacji sprzętu i aparat. niemedycznej	27 207
401-01-01-07	Materiały do napraw i konserwacji systemów wentylacji i klimatyzacji	284
401-01-01-17	Materiały związane z utrzymaniem terenu	174
401-03-00-01	Energia elektryczna -refakury	21 794
401-03-00-04	Woda i ścieki -refakury	10 955
401-03-01-01	Energia elektryczna	1 403 818
401-03-01-03	Energia cieplna	1 005 627
401-03-01-04	Woda i ścieki	290 125
401-03-01-05	Opał (ogrzewanie)	774 218
402-01-01-01	Remonty, naprawy, konserwacje budynków	71 014
402-01-01-02	Remonty, naprawy, konserwacje instalacji elektr	74 655
402-01-01-03	Remonty, naprawy, konserwacje instalacji sanit	331
402-01-01-05	Remonty, naprawy, konserwacje instalacji went. i klim	9 112
402-01-01-06	Remonty, naprawy, konserwacje urządzeń pozost.	26 821
402-01-01-07	Przeglądy budynków, budowli, instalacji	52 370
402-01-05	Usługi transportu niemedycznego	8 652
402-01-06-06	Najem, dzierżawa, leasing operacyjny - pozostałe	276 134
402-01-08-06	Usługi utrzymania terenu	9 720
402-01-08-07	Pozostałe usługi dotyczące utrzymania terenu	22 352
403-01-01	Podatek od nieruchomości	259 669
406-02-01	Koszty ubezpieczeń nieruchomości (budynki, budowle)	26 280
535-91040	Instalacja gazów medycznych (+sprężarkownie)	62 680
535-91080	Budynek rozdzielni elektrycznej	1 380
535-93020	Warsztat	565 520
535-93040	Hydrofornia	18 539
535-93050	Budynki i pom. inne techniczne	16 349
535-95507	Portiernia	360 825
535-95590	Budowle i grunty	0
535-95591	Budynek A + łącznik Ł3	4 866
535-95592	Budynek B + łącznik Ł1	533
535-95593	Budynek C	538
535-95593OSwDB	Budynek C- OSwDB	0
535-95594	Budynek D	565
535-95595	Budynek E+ N	575
535-95596	Łącznik Ł2	0
535-99970	Pomieszczenia wolne	94 083
550-95505	Dział techniczny	548 340
Razem koszty utrzymania infrastruktury technicznej		6 717 508

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wyliczone koszty służyły utrzymaniu **15.561 m²** powierzchni operacyjnej. Z powyższych danych wychodzi, że na utrzymanie 1 m² Szpital wydawał **35,97 zł/m²** miesięcznie. Miara ta stanowi uśredniony jednostkowy koszt własny utrzymania w roku 2022 powierzchni operacyjnej Spółki. Biorąc dodatkowo pod uwagę koszty utrzymania porządku, wyliczone w rozdziale o działalności gospodarczej, w kwocie 11,14 zł/m², otrzymujemy, że komórki szpitalne wydają na utrzymanie swoich pomieszczeń, łącznie z utrzymaniem czystości, średnio **47,11 zł/m²** miesięcznie.



Wyliczony w ten sposób parametr można porównać z danymi benchmarkowymi z innych jednostek ochrony zdrowia o podobnym charakterze. Z ich analizy wynika, że koszty technicznego utrzymania powierzchni dla szpitali o zbliżonym kontrakcie wynoszą w granicach 27 do 30 zł/m² na miesiąc. Ze sprzętaniem jest to przedział 45 do 50 zł/m². Na tej podstawie można stwierdzić, że **Spółka ponosi wysokie koszty na techniczne utrzymanie swojej infrastruktury**. Koszty liczone wraz z utrzymaniem czystości mieszczą się w przedziale benchmarkowymi, ale tylko z powodu niskich kosztów, poniżej benchmarkowych, utrzymania czystości.

Spółka wynajmuje pomieszczenia zewnętrznym podmiotom. Z otrzymanego od Spółki wykazu umów wynika niewielka niezgodność w ilości wynajętej powierzchni z wykazami otrzymanymi na potrzeby wyliczenia powierzchni operacyjnej. Jednak niezależnie od tego, na podstawie otrzymanych danych można stwierdzić, że średnia miesięczna stawka najmu powierzchni, stosowana przez Spółkę, liczona wraz z mediami wynosi około **43 zł/m²**, a więc powyżej kosztu własnego, wynoszącego około **36 zł/m²**. **Spółka wynajmuje więc swoją powierzchnię podmiotom zewnętrznym po korzystnych cenach.**

7.3. Instalacje energetyczne infrastrukturalne

Zasilanie w energię elektryczną

Zespół budynków MCM podłączony jest do sieci dystrybucyjnej energii elektrycznej poprzez dwie niezależne linie SN 20kV. Doprowadzają one energię do rozdzielni ŚN R-2708, Napięcie zredukowane jest na czterech transformatorach 20kV/0,4kV dwóch o mocy 400kVA i dwóch 630kVA.

Zdjęcie 2 UPS z rozdzielnią NN



Źródło: opracowanie własne.

Zdjęcie 3 Agregat awaryjny



Źródło: opracowanie własne.

Zabezpieczenie w energię elektryczną w przypadku zaniku zasilania z obydwu sekcji zasilania stanowią dwa agregat prądotwórcze firmy Iveco oraz Volvo, o mocy 250 kVA każdy, uruchamiane automatycznie. Newralgiczne punkty odbioru energii elektrycznej takie jak: blok operacyjny, OIT, trakt porodowy, stacja dializ, są zabezpieczone poprzez trzy zasilacze bezzanikowe UPS wraz z bateriami akumulatorów, dwa po 40 kW oraz jeden o mocy 10 kW, zapewniające co najmniej 15 minutowe zasilanie.



Budynki Szpitalne wyposażone są ponad to w systemy oświetlenia awaryjnego i ewakuacyjnego o parametrach 220 V DC oraz w systemy sygnalizacyjne 24 V DC. Szpital zużywa rocznie około **1,2 mln kWh** energii elektrycznej.

Instalacje i urządzenia zasilające obiekty szpitalne w energię elektryczną zgodne są z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakimi powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. Utrzymane one są w dobrym stanie technicznym i nie stanowią zagrożenia dla funkcjonowania Szpitala.

Zasilanie w wodę pitną

Kompleks budynków MCM podłączony jest do miejskiej sieci wodociągowej poprzez dwa ujęcia: od strony ulicy Grzybowej i od strony ulicy Dębowej. Ujęcia te stanowią rezerwowe źródła zasilania w wodę. Podstawowym jest własne ujęcie ze studni głębinowej wraz z hydrofornią. Hydrofornię stanowi zespół instalacyjny złożony ze stacji uzdatniania wody oraz z baterii 4 pomp dystrybucyjnych. Pompy zapewniają wymagane ciśnienie i wydajność także w instalacji ppoż.

Instalację zasilającą wody pitnej uzupełnia, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia, zbiornik retencyjny o pojemności dyspozycyjnej ok. 150 m³ zapewniający około dwudobowy zapas wody pitnej.

Szpitalna instalacja zaopatrzenia w wodę spełnia warunki określone w przepisach prawa dla jednostek ochrony zdrowia, jest utrzymana w poprawnej kondycji technicznej i nie powinna stwarzać problemów dla funkcjonowania Szpitala.

Zdjęcie 4 Hydrofornia



Źródło: opracowanie własne.

Zdjęcie 5 Kotłownia



Źródło: opracowanie własne.

Zasilanie w ciepło

Szpital produkuje ciepło w dzierżawionej przez siebie kotłowni kontenerowej. Zainstalowane są w niej dwa kotły z palnikami gazowo-olejowymi. Aktualnie kotłownia opalana jest olejem opałowym lecz jesienią br. planowane jest przejście na paliwo gazowe. Szpital konsumuje ciepło pod trzema postaciami:

- do celów grzewczych
- ciepło technologiczne – na potrzeby systemów wentylacji i klimatyzacji
- ciepła woda użytkowa – do celów socjalno-bytowych.

Energia cieplna dostarczana jest do instalacji użytkowych poprzez węzły cieplne znajdujące się w poszczególnych budynkach. W roku 2023 Kotłownia dostarczyła do instalacji szpitalnych ciepło w ilości **8,9 tys. GJ**. Łączny koszt jego wyprodukowania we własnym zakresie wyniósł przeszło **2 mln zł**.

Tabela 84 Koszty produkcji ciepła w roku 2023

konto księgowo	rodzaj kosztu	kwota
401-03-01-03	zakup energii cieplnej	1 005 627
401-03-01-05	opał na ogrzewanie	774 218
402-01-06-06	Leasing kotłowni	276 134
Razem koszty pozyskania ciepła		2 055 979

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W świetle powyższych danych otrzymujemy, że jednostkowy koszt pozyskania 1 GJ ciepła kosztował Spółkę **232 zł/GJ**. Należy stwierdzić, że **Szpital korzystał z bardzo drogiego źródła ciepła**. W ubiegłym roku ceny ciepła kształtowały się w granicach 100 zł/GJ. Wg komunikatu URE, przewiduje się, że cena wytwarzania ciepła w roku 2023 - bez uwzględnienia kosztów dystrybucji - nie może przekroczyć ustawowego pułapu 150,95 zł za GJ ciepła wytwarzanego w źródłach gazowych lub olejowych, oraz 103,82 zł za GJ ciepła z pozostałych źródeł. Znalezienie alternatywnego źródła ciepła staje się dla Spółki bardzo ważną kwestią. Istotnym i koniecznym może okazać się powrót do negocjacji z Elektrociepłownią Milicz. Oszczędności na kosztach operacyjnych jakie możliwe by były do uzyskania mogą przekroczyć **700 tys. zł** rocznie.

Zdjęcie 6 Węzłowe wymienniki ciepła



Źródło: opracowanie własne.

Zdjęcie 7 Centrala wentylacyjna



Źródło: opracowanie własne.

Systemy wentylacji i klimatyzacji

Szpital eksploatuje systemy wentylacji mechanicznej i klimatyzacji. Posiada 31 central wentylacyjnych i 10 klimatyzacyjnych. Zadaniem ich jest zapewnienie w newralgicznych rejonach szpitala, w miejscach przebywania pacjentów, przeprowadzania badań i zabiegów odpowiedniej wymiany powietrza i utrzymania właściwych parametrów temperaturowych. Uzupełnieniem zgodnym z prawem budowlanym jest wentylacja grawitacyjna.

Instalacje klimatyzacji zasilane są z systemu wody lodowej. Zapewnia to możliwość schładzania wdmuchiwanego powietrza. Pracę systemu zapewnia agregat wody lodowej firmy Cool o mocy 240 kW.

Instalacje wentylacyjne są w bardzo złym stanie technicznym. Na 31 central wentylacyjnych sprawnych jest tylko 8. Budynek A, C oraz E+N nie posiadają już żadnej w pełni sprawnej instalacji wentylacyjnej. Budynek D jest właściwie wentylowany tylko w 50%. Na 11 central, sprawnych są tylko 2 wentylacyjne oraz 3 klimatyzacyjne, zasilające Neonatologię, Trakt Porodowy oraz częściowo Oddział Intensywnej Terapii.

Na dzień dzisiejszy najlepiej wygląda stan wentylacji w budynku B. Działają tu wszystkie 6 central wentylacyjnych i 5 klimatyzacyjnych, zasilające systemy Bloku Operacyjnego, Pracowni Diagnostyki Obrazowej oraz Pracowni Fizykoterapii.

Utrzymanie w sprawności niektórych szpitalnych instalacji wentylacyjnych jest efektem „łatania” systemów sterowania i osprzętu automatyki. Stan taki na dłuższą metę może doprowadzić do zaburzeń w funkcjonowaniu procedur ochrony zdrowia. Zaleca się Spółce w tej sytuacji **opracowanie długoterminowego planu odtworzenia wartości technicznej instalacji klimatu i wentylacji** i w miarę posiadania środków realizowanie remontów zgodnie z przyjętą hierarchią ważności.

Zdjęcie 8 Agregat wody lodowej



Źródło: opracowanie własne.

Zdjęcie 9 Sprężarka powietrza



Źródło: opracowanie własne.

Systemy próżni i sprężonego powietrza

Źródłem sprężonego powietrza są dwie sprężarki AIRPOL pracujące w systemie naprzemiennym sterowanym ręcznie. Zapewniają one właściwe ciśnienie w sieci, w jednej 0,8 MPa, w drugiej natomiast 0,5 MPa. Instalacje mają sprawne urządzenia do odwadniania i oczyszczania powietrza.

Systemy próżniowe zasilane są z dwóch niezależnych stacji, które jednak mogą pracować naprzemiennie. Gwarantuje to zwiększenie niezawodności systemu. Obie instalacje utrzymane są w dobrym stanie technicznym i nie powinny stwarzać problemów przy zabezpieczaniu potrzeb procedur medycznych.

Instalacje gazów medycznych – tlenowa i podtlenku azotu

W szpitalu podstawowym źródłem zaopatrzenia w tlen medyczny jest centralna tlenownia z rozprężalnią i zbiornikami ciekłego tlenu. Zainstalowane są dwa zbiorniki po **3 m³** każdy. W celach zabezpieczenia ewentualnej awarii w centralnej tlenowni znajdują się podłączone baterie zapasowych butli tlenowych. System zabezpieczenia składa się z dwóch baterii po **6 butli 40 litrów** każda. Dodatkowym elementem awaryjnego zabezpieczenia w tlen, przewidzianym jedynie dla Bloku Operacyjnego i Sali cięć cesarskich, są butle ze sprężonym tlenem medycznym zainstalowane przy aparatach do znieczuleń.

Podstawowym źródłem zaopatrzenia w podtlenek azotu jest bateria butli ze sprężonym gazem podłączona do stacji redukcyjnej umiejscowionej w budynku centralnej tlenowni. Awaryjne źródło zasilania w podtlenek azotu stanowią butle umieszczone przy aparatach do znieczuleń.

Systemy gazów medycznych wydają się prawidłowo zadbane i sprawne. Na dzień dzisiejszy nie wymagają pilnych interwencji technicznych.

7.4. Stan techniczny wyposażenia medycznego

Stan umorzenia, i co jednocześnie można przyjąć z pewnym przybliżeniem, stan zużycia środków trwałych będących do dyspozycji Szpitala został przedstawiony w poniższej tabeli. Zestawienie wykonano z podziałem na grupy środków trwałych w zależności od przeznaczenia. Pod uwagę brano tylko składniki majątkowe o wartości powyżej 10 tys. zł.

Stan wyposażenia każdej jednostki najlepiej można ocenić na podstawie zestawienia umorzenia środków trwałych. Dla tego celu zestawiono dane dotyczące stanu umorzenia kluczowych składników majątku na początku 2023 roku. Zakładając, iż poziom zużycia księgowego odpowiada rzeczywistemu zużyciu środków trwałych, można dokonać oceny ich poziomu wyeksploatowania.



Tabela 85 Stan środków trwałych Szpitala w 2023 roku

Rodzaj środków Trwałych	Wartość brutto	Umorzenie %	Wartość brutto środków umorzonych w 100%	W tym wartość starszych niż 10 lat
Grunty	1 712 670			
Budynki budowle	25 381 672	20,2%	0	0
Instalacje infrastrukturalne	3 219 623	54,2%	573 271	503 001
Sprzęt i wyposażenie medyczne	12 304 755	61,3%	3 235 279	1 097 784
Środki transportu	656 266	52,1%	195 494	195 494
osprzęt infrastruktury informatycznej	417 092	39,2%	108 239	0
Oprogramowanie	1 047 664	71,5%	628 234	52 598
Pozostałe środki trwałe	386 909	19,6%	31 226	31 226
Razem	45 126 652	36,2%	4 771 743	1 880 104

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Do oceny została zastosowana czterostopniowa skala, w zależności od stopnia zamortyzowania środków trwałych:

- 0% - 40% – bardzo niski poziom zużycia; sprzęt nowoczesny i bezawaryjny o niskich kosztach eksploatacji, w większości przypadków opierający się na najnowszej technologii;
- 41% - 70% – niski poziom zużycia; sprzęt o niskim stopniu awaryjności generujący niskie koszty eksploatacji;
- 71% - 85% – średni poziom zużycia; sprzęt o umiarkowanym stopniu awaryjności mogący generować wyższy poziom kosztów z tytułu serwisowania i eksploatacji;
- 86% - 100% – wysoki poziom zużycia; sprzęt w dużej mierze wyeksploatowany, charakteryzujący się rosnącym stopniem awaryjności i serwisowania oraz wysokimi kosztami eksploatacji.

Na podstawie tak określonych parametrów można stwierdzić, że generalnie majątek Szpitala jest wyeksploatowany w stopniu niskim. Najniższy stopień umorzenia, wynoszący **20%**, wykazują budynki i budowle. Jest to skutkiem ich stosunkowo młodego wieku. Oddawane były do użytku w latach 1997 do 2008. Obok budynków, na bazę techniczną Szpitala składają się także instalacje i systemy infrastrukturalne. Ich umorzenie przekroczyło już **54%**. Urządzenia wchodzące w skład tych instalacji, które są już praktycznie wyeksploatowane w 100% kosztowały łącznie **570 tys zł**, z tego sprzęt za **503 tys zł** ma już więcej niż 10 lat. Dane te wskazują już na **konieczność zaplanowania w budżecie inwestycyjnym Spółki środków na stopniowe odtwarzanie stanu systemów infrastrukturalnych.**

Stosunkowo młode wyposażenie występuje w grupie osprzętu infrastruktury informatycznej. Jego umorzenie to **39%**. Z tej grupy tylko jedna czwarta jest umorzona w 100%. Inaczej wygląda sytuacja w grupie software. Oprogramowanie na którym pracują komórki szpitalne jest już wyeksploatowane w stopniu średnim, a w tym przeszło połowa w 100%.

Następną grupą środków trwałych, na którą zwrócili uwagę audytorzy są środki transportu. Średnie ich umorzenie wynosi **52%**. Wśród samochodów, będących na stanie Szpitala znajduje się m.in. jeden ambulans, który jest umorzony w 100% i ma już przeszło 10 lat.



Najważniejszą grupą środków trwałych jest sprzęt i wyposażenie w aparaturę medyczną. Ich wyeksploatowanie przekracza aktualnie **61%**. W tej grupie, majątek całkowicie już umorzony posiada wartość **3,2 mln zł**, z tego starszy niż 10 lat kosztował ponad **1 mln zł**. Należy oczekiwać, że w najbliższym okresie może pojawić się potrzeba pilnych zakupów sprzętu medycznego. Wydaje się zatem zasadne aby wyżej wykazane kwoty, pomimo trudnej sytuacji ekonomicznej, uwzględnić w planie finansowym Szpitala w pozycji inwestycje odtworzeniowe w wyposażenie medyczne. Zaniechanie tego kroku może przyczynić się do występowania komplikacji w realizacji procedur leczniczych w niedalekiej przyszłości.

Tabela 86 Stan wyposażenia medycznego w komórkach organizacyjnych Szpitala

Komórka organizacyjna	Wartość brutto	Umorzenie %
Oddział Pediatryczny	81 070	99%
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	697 541	98%
Blok Operacyjny	847 195	84%
Pracownia Endoskopii	1 191 061	83%
Zakład Rehabilitacji Ambulatoryjnej	117 252	82%
Poradnie AOS i POZ	598 885	81%
Zakład Opiekuńczo-Lecznicy	544 328	75%
Oddział Neonatologiczny	259 391	74%
Dział Psychiatryczny	144 643	69%
Oddział Chirurgiczny Ogólnej	266 646	67%
Oddział Ortopedyczny	320 887	61%
OAIT	2 895 917	54%
Zakład Diagnostyki Obrazowej	2 463 973	44%
Oddział Wewnętrzny	1 273 239	42%
Izba Przyjęć ogólna	217 067	40%
Laboratorium	37 800	40%
Pomieszczenia wolne (niezagospodarowane)	303 146	33%
Razem	12 260 042	61%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

W przedstawionej tabeli przeanalizowano stan zużycia sprzętu medycznego w zależności od jego alokacji. Na najbardziej wyeksploatowanym sprzęcie pracuje Oddział Pediatryczny (umorzenie **99%**) oraz Oddział Położniczo-Ginekologiczny (**98%**). Nie wygląda dużo lepiej sytuacja na Bloku Operacyjnym gdzie wyeksploatowanie sprzętu osiągnęło poziom **84%**, w Pracowni Endoskopii (**83%**) czy w Zakładzie Rehabilitacji Ambulatoryjnej (**82%**).

W miejscach gdzie zużycie sprzętu i urządzeń osiągnie poziom wysoki mogą pojawić się problemy z procedurami medycznymi, przede wszystkim w zakresie diagnostyki czy możliwości i standardów w wykonywaniu zabiegów. **Należy wobec tego oczekiwać, że wobec takiego zużycia medycznego wyposażenia, będzie narastać ciśnienie na zakup i wymianę sprzętu.**

Analiza danych wykazała także, że stosunkowo nowy sprzęt medyczny, taki jak na przykład kardiomonitor czy stoły operacyjne, od dwóch lat nie został jeszcze przydzielony żadnej



komórce i jest on przypisany do pustostanów. Sytuacja taka może sprzyjać niegospodarności, gdyż tym sprzętem nikt się nie opiekuje ani za niego nie odpowiada.

7.5. Infrastruktura IT

Systemy informatyczne zainstalowane w Szpitalu oparte są w części białej na oprogramowaniu Eskulap firmy Nexus Polska Sp. z o.o. natomiast część szarą obsługuje oprogramowanie Impuls dostarczone przez Biuro Projektowania Systemów Cyfrowych S.A. System Eskulap umożliwia gromadzenie, przetwarzanie i zarządzanie informacją o udzielanych świadczeniach, umów z płatnikami czy danych dotyczących pacjentów. Pozwala także zarządzać ruchem pacjentów oraz nakładami ponoszonymi w związku z realizacją świadczeń medycznych. Uzupełnieniem są tu także sterowniki i oprogramowanie wykorzystywane w działalności posiadanych urządzeń diagnostycznych i zabiegowych.

Część szara obejmuje podstawowe narzędzia służące zarządzaniu Spółką, tj. system FK, kadry-płace, obrót magazynowy, środki trwałe, a także budżetowanie. Dodatkowo Szpital dysponuje w pełni zainstalowanymi systemami Elektronicznej Dokumentacji Medycznej, wymaganymi Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz posiada możliwość stosowania podpisu elektronicznego.

Nie wszystkie zainstalowane narzędzia informatyczne zostały, jak się wydaje, w pełni wdrożone. Problemy z przedstawieniem niektórych danych statystycznych związanych z udzielaniem świadczeń medycznych czy kłopoty z przedstawieniem rozliczenia realizacji kontraktów z NFZ, z czym spotkali się audytorzy, a także nie w pełni stosowana elektroniczna dokumentacja medyczna wskazują na obszary w których informatyzacja Szpitala nie została jeszcze zakończona.

W ocenie audytorów Spółka wymaga kontynuowania wdrożeń poszczególnych bloków zainstalowanego oprogramowania. Koniecznym jest dopracowanie własnych koncepcji zastosowania posiadanych narzędzi informatycznych i dostosowania ich zarówno do poszczególnych obszarów działalności jak i struktury organizacyjnej oraz planów rozwoju placówki, w taki sposób aby wspomagały wszystkie sfery funkcjonowania podmiotu.

Bezpieczeństwo sieci szpitalnej zapewnia sprzętowy firewall UTM firmy Stormshield typu SN 720 oraz oprogramowanie antywirusowe typu ESET Endpoint Security. Jakkolwiek licencja na to oprogramowanie należy już do nieco przestarzałych, to zabezpieczenie sieci wydaje się być poprawne. Bezpieczeństwo danych zapewnia także sposób ich archiwizacji. Polega ona na wykonywaniu kopii bezpieczeństwa, zgodnie z procedurami zawartymi w Polityce Bezpieczeństwa Spółki, bezpośrednio na serwerze bazodanowym, w bibliotece taśmowej oraz na serwerze NAS (serwer plików).

Sieć szpitalna oparta jest na światłowodzie wielomodowym oraz switchach firmy Cisco. Działa w standardzie 1GB. Zdaniem Działu IT, w niedługim czasie ważnym będzie dokonanie modernizacji szkieletu sieci i zamiana standardu na 10GB. Wiązać się to będzie także z wymianą osprzętu sieciowego.

Szpital nie posiada aktualnego wykazu potrzeb inwestycyjnych w zakresie technologii informatycznych. Przygotowywany plan nakładów przewiduje inwestycje odtworzeniowe głównie w stacje robocze użytkowników końcowych (komputery PC). W ramach projektów



rozwojowych obok modernizacji sieci Spółka przymierza się do wdrożenia mobilnych rozwiązań w obrębie części białej szpitala. Jednak obsługa „białego” oprogramowania przez personel medyczny przy użyciu czytników kodów i mobilnych tabletów stanowi wyższy poziom informatyzacji, w pierwszej kolejności warto dobrze opanować zakres podstawowy.

Kolejną potrzebą na którą zwrócił uwagę Dział IT, która jest zbieżna z postrzeżeniami audytorów jest **przeprowadzanie wśród pracowników szkoleń** poprawiających poziom ich wiedzy w zakresie obsługi systemów, programów biurowych oraz bezpieczeństwa informacji.

7.6. Plany inwestycyjne i rozwojowe

Zakres potrzeb inwestycyjnych i rozwojowych jakie przedstawił Szpital dotyczyły tylko rozbudowy i modernizacji infrastruktury technicznej budynków, budowli i instalacji. Nie uwzględniono w nim zakupów sprzętu i aparatury medycznej. Główne potrzeby i plany infrastrukturalne, przedstawione audytorom, związane z modernizacją Szpitala dotyczą głównie działań związanych z efektywnością energetyczną obiektów:

- zmiana zasilania szpitalnej kotłowni z paliwa olejowego na gazowe (nakład 167 tys zł)
- kompleksowa termomodernizacja obiektów Szpitala (koszt inwestycji ok. 10 mln zł)
- instalacja układów fotowoltaicznych (wydatek ok. 900 tys zł)

Bardziej konkretny charakter ma plan inwestycji odtworzeniowych, związany z bieżącymi remontami oraz z pracami dostosowawczymi do zmieniających się uregulowań prawnych, tak przeciwpożarowych jak i związanych z obowiązującymi standardami pomieszczeń szpitalnych. W związku z tym, że Szpital nie konstruował własnych planów rzeczowo-finansowych oraz z powodu braku środków na realizację zamierzeń inwestycyjnych, zamierzenia te nie były rozpisane w czasie. Przedstawiony wykaz zamiast terminów bazuje na ustaleniu priorytetów ważności prac.

Wykaz ten także praktycznie pomija rozwój technologii medycznych i warunki odnawiania stanu wyposażenia medycznego. Ujmuje tylko zakup dwóch aparatów do znieczuleń. Pozycja ta jest o tyle zaskakująca gdyż audyt wykazał zupełnie inne priorytety na Bloku Operacyjnym czy Oddziale Anestezjologii.

Tabela 87 Lista potrzeb inwestycyjnych i modernizacyjnych

Obiekt	Zadanie	Szacowany koszt	Uwagi
Instalacja gazowa	Wykonanie przyłącza gazowego niskiego ciśnienia	70 000	08.2023
Budynek „B”	Modernizacja układu wody lodowej w instalacji klimatyzacyjnej z ewentualną wymianą agregatu chłodniczego i izolacji	242 852	w toku
Razem inwestycje w toku		312 852	
Budynki A, B, C, D, EN, garażowy, Tlenownia	Konserwacja pokrycia dachowego z naprawą obróbek blacharskich, kominów i murków ogniowych	970 000	Pilne !
Cały obiekt	Zakup dwóch aparatów do znieczuleń	500 000	Pilne !
Wieża radiowa	Konserwacja antykorozyjna konstrukcji stalowej	70 000	Pilne !
Razem inwestycje bezwzględnie pilne – priorytet I		1 540 000	
Budynek A, B i D	Kapitałny remont central wentylacyjnych – 10 szt. w pozostałych przegląd techniczny z wymianą zaworów trójdrogowych z siłownikami	300 000	



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Obiekt	Zadanie	Szacowany koszt	Uwagi
Budynek „B” i ”D”	Czyszczenie i dezynfekcja instalacji klimatyzacyjnych Bloku Operacyjnego, wymiana filtrów w centralach wentylacyjnych oraz filtrów Hepa	59 000	wymóg prawny
Systemy klimatyzacji	Montaż klimatyzatorów lokalnych na oddziałach i w miejscach przechowywania leków	160 000	
Zabezpieczenia p.poż	Dostosowanie do wymogów p.poż	550 000	Nakaz
Budynek „B”	Przebudowa Centralnej Sterylizatorni stosownie do obowiązujących standardów	200 000	Wymóg prawny
Sieć uzbrojenia terenu	Wymiana zasuw ziemnych na sieci wodociągowej – przyłącza wodne i hydrantowe	50 000	
Sieć uzbrojenia terenu	Budowa chłodzonego magazynu na odpady medyczne	250 000	Wymóg prawny
Razem nakłady pilne i konieczne ze względów na przepisy – priorytet II		1 569 000	
System zaopatrzenia w wodę	Remont budynku hydroforni z wymianą stolarki okiennej	85 000	
System zaopatrzenia w wodę	Czyszczenie, renowacja i dezynfekcja zbiorników wody rezerwowej	40 000	
Budynek C, EN, Tlenowni, bud. magazynowy	Naprawa tynków zewnętrznych i elewacji, naprawa opaski wokół budynku, ubytków rynien i rur spustowych	92 500	
Budynek Radiowy	Konserwacja pokrycia papowego i wymiana obróbek blacharskich, rynien i rur spustowych	4 000	
Budynek Stacji Transformatorowej	Wymiana rur odprowadzenia spalin z agregatów prądotwórczych – 2 szt.	50 000	
Budynek po byłej stacji transformatorowej	Rozbiórka obiektu	20 000	
Budynek „A”	Drobne prace konserwatorskie w pomieszczeniach piwnic	10 000	
Budynek „E+N”	Wykonanie dodatkowej bariery – nadbudowa balustrady tarasu	80 000	
Sieć uzbrojenia terenu	Wykonanie ogrodzenia kontenerów na odpady komunalne na podłożu z kostki betonowej	13 000	
Tereny zewnętrzne	Naprawa elementów komunikacji zewnętrznej	15 000	
Razem pozostałe potrzeby – priorytet III		409 500	
Razem		3 831 352	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Przedstawione zestawienie jest wykazem najpilniejszych, zdaniem Spółki, potrzeb remontowych i modernizacyjnych. Wydaje się również, że jest wyrazem zaległości remontowych, jakie poczynił Szpital, spowodowanych brakiem środków finansowych. Pominięcie w planach inwestycyjnych natomiast nakładów na odtwarzanie stanu wyposażenia i sprzętu medycznego może świadczyć o braku konsekwencji Zarządów Spółki w zarządzaniu rozwojem działalności medycznej.

Zarządzanie tzw. trudnym pieniądzem wymaga stosowania szczególnych technik zarządczych, co jednak nie wyklucza podejmowania działań mających na celu przeciwdziałanie degradacji posiadanej infrastruktury technicznej i wyposażenia medycznego. Wszystko jest oczywiście kwestią priorytetów ale jako najważniejsze kierunki, zdaniem audytorów, powinny zostać przyjęte następujące obszary inwestycyjne:

- dostosowanie bazy technicznej do obowiązujących przepisów przeciwpożarowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie oraz z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;



- odnawianie sprzętu i wyposażenia medycznego, dla zachowania i rozwoju zdolności do udzielania pożądaných świadczeń medycznych;
- remonty odtworzeniowe i zabezpieczające przed degradacją budynków szpitalnych, aktualnie dotyczy to remontu dachów, opierzeni, rynien i rur spustowych;
- przywrócenie sprawności systemów wentylacji i klimatyzacji;
- opracowanie planu (harmonogramu) stopniowego odświeżania i modernizacji stanu pomieszczeń szpitalnych.

Wydaje się ważnym, aby pomimo trudnej sytuacji w obszarze finansowania działalności Szpitala, Spółka nie traciła z oczu potrzeb zakupowych i remontowych, aby uporządkowała cały proces planowania i realizacji spójnej i konsekwentnej strategii inwestycyjnej.



8. Analiza finansowa

W niniejszym rozdziale dokonaliśmy analizy bieżącej sytuacji finansowej Jednostki. Zakres przedmiotowej analizy obejmuje lata 2019 – 2022 oraz okres styczeń – kwiecień 2023 r.

8.1. Analiza sprawozdań finansowych

8.1.1. Analiza bilansu

Poniżej przedstawiono uproszczony bilans Jednostki.

Tabela 88 Uproszczony bilans Jednostki

AKTYWA	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
AKTYWA TRWAŁE	21 502 156	20 735 763	26 016 854	28 287 068	30 259 265
WNIPI	860 460	429 808	267 199	199 785	306 485
RAT	20 505 028	20 156 306	25 609 937	27 953 321	29 819 903
Inwestycje długoterminowe	136 668	127 149	119 718	116 462	115 377
Długoterminowe rozliczenia	0	22 500	20 000	17 500	17 500
AKTYWA OBROTOWE	6 438 235	10 840 991	12 164 733	10 609 913	8 305 716
Zapasy	855 347	1 150 907	1 348 514	1 634 987	1 532 922
Należności krótkoterminowe	5 284 947	7 119 336	8 416 255	7 926 335	6 095 277
Inwestycje krótkoterminowe	160 169	2 472 562	2 056 480	801 876	33 318
Krótkoterminowe rozliczenia	137 772	98 185	343 484	246 716	644 199
AKTYWA RAZEM	27 940 391	31 576 754	38 181 587	38 896 982	38 564 982
PASYWA	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
KAPITAŁ WŁASNY	9 291 375	1 488 658	-4 283 568	-15 182 598	-19 914 862
Kapitał podstawowy	23 746 500	23 746 500	23 746 500	23 996 500	25 496 500
Kapitał zapasowy	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263
Pozostały kapitał	48 425	48 425	298 425	1 048 425	48 425
Zysk/strata z lat ubiegłych	-11 652 299	-14 542 812	-23 216 472	-28 367 756	-40 266 786
Zysk/strata netto	-2 890 514	-7 802 717	-5 151 283	-11 899 030	-5 232 264
ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	18 649 016	30 088 096	42 465 155	54 079 580	58 479 844
Rezerwy na zobowiązania	4 690 648	5 067 224	4 894 940	6 113 968	5 786 019
Zobowiązania długoterminowe	945 051	7 353 847	6 009 592	4 818 917	4 610 509
Zobowiązania krótkoterminowe	11 125 170	14 980 449	25 052 018	32 803 779	35 129 606
Rozliczenia międzyokresowe	1 888 146	2 686 576	6 508 605	10 342 915	12 953 709
PASYWA RAZEM	27 940 391	31 576 754	38 181 587	38 896 982	38 564 982

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



WARTOŚCI NIEMATERIALNE I PRAWNE ORAZ RZECZOWE AKTYWA TRWAŁE

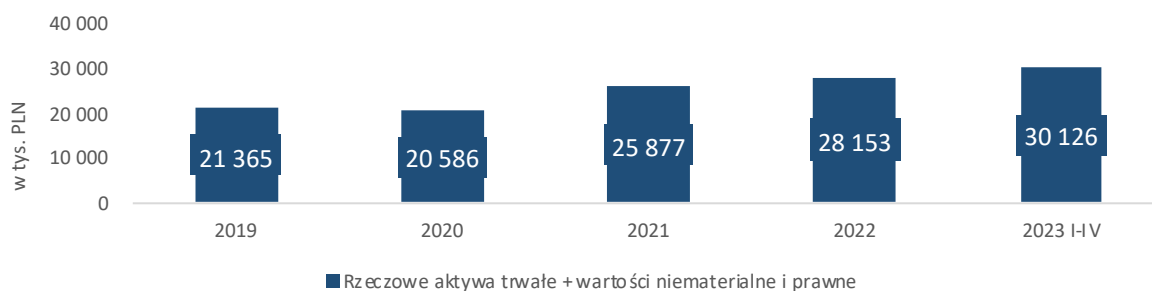
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono kluczowe metryki majątku trwałego wraz z nakładami inwestycyjnymi.

Tabela 89 Rzeczowe aktywa trwałe oraz wartości niematerialne i prawne Jednostki

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Rzeczowe aktywa trwałe + wartości niematerialne i prawne	21 365	20 586	25 877	28 153	30 126
Wartości niematerialne i prawne	860	430	267	200	306
RAT	20 505	20 156	25 610	27 953	29 820
Środki trwałe	20 168	19 434	23 436	23 058	29 674
grunty	1 713	1 713	1 713	1 713	1 713
budynki, lokale i obiekty	14 829	14 371	14 961	14 586	20 381
urządzenia techniczne i maszyny	467	374	286	482	1 919
środki transportu	5	50	400	336	314
inne środki trwałe	3 155	2 926	6 075	5 941	5 347
Środki trwałe w budowie	337	722	2 174	4 895	146

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 30 Rzeczowe aktywa trwałe oraz wartości niematerialne i prawne wraz z nakładami inwestycyjnymi



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ogólna charakterystyka. Wartość rzeczowego majątku trwałego na koniec kwietnia 2023 r. wynosiła 30,1 mln PLN, co oznacza wzrost w stosunku do 2019 r. o około 9 mln PLN. Kluczową pozycją rzeczowych aktywów trwałych były budynki, stanowiące około 70% wartości ogółem. Wartość majątku trwałego w większości wykazuje zużycie techniczne w wysokości około 35%. Najbardziej zużytą grupą majątku trwałego są maszyny i urządzenia. Wskaźniki zużycia, wskazują, że w najbliższym czasie Jednostka powinna przeprowadzić proces doinwestowania w sprzęt techniczny. Wskaźniki opisujące wartość nakładów inwestycyjnych, a więc CAPEX⁵ / rzeczowe aktywa trwałe oraz CAPEX / przychody ze sprzedaży charakteryzowały się w badanym okresie dużą zmiennością, jego niska wartość świadczy o braku większych funduszy na przeprowadzenie procesu inwestycyjnego.

⁵ Nakłady inwestycyjne



Tabela 90 Wskaźnik CAPEX / Rzeczowe aktywa trwałe oraz CAPEX / Przychody ze sprzedaży

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
CAPEX / Rzeczowe aktywa trwałe	19,0%	6,4%	8,8%	22,5%
CAPEX / Przychody ze sprzedaży	8,1%	2,5%	3,2%	8,9%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

ZAPASY

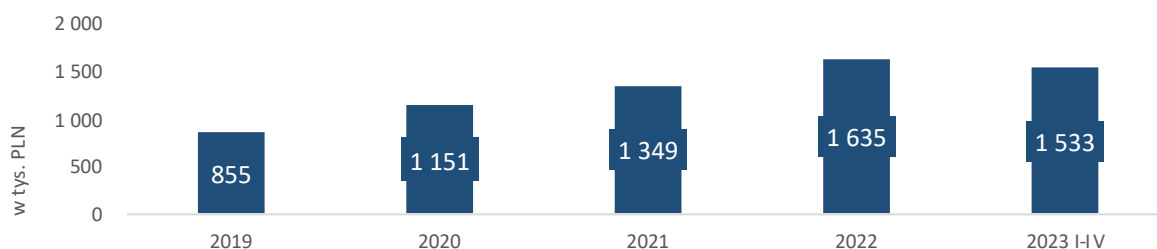
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono wartość zapasów Jednostki.

Tabela 91 Zapasy Jednostki

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Zapasy	855	1 151	1 349	1 635	1 533
Materiały	855	1 151	1 349	1 635	1 533

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 31 Zapasy Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ogólna charakterystyka. Jednym z kluczowych aktywów ze względu na profil działalności Jednostki, są zapasy materiałów medycznych. Wysoki stan zapasów daje poczucie bezpieczeństwa kierownictwu placówki, jednak z punktu widzenia ekonomicznego co do zasady może być niekorzystny. Są to środki zamrożone, które zazwyczaj ograniczają zdolność do regulowania bieżących zobowiązań. Kapitał taki w tym czasie nie generuje przychodów (nie jest oprocentowany), a często wręcz generuje koszty (pochodzi z zobowiązań placówki), w tym koszty magazynowania. Ewentualnym uzasadnieniem zwiększonych zapasów może być ekonomia skali związana z zakupami (im większy zakup, tym niższa cena).

Na wartość pozycji zapasów w badanych latach składały się wyłącznie materiały. Zauważalny wzrost przedmiotowej pozycji w 2021 roku w stosunku do roku poprzedniego wynikał przede wszystkim z Pandemii COVID – 19 (materiały na magazynach są związane z zabezpieczeniem środków ochrony osobistej w związku z COVID-19).

Analiza obrotowości zapasów. Średnia wartość wskaźnika obrotowości zapasów w latach 2020 – 2022 kształtowała się na poziomie około 7 dni. Co do zasady, w przypadku Jednostek medycznych jako pozytywną wartość przyjmuje się przedział na poziomie 8 – 10 dni. Dlatego też należy ocenić pozytywnie działania Jednostki w tym obszarze. Należy jednak podkreślić,



że wartość przedmiotowego wskaźnika na koniec 2022 r. wzrosła w stosunku do 2021 r. o jeden dzień.

NALEŻNOŚCI

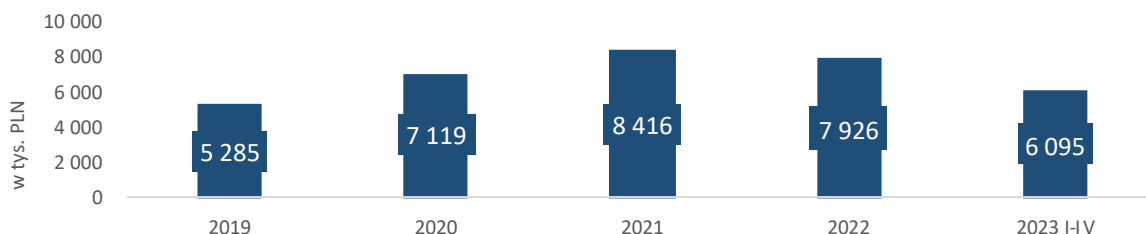
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono wartość należności Jednostki.

Tabela 92 Należności Jednostki

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Należności krótkoterminowe	5 285	7 119	8 416	7 926	6 095
Należności od pozostałych jednostek	5 285	7 119	8 416	7 926	6 095
z tytułu dostaw i usług	4 949	6 782	8 161	7 622	5 828
z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń	1	0	0	0	0
inne	335	337	255	305	268

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 32 Należności Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ogólna charakterystyka. Największy udział w strukturze należności krótkoterminowych miały należności handlowe, co przy obecnym otoczeniu systemowym funkcjonowania Jednostki jest uzasadnione. W skład należności innych w analizowanym okresie wchodziły głównie: rozrachunki z pracownikami z tytułu pożyczek mieszkaniowych i zapomóg zwrotnych, zaliczek oraz z tytułu składek ZUS.

Struktura wiekowa należności. Analiza wiekowa struktury należności Jednostki wykazała, że w badanym okresie średnio 99% wartości należności handlowych nie jest przeterminowana, co jest zjawiskiem naturalnym dla tego rodzaju prowadzonej działalności, zważywszy na to, że głównym płatnikiem jednostki jest NFZ.

Analiza obrotowości należności. Analiza obrotowości należności wykazała, że w badanym okresie przedmiotowy wskaźnik oscylował na poziomie 41 dni. Co do zasady Jednostka powinna zrewidować swoją politykę negocjacyjną z NFZ, gdyż w przypadku w pełni zdrowych podmiotów wskaźnik ten powinien kształtować się na poziomie około 30 dni.

KAPITAŁ WŁASNY

W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono wartość poszczególnych składników kapitałów własnych Jednostki.

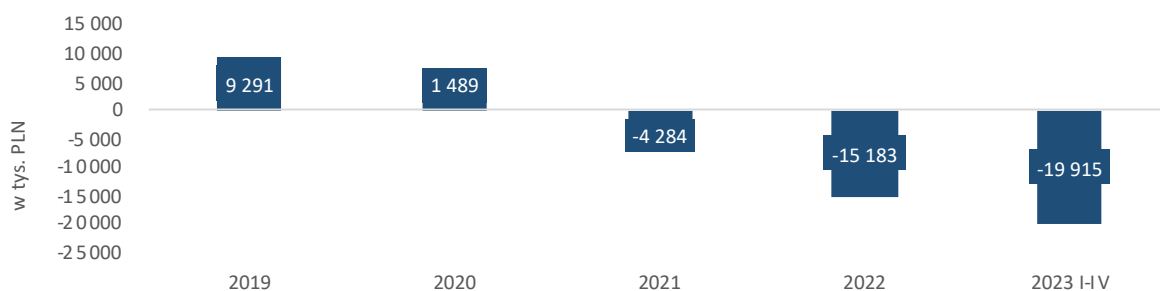


Tabela 93 Składniki kapitału własnego Jednostki

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Kapitał (fundusz) własny	9 291	1 489	-4 284	-15 183	-19 915
Kapitał podstawowy	23 747	23 747	23 747	23 997	25 497
Kapitał zapasowy	39	39	39	39	39
Pozostały kapitał	48	48	298	1 048	48
Zysk/strata z lat ubiegłych	-11 652	-14 543	-23 216	-28 368	-40 267
Zysk/strata netto	-2 891	-7 803	-5 151	-11 899	-5 232

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 33 Kapitał własny Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ogólna charakterystyka. Jednostka do końca 2020 r. charakteryzowała się dodatnim poziomem kapitału własnego. Należy jednak zwrócić uwagę, na postępujący już wtedy proces erozji tych kapitałów, na skutek generowania ujemnych wyników finansowych. Od 2021 r. wartość kapitału własnego kształtował się na ujemnym poziomie. Na koniec kwietnia 2023 r. wartość przedmiotowej pozycji znajdowała się na bardzo niebezpiecznym poziomie około -20 mln PLN. W analizowanym okresie miały miejsce zwiększenia kapitałów, pierwsze w 2021 r. gdzie kapitały zwiększono o 250 tys. PLN, w 2022 r. gdzie jego wartość wzrosła o kolejne 1 mln PLN, oraz w okresie styczeń – kwiecień 2023 r., gdzie wartość kapitału wzrosła o 500 tys. PLN. Należy jak najszybciej podjąć działania naprawcze, aby zahamować proces dalszej degradacji kapitałów własnych, poprzez poprawę rentowności Jednostki.

ZOBOWIĄZANIA DŁUGOTERMINOWE I KRÓTKOTERMINOWE

W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono poszczególne składniki zobowiązań długoterminowych oraz krótkoterminowych.

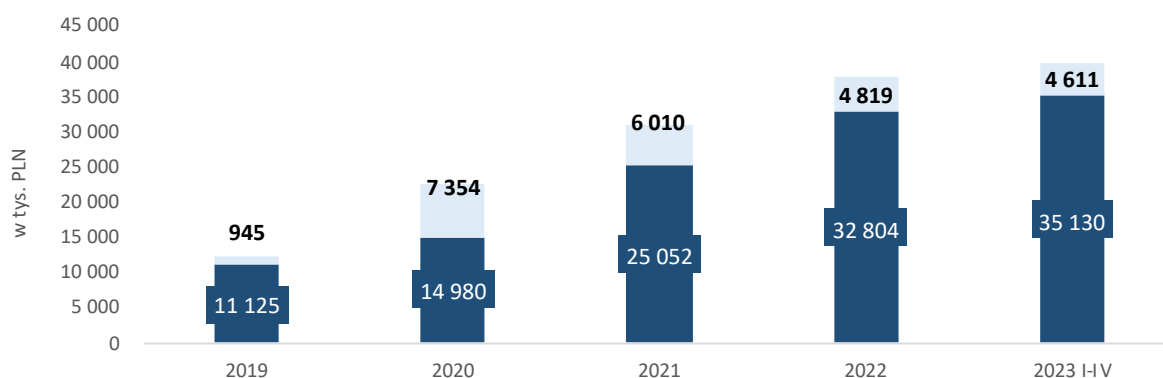


Tabela 94 Składniki zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Zobowiązania długoterminowe	945	7 354	6 010	4 819	4 611
Wobec pozostałych jednostek	945	7 354	6 010	4 819	4 611
kredyty i pożyczki	0	5 000	5 000	4 800	4 600
inne	945	2 354	1 010	19	11
Zobowiązania krótkoterminowe	11 125	14 980	25 052	32 804	35 130
Wobec pozostałych jednostek	10 480	14 319	24 314	31 590	33 700
kredyty i pożyczki	1 486	0	0	200	400
z tytułu dostaw i usług	4 000	5 011	7 047	10 172	11 240
z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń	2 679	5 446	12 851	17 412	19 048
z tytułu wynagrodzeń	1 447	2 316	2 298	2 458	2 332
inne	869	1 547	2 118	1 349	680
Fundusze specjalne	645	661	738	1 213	1 430

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 34 Zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ogólna charakterystyka. Łączna wartość zobowiązań wzrosła o ponad 27,7 mln PLN, głównie za sprawą wzrostu zadłużenia handlowego oraz zadłużenia wynikającego z podatków, ceł i ubezpieczeń.

Zobowiązania handlowe. Zobowiązania handlowe na koniec kwietnia 2023 r., stanowiły około 30% wartości zobowiązań ogółem Jednostki.

Struktura wiekowa zobowiązań handlowych. W tabeli poniżej przedstawiono rozkład zadłużenia handlowego w podziale na zadłużenie handlowe przeterminowane oraz nie przeterminowane.

Tabela 95 Charakterystyka zadłużenia wymagalnego

Struktura czasowa zobowiązań	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Ogółem w tym:	4 000	5 011	7 047	10 172	11 240
Nieprzeterminowane	2 767	3 340	4 953	⁶ b.d	7 502
Przeterminowane w tym:	1 232	1 671	2 094	b.d	3 738
do 30 dni	694	778	1 035	b.d	1 034
31-90 dni	284	893	800	b.d	1 395
91-180 dni	154	0	252	b.d	712
od 181-365 dni	100	0	0	b.d	558
powyżej 365	5	0	0	b.d	35

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Analiza zadłużenia przeterminowanego wykazała, że główną część zadłużenia stanowi zadłużenie przeterminowane do 30 dni oraz od 30 dni do 90 dni. Pojawienie się przedmiotowego zadłużenia jest bezpośrednio związane z wysoką stratą generowaną w całym badanym okresie. Należy też wskazać, że w 2023 r. Jednostka zaczęła raportować zadłużenie najbardziej „toksyczne” tj. przeterminowane o ponad rok.

Analiza obrotowości **zobowiązań handlowych** wykazała, że w badanym okresie przedmiotowy wskaźnik oscylował na poziomie około 35 dni. Co do zasady jest wynikiem akceptowalnym, gdyż zaleca się, aby przedmiotowy wskaźnik kształtował się na poziomie około 30 dni, natomiast należy wskazać istotny wzrost badanego wskaźnika w 2022 r., co jest pokłosiem pogorszenia wyników finansowych, przez co Jednostka musiała w większym stopniu finansować działalność długiem.

Zobowiązania kredytowe i pozostałe. Na koniec kwietnia 2023 r. Jednostka korzystała wyłącznie z jednego kredytu, jakim był kredyt BGK, na kwotę 5 mln PLN – kredyt został zaciągnięty w 2020 r. a jego całkowita spłata miała nastąpić w 2031 r. Oprocentowanie kredytu wynosi 2,50% marży BGK + WIBOR3M.

Jednym ze wskaźników, który w najdokładniejszy sposób pokazuje zdolność Jednostki do regulowania zobowiązań jest wskaźnik długu netto⁷ do EBITDA. Przez cały okres wskaźnik ten kształtował się na wysoce ujemnym poziomie, co należy ocenić negatywnie – Jednostka praktycznie nie posiadała zdolności do obsługi zadłużenia.

⁶ Nie otrzymaliśmy informacji na temat stanu zadłużenia wymagalnego na koniec 2022 r.

⁷ Zobowiązania oprocentowane, pomniejszone o środki pieniężne



Wykres 35 Wskaźnik długu netto do EBITDA

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Dług netto do EBITDA	-128%	-47%	-156%	-50%	-127%
EBITDA	-1 035	-5 324	-1 885	-8 407	-3 914
Dług netto	1 325	2 527	2 944	4 198	4 967

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Analizując zobowiązania, warto wskazać na rosnące wartości zadłużenia z tytułu z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń, na koniec 2019 r. jego wartość wynosiła 2,7 mln PLN, natomiast na koniec kwietnia 2023 r. już 19,0 mln PLN, na podstawie pozyskanych informacji w ramach kontaktów roboczych, Jednostka w Badanym okresie nie płaciła zobowiązań na ZUS, co spowodowało przyrost zadłużenia, które to wymaga spłaty w wysokości około 14 mln PLN. Nie uzyskaliśmy jednak informacji o dokładnej kwocie zadłużenia oraz w jakich ratach ma być ono ostatecznie spłacone.

ROZLICZENIA MIĘDZYOKRESOWE PRZYCHODÓW ORAZ KOSZTÓW

Rozliczenia międzyokresowe przychodów to stan na dzień bilansowy wartości nominalnej przychodów, których realizacja następuje w okresach przyszłych. W poniższej tabeli przedstawiono rozliczenia międzyokresowe przychodów i kosztów.

Tabela 96 Rozliczenia międzyokresowe przychodów oraz kosztów

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Rozliczenia międzyokresowe przychodów	1 888	2 687	6 509	10 343	12 954
Krótkoterminowe rozliczenia	138	98	343	247	644

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ogólna charakterystyka. Wysoka wartość rozliczeń międzyokresowych przychodów na koniec lat 2019 - 2022 ukazuje aktywność oraz zdolności Jednostki do pozyskiwania zewnętrznego, taniego kapitału, w formie różnego rodzaju dotacji, w celu finansowania działalności inwestycyjnej, m.in. i budowlano- modernizacyjnej czy doposażeniowej. Środki ujmowane w owej pozycji nie są faktycznym zobowiązaniem, które Jednostka okresowo spłaca. Powstające odpisy amortyzacyjne od nowopowstałych bądź zmodernizowanych środków trwałych są równoważone odpisami w pozostałe przychody operacyjne. Zastosowanie takiego zapisu, pozwala traktować przedmiotową pozycję jako faktyczne zwiększenie kapitałów własnych.

Na pozycję krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe składają się następujące rozliczenia z tytułu ZFŚS, ubezpieczenie majątkowe, podatek od nieruchomości, ubezpieczeni OC i odpady komunalne



KAPITAŁ OBROTOWY

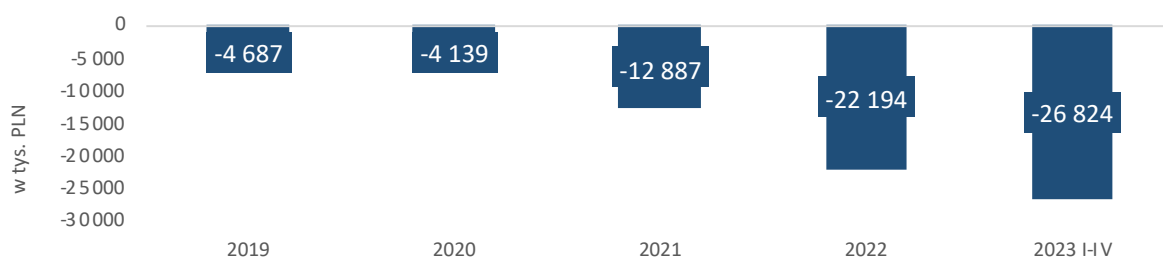
W poniższej tabeli oraz na wykresie przedstawiono stan kapitału obrotowego w latach 2019 – 2022 oraz okresie styczeń – kwiecień 2023.

Tabela 97 Kapitał obrotowy Jednostki

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Kapitał obrotowy	-4 687	-4 139	-12 887	-22 194	-26 824
Aktywa obrotowe	6 438	10 841	12 165	10 610	8 306
Zobowiązania krótkoterminowe	11 125	14 980	25 052	32 804	35 130

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 36 Kapitał obrotowy Jednostki w ujęciu rocznym



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Ocena średniego poziomu kapitału obrotowego. Przez cały badany okres Jednostka utrzymywała ujemne wartości kapitału obrotowego. W praktyce oznacza to, że w przypadku nagłej konieczności pokrycia istotnego wydatku, Szpital, nie byłby w stanie sfinansować takiego wydatku.

Podsumowując, w analizowanym okresie suma bilansowa wzrosła (z 27,9 mln PLN do 38,5 mln PLN). Zmiana struktury majątku widoczna jest w szczególności po stronie pasywnej – erozja kapitału własnego z poziomu 9,3 mln PLN do poziomu -19,9 mln PLN, wraz ze wzrostem zobowiązań z poziomu 18,6 mln PLN do poziomu 39,7 mln PLN, wskazuje na istotny spadek wartości majątku Jednostki.

Do pozostałych zdiagnozowanych bolączek Szpitala należy zaliczyć: (i) narastające zadłużenie przeterminowane o wartości 3,8 mln PLN, (iii) konieczność obsługi zadłużenia kredytowego przy kompletnym braku rentowności, (iv) wysoce ujemną wartość kapitału obrotowego, którego wartość na koniec kwietnia 2023 r. wynosiła niemal -26,8 mln PLN, (v) konieczność uregulowania zadłużenia względem ZUS, które na koniec kwietnia wynosiło prawdopodobnie około 14 mln PLN.



8.1.2. Analiza rachunku zysków i strat

Poniżej przedstawiono uproszczonych rachunek zysków i strat Jednostki.

Tabela 98 Uproszczony rachunek zysków i strat Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY	48 380 794	52 161 083	71 355 355	70 995 518	23 445 426
Przychody ze sprzedaży produktów	48 379 962	52 159 583	71 348 915	70 995 518	23 445 426
Przychody ze sprzedaży towarów/materiałów	832	1 500	6 441	0	0
KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	51 747 979	60 398 452	79 474 226	84 064 354	29 672 909
Amortyzacja	1 763 299	2 241 358	2 986 265	2 974 355	1 114 339
Zużycie materiałów i energii	7 540 172	7 961 690	9 581 378	10 659 268	4 128 675
Usługi obce	14 813 000	18 220 128	25 580 498	27 341 674	9 371 017
Podatki i opłaty	545 077	646 614	603 287	632 074	242 622
Wynagrodzenia	22 257 781	25 923 248	33 735 082	35 054 056	12 220 881
Ubezpieczenia	4 542 803	5 039 784	6 651 976	7 093 343	2 471 782
Pozostałe koszty rodzajowe	285 847	365 629	335 740	309 584	123 593
Wartość sprzedanych materiałów i towarów	0	0	0	0	0
MARŻA NA SPRZEDAŻY W PLN	-3 367 185	-8 237 369	-8 118 870	-13 068 836	-6 227 483
PPO	2 499 414	3 552 805	5 544 125	6 617 998	2 084 990
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	0	21 780	21 970	4 112	6 600
Dotacje	615 333	973 124	922 388	1 353 596	417 455
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	1 884 081	2 557 901	4 599 767	5 260 290	1 660 935
PKO	1 930 669	2 880 816	2 297 003	4 930 678	886 182
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0
Aktualizacja aktywów	0	0	20 428	36 002	0
Inne koszty operacyjne	1 930 669	2 880 816	2 276 575	4 894 675	886 182
MARŻA EBIT W PLN	-2 798 441	-7 565 380	-4 871 748	-11 381 515	-5 028 675
PRZYCHODY FINANSOWE	95	24	8 024	4 037	2 506
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0
Odsetki	95	24	160	4 037	2 506
Inne	0	0	7 864	0	0
KOSZTY FINANSOWE	92 168	237 361	287 560	521 552	206 094
Odsetki	74 560	203 363	244 990	519 052	206 094
Aktualizacja wartości	0	0	0	0	0
Inne	17 607	33 998	42 570	2 500	0
MARŻA BRUTTO W PLN	-2 890 514	-7 802 717	-5 151 283	-11 899 030	-5 232 264
Podatek dochodowy	0	0	0	0	0
MARŻA NETTO W PLN	-2 890 514	-7 802 717	-5 151 283	-11 899 030	-5 232 264

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



ANALIZA PRZCHODÓW

Struktura przychodów. Na przestrzeni analizowanych lat głównym źródłem przychodów Jednostki, były przychody ze sprzedaży, stanowiące praktycznie 100% przychodów ogółem. Na wykresie poniżej przedstawiono dynamikę poszczególnych grup przychodów Jednostki.

Tabela 99 Struktura przychodów Jednostka

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Przychody ogółem	50 879	55 712	76 901	77 618	25 533
Przychody ze sprzedaży towarów/materiałów	48 380	52 160	71 349	70 996	23 445
Pozostałe przychody operacyjne	2 499	3 553	5 544	6 618	2 085
Przychody finansowe	0	0	8	4	3

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Tabela 100 Dynamika przychodów w ujęciu rok do roku

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
Przychody ze sprzedaży towarów/materiałów	-	7,8%	36,8%	-0,5%
Pozostałe przychody operacyjne	-	42,1%	56,0%	19,4%
Przychody finansowe	-	-74,9%	33629,6%	-49,7%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Przychody ze sprzedaży. W poniższej tabeli przedstawiono strukturę kształtowania się przychodów ze sprzedaży.

Tabela 101 Struktura przychodów ze sprzedaży Jednostki

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Przychody ze sprzedaży produktów w tym:	48 380	52 160	71 349	70 996	23 445
Przychody z NFZ	0	51 195	70 143	69 699	22 938
Przychody komercyjne	0	586	779	823	322
Przychody z czynszów, najmów, inne	0	378	427	474	185

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na przestrzeni analizowanego okresu, głównym źródłem przychodów ze sprzedaży były przychody uzyskiwane od głównego płatnika tj. NFZ. Należy wskazać na istotny spadek dynamiki przychodów w 2022 r. gdzie Jednostka odnotowała spadek o 0,5% w stosunku do roku poprzedniego. Spadek ten, był jedną z przyczyn pogłębienia się ujemnego wyniku finansowego w 2022 r.

Porównując średnie miesięczne przychody w latach 2020 - 2023, należy wskazać, że ogólne średnio miesięczne przychody na pierwszy rzut oka pozostały na praktycznie nie zmienionym poziomie. Należy jednak wskazać, że miesięczne wyniki przychodowe są zaburzone ze względu na uwzględnienie w nich przychodów z COVID – 19. W rzeczywistości przychody te rosły z odzwierciedla wykres 37.

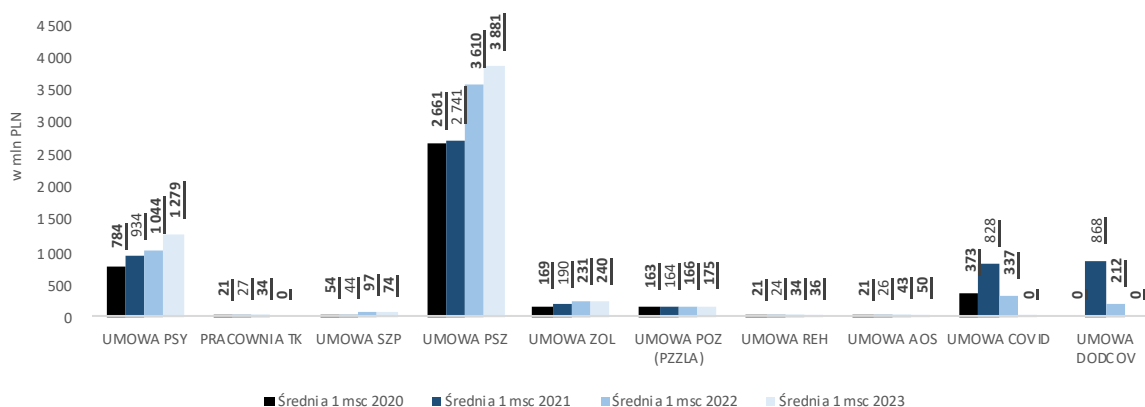


Tabela 102 Struktura przychodów ze sprzedaży Jednostki w podziale na umowy

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2020	2021	2022	2023 I-IV	Śred. 1 msc 2020	Śred. 1 msc 2021	Śred. 1 msc 2022	Śred. 1 msc 2023
Przychody ze sprzedaży p	51 195	70 143	69 699	22 938	4 266	5 845	5 808	1 912
UMOWA PSY	9 409	11 202	12 533	5 117	784	934	1 044	426
PRACOWNIA TK	250	327	413	0	21	27	34	0
UMOWA SZP	643	522	1 160	295	54	44	97	25
UMOWA PSZ	31 929	32 893	43 322	15 524	2 661	2 741	3 610	1 294
UMOWA ZOL	2 026	2 279	2 769	961	169	190	231	80
UMOWA POZ (PZZLA)	1 952	1 971	1 987	698	163	164	166	58
UMOWA REH	258	286	412	143	21	24	34	12
UMOWA AOS	253	312	519	200	21	26	43	17
UMOWA COVID	4 475	9 940	4 043	0	373	828	337	0
UMOWA DODCOV	0	10 412	2 541	0	0	868	212	0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

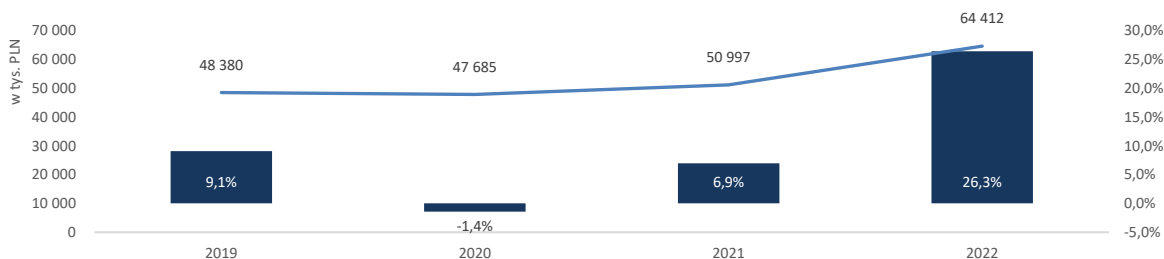
Wykres 37 Miesięczna wartość przychodów na daną umowę na przestrzeni lat 2020 - 2023



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wartość przychodów z NFZ po wyłączeniu COVID – 19, wzrosła w szczególności na przełomie lat 2021/20 oraz 2022/21. Należy jednak podkreślić, że wzrost ten był zdecydowanie zbyt niski w stosunku do dynamiki kosztów (szczegóły przedstawiono w analizie komórek medycznych oraz analizie kosztów).

Wykres 38 Przychody z NFZ po wyłączeniu przychodów COVID - 19



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Pozostałe przychody operacyjne. Głównym składnikiem pozostałych przychodów operacyjnych w analizowanym okresie były inne przychody operacyjne w skład których wchodziły m.in. przychody za rezydentury i staże oraz darowizny. Pozostałym składnikiem pozostałych przychodów operacyjnych były dotacje. W latach 2019 - 2022 było to średnio 1 mln PLN, co świadczy o aktywności Jednostki w pozyskiwaniu zewnętrznych funduszy.

Tabela 103 Pozostałe przychody operacyjne

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
PPO	2 499	3 553	5 544	6 618	2 085
Dotacje	615	973	922	1 354	417
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	0	22	22	4	7
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	1 884	2 558	4 600	5 260	1 661

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Przychody finansowe. Wartość przychodów finansowych w badanym okresie stanowiła znikomą część przychodów generowanych przez Jednostkę. Do głównych źródeł przychodów finansowych należało zaliczyć odsetki bankowe od lokat.

Tabela 104 Przychody finansowe

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Przychody finansowe	0,1	0,0	8,0	4,0	2,5
Dywidendy i udziały w zyskach	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Odsetki	0,1	0,0	0,2	4,0	2,5
Inne	0,0	0,0	7,9	0,0	0,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

ANALIZA KOSZTÓW

Struktura kosztów. Na przestrzeni badanego okresu struktura generowanych kosztów przez Jednostkę pozostawała stabilna. Głównym źródłem kosztów były koszty operacyjne, stanowiące przez cały okres ponad 99% kosztów ogółem.

Tabela 105 Struktura kosztów Jednostki

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Koszty ogółem	53 771	63 517	82 059	89 517	30 765
Koszty operacyjne	51 748	60 398	79 474	84 064	29 673
Pozostałe koszty operacyjne	1 931	2 881	2 297	4 931	886
Koszty finansowe	92	237	288	522	206

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Tabela 106 Dynamika kosztów w ujęciu rok do roku

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
Koszty operacyjne	-	16,7%	31,6%	5,8%
Pozostałe koszty operacyjne	-	49,2%	-20,3%	114,7%
Koszty finansowe	-	157,5%	21,1%	81,4%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

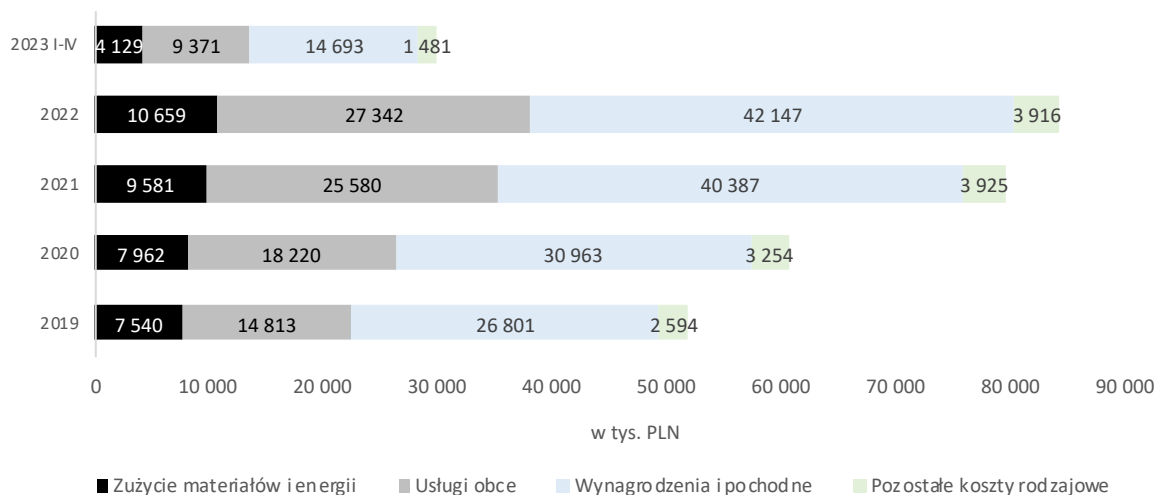
Koszty operacyjne – ogólne prawidłowości. Na przestrzeni lat 2019 – 2022 koszty operacyjne stanowiły główne źródło generowanych przez Jednostkę kosztów. Największą grupę kosztów stanowiły koszty wynagrodzeń i pochodnych (średnio 50% kosztów ogółem) oraz koszty usług obcych (średnio 31% kosztów ogółem).

Tabela 107 Kluczowe pozycje kosztów operacyjnych Jednostki

Wyszczególnienie (w tys. PLN)	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Koszty działalności operacyjnej	51 748	60 398	79 474	84 064	29 673
Amortyzacja	1 763	2 241	2 986	2 974	1 114
Zużycie materiałów i energii	7 540	7 962	9 581	10 659	4 129
Usługi obce	14 813	18 220	25 580	27 342	9 371
Podatki i opłaty	545	647	603	632	243
Wynagrodzenia	22 258	25 923	33 735	35 054	12 221
Ubezpieczenia	4 543	5 040	6 652	7 093	2 472
Pozostałe koszty rodzajowe	286	366	336	310	124

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

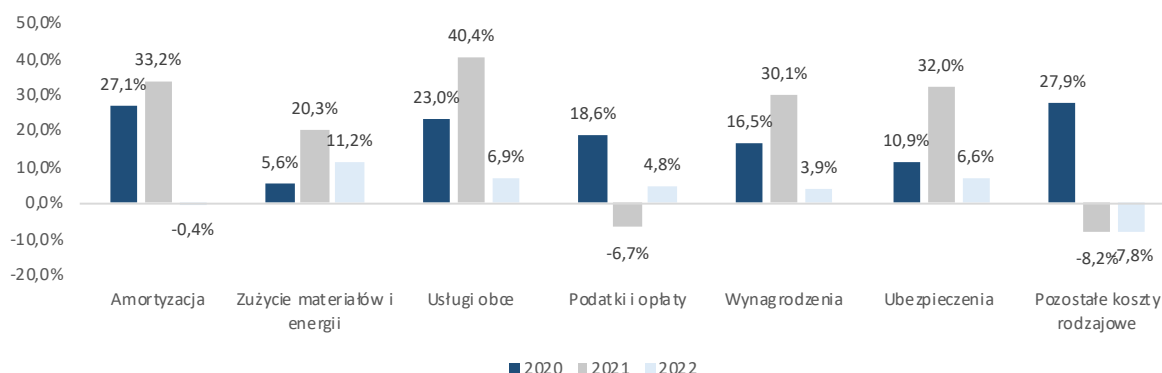
Wykres 39 Struktura kluczowych pozycji kosztów operacyjnych Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



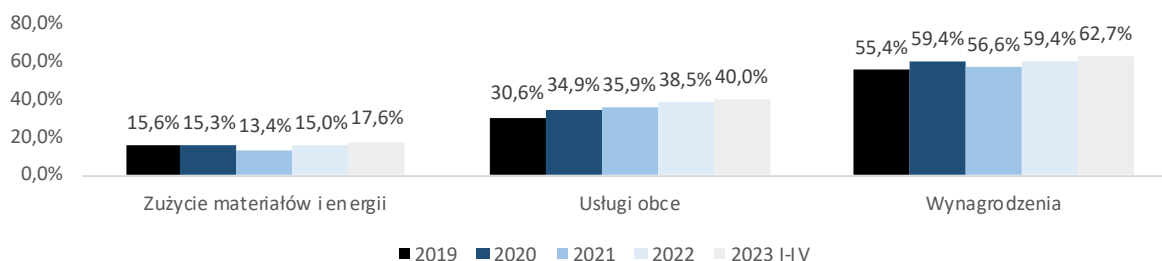
Wykres 40 Dynamika kosztów operacyjnych w ujęciu rok do roku



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Największą dynamiką CAGR⁸ w latach 2019 - 2022 charakteryzowały się koszty usług obcych (CAGR 23%) oraz wynagrodzeń (CAGR 16%).

Wykres 41 Stosunek poszczególnych kosztów operacyjnych do przychodów



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na wykresie powyżej, przedstawiono udział kosztów operacyjnych w przychodach. Można zauważyć, że praktycznie udział wszystkich kosztów operacyjnych w przychodach rośnie. Największy wzrost można zauważyć w przypadku wzrostu kosztów wynagrodzeń z 56% do 63% oraz koszty usług obcych z 31% do 40%.

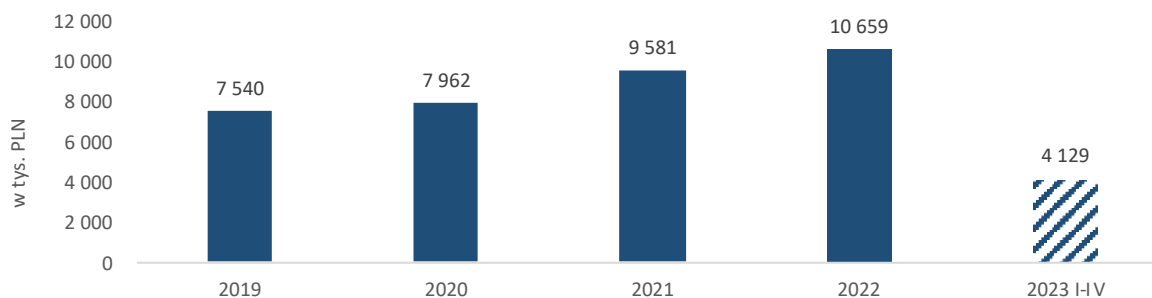
Poniżej przedstawiono szczegółową analizę kluczowych grup kosztowych Jednostki.

Zużycie materiałów i energii. Wartość przedmiotowej pozycji wzrosła na przestrzeni analizowanego okresu o około 3,1 mln PLN – co stanowi średni roczny wzrost na poziomie około 12%. Kluczową grupę kosztową stanowiły koszty leków i materiałów medycznych (56% wartości pozycji) oraz energii (33% wartości pozycji).

⁸ Skumulowany roczny wskaźnik wzrostu



Wykres 42 Dynamika kosztów zużycia materiałów i energii

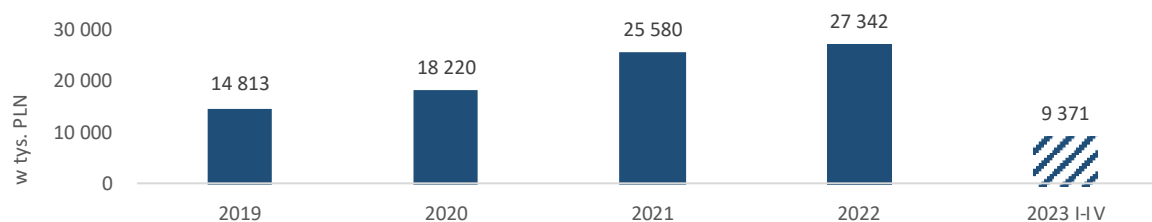


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Zauważalny wzrost kosztów zużycia materiałów i energii można zauważyć na przestrzeni lat 2021/2020, którego skutków należy szukać w pandemii COVID – 19, gdzie wartość zużywanych materiałów medycznych wzrosła o ponad 1 mln PLN. Dodatkowym czynnikiem powodującym nagły wzrost były wzrosty kosztów energii. Wzrost kosztów na przestrzeni lat 2022 / 2021 był spowodowany głównie wzrostem cen energii – ze względu na wygaszanie pandemii, koszty materiałów medycznych wzrosły o niecałe 100 tys. PLN.

Usługi obce. Wartość usług obcych na przestrzeni analizowanego okresu wzrosła o niemal 12,5 mln PLN – co oznacza średni wzrost na poziomie około 22,6%.

Wykres 43 Dynamika kosztów usług obcych

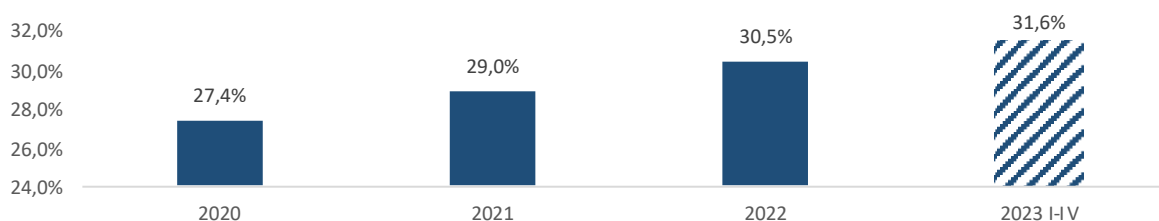


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Przez cały okres, kluczową pozycją kosztów usług obcych były koszty kontraktów medycznych, stanowiąc około 80% wartości kosztów usług obcych. Należy także wskazać, że to właśnie wzrost tej grupy kosztów, w największym stopniu odpowiadał za wzrost kosztów usług obcych.



Wykres 44 Udział kosztów kontraktów w przychodach



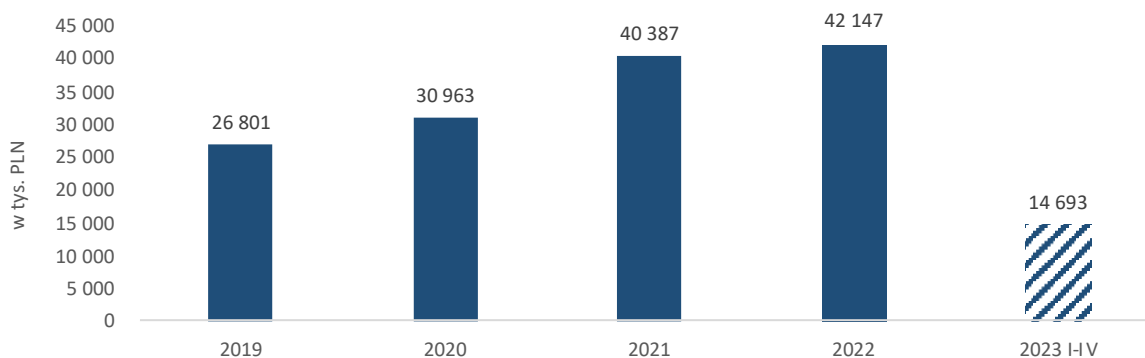
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Niepokojącym zjawiskiem jest też wzrost udziału kontraktów w przychodach – po pierwsze na przestrzeni badanego okresu koszty te stanowiły niemal 1/3 wartości całych przychodów a po drugie ich wartość rosła, co świadczy o zbyt niskiej dynamice generowanych przychodów.

Do innych kluczowych pozycji kosztów usług obcych można zaliczyć m.in. usługi napraw i konserwacji czy usługi związane z utrzymaniem czystości. Pozycje te nie odnotowywały ponadprzeciętnych wzrostów.

Wynagrodzenia i pochodne. Wartość wynagrodzeń i pochodnych na przestrzeni analizowanego okresu wzrosła o około 12,8 mln PLN. Głównymi czynnikami powodującymi wzrost wartości pozycji w czasie były m.in. wprowadzone od października 2020 r tzw. „dodatku Covidowego” przysługującego pracownikom medycznym mającym kontakt z pacjentami zarażonymi, a także wzrosty wynagrodzeń wynikające z waloryzacji wynagrodzeń. Poniżej przedstawiono łączne wartości wynagrodzeń pracowniczych w odniesieniu do generowanych przychodów i kosztów.

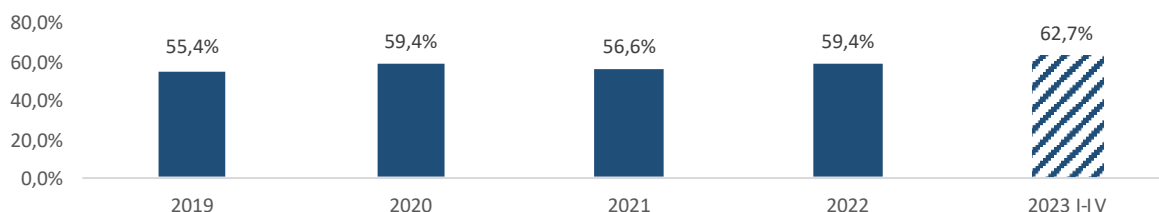
Wykres 45 Dynamika kosztów wynagrodzeń i pochodnych



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



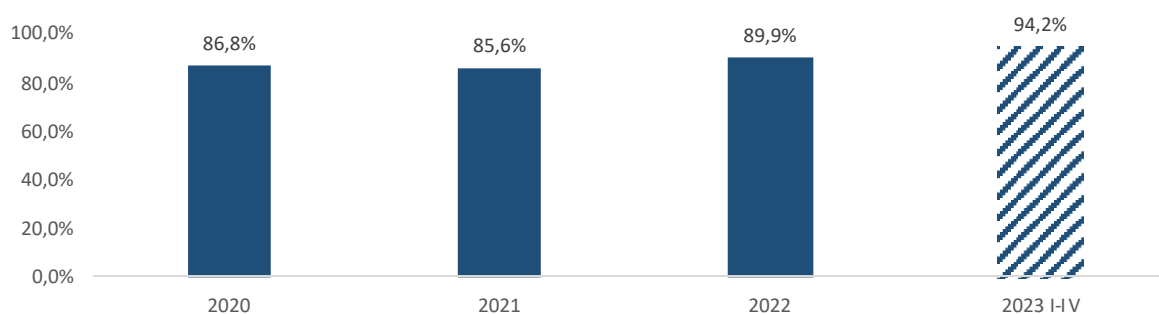
Wykres 46 Udział kosztów wynagrodzeń w przychodach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Łączna wartość wynagrodzeń w stosunku do przychodów w 2022 r. wynosiła około 60% co do zasady jest wartością maksymalną, jaką powinna generować Jednostka medyczna. Zaleca się podjęcie działań mających na celu optymalizację struktury wynagrodzeń, gdyż na chwilę obecną koszty wynagrodzeń w zbyt dużym stopniu obciążają wyniki finansowe Jednostki. Na wykresie poniżej przedstawiono zestawienie kosztów wynagrodzeń wraz z kontraktami w odniesieniu do przychodów.

Wykres 47 Udział kosztów kontraktów i wynagrodzeń w przychodach

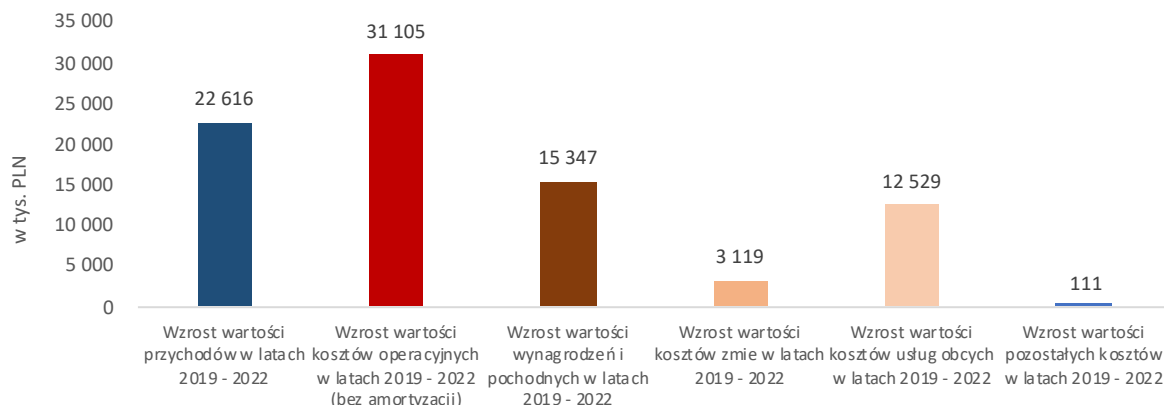


Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Udział kosztów wynagrodzeń powiększony o koszty kontraktów w przychodach kształtował się na poziomie około 90% - co do zasady jest to poziom zdecydowanie zbyt wysoki, tym bardziej, że na koniec lutego 2023 r. wartość ta wynosi niemal 95%.



Wykres 48 Zestawienie wzrostów przychodów ze sprzedaży oraz kosztów operacyjnych w latach 2019 - 2022 (skumulowane)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Podsumowując, wartość kosztów operacyjnych w badanym okresie z roku na rok powiększała się, głównie za sprawą wzrostów kosztów związanych z wynagrodzeniami. Łączny wzrost kosztów w badanym okresie wyniósł 31,1 mln PLN, co przy łącznych wzrostach przychodów na poziomie 22,6 mln PLN doprowadziło do powstania bardzo dużej luki przychodowej, która była główną przyczyną braku rentowności Jednostki w Badanym Okresie.

Pozostałe koszty operacyjne – ogólne prawidłowości. Średnia wartość pozostałych kosztów operacyjnych w badanym okresie wynosiła około 3,0 mln PLN. Wartość pozycji determinowana była przede wszystkim kosztami rezydentur i staży, a także tworzonymi rezerwami na świadczenia pracownicze.

Tabela 108 Pozostałe koszty operacyjne Jednostki

Wyszczególnienie w tys. PLN	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
PKO	1 930,7	2 880,8	2 297,0	4 930,7	886,2
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aktualizacja aktywów	0,0	0,0	20,4	36,0	0,0
Inne koszty operacyjne w tym:	1 930,7	2 880,8	2 276,6	4 894,7	886,2

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Koszty finansowe – ogólne prawidłowości. Na przestrzeni analizowanego okresu koszty finansowe rosły na skutek (i) zwiększającego się zadłużenia wymagalnego oraz ze względu na sytuację makroekonomiczną kraju – rosnące stopy procentowe w istotny sposób wpłynęły na wysokość kosztów generowanych przez Jednostkę – co nie wątpliwie wpłynęło na końcową wartość wyniku netto.



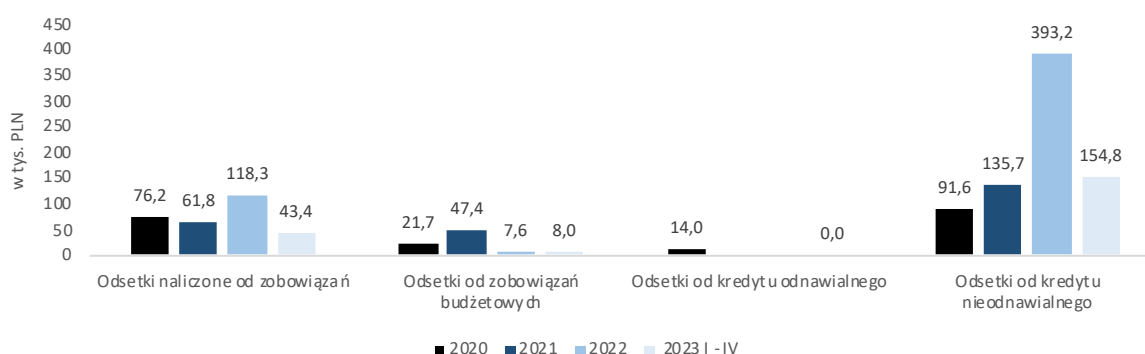
Tabela 109 Koszty finansowe Jednostki

Wyszczególnienie w tys. PLN	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Koszty finansowe	92,2	237,4	287,6	521,6	206,1
Odsetki	74,6	203,4	245,0	519,1	206,1
Aktualizacja wartości	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Inne	17,6	34,0	42,6	2,5	0,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na przestrzeni analizowanego okresu koszty finansowe rosły na skutek (i) zwiększającego się zadłużenia wymagalnego oraz ze względu na sytuację makroekonomiczną kraju – rosnące stopy procentowe w istotny sposób wpłynęły na wysokość kosztów generowanych przez Jednostkę – co nie wątpliwie wpłynęło na końcową wartość wyniku netto.

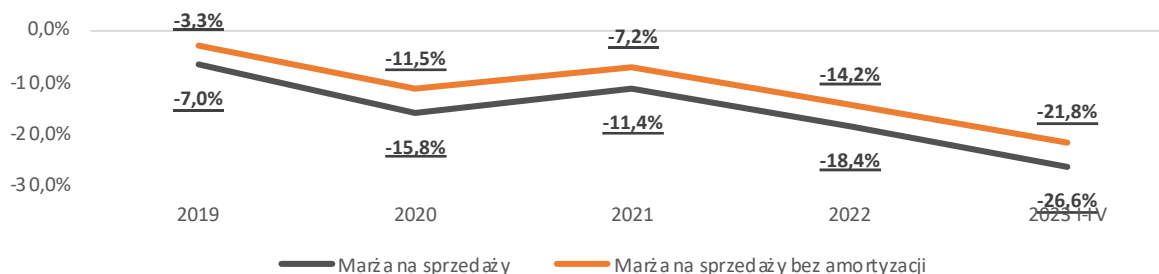
Wykres 49 Dynamika odsetek w szczegółowym podziale



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Rentowności operacyjne. Kluczowa z perspektywy działalności Szpitala, marża na sprzedaży przez cały badany okres wykazywała wysoce ujemne wartości – zarówno przed jak i po wyłączeniu kosztów amortyzacji. Jak wykazała wcześniejsza analiza, jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy była niewystarczająca zdolność Jednostki do generowania przychodów ze sprzedaży.

Wykres 50 Dynamika marży na sprzedaży Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

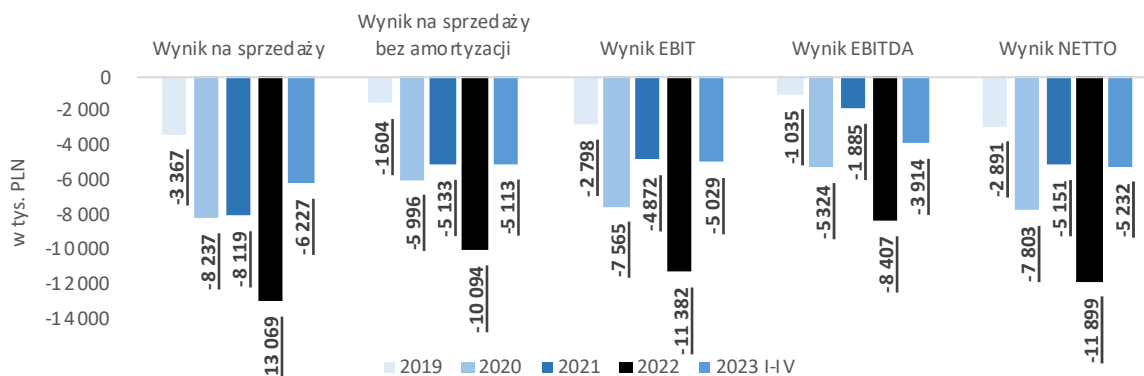


Tabela 110 Kluczowe wyniki finansowe Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022	2023 I-IV
Wynik na sprzedaży	-3 367	-8 237	-8 119	-13 069	-6 227
Wynik na sprzedaży bez amortyzacji	-1 604	-5 996	-5 133	-10 094	-5 113
Wynik EBIT	-2 798	-7 565	-4 872	-11 382	-5 029
Wynik EBITDA	-1 035	-5 324	-1 885	-8 407	-3 914
Wynik NETTO	-2 891	-7 803	-5 151	-11 899	-5 232

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 51 Podsumowanie kluczowych marż Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



ANALIZA: PLAN FINANSOWY VS. WYKONANIE

Jednostka na przestrzeni lat 2019 – 2022 nie sporządzała planów finansowych, co należy ocenić negatywnie. Sporządzony plan finansowy stanowi niezwykle skuteczne narzędzie monitorowania bieżącej sytuacji finansowej jednostki medycznej, zwłaszcza w przypadku jej zmagania się z brakiem rentowności oraz narastającym długiem. Dzięki temu planowi, możliwe jest praktyczne reagowanie z dużą precyzją już na bieżąco, nawet z miesiąca na miesiąc, w przypadku wykrycia niepokojących odchyłeń od założonych celów finansowych.

Na 2023 r. Jednostka przygotowała plan finansowy, którego założenia przedstawiono poniżej.

Tabela 111 Plan finansowy Jednostki na 2023 r.

Plan finansowy na rok 2023 wg rachunku zysków i strat														
2023 ROK		styczeń	lut	mar.23	kwi.23	maj.23	cze.23	lip.23	sie.23	wrz.23	paź.23	lis.23	gru.23	Rok 2023
A	Przychody netto i zrównane z nimi	5 477 712,74	5 739 118,88	6 180 182,03	6 048 412,43	5 944 633,03	5 915 300,00	7 665 300,00	9 440 989,00	6 940 989,00	7 840 989,00	7 290 989,00	7 590 989,00	82 075 604,11
700W	SPRZEDAŻ USŁUG MEDYCZNYCH – NFZ	5 356 035,81	5 593 339,62	6 036 888,01	5 951 923,08	5 820 690,55	5 800 000,00	7 550 000,00	9 325 689,00	6 825 689,00	7 725 689,00	7 175 689,00	7 475 689,00	80 637 322,07
	Podwykły świadczeń (w tym podwykły na wynagrodzenia)							1 750 000,00	745 689,00	745 689,00	745 689,00	745 689,00	745 689,00	5 478 445,00
	Centrum Zdrowia Psychicznego											350 000,00	350 000,00	700 000,00
	Rehabilitacja								200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	200 000,00	1 000 000,00
	Opieka skordynowana w POZ								30 000,00	30 000,00	30 000,00	30 000,00	30 000,00	150 000,00
	Nadwykonania								2 500 000,00	0,00	900 000,00	0,00	300 000,00	3 700 000,00
	ZOL								50 000,00	50 000,00	50 000,00	50 000,00	50 000,00	250 000,00
701W	SPRZEDAŻ POZOSTAŁA USŁ. MEDYCZNYCH	77 055,56	97 709,40	95 976,14	51 637,52	75 587,35	75 300,00	75 300,00	75 300,00	75 300,00	75 300,00	75 300,00	75 300,00	1 141 898,02
702W	SPRZEDAŻ DZIAŁAŁ.POMOOCNICZEJ MEDYCZNEJ													0,00
703S	SPRZEDAŻ POZOSTAŁA Z DZIAŁ.NIEMEDYCZNEJ	44 621,37	48 069,86	47 317,88	44 851,83	48 355,13	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	40 000,00	513 216,07
730W	SPRZEDAŻ MATERIAŁÓW													0,00
B	KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	7 657 961,44	7 319 708,42	7 249 391,13	7 445 847,97	6 980 627,70	6 848 000,00	7 398 000,00	7 398 000,00	7 398 000,00	7 478 000,00	7 578 000,00	7 578 000,00	88 329 536,56
400	Amortyzacja	250 968,98	319 441,96	271 665,08	272 262,75	279 586,90	280 000,00	280 000,00	280 000,00	280 000,00	280 000,00	280 000,00	280 000,00	3 353 925,67
401	Zużycie materiałów i energii	1 196 780,04	935 751,33	842 698,62	1 153 445,11	711 819,57	720 000,00	720 000,00	720 000,00	720 000,00	800 000,00	900 000,00	900 000,00	11 704 155,26
402	Usługi obce	2 359 956,76	2 171 688,71	2 486 921,50	2 352 449,91	2 441 070,54	2 300 000,00	2 400 000,00	2 400 000,00	2 400 000,00	2 400 000,00	2 400 000,00	2 400 000,00	35 412 087,42
403	Podatki i opłaty	65 576,48	57 732,65	60 598,40	58 714,10	57 195,00	58 000,00	58 000,00	58 000,00	58 000,00	58 000,00	58 000,00	58 000,00	879 816,63
404	Wynagrodzenia	3 129 010,82	3 192 349,78	2 923 449,17	2 976 071,65	2 870 753,03	2 870 000,00	3 270 000,00	3 270 000,00	3 270 000,00	3 270 000,00	3 270 000,00	3 270 000,00	39 981 634,45
405	Składki na rzecz ZUS	635 276,23	616 975,67	604 632,84	614 897,43	599 961,18	600 000,00	650 000,00	650 000,00	650 000,00	650 000,00	650 000,00	650 000,00	7 571 743,35
406	Pozostałe koszty rodzajowe	20 392,13	25 768,32	59 425,52	18 007,02	20 241,48	20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00	20 000,00	283 834,47
C	ZYSK/STRATA NA SPRZEDAŻY (A-B)	-2 180 248,70	-1 580 589,54	-1 069 209,10	-1 397 435,54	-1 035 994,67	-932 700,00	267 300,00	2 042 989,00	-457 011,00	362 989,00	-287 011,00	12 989,00	-6 253 932,55
760W	POZOSTAŁE PRZYCHODY OPERACYJNE D	430 531,41	682 499,74	470 258,36	501 700,70	478 732,09	480 000,00	480 000,00	480 000,00	480 000,00	480 000,00	480 000,00	480 000,00	5 923 722,30
761W	POZOSTAŁE KOSZTY OPERACYJNE	37 674,29	246 771,87	278 217,25	323 518,80	399 570,24	350 000,00	350 000,00	350 000,00	350 000,00	350 000,00	350 000,00	350 000,00	3 735 752,45
F	Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C+D-E)	-1 787 391,58	-1 144 861,67	-877 167,99	-1 219 253,64	-956 832,82	-802 700,00	397 300,00	2 172 989,00	-327 011,00	492 989,00	-157 011,00	142 989,00	-4 065 962,70
G	PRZYCHODY FINANSOWE	579,25	943,53	354,78	1 227,96	798,75	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	800,00	8 994,27
H	KOSZTY FINANSOWE	44 773,51	54 619,38	45 365,73	61 335,81	66 271,73	68 000,00	68 000,00	68 000,00	68 000,00	68 000,00	68 000,00	68 000,00	748 366,16
	Zysk (strata) brutto (F+G-H)	-1 831 585,84	-1 199 137,52	-922 178,94	-1 279 361,49	-1 022 305,80	-869 900,00	330 100,00	2 105 789,00	-394 211,00	425 789,00	-224 211,00	75 789,00	-4 805 424,59
	Przychody GIN -POL I NEONATOLOGA									428 770,00	428 770,00	428 770,00	428 770,00	
	KOSZTY GIN-POL I NEONATOLOGICZNY									-620 304,44	-620 304,44	-620 304,44	-620 304,44	
	Wynik finansowy na									-191 534,44	-191 534,44	-191 534,44	-191 534,44	
	Wynik finansowy po likwidacji oddziału gin-pol i neonatologicznego	-1 831 585,84	-1 199 137,52	-922 178,94	-1 279 361,49	-1 022 305,80	-869 900,00	330 100,00	2 105 789,00	-202 676,56	617 323,44	-32 676,56	267 323,44	-3 709 186,84

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Kluczowym z perspektywy oceny niniejszego planu finansowego, jest zawarcie w nim nowych działań, takich jak m.in. Centrum Zdrowia Psychicznego czy likwidacja Oddziału Gin-Poł. Z informacji uzyskanych od kierownictwa Jednostki (stan na sierpień 2023) wszystkie działania zawarte w Planie finansowym są w stanie materializacji – co należy ocenić pozytywnie – dlatego też zostaną one uwzględnione w prognozie finansowej przygotowanej dla Jednostki. Zgodnie z informacjami pozyskanymi od kierownictwa Jednostki wszystkie działania mają zostać zrealizowane bez kosztowo – tj. wprowadzone zostaną poprzez m.in. przesunięcia personelu.

Podsumowując, przeprowadzona analiza rachunku wyników wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki w badanym okresie była bardzo zła – co objawiało się generowaniem straty finansowej, na praktycznie każdym poziomie działalności.

Strata na sprzedaży w 2022 r. wyniosła około -13,1 mln PLN, natomiast w pierwszych czterech miesiącach 2023 r. – 6,2 mln PLN.

Istotnym czynnikiem wpływającym na załamanie sytuacji był bardzo dynamiczny wzrost kosztów wynagrodzeń i pochodnych (w tym kontraktów), co przy niskiej dynamice przychodów doprowadziło do załamania wyników finansowych. Należy podkreślić, że w 2023 r. koszty te pochłaniały około 95% generowanych przychodów (w 2022 r. było to blisko 90%).

Drugim bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na załamanie sytuacji, była bardzo niska dynamika generowanych przychodów – Szpital chociaż zwiększył wartość przychodów z NFZ, to jednak nie był on na tyle istotny, aby pokryć rosnące koszty operacyjne.

Sytuacja pandemiczna, której kumulacja miała miejsce w 2021 r., zapewne miała istotny wpływ na wyniki finansowe poszczególnych komórek, gdyż wpływała na ograniczenie ich normalnej pracy w szczególności w latach 2020/2021. Ogólne przychody z tytułu COVID – 19 wyniosły około 32 mln PLN (za lata 2020-2022), jednak ze względu na brak uwzględniania wszystkich kosztów związanych z pandemią w zestawieniach obrotów i sald, nie byliśmy w stanie jednoznacznie stwierdzić, jak bardzo (i czy w ogóle) obciążało to końcowe wyniki Jednostki. Dlatego też, (opierając się wyłącznie na danych księgowych) nie można jednoznacznie stwierdzić, że sytuacja pandemiczna spowodowała tak mocny spadek wyników.

Należy również, wskazać, że Jednostka na ten moment nie płaci wysokich kosztów obsługi zadłużenia – jednak w przypadku braku poprawy sytuacji, koszty obsługi kredytów i zadłużenia wymagalnego mogą dodatkowo obciążyć wyniki finansowe Szpitala, co w dobie wysokich stóp procentowych może okazać się kolejnym wyzwaniem.

8.1.3. Analiza rachunku przepływów pieniężnych

W tabeli poniżej, przedstawiono uproszczony rachunek przepływów pieniężnych Jednostki.



Tabela 112 Rachunek przepływów pieniężnych Jednostki

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
WYNIK NETTO	-2 890 514	-7 802 717	-5 151 283	-11 899 030
KOREKTY RAZEM	4 100 503	6 263 220	5 599 453	10 097 462
Amortyzacja	1 908 956	2 379 320	3 122 402	3 087 803
Odsetki i udziały w zyskach	65 057	142 262	135 680	389 489
Zmiana stanu rezerw	296 442	37 657	-172 284	1 219 029
Zmiana stanu zapasów	-9 216	-295 560	-197 607	-286 473
Zmiana stanu należności	-68 117	-1 834 389	-1 296 919	489 920
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	2 472 238	6 429 806	7 807 923	7 442 293
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-564 857	-398 579	-2 837 153	-2 191 681
Inne korekty	0	-176 029	-940 619	-14 044
PRZEPŁYW OPERACYJNY	1 209 989	-1 539 497	448 170	-1 801 568
WPŁYWY	0	21 783	22 039	7 829
Zbycie WNiP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	21 780	21 970	4 112
Inne wpływy inwestycyjne	0	3	69	3 717
WYDATKI	3 896 041	1 280 661	2 260 361	6 287 967
Nabycie WNIP oraz RAT	3 896 041	1 280 661	2 260 361	6 287 967
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0
PRZEPŁYW INWESTYCJE	-3 896 041	-1 258 878	-2 238 321	-6 280 138
WPŁYWY	2 841 917	6 399 644	1 509 819	7 142 559
Wpływy netto z wydania udziałów	0	0	250 000	1 000 000
Kredyty i pożyczki	664 116	5 000 000	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0
Inne wpływy finansowe	2 177 800	1 399 644	1 259 819	6 142 559
WYDATKI	65 057	1 627 794	135 750	393 205
Splata kredytów	0	1 485 530	0	0
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	0	0	135 750	393 205
Odsetki	65 057	142 264	0	0
PRZEPŁYW FINANSOWY	2 776 860	4 771 850	1 374 069	6 749 354
Przepływy pieniężne netto razem	90 807	1 973 475	-416 082	-1 332 352
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	90 807	1 973 475	-416 082	-1 332 352
Środki pieniężne na początek okresu	69 362	160 169	2 133 644	1 717 562
Środki pieniężne na koniec okresu	160 169	2 133 644	1 717 562	385 210

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Przepływy z działalności operacyjnej – ogólne prawidłowości. Przez cały badany okres, Jednostka wykazywała ujemne przepływy z działalności operacyjnej, wykazując przy tym typowe właściwości przepływu operacyjnego Jednostki, która ma problemy finansowe. Wysoce ujemny wynik finansowy jest równoważony bardzo wysokim przyrostem wartości zobowiązań – jest to odzwierciedlone pojawieniem się w strukturze zobowiązań zadłużenia przeterminowanego, a także zwiększeniem finansowania działalności długiem.



Tabela 113 Przepływy pieniężne z działalności operacyjnej

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
Zysk (strata) netto	-2 891	-7 803	-5 151	-11 899
Korekty razem	5 310	4 724	6 048	8 296
Amortyzacja	1 909	2 379	3 122	3 088
Odsetki i udziały w zyskach	65	142	136	389
Działalność inwestycyjna	0	-21	-22	-39
Zmiana stanu rezerw	296	38	-172	1 219
Zmiana stanu zapasów	-9	-296	-198	-286
Zmiana stanu należności	-68	-1 834	-1 297	490
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	2 472	6 430	7 808	7 442
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-565	-399	-2 837	-2 192
Inne korekty	0	-176	-941	-14
PRZEPŁYW OPERACYJNY	1 210	-1 539	448	-1 802

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Przepływy z działalności inwestycyjnej – ogólne prawidłowości. Na przestrzeni badanego okresu, Jednostka charakteryzowała się względnie niską aktywnością, jeśli chodzi o działalność inwestycyjną, co było też spowodowane sytuacją finansową. Do głównych inwestycji w badanym okresie należy zaliczyć: (i) oddanie pawilonu – wejścia do Szpitala, (ii) kupno aparatu RTG opera Swing, (iii) remont budynku E+N oraz (iv) remont budynku B+ łącznik Ł1.

Tabela 114 Przepływy pieniężne z działalności inwestycyjnej

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
Wpływy	0	22	22	8
Zbycie WNiP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	22	22	4
Inne wpływy inwestycyjne	0	0	0	4
Wydatki	3 896	1 281	2 260	6 288
Nabycie WNIP oraz RAT	3 896	1 281	2 260	6 288
Przepływy inwestycyjne	-3 896	-1 259	-2 238	-6 280

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Przepływy z działalności finansowej – ogólne prawidłowości. Zgodnie z informacjami pozyskanymi w ramach kontaktów roboczych, Jednostka na bieżąco regulowała wszelkie zobowiązania kredytowo - pożyczkowe.

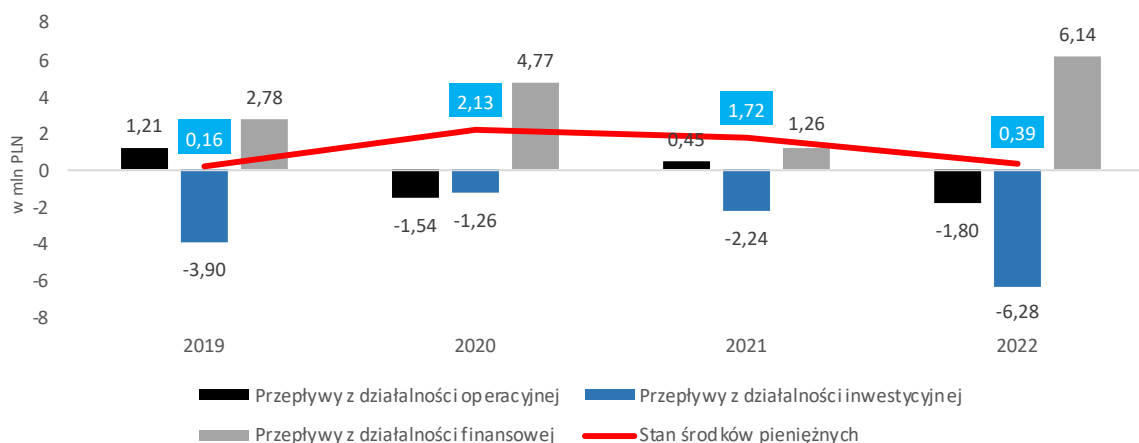


Tabela 115 Przepływy pieniężne z działalności finansowej

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
Wpływy	2 842	6 400	1 260	6 143
Kredyty i pożyczki	664	5 000	0	0
Inne wpływy finansowe	2 178	1 400	1 260	6 143
Wydatki	65	1 628	0	0
Splata bieżących kredytów	0	1486	0	0
Odsetki	65	142	0	0
Przepływy finansowe	2 777	4 772	1 260	6 143

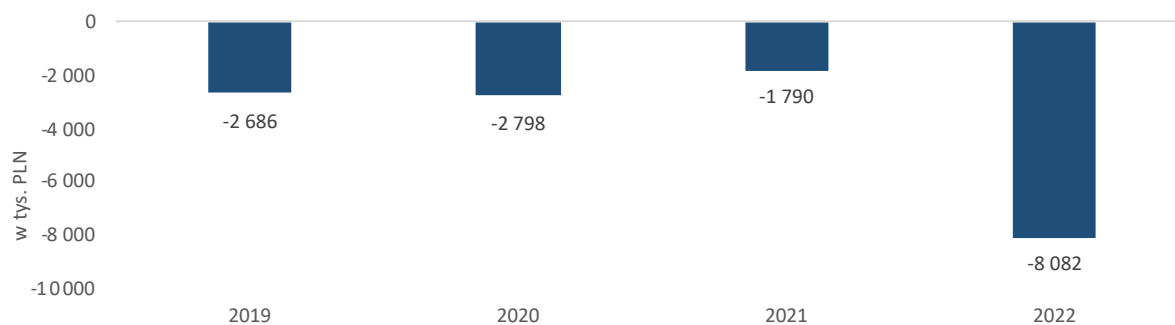
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 52 Zestawienie przepływów pieniężnych Jednostki



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 53 Free Cash Flow (przepływy operacyjne – przepływy inwestycyjne)



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Podsumowując, Jednostka przez cały badany okres wykazywała ujemne przepływy z działalności operacyjnej, wykazując przy tym typowe właściwości przepływu operacyjnego Jednostki, która ma problemy finansowe. Wysoce ujemny wynik finansowy był równoważony bardzo wysokim przyrostem wartości zobowiązań – jest to odzwierciedlone pojawieniem się w strukturze zobowiązań zadłużenia



przeterminowanego, a także zwiększeniem finansowania działalności długiem. Przepływy działalności inwestycyjnej wskazują, że Jednostka przeprowadzała względnie niskie inwestycje, co jest jednak zrozumiałe przy obecnej sytuacji finansowej – nie otrzymaliśmy informacji z jakich środków Szpital finansował swoje inwestycje.

8.2. Zarządzanie zobowiązaniami

Syntetyczna charakterystyka zobowiązań jednostki.

W poniższej tabeli, przedstawiono kluczowe zobowiązania Jednostki w najnowszym dostępnym badanym okresie tj. kwiecień 2023 r.

Tabela 116 Zestawienie kluczowych zobowiązań Jednostki w okresie kwiecień 2023 r.

Wyszczególnienie	2023 I-IV
Zobowiązania długoterminowe	4 611
Wobec pozostałych jednostek	4 611
kredyty i pożyczki	4 600
kredyt restrukturyzacja	0
inne	11
Zobowiązania krótkoterminowe	35 130
Wobec pozostałych jednostek	33 700
kredyty	400
z tytułu dostaw i usług	11 240
zobowiązania niewymagalne	7 502
zobowiązania wymagalne	3 738
do 30 dni	1 034
31-90 dni	1 395
91-180 dni	712
od 181-365 dni	558
powyżej 365	35
z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń	19 048
z tytułu wynagrodzeń	2 332
inne	680
Fundusze specjalne	1 430

Źródło: opracowanie własne.

Łączna wartość zobowiązań w badanym okresie wzrosła o ponad 27,7 mln PLN, kształtując się na koniec kwietnia 2023 na poziomie 39,7 głównie za sprawą wzrostu zadłużenia handlowego oraz zadłużenia wynikającego z podatków, ceł i ubezpieczeń.

Zobowiązania handlowe na koniec kwietnia 2023 r., stanowiły około 30% wartości zobowiązań. Analiza zadłużenia przeterminowanego wykazała, że główną część zadłużenia stanowi zadłużenie przeterminowane do 30 dni oraz od 30 dni do 90 dni. Pojawienie się przedmiotowego zadłużenia jest bezpośrednio związane z wysoką stratą generowaną w całym badanym okresie. Należy też wskazać, że w 2023 r. Jednostka zaczęła raportować zadłużenie najbardziej „toksyczne” tj. przeterminowane o ponad rok. Analiza obrotowości **zobowiązań handlowych** wykazała, że w badanym okresie przedmiotowy wskaźnik oscylował na poziomie około 35 dni. Co do zasady jest wynikiem akceptowalnym, gdyż zaleca się, aby przedmiotowy wskaźnik kształtował się na poziomie około 30 dni, natomiast należy wskazać istotny wzrost



badanego wskaźnika w 2022 r., co jest pokłosiem pogorszenia wyników finansowych, przez co Jednostka musiała w większym stopniu finansować działalność długiem.

Na koniec kwietnia 2023 r. Jednostka korzystała wyłącznie z jednego kredytu, jakim był kredyt BGK, na kwotę 5 mln PLN – kredyt został zaciągnięty w 2020 r. a jego całkowita spłata miała nastąpić w 2031 r. Oprocentowanie kredytu wynosi 2,50% marży BGK + WIBOR3M.

Analizując zobowiązania, warto wskazać na rosnące wartości zadłużenia z tytułu z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń, na koniec 2019 r. jego wartość wynosiła 2,7 mln PLN, natomiast na koniec kwietnia 2023 r. już 19,0 mln PLN, na podstawie pozyskanych informacji w ramach kontaktów roboczych, Jednostka w Badanym okresie nie płaciła zobowiązań na ZUS, co spowodowało przyrost zadłużenia, które to wymaga spłaty w wysokości około 14 mln PLN. Nie uzyskaliśmy jednak informacji o dokładnej kwocie zadłużenia oraz w jakich ratach ma być ono ostatecznie spłacone.

Ze względu na posiadanie relatywnie niskiego zadłużenia wymagalnego, wdrażanie programu naprawczego nie będzie wymagało od Jednostki zaciągnięcia dodatkowego finansowania. Jednakże zaleca się, aby Szpital dokonał renegocjacji umowy kredytowej z BGK, celem wydłużenia okresu karencji lub przynajmniej obniżenia kosztów obsługi zadłużenia, na czas wprowadzania działań naprawczych (obecne warunki to 2,3% + WIBOR3m). Program naprawczy będzie miał za zadanie stopniowe wdrożenie działań naprawczych, które powinno przynieść ograniczenie do zera korzystania z zadłużenia wymagalnego.

8.3. Analiza wskaźnikowa

Poniżej przedstawiono analizę wskaźnikową w obszarach: (i) płynności, (ii) rentowności, (iii) obrotowości majątku oraz (iv) zadłużenia.

ANALIZA PŁYNNOŚCI

Poniżej przedstawiono kluczowe wskaźniki płynności w badanym okresie.

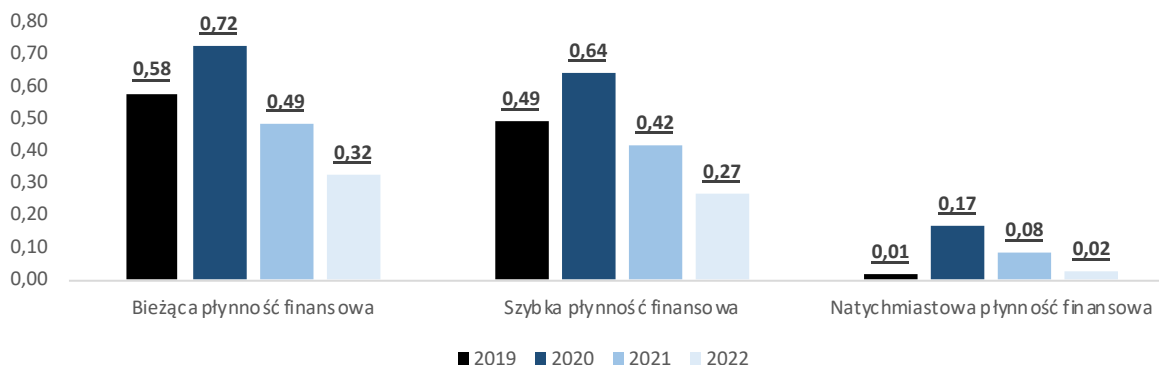
Tabela 117 Wskaźniki płynności

	2019	2020	2021	2022
Bieżąca płynność finansowa	0,58	0,72	0,49	0,32
Szybka płynność finansowa	0,49	0,64	0,42	0,27
Natychmiastowa płynność finansowa	0,01	0,17	0,08	0,02

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Wykres 54 Wskaźniki płynności



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Bieżąca płynność finansowa to wskaźnik mierzący zdolność Jednostki do spłacania swoich bieżących zobowiązań finansowych. Wartość wskaźnika na poziomie 0,58 w 2019 roku wskazywała, że Szpital był w stanie spłacić 58 groszy ze swoich zobowiązań finansowych za każdy 1 PLN posiadany w bieżących aktywach. W kolejnych latach wskaźnik ten pozostał na podobnym poziomie, jednak w 2022 roku spadł do wartości 0,32. Jest to następstwo pogorszenia sytuacji finansowej oraz oznaka, że Jednostka może mieć w przyszłości trudności w spłacie swoich bieżących zobowiązań. **Szybka płynność finansowa** to wskaźnik mierzący zdolność Jednostki do spłacania swoich zobowiązań finansowych, wyłączając przy tym zapasy. Wartość wskaźnika na poziomie 0,49 w 2019 roku sugeruje, że szpital był w stanie spłacić 49 groszy ze swoich zobowiązań finansowych za każdy 1 PLN posiadany w bieżących aktywach, wyłączając przy tym zapasy. W kolejnych latach wskaźnik ten uległ stopniowemu pogorszeniu i w 2022 roku wyniósł zaledwie 0,27. **Natychmiastowa płynność finansowa** to wskaźnik mierzący zdolność Jednostki do spłacania swoich zobowiązań finansowych natychmiast, wyłączając przy tym zapasy i należności. Wartość wskaźnika na poziomie 0,01 na koniec 2022 roku sugeruje, że szpital był w stanie spłacić tylko 2 grosze ze swoich zobowiązań finansowych.

ANALIZA RENTOWNOŚCI

Poniżej przedstawiono kluczowe wskaźniki rentowności w badanym okresie.

Tabela 118 Wskaźniki rentowności

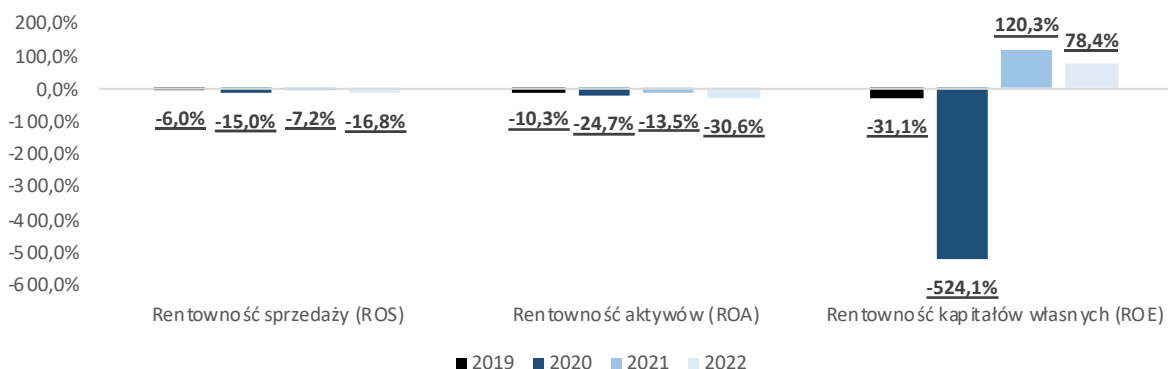
Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
Rentowność sprzedaży (ROS)	-6,0%	-15,0%	-7,2%	-16,8%
Rentowność aktywów (ROA)	-10,3%	-24,7%	-13,5%	-30,6%
Rentowność kapitałów własnych (ROE)	-31,1%	-524,1%	-*	-*

*ujemna wartość kapitałów własnych

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Wykres 55 Wskaźniki rentowności



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Na przestrzeni analizowanego okresu, wszystkie wskaźniki rentowności charakteryzowały się ujemnymi wartościami na skutek, wysoce ujemnych wyników finansowych generowanych przez Szpital. Wyniki te z roku na rok pogłębiały się co najlepiej obrazuje sytuacja od 2021 r., gdzie wartość kapitałów własnych przyjmowała ujemne wartości.

ANALIZA OBROTOWOŚCI

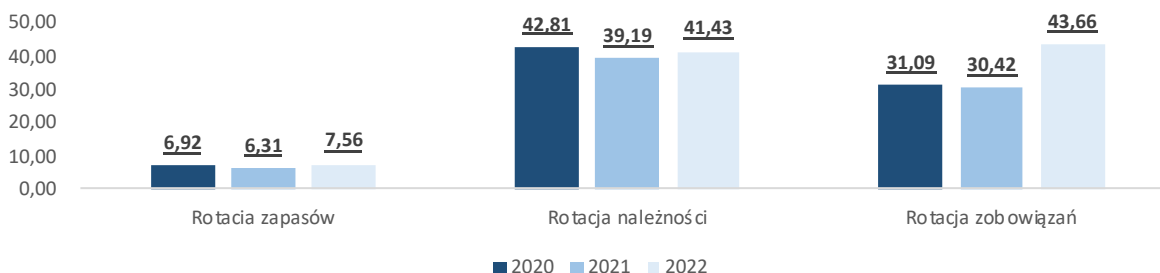
Poniżej przedstawiono kluczowe wskaźniki rotacji (obrotowości) majątku w badanym okresie.

Tabela 119 Wskaźniki rotacji majątku w dniach

	2019	2020	2021	2022
Rotacja zapasów	-	6,92	6,31	7,56
Rotacja należności	-	42,81	39,19	41,43
Rotacja zobowiązań	-	31,09	30,42	43,66

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 56 Wskaźniki rotacji majątku w dniach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Średnia wartość wskaźnika obrotowości **zapasów** w latach 2020 – 2022 kształtowała się na poziomie około 7 dni. Co do zasady, w przypadku Jednostek medycznych jako pozytywną wartość przyjmują się przedział na poziomie 8 – 10 dni. Dlatego też wskaźnik rotacji zapasów należy ocenić pozytywnie. Analiza obrotowości **należności** wykazała, że w badanym okresie przedmiotowy wskaźnik oscylował na poziomie 41 dni. Zaleca się, aby Jednostka poprawiła swoją pozycję negocjacyjną wobec NFZ, gdyż przedmiotowy wskaźnik powinien kształtować się na poziomie około 30 dni. Analiza obrotowości **zobowiązań handlowych** wykazała, że w badanym okresie przedmiotowy wskaźnik oscylował na poziomie około 35 dni. Natomiast na koniec 2022 r. jego wartość kształtowała się na poziomie 41 dni. Co do zasady rosnąca wartość przedmiotowego wskaźnika wskazuje, że Jednostka w coraz większym stopniu zaczyna finansować się długiem co jest pokłosiem pogorszenia wyników finansowych.

ANALIZA ZADŁUŻENIA

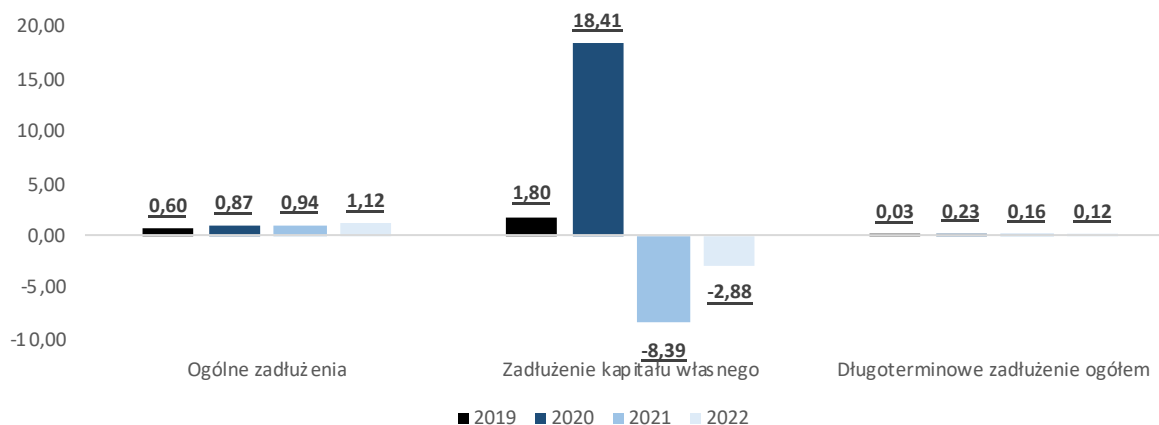
Poniżej przedstawiono kluczowe wskaźniki zadłużenia w badanym okresie.

Tabela 120 Wskaźniki zadłużenia

Wyszczególnienie	2019	2020	2021	2022
Ogólne zadłużenia	0,60	0,87	0,94	1,12
Zadłużenie kapitału własnego	1,80	18,41	-8,39	-2,88
Długoterminowe zadłużenie ogółem	0,03	0,23	0,16	0,12

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wykres 57 Wskaźniki rotacji majątku w dniach



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.

Wskaźnik ogólnego zadłużenia obrazuje stopień zadłużenia Jednostki w stosunku do jego aktywów ogółem. Wyższe wartości wskaźnika mogą wskazywać na zwiększone ryzyko finansowe. W przypadku tego szpitala, wskaźnik wzrastał z 0,60 w 2019 roku do 1,12 w 2022 r. Oznacza to, że zadłużenie ogólne wzrastało (w szczególności widoczne poprzez wzrost zadłużenia wymagalnego) w badanym okresie, co może wymagać szczególnej uwagi i wprowadzenia narzędzi do zarządzania długiem. **Wskaźnik zadłużenia kapitału własnego**



pokazuje stopień zadłużenia Jednostki w stosunku do kapitału własnego. W przypadku Jednostki, wskaźnik ten od 2021 r. pokazuje, że Szpital zmagał się z problemem ujemnego kapitału własnego. W latach 2019 – 2020, wartość wskaźnik kształtowała się powyżej jedności, co już wskazywało na problem ze zbyt wysokim zadłużeniem. **Wskaźnik zadłużenia długoterminowego**, ze względu na bardzo niską wartość długu długoterminowego, wartość wskaźnika przyjmowała względnie niskie wartości.

Podsumowując, analiza wskaźnikowa zdaje się potwierdzać wnioski, które przyniosła analiza sprawozdań finansowych – Szpital boryka się z permanentnym brakiem rentowności, co uwidaczniają wskaźniki rentowności a także płynności.

Wskaźniki zadłużenia natomiast odzwierciedlają dynamiczne rosnący dług Spółki, który na przestrzeni badanego okresu wzrósł o blisko 30 mln PLN – z czego. Należy podkreślić, że część tego długu stanowi zadłużenie wymagalne w wysokości (na koniec kwietnia 2023) 3,7 mln PLN, a dodatkowo na skutek braku regulacji płatności ZUS, wartość zadłużenia z tytułu ubezpieczeń, urosła do rozmiarów 19 mln PLN.

8.4. Analiza finansowa komórek medycznych

Analizę wykonano bazując na procesowym ujęciu organizacji Jednostki. Wykorzystano do tego celu dane z roku 2022 dostarczone przez księgowość. Dane dotyczące wartości wykonanych procedur oraz kosztów poniesionych przez poszczególne struktury organizacyjne Jednostki zostały przedstawione wg stanu na dzień 31 grudnia 2022 roku. Wartości wykonanych procedur uwzględniono w wartościach rzeczywistego wykonania, niezależnie od tego czy zostały przez płatników zapłacone czy nie. Wychodzi się z założenia, że to właśnie one są nośnikiem rzeczywistych kosztów poniesionych przez komórki wynikowe.

Koszty bezpośrednio księgowane w ciężar komórek, jak i koszty pośrednie, którymi je obciążono zostały przeanalizowane w celu zidentyfikowania zmiennych kosztów procedur medycznych, takich jak (i) zastosowane materiały medyczne, (ii) koszty diagnostyki czy (iii) wykonywanych zabiegów oraz (iv) kosztów stałych, którymi są przede wszystkim koszty personelu medycznego. W drugiej kolejności wyodrębniono pozostałe grupy kosztów charakteryzujących działalność komórek, tj. nakłady na utrzymanie całej infrastruktury technicznej szpitala, tj. budynków, budowli, instalacji, mediów i systemów teleinformatycznych, odnosząc je do kosztów utrzymania 1 m² zajmowanej przez komórki powierzchni, bezpośrednie koszty pobytu pacjentów w jednostce (tzw. koszty doby hotelowej) uwzględniającej dobowe koszty niemedycznych świadczeń dla pacjentów oraz pozostałe koszty stałe utrzymania oddziałów (koszty wydziałowe).

Spojrzenie w ten sposób na finanse oddziałów i innych komórek szpitalnych pozwala analizować organizację i zarządzanie strukturami organizacyjnymi przez pryzmat nowego podejścia controllingowego, w którym poszczególni kierownicy nie muszą być obciążani informacjami kosztowymi, na które bezpośrednio nie mają żadnego wpływu, a zagregowane mogą być im przedstawiane w formie prostych i zrozumiałych parametrów. Dla przykładu Ordynator oddziału szpitalnego nie jest zainteresowany kosztami zatrudnienia kucharek ani remontem parkingu. Natomiast koszty utrzymania pacjentów jako iloczyn średniej stawki dziennej i długości pobytu pacjentów w szpitalu czy koszty użytkowanego przez niego lokalu



jako iloczyn miesięcznego kosztu 1 metra kwadratowego i zajmowanej powierzchni, to kategorie, które niewątpliwie go interesują, są powszechnie zrozumiałe i na które kierownicy komórek mają pośredni lub bezpośredni wpływ.

Taka analiza, która wymaga odrębnego pogrupowania zaksięgowanych już wcześniej, wg innych kluczy kosztów, byłaby bardzo pracochłonna. Jest to spowodowane trudnościami w identyfikacji „czystości” kwalifikowania i księgowania kosztów, które to czynności były wykonywane w logice innego systemu podziałowego i rozliczeniowego. Dlatego zastosowano w tym przypadku metodę przybliżonych i uśrednionych współczynników, które pomimo przybliżonego charakteru pozwalają spojrzeć na organizację szpitala w nowy, procesowy sposób.

Analizę wykonano dla tzw. wynikowych komórek i struktur organizacyjnych, które zajmują się świadczeniem i sprzedażą podstawowych usług medycznych, stanowiących zasadniczą część działalności operacyjnej Jednostki, z podziałem na lecznictwo szpitalne i świadczenia wykonywane w trybie ambulatoryjnym.



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Tabela 121 Wyniki finansowe wybranych komórek medycznych w 2022 r.

Leczenie szpitalne	Sprzedaż świadczeń medycznych			Koszty procedur medycznych						Pozostałe koszty					Podsumowanie		
	sprzedaż NFZ	pozostała sprzedaż	łącznie sprzedaż	zużycie leków	materiały medyczne	diagnostyka	zabiegi	Razem k. zmienne procedur	koszty personelu	koszty hotelowe	transport medyczny	utrzymanie powierzchni oddziału	pozostałe koszty wydziałowe	Razem pozostałe koszty	razem koszty operacyjne	Wynik finansowy oddziałów	
Dział Psychiatrii	12 395 640	6 365	12 402 005	297 486	55 193	206 510	385	559 574	11 453 693	910 692	33 047	1 829 231	352 020	3 124 989	15 138 257	-2 736 251	🚫
Oddział Wewnętrzny	10 283 607	1 845	10 285 452	527 740	131 554	1 055 669	122 430	1 837 393	5 138 337	315 193	78 854	354 659	395 994	1 144 701	8 120 430	2 165 022	✅
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedy cznej	9 424 227	9 409	9 433 636	214 684	1 708 532	316 126	2 524 812	4 764 153	3 455 267	131 990	16 466	176 009	152 999	477 464	8 696 885	736 751	✅
Oddział Chirurgii Ogólnej	6 256 489	3 600	6 260 089	401 452	110 236	508 487	2 545 337	3 565 512	3 852 853	130 422	27 482	371 194	140 253	669 351	8 087 717	-1 827 628	🚫
Oddział Rehabilitacji	4 626 840	0	4 626 840	30 009	23 319	16 773	530 630	600 731	3 079 401	372 488	3 265	464 501	104 064	944 318	4 624 449	2 391	
OAIIT	3 701 975	0	3 701 975	517 573	221 437	169 121	132 347	1 040 477	4 496 780	44 875	5 852	219 899	662 953	933 579	6 470 837	-2 768 862	🚫
Oddział Dziecięcy	2 843 344	0	2 843 344	76 156	407 163	203 882	988	688 189	2 072 875	74 308	16 551	253 168	101 126	445 153	3 206 218	-362 873	
Oddział Położniczo-Ginekologiczny	2 660 525	4 878	2 665 403	92 927	105 792	73 391	446 148	718 259	2 866 842	103 746	4 596	439 037	104 204	651 582	4 236 682	-1 571 279	🚫
Oddział Neonatologiczny	1 406 170	0	1 406 170	11 483	14 026	16 960	240	42 710	773 782	8 479	0	61 554	42 721	112 755	929 246	476 923	✅
Razem leczenie szpitalne	53 598 816	26 097	53 624 913	2 169 509	2 777 252	2 566 920	6 303 318	13 816 998	37 189 831	2 092 194	186 112	4 169 253	2 056 334	8 503 892	59 510 720	-5 885 807	
Izba Przyjęć Ogólna	2 496 707	35 247	2 531 954	71 763	68 378	772 337	12 050	924 528	1 737 693	19 688	58 336	224 798	171 448	474 269	3 136 490	-604 536	
Zakład Opiekuńczo-Leczniczy	2 770 760	199 354	2 970 115	168 236	125 042	4 501	90 242	388 021	2 013 363	64 042	1 644	229 365	228 438	523 489	2 924 873	45 242	
Przychodnia Specjalistyczna	3 519 916	4 516	3 524 432	15 646	20 848	626 640	0	663 134	2 230 173	0	1 069	186 323	299 743	487 135	3 380 442	143 990	✅
Podstawowa Opieka Zdrowotna	2 780 529	28 202	2 808 731	29 778	3 147	303 349	0	336 274	3 068 441	0	12 411	213 829	127 702	353 943	3 758 658	-949 927	🚫
Razem pozostałe	11 567 913	267 319	11 835 231	285 423	217 415	1 706 827	102 292	2 311 958	9 049 669	83 730	73 460	854 315	827 330	1 838 836	13 200 462	-1 365 231	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.



Przedstawiony rachunek kosztów komórek medycznych obejmuje podstawowe ich kategorie będące w gestii kierowników komórek. Jako koszty wyróżniono następujące kategorie:

- koszty hotelowe,
- koszty utrzymania infrastruktury technicznej pomieszczeń zajmowanych przez poszczególne komórki,
- koszty diagnostyki,
- koszty transportu medycznego,
- koszty personelu medycznego,
- koszty materiałów medycznych⁹,
- koszty zabiegów,
- koszty wydziałowe.

Jako wykonane świadczenia w tabeli na poprzedniej stronie, przyjęto zestawienie przygotowane przez księgowość Jednostki zawierające rozliczenie z tytułu NFZ.

Zestawienie pokazuje, że wszystkie oddziały osiągają dodatnią marżę na zmiennych kosztach procedur medycznych. Niestety, w przypadku trzech oddziałów nie starcza ona nawet na pokrycie kosztów wynagrodzenia personelu medycznego (i to skorygowanych środkami podwyżkowymi), nie mówiąc już o pokryciu kosztów pobytu pacjentów czy utrzymania zajmowanego lokalu. Dotyczy to oddziałów:

- Ginekologiczno-Położniczego,
- Oddziału Chirurgii Ogólnej,
- OAiT.

Przyczyny tego stanu rzeczy mogą tkwić w zbyt małej sprzedaży świadczeń wypracowywanych przez zespół, w zbyt dużych kosztach osobowych lub w obu tych przypadkach naraz.

Podsumowując, gdy uwzględnimy wszystkie koszty oddziałowe to uzyskujemy tzw. marżę na działalności operacyjnej oddziałów (wynik finansowy na działalności operacyjnej). Niestety oddziały szpitalne przynoszą Szpitalowi dużą stratę, prawie -5,8 mln PLN. Największy udział w niej ma OAiT oraz Dział Psychiatrii ze stratą powyżej 2,5 mln PLN.

⁹ W przypadku materiałów medycznych napotkaliśmy na niezrozumiałe księgowanie kosztów materiałów medycznych, w przypadku Oddziału Laryngologicznego i Okulistycznego (pojawiały się tam ujemne wartości, które pominęliśmy w dalszej analizie).







9. Wnioski z audytu i Analiza SWOT

Analiza otoczenia






-  Spadek liczby ludności Milicza w ostatnich latach.
-  Liczba ludności w wieku poprodukcyjnym w Miliczu wzrasta. Zwiększone zapotrzebowanie na personel medyczny, w szczególności w zakresie geriatrici, chorób wewnętrznych czy kardiologii lub reumatologii, a także onkologii, neurologii oraz rehabilitacji.
-  W roku 2021 w województwie dolnośląskim wskaźnik leczonych na 1 łóżko był jednym z najniższych w kraju – 39,5.
-  W roku 2021 w województwie dolnośląskim wskaźnik przeciętnego pobytu chorego w dniach był na wysokim poziomie – 5,7.
-  W roku 2021 w województwie dolnośląskim wskaźnik udzielonych porad ogółem na jednego mieszkańca wyniósł 8,6 (przy średniej dla kraju 8,4).
-  W roku 2021 najwięcej porad zarówno w województwie dolnośląskim, podobnie jak i w całej Polsce, przypadało na: chirurgię, ginekologię z położnictwem i okulistykę.
-  W roku 2021 w województwie dolnośląskim najmniej porad udzielono w poradniach: geriatrycznych, medycyny sportowej i chorób zakaźnych.
-  Milickie Centrum Medyczne znajduje się w sieci szpitali i zaklasyfikowane jest jako szpital I stopnia.
-  Lokalni konkurenci w pobliżu jednostki. SPZOZ w Krotoszynie ma najwięcej zbieżnych oddziałów i poradni do MCM. Położony jest ok 23km od Milickiego Centrum Medycznego. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim jest dużą placówką, o największym kontrakcie z NFZ (spośród analizowanych podmiotów), która posiada 6 zbieżnych oddziałów szpitalnych i 5 takich samych poradni specjalistycznych. Jest oddalony od MCM o około 42 km.

Organizacja i Zarządzanie









-  Występujące sprzeczności w Regulaminie Organizacyjnym i innych dokumentach organizacyjnych.
-  Brak ujęcia w zakresach obowiązków odpowiedzialności za sprzedaż świadczeń i efekty finansowe realizacji usług zdrowotnych.
-  Brak właściwej struktury podległości służbowych.
-  Szpital nie stosuje mechanizmów informacji zarządczej w praktyce działań kierowniczych.





Sprzedaż NFZ

-  Wyniki audytu wskazują, że w ubiegłych latach Spółka nie stosowała prawidłowych metod zarządzania sprzedażą świadczeń. Świadczy o tym brak informacji o wielkościach sprzedaży przypadających na poszczególne komórki organizacyjne.
-  Bardzo niski udział świadczeń ambulatoryjnych w całości sprzedaży świadczeń medycznych, który nie buduje pozycji Szpitala na rynku usług medycznych
-  Duża dynamika rozwoju ortopedycznych świadczeń zabiegowych – efektywny sposób zarządzania potencjałem zabiegowym
-  Duża strata finansowa Działu Psychiatrycznego oraz do tego niski poziom realizacji kontraktów z NFZ
-  Niski poziom sprzedaży komercyjnych usług medycznych





Działalność medyczna

-  Kompleksowość w zakresie oferty leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w zakresie oferty szpitala powiatowego 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. Uboga oferta AOS w części psychiatrycznej.
-  Bogata oferta w zakresie AOS sprzyja realizowaniu strategii (resortu zdrowia) przesuwania środka ciężkości z leczenia szpitalnego na specjalistyczne leczenie ambulatoryjne.
-  W okresie analizy liczba łóżek praktycznie była na tym samym poziomie, liczba leczonych spadła do roku 2022, pierwsze miesiące roku 2023 rokują trend zwyżkowy w stosunku do roku bazowego, wskaźniki wykorzystania łóżek niskie w części oddziałów podlegających normom ministerialnym zatrudnienia pielęgniarek i położnych, skróceniu uległ okres pobytu chorego.
-  Łączna liczba świadczeń udzielana w poradniach w latach 2019-2023 wykazuje niewielką tendencję spadkową.
-  Duży odpływ pacjentów w poz.
-  Brak pełnego wdrożenia oprogramowania do części białej.
-  Stan techniczny Bloku Operacyjnego, pomimo nie spełnienia wszystkich współczesnych standardów nie budzi zastrzeżeń.
-  Blok pracuje pod niewielkim obciążeniem pracą i posiada jeszcze duże rezerwy dla rozwoju świadczeń zabiegowych.










-  Nieefektywny sposób wykorzystania potencjału Bloku Operacyjnego – brak planowania zabiegów z odpowiednim wyprzedzeniem.
-  Średni koszt jednej godziny pracy Bloku Operacyjnego mieści się w górnych granicach przedziału benchmarkowego.



Obsługa gospodarcza

-  Niskie koszty utrzymania porządku i higieny.
-  Wysokie koszty żywienia pacjentów.
-  Bardzo wysokie koszty zapewnienia pościeli.
-  Koszty zarządzania Spółką, w tym koszty administracji wyraźnie wykraczają poza przedział wyznaczony danymi benchmarkowymi.











Polityka kadrowa

-  Nieuaktualniony, stary Regulamin Wynagradzania.
-  Spadek liczby zatrudnionych ogółem w okresie objętym analizą.
-  Wciąż nieoptymalna liczba zatrudnionych osób – należy dokonać korekty zatrudnienia we wskazanych komórkach organizacyjnych.
-  Wysokie koszty osobowe wynikające po części z podwyżek ustawowych. Na zawyżenie kosztów wpływają składowe wynagrodzenia w postaci licznych dodatków, nie wynikających z przepisów prawa a przyznawanych uznaniowo przez pracodawcę oraz wysokie stawki i zarobki w niektórych grupach zawodowych.
-  Brak odpowiedniego systemu motywującego dla pracowników – zaleca się doprecyzowanie zasad przyznawania nagród, który będzie zależał od jasno określonych kryteriów ich przyznawania – osiągniętych efektów skorelowanych z budżetami poszczególnych komórek organizacyjnych.
-  Absencja chorobowa pracowników na poziomie wyższym od średniej benchmarkingowej dla sektora ochrony zdrowia – należy ją monitorować i starać się nie dopuścić do jej wzrostu.
-  Brak kosztów PFRON – Szpital unika tego kosztu poprzez zatrudnienie odpowiedniej liczby osób z orzeczoną stopniem niepełnosprawności.







Infrastruktura

-  Budynki znajdują się generalnie w dobrym stanie technicznym, chociaż w niektórych rejonach należy już planować przeprowadzenie remontów odtworzeniowych.
-  Zły stan techniczny pokrycia dachów i systemów wentylacji i klimatyzacji







-  Niektóre rejony Szpitala nie spełniają wszystkich standardów obowiązujących dla pomieszczeń szpitalnych oraz przepisów ppoż
-  Spółka dysponuje nadmiarem powierzchni operacyjnej, która obciąża Szpital kosztami jej utrzymania. Z drugiej jednak strony Szpital dysponuje powierzchnią, która może być wykorzystana dla rozwoju działalności medycznej w przyszłości
-  Wysokie koszty utrzymania szpitalnej powierzchni operacyjnej, wyższe o 20% od wskazań benchmarkowych
-  Spółka wynajmuje swoją wolną powierzchnię podmiotom zewnętrznym po korzystnych cenach
-  Instalacje elektryczne i źródła zasilania utrzymane one są w dobrym stanie technicznym i nie stanowią zagrożenia dla funkcjonowania Szpitala
-  Szpitalna instalacja zaopatrzenia w wodę spełnia warunki określone w przepisach prawa dla jednostek ochrony zdrowia, jest utrzymana w poprawnej kondycji technicznej i nie powinna stwarzać problemów dla funkcjonowania Szpitala
-  Szpital korzystał z bardzo drogiego źródła ciepła.
-  Systemy gazów medycznych wydają się prawidłowo zadbane i sprawne. Na dzień dzisiejszy nie wymagają pilnych interwencji technicznych
-  Niski stan ogólnego wyeksploatowania (umorzenia) majątku ruchomego Szpitala, wynoszący średnio 36%
-  Nie w pełni wdrożone szpitalne systemy informatyczne

Finanse

-  Jednostka na przestrzeni badanego okresu charakteryzowała się niską dynamiką generowanych przychodów, która nie wystarczała na pokrycie dynamicznie rosnących kosztów operacyjnych.
-  Ze względu na niską dynamikę przychodów, koszty wynagrodzeń i kontraktów na koniec kwietnia 2023 r. pochłaniały ponad 90% wartości kontraktu.
-  Na koniec kwietnia 2023 r. Jednostka posiadała zadłużenie wymagalne w wysokości 3,8 mln PLN.
-  Jednostka w badanym okresie, nie regulowała zadłużenia z tytułu ZUS. Na podstawie informacji uzyskanych od kierownictwa, zadłużenie z tego tytułu wynosi około 14 mln PLN.
-  Ze względu na złą sytuację finansową, Jednostka praktycznie nie posiada środków na regulację zadłużenia kredytowego.
-  Ze względu na złą sytuację finansową, Jednostka nie posiada własnych środków celem przeprowadzenia bieżących inwestycji odtworzeniowych.



-  Większość komórek medycznych charakteryzuje się ujemnymi wynikami finansowymi, w tym w szczególności jest to Dział Psychiatrii, Oddział Chirurgii Ogólnej, a także Oddział OAiT.
-  Szpital posiada plan finansowy na 2023, który jest stworzony na dość ogólnych zakresach (ujęcie dla całej Jednostki w ujęciu rocznym), jednak jest on przemyślany co do dalszych kierunków rozwoju, co w szczególności dotyczy, utworzenia Centrum Zdrowia Psychicznego.
-  Szpital nie posiadał planów finansowych na lata 2020 – 2022.
-  Szpital obecnie posiada nieprawidłową informację dotyczącą zużycia leków i materiałów medycznych, ponieważ koszt ewidencjonowany jest w momencie wydania na oddział, a nie na pacjenta. Warty odnotowania jest także fakt, że Jednostka nie posiada ustalonych limitów dotyczących zużycia materiałów medycznych i leków na poszczególne komórki medyczne.

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 MCM Sp. z o.o. zostały zidentyfikowane silne i słabe strony jednostki (czynniki wewnętrzne) na tle szans i zagrożeń płynących z otoczenia (czynników zewnętrznych) 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 122 Zidentyfikowane silne strony jednostki

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Przynależność jednostki do PSZ (sieć szpitali)	5
2	Jedyny podmiot leczniczy w Miliczu	5
3	Kompleksowość świadczonych usług, szeroki (ponad powiatowy – psychiatria) zakres leczenia szpitalnego oraz świadczeń ambulatoryjnych	5
4	Rezerwy dla rozwoju świadczeń zabiegowych na Bloku Operacyjnym	4
5	Budynki działalności podstawowej utrzymane w dobrym stanie technicznym	4
6	Optymalne koszty sprzątnia	4
Łącznie		27

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 123 Zidentyfikowane słabe strony jednostki

L.p.	Nazwa	Punktacja
1	Nieoptymalna organizacja pracy, wysokie, rosnące koszty osobowe	4
2	Zła, pogarszająca się sytuacja finansowa szpitala, rosnące zadłużenie	5
3	Nieefektywne wykorzystanie przestrzeni Szpitala	4
4	Brak planowania wyprzedzającego, brak zadaniowania komórek organizacyjnych	4
5	Brak ujęcia w zakresach obowiązków kierowników odpowiedzialności za sprzedaż świadczeń i ich efektów finansowych	4
6	Zbyt duże koszty dotyczące żywienia, prania i obsługi prawnej	5
Łącznie		26

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 124 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 125 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, niedoszacowanie cenowe usług medycznych	5
3	Ryzyko utraty kontroli nad wyższą 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		21

Źródło: opracowanie własne.

Z przeprowadzonej analizy SWOT uzyskano wyniki czynników wewnętrznych i zewnętrznych.

W pierwszej grupie czynników organizacyjnych silne strony Jednostki otrzymały łącznie 27 pkt., natomiast słabe strony uzyskały 26 pkt. W związku z tym należy przyjąć, iż silne strony przeważały słabe, ale przewaga jest niewielka. Szpital świadczy szeroki zakres usług (zwłaszcza ambulatoryjnych), posiada duży udział w rynku lokalnym oraz rezerwy na rozwój. Jednostka powinna realizować strategię ekspansywną, ukierunkowującą ją na rozwój i utrzymanie przewagi konkurencyjnej.

W drugiej grupie czynników szanse ukształtowały się na poziomie 23 pkt., a zagrożenia osiągnęły poziom – 21 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 Miliczu przeważają pozytywne czynniki wewnętrzne (Jednostki) oraz zewnętrzne (otoczenia). Zatem Szpital powinien przyjąć strategię utrzymania przewagi konkurencyjnej wykorzystując szanse oraz zniwelować słabe strony zwiększając produktywność posiadanego potencjału. Szpital powinien stworzyć budżety dla poszczególnych komórek organizacyjnych, a ich wykonaniem zainteresować kierowników komórek organizacyjnych, odpowiednio ich motywując. Ważne jest aby szybko podjąć działania i odzyskać równowagę finansową. Kadra zarządzająca powinna 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

Prawie żadne z wcześniejszych rekomendacji dotyczących oferty medycznej Szpitala nie zostały wdrożone. Spółka dalej utrzymuje liczne pustostany, nie utworzono dziennej psychiatrii, pacjentów z poz dalej ubywa. Spółka jedynie podjęła kroki na celu usprawnienia pracy rejestracji, lepiej zaczęła wykorzystywać potencjał ortopedii.

Do podstawowych (głównych) kierunków działań rysujących się po dokonanej wizytacji i audycie zaliczyć należy:

1. Proponuje się zarządowi Szpitala rozważenie koncepcji, wzorem innych szpitali, likwidacji podwójnego kierownictwa Blokiem Operacyjnym i powierzenie tej funkcji Pielęgniarsce Oddziałowej. Zwraca się przy tym uwagę na zasadność zmiany istoty zakresów zadań Kierownika i uzupełnienie ich o cztery podstawowe zakresy odpowiedzialności kierowniczej:
 - za realizowane procesy – tu sprzedaż usług oddziałom zabiegowym i ich jakość;
 - za pracowników – ich bezpieczeństwo, rozwój zawodowy i racjonalne wykorzystanie;
 - za powierzone mienie i bazę techniczną, właściwe zabezpieczenie majątku;
 - za koszty i wyniki finansowe komórki.
2. Przy dotychczasowym systemie planowania zabiegów na Bloku Operacyjnym niemożliwym jest racjonalne zarządzanie potencjałem Bloku i zapewnienie optymalnych parametrów kosztowych jego funkcjonowania. Proponuje się aby doprowadzić do rzeczywistego planowania zabiegów z wyprzedzeniem wielodniowym, przynajmniej z wyprzedzeniem tygodniowym. Szczególnie ważne, ze względu na największą ilość zabiegów, jest usprawnienie procedur planowania na Oddziale Chirurgii Ogólnej. Niski poziom obciążenia sal operacyjnych oraz niewielka ilość zabiegów nagłych wskazuje, że procedury planowania i koordynacji pracy Bloku nie powinny przysparzać istotnych problemów zarządczych.
3. Proponuje się wdrożenie kwalifikowania pacjentów do zabiegów przez anestezjologów, jeszcze przed hospitalizacją, w trybie ambulatoryjnym. Zorganizowanie poradni anestezjologicznej wiąże się w dodatkowym kosztem, lecz zwraca się on oszczędnościami na organizacji Bloku Operacyjnego. Przyjęcie takich procedur umożliwi planowanie i zarządzanie zasobami Bloku z wyprzedzeniem, co powinno być źródłem oszczędności finansowej.
4. Z przeprowadzonej analizy organizacji pracy wynika, że Blok Operacyjny pracuje pod niewielkim obciążeniem pracą i posiada jeszcze duże rezerwy dla rozwoju świadczeń zabiegowych. Wnioskuje się zatem aby przy usprawnieniu procesów planowania zabiegów wdrożyć racjonalizację pracy instrumentariuszek i dostosować ich ilość na dziennej zmianie do rzeczywistych potrzeb operatywy. Pozwoli to również obniżyć wysokie koszty funkcjonowania Bloku.
5. Stawka kosztu jednej godziny pracy Bloku mieści się w górnych granicach przedziałów benchmarkowych. Wskazuje to na istniejące rezerwy i zasadność poszukiwania



sposobów na obniżenie kosztu jednostkowego usług Bloku Operacyjnego. Wskazujemy na trzy główne kierunki poszukiwania nowych rozwiązań:

- rozważenie zasadności utrzymywania podwójnego kierownictwa;
 - usprawnienie procesów planowania zabiegów i racjonalizacja wykorzystania potencjału organizacyjnego, w tym pracy instrumentariuszek;
 - zwiększanie sprzedaży świadczeń zabiegowych. Wzrost ilości zabiegów wpływa wprost na obniżenie kosztu jednostkowego.
6. 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. Przyczynę takiego poziomu wartości udzielanych świadczeń przez Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną należy upatrywać w sposobie zorganizowania i zarządzania zakładem leczniczym AOS. Zaleca się podjęcie działań wzmacniających pozycję kierownictwa Przychodni AOS w Szpitalu i wdrożenie programu zdynamizowania rynkowej aktywności Przychodni. Wzorcowym modelem w tym miejscu może być np. powołanie kierownika całej działalności ambulatoryjnej w randze zastępcy dyrektora.
7. Ważnym zadaniem na dzisiaj wydaje się przywrócenie mechanizmów i narzędzi zarządzania sprzedażą i wdrożenie w nie kierowników komórek organizacyjnych. Działania te powinny objąć nie tylko Dyrektora ds. medycznych i kierowników komórek medycznych ale także komórki administracyjne obsługujące obieg informacji finansowej i statystycznej.
8. W celu stworzenia możliwości podnoszenia efektywności sprzedaży komercyjnej usług medycznych rekomenduje się Dyrekcji prowadzenie działań mających na celu wzmocnienie struktur zarządczych zajmujących się sprzedażą usług medycznych i ukierunkowanie ich aktywności na zwiększenie obecności Szpitala na tym rynku. Działania te powinny objąć swoim zasięgiem zarządzanie poradniami AOS, zakładami diagnostycznymi oraz strukturami marketingowymi i przede wszystkim kierowników komórek merytorycznych.
9. Podtrzymuje się działanie dotyczące działania w zakresie likwidacji Oddziału Ginekologiczno-Położniczego. W Szpitalu rodzi się zbyt mało dzieci. Mimo, iż oddział charakteryzuje się dobrą opinią wśród pacjentek i personel oddziału stara się ograniczać koszty, to uwzględniając wymagania jakie wynikają z realizacji umowy z NFZ w zakresie położnictwa i ginekologii oraz neonatologii oraz małą liczebność powiatu nie realnym jest osiągnąć taki poziom porodów aby oddział się bilansował. Innym rozwiązaniem jest utrzymanie świadczeń ginekologii w zakresie jednodniowym.
10. Rozszerzenie działalności ZOL-u o kolejne 2 miejsca – z 12-stu do 14-stu łóżek.
- ZOL dla Mechanicznie Wentylowanych obecnie posiada 12 łóżek z możliwością rozszerzenia o kolejne 2 miejsca.
11. Uruchomienie Centrum Zdrowia Psychicznego.
CZP stanowi zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje kompleksową, ciągłą i koordynowaną działalność leczniczą w zakresie opieki psychiatrycznej w rodzajach:



- stacjonarnych:
 - psychiatrycznych,
 - w miejscu udzielania pomocy doraźnej;
 - dziennych psychiatrycznych;
 - ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego).
- MCM Sp. z o.o. musiałyby rozszerzyć działalność o oddział dzienny i leczenie środowiskowe. Może to uczynić już wykorzystując obecne zasoby kadrowe.
12. Uruchomienie Oddziału Psychiatrycznego Dziennego Rehabilitacyjnego dla Dzieci i Młodzieży – z uwagi na duże zapotrzebowanie na tego typu świadczenia i rozładowanie kolejek na oddziale stacjonarnym.
 13. Uruchomienie Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży.
 14. Uruchomienie profilu nefrologicznego w oddziale wewnętrznym.
 15. Zwiększenie o 15 liczby łóżek oddziału rehabilitacyjnego – wykorzystując obecny potencjał i doświadczenie, by wyjść na przeciw zapotrzebowaniu na rehabilitację ortopedyczną.
 16. Uruchomienie opieki koordynowanej w POZ w zakresie kardiologii i diabetologii.
 17. Wprowadzenie regulacji w gospodarce materiałami medycznymi.
Szpital obecnie posiada nieprecyzyjną informację dotyczącą zużycia leków i materiałów medycznych, ponieważ koszt ewidencjonowany jest w momencie wydania na oddział, a nie na pacjenta. Wartym odnotowania jest także fakt, że Jednostka nie posiada ustalonych limitów dotyczących zużycia materiałów medycznych i leków na poszczególne komórki medyczne. Zaleca się wprowadzenie ewidencji kosztów w momencie wydania leku na pacjenta oraz ustalenia miesięcznych (choć najdokładniejszą metodą jest wprowadzenie limitów tygodniowych) limitów zużycia leków i materiałów medycznych, w celu uzyskania prawidłowej informacji zarządczej.



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 z nią związane mają bowiem odzwierciedlenie w wysokości kosztów obciążających placówki medyczne. W niektórych sferach obsługi gospodarczej Szpitala w Miliczu wymagana jest optymalizacja kosztów. Jej wdrożenie przyczyni się do poprawy sytuacji finansowej badanej Jednostki.

Analiza sfery obsługi gospodarczej w Milickim Centrum Medycznym Sp. z o.o., przedstawiona w części audytowej opracowania pozwoliła na zidentyfikowanie szczegółowych problemów występujących w Placówce. Dotyczą one poszczególnych zakresów:

1. Usługi pralnicze

Łączna roczna kwota usług prania jest stosunkowo wysoka jak na Szpital o takiej licznie pacjentów. Zasadnym jest aby przeanalizować procedury zdawania i odbierania bielizny z pralni, w tym ważenie i rozliczanie zafakturowanych wartości. Z drugiej strony bardzo wysokie są także koszty magazynowania pościeli. Koniecznym wydaje się zatem poszukanie takich rozwiązań organizacyjnych aby zdynamizować techniki zarządcze w obszarze usług hotelowych.

2. Żywnienie pacjentów

Koszty żywienia w 2022 roku wynosiły średnio prawie 40 zł/osobodzień. wynikało to z bogatego menu jakie zakontraktował Szpital (co trzeci pacjent otrzymywał drugie śniadanie, prawie co piąty podwieczorek, do tego zamówiono jeszcze 1,8 tys nocnych porcji kolacyjnych) oraz z kosztownej logistyki. Nową umową, zawartą w grudniu 2022 roku, Szpital ma szansę obniżyć koszty wyżywienia pacjentów w stosunku do ubiegłego roku o około 2,5%. Dalsze oszczędności możliwe są w sferze logistyki i obsługi żywienia. Docelowo należy dążyć do takiego rozwiązania, aby obniżyć koszt dziennego wyżywienia pacjenta o co najmniej 20%.

3. Koszty zarządzania Spółką

W stosunku do innych jednostek medycznych Spółka ponosi bardzo wysokie koszty zarządzania. Powyższą ocenę nie należy odnosić wyłącznie do kosztów osobowych. Zwraca uwagę na przykład wysoki koszt usług prawnych (szczegółowa analiza nie była przeprowadzona ze względu na brak danych z tego zakresu), prawie dwukrotnie przewyższający dane benchmarkowe. Utrzymywanie pustostanów, które obciąża Zarząd Spółki dodatkowo zawyża w sposób nieracjonalny koszty zarządzania. Spółka jest w konieczności poszukiwania tańszych dróg funkcjonowania. W tym procesie nie należy pomijać kosztów administracji, należy opracować własny program oszczędnościowy.



12. Działania w zakresie organizacji i zarządzania

Na podstawie analizy przedstawionych dokumentów organizacyjnych Szpitala rekomendujemy dokonanie korekt w organizacji procesów zarządczych polegających na:

1. Aktualizacji regulaminu organizacyjnego i zakresów odpowiedzialności poszczególnych kierowników:
 - a. uporządkowania procesów realizowanych przez organizację
 - zarządzanie sprzedażą świadczeń
 - precyzyjne ustalenie zasad zarządzania usługami hotelowymi
 - identyfikacja klientów wewnętrznych i określenie zadań dla usługodawców
 - zarządzanie infrastrukturą techniczną Spółki
 - zarządzanie transportem medycznym
 - b. uporządkowanie mapy procesów i ich podporządkowanie
 - c. przeorganizowanie definicji zadań kierowniczych i uzupełnienie zakresów obowiązków
 - uzupełnienie o zakresy odpowiedzialności za sprzedaż świadczeń i zarządzanie kosztami
 - wdrożenie procedur planowania operacyjnego i bieżący monitoring realizacji budżetów
 - ustalenie właściwej hierarchii i podległości służbowej
 - zwolnienie kierowników komórek uczestniczących w działalności operacyjnej Spółki z obowiązków wykonywania zestawień statystycznych i innych zbędnych prac biurowych na rzecz odpowiednich komórek administracyjnych
2. Warto rozważyć także faktyczne zwiększenie roli pielęgniarek w zarządzaniu jednostek szpitalnych – na przestrzeni lat rola i pozycja pielęgniarek w organizacji świadczeń leczniczych ulega gruntownym przemianom, aktualnie stają się partnerami w procesach zarządczych, a kierunek zmian na przyszłość idzie jeszcze dalej, do przejmowania funkcji kierowniczych w organizacji opieki medycznej – warto aby regulamin nie konserwował zaprzyszłych relacji, a wybiegał także w przyszłość.
3. Wdrożenie zasad controllingu w zarządzaniu operatywnym Spółką
 - wdrożenie zasad budżetowania i bieżącego monitorowania budżetu
 - opracowanie i wdrożenie systemu informacji zarządczej dla kierowników komórek organizacyjnych.



13. 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.

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:

- aktualizacja regulaminu wynagradzania,
- optymalizacja organizacji pracy pracowników,
- zmiana liczby dyżurów medycznych na oddziałach szpitalnych,
- zmiana sposobu wynagradzania lekarzy,
- monitoring absencji chorobowej wśród pracowników,
- wprowadzenie bardziej precyzyjnego systemu motywacyjnego pracowników.

Działania w zakresie poprawy polityki zatrudnienia w MCM Sp. z o.o. 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.

Rekomendacje w zakresie polityki kadrowej przedstawione zostały poniżej.

1. Aktualizacja Regulaminu Wynagradzania

Regulamin Wynagradzania pochodzi z roku 2000 – jest częściowo zdezaktualizowany – zawiera martwe przepisy, np. dodatki dla zespołów wyjazdowych. Po drugie liczne aneksy aktualizujące Regulamin sprawiają, że jest on mało czytelny. Po trzecie część składowych wynagrodzenia ujęta w Regulaminie jest właściwa pod kątem obowiązkowej regulacji ustawowej dla pracowników SP ZOZ, gdzie w przypadku spółek handlowych nie ma obowiązku ich wypłaty lub wypłata ta powinna być ustalona w niższej wysokości.



Podkreślamy fakt, iż odpowiednio skonstruowane regulaminy, eliminują konflikty oraz usprawniają pracę pracowników. Prawidłowe postanowienia regulaminów mają istotne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania podmiotu oraz wynagradzania pracowników za wykonaną pracę. Nieprecyzyjne przepisy wewnętrzne, czy też brak ustaleń w tym zakresie powodować może błędy np. w ustalaniu i wypłacaniu wynagrodzeń i innych świadczeń pieniężnych ze stosunku pracy (martwe dodatki). Zwracamy uwagę, iż część zapisów dotyczy SP ZOZ-ów, a w przypadku spółek handlowych niektóre składowe wynagrodzenia nie są obligatoryjne.

2. Optymalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy

Stan, struktura zatrudnienia oraz organizacja pracy personelu Szpitala wymagają korekty. Proponuje się dostosowanie liczby i struktury zatrudnienia we wskazanych komórkach organizacyjnych do rzeczywistych potrzeb wynikających z realizacji bieżących zadań. Jest to obszar, który można zorganizować taniej uwzględniając przy tym wymogi zawartych umów i przepisy prawa.

Optymalizacji zatrudnienia dokonano w porównaniu do stanu zatrudnienia z dnia 31.05.2023 roku. Kierowano się następującymi założeniami:

- Propozycja etatyzacji bazuje na analizie benchmarkingowej kilku podobnych jednostek, uwzględnia wymogi prawa i wymagania NFZ, wykorzystuje doświadczenie innych jednostek.
- Organizację pracy dostosowano nie tylko do natężenia pracy, wynikającego z liczby leczonych pacjentów, przeprowadzanych badań, czy też posiadanej bazy łóżkowej, ale też wzięto pod uwagę obciążenie pracą liczone stopniem wykorzystania łóżek.
- Założono liczbę łóżek na poziomie ich wykorzystania z lat poddanych analizie oraz średnie czasy pobytu, uwzględniając bufor w wysokości 20-40% (w zależności od oddziału).
- Uwzględniono przy tym 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.
- 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.
- Organizacja pracy dla pielęgniarek i położnych została opracowana z uwzględnieniem skorygowanej liczby łóżek oraz odpowiedniej dla nich liczby osób podyktowanej ministerialną normą zatrudnienia pielęgniarek i położnych.
- W koncepcji nie założono długoterminowych urlopów chorobowych, macierzyńskich i wychowawczych ze względu na trudność ich przewidzenia w Szpitalu. Przedstawiona koncepcja wykazuje tylko osoby, które powinny fizycznie być obecne i pracować w Jednostce.
- 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 etatyzacji. 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 proponowanej optymalizacji obecnej struktury organizacyjnej Szpitala, przedstawia tabela poniżej.

Tabela 126 Docelowa liczba łóżek

Oddział Szpitalny	Przed zmianą	Po zmianie	Różnica
Oddział Chorób Wewnętrznych	32	29	-3
Oddział Chirurgii Ogólnej i Urologicznej	20	16	-4
Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej	15	12	-3
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc gin.	8	8	0
Oddział Ginekologiczno-Położniczy - odc poł.	11	10	-1
Oddział Neonatologiczny	10	10	0
Oddział Pediatriczny	15	12	-3
Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii	6	6	0
Oddział Rehabilitacyjny	52	52	0
Razem Oddziały	169	155	-14
Oddział Psychiatryczny Ogólny	90	90	0
Oddział Detoksykacji Alkoholowej	15	15	0
Oddział Psychiatryczny Dzieci i Młodzieży	25	25	0
Razem Dział Psychiatrii	130	130	0
Zakład Opiekuńczo Leczniczy dla pacjentów wentylowanych mechanicznie	12	12	0
OGÓŁEM	311	297	-14

Źródło: opracowanie własne.

Obecna liczba łóżek jest za wysoka. Szpital ma problem żeby spełnić normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Średnie obłożenie łóżek posiadanych na stanie na oddziałach podlegających pod normy wynosi 60%, a obsadę pielęgniarską trzeba zapewnić na każde łóżko (Szpital obecnie nie spełnia norm w tym przypadku na niektórych oddziałach). Liczbę łóżek po korekcie zaplanowano na poziomie 297, czyli o 14 łóżek mniej niż obecnie. Łóżka zaplanowano na poziomie liczby łóżek pracujących uwzględniając bufor w wysokości 20-40%, a nawet większy w niektórych przypadkach.

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



Tabela 127 Ruchy kadrowe

Grupa zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia etaty	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia etaty	Um. o pr. etaty	Kontrakty etaty	Zlecenia etaty
Lekarze	28,20	23,25	2,60	28,20	22,25	2,60	0,00	-1,00	0,00
Wyższy med.	27,95	4,09	2,00	27,95	4,09	2,00	0,00	0,00	0,00
Pielęgniarki i położne	150,60	24,10	26,30	147,10	24,09	22,40	-3,50	0,00	-3,90
Technicy	12,50	0,15	2,30	11,50	0,15	1,40	-1,00	0,00	-0,90
Średni medyczny	30,50	0,00	4,50	29,50	0,00	4,50	-1,00	0,00	0,00
Niższy medyczny	68,50	0,00	21,80	67,50	0,00	20,80	-1,00	0,00	-1,00
Administracja	33,20	0,75	2,40	28,20	0,75	2,40	-5,00	0,00	0,00
Obsługa	14,00	0,00	3,20	14,00	0,00	3,20	0,00	0,00	0,00
Ogółem	365,45	52,34	65,10	353,95	51,34	59,30	-11,50	-1,00	-5,80

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.

Docelowa liczba zatrudnionych w Szpitalu przy obecnych ruchach kadrowych wynieść powinna 525,18 etatów (353,95 etatów z umów o pracę, 51,34 etaty przeliczeniowe z umów kontraktowych oraz 59,30 etaty przeliczeniowych z umów zleceń).

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 prognozie finansowej założono, iż pierwsze odpłaty Szpital zacznie wypłacać w grudniu 2023 roku. Łącznie wyniosą one 249 tys. zł. Redukcje z umów o pracę rozłożono w czasie na cały rok 2024. Oznacza to, iż docelowy poziom zatrudnienia uda się uzyskać od stycznia 2025 roku. Redukcja wynosi 11,50 etatów z umów o pracę (redukcja 1 etatu co miesiąc). Część tych redukcji może się odbyć poprzez ruch naturalny pracowników, co też może wpłynąć na obniżenie kosztów odpłat. Redukcje z umów cywilno-prawnych założono do końca września 2023r. Oznacza to, że od ostatniego kwartału roku 2023 będzie widoczny skutek tych działań.

W przypadku pielęgniarek optymalizacja obejmuje zarówno zwiększenie zatrudnienia do normy, jak i redukcję. W łącznym bilansie na oddziałach szpitalnych należy zredukować 7,40 etatów ogółem. Liczba etatów została dostosowana do norm zatrudnienia przy proponowanej liczbie łóżek. Forma zatrudnienia ma w tym przypadku drugorzędne znaczenie, chodzi o skalę zatrudnienia przy modelowej organizacji pracy. Docelowa organizacja pracy w tej grupie zawodowej została przedstawiona w tabeli poniżej.



Tabela 128 Docelowa organizacja pracy pielęgniarek i położnych

Nazwa komórki organizacyjnej	Ilość osób pracujących na 7.35 w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w dni powszednie	Ilość osób pracujących na 12 godzin w dzień w weekendy i święta	Ilość osób pracujących na 12 godzin w nocy w weekendy i święta
OAIIT	2	5	3	4	3
Blok Operacyjny	4	1	1	1	1
Oddział Chirurgiczny	2	2	2	2	2
Oddział Ortopedyczny	2	1/2	1	1/2	1
Oddział Dziecięcy	1	2	1	2	1
Oddział Położniczy	2	2	2	2	2
Oddział Chorób Wewnętrznych +TK	2	3	3	2	2
Oddział Rehabilitacji	1	2	2	2	2
ZOL	1	2	2	2	2
Izba Przyjęć Ogólna	1	2	2	3	2
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek A	1	2	2	2	2
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek B	1	2	2	2	2
Oddział Psychiatryczny Ogólny, Odcinek C+Detoks	1	2	2	2	2
Oddział Psychiatryczny dla dzieci i młodzieży	1	2	2	2	2
Izba Przyjęć Psychiatryczna	1	1	1	1	1

Źródło: opracowanie własne.

Optymalizacja zatrudnienia pozwoli przede wszystkim na poprawę rentowności Jednostki. Jednocześnie należy podkreślić, iż jest to poziom zabezpieczający wykonywanie obecnie realizowanych świadczeń medycznych, z rezerwą na rozwój usług w ramach obecnej działalności Szpitala. Zwracamy uwagę na stanowiska opiekunów medycznych – tutaj też jest rezerwa i w razie konieczności zaleca się większe redukcje w tej grupie zawodowej, która przez ustawowe podwyżki staje się „droga w utrzymaniu” dla Szpitala.

Opisywane działanie będzie w bezpośredni sposób wpływać na poprawę sytuacji finansowej Jednostki poprzez zmniejszenie kosztów zatrudnienia. Wprowadzanie nowej organizacji pracy da oszczędność na poziomie ok. 2,1 mln zł rocznie w zakresie kosztów osobowych i pochodnych.

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



Tabela 129 Ruchy kadrowe

Jednostka organizacyjna	Gr. zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie
ODDZ. PSYCHIATRYCZNY OGÓLNY	lekarze	15,00	1,88		15,00	1,88				
	wyższy medyczny	3,35	0,50	0,90	3,35	0,50	0,90			
	pielęgniarki i położne	28,00	1,81	3,90	28,00	1,81	3,90			
	średni medyczny	6,50		0,00	6,50		0,00			
	niższy medyczny	16,00		3,50	16,00		3,50			
ODDZ. PSYCHIATRYCZNY DLA DZIECI I MŁODZIEŻY	lekarze	1,00	1,87		1,00	1,87				
	wyższy medyczny	1,00	1,42	0,40	1,00	1,42	0,40			
	pielęgniarki i położne	6,00	3,32	2,10	6,00	3,32	2,10			
	średni medyczny	2,00			2,00					
	niższy medyczny	3,00		2,20	3,00		2,20			
ODDZ. DETOKSYKACJI ALKOHOLOWEJ	wyższy medyczny	0,75			0,75					
IZBA PRZYJĘĆ PSYCHIATR.	pielęgniarki i położne	2,00		2,60	2,00		2,60			
	niższy medyczny	1,00		1,00	1,00		1,00			
ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY	lekarze	3,00	3,89	0,40	3,00	3,89	0,40			
	wyższy medyczny		1,01			1,01				
	pielęgniarki i położne	12,50	2,73	4,00	12,50	2,99	1,30		0,26	-2,70
	średni medyczny	2,00		0,60	2,00		0,60			
	technicy	1,00			1,00					
	niższy medyczny	4,00		3,50	4,00		3,50			
ODDZIAŁ DZIECIĘCY	lekarze	2,00	1,16		8,00	1,60		-1,00	-0,13	-0,10
	pielęgniarki i położne	9,00	1,73	0,10	9,00	1,73	0,10			
	średni medyczny	1,00			1,00					
	niższy medyczny	2,00			2,00					
ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY	lekarze		0,71			0,71				
	pielęgniarki i położne	2,50			2,50					
ODDZ. GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY	lekarze		2,08			2,08				
	pielęgniarki i położne	10,50	1,33	2,70	10,50	1,33	2,70			
	niższy medyczny	5,00			5,00					



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Jednostka organizacyjna	Gr. zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie
ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ	lekarze	2,00	4,38		2,00	3,38			-1,00	
	pielęgniarki i położne	11,00		2,70	11,00		2,00			-0,70
	średni medyczny	1,00			1,00					
	niższy medyczny	2,00		1,40	2,00		1,40			
ODDZ. CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	lekarze	3,20	3,67		3,20	3,67				
	wyższy medyczny		1,13			1,13				
	pielęgniarki i położne	5,00	4,16		5,00	4,16				
	średni medyczny	1,00			1,00					
ODDZ. ANESTEZ. I INT. TER	lekarze	1,00	2,51	0,10	1,00	2,51	0,10			
	pielęgniarki i położne	21,50	0,77	0,90	21,50	0,77	0,90			
	średni medyczny	2,00			2,00					
	niższy medyczny	2,00		0,50	2,00		0,50			
BLOK OPERACYJNY	pielęgniarki i położne	11,50	1,13	0,40	9,00	1,00		-2,50	-0,13	-0,40
	niższy medyczny	4,00	0,00	0,70	4,00	0,00	0,70			
IZBA PRZYJĘĆ OGÓLNA	pielęgniarki i położne	6,50	2,77	1,00	6,50	2,77	1,00			
	średni medyczny	2,00		0,30	2,00		0,30			
	niższy medyczny	7,00		2,70	7,00		2,70			
LDSZ ZAKŁAD OPIEKUŃCZO LECZNICZY	pielęgniarki i położne	6,00	2,31	1,70	6,00	2,31	1,70			
	niższy medyczny	4,50		2,00	3,50		2,00	-1,00		
ODDZ. REHABILITACJI OGÓLNOUSTROJOWEJ	lekarze	1,00	1,81		1,00	1,81				
	wyższy medyczny	3,00	1,11		3,00	1,11				
	pielęgniarki i położne	8,00	2,03	0,40	8,00	2,03	0,40			
	średni medyczny	3,00			3,00					
FIZJOTERAPIA	niższy medyczny	4,00		1,40	4,00		1,40			
	wyższy medyczny	10,75	1,07		10,75	1,07				
NOCNA OPIEKA ZDROWOTNA	technicy	3,00		0,30	3,00		0,30			
	lekarze			0,40			0,40			
POZ	średni medyczny			2,00			2,00			
	lekarze		2,00			2,00				



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Jednostka organizacyjna	Gr. zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie
	pielęgniarki i położne		0,75			0,75				
REJESTRACJA	średni medyczny	6,00		0,80	5,00		0,80	-1,00		
PRZYCHODNIA SPEC.AMBUL.	lekarze			1,30			1,30			
	pielęgniarki i położne	7,60		3,30	7,60		3,30			
	niższy medyczny	3,00			3,00					
PORADNIA DIABETOLOGICZNA	lekarze		0,26			0,26				
PORADNIA CHIRURGII OGÓLNEJ	lekarze		0,86			0,86				
	pielęgniarki i położne		0,18			0,18				
DZIAŁ RADIOL. Z PR. USG	wyższy medyczny	1,00			1,00					
	pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
	średni medyczny	2,00			2,00					
	technicy	4,00	0,15		4,00	0,15				
DZIAŁ DIAGNOSTYKI LABORATORYJNEJ	wyższy medyczny	5,50		0,50	5,50		0,50			
	średni medyczny	1,00			1,00					
	technicy	1,50		1,10	1,50		1,10			
APTEKA	wyższy medyczny	1,00		0,20	1,00		0,20			
	technicy	3,00		0,90	2,00			-1,00		-0,90
	niższy medyczny	1,00		1,00	1,00					-1,00
CENTRALNA STERYLIZATORNIA	pielęgniarki i położne		1,00			1,00				
	niższy medyczny	7,00		0,60	7,00		0,60			
PION DYREKTORA DS. LECZNICTWA	lekarze			0,40			0,40			
	wyższy medyczny	1,60			1,60					
	pielęgniarki i położne	1,00			1,00					
	niższy medyczny			0,30			0,30			
DZIAŁ EPIDEMIOLOGII	średni medyczny	1,00		0,80	1,00		0,80			
	pielęgniarki i położne	1,00		0,50	1,00		0,50			
KIEROWNIK DZIAŁU LOGIS.	administracja	4,00			4,00					
	obsługa	1,00			1,00					
WARSZTAT	obsługa	5,00		2,00	5,00		2,00			
SEKCJA INFORMATYKI	administracja	2,00			2,00					



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Jednostka organizacyjna	Gr. zawodowa	Przed optymalizacją			Po optymalizacji			Różnica		
		Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie	Umowy o pracę	Kontrakty	Zlecenie
ARCHIWUM	administracja	2,00			1,00			-1,00		
SEKCJA KADR	administracja	3,00			3,00					
SEKCJA ORGANIZACYJNA	administracja	3,00			3,00					
SAMODZIELNE STANOWISKA	administracja	1,00		0,70	1,00		0,70			
DZIAŁ KSIĘGOWOŚCI	administracja	8,20	0,75		6,20	0,75		-2,00		
DZIAŁ SPRZEDAŻY USŁUG MEDYCZNYCH	administracja	6,00			5,00			-1,00		
SEKCJA ZAMÓWIENI PUBLICZNYCH	administracja			1,10			1,10			
SEKCJA ZAOPATRZENIA	administracja	4,00		0,60	3,00		0,60	-1,00		
	obsługa	3,00			3,00					
PORTIERNIE	obsługa	5,00		1,20	5,00		1,20			
OGÓŁEM		365,45	60,25	65,10	353,95	59,25	59,30	-11,50	-1,00	-5,80

Źródło: opracowanie własne.

W wariantcie 2 w prognozach finansowych założono likwidację Oddziału Ginekologiczno-Położniczego.



3. Zmiana sposobu wynagradzania

Proponujemy zmianę sposobu wynagradzania – chodzi tutaj głównie o lekarzy opłacanych godzinowo i ryczałtowo – na system zależny od efektów pracy: od liczby lub % wykonanych procedur, porad, badań, konsultacji, zabiegów, znieczuleń, koordynacji, punktów itp. To już po części funkcjonuje w Szpitalu, ale część lekarzy wynagradzana jest za godzinę pracy lub ryczałtowo. Lekarz otrzymuje wynagrodzenie bez względu na efekt swojej pracy. Taki system wynagradzania lekarzy jest mniej korzystny dla Szpitala – ponadto wypłata wynagrodzeń dla lekarzy powinna być skorelowana z efektami ich pracy – wynikami komórek organizacyjnych w których wykonują świadczenia. Ważna jest tutaj bieżąca (comiesięczna) informacja dla kierowników oddziałów o wyniku planowanym i wykonanym podległej komórki organizacyjnej. Zaleca się podjęcie następujących działań usprawniających:

- **przygotowanie solidnego planu rzeczowo-finansowego**, określenie i opisanie działań uważanych za konieczne do osiągnięcia wyznaczonych celów. Powinien być tak skonstruowany, aby stanowić punkt odniesienia dla kontroli przyszłej działalności. Powinien być realny i zrozumiały dla wszystkich kierowników. W jego tworzeniu udział powinny mieć osoby później rozliczane z jego realizacji.
- **usprawnienie procesu obiegu informacji o wykonaniu planu**. Dopływ informacji do zarządzających powinien odbywać się z taką częstotliwością i w takich terminach, ażeby mogły być one wykorzystane przy podejmowaniu bieżących decyzji.
- **wprowadzenie systemu kontroli odchyłeń wykonania do wielkości zaplanowanych i wdrożenie procesu ich korygowania**.

Samo wdrożenie budżetów nie wystarczy, należy równolegle modyfikować zachowania poszczególnych pracowników; ich systemu wartości, przekonań, poglądów, postawy oraz charakteru relacji między nimi. Modyfikacja kultury organizacyjnej jest zjawiskiem szczególnie trudnym i żmudnym. Aby dostosować ją do nowej rzeczywistości, oprócz stosowania systemów motywacyjnych, istotne znaczenie mają wszelkie akcje szkoleniowe i informacyjne, wyjaśniające założenia i charakter teoretycznej koncepcji budżetów z odniesieniem do praktyki.

4. Udoskonalenie systemu motywującego pracowników

Szpital nie posiada Regulaminu Premiowania. Szpital płaci różne dodatki dla pracowników, ale ich wypłata nie jest skorelowana z budżetami poszczególnych komórek organizacyjnych, zaś kryteria ich przyznawania są zbyt ogólne.

Koniecznością jest zbudowanie systemu motywacyjnego uwzględniającego założenia z planu rzeczowo-finansowego. Niezbędne jest bowiem takie oddziaływanie na pracowników Szpitala, by w jak największym stopniu mobilizować oraz pobudzać ich aktywność do realizacji zaplanowanych rozwiązań.

System powinien mieć na celu zainteresowanie pracowników wynikami jego komórki organizacyjnej – a ostatecznie Szpitala oraz skłonienie ich do działań na rzecz poprawy tych wyników. 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, racjonalne gospodarowanie materiałami medycznymi, zwiększanie rentowności



i przychodów, realizację założonych budżetów itp. Motywacja stanowi podstawę działania każdej wzorcowej organizacji. Wpływa ona na ukierunkowanie działań jednostki do osiągnięcia określonego celu.

System motywacyjny 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. Odpowiedni system wpłynąć może na wzrost satysfakcji wśród personelu, co przełoży się może na wzrost zadowolenia pacjentów.

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 zalicza się również dokładne monitorowanie przychodów, kosztów oraz wyników Jednostki, czy osiągnięcie konkretnych celów/zamierzeń. 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.

5. Monitoring absencji pracowników

Wielkość absencji w Szpitalu na przestrzeni lat uległa wzrostowi – poniekąd za sprawą pandemii. Najczęstszą przyczyną nieobecności w pracy pracowników były zwolnienia chorobowe, w wyniku których co miesiąc Szpital musi „dotrudnić” z tego tytułu ok. 23 etatów. Zwłaszcza w jednostkach służby zdrowia, gdzie relatywnie łatwiej o dostęp i uzyskanie L4 realia są takie, że część absencji chorobowych nie wynika jedynie z potrzeb zdrowotnych. W sytuacji wprowadzania zmian optymalizacyjnych w Jednostce absencja chorobowa dodatkowo może wzrosnąć. Dlatego też należy ją monitorować i starać się nie dopuścić do jej wzrostu poprzez odpowiednie systemy motywacji.

Należy pamiętać, że do kosztów absencji chorobowej zaliczają się nie tylko koszty wynagrodzenia nieobecnej osoby, ale również należy doliczyć wynagrodzenie za zastępstwo lub nadgodziny wynikające z potrzeby wykonywania pracy za pracownika przebywającego na zwolnieniu. Ważnym elementem, który jest często pomijany są koszty pośrednie absencji – m.in. są to koszty administracyjne obsługi zwolnienia, znalezienia zastępstwa (rekrutacji, szkolenia). Z kolei praca na zastępstwo wiązać się może z obniżoną jakością i wydajnością pracy wykonywanej przez niedoświadczonych pracowników lub w nadgodzinach w zastępstwie za pracowników przebywających na zwolnieniu chorobowym.

Ważne jest nie tyle monitorowanie nieobecności pracowników i zapoznanie ich z 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. Często w takich przypadkach sprawdza się zmiana komórki organizacyjnej.

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 tzw. zarządzanie absencją, gdyż przynieść to może wymierne korzyści dla Jednostki – zwłaszcza w okresie wprowadzania gruntownych zmian optymalizacyjnych. Na obniżenie absencji wpłynąć może dalsze dywersyfikowanie formy zatrudnienia pracowników, dlatego też należy dążyć do wzrostu liczby umów cywilnoprawnych, co pomoże nie tylko ograniczyć koszty absencji, ale również wpłynąć pozytywnie na zahamowanie tego zjawiska wśród osób zatrudnionych na umowy o pracę.



14. Optymalizacja w zakresie zasobów majątkowych

1. Spółka dysponuje nadmiarem powierzchni operacyjnej, która obciąża Szpital kosztami jej utrzymania. Nadmiar powierzchni dotyczy nie tylko istniejących obecnie pustostanów ale także nadmiaru powierzchni zajmowanych obecnie przez niektóre komórki organizacyjne. Szpital, ze względu na konieczność redukcji własnych kosztów operacyjnych powinien prowadzić oszczędną gospodarkę własnymi pomieszczeniami, a nadwyżki przeznaczać na wynajem. Pozwoli to w najgorszym przypadku pokryć chociaż koszty ich utrzymania. W związku z tym należy podjąć następujące działania:
 - a. przystąpić do rozliczania kierowników komórek organizacyjnych z kosztów utrzymania ich infrastruktury technicznej; pozwoli to uwolnić dodatkowe rezerwy powierzchni i urealnić ich koszty działalności operacyjnej.
 - b. opracować wewnętrzne procedury zarządzania powierzchnią i najmami i wyznaczyć właściwe struktury organizacyjne do ich realizacji. Do wynajmu, wg. szacunku audytorów, może być finalnie co najmniej 1500 m².
2. Instalacje wentylacyjne są w bardzo złym stanie technicznym. Na 31 central wentylacyjnych sprawnych jest tylko 8. Budynek A, C oraz E+N nie posiadają już żadnej w pełni sprawnej instalacji wentylacyjnej. Budynek D jest właściwie wentylowany tylko w 50%. Na 11 central, sprawnych są tylko 2 wentylacyjne oraz 3 klimatyzacyjne, zasilające Neonatologię, Trakt Porodowy oraz częściowo Oddział Intensywnej Terapii. Zaleca się przygotowanie w trybie awaryjnym koncepcji sukcesywnych napraw urządzeń na instalacjach wentylacyjnych i klimatyzacyjnych.
3. Generalnie stan majątku Spółki wskazuje na niskie jego wyeksploatowanie. W niektórych jednak pozycjach występują urządzenia i sprzęt medyczny wyeksploatowany już w 100%. Dane te wskazują już na konieczność zaplanowania w budżecie inwestycyjnym Spółki środków na stopniowe odtwarzanie stanu systemów infrastrukturalnych i odnawianie wyposażenia medycznego. jako najważniejsze kierunki, zdaniem audytorów, powinny zostać przyjęte następujące obszary inwestycyjne:
 - dostosowanie bazy technicznej do obowiązujących przepisów przeciwpożarowych, wynikających z Rozporządzenia Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 roku w sprawie warunków technicznych, jakim powinny odpowiadać budynki i ich usytuowanie oraz z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
 - odnawianie sprzętu i wyposażenia medycznego, dla zachowania i rozwoju zdolności do udzielania pożądaných świadczeń medycznych;
 - remonty odtworzeniowe i zabezpieczające przed degradacją budynków szpitalnych, aktualnie dotyczy to remontu dachów, opierzeni, rynien i rur spustowych;
 - przywrócenie sprawności systemów wentylacji i klimatyzacji;
 - opracowanie planu (harmonogramu) stopniowego odświeżania i modernizacji stanu pomieszczeń szpitalnych.

Ważnym jest aby pomimo trudnej sytuacji w obszarze finansowania działalności Szpitala, Spółka nie traciła z oczu potrzeb zakupowych i remontowych i przyjęła procedury postępowania aby przeciwdziałać degradacji majątku i wyposażenia.



15. Strategia finansowa - harmonogram wdrożenia planu naprawczego

W poniższej tabeli przedstawiono harmonogram wdrożenia planu naprawczego dla Szpitala w Miliczu. W harmonogramie ujęte zostały działania dla dwóch wariantów prognoz finansowych.

Tabela 130 Harmonogram działań naprawczych przyjętych dla wariantu 1

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
1	Optymalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy		-	-	optymalizacja zatrudnienia
1.1	Weryfikacja kwalifikacji, doświadczenia, efektywności pracy pracowników celem wytypowania osób do zwolnienia (w tym rozmowy ze związkami zawodowymi)	na bieżąco	-	Oszczędność w skali roku 2 152 911 zł	redukcja personelu ustalona ze związkami zawodowymi
1.2	Wręczenie wypowiedzeń pracownikom z tytułu optymalizacji zatrudnienia	od 09.2023	249 852 zł		redukcja liczby pracowników
1.3	Wypłata odpraw dla zwalnianych pracowników	od 12.2023			
1.4	Wprowadzenie nowej organizacji pracy	od 01.2024 do 12.2024	-		obniżenie kosztów zatrudnienia, poprawa organizacji pracy personelu
2.	Uporządkowanie procedur zarządczych na poszczególnych szczeblach zarządzania	1 rok		Podniesienie sprawności i skuteczności zarządzania, które może przełożyć się na wzrost efektywności finansowej działalności operacyjnej co pozwoli osiągnąć oszczędność na kosztach operacyjnych nawet do 5%	<i>Zwiększenie integracji personelu wokół problemów związanych z uzyskiwaniem oszczędności i racjonalizacją gospodarowania</i>
a.	Uzupełnienie zakresów odpowiedzialności kierowników o kwestie związane z zarządzaniem sprzedażą i odpowiedzialnością za efekty ekonomiczne działalności operacyjnej	3 miesiące	-		
b.	Przystosowanie procedur obiegu i akceptacji dokumentów kosztowych oraz sposobów rozliczania kosztów do nowej mapy kompetencyjnej kierowników	6 miesięcy			



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
c.	Opracowanie i wdrożenie systemu bieżącego planowania i wyznaczania indywidualnych zadań dla poszczególnych obszarów (kierowników) struktury organizacyjnej - wstęp do budowania systemu controllingu	10 miesięcy			
d.	Opracowanie systemu bieżącej informacji kierowniczej do potrzeb wynikających z zadań i zakresów odpowiedzialności kierowników.	10 miesięcy			
3.	Racjonalizacja zarządzania żywieniem pacjentów	6 miesięcy	-	500 000 zł	
4.	Usprawnienie zarządzania usługami hotelowymi - logistyką pościeli	6 miesięcy	-	500 000 zł	Podniesienie sprawności funkcjonowania logistyki obsługi hotelowej i wzrost poczucia odpowiedzialności za koszty wśród personelu niższego
5.	Zmniejszenie kosztów sprawowania zarządu (koszty administracji). Koszty zarządzania w 2022 roku przekroczyły 7,8% wszystkich kosztów operacyjnych. Poziom akceptowalny dla szpitali tej wielkości to 5,5%.	2 lata	-	W celu dorównania do wyznaczonych przez inne jednostki medyczne danych benchmarkowych, oszczędności na kosztach zarządu powinny wynosić 1,3 mln zł w skali roku. Sądymy, że dumą może napawać Spółkę gdy osiągnie połowę tej kwoty.	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki
6.	Wdrożenie wewnętrznych procedur zarządzania powierzchnią operacyjną i procedur zarządzania najmami powierzchni	1 rok	-	650 000 zł	Obniżenie kosztów własnych działalności, powstrzymanie degradacji budynków
7.	Zmiana zasilania szpitalnej kotłowni z oleju opałowego na gaz ziemny	3 miesiące	-	400 000 zł	
8.	Optymalizacja zużycia materiałów medycznych	1 rok	-	200 000 zł	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 131 Harmonogram działań naprawczych przyjętych dla wariantu 2

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
1	Optimalizacja stanu i struktury zatrudnienia, organizacji pracy		-	-	optimalizacja zatrudnienia
1.1	Weryfikacja kwalifikacji, doświadczenia, efektywności pracy pracowników celem wytypowania osób do zwolnienia (w tym rozmowy ze związkami zawodowymi)	na bieżąco	-	Oszczędność w skali roku 2 152 911 zł	redukcja personelu ustalona ze związkami zawodowymi
1.2	Wręczenie wypowiedzeń pracownikom z tytułu optymalizacji zatrudnienia	od 09.2023	249 852 zł		redukcja liczby pracowników
1.3	Wyplata odpraw dla zwalnianych pracowników	od 12.2023			
1.4	Wprowadzenie nowej organizacji pracy	od 01.2024 do 12.2024	-		obniżenie kosztów zatrudnienia, poprawa organizacji pracy personelu
2.	Uporządkowanie procedur zarządczych na poszczególnych szczeblach zarządzania	1 rok		Podniesienie sprawności i skuteczności zarządzania, które może przełożyć się na wzrost efektywności finansowej działalności operacyjnej co pozwoli osiągnąć oszczędność na kosztach operacyjnych nawet do 5%	<i>Zwiększenie integracji personelu wokół problemów związanych z uzyskiwaniem oszczędności i racjonalizacją gospodarowania</i>
a.	Uzupełnienie zakresów odpowiedzialności kierowników o kwestie związane z zarządzaniem sprzedażą i odpowiedzialnością za efekty ekonomiczne działalności operacyjnej	3 miesiące	-		
b.	Przystosowanie procedur obiegu i akceptacji dokumentów kosztowych oraz sposobów rozliczania kosztów do nowej mapy kompetencyjnej kierowników	6 miesięcy			



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt		
				ekonomiczny	jakościowy	
c.	Opracowanie i wdrożenie systemu bieżącego planowania i wyznaczania indywidualnych zadań dla poszczególnych obszarów (kierowników) struktury organizacyjnej - wstęp do budowania systemu controllingu	10 miesięcy	-			
d.	Opracowanie systemu bieżącej informacji kierowniczej do potrzeb wynikających z zadań i zakresów odpowiedzialności kierowników.	10 miesięcy				
3.	Racjonalizacja zarządzania żywieniem pacjentów	6 miesięcy		500 000 zł		
4.	Usprawnienie zarządzania usługami hotelowymi - logistyką pościeli	6 miesięcy		500 000 zł	Podniesienie sprawności funkcjonowania logistyki obsługi hotelowej i wzrost poczucia odpowiedzialności za koszty wśród personelu niższego	
5.	Zmniejszenie kosztów sprawowania zarządu (koszty administracji). Koszty zarządzania w 2022 roku przekroczyły 7,8% wszystkich kosztów operacyjnych. Poziom akceptowalny dla szpitali tej wielkości to 5,5%.	2 lata		w celu dorównania do wyznaczonych przez inne jednostki medyczne danych benchmarkowych, oszczędności na kosztach zarządu powinny wynosić 1,3 mln zł w skali roku. Sadzimy, że dumą może napawać Spółkę gdy osiągnie połowę tej kwoty.	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki	
6.	Wdrożenie wewnętrznych procedur zarządzania powierzchnią operacyjną i procedur zarządzania najmami powierzchni	1 rok		-	650 000 zł	Obniżenie kosztów własnych działalności, powstrzymanie degradacji budynków
7.	Zmiana zasilania szpitalnej kotłowni z oleju opałowego na gaz ziemny	3 miesiące			400 000 zł	



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Lp.	Harmonogram działań	Okres realizacji	Koszt wprowadzenia	Efekt	
				ekonomiczny	jakościowy
8.	Optimalizacja zużycia materiałów medycznych	1 rok	-	200 000 zł	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki
9.	Utworzenie Centrum Zdrowia Psychicznego	od listopada 2023	-	350 000 zł / miesięcznie	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki
10.	Poprawa efektywności Oddziału Rehabilitacji	od listopada 2023	-	200 000 zł / miesięcznie	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki
11.	Poprawa efektywności Opieki skoordynowanej POZ	od listopada 2023	-	30 000 zł / miesięcznie	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki
12.	Poprawa efektywności ZOL	od listopada 2023	-	50 000 zł / miesięcznie	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki
13.	Likwidacja Oddziału Gin-Poł	od 2024	-	1 500 000 zł rocznie	Usprawnienie operacyjne działalności Spółki

Źródło: opracowanie własne.



16. Prognozy finansowe

16.1. Wariantowe prognozy finansowe z uwzględnieniem efektów restrukturyzacji w okresie kredytowania

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

- Wariant 0,
- Wariant 1,
- Wariant 2.

Wariant 0 – Wariant zerowy (utrzymuje się status quo) stanowi punkt odniesienia dla wariantu naprawczego 1 (dalej: Wariant 1) oraz wariantu naprawczego 2 (dalej: Wariant 2) prognoz finansowych. Przeprowadzono dla niego symulację rachunku zysków i strat, bilansu oraz rachunku przepływów pieniężnych na okres 2023-2030, przy następujących założeniach:

1. Jednostka funkcjonuje w ramach dotychczasowej struktury organizacyjnej.
2. Brak działań optymalizujących działalność Szpitala (tu rekomendowanych przez ZUK Know How Sp. z o.o.),

Wariant 1 – Wariant naprawczy, uwzględniający następujące założenia:

Nazwa obszaru	Szacowane oszczędności / dodatkowe przepływy
Obszar kadrowy (optymalizacja zatrudnienia i kosztów z nim związanych)	2,1 mln PLN
Obszar medyczny (optymalizacja zużycia materiałów medycznych)	+ 0,2 mln PLN
Obszar organizacyjno-zarządczy (żywienie, usługi hotelowe, zarządzanie powierzchnią, zarządzanie kotłownią).	2,1 mln PLN

Efektom wdrożenia wyżej wymienionych działań naprawczych jest poziom osiągniętych oszczędności. Łączne oszczędności przyjęte w Wariacie 1 to około 4,4 mln PLN rocznie.

Wariant 2 – Wariant naprawczy, uwzględniający następujące założenia:

Nazwa obszaru	Szacowane oszczędności / dodatkowe przepływy
Obszar kadrowy (optymalizacja zatrudnienia i kosztów z nim związanych)	+ 2,1 mln PLN
Obszar medyczny (optymalizacja zużycia materiałów medycznych)	+ 0,2 mln PLN
Obszar organizacyjno-zarządczy (żywienie, usługi hotelowe, zarządzanie powierzchnią, zarządzanie kotłownią).	+ 2,1 mln PLN
Obszar wprowadzenia / reorganizacji nowych działalności	+ 7,5 mln PLN
Obszar likwidacji obecnych działalności	+1,5 mln PLN

Efektom wdrożenia wyżej wymienionych działań naprawczych jest poziom osiągniętych oszczędności. Łączne oszczędności przyjęte w Wariacie 2 to około 13,2 mln PLN rocznie.



Podstawą założeń do prognoz finansowych są dane za lata 2019-2022 oraz okres styczeń – kwiecień 2023, a także plan finansowy na rok 2023 udostępniony przez Szpital.

16.2. Prognoza przychodów

1. Przychody z NFZ:

- a. Wartość kontraktu NFZ na rok 2023 założona została na podstawie pełnych danych za rok 2022 r. oraz obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2023 r. w sprawie rekomendacji nr 54/2023 z dnia 31 maja 2023 r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Co do zasady oznacza to sumaryczny wzrost o około 12% (inflacyjnych), co też przyjęto w dalszych obliczeniach. Tym samym łączna wartość kontraktu NFZ została przyjęta na poziomie 73,5 mln PLN.
- b. Dla okresu kolejnego roku tj. 2024 wartość kontraktu została oszacowana w wysokości 77,1 mln PLN, który został oszacowany na podstawie prognozowanych danych na rok 2023, powiększonych wskaźnik wzrostu inflacji w wysokości 5,7%.
- c. W kolejnych latach prognozy, przychody zostały zwiększane o odpowiedni dla danego roku wskaźnik inflacji.
- d. Przychód z tytułu kontraktu NFZ, w 2023 r. został powiększony o 2,9 mln PLN, co jest spowodowane wypłaceniem przez NFZ nadwykonań w tej kwocie, za lata ubiegłe.

2. Pozostałe przychody działalności podstawowej:

Pozostałe przychody ze sprzedaży produktów dla roku 2022 oszacowane zostały na podstawie danych za okres 2019 – 2023 oraz okres styczeń – kwiecień 2023. Dla wielkości w latach prognozy 2023 - 2030 przyjęto wskaźnik wzrostowy na podstawie prognozowanej inflacji.

3. Pozostałe przychody:

- a. Pozostałe przychody zaprognozowane zostały na podstawie ich wartości z lat poprzednich, uwzględniając w kolejnych latach prognozy wskaźnik wzrostowy na poziomie prognozy inflacji,
- b. Dla przychodów z tytułu rozliczenia dotacji obliczono poziom wynikający z odpisów amortyzacyjnych środków trwałych zakupionych ze środków pochodzących z dotacji. W prognozie założono kontynuację rozliczania dotacji zgodnie z dostępnymi danymi.
- c. Przychody finansowe zostały zaprognozowane na podstawie danych historycznych z uwzględnieniem wskaźnika wzrostowego w kolejnych latach prognozy na poziomie prognozowanej inflacji.

Poziom przychodów z działalności podstawowej we wszystkich wariantach przyjmuje te same wartości.



16.3. Prognoza kosztów

1. Koszty operacyjne:

Dla celów szczegółowej prognozy koszty rodzajowe podzielone zostały na odpowiednie podgrupy, które były prognozowane na odmiennych zasadach. Wyszczególniono następujące grupy kosztowe:

- Koszty amortyzacji zostały oszacowane na podstawie prognozowanej amortyzacji na rok 2023.
- **grupę kosztów zmiennych** (m.in. zużycie materiałów medycznych, artykułów żywnościowych, pościeli), których poziom jest zależny od wypracowanych przychodów – koszty te zostały zaprognozowane na podstawie wskaźnika przeliczającego wartość kosztu na jednostkę przychodu. Koszty tej grupy w kolejnych latach prognozy finansowej uwzględniają wskaźniki wzrostowe przyjęte w modelu (inflacja).
- **grupę kosztów stałych** Do tej grupy zaliczono między innymi: koszty usług remontowych, łączności, dzierżawy, podatków i opłat itp.
- **koszty wynagrodzeń oraz umów cywilnoprawnych personelu** Jednostki na rok 2023 oszacowane zostały na podstawie danych z roku 2022 r. oraz okres styczeń – kwiecień 2023 r. powiększonych o symulację kosztów wynagrodzeń wynikających z ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych. W kolejnych latach przedmiotowa grupa kosztów została powiększona o wskaźnik inflacji, który odzwierciedla wysoką presję płacową w Jednostkach medycznych.
- Kolejne lata zostały zaprognozowane z wykorzystaniem następujących wskaźników inflacji:
 - 2023 – 11,90%,
 - 2024 – 5,70%,
 - 2025 – 3,50%,
 - 2026 i dalej – 2,50% (cel inflacyjny),

Koszty operacyjne w wariantcie naprawczym ulegają zmianie stosownie do przyjętych działań optymalizujących.

2. Pozostałe koszty:

- Pozostałe koszty operacyjne zaprognozowane zostały na podstawie ich wartości z lat 2019 – 2022.
- Koszty finansowe zaprognozowane zostały na podstawie danych historycznych oraz harmonogramów spłat kredytów i pożyczek.



16.4. Planowane inwestycje i źródła finansowania (dotacje/ udział własny/ dług)

Ze względu na brak sprecyzowanego planu inwestycyjnego Szpitala nie zakładano inwestycji – poziom gotówki na koniec roku odzwierciedla możliwości Szpitala do inwestycji środków.

16.5. Prognozowane sprawozdania finansowe (bilans, rachunek zysków i strat, przepływy)

Oprócz wcześniej wspomnianych założeń dotyczących prognoz kosztów i przychodów poniżej przedstawiono założenia dotyczące prognoz bilansu oraz rachunku przepływów pieniężnych.

Aktywa trwałe

1. Środki trwałe i wartości niematerialne i prawne:

Wartości środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych wykazano w wartościach netto przy uwzględnieniu planu amortyzacji Jednostki na rok 2023.

Aktywa obrotowe

1. **Zapasy** – wartość zapasów została zaprognozowana na podstawie historycznych wartości wskaźnika zapasów na poziomie 7,5 dni.
2. **Należności z tytułu dostaw i usług** – należności z tytułu dostaw i usług zostały zaprognozowane na podstawie historycznego wskaźnika rotacji należności wynoszącego 40 dni.

Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania

1. **Rezerwy na świadczenia emerytalne** – założono na podstawie danych za rok 2022, skorygowane o rosnące koszty wynagrodzeń i pochodnych.
2. **Zobowiązania:**
 - Zobowiązania z tytułu dostaw i usług – wartość bieżących zobowiązań handlowych wobec dostawców została zaprognozowana na podstawie historycznych wskaźników rotacji zobowiązań handlowych na poziomie 40 dni.
 - Zobowiązania z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń – zostały zaprognozowane na poziomie roku 2022,
 - Zobowiązania z tytułu wynagrodzeń – zostały zaprognozowane zostały zaprognozowane na poziomie roku 2022,
 - Inne zobowiązania zostały zaprognozowane zostały zaprognozowane na poziomie roku 2022.

Rozliczenia międzyokresowe

- Rozliczenia międzyokresowe przychodów – dotyczą rozliczanych w czasie dotacji, zostały zaprognozowane zgodnie z harmonogramem przekazany przez Jednostkę.



Splata długu dla ZUS

- Ze względu na brak otrzymania szczegółowej informacji odnośnie spłaty zadłużenia względem ZUS, przyjęto, że kwota 15 mln PLN (jest to kwota szacunkowa na podstawie kontaktów roboczych), zostanie spłacona bez odsetkowo na przestrzeni 15 najbliższych lat – roczna rata wyniesie 1 mln PLN. Spłatę odzwierciedlono poprzez zmianę stanu zobowiązań.

Poniżej zostały przedstawione prognozowane sprawozdania finansowe składające się z rachunku zysków i strat, bilansu i rachunku przepływów pieniężnych dla poszczególnych wariantów.

Tabela 132 Prognoza rachunku zysków i strat w okresie prognozy– Wariant 0

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY	78 141 251	79 461 615	82 242 771	84 298 840	86 406 311	88 566 469	90 780 631	93 050 147
Przychody ze sprzedaży produktów	78 141 251	79 461 615	82 242 771	84 298 840	86 406 311	88 566 469	90 780 631	93 050 147
Przychody ze sprzedaży towarów/materiałów	0	0	0	0	0	0	0	0
KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	89 226 967	94 137 329	97 171 084	99 527 185	101 942 189	102 964 376	105 485 916	108 055 165
Amortyzacja	3 080 267	3 080 267	2 927 024	2 927 024	2 927 024	1 473 831	1 458 108	1 426 662
Zużycie materiałów i energii	11 891 147	12 568 942	13 008 855	13 334 077	13 667 429	14 009 114	14 359 342	14 718 326
Usługi obce	28 518 134	30 143 667	31 198 695	31 978 663	32 778 129	33 597 583	34 437 522	35 298 460
Podatki i opłaty	732 196	773 931	801 019	821 044	841 571	862 610	884 175	906 279
Wynagrodzenia	37 190 919	39 310 801	40 686 679	41 703 846	42 746 442	43 815 103	44 910 481	46 033 243
Ubezpieczenia	7 438 184	7 862 160	8 137 336	8 340 769	8 549 288	8 763 021	8 982 096	9 206 649
Pozostałe koszty rodzajowe	376 122	397 560	411 475	421 762	432 306	443 114	454 192	465 546
Wartość sprzedanych materiałów i towarów	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA NA SPRZEDAŻY W PLN	-11 085 716	-14 675 715	-14 928 313	-15 228 345	-15 535 878	-14 397 907	-14 705 285	-15 005 018
PPO	6 731 564	6 935 368	6 937 387	7 035 177	7 135 412	5 003 526	4 855 490	4 963 432
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	3 156 054	3 156 054	3 025 798	3 025 798	3 025 798	791 172	537 827	537 827
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	3 575 510	3 779 314	3 911 590	4 009 379	4 109 614	4 212 354	4 317 663	4 425 605
PKO	2 995 684	3 166 438	3 277 263	3 359 195	3 443 174	3 529 254	3 617 485	3 707 922
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	2 995 684	3 166 438	3 277 263	3 359 195	3 443 174	3 529 254	3 617 485	3 707 922
MARŻA EBIT W PLN	-7 349 836	-10 906 785	-11 268 188	-11 552 362	-11 843 641	-12 923 634	-13 467 280	-13 749 509
PRZYCHODY FINANSOWE	4 518	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	4 518	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0
KOSZTY FINANSOWE	600 235	959 908	1 330 245	1 719 661	2 129 534	2 560 696	3 014 010	3 476 682
Odsetki	600 235	959 908	1 330 245	1 719 661	2 129 534	2 560 696	3 014 010	3 476 682
Aktualizacja wartości	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA BRUTTO W PLN	-7 945 553	-11 861 918	-12 593 491	-13 266 958	-13 967 982	-15 479 007	-16 475 834	-17 220 598
Podatek dochodowy	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA NETTO W PLN	-7 945 553	-11 861 918	-12 593 491	-13 266 958	-13 967 982	-15 479 007	-16 475 834	-17 220 598

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 133 Prognoza bilansu w okresie prognozy – Wariant 0

AKTYWA	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
AKTYWA TRWAŁE	31 929 642	28 849 376	25 922 351	22 995 327	20 068 303	18 594 472	17 136 364	15 709 702
WNiP	153 243	0	0	0	0	0	0	0
RAT	31 642 438	28 715 414	25 788 389	22 861 365	19 934 341	18 460 510	17 002 402	15 575 740
Inwestycje długoterminowe	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462
Długoterminowe rozliczenia	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500
AKTYWA OBROTOWE	11 150 979	11 325 193	11 692 151	11 963 438	12 241 507	12 526 528	12 818 675	13 118 125
Zapasy	1 627 943	1 655 450	1 713 391	1 756 226	1 800 131	1 845 135	1 891 263	1 938 545
Należności krótkoterminowe	8 987 057	9 133 764	9 442 782	9 671 234	9 905 397	10 145 415	10 391 433	10 643 601
Inwestycje krótkoterminowe	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263
Krótkoterminowe rozliczenia	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716
AKTYWA RAZEM	43 080 621	40 174 569	37 614 503	34 958 766	32 309 810	31 121 000	29 955 038	28 827 827
PASYWA	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
KAPITAŁ WŁASNY	-22 628 151	-34 490 069	-47 083 560	-60 350 518	-74 318 500	-89 797 507	-106 273 342	-123 493 940
Kapitał podstawowy	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500
Kapitał zapasowy	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263
Pozostały kapitał	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425
Zysk/strata z lat ubiegłych	-40 266 786	-48 212 339	-60 074 257	-72 667 748	-85 934 706	-99 902 688	-115 381 695	-131 857 529
Zysk/strata netto	-7 945 553	-11 861 918	-12 593 491	-13 266 958	-13 967 982	-15 479 007	-16 475 834	-17 220 598
ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	65 708 772	74 664 638	84 698 063	95 309 283	106 628 310	120 918 507	136 228 380	152 321 767
Rezerwy na zobowiązania	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968
Zobowiązania długoterminowe	4 218 917	3 618 917	3 018 917	2 418 917	1 818 917	1 218 917	618 917	18 917
Zobowiązania krótkoterminowe	40 199 959	52 911 878	66 571 101	80 808 120	95 752 944	111 434 313	127 882 013	145 113 227
Rozliczenia międzyokresowe	15 175 928	12 019 874	8 994 076	5 968 279	2 942 481	2 151 309	1 613 482	1 075 655
PASYWA RAZEM	43 080 621	40 174 569	37 614 503	34 958 766	32 309 810	31 121 000	29 955 038	28 827 827

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 134 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych w okresie prognozy – Wariant 0

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
WYNIK NETTO	-7 945 553	-11 861 918	-12 593 491	-13 266 958	-13 967 982	-15 479 007	-16 475 834	-17 220 598
KOREKTY RAZEM	9 073 226	13 417 050	14 518 794	15 581 553	16 692 323	18 634 380	20 084 389	21 291 688
Amortyzacja	3 080 267	3 080 267	2 927 024	2 927 024	2 927 024	1 473 831	1 458 108	1 426 662
Odsetki i udziały w zyskach	595 717	955 133	1 325 303	1 714 595	2 124 341	2 555 373	3 008 554	3 471 090
Zmiana stanu rezerw	0	0	0	0	0	0	0	0
Zmiana stanu zapasów	7 044	-27 508	-57 941	-42 835	-43 906	-45 003	-46 128	-47 282
Zmiana stanu należności	-1 060 722	-146 707	-309 017	-228 452	-234 163	-240 018	-246 018	-252 168
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	6 996 180	12 711 919	13 659 223	14 237 018	14 944 825	15 681 369	16 447 700	17 231 214
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-545 260	-3 156 054	-3 025 798	-3 025 798	-3 025 798	-791 172	-537 827	-537 827
Inne korekty	0	0	0	0	0	0	0	0
PRZEPŁYW OPERACYJNY	1 127 672	1 555 133	1 925 303	2 314 595	2 724 341	3 155 373	3 608 554	4 071 090
WPŁYWY	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie WNIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0
WYDATKI	6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
Nabycie WNIP oraz RAT	6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0
PRZEPŁYW INWESTYCYJNY	-6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
WPŁYWY	5 882 791	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Wpływy netto z wydania udziałów	500 000	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	0	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy finansowe	5 382 791	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
WYDATKI	800 235	1 559 908	1 930 245	2 319 661	2 729 534	3 160 696	3 614 010	4 076 682
Splata kredytów	200 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	600 235	959 908	1 330 245	1 719 661	2 129 534	2 560 696	3 014 010	3 476 682
PRZEPŁYW FINANSOWY	5 082 556	-1 555 133	-1 925 303	-2 314 595	-2 724 341	-3 155 373	-3 608 554	-4 071 090
Przepływy pieniężne netto razem	-512 613	0	0	0	0	0	0	0
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-512 613	0	0	0	0	0	0	0
Środki pieniężne na początek okresu	801 876	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263
Środki pieniężne na koniec okresu	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263

Źródło: opracowanie własne.

Prognoza rachunku zysków i strat wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki w 2023 r., będzie przypominała tą z roku poprzedniego. Założona dynamika przychodów na poziomie inflacyjnym, wraz z rosnącymi w niemal ten sam sposób kosztami operacyjnymi sprawi, że prawdopodobnie wynik na sprzedaż (po odliczeniu kosztów amortyzacji) ukształtuje się na poziomie -11 mln PLN (w 2022 r. było to -13,1 mln PLN, wzrost wynika z zapłaty nadwykonań). Oznacza to pewnego rodzaju status quo, gdzie Szpital w dalszym ciągu posiadać będzie wysokie koszty związane z m.in. utrzymaniem kadry pracowniczej (uwagę na ten temat zwrócono w części audytowej), wysokimi kosztami usług hotelowych czy też kosztami wyżywienia.

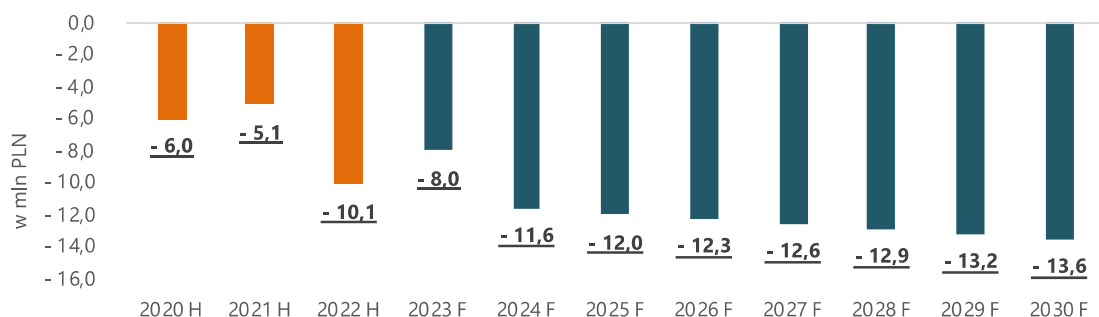
W kolejnych latach ze względu na założeniu o braku podejmowania działań naprawczych ze strony Szpitala, wyniki będą ulegały stopniowej degradacji. Prognozuje się, że średni wynik na sprzedaży po wyłączeniu kosztów amortyzacji (ze względu na brak pewnego planu inwestycyjnego Jednostki, jest to miernik, który w najbardziej precyzyjny sposób może odzwierciedlić rzeczywistą rentowność jednostki) kształtować się będzie na poziomie około -12,5 mln PLN.

Symulacja dla Wariantu 0 wskazuje również, że problem związany z zadłużeniem wymagalnym będzie narastał. W związku z tym, że prognozowana strata na wyniku netto to około -14 mln PLN, można oszacować, że wartość zadłużenia wymagalnego narastać będzie w podobnym tempie. Prognozuje się, że przy braku podjęcia jakichkolwiek działań naprawczych wartość zadłużenia wymagalnego na koniec 2030 r. może osiągnąć poziom około 100 mln PLN. Należy wskazać, że problem zadłużenia wymagalnego z czasem stanie się coraz bardziej uciążliwy dla Jednostki, ze względu na konieczność ponoszenia coraz większych kosztów finansowych, być może (prognoza tego nie zakłada) spowoduje to konieczność uruchomienia np. finansowania obrotowego aby spłacić chociaż część zadłużenia, jednak ze względu na brak rentowności spowoduje to uruchomienie mechanizmu spirali zadłużenia.

Na wykresach poniżej zaprezentowano jak prawdopodobnie kształtować się będzie wynik na działalności podstawowej (bez amortyzacji), wynik finansowy netto oraz zadłużenia wymagalnego w latach 2023 - 2030.

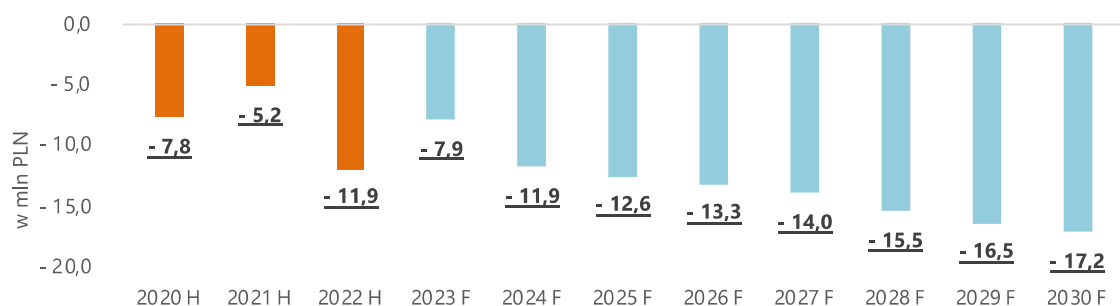


Wykres 58 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 0



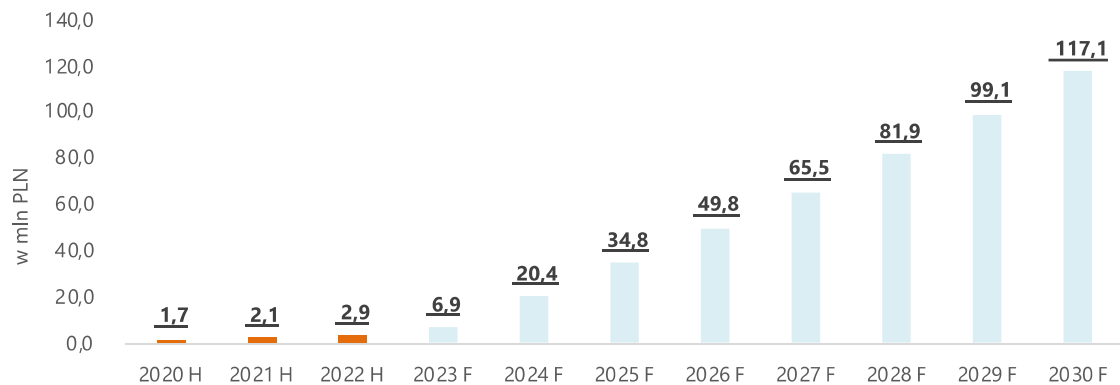
Źródło: opracowanie własne.

Wykres 59 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 0



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 60 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 0



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie symulacji dla wariantu 0:

W przypadku braku poprawy sytuacji finansowej poprzez wprowadzenie natychmiastowych kroków w postaci działań naprawczych, które skorygują wyniki finansowe, Jednostka będzie generować roczną stratę w wysokości około 13 mln PLN (wynik na sprzedaży bez amortyzacji).



Jednostka, ze względu na długotrwały brak rentowności, który potęgowany jest wysoką inflacją, będzie zmuszona posługiwać się zadłużeniem przeterminowanym, które na koniec okres prognozy może wynosić około 100 mln PLN.

Dodatkowym zagrożeniem jest brak środków na doinwestowanie w sprzęt oraz obiekty – poprzez brak inwestycji, majątek Jednostki może ulec całkowitej erozji, co w przypadku Jednostki medycznej może oznaczać zagrożenie kontynuacji działalności.

Zaleca się wprowadzenie natychmiastowych działań naprawczych mających na celu poprawę wyników finansowych.

Wariant 1

W Wariantcie 1 przeprowadzono symulację rachunku zysków strat, bilansu, rachunku przepływów pieniężnych Jednostki na okres 2023 – 2030. Punktem wyjścia analizy jest wariant 0.

W wariantcie 1 uwzględniono działania naprawcze rekomendowane do wprowadzenia przez ZUK Know How Sp. z o.o.

Tabela 135 Przyjęte oszczędności – Wariant 1

Oszczędności Wariant 1	Wartość w mln PLN
Sfera Kadrowa	2,15
Żywnienie	0,50
Usługi hotelowe	0,50
Zarządzanie powierzchnią	0,65
Kotłownia	0,40
Gospodarowanie materiałami medycznymi	0,20
Łączna wartość	4,40

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 136 Prognoza rachunku zysków i strat w okresie prognozy – Wariant 1

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY	78 141 251	79 461 615	82 242 771	84 298 840	86 406 311	88 566 469	90 780 631	93 050 147
Przychody ze sprzedaży produktów	78 141 251	79 461 615	82 242 771	84 298 840	86 406 311	88 566 469	90 780 631	93 050 147
Przychody ze sprzedaży towarów/materiałów	0	0	0	0	0	0	0	0
KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	89 226 967	90 496 273	92 575 483	94 794 268	97 090 949	97 991 854	100 389 082	102 830 910
Amortyzacja	3 080 267	3 080 267	2 927 024	2 927 024	2 927 024	1 473 831	1 458 108	1 426 662
Zużycie materiałów i energii	11 891 147	10 302 092	10 566 165	10 807 893	11 078 090	11 355 042	11 638 918	11 929 891
Usługi obce	28 518 134	29 836 467	30 891 495	31 663 783	32 455 377	33 266 762	34 098 431	34 950 892
Podatki i opłaty	732 196	773 931	801 019	821 044	841 571	862 610	884 175	906 279
Wynagrodzenia	37 190 919	38 459 801	39 148 587	40 127 302	41 130 484	42 158 746	43 212 715	44 293 033
Ubezpieczenia	7 438 184	7 646 154	7 829 717	8 025 460	8 226 097	8 431 749	8 642 543	8 858 607
Pozostałe koszty rodzajowe	376 122	397 560	411 475	421 762	432 306	443 114	454 192	465 546
Wartość sprzedanych materiałów i towarów	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA NA SPRZEDAŻY W PLN	-11 085 716	-11 034 659	-10 332 712	-10 495 428	-10 684 638	-9 425 385	-9 608 451	-9 780 763
PPO	6 731 564	6 935 368	6 937 387	7 035 177	7 135 412	5 003 526	4 855 490	4 963 432
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	3 156 054	3 156 054	3 025 798	3 025 798	3 025 798	791 172	537 827	537 827
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	3 575 510	3 779 314	3 911 590	4 009 379	4 109 614	4 212 354	4 317 663	4 425 605
PKO	2 995 684	3 166 438	3 277 263	3 359 195	3 443 174	3 529 254	3 617 485	3 707 922



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	2 995 684	3 166 438	3 277 263	3 359 195	3 443 174	3 529 254	3 617 485	3 707 922
MARŻA EBIT W PLN	-7 349 836	-7 265 728	-6 672 588	-6 819 445	-6 992 400	-7 951 113	-8 370 446	-8 525 253
PRZYCHODY FINANSOWE	4 518	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	4 518	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0
KOSZTY FINANSOWE	600 235	850 676	1 079 869	1 319 786	1 572 125	1 837 389	2 116 099	2 395 106
Odsetki	600 235	850 676	1 079 869	1 319 786	1 572 125	1 837 389	2 116 099	2 395 106
Aktualizacja wartości	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA BRUTTO W PLN	-7 945 553	-8 111 630	-7 747 514	-8 134 165	-8 559 333	-9 783 179	-10 481 089	-10 914 767
Podatek dochodowy	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA NETTO W PLN	-7 945 553	-8 111 630	-7 747 514	-8 134 165	-8 559 333	-9 783 179	-10 481 089	-10 914 767

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 137 Prognoza bilansu w okresie prognozy – Wariant 1

AKTYWA	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
AKTYWA TRWAŁE	31 929 642	28 849 376	25 922 351	22 995 327	20 068 303	18 594 472	17 136 364	15 709 702
WNIP	153 243	0	0	0	0	0	0	0
RAT	31 642 438	28 715 414	25 788 389	22 861 365	19 934 341	18 460 510	17 002 402	15 575 740
Inwestycje długoterminowe	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462
Długoterminowe rozliczenia	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500
AKTYWA OBROTOWE	11 150 979	11 325 193	11 692 151	11 963 438	12 241 507	12 526 528	12 818 675	13 118 125
Zapasy	1 627 943	1 655 450	1 713 391	1 756 226	1 800 131	1 845 135	1 891 263	1 938 545
Należności krótkoterminowe	8 987 057	9 133 764	9 442 782	9 671 234	9 905 397	10 145 415	10 391 433	10 643 601
Inwestycje krótkoterminowe	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263
Krótkoterminowe rozliczenia	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716
AKTYWA RAZEM	43 080 621	40 174 569	37 614 503	34 958 766	32 309 810	31 121 000	29 955 038	28 827 827
PASYWA	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
KAPITAŁ WŁASNY	-22 628 151	-30 739 781	-38 487 295	-46 621 460	-55 180 792	-64 963 971	-75 445 060	-86 359 827
Kapitał podstawowy	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500
Kapitał zapasowy	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263
Pozostały kapitał	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425
Zysk/strata z lat ubiegłych	-40 266 786	-48 212 339	-56 323 969	-64 071 483	-72 205 647	-80 764 980	-90 548 159	-101 029 248
Zysk/strata netto	-7 945 553	-8 111 630	-7 747 514	-8 134 165	-8 559 333	-9 783 179	-10 481 089	-10 914 767
ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	65 708 772	70 914 350	76 101 798	81 580 225	87 490 603	96 084 972	105 400 099	115 187 654
Rezerwy na zobowiązania	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968
Zobowiązania długoterminowe	4 218 917	3 618 917	3 018 917	2 418 917	1 818 917	1 218 917	618 917	18 917
Zobowiązania krótkoterminowe	40 199 959	49 161 590	57 974 836	67 079 062	76 615 237	86 600 777	97 053 732	107 979 114
Rozliczenia międzyokresowe	15 175 928	12 019 874	8 994 076	5 968 279	2 942 481	2 151 309	1 613 482	1 075 655
PASYWA RAZEM	43 080 621	40 174 569	37 614 503	34 958 766	32 309 810	31 121 000	29 955 038	28 827 827

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 138 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych w okresie prognozy – Wariant 1

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
WYNIK NETTO	-7 945 553	-8 111 630	-7 747 514	-8 134 165	-8 559 333	-9 783 179	-10 481 089	-10 914 767
KOREKTY RAZEM	9 073 226	9 557 531	9 422 440	10 048 885	10 726 265	12 215 245	13 191 732	13 904 281
Amortyzacja	3 080 267	3 080 267	2 927 024	2 927 024	2 927 024	1 473 831	1 458 108	1 426 662
Odsetki i udziały w zyskach	595 717	845 901	1 074 926	1 314 720	1 566 932	1 832 066	2 110 643	2 389 514
Zmiana stanu rezerw	0	0	0	0	0	0	0	0
Zmiana stanu zapasów	7 044	-27 508	-57 941	-42 835	-43 906	-45 003	-46 128	-47 282
Zmiana stanu należności	-1 060 722	-146 707	-309 017	-228 452	-234 163	-240 018	-246 018	-252 168
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	6 996 180	8 961 631	8 813 246	9 104 225	9 536 175	9 985 540	10 452 954	10 925 382
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-545 260	-3 156 054	-3 025 798	-3 025 798	-3 025 798	-791 172	-537 827	-537 827
Inne korekty	0	0	0	0	0	0	0	0
PRZEPŁYW OPERACYJNY	1 127 672	1 445 901	1 674 926	1 914 720	2 166 932	2 432 066	2 710 643	2 989 514
WPŁYWY	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie WNIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
WYDATKI	6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
Nabycie WNIP oraz RAT	6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0
PRZEPIŁYW INWESTYCYJNY	-6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
WPŁYWY	5 882 791	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Wpływy netto z wydania udziałów	500 000	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	0	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy finansowe	5 382 791	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
WYDATKI	800 235	1 450 676	1 679 869	1 919 786	2 172 125	2 437 389	2 716 099	2 995 106
Splata kredytów	200 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	600 235	850 676	1 079 869	1 319 786	1 572 125	1 837 389	2 116 099	2 395 106
PRZEPIŁYW FINANSOWY	5 082 556	-1 445 901	-1 674 926	-1 914 720	-2 166 932	-2 432 066	-2 710 643	-2 989 514
Przepływy pieniężne netto razem	-512 613	0	0	0	0	0	0	0
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-512 613	0	0	0	0	0	0	0
Środki pieniężne na początek okresu	801 876	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263
Środki pieniężne na koniec okresu	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263

Źródło: opracowanie własne.

W wariantcie naprawczym 1 prognoza rachunku zysków i strat wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki mimo wprowadzeniu działań naprawczych w dalszym ciągu będzie zła.

W trakcie realizacji programu naprawczego wyniki ze sprzedaży polepszać będą się proporcjonalnie do harmonogramu wdrażania poszczególnych działań naprawczych, jednak jak wykazała analiza będą one niewystarczające do skali problemu Szpitala.

Po odliczeniu amortyzacji szacuje się, że wynik na działalności podstawowej od roku w którym wprowadza się pełne działania naprawcze tj. 2025 wynosić będzie około 8 mln PLN, co oznacza poprawę w stosunku do Wariantu 0 o około 4,5 mln PLN.

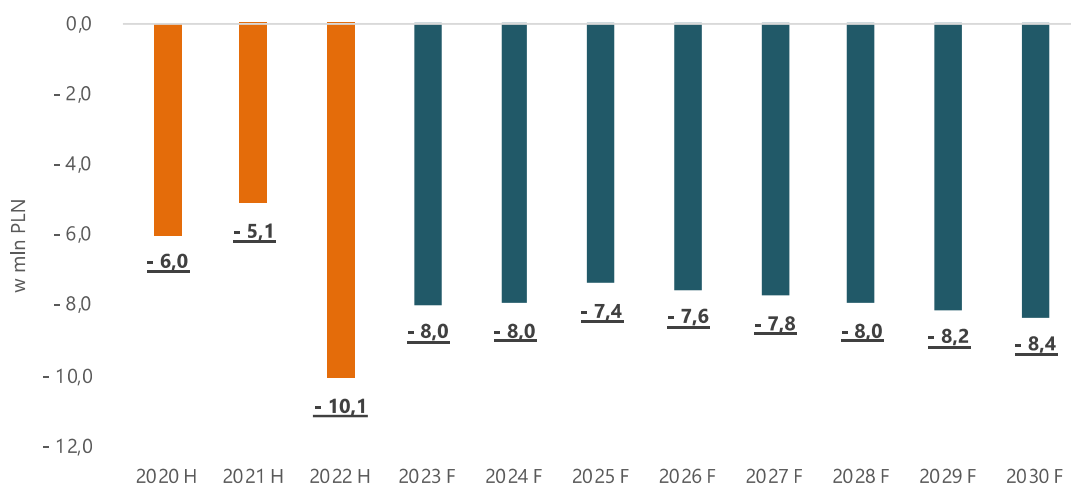
Wprowadzone działania naprawcze, nie zapobiegają również problemowi zadłużenia wymagalnego – prognozuje się, że na koniec 2030 r. zadłużenie z tego tytułu może wynieść około 80 mln PLN.

Ze względu na brak planu inwestycyjnego, również w Wariantcie Naprawczym odstąpiono od zakładania nakładów inwestycyjny.

Na wykresach poniżej zaprezentowano jak prawdopodobnie kształtować się będzie wynik na działalności podstawowej (bez amortyzacji), wynik finansowy netto oraz zadłużenia wymagalnego w latach 2023 – 2030.

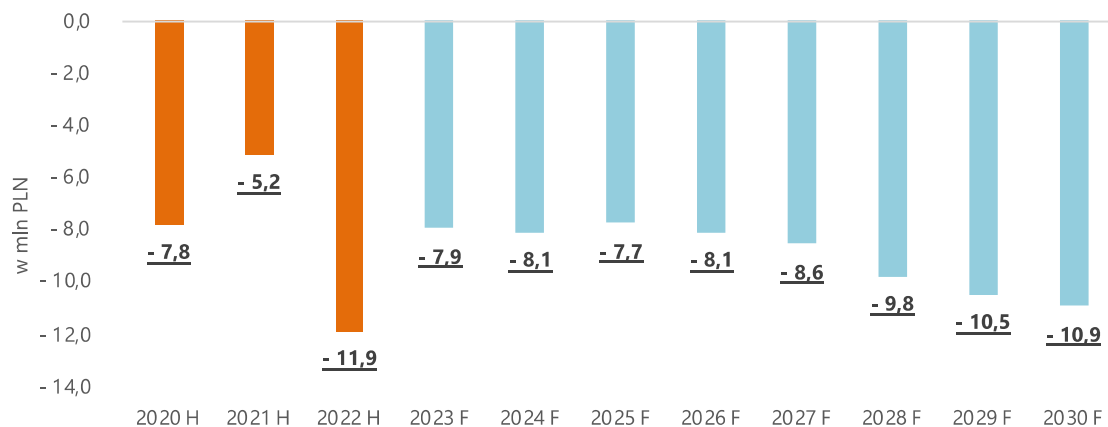


Wykres 61 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 1



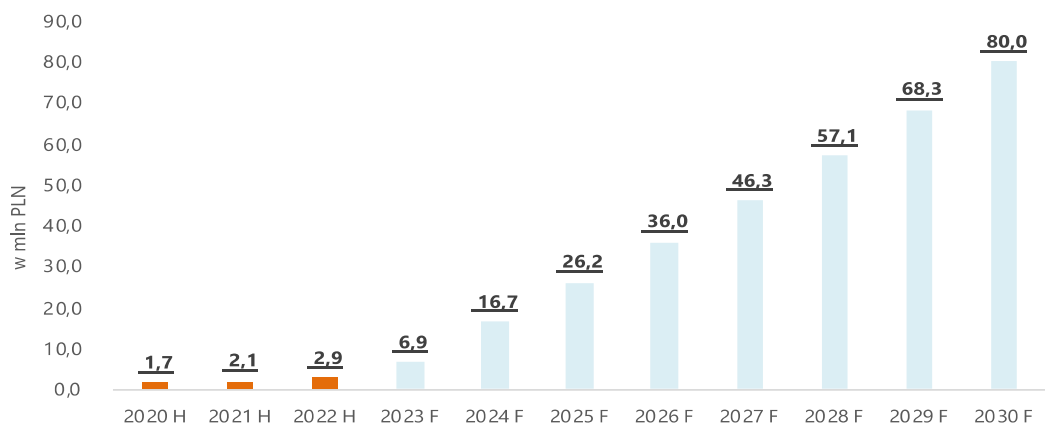
Źródło: opracowanie własne.

Wykres 62 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 1



Źródło: opracowanie własne.

Wykres 63 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 1



Źródło: opracowanie własne.



Podsumowanie symulacji dla Wariantu 1:

Jednostka po wprowadzeniu działań naprawczych, w dalszym ciągu charakteryzuje się brakiem rentowności a także ma poważny problem z płynnością jak i zadłużeniem wymagalnym. Wprowadzone oszczędności na poziomie około 4,5 mln PLN rocznie są zbyt niskie do ustabilizowania sytuacji finansowej Szpitala. Dlatego też koniecznym zdaje się nie tylko wprowadzenie oszczędności na wskazanych w Wariacie 1 płaszczyznach, ale też ukierunkowania na nowo działalności Szpitala tak aby mógł zacząć generować wyższe przychody z prowadzonej działalności operacyjnej.

Wariant 2

W Wariacie 2 przeprowadzono symulację rachunku zysków strat, bilansu, rachunku przepływów pieniężnych Jednostki na okres 2023 – 2030. Punktem wyjścia analizy jest Wariant 0 oraz Wariant 1.

W Wariacie 2 uwzględniono działania naprawcze rekomendowane do wprowadzenia przez ZUK Know How Sp. z o.o. oraz nowe działalności medyczne.

Tabela 139 Przyjęte oszczędności – Wariant 2

Oszczędności Wariant 1	Wartość w mln PLN
Sfera Kadrowa	2,15
Żywnienie	0,50
Usługi hotelowe	0,50
Zarządzanie powierzchnią	0,65
Kotłownia	0,40
Gospodarowanie materiałami medycznymi	0,20
Łączna wartość	4,40

Źródło: opracowanie własne

Tabela 140 Przyjęte dodatkowe działania – Wariant 2

Działania Wariant 2	Wartość w mln PLN
Nowe przychody w tym:	7,99
Centrum Zdrowia Psychicznego	4,44
Rehabilitacja	2,54
Opieka skoordynowana w POZ	0,38
ZOL	0,63
Likwidacja Oddziału Gin-Poł w tym:	1,51
Usunięcie części przychodowej (strata)	2,66
Usunięcie części kosztowej (oszczędność)	4,17

Źródło: opracowanie własne

Tabela 141 Prognoza rachunku zysków i strat w okresie prognozy – Wariant 2

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
PRZYCHODY ZE SPRZEDAŻY	79 401 251	84 792 535	87 760 273	89 954 280	92 203 137	94 508 215	96 870 921	99 292 694
Przychody ze sprzedaży produktów	79 401 251	84 792 535	87 760 273	89 954 280	92 203 137	94 508 215	96 870 921	99 292 694
Przychody ze sprzedaży towarów/materiałów	0	0	0	0	0	0	0	0
KOSZTY DZIAŁALNOŚCI OPERACYJNEJ	89 226 967	86 326 273	88 259 533	90 370 419	92 556 504	93 344 048	95 625 080	97 947 808
Amortyzacja	3 080 267	3 080 267	2 927 024	2 927 024	2 927 024	1 473 831	1 458 108	1 426 662
Zużycie materiałów i energii	11 891 147	9 582 092	9 820 965	10 044 063	10 295 164	10 552 543	10 816 357	11 086 766
Usługi obce	28 518 134	29 186 467	30 218 745	30 974 214	31 748 569	32 542 284	33 355 841	34 189 737
Podatki i opłaty	732 196	773 931	801 019	821 044	841 571	862 610	884 175	906 279
Wynagrodzenia	37 190 919	36 219 801	36 830 187	37 750 942	38 694 715	39 662 083	40 653 635	41 669 976
Ubezpieczenia	7 438 184	7 086 154	7 250 117	7 431 370	7 617 155	7 807 583	8 002 773	8 202 842



**PROGRAM NAPRAWCZY
MILICKIEGO CENTRUM MEDYCZNEGO SP. Z O.O.**

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
Pozostałe koszty rodzajowe	376 122	397 560	411 475	421 762	432 306	443 114	454 192	465 546
Wartość sprzedanych materiałów i towarów	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA NA SPRZEDAŻY W PLN	-9 825 716	-1 533 739	-499 260	-416 139	-353 367	1 164 167	1 245 840	1 344 885
PPO	6 731 564	6 935 368	6 937 387	7 035 177	7 135 412	5 003 526	4 855 490	4 963 432
Zysk z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Dotacje	3 156 054	3 156 054	3 025 798	3 025 798	3 025 798	791 172	537 827	537 827
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne przychody operacyjne	3 575 510	3 779 314	3 911 590	4 009 379	4 109 614	4 212 354	4 317 663	4 425 605
PKO	2 995 684	3 166 438	3 277 263	3 359 195	3 443 174	3 529 254	3 617 485	3 707 922
Strata z tytułu rozchodu aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Aktualizacja aktywów	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne koszty operacyjne	2 995 684	3 166 438	3 277 263	3 359 195	3 443 174	3 529 254	3 617 485	3 707 922
MARŻA EBIT W PLN	-6 089 836	2 235 192	3 160 864	3 259 844	3 338 870	2 638 439	2 483 846	2 600 395
PRZYCHODY FINANSOWE	4 518	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Dywidendy i udziały w zyskach	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	4 518	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0
KOSZTY FINANSOWE	563 222	530 070	454 757	373 629	287 733	196 869	134 076	73 086
Odsetki	563 222	530 070	454 757	373 629	287 733	196 869	134 076	73 086
Aktualizacja wartości	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA BRUTTO W PLN	-6 648 541	1 709 897	2 711 050	2 891 281	3 056 330	2 446 893	2 355 226	2 532 901
Podatek dochodowy	0	0	0	0	0	0	0	0
MARŻA NETTO W PLN	-6 648 541	1 709 897	2 711 050	2 891 281	3 056 330	2 446 893	2 355 226	2 532 901

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 142 Prognoza bilansu w okresie prognozy – Wariant 2

AKTYWA	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
AKTYWA TRWAŁE	31 929 642	28 849 376	25 922 351	22 995 327	20 068 303	18 594 472	17 136 364	15 709 702
WNIPI	153 243	0	0	0	0	0	0	0
RAT	31 642 438	28 715 414	25 788 389	22 861 365	19 934 341	18 460 510	17 002 402	15 575 740
Inwestycje długoterminowe	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462	116 462
Długoterminowe rozliczenia	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500	17 500
AKTYWA OBROTOWE	11 317 229	12 028 578	12 420 155	12 709 642	13 006 366	13 310 509	14 480 508	16 571 330
Zapasy	1 654 193	1 766 511	1 828 339	1 874 048	1 920 899	1 968 921	2 018 144	2 068 598
Należności krótkoterminowe	9 127 057	9 726 089	10 055 837	10 299 616	10 549 489	10 805 609	11 068 132	11 337 218
Inwestycje krótkoterminowe	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	1 147 517	2 918 799
Krótkoterminowe rozliczenia	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716	246 716
AKTYWA RAZEM	43 246 871	40 877 954	38 342 507	35 704 969	33 074 669	31 904 981	31 616 872	32 281 032
PASYWA	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
KAPITAŁ WŁASNY	-21 331 139	-19 621 242	-16 910 193	-14 018 912	-10 962 582	-8 515 690	-6 160 464	-3 627 563
Kapitał podstawowy	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500	25 496 500
Kapitał zapasowy	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263	39 263
Pozostały kapitał	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425	48 425
Zysk/strata z lat ubiegłych	-40 266 786	-46 915 327	-45 205 430	-42 494 380	-39 603 100	-36 546 770	-34 099 877	-31 744 652
Zysk/strata netto	-6 648 541	1 709 897	2 711 050	2 891 281	3 056 330	2 446 893	2 355 226	2 532 901
ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	64 578 010	60 499 196	55 252 699	49 723 881	44 037 252	40 420 670	37 777 336	35 908 595
Rezerwy na zobowiązania	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968	6 113 968
Zobowiązania długoterminowe	4 218 917	3 618 917	3 018 917	2 418 917	1 818 917	1 218 917	618 917	18 917
Zobowiązania krótkoterminowe	39 069 197	38 746 437	37 125 738	35 222 718	33 161 886	30 936 476	29 430 969	28 700 055
Rozliczenia międzyokresowe	15 175 928	12 019 874	8 994 076	5 968 279	2 942 481	2 151 309	1 613 482	1 075 655
PASYWA RAZEM	43 246 871	40 877 954	38 342 507	35 704 969	33 074 669	31 904 981	31 616 872	32 281 032

Źródło: opracowanie własne.



Tabela 143 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych w okresie prognozy – Wariant 2

Wyszczególnienie	2023 F	2024 F	2025 F	2026 F	2027 F	2028 F	2029 F	2030 F
WYNIK NETTO	-6 648 541	1 709 897	2 711 050	2 891 281	3 056 330	2 446 893	2 355 226	2 532 901
KOREKTY RAZEM	7 739 201	-584 602	-1 661 235	-1 922 718	-2 173 789	-1 655 346	-768 352	-94 125
Amortyzacja	3 080 267	3 080 267	2 927 024	2 927 024	2 927 024	1 473 831	1 458 108	1 426 662
Odsetki i udziały w zyskach	558 705	525 295	449 815	368 563	282 541	191 547	128 620	67 494
Zmiana stanu rezerw	0	0	0	0	0	0	0	0
Zmiana stanu zapasów	-19 206	-112 318	-61 828	-45 708	-46 851	-48 022	-49 223	-50 454
Zmiana stanu należności	-1 200 722	-599 031	-329 749	-243 779	-249 873	-256 120	-262 523	-269 086
Zmiana stanu zobowiązań krótkoterminowych	5 865 417	-322 759	-1 620 699	-1 903 020	-2 060 832	-2 225 410	-1 505 507	-730 914
Zmiana stanu rozliczeń międzyokresowych	-545 260	-3 156 054	-3 025 798	-3 025 798	-3 025 798	-791 172	-537 827	-537 827
Inne korekty	0	0	0	0	0	0	0	0
PRZEPŁYW OPERACYJNY	1 090 660	1 125 295	1 049 815	968 563	882 541	791 547	1 586 874	2 438 776
WPŁYWY	0	0	0	0	0	0	0	0
Zbycie WNIP oraz rzeczowych aktywów trwałych	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0
WYDATKI	6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
Nabycie WNIP oraz RAT	6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
Inne wydatki inwestycyjne	0	0	0	0	0	0	0	0
PRZEPŁYW INWESTYCYJNY	-6 722 841	0	0	0	0	0	0	0
WPŁYWY	5 882 791	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
Wpływy netto z wydania udziałów	500 000	0	0	0	0	0	0	0
Kredyty i pożyczki	0	0	0	0	0	0	0	0
Emisja dłużnych papierów wartościowych	0	0	0	0	0	0	0	0
Inne wpływy finansowe	5 382 791	4 775	4 943	5 066	5 193	5 323	5 456	5 592
WYDATKI	763 222	1 130 070	1 054 757	973 629	887 733	796 869	734 076	673 086
Splata kredytów	200 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000	600 000
Płatności zobowiązań z tytułu leasingu	0	0	0	0	0	0	0	0
Odsetki	563 222	530 070	454 757	373 629	287 733	196 869	134 076	73 086
PRZEPŁYW FINANSOWY	5 119 568	-1 125 295	-1 049 815	-968 563	-882 541	-791 547	-728 620	-667 494
Przepływy pieniężne netto razem	-512 613	0	0	0	0	0	858 254	1 771 282
Bilansowa zmiana stanu środków pieniężnych	-512 613	0	0	0	0	0	858 254	1 771 282
Środki pieniężne na początek okresu	801 876	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	1 147 517
Środki pieniężne na koniec okresu	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	289 263	1 147 517	2 918 799

Źródło: opracowanie własne.

W wariantcie naprawczym 2 prognoza rachunku zysków i strat wykazała, iż sytuacja finansowa Jednostki dzięki wprowadzonym działaniom naprawczym ulegnie istotnej poprawie w następnych latach.

W trakcie realizacji programu naprawczego wyniki ze sprzedaży polepszać będą się proporcjonalnie do harmonogramu wdrażania poszczególnych działań naprawczych. W momencie wprowadzenia w pełni działań naprawczych sytuacja finansowa Placówki ulegnie stabilizacji.

Po odliczeniu amortyzacji szacuje się, że wynik na działalności podstawowej od roku, w którym wprowadza się pełne działania naprawcze tj. 2025 wynosić będzie około 2 mln PLN, co oznacza poprawę w stosunku do Wariantu 0 o 15 mln PLN. Generalnie wynik na sprzedaży bez amortyzacji po wprowadzeniu działań naprawczych ustabilizuje się na poziomie właśnie około 2,5 mln PLN.

Dzięki wprowadzonym działaniom naprawczym, zostanie wyeliminowane ryzyko dotyczące dynamicznego przyrostu się zadłużenia wymagalnego. Zadłużenia wymagalne wraz z wprowadzanymi działaniami będzie stopniowo spadać – w 2030 r. powinno zostać całkowicie wyeliminowane.

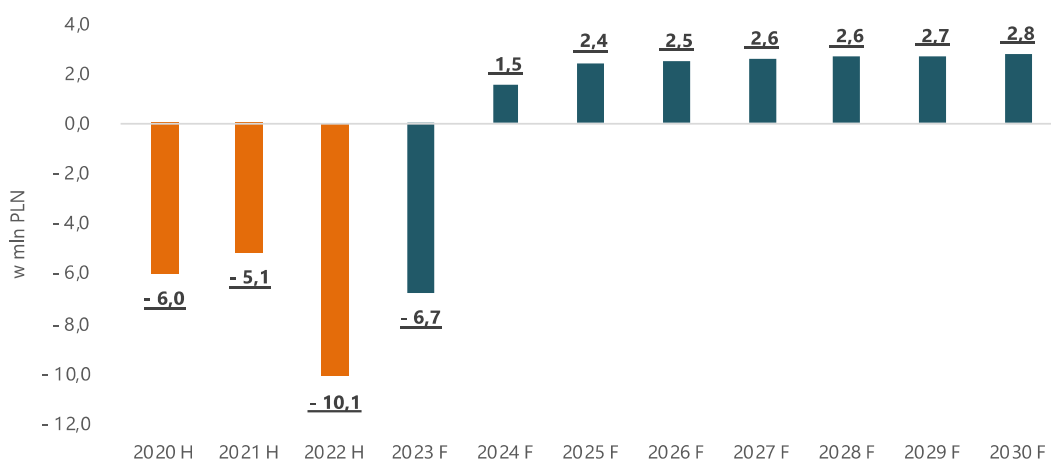


Ze względu na brak planu inwestycyjnego, również w Wariantcie Naprawczym odstąpiono od zakładania nakładów inwestycyjny. Należy jednak podkreślić, że dzięki wprowadzonym zmianom Jednostka byłaby w stanie sfinansować część inwestycji (od 2030 r.) poprzez środki własne.

Na wykresach poniżej zaprezentowano jak prawdopodobnie kształtować się będzie wynik na działalności podstawowej (bez amortyzacji), wynik finansowy netto oraz zadłużenia wymagalnego w latach 2023 – 2030.

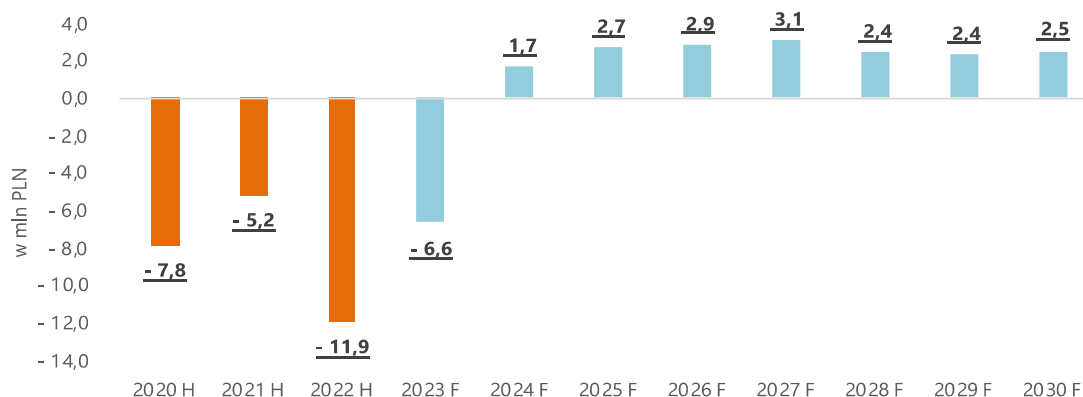
Należy wskazać, że zaproponowane działania naprawcze w Wariantcie 2, zostały oszacowane przez kierownictwo Jednostki jako wsad do Planu Finansowego na rok 2023. Wydaje się, że przyjęte kierunki działań, w szczególności realizacja założenia dot. Centrum Zdrowia Psychicznego, może stanowić doskonałą podstawę do dalszego rozwoju Jednostki. Należy też podkreślić, że przyjęte działania naprawcze w postaci nowych działalności (na podstawie rozmów z kierownictwem Jednostki) są na ten moment oszacowane w sposób konserwatywny tzn. przyjęte założenia charakteryzują się dużą dozą ostrożności. Należy też wskazać, że ze względu na brak udostępnienia informacji na temat działalności apteki i funkcjonowania obiegu leków w Szpitalu, nie byliśmy w stanie oszacować oszczędności z tego tytułu.

Wykres 64 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 2



Źródło: opracowanie własne.

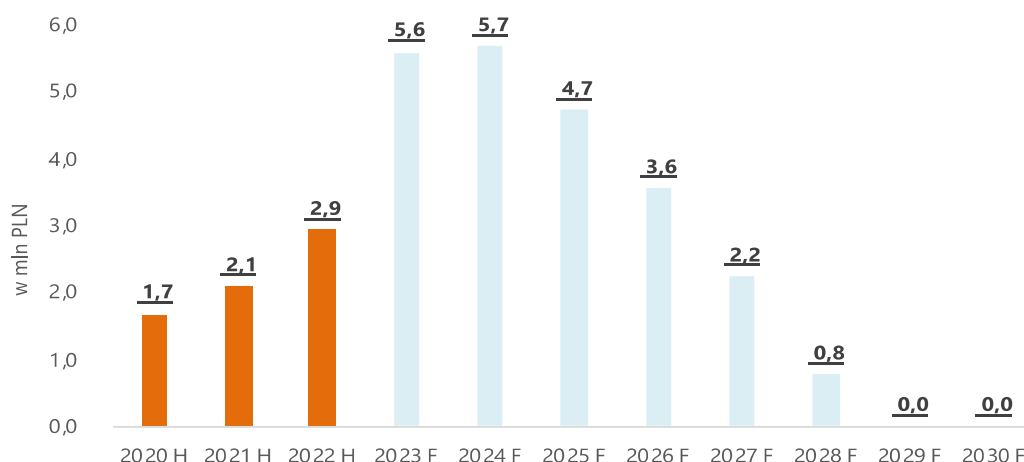
Wykres 65 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 2



Źródło: opracowanie własne.



Wykres 66 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 2



Źródło: opracowanie własne.

Podsumowanie symulacji dla Wariantu 2:

Jednostka po wprowadzeniu działań naprawczych, charakteryzuje się rentownością zapewniającą możliwość stabilnego działania, bez konieczności posiłkowania się zadłużeniem przeterminowanym. Wprowadzone działania naprawcze pozwoliłyby na wygenerowanie oszczędności na poziomie oscylującym w okolicach 15 mln PLN rocznie, co przełożyło się na osiągnięcie długoterminowej dodatniej marży na wyniku na sprzedaży bez amortyzacji.

Warto zaznaczyć, iż podjęte działania naprawcze są tak naprawdę minimalnym poziomem działań jakie musi podjąć Szpital w celu optymalizacji działalności. Mimo, że Jednostka nie będzie zmuszona posługiwać się zadłużeniem wymagalnym, to generowane marże, mimo że dodatnie będą stosunkowo niskie. Wydaje się, że przy przedłużeniu obecnej sytuacji makroekonomicznej w Polsce, tj. ew. długotrwałej inflacji na poziomie oscylującym na poziomie ok. 15% w perspektywie przyszłych 3-4 lat - działania mogą być niewystarczające.



17. Identyfikacja głównych ryzyk

W niniejszym rozdziale dokonano analizy ryzyka dla planu naprawczego Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.. 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 realne do wprowadzenia, jednak istnieje ryzyko opóźnienia ich wprowadzenia (na skutek oporu pracowników Szpitala lub organizacji związkowych) oraz ryzyko niższych oszczędności niż przewidywano w planie (np. w przypadku optymalizacji zatrudnienia, materiałów medycznych, likwidacji liczby łóżek).

Ryzyko związane z robotami budowlanymi – opóźnienia postępowań przetargowych planowanych remontów i inwestycji, zwiększeniem kosztów remontu, modernizacji.

Ryzyko związane z konkurencją – Milickie Centrum Medyczne Sp. z o.o. jest jedynym podmiotem leczniczym w Miliczu, który ma podpisaną umowę z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego. Do największych „konkurentów” Szpitala zaliczyć możemy: SPZOZ w Krotoszynie, który ma najwięcej zbieżnych oddziałów i poradni do MCM. Położony jest ok 23km od Milickiego Centrum Medycznego. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowie Wielkopolskim jest dużą placówką, o największym kontrakcie z NFZ, która posiada 6 zbieżnych oddziałów szpitalnych i 5 takich samych poradni specjalistycznych. Jest oddalony od MCM o około 42 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 koronawirusa, wejście Polski do strefy euro.

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.

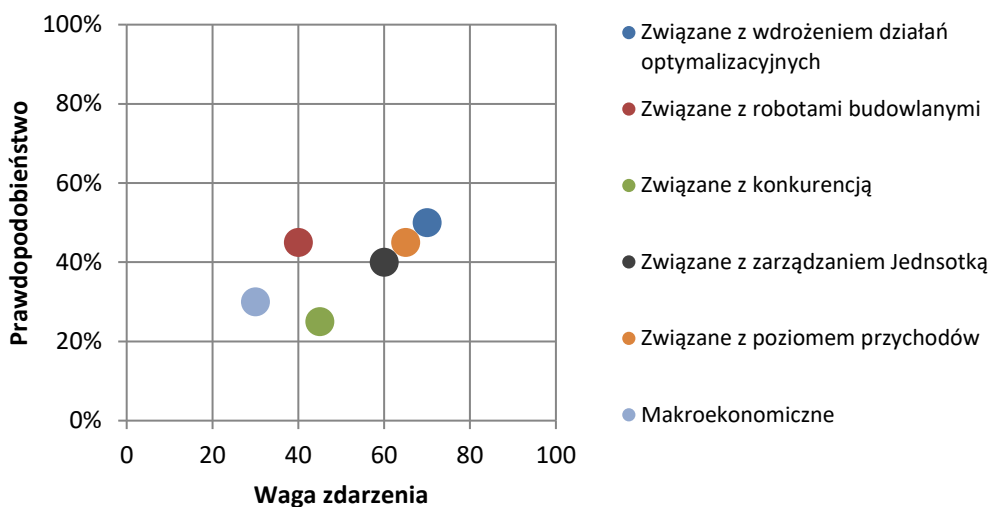
Tabela 144 Ocena ryzyka

Ryzyko	Waga zdarzenia	Prawdopodob.	Komentarz/ sposób zapobiegania/ sposób neutralizacji negatywnych skutków
Związane z wdrożeniem programu i działań optymalizacyjnych	70	50%	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 harmonogramu przedsięwzięć, przekazywanie informacji o zamiarach ruchów dla załogi, wspólne działania i wsparcie JST.
Związane z robotami budowlanymi	40	45%	Główne budynki służące bezpośrednio działalności podstawowej postrzegane są jako utrzymane w dobrym stanie technicznym, aczkolwiek majątek Szpitala trzeba stale odtwarzać. 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 przez pracowników oraz Zarząd celem ponownej kalkulacji kosztów i terminów wykonania planowanych etapów prac.
Związane z konkurencją	45	25%	Szpital w Miliczu jedynym podmiotem leczniczym w Miliczu, który ma podpisaną umowę z NFZ w szerokim zakresie leczenia szpitalnego, jednakże działa w rejonie o dużym nasyceniu podmiotów konkurencyjnych. Aby ograniczyć to ryzyko należy sukcesywnie wzbogacać ofertę medyczną Jednostki i dbać o wysoki poziom obsługi Pacjentów.
Związane z zarządzaniem Jednostką	50	40%	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	65	45%	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.
Makroekonomiczne	30	30%	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 koronawirusa i prawdopodobieństwo kryzysu gospodarczego trudno ocenić na dzień sporządzenia niniejszego opracowania.

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 67 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 chcąc 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. Przed nowym Zarządem Szpitala stoi bardzo trudne zadanie.



Wnioski i rekomendacje

W ramach przeprowadzonego audytu organizacyjno-finansowego dokonano szczegółowej analizy działalności Szpitala w Miliczu za lata 2019-2022 oraz I-IV/V 2023r. Na tej podstawie wskazano propozycję zmian w sferach, które wymagają poprawy, tj. organizacyjnej, medycznej, polityki zatrudnienia, infrastrukturalnej oraz finansowej.

Milickie Centrum Medyczne Sp z o.o. znajduje się w bardzo trudnej sytuacji finansowej. Jego działalność jest nierentowna na każdym poziomie działalności. Istotnym czynnikiem wpływającym na załamanie sytuacji był po pierwsze bardzo dynamiczny wzrost kosztów osobowych. Po drugie była to bardzo niska dynamika generowanych przychodów. Szpital mimo, iż zwiększył wartość przychodów z NFZ, to wynikał on jednak nie ze zwiększenia ilości sprzedawanych usług medycznych, a ze zwiększenia cen płaconych za nie przez NFZ i dodatkowych środków na świadczenia covidowe. Wzrost ten nie był na tyle istotny, aby pokryć rosnące koszty operacyjne. Po trzecie mogła to być sytuacja pandemiczna, której kumulacja miała miejsce w 2021 r., która miała wpływ na ograniczenie normalnej pracy oddziałów szpitalnych (ze względu na brak uwzględniania wszystkich kosztów związanych z pandemią w zestawieniach obrotów i sald, audytorzy nie byli w stanie jednoznacznie stwierdzić, jak bardzo obciążały to końcowe wyniki Jednostki). Przed Szpitalem stoi zadanie obsługi zadłużenia kredytowego, tymczasem w Spółce rośnie zadłużenie przeterminowane.

Szpital powinien jak najszybciej podjąć działania optymalizacyjne – zarówno ograniczające przyrost kosztów, z drugiej wpływające na wzrost osiągniętych przychodów. Dokonano symulacji dalszego funkcjonowania w następujących wariantach:

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

WARIANT 1 – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej, gospodarczej i organizacyjnej.

WARIANT 2 – model uwzględniający wprowadzenie działań naprawczych w sferze kadrowej, gospodarczej, organizacyjnej, medycznej z planowanymi nowymi zakresami działalności medycznej oraz z reorganizacją jej działalności.

Dokonana analiza przedstawionych projekcji finansowych wykazała, iż Szpital w wariantcie zerowym bez przeprowadzania żadnych działań naprawczych będzie pogarszał swoją sytuację finansową – jego działalność będzie wysoce nierentowna w granicy straty 13 mln zł, a zadłużenie będzie dynamicznie wzrastało. Na koniec prognozy finansowej, czyli w 2030 roku, zadłużenie przeterminowane będzie oscylować na poziomie ok. 100 mln zł.

Wprowadzone oszczędności w wariantcie 1 na poziomie około 4,4 mln PLN rocznie będą zbyt niskie do ustabilizowania sytuacji finansowej Szpitala. Jednostka w dalszym ciągu będzie charakteryzować się brakiem rentowności, a także mieć poważne problem z płynnością, jak i zadłużeniem wymagalnym. Dlatego też koniecznym zdaje się nie tylko wprowadzenie oszczędności wskazanych w Wariantcie 1, ale też ukierunkowanie się na nowe działalności medyczne Szpitala, co odzwierciedla Wariant 2, które dzięki generowaniu wyższych przychodów z prowadzonej działalności operacyjnej pozwolą Jednostce ustabilizować sytuację.



ZUK Know How Sp. z o.o. rekomenduje szybkie podjęcie decyzji i wprowadzenie działań naprawczych zgodnie z wariantem 2, który pozwoli 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 dodatkowo mogą przyczynić się do poprawy wyników.

Zdaniem audytorów jeśli będą odpowiednie warunki (wsparcie właściciela, odwaga i konsekwencja w działaniu, odpowiednia motywacja pracowników, dobre narzędzia) możliwe jest osiągnięcie jeszcze lepszych wyników przez Szpital dzięki pogłębieniu działań naprawczych.



Spis tabel

Tabela 1 Ludność w Miliczu, województwie dolnośląskim i jego powiatach w latach 2020 – 2022	7
Tabela 2 Prognozowana liczba ludności (* przygotowana w 2014 roku) w Miliczu i województwie dolnośląskim w latach 2025 – 2050	8
Tabela 3 Ludność Milicza wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2020 – 2022	9
Tabela 4 Prognozowana liczba ludności dla powiatu milickiego wg funkcjonalnych grup wiekowych w latach 2025 – 2050	9
Tabela 5 Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności dla szpitali stacjonarnych ogólnych w województwie dolnośląskim oraz w Polsce w 2020 roku	11
Tabela 6 Podstawowe wskaźniki medyczne dotyczące leczenia szpitalnego w województwie dolnośląskim w roku 2020	12
Tabela 7 Zestawienie liczby przychodni, praktyk lekarskich i stomatologicznych oraz podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. ludności w woj. dolnośląskim i Polsce w roku 2021	13
Tabela 8 Zestawienie liczby porad ambulatoryjnych udzielonych w latach 2020 – 2021 w województwie dolnośląskim i w Polsce	13
Tabela 9 Zestawienie liczby porad specjalistycznych udzielonych w latach 2020 – 2021 w województwie dolnośląskim i w Polsce	14
Tabela 10 Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności w 2021 roku wg oddziałów w województwie dolnośląskim i w Polsce	16
Tabela 11 Liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek i farmaceutów pracujących w Polsce i województwie dolnośląskim w latach 2019 – 2021	18
Tabela 12 Liczba lekarzy specjalistów i dentystów pracujących w Polsce i województwie dolnośląskim w latach 2019 – 2021	19
Tabela 13 Liczba lekarzy, dentystów, pielęgniarek i farmaceutów pracujących w latach 2019 – 2021 w województwach ościennych woj. dolnośląskiego	20
Tabela 14 Liczba lekarzy specjalistów i dentystów pracujących w latach 2019 – 2021 w województwach ościennych woj. dolnośląskiego	21
Tabela 15 Liczba lekarzy pracujących na 10 tys. ludności w Polsce i w wybranych województwach w latach 2019 – 2021	22
Tabela 16 Liczba pielęgniarek pracujących na 10 tys. ludności w Polsce i w wybranych województwach w latach 2019 – 2021	22
Tabela 17 Grupy wiekowe lekarzy, pielęgniarek oraz położnych uprawnionych do wykonywania zawodu w województwie dolnośląskim w roku 2021	23
Tabela 18 Miejsce zamieszkania pacjentów przyjętych na leczenie szpitalne w MCM w 2022 roku ...	23
Tabela 19 Liczba pacjentów oraz średni czas hospitalizacji na oddziałach ortopedycznych w 2021 roku w analizowanych podmiotach medycznych	26
Tabela 20 Liczba pacjentów oraz średni czas hospitalizacji na oddziałach pediatrycznych w 2021 roku w analizowanych podmiotach medycznych	27
Tabela 21 Wartość kontraktów z NFZ w analizowanych jednostkach w roku 2022 [zł]	28
Tabela 22 Wykaz oddziałów MCM i w konkurencyjnych jednostkach	28
Tabela 23 Wartości zawartych kontraktów z NFZ w latach 2019 do 2022	60
Tabela 24 Kontrakty i rozliczenie wykonania świadczeń medycznych w latach 2019 do 2020	61



Tabela 25 Zestawienie wartości wykonanych świadczeń medycznych w latach 2019 – 2022, w ramach kontraktów z NFZ (w PLN)	63
Tabela 26 Zestawienie ilości wykonanych świadczeń medycznych w latach 2019 – 2022, w ramach kontraktów z NFZ (w pkt lub pacjentach)	64
Tabela 27 Stopień realizacji Ryczałtu w latach 2019 do 2022	65
Tabela 28 Wykonanie świadczeń medycznych przez oddziały szpitalne w latach 2019-2022 (w pkt)	66
Tabela 29 Średnia wartość jednostek rozliczeniowych w wycenie procedur medycznych (zł/pkt).....	68
Tabela 30 Przychody oddziałów przypadające na jedno łóżko szpitalne (PLN)	68
Tabela 31 Średniomiesięczne wykonanie świadczeń medycznych w I półroczu 2023 r. (PLN).....	69
Tabela 32 Średniomiesięczne wykonanie świadczeń medycznych w oddziałach szpitalnych w I półroczu 2023 r. (punkty).....	70
Tabela 33 Pozostała sprzedaż świadczeń medycznych	71
Tabela 34 Sprzedaż świadczeń komercyjnych przez komórki Szpitala w roku 2022	71
Tabela 35 Liczba porodów	78
Tabela 36 Zestawienie liczby pacjentów obsługiwanych w Izbie Przyjęć.....	83
Tabela 37 Liczba łóżek na oddziałach szpitalnych	83
Tabela 38 Procentowy wskaźnik wykorzystania łóżek.....	84
Tabela 39 Liczba leczonych	84
Tabela 40 Liczba osobodni	85
Tabela 41 Średni okres pobytu pacjenta.....	86
Tabela 42 Średni okres pobytu w porównaniu do danych dla województwa i Polski	86
Tabela 43 Statystyka czasu oczekiwania oraz liczby pacjentów oczekujących na poszczególne typy zabiegów i świadczeń – oddziały (stan na 07.06.2023r.).....	88
Tabela 44 Ilość pacjentów przyjętych przez oddziały zabiegowe w latach 2019 do 2022	90
Tabela 45 Szacunek wskaźników operatywności oddziałów zabiegowych uzyskanej w 2022 roku	91
Tabela 46 Zabiegi na Bloku Operacyjnym wykonane w trzech analizowanych miesiącach.....	96
Tabela 47 Obłożenie sal Operacyjnych	96
Tabela 48 Wyliczenie niezbędnej obsady pielęgniarek instrumentariuszek dla godzin normalnej ordynacji	97
Tabela 49 Koszty Bloku Operacyjnego poniesione w 2022 roku	98
Tabela 50 Rozliczenie kosztów usług Bloku Operacyjnego za 2022 rok na oddziały zabiegowe	99
Tabela 51 Godziny pracy poradni specjalistycznych	100
Tabela 52 Liczba porad udzielonych w poradniach specjalistycznych w okresie 2019 – IV 2023	101
Tabela 53 Liczba procedur zabiegowych w AOS.....	102
Tabela 54 Populacja lekarza, pielęgniarki i położnej w latach 2019-V 2023	103
Tabela 55 Koszty na utrzymanie czystości poniesione przez Szpital w 2022 roku	107
Tabela 56 Ilość zakupionych przez Szpital posiłków w 2022 roku.....	108
Tabela 57 Całościowe koszty żywienia pacjentów, 2022 rok	109



Tabela 58 Ilość osobodni pobytu pacjentów w roku 2022, wraz z ruchem międzyoddziałowym, którym przysługiwało pełne wyżywienie.....	109
Tabela 59 Całkowite koszty zapewnienia pacjentom pościeli w roku 2022.....	110
Tabela 60 Koszty zarządzania poniesione przez Szpital w 2022 roku.....	111
Tabela 61 Stawek dodatków funkcyjnych.....	114
Tabela 62 Wykaz organizacji związkowych (stan na 29.05.2023r.).....	117
Tabela 63 Liczba pracowników zatrudnionych na umowy o pracę w latach 2019 – V 2023 (wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe.....	119
Tabela 64 Liczba osób zatrudnionych na umowy kontraktowe w etatach przeliczeniowych w latach 2019 – V 2020 (wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe.....	119
Tabela 65 Liczba osób zatrudnionych na umowy zlecenie w etatach przeliczeniowych w latach 2019 – V 2020 (wg stanu na koniec okresu) w podziale na grupy zawodowe.....	120
Tabela 66 Liczba pracowników podziale na rodzaj zawartej umowy oraz grupę zawodową (wg stanu na 31.07.2019r.).....	120
Tabela 67 Wykaz pracowników w podziale na grupy zawodowe oraz poszczególne komórki organizacyjne (maj 2023r.).....	121
Tabela 68 Organizacja pracy lekarzy.....	123
Tabela 69 Organizacja pracy pielęgniarek i położnych.....	124
Tabela 70 Oddział Chorób Wewnętrznych baza łóżkowa.....	125
Tabela 71 Oddział Chirurgii Ogólnej baza łóżkowa.....	126
Tabela 72 Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej baza łóżkowa.....	127
Tabela 73 Oddział Pediatryczny baza łóżkowa.....	128
Tabela 74 Oddział Ginekologiczno-Położniczy baza łóżkowa.....	129
Tabela 75 Organizacja pracy opiekunów medycznych.....	130
Tabela 76 Organizacja pracy salowych.....	130
Tabela 77 Liczba dni absencji w latach 2019– 2022.....	132
Tabela 78 Liczba dni absencji chorobowej w poszczególnych grupach zawodowych na 1 etat w dniach.....	134
Tabela 79 Wykaz działek stanowiącym własność MCM Sp. z o.o.....	139
Tabela 80 Wykaz budynków należących do Spółki.....	140
Tabela 81 Najważniejsze niezgodności standardów pomieszczeń z wymogami określonymi w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r.....	141
Tabela 82 Wykorzystanie powierzchni operacyjnej Szpitala.....	143
Tabela 83 Koszty infrastruktury technicznej poniesione przez Szpital w 2022 roku.....	143
Tabela 84 Koszty produkcji ciepła w roku 2023.....	147
Tabela 85 Stan środków trwałych Szpitala w 2023 roku.....	150
Tabela 86 Stan wyposażenia medycznego w komórkach organizacyjnych Szpitala.....	151
Tabela 87 Lista potrzeb inwestycyjnych i modernizacyjnych.....	153
Tabela 88 Uproszczony bilans Jednostki.....	156
Tabela 89 Rzeczowe aktywa trwałe oraz wartości niematerialne i prawne Jednostki.....	157



Tabela 90 Wskaźnik CAPEX / Rzeczowe aktywa trwałe oraz CAPEX / Przychody ze sprzedaży	158
Tabela 91 Zapasy Jednostki	158
Tabela 92 Należności Jednostki.....	159
Tabela 93 Składniki kapitału własnego Jednostki	160
Tabela 94 Składniki zobowiązań długoterminowych i krótkoterminowych.....	161
Tabela 95 Charakterystyka zadłużenia wymagalnego.....	162
Tabela 96 Rozliczenia międzyokresowe przychodów oraz kosztów.....	163
Tabela 97 Kapitał obrotowy Jednostki	164
Tabela 98 Uproszczony rachunek zysków i strat Jednostki.....	165
Tabela 99 Struktura przychodów Jednostka	166
Tabela 100 Dynamika przychodów w ujęciu rok do roku	166
Tabela 101 Struktura przychodów ze sprzedaży Jednostki	166
Tabela 102 Struktura przychodów ze sprzedaży Jednostki w podziale na umowy	167
Tabela 103 Pozostałe przychody operacyjne	168
Tabela 104 Przychody finansowe	168
Tabela 105 Struktura kosztów Jednostki	168
Tabela 106 Dynamika kosztów w ujęciu rok do roku	169
Tabela 107 Kluczowe pozycje kosztów operacyjnych Jednostki	169
Tabela 108 Pozostałe koszty operacyjne Jednostki	174
Tabela 109 Koszty finansowe Jednostki	175
Tabela 110 Kluczowe wyniki finansowe Jednostki.....	176
Tabela 111 Plan finansowy Jednostki na 2023 r.....	177
Tabela 112 Rachunek przepływów pieniężnych Jednostki.....	179
Tabela 113 Przepływy pieniężne z działalności operacyjnej	180
Tabela 114 Przepływy pieniężne z działalności inwestycyjnej.....	180
Tabela 115 Przepływy pieniężne z działalności finansowej.....	181
Tabela 116 Zestawienie kluczowych zobowiązań Jednostki w okresie kwiecień 2023 r.....	182
Tabela 117 Wskaźniki płynności	183
Tabela 118 Wskaźniki rentowności	184
Tabela 119 Wskaźniki rotacji majątku w dniach.....	185
Tabela 120 Wskaźniki zadłużenia	186
Tabela 121 Wyniki finansowe wybranych komórek medycznych w 2022 r.	189
Tabela 122 Zidentyfikowane silne strony jednostki.....	196
Tabela 123 Zidentyfikowane słabe strony jednostki.....	196
Tabela 124 Zidentyfikowane szanse	196
Tabela 125 Zidentyfikowane zagrożenia.....	197
Tabela 126 Docelowa liczba łóżek	205



Tabela 127 Ruchy kadrowe.....	206
Tabela 128 Docelowa organizacja pracy pielęgniarek i położnych.....	207
Tabela 129 Ruchy kadrowe.....	208
Tabela 130 Harmonogram działań naprawczych przyjętych dla wariantu 1	216
Tabela 131 Harmonogram działań naprawczych przyjętych dla wariantu 2	218
Tabela 132 Prognoza rachunku zysków i strat w okresie prognozy– Wariant 0.....	225
Tabela 133 Prognoza bilansu w okresie prognozy– Wariant 0	226
Tabela 134 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych w okresie prognozy – Wariant 0	226
Tabela 135 Przyjęte oszczędności – Wariant 1	229
Tabela 136 Prognoza rachunku zysków i strat w okresie prognozy – Wariant 1.....	229
Tabela 137 Prognoza bilansu w okresie prognozy – Wariant 1	230
Tabela 138 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych w okresie prognozy– Wariant 1	230
Tabela 139 Przyjęte oszczędności – Wariant 2	233
Tabela 140 Przyjęte dodatkowe działania – Wariant 2	233
Tabela 141 Prognoza rachunku zysków i strat w okresie prognozy – Wariant 2.....	233
Tabela 142 Prognoza bilansu w okresie prognozy – Wariant 2	234
Tabela 143 Prognoza rachunku przepływów pieniężnych w okresie prognozy– Wariant 2	235
Tabela 144 Ocena ryzyka	239

Spis wykresów

Wykres 1 Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny w Miliczu w latach 2020 – 2022	8
Wykres 2 Struktura ludności powiatu milickiego w 2025 i 2050 roku.....	10
Wykres 3 Struktura udzielonych porad w ramach świadczeń AOS w województwie dolnośląskim w roku 2021	15
Wykres 4 Liczba przychodni województw Polski w 2021 roku.....	15
Wykres 5 Odległość [km] konkurencyjnych jednostek medycznych od Milickiego Centrum Medycznego	27
Wykres 6 Stopień pokrycia oddziałów jednostek konkurencyjnych w odniesieniu do MCM	29
Wykres 7 Wskaźnik konkurencyjności oddziałów szpitalnych	30
Wykres 8 Stopień pokrycia poradni jednostek konkurencyjnych w odniesieniu do MCM.....	31
Wykres 9 Wskaźnik konkurencyjności poradni	31
Wykres 10 Wartości kontraktów z NFZ zawartych na lata 2019 do 2022.....	60
Wykres 11 Finansowanie realizacji kontraktów na świadczenia medyczne w latach 2019-2022.....	61
Wykres 12 Wykonanie świadczeń medycznych przez oddziały szpitalne w latach 2019 do 2022.....	67
Wykres 13 Liczba leczonych, liczba osobodni średni okres pobytu chorego na oddziałach szpitalnych w roku 2022	87
Wykres 14 Ilość pacjentów przyjętych przez oddziały zabiegowe w latach 2019 do 2022.....	90



Wykres 15 Szacowana ilość zabiegów wykonanych na Bloku Operacyjnym w roku 2022	91
Wykres 16 Udział procedur zabiegowych w całkowitej liczbie udzielonych świadczeń w AOS.....	102
Wykres 17 Miesięczna liczba porad udzielonych w POZ w MCM Sp. z o.o. w latach 2020-2022	104
Wykres 18 Liczba zatrudnionych pracowników w latach 2019 – V 2023.....	118
Wykres 19 Oddział Chorób Wewnętrznych baza łóżkowa.....	125
Wykres 20 Oddział Chirurgii Ogólnej baza łóżkowa	126
Wykres 21 Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej baza łóżkowa	127
Wykres 22 Oddział Pediatryczny baza łóżkowa.....	128
Wykres 23 Oddział Ginekologiczno-Położniczy baza łóżkowa	129
Wykres 24 Liczba dni absencji i poziom zatrudnionych	132
Wykres 25 Przyczyny absencji oczyszczonej w latach 2019 – 2022 – struktura.....	133
Wykres 26 Wskaźnik absencji chorobowej w przeliczeniu na etaty.....	134
Wykres 27 Wysokość kosztów osobowych poniesionych w latach 2020 – P2023 [w mln zł].....	135
Wykres 28 Przeciętne wynagrodzenia brutto w latach 2020 – 2023 IV	136
Wykres 29 Przeciętne wynagrodzenia brutto z umów o pracę 2023	137
Wykres 30 Rzeczowe aktywa trwałe oraz wartości niematerialne i prawne wraz z nakładami inwestycyjnymi.....	157
Wykres 31 Zapasy Jednostki	158
Wykres 32 Należności Jednostki.....	159
Wykres 33 Kapitał własny Jednostki	160
Wykres 34 Zobowiązania długoterminowe i krótkoterminowe	161
Wykres 35 Wskaźnik długu netto do EBITDA	163
Wykres 36 Kapitał obrotowy Jednostki w ujęciu rocznym.....	164
Wykres 37 Miesięczna wartość przychodów na daną umowę na przestrzeni lat 2020 - 2023.....	167
Wykres 38 Przychody z NFZ po wyłączeniu przychodów COVID - 19	167
Wykres 39 Struktura kluczowych pozycji kosztów operacyjnych Jednostki.....	169
Wykres 40 Dynamika kosztów operacyjnych w ujęciu rok do roku.....	170
Wykres 41 Stosunek poszczególnych kosztów operacyjnych do przychodów	170
Wykres 42 Dynamika kosztów zużycia materiałów i energii	171
Wykres 43 Dynamika kosztów usług obcych	171
Wykres 44 Udział kosztów kontraktów w przychodach.....	172
Wykres 45 Dynamika kosztów wynagrodzeń i pochodnych	172
Wykres 46 Udział kosztów wynagrodzeń w przychodach.....	173
Wykres 47 Udział kosztów kontraktów i wynagrodzeń w przychodach	173
Wykres 48 Zestawienie wzrostów przychodów ze sprzedaży oraz kosztów operacyjnych w latach 2019 - 2022 (skumulowane).....	174
Wykres 49 Dynamika odsetek w szczegółowym podziale	175
Wykres 50 Dynamika marży na sprzedaży Jednostki.....	175



Wykres 51 Podsumowanie kluczowych marż Jednostki	176
Wykres 52 Zestawienie przepływów pieniężnych Jednostki	181
Wykres 53 Free Cash Flow (przepływy operacyjne – przepływy inwestycyjne)	181
Wykres 54 Wskaźniki płynności	184
Wykres 55 Wskaźniki rentowności	185
Wykres 56 Wskaźniki rotacji majątku w dniach.....	185
Wykres 57 Wskaźniki rotacji majątku w dniach.....	186
Wykres 58 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 0.....	228
Wykres 59 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 0.....	228
Wykres 60 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 0	228
Wykres 61 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 1.....	232
Wykres 62 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 1	232
Wykres 63 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 1	232
Wykres 64 Wynik działalności podstawowej (bez amortyzacji) w okresie prognozy – Wariant 2.....	236
Wykres 65 Wynik finansowy netto w okresie prognozy – Wariant 2.....	236
Wykres 66 Poziom zadłużenia wymagalnego – Wariant 2	237
Wykres 67 Mapa ryzyk	240

Spis rysunków

Rysunek 1 Położenie powiatu milickiego na mapie województwa dolnośląskiego.....	6
Rysunek 2 Struktura podchodzenia pacjentów MCM w 2022 roku.....	24
Rysunek 3 Rozmieszczenie komórek opieki szpitalnej w zakresie ortopedii w 2021 roku w województwie dolnośląskim i wielkopolskim	25
Rysunek 4 Rozmieszczenie komórek opieki szpitalnej w zakresie pediatrii w 2021 roku w województwie dolnośląskim i wielkopolskim	26
Rysunek 5 Uproszczony schemat organizacyjny Milickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.	47

Spis zdjęć

Zdjęcie 1 Widok ogólny obiektów MCM Sp. z o.o.	139
Zdjęcie 2 UPS z rozdzielnią NN Zdjęcie 3 Agregat awaryjny	145
Zdjęcie 4 Hydrofornia Zdjęcie 5 Kotłownia	146
Zdjęcie 6 Węzłowe wymienniki ciepła Zdjęcie 7 Centrala wentylacyjna	147
Zdjęcie 8 Agregat wody lodowej Zdjęcie 9 Sprężarka powietrza.....	148

