



**PROGRAM NAPRAWCZY  
ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W WĄGROWCU  
2021-2023**

**Wągrowiec, wrzesień 2021 r.**

<b>WPROWADZENIE .....</b>	<b>3</b>
<b>I OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA PODMIOTU .....</b>	<b>4</b>
1. Działalność medyczna .....	7
2. Struktura zatrudnienia .....	13
3. Sytuacja finansowa .....	17
<b>II ZASADNICZE UWARUNKOWANIA DZIAŁALNOŚCI ZOZ-u .....</b>	<b>25</b>
1. Czynniki demograficzno-społeczne .....	25
2. Otoczenie prawno-ekonomiczne.....	39
3. Rynek pracy kadr medycznych .....	49
<b>III PROPOZYCJE ORAZ PROJEKCJE DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH NA OKRES 2021-2023 ..</b>	<b>56</b>
1. Analiza SWOT/TOWS .....	56
2. Istotne problemy w działalności ZOZ-u .....	60
3. Propozycje działań naprawczych i restrukturyzacyjnych .....	62
<b>PODSUMOWANIE .....</b>	<b>77</b>

## WPROWADZENIE

Program naprawczy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu na lata 2021-2023 został przygotowany zgodnie z metodyką przyjętą w latach ubiegłych, tj. w oparciu o analizę wyników dotychczasowej działalności ZOZ-u, diagnozę uwarunkowań makro- i mikroekonomicznych wpływających na zdolność jednostki do realizacji zadań statutowych oraz przygotowanego i zaopiniowanego uchwałą Rady Powiatu Wągrowieckiego „Raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej SP ZOZ-u” za rok 2020. Stanowi on zatem kontynuację oraz aktualizację Programu sporządzonego w roku minionym, w odniesieniu do wymogu określonego w art. 59 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654 z późn.zm.).

Celem strategicznym projektowanych działań jest organizowanie oraz udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o wysokiej jakości, dostępności i w oparciu o aktualną wiedzę medyczną, w powiązaniu z dążeniem do uzyskania przez ZOZ w Wągrowcu trwale stabilnej sytuacji kadrowej i ekonomicznej. W cel strategiczny działalności podmiotu wpisuje się misja (dewiza) organizacyjna, zawarta w maksymie **„Lecząc – pomagamy”**. Misja wskazuje na zasadnicze wartości, które winny stanowić punkt odniesienia aktywności zawodowej każdego pracownika Zespołu Opieki Zdrowotnej, a są nimi: dobro drugiego człowieka, rzetelność oraz uczciwość.

Osiągnięciu celu strategicznego mają służyć możliwe do podjęcia i zrealizowania zadania związane z racjonalną ekonomizacją działalności bieżącej (poprzez m.in. restrukturyzację w zakresie koszyka udzielanych świadczeń) oraz jeszcze aktywniejszym pozyskiwaniem środków i zasobów ze źródeł zewnętrznych (poprzez np. aplikowanie o środki z nowo utworzonego Funduszu Medycznego, czy ubieganie się o środki na modernizację z rezerwy budżetu państwa). Realizowane i planowane zmiany mają następująco zdefiniowane cele operacyjne:

Cel I. Podtrzymanie odwróconego trendu narastania zobowiązań wymagalnych – największym problemem zakłócającym bieżące funkcjonowanie ZOZ-u jest brak zdolności do terminowego spłacania zobowiązań krótkoterminowych;

Cel II. Uzyskanie – w perspektywie długookresowej – zdolności do osiągania bilansowo zysku netto jako efektu wdrożonych działań restrukturyzacyjnych i naprawczych;

Cel III. Doskonalenie jakości udzielanych świadczeń poprzez działania systemowe – wdrożenie i podtrzymywanie standardów wynikających z normy ISO 9001:2015, a także wdrożenie Programu akredytacji szpitali CMJ/MZ i programu pilotażowego TOPSOR.

Niniejsze opracowanie prezentuje zasadnicze założenia zmierzające do poprawy sytuacji organizacyjnej i finansowej placówki w projektowanym okresie oraz zwiększenia efektywności jej funkcjonowania. Cele mikroekonomiczne korespondują z określonymi w „Raporcie” *rachunkami zysków i strat* w kolejnych latach:

<b>Wyszczególnienie</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>
A. Przychody netto ze sprzedaży (zł)	37 735 346,00	42 546 000,00	36 941 000,00	34 817 750,00
B. Koszty działalności operacyjnej (zł)	39 590 197,00	44 705 000,00	41 486 207,00	39 491 113,00
B.I. Amortyzacja (zł)	1 186 186,00	1 150 000,00	3 277 532,00	3 980 043,00
C. Zysk/strata ze sprzedaży (zł)	-1 854 851,00	-2 159 000,00	-4 545 207,00	- 4 673 363,00
<b>Zysk/strata netto (zł)</b>	<b>-862 985</b>	<b>-1 134 000,00</b>	<b>-1 462 675,00</b>	<b>- 888 320,00</b>

Zasadnicza zmiana w stosunku do ubiegłorocznego *Raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej ZOZ w Wągrowcu* zawiera się w korekcie pozycji związanych z amortyzacją, co wynika ze wznowienia prac w ramach zadania inwestycyjnego pn. „Rozbudowa i dostosowanie do aktualnych wymagań istniejącego obiektu Szpitala”. Planowany termin podjęcia prac remontowo-budowlanych przez nowego Generalnego Wykonawcę został dotrzymany, a umowny termin zakończenia inwestycji to 15 marca 2022 roku. Ponadto założono, że sytuacja pandemiczna w Polsce zaostry się w IV kwartale br., co przełoży się na szczególny tryb funkcjonowania Szpitala, charakteryzujący się wyższym poziomem kosztów i przychodów. Prognozę przychodów w zakresie świadczeń objętych ryczałtem na 2021 rok opracowano na podstawie umów z WOW NFZ zawartych na dzień sporządzenia *Raportu*. Wobec prawdopodobnej konieczności przyszłego wykonania „niewypracowanego” dotychczas ryczałtu, w latach 2022-2023 nie zakładano wzrostu wartości kontraktów.

## **I. OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA PODMIOTU**

Jednostka została zarejestrowana w Krajowym Rejestrze Sądowym pod nr KRS 0000053924 w dniu 19.10.2001r. jako *Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej*. Rejestracja w KRS zastąpiła wcześniejszą rejestrację w Rejestrze Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Sądu Rejonowego w Poznaniu - Sądu Gospodarczego. Szpital Wągrowiecki został

wpisany również do Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonego przez Wojewodę Wielkopolskiego - Księga Rejestrowa nr 15859. ZOZ w Wągrowcu jest jednostką sektora finansów publicznych. Organem założycielskim Zespołu Opieki Zdrowotnej jest Rada Powiatu wągrowieckiego. Szpital działa na podstawie:

- Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2021r., poz. 711 z późn. zmianami),
- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2020 r., poz. 1398 z późn. zmianami),
- Statutu nadanego uchwałą nr XXI/143/2016 Rady Powiatu wągrowieckiego z dnia 27 lipca 2016r. (z późn. zmianami),
- pozostałych przepisów powszechnie obowiązującego prawa.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu korzysta ze zróżnicowanej infrastruktury technicznej i budowlanej. Budynek główny ZOZ-u, gdzie zlokalizowane są oddziały szpitalne, został oddany do użytku w roku 1923. Wielokrotnie był remontowany i dostosowywany do bieżących potrzeb. W roku 1977 oddano do użytku zlokalizowany nieopodal budynek administracyjno-socjalny. W 2015 roku zmodernizowano i oddano do użytku budynek w którym zlokalizowano zaplecze rehabilitacyjne dla pacjentów Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego. Obiekt ten został w roku 2019 zmodernizowany poprzez dokonanie jego rozbudowy, dzięki czemu stało się możliwe uruchomienie w tej lokalizacji Dziennego Domu Opieki Medycznej. Jego funkcjonowanie finansowane jest m.in. ze środków projektu unijnego pn. „Program usług zdrowotnych i społecznych świadczonych w społeczności lokalnej 7 gmin powiatu wągrowieckiego dla niesamodzielnych osób starszych”. Jest to pierwszy w kraju tak kompleksowy program polityki senioralnej, w którym udział bierze powiat wągrowiecki, gminy oraz miejscowy szpital.

Główny budynek szpitalny może służyć na potrzeby lecznictwa – zgodnie z opinią Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Sanitarnego – do dnia 31 grudnia 2022 r. Stąd też podjęto odpowiednie działania, w efekcie których nastąpi rozbudowa i dostosowanie do aktualnych wymagań istniejącego obiektu Szpitala. W marcu 2018 r. Dyrektor ZOZ zawarł w tym zakresie stosowną umowę z konsorcjum firm wyłonionych w toku postępowania przetargowego do wykonania tego zadania. W przyjętej formule „zaprojektuj i wybuduj” wykonane miały zostać wszelkie niezbędne prace projektowe, rozbiórkowe, remontowo-budowlane oraz wykończeniowe. Zakończenie prac i przekazanie obiektu po modernizacji planowano pierwotnie na koniec 2020 r. Generalny Wykonawca nie wywiązywał się należycie z postanowień umowy,

stąd w dniu 25 lutego 2020 r. ZOZ odstąpił od umowy z przyczyn leżących po stronie Wykonawcy. W kolejnych miesiącach rozliczono karę umowną nałożoną na Wykonawcę w kwocie 1 654 965,00 zł oraz przeprowadzono inwentaryzację wykonanych robót budowlanych. Zlecono także sporządzenie kosztorysu inwestorskiego w celu oszacowania kosztów ukończenia tego zadania inwestycyjnego. Przekazany Szpitalowi w maju 2020 r. kosztorys wskazuje kwotę 29 913 262, 51 zł brutto. Zakres prac obejmuje przebudowę i rozbudowę istniejącego głównego budynku Szpitala w celu dostosowania go do obowiązujących przepisów. Rozbudowie podlegać będą najbardziej specjalistyczne jednostki organizacyjne, takie jak: Szpitalny Oddział Ratunkowy, Blok operacyjny, Oddział anestezjologii i intensywnej terapii. Przebudowie podlegać będą również pozostałe oddziały szpitala wraz z niezbędnym zapleczem. Nowy obiekt usytuowany został obok dotychczasowego budynku szpitala, i zostanie z nim funkcjonalnie połączony. Wykonany został w technologii tradycyjnej z podpiwniczeniem. Obiekt jest czterokondygnacyjny, wyposażony zostanie w windę, na parterze wykonany zostanie wkomponowany w kubaturę podjazd dla dwóch karettek. Parametry techniczne nowego obiektu:

- powierzchnia użytkowa 2200 m<sup>2</sup>, kubatura 10.500m<sup>3</sup>, wysokość ok. 16 m.  
Parametry określające wielkość obiektu:
- powierzchnia całkowita – 4 862,09 m<sup>2</sup>, w tym: rozbudowa – 1 164,26 m<sup>2</sup>, przebudowa – 3 697,83 m<sup>2</sup>,
- powierzchnia zabudowy – 2 119,23 m<sup>2</sup>, w tym: rozbudowa – 636,14 m<sup>2</sup>,
- kubatura brutto obiektu – 15 989 m<sup>3</sup>, w tym: rozbudowa – 3 883 m<sup>3</sup>, przebudowa – 12 106 m<sup>3</sup>.

Cały zakres inwestycji wykonawczo podzielony został na 4 etapy:

ETAP I – dobudowa nowej części budynku oraz wykonanie wszystkich przekładek i przyłączy sieci, wykonanie nowego układu drogowego, wymiana windy szpitalnej oraz wykonanie przebudowy pomieszczeń technicznych,

ETAP II – wykonanie przebudowy pomieszczeń w obszarze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego, bloku operacyjnego, bloku porodowego, Oddziału anestezjologii i intensywnej terapii, izby przyjęć ginekologiczno-położniczej wraz z zespołem sali zabiegowej na I piętrze, działu diagnostyki na II piętrze oraz dostosowania pożarowego budynku oraz dostawa nowej windy szpitalnej.

ETAP III – przebudowa pozostałej części parteru, III i IV piętra. Roboty w obszarze Oddziału dziecięcego i wewnętrznego muszą być realizowane w dwóch podetapach,

osobno dla części lewej i części prawej, tak, aby zachować ciągłość udzielanych świadczeń na tych oddziałach.

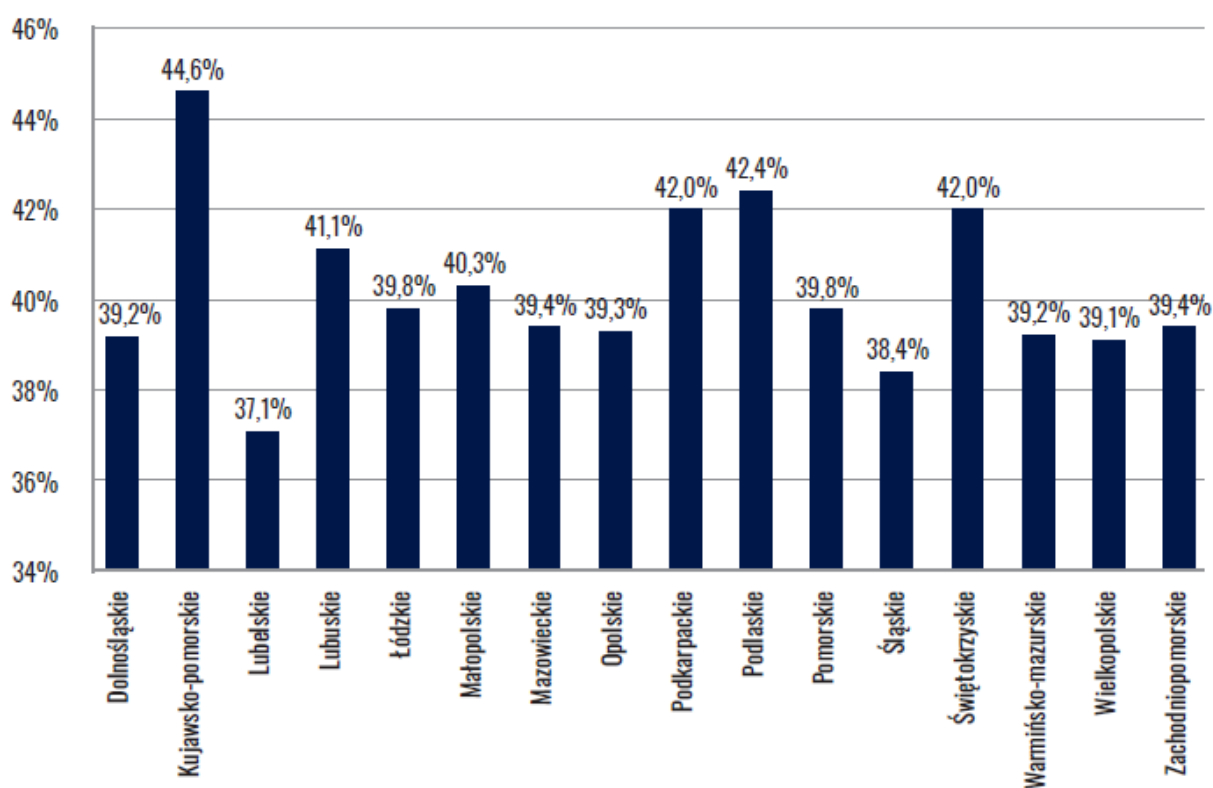
ETAP IV – pozostałe prace na budynku, czyli obszar I i II piętra budynku. Roboty w tym obszarze również zostaną podzielone na dwa podetapy, osobno dla części lewej i części prawej, tak, aby zachować ciągłość udzielanych świadczeń w oddziałach Szpitala.

## **1. Działalność medyczna**

Fundamentalny wpływ na funkcjonowanie szpitalnictwa w Polsce, w tym również Wągrowieckiego Szpitala, mają wdrażane ustrojowe reformy systemu ochrony zdrowia, a przede wszystkim zmiana sposobu finansowania podmiotów leczniczych. W związku z zakwalifikowaniem ZOZ w Wągrowcu od 1 października 2017 r. do pierwszego poziomu Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (tzw. „sieci szpitali - PSZ”, na okres do 30.06.2022r.), uległ zmianie mechanizm finansowania działalności leczniczej poprzez przekazywanie przez NFZ środków w kwotach zryczałtowanych. Zachowano jednak zarazem regułę rozliczeniową udzielonych świadczeń wg jednorodnych grup pacjentów (ang. diagnosis-related group, DRG). Sposób rozliczania świadczeń nie wpływa na ograniczenie zdolności ZOZ-u do udzielania świadczeń, w szczególności szpitalnych. Nie pozwala jednak na istotne zwiększenie liczby przyjęć – uchylono bowiem podstawy prawne do rozliczenia z NFZ i uzyskania zapłaty za tzw. „nadwykonania”. Funkcjonuje jedynie minimalny próg wartości świadczeń do wykonania – 98% kwoty ryczału. Co do zasady mniejsze wykonanie świadczeń skutkuje trwałym obniżeniem kwoty ryczału w kolejnym okresie rozliczeniowym (obecnie rocznym), natomiast wykonanie większej puli świadczeń nie stanowi formalnej podstawy do podwyższenia kwoty ryczału. Ze względu jednak na nieprzewidzianą dysproporcję w zakresie możliwości wykonania planowanej liczby udzielonych świadczeń spowodowanych wprowadzonym od marca 2020 r. na obszarze kraju stanem epidemii (Dz.U. z 2020 r. poz. 491) kwestia sposobu rozliczenia przyznanego ryczału PSZ nie została jeszcze rozstrzygnięta. W roku 2019 wykonanie świadczeń w ramach systemu „podstawowego szpitalnego zabezpieczenia” wyniosło 100,56%. W roku 2020 wykonanie świadczeń „ryczałtowych” wyniosło 71,73%. Po pierwszych sześciu miesiącach 2021 r. rozliczono narastająco 71,80% ryczału PSZ. W skali kraju wykonanie ryczału w roku minionym i bieżącym jest mocno zróżnicowane (w zależności od profilu jednostki, poziomu PSZ, lokalnych uwarunkowań rynku usług szpitalnych). Wg danych opracowanych na zlecenie Związku Powiatów Polskich, za okres styczeń-czerwiec 2020r.

procentowe wykonanie planowanej liczby jednostek sprawozdawczych w ryczałcie PSZ dla szpitali powiatowych zakwalifikowanych do I stopnia (bez jednoimiennych) wyniósł 39,9% (min. 20,3%, maksymalnie 59,4%). Dla Wielkopolski ten wskaźnik wyniósł 39,1% (wykres nr 1). Dane przekazane przez WOW NFZ, dotyczące średniego wykonania świadczeń w ramach PSZ przez wielkopolskie szpitale I poziomu za okres styczeń-lipiec 2021 r. wyniosły 87,37%. W stopniu najniższym ryczałt został wykonany przez szpitale w Słupcy (34,41%), Czarnkowie (37,45%) oraz Rawiczu (44,91%).

**Wykres 1. Średnie procentowe wykonanie planowanego ryczałtu PSZ przez szpitale powiatowe I stopnia (bez jednoimiennych) w I półroczu 2020 r.**



Źródło: P.Grebla-Tarasek, R.Rudka, Wykonanie planowanego ryczałtu w szpitalach – stan po I połowie 2020 r. Analizy Samorządowe, Wyd. ZPP, Warszawa, wrzesień 2020.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu udziela świadczenia zdrowotne w następujących rodzajach i zakresach:

- 1) Leczenie szpitalne – świadczenia w Oddziale:
  - a. wewnętrznym,
  - b. dziecięcym,
  - c. chirurgicznym wraz z blokiem operacyjnym,
  - d. anestezjologii i intensywnej terapii,
  - e. położniczo-ginekologicznym,



- f. noworodkowym,
  - g. szpitalnym oddziale ratunkowym.
- 2) Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze – w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym
- 3) Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:
- a. z zakresu chirurgii w Poradni Chirurgicznej,
  - b. z zakresu ginekologii w Poradni Położniczo-Ginekologicznej,
  - c. z zakresu rehabilitacji medycznej w Poradni Rehabilitacyjnej,
  - d. z zakresu zdrowia psychicznego w Poradni Psychologicznej,
  - e. z zakresu chirurgii i ginekologii w Gabinetcie Zabiegowym,
  - f. z zakresu medycyny pracy w Poradni Medycyny Pracy,
  - g. z zakresu diagnostyki w Pracowni Tomografii Komputerowej.
- 4) Podstawowa opieka zdrowotna
- a. nocna i świąteczna ambulatoryjna i wyjazdowa opieka lekarska i pielęgnarska,
  - b. transport sanitarny w POZ
- 5) Ratownictwo medyczne
- a. Zespół Ratownictwa Medycznego Specjalistyczny „S” z miejscem stacjonowania w Wągrowcu,
  - b. Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy „P” z miejscem stacjonowania w Wągrowcu,
  - c. Zespół Ratownictwa Medycznego Podstawowy „P” z miejscem stacjonowania w Gołańczy.
- 6) Profilaktyka i promocja zdrowia – Szkoła rodzenia, realizacja programu pilotażowego „Dieta Mamy” oraz współrealizacja projektu DDOM.

Liczba pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu w latach 2015-2020 wynosiła odpowiednio:

- w 2015 r.: 15 877 osób,    - w 2016 r.: 15 980 osób,
- w 2017 r.: 15 023 osób,    - w 2018 r.: 15 941 osób,
- w 2019 r.: 14 402 osób,    - w 2020 r.: 10 722 osób.

Szczegółowy wykaz i strukturę jednostek działalności podstawowej i pomocniczej ZOZ-u ilustruje schemat organizacyjny (załącznik nr 1). Poziom wykonania świadczeń objętych umowami z WOW NFZ za okres 2020 roku ujęto w zestawieniu tabelarycznym. Warto przypomnieć, że z dniem 1 lipca 2019 r. wprowadzono zmianę dotyczącą liczby rejestrowej miejsc (łóżek) dla pacjentów w poszczególnych Oddziałach szpitalnych na skutek konieczności dopasowania ich liczby do faktycznej wielkości liczby przyjęć pacjentów i liczby zatrudnionego personelu pielęgnarskiego. Świadczenia zdrowotne udzielane są w sposób zgodny z aktualnym stanem wiedzy medycznej oraz z zachowaniem najwyższych standardów systemowego

zarządzania jakością, co zostało potwierdzone uzyskaniem przez ZOZ w grudniu 2020 r. certyfikatu jakości wg nowej normy PN-EN ISO 9001:2015-10. Ważności tego certyfikatu obejmuje okres do 04.12.2023 r. (załącznik nr 2) Rozumiejąc potrzebę i konieczność doskonalenia systemu jakości, w styczniu 2019 r. zawarte zostało porozumienie z *Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia (CMJ)* o udziale ZOZ-u w finansowanym ze środków Unii Europejskiej EFS projekcie pn. „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki – Program Akredytacji Szpitali”. Dzięki uzyskanemu wsparciu szkoleniowo-konsultacyjnemu pracownicy szpitala mogą w sposób bardziej systematyczny i profesjonalny przygotować się do przeglądu akredytacyjnego i uzyskania w jego wyniku oceny wystarczającej do przyznania Szpitalowi przez Ministra Zdrowia certyfikatu potwierdzającego udzielanie świadczeń zgodnie z obowiązującym zestawem standardów (opublikowanych w Dzienniku Urzędowym MZ Nr 2, poz. 24 z dnia 25 stycznia 2010r.). Na dzień 27 września 2021 r. liczba szpitali posiadających akredytację CMJ/MZ potwierdzoną certyfikatem wynosi 173. Uzyskanie Certyfikatu CMJ/MZ to nie tylko kwestia nobilitacji, ale także możliwość otrzymania dodatkowym środków finansowych ze strony WOW NFZ.

**Tabela 1. Ilość miejsc (łóżek) w poszczególnych oddziałach wraz ze stopniem ich wykorzystania w okresie lat 2019-2020 w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu.**

L.p.	Oddział	Liczba łóżek (szt.) I-VI 2019	Stopień wykorzystania łóżek (w %)	Liczba łóżek (szt.) VII-XII 2019	Stopień wykorzystania łóżek (w %)	Liczba łóżek (szt.) I-XII 2020	Stopień wykorzystania łóżek (w %)
1	CHIRURGICZNY	40	52,4	25	86,6	25	65,4
2	DZIECIĘCY	25	32,0	15	32,7	15	22,9
3	GINEKOLOGIA	9	51,2	6	59,4	6	41,1
4	NOWORODKOWY	3	89,1	3	100,9	3	99,7
5	ANESTEZJOLOGII i INT. TERAPII	4	53,3	4	40,1	4	42,6
6	POŁOŻNICTWO	16	29,3	7	77,6	7	70,6
7	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	5	43,2	5	34,3	5	24,4
8	WEWNĘTRZNY	52	55,0	35	84,5	35	70,9
9	ZOL	38	98,0	38	97,6	38	92,9

**Tabela 2. Liczba pacjentów leczonych w roku 2018-2020 w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu**

L.p.	Jednostka organizacyjna	Liczba pacjentów leczonych ogółem w 2018r.	Liczba pacjentów leczonych ogółem w 2019r.	Liczba pacjentów leczonych ogółem w 2020r.
1	O.CHIRURGICZNY	1 616	1 553	1 172
2	O.DZIECIĘCY	734	653	351
3	O.GINEKOLOGIA	629	601	407
4	O. NOWORODKOWY	436	420	419
5	O.ANESTEZJOLOGII i INTENSYWNEJ TERAPII	85	55	50
6	O.POŁOŻNICTWO	670	666	617
7	O.WEWNĘTRZNY	1 603	1 687	1 524
8	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	10 168	8 767	6 182
9	ZOL	122	115	102
10	NiŚÓZ (w tym porady lekarskie udzielone telefonicznie)	11 450	11 469	6 653
	NiŚÓZ (ambulatoryjna i wyjazdowa opieka pielęgniarska)	5 121	3 362	1 877
11	PORADNIA POŁ.-GIN.	3 060	3064	2 790
12	PORADNIA CHIRURGICZNA	11 387	10 574	9 092
13	PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO	76	2 146	2 759
14	PORADNIA REHABILITACYJNA	76	849	95

**Tabela 3. Zysk/strata – działalność podstawowa w Oddziałach w 2018 roku.**

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	KOSZTY CAŁKOWITE ODDZIAŁU	PRZYCHODY ODDZIAŁU		ZYSK/STRATA ODDZIAŁU
	WYKONANE	NFZ	POZOSTAŁE	
ODDZ. WEWNĘTRZNY	4 551 168	4 496 335	0	<b>-54 833</b>
ODDZ. CHIRURGICZNY	6 352 251	5 099 164	6 275	<b>-1 246 812</b>
ODDZ. ANEST.i INT.TERAPII	3 500 974	1 823 108	1 089 294	<b>-588 572</b>
ODDZ. DZIECIĘCY	2 001 047	2 184 907	25 079	<b>208 939</b>
ODDZ. POŁOŻ.- GINEKOL.	3 724 237	2 346 634	6 971	<b>-1 370 632</b>
ODDZ. NOWORODKÓW	1 079 782	761 528	0	<b>-318 254</b>
SOR	4 564 906	4 047 847	60 533	<b>-456 526</b>
ZOL	2 476 642	1 439 615	448 760	<b>-588 267</b>
<b>RAZEM ODDZIAŁY</b>	<b>28 251 007</b>	<b>22 199 138</b>	<b>1 636 912</b>	<b>-4 414 957</b>

Tabela 4. Zysk/strata – działalność podstawowa w Oddziałach w 2019 roku.

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	KOSZTY CAŁKOWITE ODDZIAŁU	PRZYCHODY ODDZIAŁU		ZYSK/STRATA ODDZIAŁU
	WYKONANE	NFZ	POZOSTAŁE	
ODDZ. WEWNĘTRZNY	5 326 147	5 542 719	1 800	<b>218 372</b>
ODDZ. CHIRURGICZNY	5 956 162	5 925 577	7 244	<b>-23 341</b>
ODDZ. ANEST.i INT.TERAPII	4 057 810	1 928 422	1 115 036	<b>-1 014 352</b>
ODDZ. DZIECIĘCY	2 200 362	2 231 451	6 415	<b>37 504</b>
ODDZ. POŁOŻ.- GINEKOL.	4 046 990	2 530 026	1 430	<b>-1 515 534</b>
ODDZ. NOWORODKÓW	1 206 646	775 334	0	<b>-431 312</b>
SOR	4 750 519	4 290 238	62 418	<b>-397 863</b>
ZOL	2 766 941	1 799 704	485 951	<b>-481 286</b>
<b>RAZEM ODDZIAŁY</b>	<b>30 311 577</b>	<b>25 023 471</b>	<b>1 680 294</b>	<b>-3 607 812</b>

Tabela 5. Zysk/strata – działalność podstawowa w Oddziałach w 2020 roku.

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	KOSZTY CAŁKOWITE ODDZIAŁU	PRZYCHODY ODDZIAŁU		ZYSK/STRATA ODDZIAŁU
	WYKONANE	NFZ	POZOSTAŁE	
ODDZ. WEWNĘTRZNY	5 717 595	5 996 963	852	<b>280 220</b>
ODDZ. CHIRURGICZNY	6 778 855	6 311 522	280 781	<b>-186 552</b>
ODDZ. ANEST.i INT.TERAPII	3 707 917	2 085 984	908 844	<b>-713 089</b>
ODDZ. DZIECIĘCY	2 132 085	2 367 737	0	<b>235 652</b>
ODDZ. POŁOŻ.- GINEKOL.	4 142 762	2 696 541	0	<b>-1 446 221</b>
ODDZ. NOWORODKÓW	1 263 971	778 327	0	<b>-485 644</b>
SOR	5 781 807	5 897 814	47 070	<b>163 077</b>
ZOL	3 018 271	2 044 368	516 364	<b>-457 539</b>
<b>RAZEM ODDZIAŁY</b>	<b>32 543 263</b>	<b>28 179 256</b>	<b>1 753 911</b>	<b>-2 610 096</b>

Zróznicowany poziom wyceny świadczeń oraz wielkość kwoty ryczałtu (mniejsza w stosunku do potencjalnych możliwości wykonania) powodują, że operacyjne wyniki finansowe poszczególnych jednostek organizacyjnych działalności podstawowej ZOZ-u (a w szczególności Oddziałów szpitalnych) są istotnie zróżnicowane.

**Tabela 6. Zysk/strata – działalność podstawowa w Oddziałach w okresie I półrocza 2021 r.**

L.p.	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	KOSZTY	PRZYCHODY	WYNIK
1	Oddział wewnętrzny	-3 825 070,12	3 629 101,01	-195 969,11
2	Oddział anestezjologii i IT	-1 583 166,94	1 040 190,91	-542 976,03
3	Oddział dziecięcy	-1 099 686,89	1 168 598,56	68 911,67
4	Oddział noworodkowy	-466 402,43	312 827,59	-153 574,84
5	Oddział położniczo-ginekologiczny	-2 093 859,07	1 584 122,07	-509 737,00
6	Oddział chirurgiczny	-3 495 217,76	3 325 510,48	-169 707,28
7	Zakład opiekuńczo-leczniczy	-1 433 465,92	1 277 265,97	-156 199,95
8	Szpitalny Oddział Ratunkowy	-3 689 628,89	4 014 371,25	324 742,36
	<b>OGÓŁEM</b>	<b>-17 686 498,02</b>	<b>16 351 987,84</b>	<b>-1 334 510,18</b>

W roku 2018 największą stratę na działalności przyniosły oddziały: położniczo-ginekologiczny i chirurgiczny (tabela nr 3). W roku 2019 największą stratę na działalności przyniosły oddziały: położniczo-ginekologiczny oraz anestezjologii i IT (tabela nr 4). W roku 2020 sytuacja była analogiczna – największą skumulowaną stratę przyniosły funkcjonalnie powiązane ze sobą Oddziały: Położniczo-Ginekologiczny oraz Noworodkowy (tabela nr 5), pomimo wzrostu w tym okresie wyceny wszystkich świadczeń szpitalnych o 3%. Także te oddziały przyniosły największą stratę na działalności w I półroczu roku bieżącego (tabela nr 6). Łączna strata operacyjna Oddziałów oraz ZOL w roku 2019 przekroczyła kwotę 3,6 mln zł., a w roku 2020 przekroczyła kwotę 2,6 mln zł, natomiast szacowana strata na działalności operacyjnej tych jednostek organizacyjnych w roku 2021 wynosić będzie ok. 2,7 mln.

W 2021 roku w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu realizowane były świadczenia w rodzaju „Choroby zakaźne i stany nadzwyczajne” w związku z zapobieganiem i zwalczaniem choroby COVID-19, co miało istotny wpływ na ograniczenie podstawowej działalności komórek, w których te świadczenia były realizowane oraz zniekształcenie ich wyników finansowych, zarówno po stronie kosztów jak i przychodów.

## 2. Struktura zatrudnienia

Liczebność oraz struktura zatrudnienia jest uwarunkowana czynnikami popytowo-popytowymi rynku pracy oraz wiekiem pracowników w poszczególnych grupach zawodowych. W dużej mierze poziom zatrudnienia wynika z odrębnych regulacji w zakresie minimalnie dopuszczalnego zatrudnienia w określonych obszarach świadczeń medycznych. Ogółem na

dzień 01.01.2020 r. w ZOZ w Wągrowcu było zatrudnionych 181 osób na umowę o pracę oraz 195 osoby na umowę cywilnoprawną. Natomiast na dzień 01.01.2021 r. zatrudnione były analogicznie 172 osoby na podstawie umowy o pracę, 99 osób na umowie zleceniu oraz 117 osoby na podstawie umów cywilnoprawnych – kontraktowych (działalność gospodarcza).

**Tabela 7. Przeciętne zatrudnienie w ZOZ w 2020 r. - umowy o pracę.**

WYSZCZEGÓLNIENIE	PRZECIĘTNA LICZBA ZATRUDNIONYCH W ROKU OBROTOWYM (w etatach)	KOBIETY	MĘŻCZYŹNI	PRZECIĘTNA LICZBA ZATRUDNIONYCH W ROKU POPRZEDNIM - 2019 (w etatach)
Pracownicy ogółem w tym:	172,1	150,05	22,05	189
Lekarze medycyny	1,50	1,00	0,50	3,00
Inni z wyższym wykształceniem medycznym	3,00	3,00	0,00	3,00
Pielęgniarki	93,75	93,75	0,00	99,75
Położne	12,30	12,30	0,00	13,00
Technicy medyczni	2,80	2,00	0,80	3,00
Ratownicy medyczni	13,75	0,00	13,75	15,50
Pozostały średni personel medyczny	9,90	9,90	0,00	11,50
Niższy personel medyczny	2,25	1,00	1,25	2,25
Obsługa	14,30	11,30	3,00	16,00
Administracja	20,80	16,80	4,00	22,00

Tabela 8. Potrzeby kadrowe w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych 2020-2023.

Oddział	Liczba łóżek - stan w roku 2019	Liczba etatów pielęgniarskich, jaka musi przypadać w przeliczeniu na jedno łóżko	Liczba łóżek - stan po zmianach (od 2020 r.)	Liczba etatów pielęgniarskich, jaka musi przypadać w przeliczeniu na jedno łóżko
Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,6 na łóżko (dla oddziałów o profilu zachowawczym)				
Wewnętrzny	52	31,2	35	21
ZOL	38	22,8	38	22,8
Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,7 na łóżko (dla oddziałów o profilu zabiegowym)				
Chirurgiczny	40	28	25	17,5
Ginekologiczny	9	13	7	9,1
Położniczy	16		7	
Sala porodowa	wyodrębnienie przy oddziale ginekologiczno-położniczym personelu położniczego dedykowanego sali porodowej			
Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,8 na łóżko (dla oddziałów o profilu dziecięcym)				
Dziecięcy	25	20	15	12
W Oddziale Noworodków zastosowanie mają minimalne normy wynikające z przepisów - <b>0,8 etatu na łóżko (stanowisko) noworokowe.</b>				
Noworodków	7 łóżeczek na Rooming-in			
	- łóżeczka w Oddziale Noworodków			
	3 inkubatory zamknięte w Oddziale Noworodków			
	- inkubatory na Sali Porodowej			
	Ogółem: 10 x 0,8 etatu = <b>8,0 etatów</b>			
W OAiIT zastosowanie mają minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie „ <b>ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii</b> ” Na jedno stanowisko intensywnej terapii nie mniej niż równoważnik <b>2,2 etatu.</b>				
OAiIT	Ogółem: 4 stanowiska x 2,2 = <b>8,8 etatu</b>			
W Bloku Operacyjnym zastosowanie mają minimalne normy wynikające z „ <b>ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami</b> ”				
Blok Operacyjny	Jeden stół operacyjny powinien być zabezpieczony: 1 pielęgniarka operacyjna 1 pielęgniarka asystująca (tzw. brudna) 1 pielęgniarka anestezjologiczna na każde stanowisko znieczulenia			

Polityka kadrowa ZOZ-u w decydującym zakresie uwarunkowana jest: a) określonymi prawnie wymaganiami w zakresie norm minimalnego zatrudnienia osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i kompetencjach dodatkowych b) stwarzaniem możliwości podwyższania

wykształcenia oraz nabywania nowych, oczekiwanych przez Pracodawcę, kwalifikacji i kompetencji. W odniesieniu do pkt. a) - przykładem takiej regulacji jest Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii (Dz.U.2016, poz. 2218), wprowadzające m.in. wymóg zatrudnienia w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii na pierwszym poziomie referencyjnym równoważnik co najmniej czterech etatów lekarza specjalisty. Już dzisiaj bardzo wyraźnie odczuwany jest brak lekarzy posiadających tą specjalizację, wdrożenie powyższego wymogu spowoduje zapewne wstrzymanie działalności wielu oddziałów AiIT w kraju. ZOZ w Wągrowcu wobec powyższego przystąpił do rekrutacji brakujących kadr medycznych (głównie lekarzy), którzy uzyskali wykształcenie w państwach spoza obszaru UE. Aktualnie Szpital zatrudnia czterech lekarzy, którzy otrzymali prawo wykonywania zawodu w Polsce w tzw. systemie uproszczonym (tj. na podstawie decyzji Ministra Zdrowia). W trakcie procedury uznania kwalifikacji jest ponadto zainteresowany pracą w naszej jednostce pielęgniarz (absolwent szkoły pielęgniarzkiej w Turcji, czteroletni staż pracy w zawodzie ) oraz farmaceuta (dyplom uczelni ukraińskiej, dziesięcioletni staż pracy w aptece). Z dniem 1 stycznia 2019 r. weszły w życie przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2018 r. poz. 2012). Zgodnie z ww. przepisami podmiot leczniczy zobowiązany jest do stosowania wskaźników zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,6 na łóżko (oddziały o profilu zachowawczym) i 0,7 na łóżko (oddziały o profilu zabiegowym) w oddziałach stacjonarnych całodobowych. Zmiany prawne jakie zaistniały w minionym okresie a wynikające z powyższego rozporządzenia w przypadku ZOZ w Wągrowcu miały charakter neutralny, ponieważ dokonano korekty liczby miejsc w oddziałach adekwatnie do naliczonego przez NFZ ryczałtu PSZ oraz projektu budowlanego prac modernizujących budynek szpitala (tabele nr 6, 7 i 8). Warto przypomnieć, że wraz z wprowadzeniem stanu epidemii nastąpiło zwolnienie świadczeniodawców udzielających świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego w trybie hospitalizacji z obowiązku zapewnienia kadry lekarsko-pielęgniarskiej, zgodnie z wymaganiami. Sytuacja taka obowiązuje do 31 września 2021 r. Decyzja co do obsady lekarsko-pielęgniarskiej oddziałów szpitalnych realizujących poszczególne zakresy świadczeń spoczywa na kierowniku podmiotu leczniczego, który w oparciu o aktualną analizę potrzeb operacyjnych szpitala podejmuje decyzję o przesunięciu niezbędnych zasobów kadrowych w obszary o największych deficytach personalnych. Powyższe ma na celu uwolnienie potencjału wykonawczego świadczeniodawców wynikającego z m.in. z ograniczenia realizacji



części świadczeń zdrowotnych, w szczególności świadczeń planowych – zgodnie z zaleceniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, do zwalczania epidemii wirusa SARS-CoV-2 (podstawa prawna: Rozporządzenie MZ z dnia 7 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego).

### 3. Sytuacja finansowa

ZOZ w Wągrowcu prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o rachunkowości, ustawie o finansach publicznych oraz w ustawie o działalności leczniczej. Podstawowe źródło przychodów uzyskiwanych przez ZOZ stanowią umowy zawarte z WOW NFZ w Poznaniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Odrębne źródło przychodów stanowią przychody z tytułu współfinansowania przez pacjentów pobytów w ZOL, odpłatne leczenie osób nieubezpieczonych, badania wykonywane na rzecz innych podmiotów. Niewielki zakres działalności stanowią odpłatne usługi niemedyczne, takie jak np. dzierżawy pomieszczeń. Umowy z WOW NFZ stanowią źródło ok. 97% wszystkich przychodów.

Sytuacja finansowa ZOZ-u nie jest dobra, ulega jednak w ostatnich trzech latach poprawie. Na koniec roku obrotowego 2018 jednostka poniosła stratę netto w wysokości: – 2 942 584,16 zł, rok obrotowy 2019 zamknięto stratą – 1 963 237 zł. Rok bilansowy 2020 zamknięto także stratą w wysokości – 862 984,61 zł, jednak po skorygowaniu o wysokość kwoty amortyzacji – nie zaistniała konieczność pokrycia części tej straty netto ze środków budżetu powiatu wągrowieckiego. Natomiast pierwsze półrocze 2021 roku zakończono nadwyżką finansową w wysokości 370 416,85 zł.

W 2020 roku nastąpił istotny wzrost wartości sprzedaży świadczeń zdrowotnych rozliczanych z NFZ, co wynika m.in. z realizacji dodatkowych usług z zakresu przeciwdziałania i walki z epidemią koronawirusa. Wzrost wartości przychodów w I półroczu 2021 r. wynika głównie z wykonywania świadczeń szpitalnych z zakresu oddziału zakaźnego II poziomu zabezpieczenia COVID-19. Przychody z tytułu pozostałej działalności medycznej oraz niemedykowej kształtują się na podobnym poziomie jak przychody osiągnięte w tych grupach w 2019 roku. Szczegółowe źródła przychodów w ZOZ w Wągrowcu przedstawia tabela nr 9.

W dalszym ciągu istotnym wyzwaniem zarządczym jest obsługa zobowiązań przeterminowanych. Na dzień 30 czerwca 2021 r. kwota zobowiązań wymagalnych wyniosła 1 586 459,27 zł, co stanowi wartość o 623,9 tys. zł niższą od stanu na dzień 31.12.2020 roku. Na dzień 31 grudnia 2020 roku jednostka nie posiada *zobowiązań długoterminowych*. Brak zbilansowania wpływów i wydatków stanowi bezpośrednią przyczynę zadłużenia, a tym samym

niepewności (ryzyka) co do dalszego trwania jednostki. Należy jednak wspomnieć, że w Sprawozdaniu niezależnego biegłego rewidenta z badania sprawozdania finansowego ZOZ za rok 2020 (raport z dnia 16 marca 2021 r.) rozpoznano to ryzyko, zarazem jednak stwierdzono, że „nasza opinia nie zawiera zastrzeżenia w odniesieniu do tej sprawy”.

**Tabela 9. Sprzedaży wg poszczególnych rodzajów świadczeń w latach 2019-2020.**

<b>L.p.</b>	<b>Źródło przychodów</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
<b>1</b>	<b>Usługi medyczne - płatnik NFZ</b>	<b>32 464 112,31</b>	<b>36 554 235,16</b>
	leczenie szpitalne + SOR	23 304 442,02	26 310 730,88
	Zakład Opiekuńczo Lecznicy	1 799 706,19	<b>2 044 367,56</b>
	Poradnie specjalistyczne Tomograf Komputerowy	1 577 344,66	1 578 613,57
	Podstawowa Opieka Zdrowotna + Ratownictwo med.	5 782 619,44	6 620 523,15
<b>2</b>	<b>Usługi medyczne - pozostali płatnicy</b>	<b>556 635,97</b>	<b>984 341,01</b>
	ZOL - pobyty na koszt pacjenta	485 550,56	516 363,51
	badania bakteriologiczne	0,00	0,00
	badania lek. osób zatrzymanych dla KPP w Wągrowcu	23 657,09	29 533,48
	transport sanitarny	17 701,80	138 544,48
	poradnia chirurgiczna	1 421,73	728,30
	poradnie specjalistyczne	447,00	0,00
	leczenie szpitalne - os. nieubezpieczone	26 427,79	26 671,24
	usługi medyczne pozostałe	1 430,00	272 500,00
<b>3</b>	<b>Usługi pozostałe niemedyczne</b>	<b>194 155,33</b>	<b>230 256,84</b>
<b>Razem przychody netto ze sprzedaży</b>		<b>33 214 903,61</b>	<b>37 768 833,01</b>

Czynnikiem w dalszym ciągu istotnie rzutującym na obecną kondycję zakładu był fakt, iż w 2016 roku - w związku z unieważnieniem umowy na wykonane przez szpital świadczenia paliatywne – dokonano zwrotu do WOW NFZ kwoty 920.682,83 zł. W 2019 roku nastąpił istotny wzrost wartości sprzedaży świadczeń zdrowotnych z NFZ, sięgając kwoty 32 464 112,31 zł. Przychody z tytułu pozostałej działalności medycznej oraz niemedykowej kształtowały się wówczas na podobnym poziomie jak przychody osiągnięte w tych grupach w 2018 roku. Natomiast w roku 2020 wartość sprzedaży świadczeń zdrowotnych z NFZ w stosunku do roku

2019 wzrosła, wynosząc 36 554 235,16 zł. Szczegółową strukturę źródeł przychodów w ZOZ w Wągrowcu przedstawia tabela nr 9.

**Tabela 10. Kształtowanie się kosztów działalności operacyjnej ZOZ w latach 2018-2020.**

Lp.	Koszty działalności operacyjnej	2018 (wartość w zł)	2019 (wartość w zł)	2020 (wartość w zł)
1.	Amortyzacja	1 138 346,49	1 055 147,86	1 186 186,20
2.	Zużycie materiałów i energii	4 441 783,21	4 450 986,75	4 976 218,43
3.	Usługi obce	12 573 458,13	14 218 579,20	16 635 261,52
4.	Podatki i opłaty	112 842,11	138 307,49	94 263,29
5.	Wynagrodzenie	12 457 849,18	13 349 996,64	13 666 601,80
6.	Ubezpieczenia i inne świadczenia	2 442 670,08	2 578 314,89	2 586 354,68
7.	Pozostałe koszty rodzajowe	412 043,71	453 746,90	445 310,60
	<b>Ogółem</b>	<b>33 578 992,91</b>	<b>36 245 075,73</b>	<b>39 590 196,52</b>

**Tabela 11. Rzeczowe aktywa trwałe ZOZ w latach 2019-2020.**

L.p.	Rzeczowe aktywa trwałe ZOZ	2019 (wartość w zł)	2020 (wartość w zł)
1	Budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	1 093 562,19	1 383 187,53
2	Urządzenia techniczne i maszyny	583 095,06	476 286,73
3	Środki transportu	145 443,17	474 167,97
4	Inne środki trwałe	1 138 368,68	1 375 394,98
5	Środki trwałe w budowie	5 637 913,10	6 981 066,28
	<b>Razem</b>	<b>8 598 382,20</b>	<b>10 690 103,49</b>

Suma aktywów jednostki na koniec grudnia 2019 roku wyniosła: 12 306 932,42 zł, z czego majątek obrotowy stanowi niecałe 28% ogólnej sumy majątku ZOZ-u. Majątek trwały, stanowiący ponad 72% aktywów, tworzyły wówczas wartości niematerialne i prawne o wartości 278 402,79 zł oraz rzeczowe aktywa trwałe w kwocie 8 598 382,20 zł. Suma aktywów jednostki na koniec czerwca 2021 roku wyniosła: 24 872 676,19 zł, z czego majątek obrotowy stanowi 20,53% ogólnej sumy majątku Zespołu. Majątek trwały, stanowiący niecałe 80% aktywów,

tworzą wartości niematerialne i prawne o wartości 58 617,12 zł oraz rzeczowe aktywa trwałe w kwocie 19 706 552,77 zł, których wartość powiększyła się ponad dwukrotnie w stosunku do stanu na dzień 31.12.2019. Tak duży wzrost rzeczowych aktywów trwałych wynika z trwającej inwestycji rozbudowy szpitala, której zafakturowane etapy zwiększają wartość środków trwałych w budowie. Inwestycja rozbudowy szpitala zwiększa wartość majątku ZOZ oraz rozliczeń międzyokresowych przychodów z dotacji, z której inwestycja jest finansowana, po stronie pasywów bilansu, tym samym zwiększając sumę bilansową jednostki, czyli wartość księgową określającą rozmiar przedsiębiorstwa. Wzrost majątku trwałego nie zapewnia sukcesu w prowadzeniu przedsiębiorstwa, ale go umożliwia. Dalszy rozwój i restrukturyzacja w Zespole Opieki Zdrowotnej nie byłyby możliwe bez inwestycji rozbudowy i remontu budynku szpitala w celu dostosowania pomieszczeń do obowiązujących wymogów. Strukturę aktywów rzeczowych zawarto w tabeli 11.

Kapitał własny ZOZ-u na dzień 31 grudnia 2018 r. był ujemny i wyniósł - 4 931 650,40 zł. Na wartość tą składał się fundusz założycielski: 5 985 879,02 zł, pomniejszony o stratę z lat ubiegłych w kwocie - 7 974 945,46 zł oraz stratę netto bieżącego roku obrotowego w wysokości - 2 942 583,96 zł. Kapitał własny ZOZ-u na 31 grudnia 2019 roku był ujemny i wyniósł: - 5 818 039,66 zł. Na wartość tą składa się fundusz założycielski: 5 985 879,02 zł, pomniejszony o stratę z lat ubiegłych: - 9 840 681,40 zł i oraz stratę netto bieżącego roku obrotowego w wysokości: - 1 963 237,28 zł. Kapitał własny ZOZ-u na koniec 2020 roku wyniósł: - 5 453 634,82 zł. Na wartość tą składa się fundusz założycielski: 5 985 879,02 zł, pomniejszony o stratę z lat ubiegłych: - 10 576 529,23 zł oraz stratę netto bieżącego roku obrotowego w wysokości: - 862 984,61 zł. Na dzień 30.06.2021 roku ujemna wartość kapitału własnego wyniosła: - 4 675 128,55 zł. Wartość ta uległa zmniejszeniu w stosunku do stanu z początku roku 2021 o dodatni wynik finansowy za I półrocze oraz wpłaty organu założycielskiego z tytułu straty ZOZ za rok 2019. Zmniejszenie ujemnego kapitału własnego jest zjawiskiem pożądanym, gdyż oznacza spadek udziału długu w finansowaniu działalności ZOZ.

W skład kapitałów obcych bilansu Szpitala wchodzi rezerwy, utworzone zgodnie z zasadą współmierności przychodów i kosztów oraz zasadą ostrożności wyceny, nakazującą jednostce uwzględnić w wyniku finansowym ryzyko i skutki zdarzeń danego roku obrotowego. Na dzień 31 grudnia 2019 r. rezerwy przedstawiały się następująco:

- aktualizowana na podstawie wyceny aktualnej rezerwa na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne w kwocie: 1 425 702,00 zł
- rezerwa na odsetki w kwocie: 29 227,11 zł.

Natomiast w 2020 roku utworzono i zaktualizowano następujące rezerwy na rok przyszły:

- aktualizowana na podstawie wyceny aktuarialnej rezerwa na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne w kwocie: 1 459 189,00 zł
- rezerwa na odsetki w kwocie: 40 675,57 zł.

**Tabela 12. Szczegółowy wykaz zobowiązań wymagalnych 2018-2020.**

L.p.	Zobowiązania wymagalne (w zł)	31.12.2018	31.12.2019	31.12.2020
1	Leki i materiały medyczne	844 154,52	928 314,70	1 037 791,19
2	Energia i woda	177 855,37	191 907,21	156 625,33
3	Usługi medyczne	511 544,96	708 097,30	556 455,41
4	Usługi żywienia	41 484,23	46 068,27	74 688,37
5	Utylizacja i pranie	39 299,86	46 305,93	42 611,92
6	Środki czystości	25 609,42	43 453,40	21 810,58
7	Pozostali dostawcy	521 890,39	873 800,98	320 396,01
<b>Razem zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług</b>		<b>2 161 838,65</b>	<b>2 837 947,79</b>	<b>2 210 378,81</b>
<i>Wymagalne zobowiązania wobec ZUS</i>		0,00	0,00	0,00
<i>Wymagalne zobowiązania wobec Urzędu Skarbowego</i>		0,00	0,00	0,00
<i>Pozostałe zobowiązania publiczno-prawne</i>		0,00	0,00	0,00
<b>Zobowiązania wymagalne ogółem</b>		<b>2 161 838,65</b>	<b>2 837 947,79</b>	<b>2 210 378,81</b>

Rozliczenia międzyokresowe, które za I półrocze 2021 roku wykazują saldo w kwocie 17 108 840,97 zł, tworzą przychody przyszłych okresów ze środków unijnych, księgowane równoległe do odpisów amortyzacyjnych dofinansowanego z tych środków sprzętu medycznego oraz wartość niezamortyzowanej części aktywów trwałych otrzymanych nieodpłatnie lub sfinansowanych z dotacji przekięgowanej z funduszu założycielskiego SP ZOZ, zgodnie z art. 8 pkt. 1 Ustawy z dnia 14 czerwca 2012 roku o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2012 r. poz. 742), a także wartość środków przekazanych dotychczas przez organ założycielski na realizację inwestycji rozbudowy szpitala w kwocie: 13 909 188 zł.

Na dzień 30 czerwca 2020 r. zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług wynosiły 1 916 985,41 zł. ZOZ nie posiada wymagalnych zobowiązań publiczno-prawnych. W związku z realizacją Ustawy z dnia 8 czerwca 2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach

lecniczych (Dz.U. z 2017r. poz. 1473 z późn.zm.) oraz corocznymi zmianami minimalnego wynagrodzenia, wzrasta udział „kosztów płacowych” w wydatkach ogółem ponoszonych przez ZOZ. W roku 2017 udział ten wynosił 71,14%, w roku 2018 – 71,80%, natomiast w roku bilansowym 2019 – 74,29%. Za rok 2020 wydatki te wyniosły 75,51%, a w I półroczu 2021 r. - 76,87%.

**Tabela 13. Wynik finansowy ZOZ w latach 2018-2020.**

<i>Wynik finansowy (w zł)</i>				
<b>Lp.</b>	<b>Wyszczególnienie</b>	<b>Wartość</b>		
		<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
1	Przychody ze sprzedaży i zrównane z nimi	29 524 111,34	33 294 945,61	37 735 346,00
2	Koszty sprzedaży (działalności operacyjnej)	33 578 992,91	36 245 079,73	39 590 196,52
<b>3</b>	<b>Zysk/strata na sprzedaży</b>	<b>-4 054 881,57</b>	<b>- 2 950 134,12</b>	<b>-1 854 850,52</b>
4	Przychody operacyjne pozostałe	1 269 924,71	1 172 506,07	1 218 736,24
5	Koszty operacyjne pozostałe	63 612,12	103 515,34	122 838,83
<b>6</b>	<b>Zysk/strata na dz. operacyjnej</b>	<b>-2 848 568,98</b>	<b>- 1 881 143,39</b>	<b>-758 953,11</b>
7	Przychody finansowe	2 354,40	6 043,05	23 411,20
8	Koszty finansowe	1 482,57	88 136,94	130 000,00
<b>9</b>	<b>Wynik finansowy</b>	<b>-2 942 584,16</b>	<b>- 1 963 237,28</b>	<b>- 862 984,61</b>

W 2019 r. ZOZ otrzymał z budżetu Powiatu środki pieniężne na pokrycie straty netto za 2018 rok w wysokości 1 804 237,67 zł. W roku 2020 i 2021 również otrzymał z budżetu Powiatu środki pieniężne na pokrycie części straty netto za 2019 rok w wysokości łącznie 908 089,40 zł. Dzięki temu Szpital był w stanie zredukować zadłużenie i spłacić najpilniejsze zobowiązania wymagalne. W chwili obecnej wszystkie zobowiązania publiczno-prawne oraz zobowiązania z tytułu wynagrodzeń regulowane są terminowo. Opóźnienia w płatnościach dotyczą wyłącznie zobowiązań z tytułu dostaw i usług (w tym lekarskich). Zakładając dotrzymanie zapowiedzi Prezesa NFZ w sprawie wzrostu ryczału PSZ o 4% oraz jego regularne wypłacanie w kwotach miesięcznych nominalnych (tj. 1/12) bez względu na jego faktyczne wykonanie (umniejszone na skutek ograniczeń epidemicznych), począwszy od roku obrachunkowego 2020 nie będzie zachodziła konieczność pokrywania straty netto ze strony podmiotu prowadzącego ZOZ.

Projekcja wyniku finansowego ujęta w Planie finansowym ZOZ-u (aktualizacja I z dnia 21 września 2021 r.) wskazuje, że może się on ukształtować na poziomie straty 1 087 000,00 zł przy amortyzacji w kwocie 1 165 000,00 zł). Wynik finansowy bez amortyzacji będzie zatem dodatni (78 000,00 zł).

Analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych (tabela nr 14) pokazuje, że sytuacja finansowa Szpitala w Wągrowcu nie jest stabilna. Z analizy sytuacji finansowej Szpitala wynika wniosek o istniejącej w dalszym ciągu potrzebie dofinansowywania jednostki kapitałem długoterminowym. Skala zadłużenia, struktura zobowiązań oraz układ struktury zadłużenia wskazują na brak płynności finansowej; pomimo tego nie występuje obecnie zagrożenie braku ciągłości udzielania przez Szpital świadczeń zdrowotnych z powodu braku możliwości ich finansowania.

**Tabela 14. Analiza wskaźnikowa ZOZ-u w latach 2019-2020.**

Grupa	Wskaźniki	Wartość wskaźnika na 2019	Wartość wskaźnika na 2020
<b>I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI</b>	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-5,71%	-2,21%
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-5,47%	-1,95%
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-21,41%	-6,35%
<b>II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI</b>	Wskaźnik bieżącej płynności	0,37	0,43

	Wskaźnik szybkiej płynności	<b>0,31</b>	<b>0,35</b>
--	-----------------------------	-------------	-------------

<b>III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI</b>	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	<b>20</b>	<b>21</b>
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	<b>50</b>	<b>50</b>

<b>IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA</b>	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	<b>83%</b>	<b>69%</b>
	Wskaźnik wypłacalności	<b>-1,76</b>	<b>-1,88</b>

Opracowano na podstawie: Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 kwietnia 2017 r. w sprawie wskaźników ekonomiczno-finansowych niezbędnych do sporządzenia analizy oraz prognozy sytuacji ekonomiczno-finansowej samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 832).

Zgodnie z przyjętą metodyką transformowania wyniku analizy wskaźnikowej na punktową sytuację finansową, za rok 2019 ZOZ w Wągrowcu uzyskał 10 pkt. na 70 możliwych. Za rok 2020 – 13 pkt. Natomiast prognoza na lata kolejne przewiduje uzyskanie w roku 2021 – 13 pkt., a w latach 2022-2023 – po 18 pkt. Brak zdecydowanie wyraźnej poprawy sytuacji ekonomicznych w najbliższych latach wynika także z faktu wzrostu kosztów eksploatacji głównego budynku szpitala, po oddaniu do użytkowania jego nowo dobudowanych części. Podmiot tworzący dokonuje corocznie oceny przedstawionego *Raportu o sytuacji ekonomiczno-finansowej*, wyrażając swoją ocenę, która w przypadku ZOZ w Wągrowcu, jest negatywna.



## II. ZASADNICZE UWARUNKOWANIA DZIAŁALNOŚCI ZOZ-u

### 1. Czynniki demograficzno-społeczne

Projektując w perspektywie czasowej możliwości funkcjonowania podmiotu leczniczego, zasadniczy punkt odniesienia stanowi aktualna i prognozowana sytuacja demograficzno-epidemiologiczna w obszarze zasięgu jego działania. Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu jest placówką, z usług której korzystają głównie mieszkańcy Powiatu (ok. 90% pacjentów) oraz mieszkańcy Wielkopolski. Spośród czynników społeczno-demograficznych szczególne znaczenia dla relacji popytowo-podażowej usług zdrowotnych mają następujące zmienne: liczebność populacji i jej struktura, dzietność oraz oczekiwana długość trwania życia.

W odniesieniu do danych Głównego Urzędu Statystycznego można zaobserwować powolny spadek ludności w Polsce oraz w województwie. Przewiduje się, że ogółem liczba ludności w roku 2050 zmniejszy się o w stosunku do roku 2013 o ok. 5,7% w województwie wielkopolskim oraz o około 8,29 % w całej Polsce. W przeciągu najbliższych 5 lat przewiduje się minimalny wzrost liczby osób zamieszkujących województwo wielkopolskie oraz spadek liczby mieszkańców kraju (tabela 15).

**Tabela 15. Liczba ludności w województwie wielkopolskim w grupach wiekowych 2014-2050.**

Grupa wiekowa	2013	2014	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2050
przedprodukcyjny*	669 381	666 199	663 475	660 623	644 757	593 182	560 844	534 688	521 465	514 691	514 691
mobilny	1 414 564	1 410 436	1 403 918	1 327 687	1 221 673	1 125 522	1 039 829	987 004	960 872	938 167	938 167
niemobilny	803 052	805 356	809 074	855 155	921 281	1 026 011	1 105 306	1 124 739	1 043 927	929 846	929 846
poprodukcyjny	580 019	590 026	599 753	646 903	702 650	726 160	728 714	742 594	813 361	905 222	905 222
<b>SUMA</b>	<b>3 467 016</b>	<b>3 472 017</b>	<b>3 476 220</b>	<b>3 490 368</b>	<b>3 490 361</b>	<b>3 470 875</b>	<b>3 434 693</b>	<b>3 389 025</b>	<b>3 339 625</b>	<b>3 287 926</b>	<b>3 287 926</b>

Źródło: GUS. Prognoza ludności na lata 2014-2050. Warszawa, 2014.

Jak wynika z powyższych danych, wielkość nominalna popytu będzie sukcesywnie spadać, łącznie o ok. 180 tys. potencjalnych pacjentów do roku 2050. Z drugiej jednak strony na obszarze województwa wielkopolskiego wzrośnie udział osób w wieku starszym (pow. 65 roku życia), które wymagać będą zwiększonego i ułatwionego dostępu do świadczeń opiekuńczych oraz wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych (np. w związku ze wzrostem liczby osób cierpiących z powodu niewydolności oddechowej oraz nowotworów na skutek zanieczyszczenia powietrza). Nie ulega wątpliwości, że głównym czynnikiem środowiskowym wpływającym na pogorszenie ogólnego stanu zdrowia populacji jest emisja zanieczyszczeń powietrza. Czynnikiem

ten stanowi obecnie problem globalny a reedukacja zanieczyszczeń do powietrza to jedno z zasadniczych wyzwań dla zdrowia publicznego i gospodarek państw. Publikowane wyniki badań naukowych wskazują, jak istotne jest podejmowanie konkretnych działań w tym zakresie. Przykładowo autorzy jednej z publikacji z 2013 r. wskazują, że dzięki energetyce atomowej, licząc od 1971 roku na całym świecie uniknięto 1,84 mln przedwczesnych zgonów spowodowanych oddychaniem zanieczyszczonym powietrzem. Natomiast liczba zgonów związanych z energetyką jądrową w tym czasie na całym świecie została oszacowana na 4,9 tys. osób. (Pushker A. Kharecha, James E. Hansen, "Environmental Science & Technology Journal"). W Polsce w roku 2019 podwyższony poziom pyłu PM 2,5 (smog) był przyczyną ok. 43 tys. przedwczesnych zgonów (wg Światowej Organizacji Zdrowia, inne szacunki wskazują na liczbę nawet do 100 tys. przedwczesnych zgonów). W Europie z tego powodu rocznie umiera ok. 400 tys. osób. Problem ten dotyka także mieszkańców Powiatu Wągrowieckiego.

**Wykres 2. Emisja zanieczyszczeń powietrza w Powiecie wągrowieckim w latach 2015-2019.**



Źródło: US, Statystyczne vademecum samorządowca, Poznań 2020.

Jak wskazano powyżej, na obszarze naszego województwa wzrośnie udział osób w wieku starszym, które wymagać będą zwiększonego i ułatwionego dostępu do świadczeń opiekuńczych oraz wysokospecjalistycznych świadczeń medycznych. Zaznaczyć jednak należy,

że zmiana struktury wiekowej (tj. wzrost liczby osób starszych w populacji o nominalnie mniejszej liczebności) nie oznacza szansy na poprawienie dostępności do leczenia dla osób po 65 roku życia, co ilustruje następujący przykład. W drugim półroczu 2019 r. samorząd miasta stołecznego Warszawy wystąpił do podległej Ministerstwu Zdrowia Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie dokonania oceny i zatwierdzenia do realizacji *Programu badań profilaktycznych dla osób w wieku 70 i 80 lat* (tzw. bilans seniora). Program nie uzyskał akceptacji. Powodem było to, że przez program mogą zwiększyć się kolejki do lekarzy. W swojej opinii rządowa Agencja zarzuca stołecznemu programowi zły dobór populacji docelowej: to seniorzy w wieku 70 i 80 lat. W cytowanej opinii można przeczytać, że do grupy, która miałaby zostać w ramach programu przebadana, włączono również „populację bezobjawową”, a to może - według Agencji - skutkować wręcz "nadwykrywalnością poszczególnych jednostek chorobowych". Oznacza to, że im więcej osób starszych zostanie przebadanych, tym więcej chorób może zostać wykrytych, co - zdaniem Agencji i resortu zdrowia - może przyczynić się do "pogłębienia trudności w dostępie do świadczeń NFZ" przez zwiększenie kolejek do specjalistów. Znaczącym wyzwaniem w nadchodzących latach będzie zjawisko tzw. podwójnego starzenia demograficznego, które polega na zwiększaniu liczby i odsetka osób najstarszych. W 2013 roku w Polsce osób w wieku 80 lat i więcej było blisko 1,5 mln, a w 2050 roku będzie ich ponad 3,5 mln, a to oznacza, że o ile w 2013 roku osoby sędziwe stanowiły 3,9% ludności, to w 2050 roku będzie ich 10,4%.

Kolejnym populacyjnie kluczowym czynnikiem wpływającym na liczbę i strukturę ludności są urodzenia. Aby zapewnić stabilny rozwój demograficzny kraju, to w danym roku na każde 100 kobiet w wieku 15-49 lat powinno przypadać ok. 210 urodzonych dzieci. Obecnie przypada ok. 145. W stosunku do okresu sprzed kilku dekad aktywność prokreacyjna jest zatem niska. Począwszy od połowy lat 80-tych ub.w. obserwujemy systematyczny spadek liczby i natężenia urodzeń. Rokiem o rekordowo niskiej liczbie urodzeń był 2003 – 351 tys. (wykres nr 4). Obserwowany jest także silny spadek natężenia urodzeń w grupie wieku 20-24 lat. Średni wiek urodzenia pierwszego dziecka oscyluje wokół 29-30 lat. Ostatnio zaobserwowaną tendencją jest migracja pacjentek do większych ośrodków – maleje zatem liczba porodów w oddziałach szpitali powiatowych, wzrasta natomiast w oddziałach szpitali wojewódzkich oraz klinicznych. Widoczne w naszym kraju tendencje demograficzne w powyższym zakresie są typowe dla państw rozwiniętych. Jak wynika z informacji Krajowego Systemu Statystyki Amerykańskich Centr Kontroli i Prewencji Chorób, ogólna liczba nowych urodzeń spadła w USA o 2% w 2018 roku w porównaniu z 2017 rokiem; wskaźnik porodów wśród kobiet w wieku od

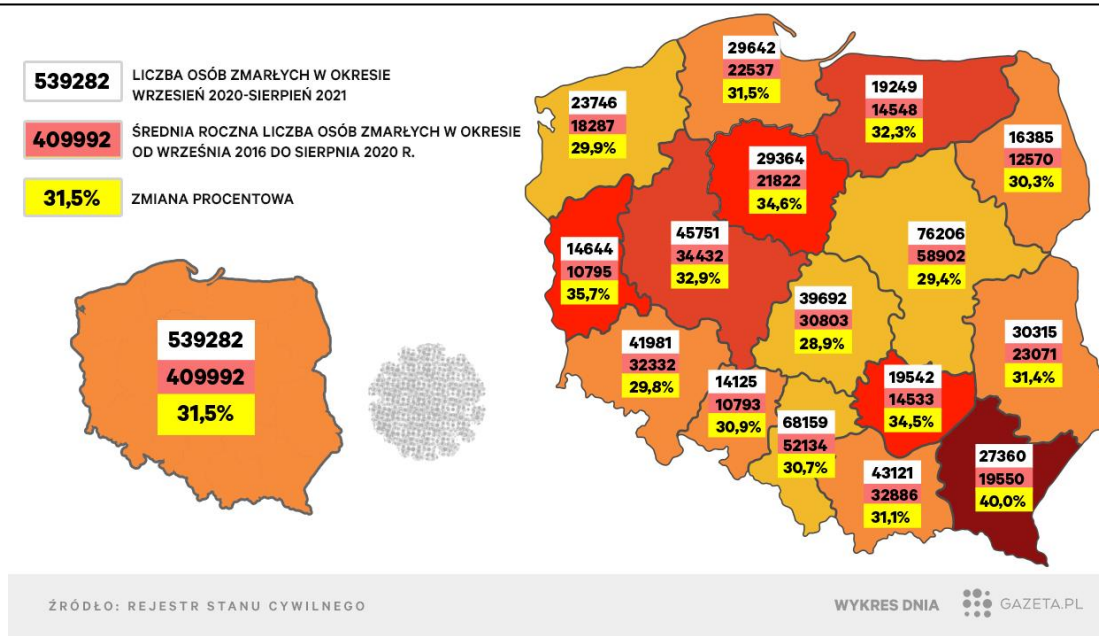
20 do 24 lat spada w USA średnio o 4% rocznie od 2007 roku. Jednocześnie rośnie liczba przedwczesnych porodów, co może prowadzić u noworodka do licznych powikłań - utraty wzroku, infekcji, zespołu zaburzeń oddechowych lub śmierci, co skutkuje wzrostem zapotrzebowania na wysoko specjalistyczną opiekę okołoporodową oraz neonatologiczną. Niskie poziomy dzietności notuje się także w większości krajów Unii Europejskiej, co w perspektywie będzie skutkowało pogorszeniem się całkowitego współczynnika obciążenia demograficznego. W 2018 r. w krajach UE-28 wyniósł on 54,6% co oznacza, że na każdą osobę utrzymywaną, przypadały w przybliżeniu dwie osoby w wieku produkcyjnym. Prognozowana liczba ludności UE osiągnie poziom maksymalny 525 mln osób ok. roku 2040. Później nastąpi stopniowy spadek do 492,9 mln. do roku 2100. W 2019 roku ponad jedna piąta (20,3%) ludności UE miała co najmniej 65 lat. Przewiduje się, że odsetek osób w wieku 80 lat lub starszych w stosunku do liczby ludności UE-27 wzrośnie w okresie od 2019 do 2100 r. dwa i pół raza - z 5,8 % do 14,6 % (źródło: Eurostat, Struktura ludności i starzenie się społeczeństwa, lipiec 2021) .

Stan „depresji” urodzeniowej trwa już w Polsce od ponad 30 lat. Wielkość współczynnika dzietności kształtuje się poniżej 2, czyli nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. Z roku na rok zmniejsza się liczba urodzeń. W roku 2019 zarejestrowano 375 tys. urodzeń żywych. Po dwóch latach wzrostu (2016 i 2017) liczba urodzeń spadła o ponad 13 tys. Zmarło prawie 410 tys. osób. Odnotowano spadek liczby zgonów w stosunku do 2018 r. o 4 tys. (najwyższe natężenie występuje każdorazowo w I kwartale). W roku 2020 sytuacja demograficzna Polski kształtowała się pod wpływem pandemii koronawirusa. Wg wstępnych danych GUS liczba ludności kraju pod koniec 2020 roku wynosiła 38 268 tys., co oznacza zmniejszenie o 115 tys. osób w stosunku do stanu z końca 2019 roku. W roku 2020 odnotowano 355 tys. urodzeń żywych oraz 486 tys. zgonów (najwięcej w powojennej historii Polski). Współczynnik ubytku naturalnego wyniósł rekordowo -3,2‰. Istotne nadzieje na poprawę sytuacji pronatalistycznej wiązano z wprowadzeniem rządowego programu wsparcia „Rodzina 500 plus”, którego finansowanie przekroczyło w 2020 r. kwotę ponad 103 mld zł. Program ten nie przyniósł oczekiwanego efektu demograficznego - w marcu 2020 r. na świat przyszło 27 tys. dzieci, w listopadzie 2020 r. – 26,5 tys. W styczniu 2021 r. urodziło się zaledwie 25 tys. dzieci. To najgorszy miesięczny wynik od ponad 17 lat (listopad 2003 r.). Najnowsze dane wskazują, że w pierwszym półroczu bieżącego roku w Polsce zmarło o 105 tys. osób więcej, niż się w tym okresie urodziło. A urodziło się o 11 tys. mniej, niż w tym samym okresie rok wcześniej. Liczba ludności rok do roku zmalała zatem o 192 tys. W pierwszym półroczu 2021 roku urodziło się 166 tys. dzieci – o 11 tys. mniej niż w tym samym okresie 2020 roku. Natomiast zgonów

zarejestrowano aż 271 tys. - o 62 tys. więcej niż w pierwszym półroczu 2020 roku. Czyli różnica między liczbą urodzeń a zgonów w pierwszym półroczu tego roku wyniosła około 105 tys. (źródło: GUS, Sytuacja społeczno-gospodarcza kraju w I półroczu 2021, publ. elektr. 23.07.2021 r.).

Dane opublikowane przez GUS we wrześniu br. wskazują, że w okresie wrzesień 2020 r. – sierpień 2021 r. zmarło w Polsce ok. 539 tys. osób. Dla porównania, średnia roczna z czterech poprzednich lat (tj. od września 2016 r. do sierpnia 2020 r. włącznie) to ok. 410 tys. śmierci. Zatem liczba nadmiarowych zgonów sięga niemal 130 tys.. Dane te wskazują, że ofiar pandemii w Polsce jest znacznie więcej, niż mogą sugerować koronawirusowe statystyki Ministerstwa Zdrowia, według których w ostatnim roku zmarło niespełna 73,5 tys. osób zakażonych koronawirusem. Problem nadmiarowych zgonów dotyczy wszystkich regionów kraju - najbardziej woj. Podkarpackiego (mapa nr 1). Dane z Rejestru Stanu Cywilnego wskazują, że od września 2020 r. do sierpnia 2021 r. włącznie zmarło tam o blisko 27,4 tys. tysięcy osób. To aż o 40 proc. więcej niż średnio w tym samym okresie w czterech poprzednich latach. Tylko w czterech województwach tak liczona nadmierna śmiertelność nie przekroczyła 30 proc. Średnio dla całej Polski wyniosła 31,5 proc.

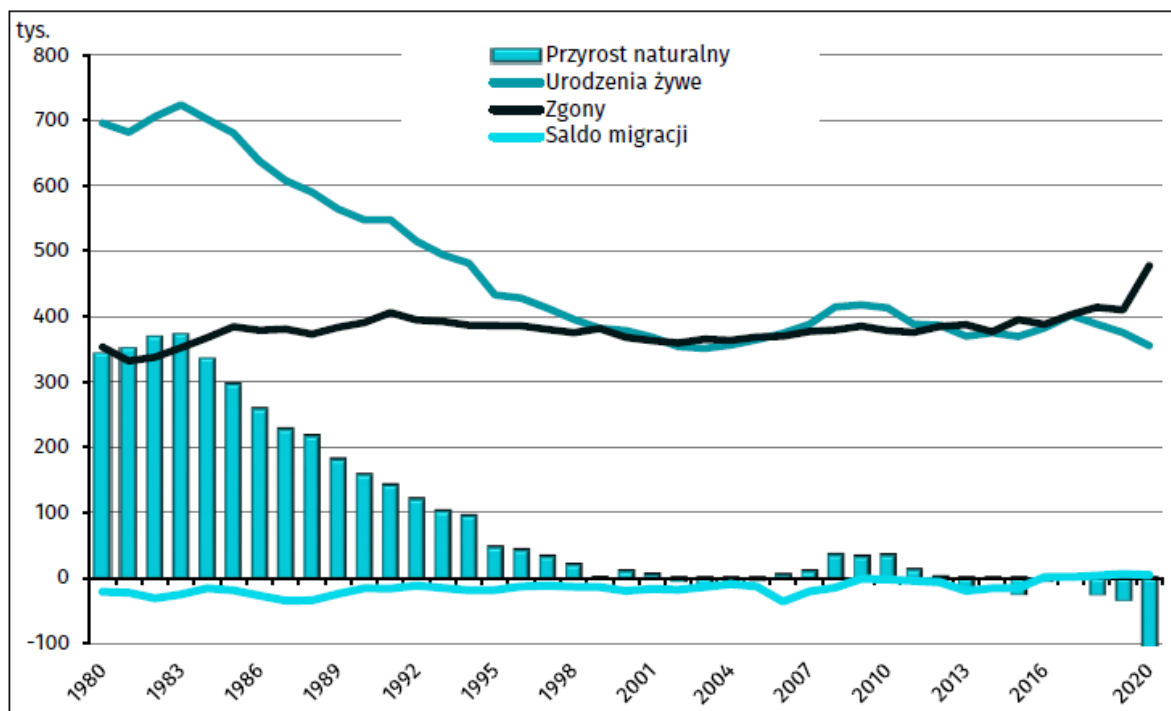
**Mapa 1. Liczba osób zmarłych w województwach w Polsce w okresie IX 2020 – VIII 2021.**



Na dane o zgonach nakładają się także coraz gorsze dane dotyczące liczby urodzeń. Dane GUS — do lipca br. włącznie — wskazują, że w minionych 12 miesiącach (tj. od początku sierpnia 2020 r. do końca lipca 2021 r.) urodziło się w Polsce tylko 338,6 tys. dzieci.

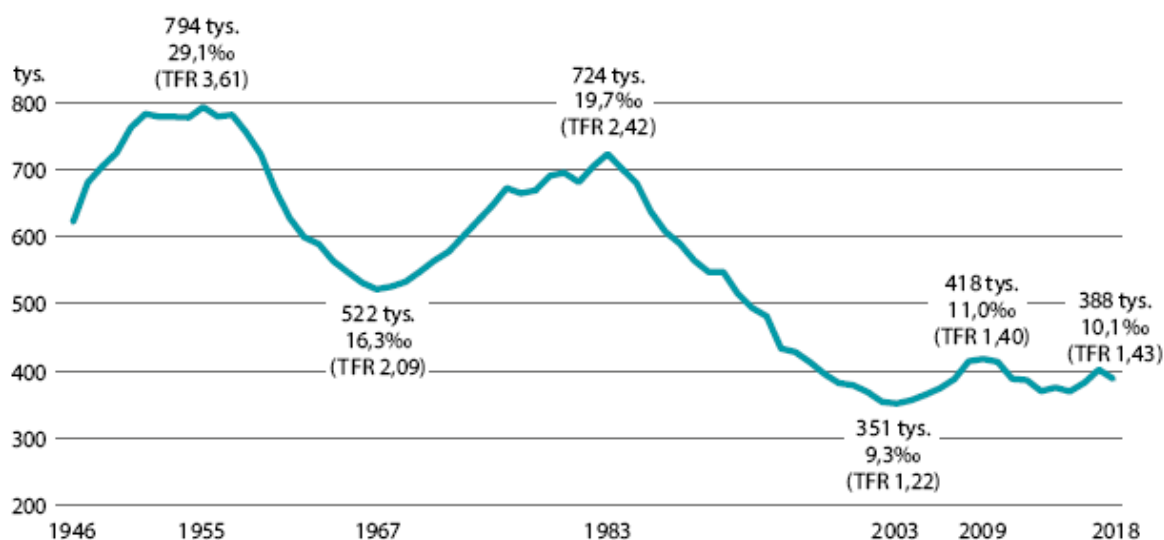
Reasumując, przy aktualnych trendach demograficznych nie ma żadnych szans na powrót do poziomu 413 tys. urodzeń w 2010 roku, nie mówiąc już o 550 tys. z początku transformacji (1990) czy 700 tys. z roku 1980.

**Wykres 3. Ruch naturalny i migracje w latach 1980-2020.**



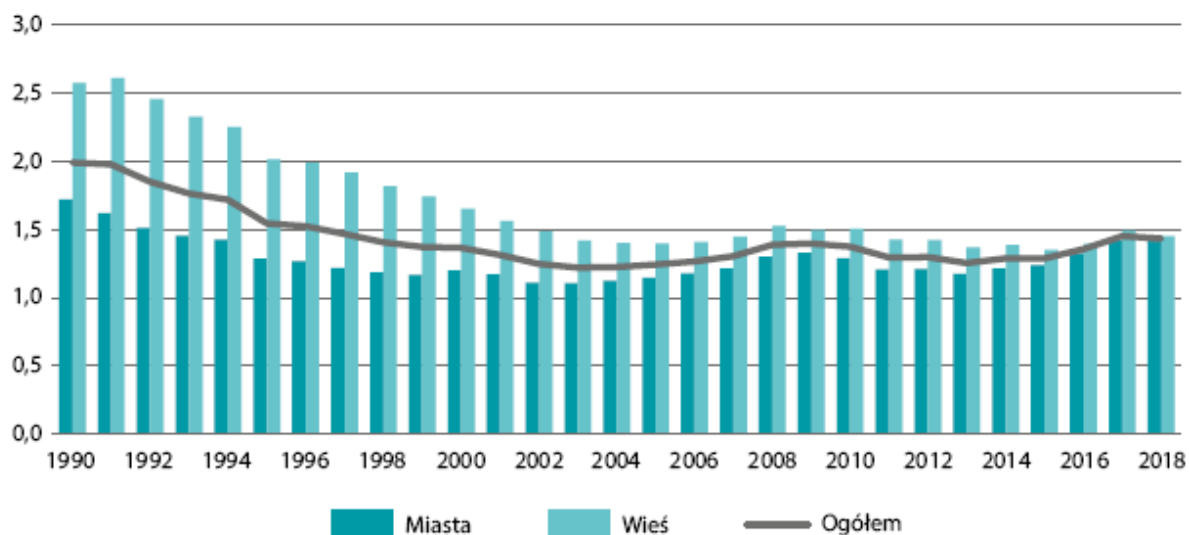
Źródło: GUS, Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym 2020. Warszawa, 2021.

**Wykres 4. Urodzenia żywe w latach 1946-2018. Wyższe i niższe demograficzne.**



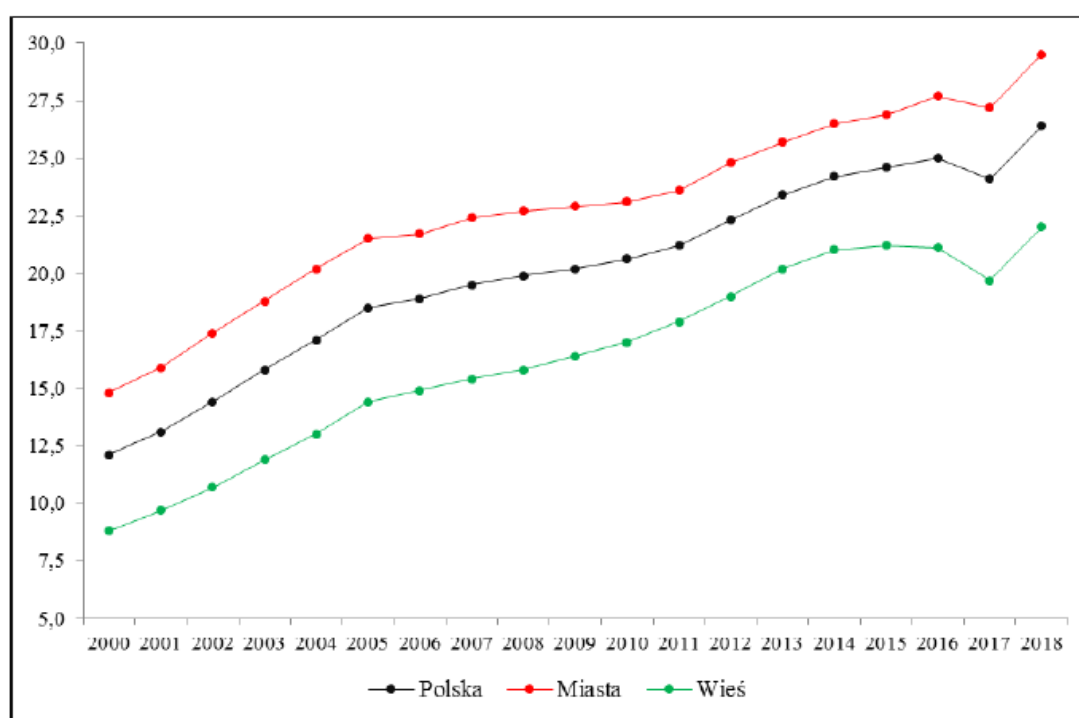
Źródło: GUS. Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin Warszawa, 2019.

**Wykres 5. Współczynniki dzietności w latach 1990-2018.**



Źródło: GUS. Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin Warszawa, 2019.

**Wykres 6. Urodzenia żywe pozamajątkowe w Polsce w latach 2000-2018 (% ogółu urodzeń).**

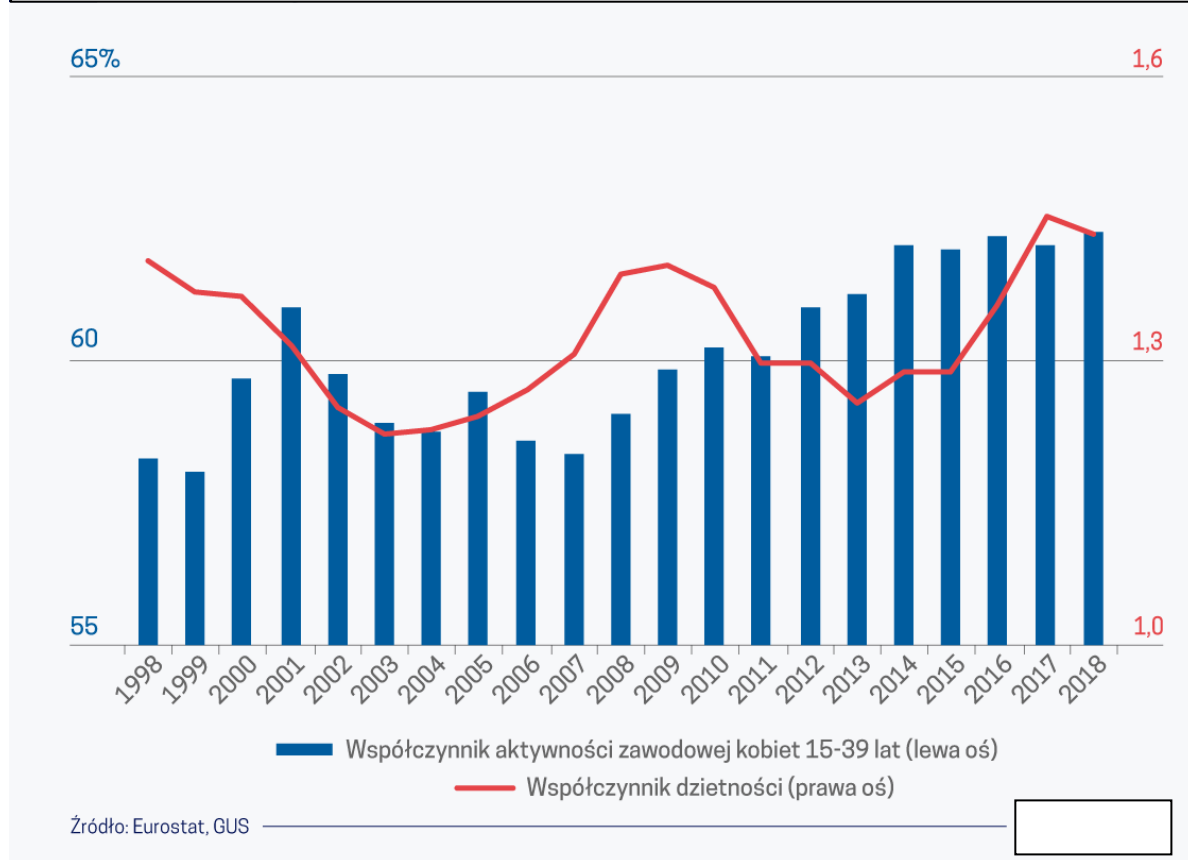


Źródło: Rządowa Rada Ludnościowa – Sytuacja demograficzna Polski, Warszawa 2019.

W omawianym okresie obserwuje się wzrost liczby urodzeń pozamajątkowych – ze związków nieformalnych rodzi się obecnie co czwarte dziecko (wykres 6). Od roku 2000 udział ten zwiększył się ponad dwukrotnie, na początku lat 90-tych ub.w. wynosił ok. 6-7%. Odsetek dzieci urodzonych ze związków pozamajątkowych jest wyższy w miastach i wynosi 29%, podczas gdy na

wsi – 22%. Czynnikiem moderującym decyzje prokreacyjne jest także kwestia aktywności zawodowej kobiet. Z tego powodu wzrasta m.in. wiek urodzenia pierwszego dziecka (wykres 7).

**Wykres 7. Dzietność i aktywność zawodowa kobiet w Polsce 1998-2018.**

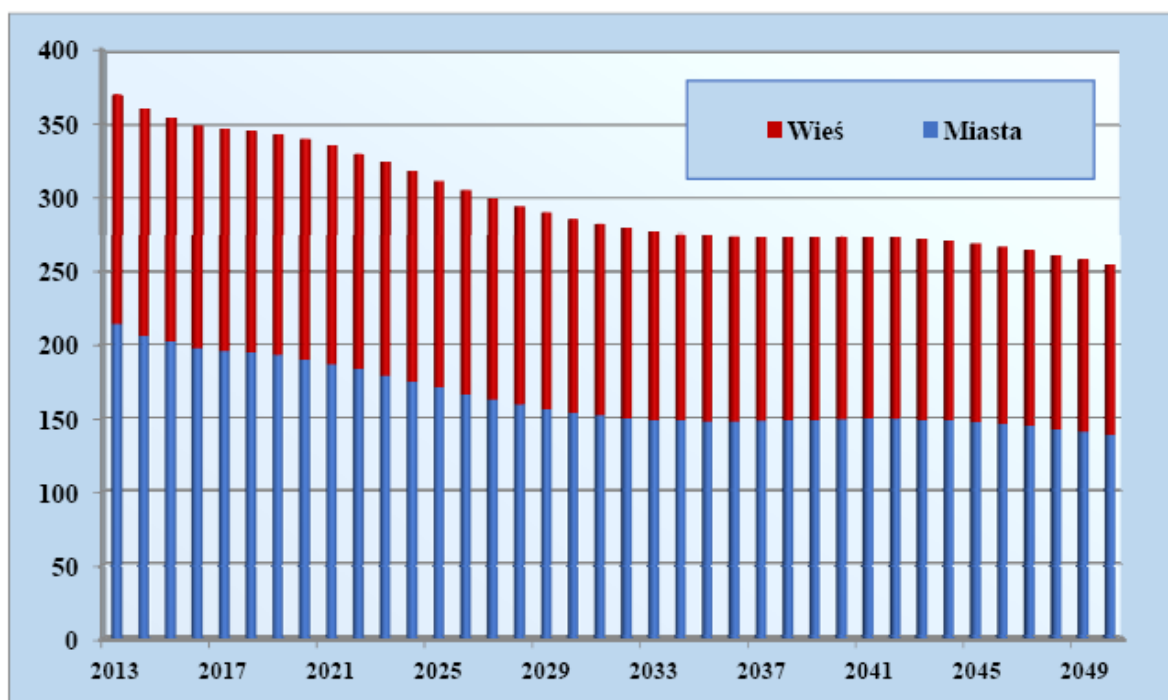


Do roku 2050 wg scenariuszy opracowanych przez demografów spadać będzie w Polsce liczba kobiet w wieku rozrodczym, a tym samym również i prognozowana liczba urodzeń. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania – relatywnie więcej dzieci rodzi się na terenach wiejskich (w roku 2018 – 10,4‰), niż w miastach (9,9‰).

Przywołane dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na konieczność dokonania analizy zasadności utrzymywania i finansowania w dotychczasowej liczbie i rozmieszczeniu – szczególnie kosztochłonnej – oddziałów położniczych (bloków porodowych) oraz neonatologicznych, ponieważ zapotrzebowanie na ten rodzaj opieki będzie się sukcesywnie obniżać. Rozproszenie terytorialne oddziałów położniczych powoduje istotne trudności w utrzymaniu w każdym miejscu odpowiedniego standardu opieki, co potwierdza podstawowy jej wyznacznik – liczba rozwiązywania ciąży cięciem cesarskim. Polska posiada jeden z najwyższych w Europie odsetków cięć cesarskich wynoszący 42,2 proc., podczas gdy średnia europejska to 27 proc.



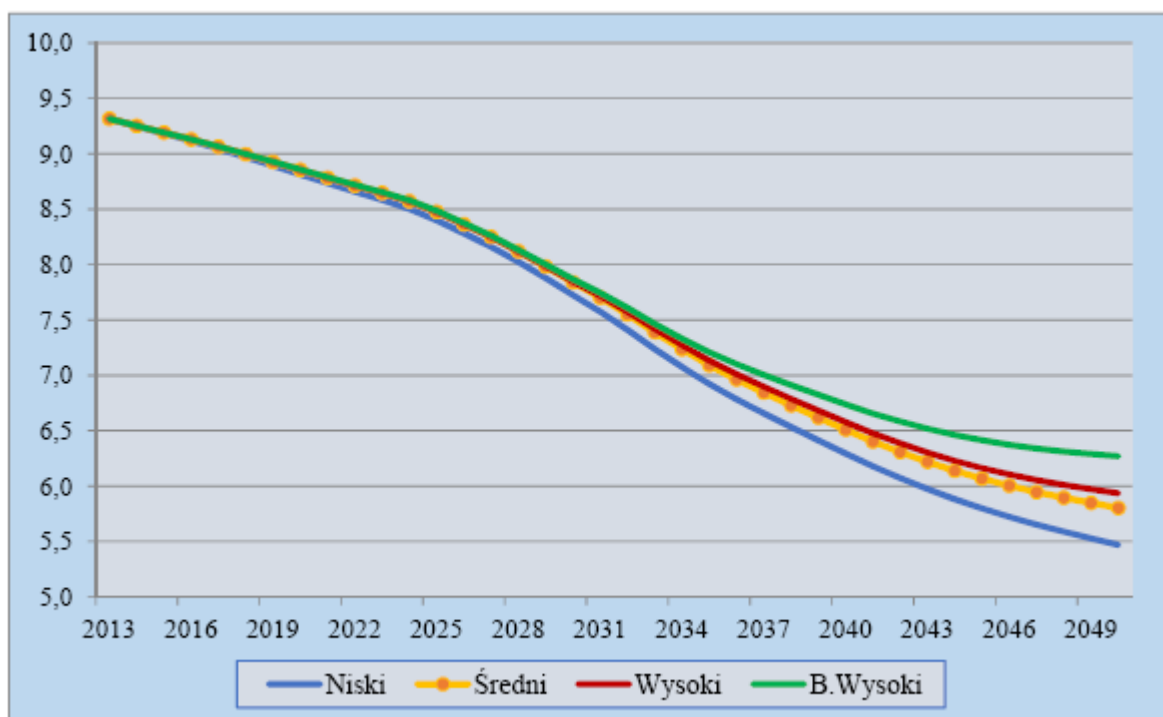
**Wykres 8. Prognozowana liczba urodzeń (w tys.) w latach 2013-2050.**



Źródło: GUS. Prognoza ludności na lata 2014-2050. Warszawa, 2014.

Długość trwania życia, zgony i umieralność to kolejna kategoria zmiennych epidemiologicznych istotnych z perspektywy projektowania zapotrzebowania na świadczenia systemu ochrony zdrowia. W Polsce w XXI wieku przez wiele lat systematycznie zmniejszało się natężenie zgonów, ale w latach 2017–2018 ta korzystna tendencja uległa zakłóceniu, szczególnie silnie w roku 2020. Spadek umieralności był przede wszystkim efektem korzystnych zmian w oddziaływaniu chorób układu krążenia oraz zewnętrznych przyczyn zgonów, ale w ostatnich latach widoczny jest wzrost natężenia zgonów powodowanych chorobami układu oddechowego. Współczynnik zgonów wywołanych tymi chorobami przekracza nawet natężenie zgonów z powodu działania przyczyn zewnętrznych. Zagrożenie chorobami układu oddechowego rośnie zwłaszcza w populacji osób starszych, a ta zbiorowość jest w Polsce coraz liczniejsza. Średnioroczna liczba zgonów w minionych latach wyniosła niespełna 380 tys. (współczynnik zgonów kształtował się na poziomie ok. 10‰). W ogólnej liczbie osób zmarłych w 2018 roku mediana wieku dla mężczyzn wynosiła 71 lat a dla kobiet 83 lata (w roku 2000 było to odpowiednio: 69 i 78 lat). Zmiany w umieralności pozostają w ścisłym związku ze zmianami w strukturze podstawowych przyczyn zgonów, którymi są choroby układu krążenia oraz choroby nowotworowe. Obie grupy przyczyn powodują ok. 70% wszystkich zgonów.

**Wykres 9. Liczba kobiet w wieku prokreacyjnym w latach 2013-2050 wg czterech scenariuszy (w mln).**



Źródło: GUS. Prognoza ludności na lata 2014-2050. Warszawa, 2014.

Niepokojącym zjawiskiem jest wzrastająca liczba zachorowań i zgonów na choroby onkologiczne. W 2017 r. były one odpowiedzialne za niemal 25% wszystkich zgonów. Wielkopolska należy do województw o najwyższym dla mieszkańców prawdopodobieństwie zachorowania na nowotwór. Korzystnie w 2018 roku zmieniło się natężenie zgonów niemowląt. Współczynnik zgonów chłopców zmniejszył się do 4,15 na 1000 urodzeń żywych z 4,40 w 2017 r., a współczynnik zgonów dziewczynek do 3,50 z 3,56. Mimo ogólnie korzystnej tendencji ciągle współczynniki zgonów niemowląt w Polsce znacznie przewyższają ich wartości w przodujących pod tym względem krajach. Efektem korzystnych zmian umieralności był, od czasu transformacji ustrojowej, systematyczny wzrost długości życia Polaków.

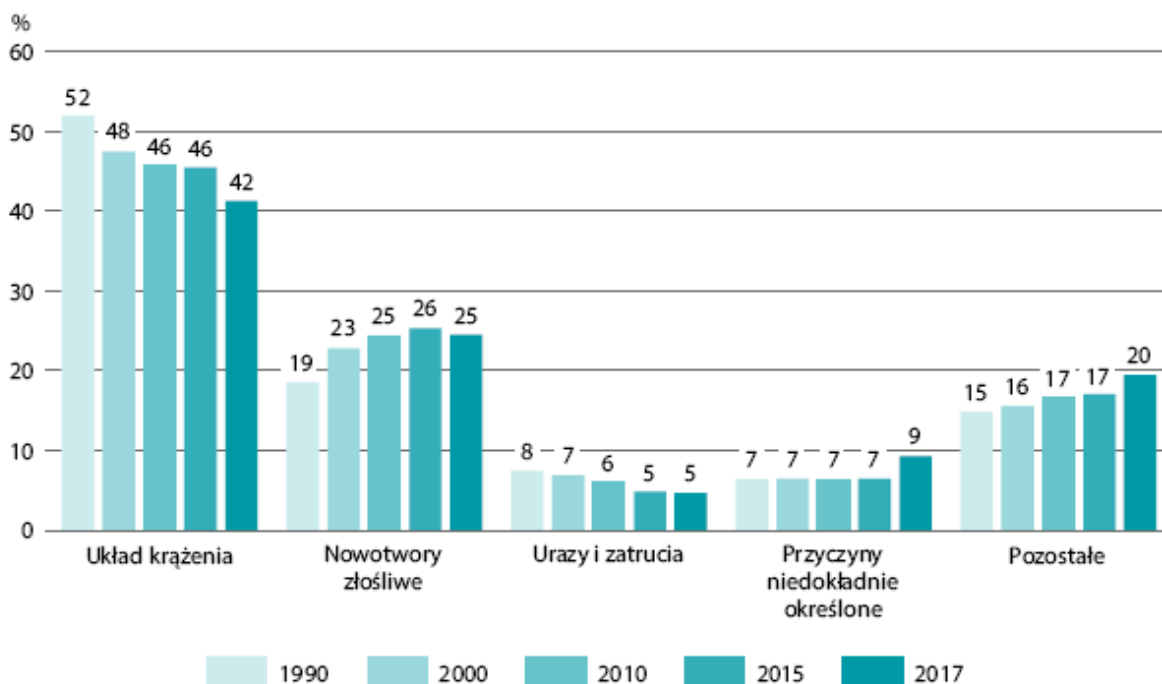
W 2018 r. przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci męskiej wynosiło 73,85 lat, a noworodka płci żeńskiej 81,68. Należy jednak zauważyć, że w ostatnich latach osiągnięcia na tym polu są coraz mniejsze, a w latach 2016–2018 przeciętne dalsze trwanie życia noworodka płci żeńskiej zmniejszyło się o 0,26 roku, a noworodka płci męskiej w latach 2017–2018 o 0,11 roku. Dodatkowo w latach 2017–2018 zaczął niekorzystnie zmieniać się wskaźnik długości życia bez niesprawności (tabela nr 16).

**Tabela 16. Przeciętne trwanie życia bez niepełnosprawności w Polsce w latach 2006-2018.**

Płeć	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Mężczyźni	58,4	57,6	58,5	58,3	58,5	59,1	59,1	59,2	59,8	60,1	61,3	60,6	60,5
Kobiety	62,9	61,5	63,0	62,5	62,3	63,3	62,8	62,7	62,7	63,2	64,6	63,5	64,3

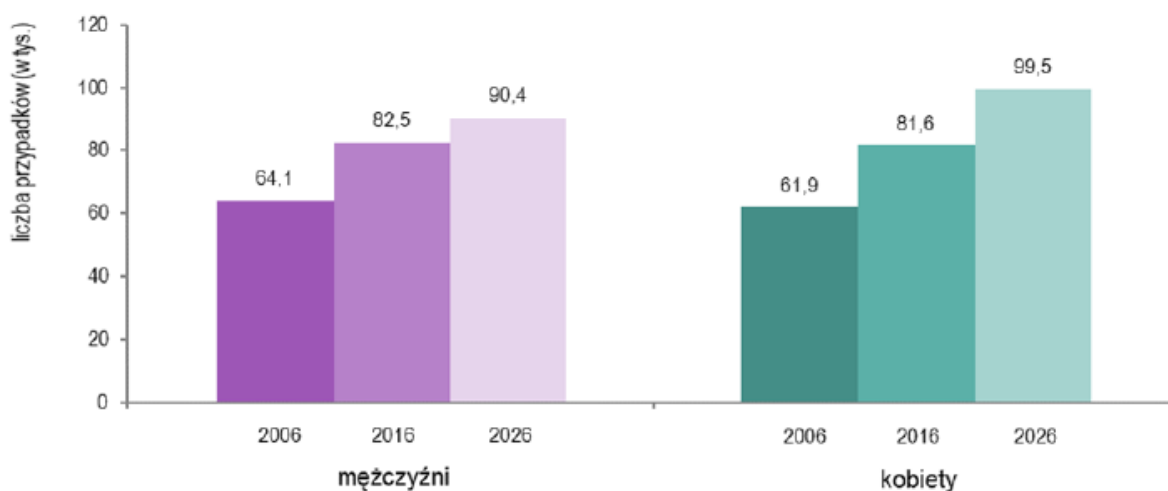
Źródło: Eurostat.

**Wykres 10. Zgony wg przyczyn w latach 1990-2017.**



Źródło: GUS. Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin Warszawa, 2019.

**Wykres 11. Obserwowana i prognozowana liczba zachorowań na nowotwory złośliwe.**



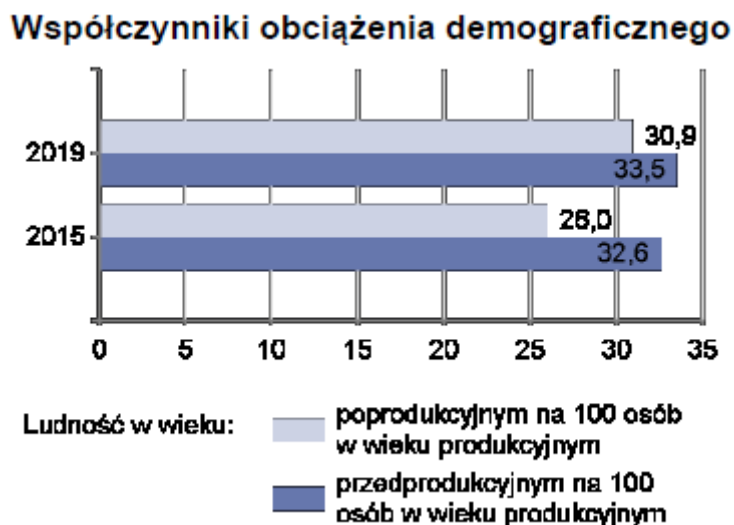
Źródło: Program pn. Narodowa Strategia Onkologiczna na lata 2020-2030, Warszawa 2020.

Zgodnie z prognozami zawartymi we *Wnioskach i rekomendacjach dla szpitalnictwa dla województwa wielkopolskiego* opracowanymi przez Ministerstwo Zdrowia, w latach 2016 – 2029 prognozowany jest wzrost liczby hospitalizacji w oddziale chorób wewnętrznych (21,8%), oraz oddziale chirurgicznym (8,5%), natomiast spadek prognozowany jest w oddziałach pediatrycznym (14,3%) oraz położniczo-ginekologicznym (15,5%).

Z kolei w wydanym przez Wojewodę Wielkopolskiego Zarządzeniu nr 355/2019 z dnia 29 sierpnia 2019 określony został kształt polityki zdrowotnej m.in. dla lecznictwa szpitalnego. W załączniku wskazano *Priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej województwa wielkopolskiego*, którymi w tym zakresie są w szczególności: przeniesienie do nowo wybudowanej lokalizacji szpitala dziecięcego, utworzenie Centralnego Zintegrowanego Szpitala Klinicznego oraz Zachodniego Centrum Chorób Serca. Szczegółowa analiza pozwala wskazać, że w obszarze działań priorytetowych na rzecz ochrony zdrowia mieszkańców wielkopolski ujęto bardzo niewiele zadań i działań, które mogłyby być realizowane przez szpitale powiatowe (tj. I poziomu zabezpieczenia), co stoi w pewnej opozycji do celów ujętych w Narodowym Programie Zdrowia na lata 2016-2020 (Dz.U. z 2016r., poz.1492), w którym to dokumencie wyrażono oczekiwanie, że w dłuższej perspektywie realizowane działania przyczynią się do: dalszego wydłużenia przeciętnej oczekiwanej długości życia mężczyzn (do 78 lat) i kobiet (do 84 lat), zmniejszenia liczby zgonów z powodu chorób zależnych od stylu życia oraz ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu. Narodowy Program Zdrowia jest strategicznym dokumentem określającym działania w obszarze zdrowia publicznego wskazującym, że niewłaściwe wybory dotyczące sposobu odżywiania, nadużywania alkoholu, palenia papierosów, zażywania narkotyków oraz niewielka aktywność fizyczna wpływają na to, jak często chorujemy i na co. W efekcie, zbyt często prowadzą do chorób cywilizacyjnych i przedwczesnej śmierci, nadmiernie w związku z tym angażując ograniczone zasoby systemu ochrony zdrowia.

Zasadnicze dane demograficzno-epidemiologiczne dotyczące populacji mieszkańców Powiatu wągrowieckiego, kształtujące popyt na usługi ochrony zdrowia i lecznictwa ujęto w poniższej tabeli. Zwraca uwagę trend wzrostu liczby ludności powiatu w wieku nieprodukcyjnym w stosunku do liczebności osób aktywnych zawodowo, a także relatywnie niski wskaźnik pracujących (172 osób na 1000 mieszkańców w roku 2019 w stosunku do średniej wojewódzkiej wynoszącej 285). Spada liczba urodzeń żywych na terenie powiatu, w roku 2017 odnotowano 843, w roku 2018 - 776, a w roku 2019 - 728; natomiast liczba zgonów w tym samym okresie wynosiła odpowiednio w kolejnych latach – 628, 703 i 639.

**Wykres 12. Współczynniki obciążenia demograficznego 2015/2019 – Powiat wągrowiecki.**



Źródło: US, Statystyczne vademecum samorządowca, Poznań 2019.

Zasadniczym czynnikiem społecznym warunkującym dobrostan oraz stopień poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego społeczności jest poziom kapitału ludzkiego. W Polsce rok 2007 można uznać za początek okresu wzmożonych inwestycji w kapitał ludzki. Zauważalna była znaczna skala działań podjętych w tym okresie, będących działaniami celowymi, mającymi przynieść efekt w postaci rozwoju ilościowego i jakościowego kapitału ludzkiego w Polsce. Znaczące fundusze przeznaczone na ten cel również stanowiły o tym jak niezwykle ważna w swej skali jest ta interwencja państwa w strukturę społeczną. W roku 2017 nie można było stwierdzić wyraźnego oraz jednoznacznie pozytywnego wpływu tych inwestycji na poziom kapitału ludzkiego wyrażony przy użyciu wskaźnika syntetycznego Ze względu na jakość i poziom kapitału ludzkiego najwyższe wyniki osiąga w latach 2007–2017 województwo mazowieckie z wartością 0,86 wskaźnika w 2017 r., na drugim miejscu województwo małopolskie z wartością 0,67 wskaźnika w 2017 roku.

Województwa te utrzymują się na dwóch pierwszych miejscach stale w całym badanym okresie. Kolejne, trzecie miejsce w 2017 r. zajęło województwo dolnośląskie. Najniższy wynik osiągnęło województwo warmińsko-mazurskie, osiągając wartość wskaźnika 0,25 w 2017 roku, przedostatnią 15 pozycję zajęło województwo świętokrzyskie (0,32); 14 miejsce osiągnęło kujawsko-pomorskie (0,35). Znaczący spadek wystąpił w województwie lubelskim, które w 2007 roku zajmowało 4 pozycję (0,52) a w 2017 roku 12 miejsce (0,38). Pozostałe województwa (lubuskie, łódzkie, opolskie, podlaskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie) znajdują się w bliskiej odległości od średniej. W Powiecie wągrowieckim wskaźnik kapitału ludzkiego jest niski, czego wyrazem są m.in. wysoce roszczeniowe postawy pacjentów w relacjach z pracownikami systemu ochrony zdrowia, kontestowanie rzeczywistości ekonomiczno-prawnej oraz

powszechne negowanie zasad i procedur wprowadzonych w związku z ogłoszonym stanem epidemii.

**Tabela 17. Wybrane dane statystyczno-demograficzne populacji Powiatu Wągrowieckiego w zestawieniu z populacją mieszkańców Wielkopolski w latach 2017-2019.**

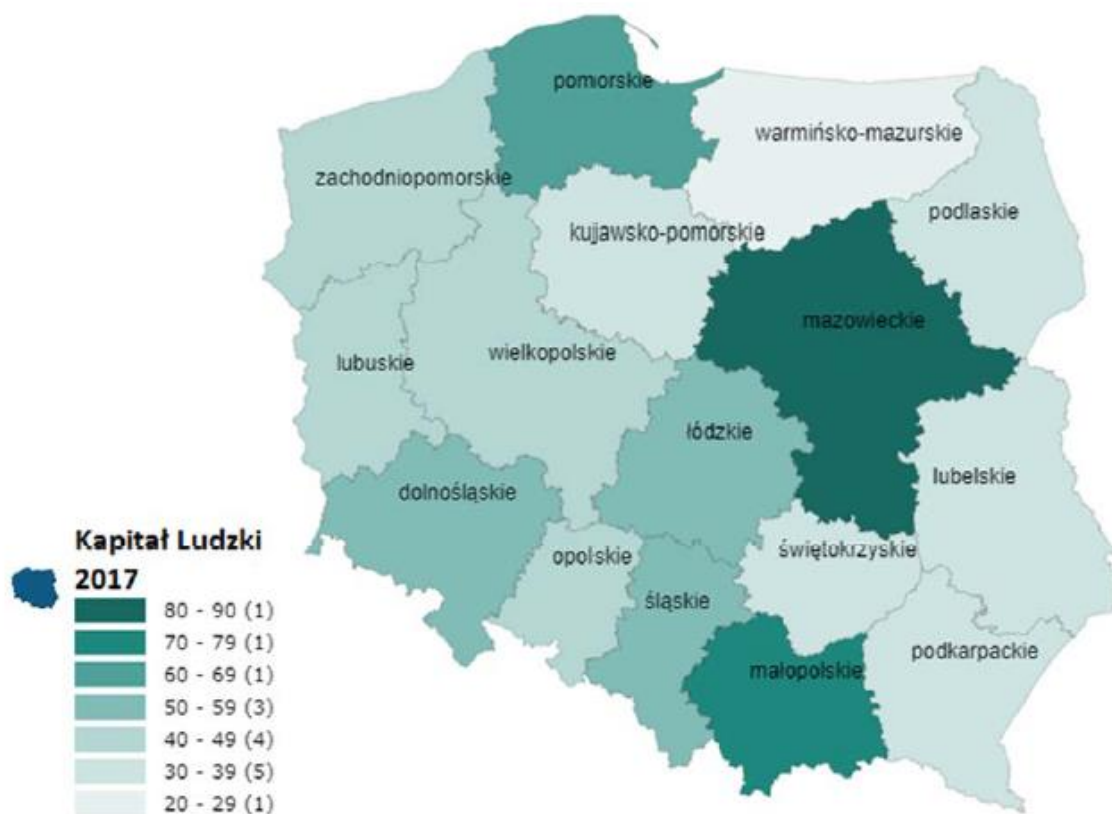
Wybrane dane statystyczne	2017	2018	2019	Województwo 2019
Ludność	70212	70274	70233	3498733
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	61,3	62,9	64,4	66,3
Urodzenia żywe na 1000 ludności	12,0	11,1	10,4	10,7
Zgony na 1000 ludności	9,0	10,0	9,1	9,8
Przyrost naturalny na 1000 ludności	3,1	1,0	1,3	0,9
Saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały na 1000 ludności	-0,8	-1,6	-1,0	0,4
Dochody ogółem budżetu powiatu na 1 mieszkańca w zł	1083	1157	1223	1148
Wydatki ogółem budżetu powiatu na 1 mieszkańca w zł	1085	1264	1228	1082
Turystyczne obiekty noclegowe <sup>a</sup>	8	7	8	676
Liczba ludności na 1 przychodnię	2600	2510	2422	1795
Mieszkania oddane do użytkowania na 10 tys. ludności	47	59	60	63
Odpady <sup>b</sup> wytworzone w ciągu roku w tys. t	3,6	4,4	-	3548,4
Lesistość w %	19,1	19,1	19,2	25,8
Drogi publiczne o twardej nawierzchni (powiatowe i gminne) na 100 km <sup>2</sup> w km	72,4	73,9	74,3	86,0
Samochody osobowe zarejestrowane na 1000 ludności	671	693	714	695
Pracujący <sup>c</sup> na 1000 ludności	166	169	172	285
Stopa bezrobocia rejestrowanego w %	6,4	5,7	4,5	2,8

Wybrane dane demograficzne w 2019 r.	Województwo	Powiat	Województwo=100
Ludność	3498733	70233	2,0
w tym w miastach	1889393	33393	1,8
Urodzenia żywe	37459	728	1,9
Zgony	34253	639	1,9
Przyrost naturalny	3206	89	.
Saldo migracji ogółem	1460	-68	.
Ludność w wieku:			
przedprodukcyjnym	679113	14320	2,1
produkcyjnym	2104475	42718	2,0
poprodukcyjnym	715145	13195	1,8

Źródło: US, Statystyczne vademecum samorządowca, Poznań 2020.

Wykładnikiem kapitału społecznego jest również relatywnie niski poziom wykonanych szczepień ochronnych przeciwko koronawirusowi, na tle innych miast i powiatów wielkopolski i kraju.

**Mapa 2. Wartość wskaźnika kapitału ludzkiego wg województw w 2017 r.**



Źródło: Rządowa Rada Ludnościowa – Sytuacja demograficzna Polski, Warszawa 2019.

## 2. Otoczenie prawno-ekonomiczne

Na otoczenie każdego podmiotu leczniczego składają się zjawiska, procesy i wpływy innych podmiotów oraz polityki państwa, które kształtują możliwości sprzedaży, zakresy działania i perspektywy rozwojowe. W stosunku do podmiotów leczniczych funkcjonujących w formie samodzielnych publicznych ZOZ-ów szczególne silny wpływ wywiera otoczenie prawno-instytucjonalne. Aktualne uwarunkowania prawne sprzyjają zadłużaniu się publicznych podmiotów leczniczych. Główną przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak instrumentów organizacyjno-prawnych równoważenia popytu na świadczenia zdrowotne z możliwościami sfinansowania ze środków publicznych podaży tych świadczeń. Wyraźnie odczuwany jest brak długofalowej polityki zdrowotnej, osadzonej w kontekście przyjętych i uznanych koncepcji

ekonomiki zdrowia publicznego. Przykładem takiej koncepcji jest chociażby model G. Devera, zgodnie z którym:

- \*/ **system opieki zdrowotnej** pochłania aż ok. 90% z całkowitych krajowych nakładów na ochronę zdrowia a ma tylko ok. 10% wpływ na redukcję umieralności,
- \*/ nakłady na kształtowanie **stylów życia** i edukacja zdrowotna pochłaniają zaledwie ok. 1,5% nakładów a mają ok. 40% wpływ na obniżenie umieralności,
- \*/ nakłady finansowe na **ochronę środowiska** naturalnego człowieka – 1,5%, posiadają ok. 20% potencjalny wpływ na redukcję umieralności,
- \*/ wydatki na **biologię człowieka** wynoszą ok. 7%, a dają ok. 30% potencjalnego wpływu na obniżenie umieralności ludzi.

Odpowiednia – regulowana prawnie – alokacja publicznych środków finansowych jest obecnie głównym wyzwaniem, szczególnie w sytuacji rosnących kosztów opieki zdrowotnej. Ekonomiczne aspekty nakładów na opiekę zdrowotną opisuje tzw. Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ). System „rachunków zdrowia” jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny, zapewniający jak najlepszą porównywalność pomiędzy krajami. Narodowe Rachunki Zdrowia umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Ich celem jest opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy wydatków. Od roku 2016 NRZ sporządzane są zgodnie z zasadami określonymi w Rozporządzeniu Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r.

W Polsce - wg danych GUS - wydatki bieżące na ochronę zdrowia w roku 2018 wyniosły 134,2 mld zł i były wyższe niż w 2017 r. o ok. 3,7 mld zł (dla porównania - w 2015 r. wyniosły 114,1 mld zł). Nakłady te stanowiły 6,33% PKB (rok wcześniej – 6,56%, wobec 6,34% PKB w 2015 r.). Wzrost wydatków zaobserwowano w przypadku wydatków publicznych natomiast w przypadku wydatków prywatnych zaobserwowano spadek (związane ze spadkiem wydatków bezpośrednio z kieszeni pacjenta - HF3). Bieżące wydatki publiczne poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia wynosiły w 2018 r. 96,0 mld zł i stanowiły 4,53 % PKB (4,55% w 2017 r.), natomiast bieżące wydatki prywatne wyniosły 38,3 mld zł i stanowiły 1,8% PKB (2% w 2017 r.). W strukturze wydatków publicznych uwagę zwraca stały poziom wydatków w poszczególnych latach ze strony instytucji samorządowych, który w latach 2016-2018 wyniósł 0,26% PKB.



**Tabela 18. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2018 r.**

Wydatki na ochronę zdrowia	W milionach złotych
<b>Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem<sup>1)</sup></b>	<b>134 244,4</b>
<b>Wydatki publiczne</b>	<b>95 977,1</b>
z tego:	
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	13 381,8
Instytucje rządowe	7 891,0
Instytucje samorządowe	5 490,7
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	82 595,3
<b>Wydatki prywatne</b>	<b>38 267,3</b>
z tego:	
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	27 413,2
inne wydatki prywatne	10 854,2

1) Łącznie z zagranicznymi schematami finansowania.

Źródło: Załącznik do obwieszczenia Prezesa GUS z dnia 30 września 2020 r. (MP 2020, poz.898).

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia przedstawiała się w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2018 r. następująco: wydatki publiczne stanowiły 71,5% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (69,3% w 2017 r.), w tym: schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 10,0% (10,4 % w 2017 r.), schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach – 61,5% (58,9% w 2017 r.); wydatki prywatne zaś stanowiły 28,5% (30,7% w 2017 r.). Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowiły 20,4% (22,7% w 2017 r.) wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia (tabela nr 18).

Wstępne szacunki GUS dotyczące Narodowego Rachunku Zdrowia za 2020 r. (publikacja: 06 września 2021 r.) wskazują, że publiczne i prywatne bieżące wydatki na zdrowie łącznie wyniosły 165,7 mld zł, co stanowiło 7,1 proc. PKB. To o 17,8 mld zł (ok. 12%) więcej niż dwa lata temu - w tym o ponad 15,3 mld zł zwiększyły się wydatki publiczne, a o 2,5 mld zł prywatne. W kwocie 165,7 mld zł, które wydano na ochronę zdrowia roku 2020, ok. 121,5 mld zł to pieniądze publiczne, a 44 mld - prywatne. Sporą część publicznych pieniędzy - ok. 90 mld zł - stanowią obowiązkowe składki na NFZ. Na wydatki publiczne składają się obowiązkowe składki, które ubezpieczeni płacą na Narodowy Fundusz Zdrowia oraz pieniądze, które z budżetu przeznaczają na zdrowie instytucje rządowe i samorządowe.

Tabela 19. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2016-2018 (w mln zł) i ich udział w PKB.

**Wydatki na ochronę zdrowia w 2016, 2017 i 2018 roku w mln zł i ich udział w PKB**  
 Expenditure on health care for 2016, 2017 i 2018 in mln PLN and its share in GDP

Wyszczególnienie Specification	2016		2017		2018	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
<b>Produkt krajowy brutto</b> GDP	<b>1 861 148</b>	<b>100</b>	<b>1 989 351</b>	<b>100</b>	<b>2 120 480</b>	<b>100</b>
<b>Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem<sup>a)</sup></b> Total Current Health Expenditure	<b>122 165,22</b>	<b>6,56</b>	<b>130 535,81</b>	<b>6,56</b>	<b>134 244,40</b>	<b>6,33</b>
<b>Wydatki publiczne</b> Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	<b>84 410,89</b>	<b>4,54</b>	<b>90 445,50</b>	<b>4,55</b>	<b>95 977,1</b>	<b>4,53</b>
z tego: of which:						
schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych Government schemes	11 824,16	0,64	13 515,14	0,68	3 381,76 <sup>1</sup>	0,63
instytucje rządowe Central government schemes	7 017,22	0,38	8 351,08	0,42	7 891,05	0,37
instytucje samorządowe State/regional/local government schemes	4806,94	0,26	5 164,06	0,26	5 490,71	0,26
schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach Compulsory contributory health insurance schemes	72 586,73	3,9	76 930,36	3,87	82 595,30	3,9
<b>Wydatki prywatne</b> Voluntary health care payment schemes	<b>37 754,33</b>	<b>2,03</b>	<b>40 090,31</b>	<b>2,02</b>	<b>38 267,34</b>	<b>1,8</b>
z tego: of which:						
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych Household out-of-pocket payment	27 787,19	1,49	29679,190	1,49	27 413,15	1,29
inne wydatki prywatne other private health care expenditure	9 967,14	0,54	10 411,12	0,52	10 854,20	0,51

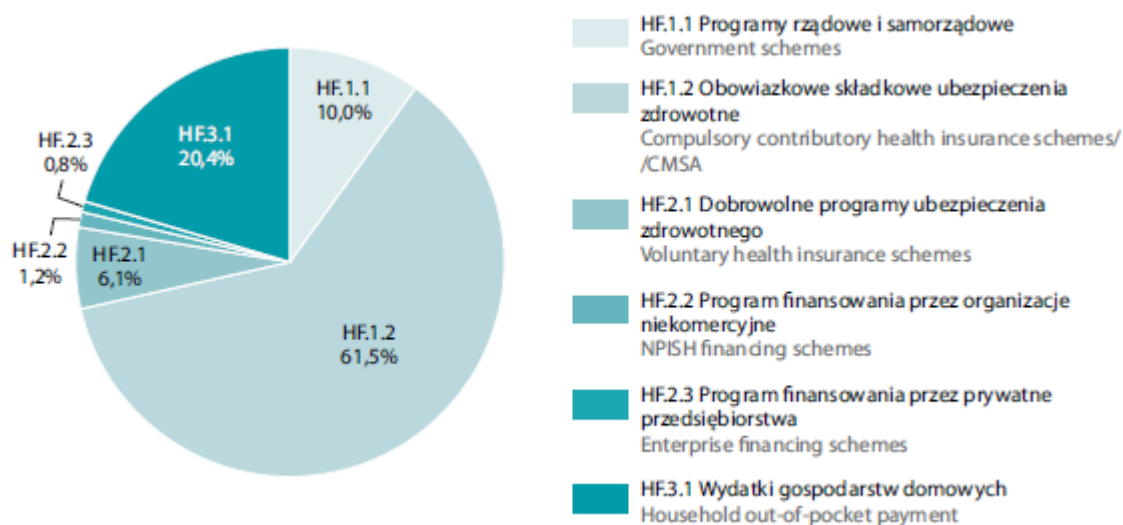
a) Łącznie z zagranicznymi schematami finansowania (HF.4)

Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019, Wyd. GUS, Kraków-Warszawa 2020.

Na podstawie ogólnych danych oraz informacji z poszczególnych lat można ponadto oszacować ile pieniędzy wydały rodziny bezpośrednio na prywatne leczenie (w placówkach prywatnych i publicznych), leki, usługi rehabilitacyjne, sanatoria opłacane prywatnie, a ile na dodatkowe ubezpieczenia czy abonamenty medyczne. Na prywatne leczenie gospodarstwa domowe wydały w zeszłym roku 32,2 mld zł. To o 2,5 mld zł więcej niż dwa lata temu. Nie wiadomo zaś jak podzielone jest kolejnych 12 mld zł prywatnych wydatków. To dobrowolne ubezpieczenia, pieniądze przedsiębiorców (między innymi na abonamenty dla pracowników) i pieniądze instytucji niefinansowych (np. fundacji). Gdyby utrzymały się proporcje z 2019 roku na dobrowolne ubezpieczenia mogliśmy wydać ok. 9 mld zł, a przedsiębiorcy - niespełna 1,2 mld zł.

Wydaje się jednak, że ze względu na pandemię firmy wydały więcej pieniędzy niż dwa lata temu, mniej zaś osoby prywatne przeznaczyły na dobrowolne ubezpieczenia.

**Wykres 13. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. wg schematów finansowania.**

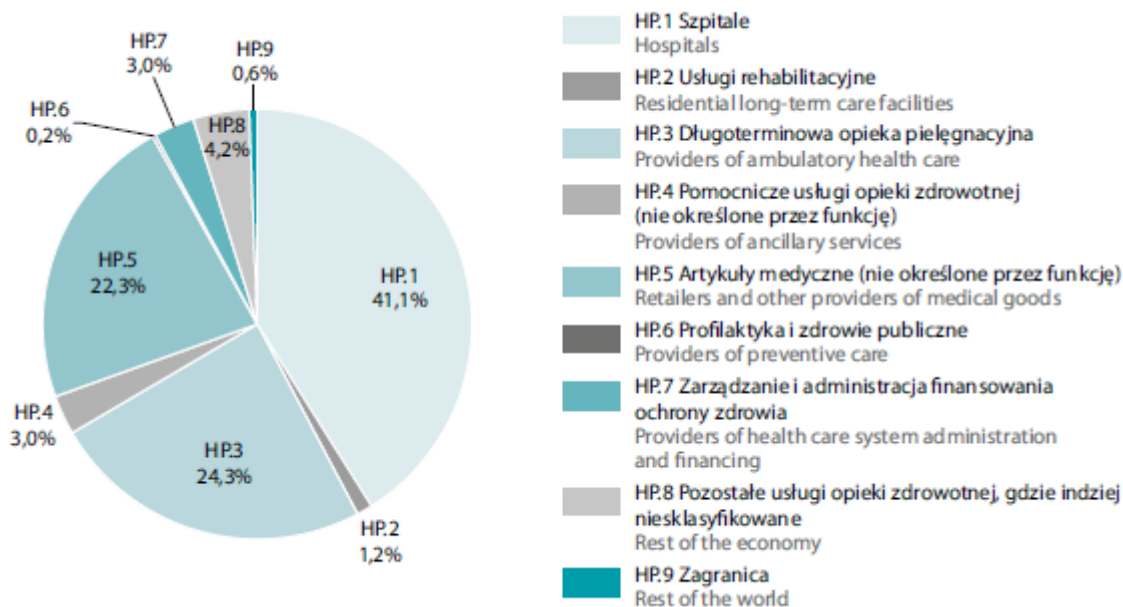


Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019, Wyd. GUS, Kraków-Warszawa 2020.

W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP) w roku 2018 największy strumień środków, trafił do szpitali – 41,1% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2017 r. 39,3%). Były to głównie kwoty skierowane do szpitali ogólnych – 31,5% wszystkich wydatków (w 2017 r. – 30,1%). Kolejne pozycje dotyczyły placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiło 24,3% wydatkowanych środków (w 2017 r. 26,4%), oraz sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 22,3%, przede wszystkim aptek do których przekazano ponad 89,9 % tych środków (w 2017 r. odsetki wyniosły odpowiednio: 22,3% oraz 89,0%). Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych dostawców ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju podmiotu dostawczego. Na przykład „szpitale” w 94,5% były finansowane ze środków publicznych a w 5,5% przez sektor prywatny (w 2017 r. proporcje te układały się odpowiednio 93,9% i 6,1%). W przypadku świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udział środków publicznych w finansowaniu ambulatoryjnych usług zdrowotnych wyniósł 58,7%, a 41,3% finansowane było z funduszy prywatnych (w 2017 r. proporcje te wynosiły 54,2% i 45,8%). Natomiast w przypadku kategorii „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych”, sytuacja była odwrotna – 35,5% środków finansowych pochodziło ze źródeł publicznych, 64,3% było finansowane

bezpośrednio przez gospodarstwa domowe (w 2017 r. rozkład finansowania „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych” wynosił odpowiednio: 34,8% i 64,6% - wykres 15).

**Wykres 14. Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2018 r. wg świadczeniodawców.**



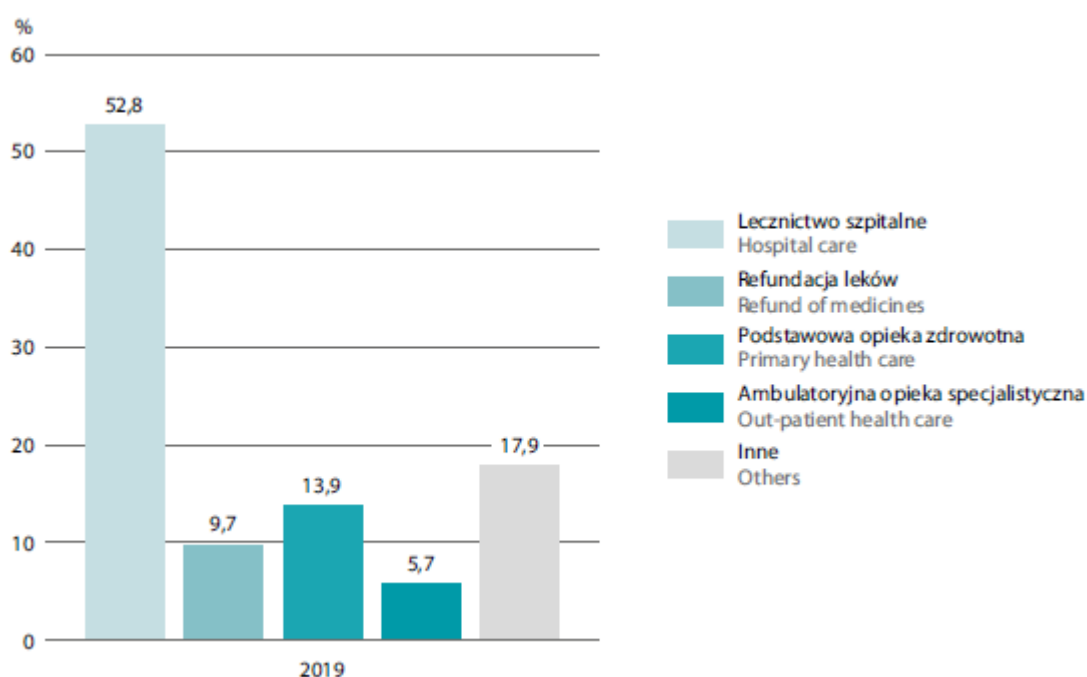
Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019, Wyd. GUS, Kraków-Warszawa 2020.

Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ w 2019 r. wyniosły 89 765 mln zł (o 10,7% więcej niż przed rokiem) i podobnie jak w latach wcześniejszych były przeznaczone głównie na leczenie szpitalne (52,8%), podstawową opiekę zdrowotną (13,9%) oraz refundację leków (9,7%). Wydatki NFZ stanowiły, podobnie jak w 2018 r., nieco ponad 85% wszystkich wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Pozostałymi dysponentami środków publicznych były: budżet państwa (ponad 10%) oraz jednostki samorządu terytorialnego (ponad 4%). Samorządy terytorialne przekazały w 2019 r. na ochronę zdrowia średnio 117,41 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2018 r. 100,00 zł). Najwyższe wydatki na osobę w 2019 r. odnotowano w województwie mazowieckim (170,6 zł), podlaskim (157,0 zł), natomiast najmniej wydano w województwach: opolskim (73,6 zł) i małopolskim (83,0 zł). We wszystkich województwach wysokość wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca w porównaniu do 2018 r. wzrosła, najwięcej w województwach lubelskim (o 86%) i łódzkim (o 47%), najmniej natomiast w województwach opolskim (o 2%) i dolnośląskim (o 3%). W Wielkopolsce w roku 2019 wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia jednego mieszkańca były powyżej średniej i wyniosły 133,4 zł. Powiaty przeznaczyły w sumie 1 069,2 mln zł na opiekę zdrowotną, z czego 49,3% stanowiły środki na szpitale ogólne, a 43,2% na

składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

Warto zaznaczyć, że w 2019 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące ze składek na obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne – 60,1% środków wydatkowanych na realizację opieki zdrowotnej stanowiły wpływy z tego tytułu (w 2017 r. 57,4%). Kategoria ta obejmuje zarówno składki opłacane przez samych pracowników, jak i pracodawców, pracujących na własny rachunek czy inne instytucje opłacające składki w imieniu ubezpieczonych (wykres nr 13, 14).

**Wykres 15. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesiona przez NFZ w 2019 r**

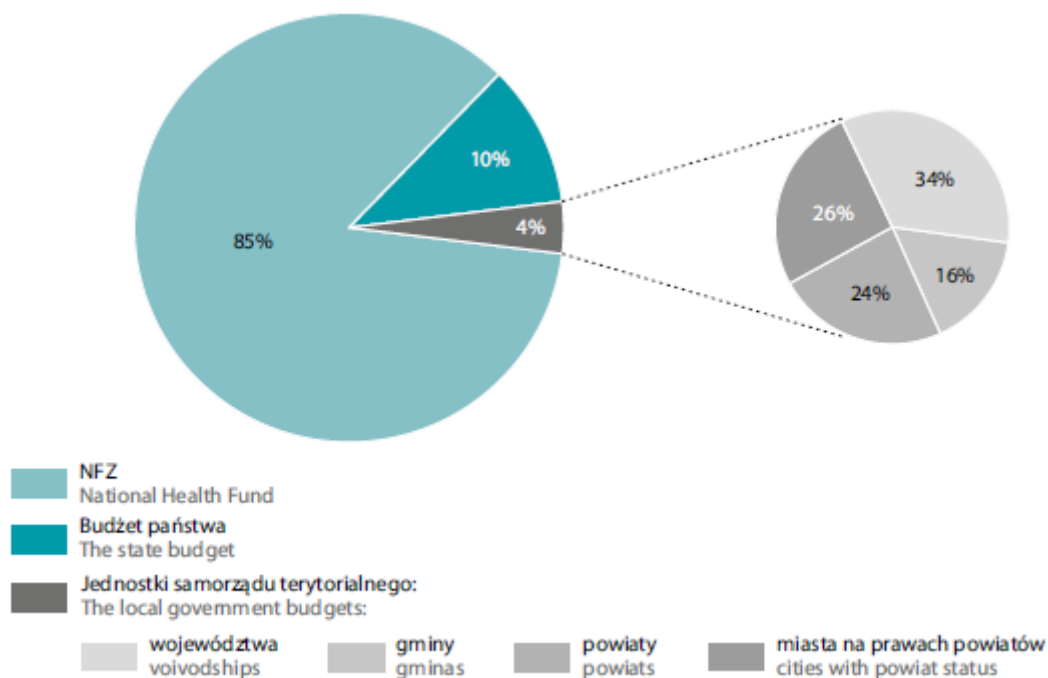


Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019, Wyd. GUS, Kraków-Warszawa 2020

Równie istotnym dokumentem planistycznym obejmującym także ramowy schemat finansowania sektora ochrony zdrowia jest Wieloletni Plan Finansowy Państwa (WPFPP). Dokument ten zawiera wszystkie kluczowe wskaźniki makroekonomiczne oraz prognozy dotyczące gospodarki, przychodów i wydatków sektora finansów publicznych. Pod koniec kwietnia 2019 r. dokonano aktualizacji WPFPP. Wydatki na ochronę zdrowia rozbite zostały na dwie pozycje: opieka zdrowotna oraz opieka długookresowa (wcześniej podawana jako składowa opieki zdrowotnej). Wg aktualizacji WPFPP z kwietnia 2019 r., w 2030 roku wydatki na opiekę zdrowotną miały wynieść 4,5 proc. PKB, a na opiekę długookresową – 0,7 proc. PKB. To daje 5,2 proc. PKB, tymczasem poziom 6 proc. PKB Polska (zgodnie z ustawą „6 proc. PKB na

zdrowie”) miała osiągnąć w 2024 roku. Bieżąca aktualizacji WPPF (kwiecień 2021) zakłada, że łączne wydatki na opiekę zdrowotną i opiekę długookresową osiągną 6 proc. PKB dopiero w 2050 roku (w tym 5 proc. wydatki na opiekę zdrowotną, 1 proc. na opiekę długookresową; tabela nr 20).

**Wykres 16. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r.**



Źródło: Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019, Wyd. GUS, Kraków-Warszawa 2020.

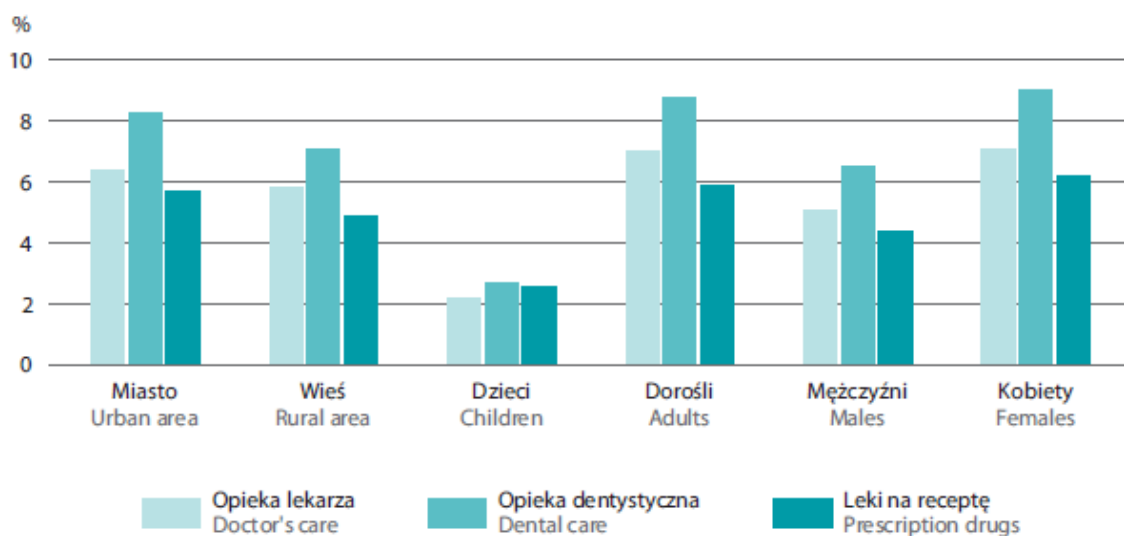
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ w 2017 roku wyniosły 76 930,4 mln zł (o 7,6% więcej niż w roku wcześniejszym) i były przeznaczone głównie na lecnicstwo szpitalne (50,7%), podstawową opiekę zdrowotną (13,4%) oraz refundację leków (10,8%). Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, w gestii których znalazło się łącznie 15% wydatków (tabela nr 19).

Tabela 20. Prognoza długookresowej stabilności finansów publicznych.

% PKB	2016	2030	2040	2050	2060	2070
<b>Całkowite wydatki</b>						
W tym związane z wiekiem	20,3	20,4	20,6	21,4	22,1	21,4
Wydatki na świadczenia emerytalno--rentowe	11,2	11,0	10,8	11,2	11,1	10,2
Wydatki na świadczenia emerytalno--rentowe z ubezpieczeń społecznych	11,2	11,0	10,8	11,2	11,1	10,2
Emerytury i wcześniejsze emerytury	9,9	10,2	10,0	10,4	10,4	9,5
Pozostałe świadczenia (renty z tytułu niezdolności do pracy i renty rodzinne)	1,3	0,8	0,8	0,8	0,7	0,7
Opieka zdrowotna	4,3	4,5	4,8	5,0	5,2	5,2
Opieka długookresowa (wcześniej podawana jako składowa opieki zdrowotnej)	0,5	0,7	0,9	1,0	1,2	1,3
Wydatki na edukację	4,3	4,2	4,1	4,2	4,6	4,7

Źródło: Wieloletni Plan Finansowy Państwa na lata 2021-2024 (aktualizacja kwiecień 2021).

Wykres 17. Ludność wg możliwości sfinansowania opieki medycznej w 2019 roku.



Źródło: GUS, Stan zdrowia ludności Polski w 2019 roku, Warszawa sierpień 2021.

Warto zaznaczyć, że potencjał ekonomiczny społeczeństwa w dalszym ciągu nie pozwala na regularne korzystanie z odpłatnych (komercyjnych) usług zdrowotnych. Wg danych GUS za rok 2019, jedynie ok. 6% obywateli ma możliwość sfinansowania opieki medycznej ze środków własnych (wykres nr 17). Pozostali korzystają ze świadczeń udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w placówkach, które otrzymują wynagrodzenie ze środków publicznych (głównie NFZ).

Niezwykle istotną kwestią jest kontynuowanie wdrożonej reformy systemu „sieci szpitali” w kierunku wzrostu efektywności tego systemu. W szczególności w dalszym ciągu aktualne są wyrażane przez dyrektorów/prezesów szpitali oczekiwania, aby jak najszybciej nastąpiło:

- jednoznaczne określenie roli szpitali zakwalifikowanych do różnych poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w tym szczególnie szpitali ogólnych (pierwszego, drugiego i trzeciego poziomu) poprzez wprowadzenie systemu referencyjności szpitali, dyżurów ostrych, oddziałów wieloprofilowych;
- uzgodnienie modelu współpracy szpitali ogólnych ze szpitalami szóstego poziomu zabezpieczenia oraz ze szpitalami poziomu czwartego i piątego przez przygotowanie konsorcjów koordynowanej opieki zdrowotnej, centrów transferów medycznych oraz interoperacyjności systemów informatycznych;
- opracowanie modelu współpracy szpitali z jednostkami podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej pozostającymi poza strukturami szpitali, a także szpitalami działającymi poza podstawowym szpitalnym systemem zabezpieczenia;
- umożliwienie kadrze zarządzającej szpitalami prowadzenia polityki kadrowo-płacowej poprzez zwiększenie środków finansowych będących w dyspozycji zarządzających, zamiast wyodrębniania specjalnych pul kwotowych na płace personelu poza kontrolą zarządzających;
- przekształcenie formy kształcenia podyplomowego lekarzy w taki sposób, że znaczna ilość absolwentów podejmie kształcenie specjalizacyjne w szpitalach pierwszego i drugiego poziomu zabezpieczenia, co pozwoli na odnowienie kadry w latach kolejnych.

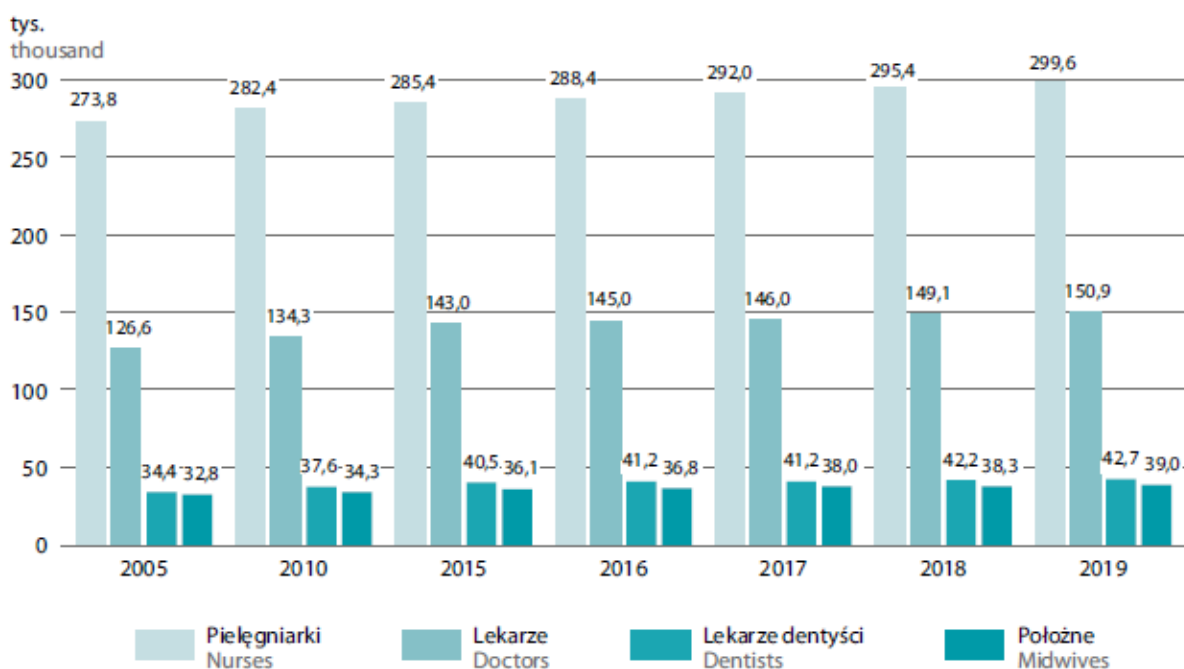
Zasadniczo - przekazywane w ostatnich miesiącach (głównie szpitalom) wzrosty nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej nie są proporcjonalne i adekwatne do ogólnego poziomu wzrostu kosztów działalności w okresach minionych. Co więcej – planowane są następne działania proinflacyjne (np. kolejny wzrost płacy minimalnej), których skutki nie zostaną prawdopodobnie odpowiednio zrekompensowane, co pogłębi spadek siły nabywczej budżetów (ryczałtów), które znajdują się w dyspozycji publicznym jednostek ochrony zdrowia.



### 3. Rynek pracy kadr medycznych

Problem niedofinansowania publicznego sektora ochrony zdrowia zazębia się z niedoborem kadry medycznej, szczególnie lekarzy specjalistów, co z kolei przekłada się na rosnące oczekiwania płacowe osób wykonujących zawody medyczne. Zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez odpowiednie izby zawodowe, wg danych GUS w 2017r. prawo wykonywania zawodu posiadało niemal 146 tys. lekarzy, 292 tys. pielęgniarek, 38 tys. położnych oraz 35 tys. farmaceutów oraz 16 tys. diagnostów laboratoryjnych. Analiza struktury wieku osób wykonujących zawody medyczne wskazuje – szczególnie w grupie zawodowej lekarzy oraz pielęgniarek – wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wiekowej – 65 lat i więcej.

**Wykres 18. Osoby uprawnione do wykonywania zawodów medycznych w latach 2005-2019.**

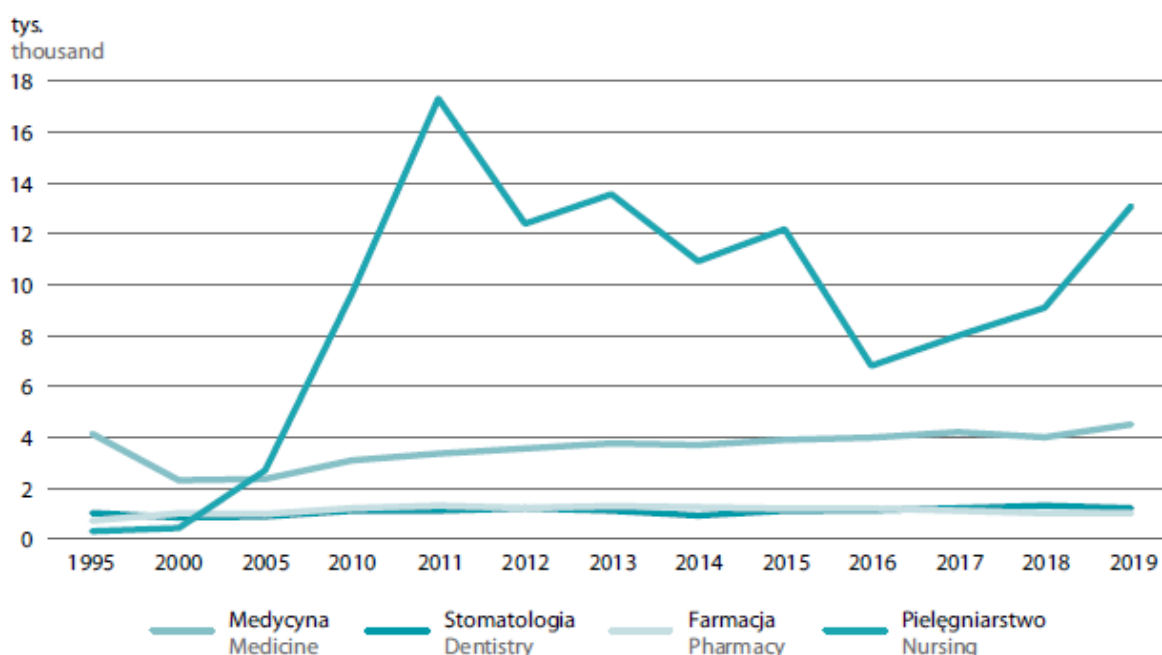


Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019r. Warszawa-Kraków, 2020.

Niestety do tej pory nie wdrożono skutecznych mechanizmów polityki kadrowej i rozwoju zawodowego, tak aby zapewniona była zastępowalność pokoleń we wszystkich grupach zawodowych personelu medycznego przez osoby odpowiednio wykształcone i kompetentne. Przykładem podejmowania działań nie w pełni przemyślanych jest zmiana systemu kształcenia oraz nowa (od czerwca 2021 r.) podstawa programowa dla zawodu *opiekun medyczny*. Dotychczas, aby uzyskać uprawnienia do świadczenia usług medyczno-pielęgniacyjnych i opiekuńczych na rzecz osób chorych i niesamodzielnych, należało ukończyć

dwusemestralne kształcenie branżowe (tzw. kwalifikacje Med.14) w trybie stacjonarnym lub zaocznym. Aktualnie tok kształcenia wydłużono do trzech semestrów oraz wyłącznie w trybie stacjonarnym. Ośrodki prowadzące rekrutacje do nauki w zawodzie opiekuna medycznego zgłaszają już problem z bardzo wyraźnym spadkiem liczby kandydatów zainteresowanych uzyskaniem tego zawodu. Po czternastu latach od sformalizowania efektów kształcenia i utworzeniu kierunku opiekun medyczny, zawód ten wchodzi w fazę regresu. Nie powinno to mieć miejsca, biorąc pod uwagę aktualne problemy w zapewnieniu kadry pielęgniarskiej, dla której praca opiekunów medycznych jest wymiernym wsparciem i odciążeniem. W Polsce żyje ok. 1 mln osób starszych i przewlekle chorych, niezdolnych do samodzielnego życia, wymagających profesjonalnego wsparcia. Dyplom opiekuna medycznego (po egzaminie państwowym) dotychczas uzyskało ok. 60 tys. osób. Na wykresie nr 19 zaprezentowano dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat.

**Wykres 19. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2019.**



Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019r. Warszawa-Kraków, 2020.

Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego to aktualnie zasadniczy problem, z którym borykają się kierownicy (dyrektorzy) podmiotów leczniczych. Dostępność do odpowiedniej ilości kadry medycznej zależy od wielu czynników. Jednym z zasadniczych jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium kraju występują znaczne różnice. Największa liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (wg danych za rok 2019) przypadła w województwie

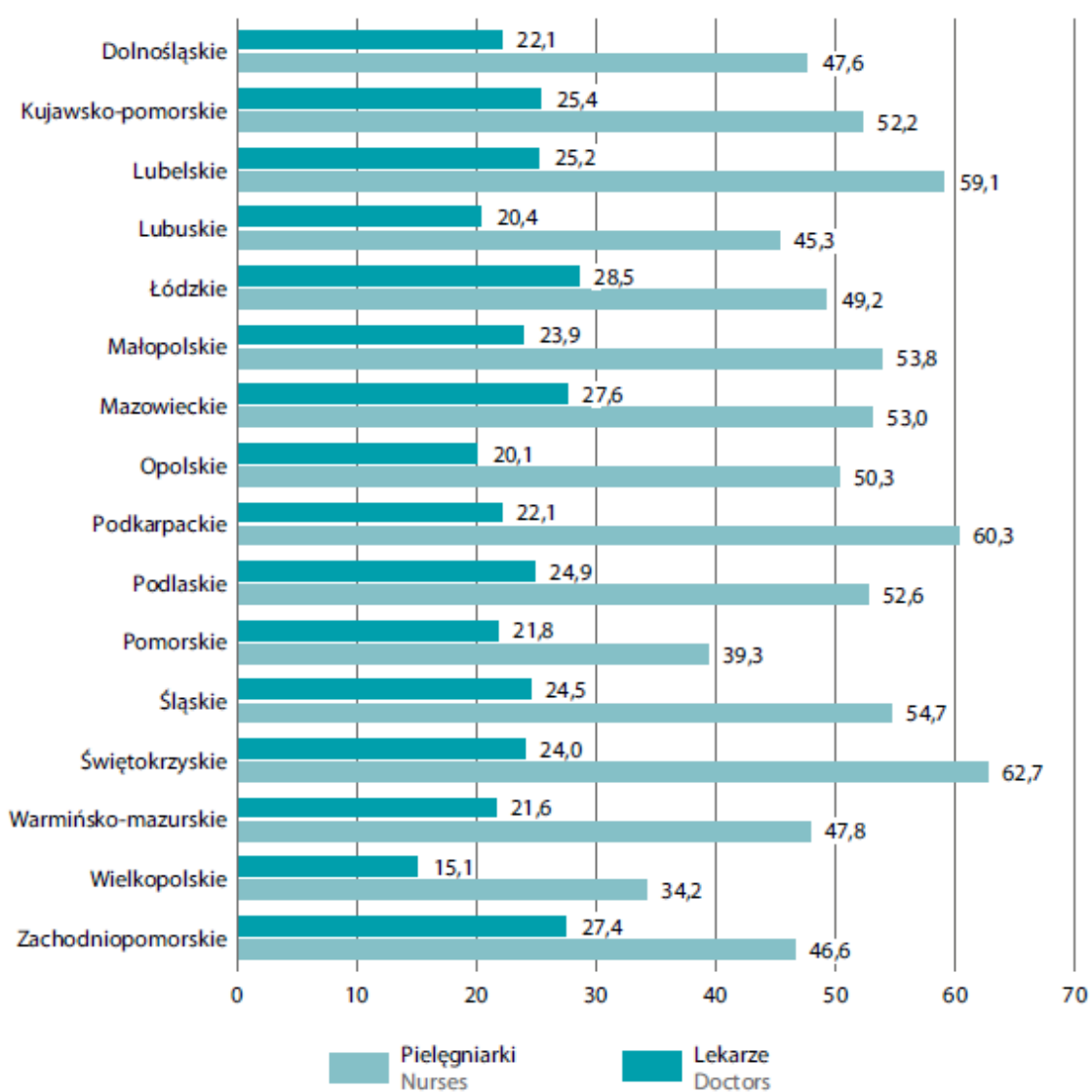
łódzkim oraz mazowieckim (odpowiednio 28,5 i 27,6 na 10 tys. mieszkańców). Najmniejsza – w województwie wielkopolskim (15,1 na 10 tys. mieszkańców). Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem w roku 2019 była najniższa w województwie wielkopolskim (34,2 na 10 tys. mieszkańców) oraz w województwie pomorskim (39,9 na 10 tys. mieszkańców), natomiast najwięcej pielęgniarek było w województwie świętokrzyskim – niemal 63 na 10 tys. mieszkańców. Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że w 2019 r. spośród pielęgniarek bezpośrednio pracujących z pacjentem, tytuł magistra posiadało prawie 20% (w roku 2018 było to 16%), a w grupie położnych – 23,2% (w 2018 roku – 19,5%).

Problem braku kadry medycznej jest szczególnie niekorzystny dla jednostek zabezpieczających udzielanie świadczeń na poziomie mniejszych miast i powiatów, gdzie lokalne zasoby kadrowe są mocno ograniczone. ZOZ w Wągrowcu w sposób bezpośredni doświadcza tych uwarunkowań. Obecnie niemal 1/5 kadry lekarskiej to specjaliści spoza Wielkopolski. Dlatego też podjęta została decyzja o zatrudnieniu lekarzy także spoza państw UE na mocy obowiązujących aktualnie przepisów znowelizowanej ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2021r. poz. 790). W pierwszej kolejności zatrudniani będą lekarze specjaliści, a po okresie ich adaptacji do polskich warunków pracy i wykonywania zawodu, także lekarze młodzi, bezpośrednio po studiach, którzy przystąpią do nostryfikacji dyplomu a następnie będą podejmować dalsze kształcenie specjalizacyjne zgodnie z krajowymi przepisami, na bazie oddziałów ZOZ-u posiadających akredytację (uprawnienia) do szkolenia.

Narastającym w czasie i odczuwalnym problem kadrowym jest niedobór na rynku pracy osób wykonujących zawód ratownika medycznego. Wg danych NFZ liczba ratowników medycznych w kraju wynosi ok. 25 tys. osób. Obecnie zdobycie uprawnień zawodowych jest możliwe w drodze ukończenia studiów I stopnia na tym kierunku. Kilka lat temu dyplom ratownika medycznego można było uzyskać kończąc 2-letnią szkołę policealną. Ostatni nabór w takim trybie miał miejsce w roku szkolnym 2012/13. W 2019 roku w systemie ratownictwa medycznego pracowało 19,1 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wyższym wykształceniem magisterskim było zaledwie 0,5 tys. osób. W 2020 r. ratownicy medyczni zabezpieczali funkcjonowanie 1.585 zespołów ratownictwa medycznego (specjalistycznych, podstawowych oraz lotniczych). Wg danych GUS w 2019 r. zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia dla ponad 3,1 mln osób. W izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych z doraźnej pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym skorzystało blisko 4,6 mln pacjentów. W szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie stacjonarnym leczonych było ponad 1,5 mln osób. W ZOZ w Wągrowcu ratownicy medyczni wykonują zadania w SOR, zespołach ratownictwa medycznego typu P i S oraz w transporcie sanitarnym.

Popyt na pracę w ratownictwie medycznym rośnie. Zmienione w 2016 r. przepisy znacząco poszerzyły zakres medycznych czynności ratunkowych, które może wykonywać ratownik, a od 1 stycznia 2018 r. obowiązuje przepis, zgodnie z którym w zespole wyjazdowym (karetce) może pracować wyłącznie lekarz ze specjalizacją z ratownictwa medycznego lub lekarz, który do końca 2017 r. rozpoczął szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie. Obecnie w kraju praktykuje ok. 990 lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej; potrzeby systemu ratownictwa medycznego szacowane są na co najmniej 1 tys. osób więcej, stąd ci specjaliści będą w zespołach ratownictwa medycznego z czasem zastępowani przez ratowników medycznych, podejmując pracę przede wszystkim w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

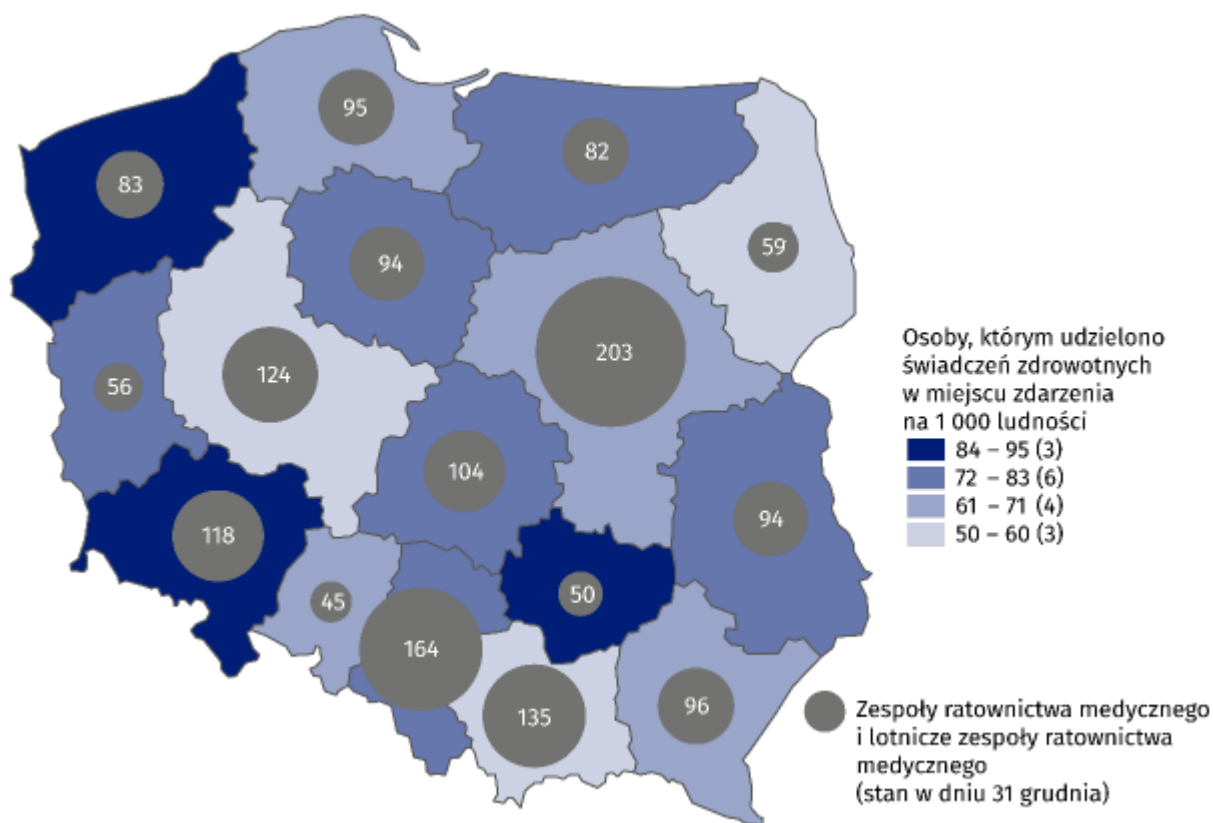
**Wykres 20. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności wg województw (2019 r.).**



Źródło: GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r., Warszawa-Kraków, 2020.

W ramach Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w 2020 r. funkcjonowało 1 581 zespołów ratownictwa medycznego (o 4 więcej niż przed rokiem), z czego 1 238 podstawowych i 343 specjalistycznych. Podobnie jak w latach ubiegłych utrzymuje się spadek liczby zespołów specjalistycznych przy jednoczesnym wzroście liczby zespołów podstawowych. Doraźnej pomocy medycznej udzielały również lotnicze zespoły ratownictwa medycznego z 21 baz Lotniczego Pogotowia Ratunkowego, a także 239 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Z systemem współpracowały 154 izby przyjęć, 17 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z mnogimi wielonarządowymi obrażeniami ciała oraz 11 centrów urazowych dla dzieci. Rok ubiegły był okresem szczególnie trudnym dla kadry medycznej SOR, ze względu na lawinowy wzrost liczby zgonów. W roku 2015 r. doszło do 6007 zgonów na SOR-ach. W kolejnych latach było to 6585, 7887, 8712 i 9767. Natomiast w roku 2020 liczba zgonów wyniosła aż 15 213 (źródło: informacja prasowa Ministerstwa Zdrowia, 27.09.2021 r.).

**Mapa 3. Zespoły ratownictwa medycznego i osoby, którym udzielono świadczeń w miejscu zdarzenia na 1000 mieszkańców wg województw w 2020 roku.**



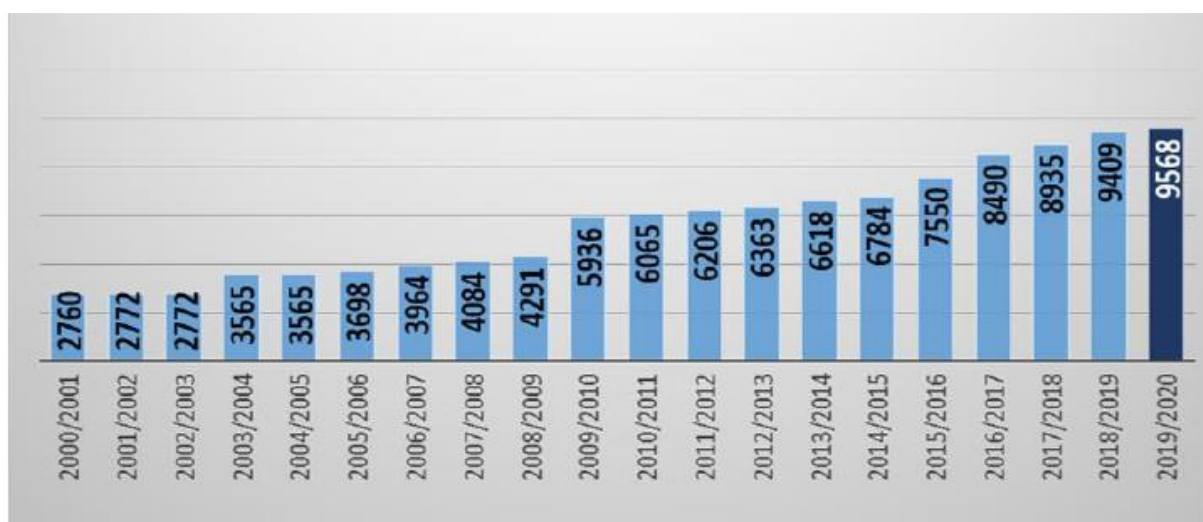
Źródło: GUS, Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne w 2020 r., Warszawa, maj 2021.

Wielkopolska znajduje się w grupie województw o najmniejszej liczbie zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców (mapa 3). Wskaźnik liczby zespołów ratownictwa medycznego na 100 tys. ludności w 2019 r. wyniósł 4,1. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (5,8), natomiast najniższą - w województwie wielkopolskim (3,5). Najwięcej osób, które skorzystały w roku 2020 z pomocy medycznej w miejscu zdarzenia w przeliczeniu na 1 tys. ludności, odnotowano w województwie zachodniopomorskim – 95 osób, a najmniej w województwie wielkopolskim – 50 osób.

Według stanu w dniu 31 grudnia 2020 r. w skład zespołów ratownictwa medycznego wchodziło 13,0 tys. pracowników (wzrost o 0,2 tys. osób w porównaniu z 2019 r.). Najliczniejszą grupę – prawie 11,0 tys. – stanowili ratownicy medyczni. Ponadto w zespołach pracowało ponad 1,1 tys. pielęgniarek systemu, blisko 0,5 tys. lekarzy systemu i 0,4 tys. innych osób. W porównaniu z 2019 r. odnotowano wzrost liczby ratowników medycznych o 600 osób.

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania polegające na zwiększaniu limitu miejsc dla kandydatów na kierunki medyczne. W roku akademickim 2019/2020 zaplanowano sfinansowanie studiów na kierunku lekarskim - studia stacjonarne w języku polskim - dla 5.122 osób. Największy limit miejsc przewidziano na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach oraz na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. W roku akademickim 2020/21 liczba miejsc na studiach stacjonarnych była nieco niższa i wyniosła 5.103 (na niestacjonarnych – 1.239). Natomiast w roku akademickim 2021/2022 na jednolitych studiach magisterskich stacjonarnych na kierunku lekarskim prowadzonych w języku polskim utworzono 5.479 miejsc (oraz dodatkowo na niestacjonarnych – 1.736).

**Wykres 21. Limity na uczelniach medycznych w latach 2000/01 – 2019/20.**



Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia.

W sumie przyszli lekarze mogą się aktualnie kształcić na 19 uczelniach. Odczuwalne efekty tych działań pojawią się jednak dopiero za ok. 10 lat.

Tematem trudnym zarówno dla Ministerstwa Zdrowia jak i Naczelnej Rady Lekarskiej jest kwestia umożliwienia wykonywania zawodu lekarza na terytorium naszego kraju osobom, które nabyły uprawnienia poza obszarem państw Unii Europejskiej. Szczególne zainteresowanie ułatwieniami w zakresie nostryfikacji dyplomów wykazują – w dużej mierze ze względów ekonomicznych - lekarze ukraińscy (ich średnie wynagrodzenie zasadnicze w kraju ojczystym wynosi ok. 400 euro miesięcznie). Nagły wzrost zapotrzebowania na lekarzy w sytuacji kolejnych fal epidemii koronawirusa spowodował, że finalnie Minister Zdrowia uruchomił tzw. szybką procedurę weryfikacji uprawnień zawodowych i uzyskiwania ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza w jednostkach szpitalnych wskazanych przez wojewodów do leczenia pacjentów z COVID-19.

Drugim – w ocenie środowiska lekarskiego – kontrowersyjnym pomysłem Ministra Zdrowia jest umożliwienie kształcenia na nowo tworzonych kierunkach lekarskich w Wyższych Szkołach Zawodowych (aktualnie dyplom lekarza można uzyskać wyłącznie na Uniwersytetach Medycznych lub Akademiach Medycznych) i poprzez to uzyskanie znacząco większej liczby absolwentów. Środowisko lekarskie negatywnie odnosi się do tego pomysłu, wskazując m.in. na brak zapewnienia w uczelniach „nieuniwersyteckich” wymaganej jakości i etosu kształcenia do zawodu lekarza. Wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej p. Artur Drobnik w wypowiedzi medialnej (23.09.2021r.) stwierdził: *„Nie wyobrażam sobie, aby takie rozwiązania sprawdziły się gdziekolwiek, bo zawód lekarza wiąże się z długim kształceniem, bardzo wymagającym pod względem zarówno intelektualnym, jak i praktycznym. Dlatego pójście drogą na skróty jest zwyczajnie groźne”*. Natomiast przedstawiciele pozostałych zawodów medycznych propozycję Ministra Zdrowia traktują jako racjonalną, wskazując, że ostatecznym momentem weryfikującym przydatność absolwenta kierunku lekarskiego do zawodu jest złożenie państwowego Lekarskiego Egzaminu Końcowego (LEK). W ogólnym bowiem rozrachunku z punktu widzenia pacjenta nie jest ważne, jaką uczelnię kończył absolwent, tylko czy dysponuje wiedzą i posiada kompetencje niezbędne do wykonywania zawodu, co potwierdza zdanie tego egzaminu. W bieżącej, jesiennej sesji, do LEK przystąpiło 7 375 osób, nie zdało 163.

Odrębną kwestią jest możliwość wybrania i rozpoczęcia przez młodych lekarzy odpowiedniej specjalizacji zawodowej. Problem ten nie został jak dotychczas rozwiązany – liczba miejsc rezydenckich w kolejnych latach w dalszym ciągu jest niższa od liczby absolwentów studiów lekarskich zainteresowanych podjęciem kształcenia specjalizacyjnego w wybranej przez

siebie dziedzinie. W sesji naboru kwalifikacyjnego w październiku 2020 r. przewidziano 4.136 miejsc szkoleniowych (rezydentur) dla lekarzy i lekarzy dentyków, w tym na specjalizacji: choroby wewnętrzne – 389, medycyna rodzinna – 297, pediatria – 260, anestezjologia i intensywne leczenie – 235, chirurgia ogólna – 190. Natomiast w naborze jesiennym 2021 r. Ministerstwo Zdrowia przyznało 4.195 miejsc specjalizacyjnych (czyli tylko o 59 miejsc więcej niż rok wcześniej). Najwięcej miejsc przyznano na specjalizacjach priorytetowych: choroby wewnętrzne – 477, medycyna rodzinna – 313, medycyna ratunkowa – 263, anestezjologia i intensywne leczenie – 250 oraz chirurgia ogólna – 233.

### **III. PROPOZYCJE ORAZ PROJEKCJE DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH NA OKRES 2021-2023**

#### **1. ANALIZA SWOT/TOWS.**

Analiza SWOT jest powszechnie stosowaną metodą w planowaniu zmian i służy do porządkowania najważniejszych informacji o przedsiębiorstwie/organizacji. Umożliwia segregowanie dostępnych informacji na cztery grupy. Polega na identyfikacji kluczowych atutów i słabości podmiotu oraz na skonfrontowaniu ich z aktualnymi i przyszłymi szansami oraz zagrożeniami. Jej nazwa pochodzi od pierwszych liter angielskich nazw grup zmiennych:

S (Strengths) - mocne strony organizacji

W (Weaknesses) - słabe strony organizacji

O (Opportunities) – szanse w otoczeniu

T (Threats) – zagrożenia w otoczeniu.

SWOT jest sposobem na uporządkowanie faktów, umożliwiając zrozumienie danych i dostrzeżenie wynikających z nich konsekwencji. Celem analizy jest także wskazanie obszarów wymagających poprawy. Spotykana w literaturze przedmiotu odmianą analizy SWOT jest analiza TOWS. Nazwa TOWS powstała przez przestawienie liter w skrótowcu SWOT, co implikuje, że analiza zmiennych wykonywana jest w odwróconej kolejności. O ile w analizie SWOT wychodzi się od oceny sił wewnętrznych i słabości, dla których poszukuje się sposobu najlepszego wykorzystania otoczenia organizacji, o tyle w analizie TOWS zaczyna się od rozpatrzenia szans i zagrożeń w otoczeniu przed którymi stoi organizacja, które następnie konfrontuje się z własnymi predyspozycjami do wykorzystania tych szans i niwelowania zagrożeń.



### Mocne strony (S)

1. Doświadczona kadra medyczna i administracyjna.
2. Krótkie okresy oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych, niska liczba zgłaszanych skarg lub roszczeń przez pacjentów w relacji do liczby wykonanych usług.
3. Odpowiednie wyposażenie w sprzęt medyczny.
4. Pełne zabezpieczenie w zakresie ratownictwa medycznego (Zespół S, Zespoły P, SOR).
5. Posiadanie uprawnień do prowadzenia specjalizacji lekarskich w dziedzinach chirurgii ogólnej, pediatrii, chorób wewnętrznych oraz medycyny ratunkowej.
6. Dobra współpraca z sąsiednimi podmiotami lecznictwa szpitalnego, w tym specjalistycznego (wyższego poziomu referencyjnego).
7. Wdrożony system zarządzania jakością - potwierdzony certyfikatem spełnienia normy ISO.
8. Brak długoterminowych zobowiązań wymagalnych (kredytów, pożyczek, innych zobowiązań finansowych).

### Słabe strony (W)

1. Relatywnie niski stopień identyfikowania się dużej części pracowników z miejscem pracy, niska motywacja do wdrażania koniecznych zmian oraz rozwiązywania problemów.
2. Istotna fluktuacja kadr lekarskich.
3. Brak akredytacji wszystkich oddziałów w zakresie szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, niska liczba lekarzy rezydentów szkolących się w szpitalu.
4. Przystarzała infrastruktura techniczna oraz budynki, wymagająca kosztownych remontów, przebudowy i dostosowania.
5. Znaczne utrudnienia, a praktycznie brak możliwości świadczenia usług zdrowotnych komercyjnych (płatnych przez pacjenta).
6. Poziom utrzymania zasobów w gotowości oraz koszty bieżącego funkcjonowania nieadekwatne do dostępnego poziomu finansowania przez płatnika.
7. Brak zdolności kredytowej z uwagi na występowanie zobowiązań przeterminowanych (wymagalnych) oraz ujemnych kapitałów własnych.
8. Brak zintegrowanego systemu informatycznego generującego bieżącą informację zarządczą oraz umożliwiającego pełne wdrożenie wszystkich modułów EDM.

### Szanse (O)

1. Rozumienie specyfiki funkcjonowania i potrzeb sektora publicznej ochrony zdrowia ze strony Organu Założycielskiego poprzez przyznanie dotacji, co umożliwi sfinansowanie zadania rozbudowy i dostosowania budynków ZOZ-u do obowiązujących wymagań oraz doposażenie w sprzęt (nastąpi poprawa standardu diagnostyki i leczenia pacjentów oraz pracy personelu).
2. Zabezpieczenie trwałości bieżącego finansowania ze względu na obecność jednostki w Systemie Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (tzw. „sieci szpitali”).
3. Możliwość pozyskiwania środków zewnętrznych wspomagających modernizację i rozwój (dotacje z Ministerstwa Zdrowia, NFOŚiGW, Fundusze Norweskie).
4. Wdrożenie standardów akredytacji szpitali CMJ, uzyskanie Certyfikatu MZ i wzrost z tego tytułu kwoty ryczału PSZ.
5. Monopolistyczny charakter i brak konkurencji ZOZ w zakresie pełnionych funkcji jednostki systemów Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz Podstawowej Opieki Zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.
6. Stabilny popyt na udzielane świadczenia opieki zdrowotnej wynikający z charakterystyki epidemiologiczno-demograficznych społeczności lokalnej.
7. Determinacja Dyrekcji ZOZ-u w dążeniu do wdrażania mechanizmów ekonomizujących działalność podstawową i pomocniczą.
8. Zagwarantowany wzrost nakładów państwa na ochronę zdrowia, który do 2024 r. ma osiągnąć wysokość 6% PKB lub więcej.

### Zagrożenia (T)

1. Niestabilna sytuacja prawna (kolejna reforma sektora ochrony zdrowia planowana w 2022r.).
2. Niepewna sytuacja w zakresie poziomu finansowania jednostki ze środków publicznych – niepełne wykonanie ryczału PSZ na skutek wprowadzonego stanu epidemii SARS-CoV-2.
3. Utrudniony dostęp do kapitałów obcych (m.in. niska zdolność kredytowa), brak rentowności (ujemny operacyjny wynik finansowy).
4. Ograniczony dostęp do kadry medycznej o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i etycznych oraz silna konkurencja ze strony placówek położonych w sąsiedztwie w zakresie dostępnych zasobów kadrowych.

5. Wydłużenie czasu zakończenia infrastrukturalnych zadań inwestycyjnych na skutek zdarzeń po stronie Wykonawcy robót remontowo-budowlanych.
6. Ryzyko przerw w prowadzeniu danego zakresu działalności medycznej (decyzje administracyjne, awarie techniczne, braki kadrowe).
7. Spowolnienie infrastrukturalnych zadań inwestycyjnych na skutek zmian na rynku usług budowlanych (wzrosty kosztów pracy oraz cen materiałów i usług budowlanych).
8. Nieprzewidywalny rozwój sytuacji epidemicznej w zakresie pandemii koronawirusa, co stwarza zagrożenie w zakresie możliwości wykonania oczekiwanego poziomu świadczeń opieki zdrowotnej (ryczałtu PSZ).

**Tabela 21. System wag do analizy SWOT/TOWS.**

Mocne strony	Waga	Słabe strony	Waga
cecha 1	0,25	cecha 1	0,20
cecha 2	0,20	cecha 2	0,10
cecha 3	0,10	cecha 3	0,05
cecha 4	0,05	cecha 4	0,20
cecha 5	0,05	cecha 5	0,10
cecha 6	0,15	cecha 6	0,20
cecha 7	0,05	cecha 7	0,10
cecha 8	0,15	cecha 8	0,05
Szanse	Waga	Zagrożenia	Waga
cecha 1	0,25	cecha 1	0,25
cecha 2	0,30	cecha 2	0,15
cecha 3	0,05	cecha 3	0,05
cecha 4	0,05	cecha 4	0,25
cecha 5	0,10	cecha 5	0,05
cecha 6	0,05	cecha 6	0,05
cecha 7	0,15	cecha 7	0,15
cecha 8	0,05	cecha 8	0,05

Analiza SWOT/TOWS pozwala na odniesienie wyników do wyróżnionych czterech rodzajów strategii, którymi są:

- Strategia agresywna – dotyczy organizacji, wewnątrz której przeważają mocne strony oraz szanse w otoczeniu; w takiej sytuacji należy dążyć do silnej ekspansji i zdywersyfikowanego rozwoju, przy maksymalnym wykorzystaniu mocnych stron i szans (maxi-maxi)
- Strategia konserwatywna – dotyczy takiej organizacji, gdy przy dużym potencjale wewnętrznym jest ona poddana niekorzystnemu układowi warunków zewnętrznych; w takiej sytuacji należy przy użyciu mocnych stron przewycięzać zagrożenia, dążąc do redukcji kosztów, selekcji usług, poszukiwania i rozwijania usług nowych (maxi-mini)
- Strategia konkurencyjna – jest zalecana w sytuacji, gdy w organizacji przeważają słabe strony nad mocnymi, natomiast w otoczeniu szanse; polega na wykorzystywaniu pojawiających się szans, przy jednoczesnej redukcji siły wpływu słabych stron i obejmuje takie działania jak m.in. powiększanie zasobów finansowych, zwiększanie produktywności czy utrzymanie przewagi konkurencyjnej (mini-maxi)
- Strategia defensywna – jest skuteczna w sytuacji, gdy organizacja działa w nieprzychylnym otoczeniu, pozbawiona jest istotnych mocnych stron i celem staje się przetrwanie na rynku lub uzyskanie maksymalnych korzyści z firmy przed jej likwidacją; strategia obejmuje takie działania jak stopniowe wycofywanie się z rynku, radykalną redukcję kosztów, zatrzymanie procesu inwestowania (mini-mini).

Szczegółowe przeliczenie z wykorzystaniem tablic krzyżowych (tj. uwzględnienie najwyższej liczby interakcji oraz ważonej liczby interakcji cech) wskazują na rodzaj optymalnej strategii działań naprawczych. Uzyskane wyniki końcowe analizy SWOT/TOWS sugerują dalsze kontynuowanie przyjętej w podejściu do działań naprawczych ZOZ w Wągrowcu strategii konserwatywnej.

## **2. Istotne problemy w działalności ZOZ-u**

Podstawowym zadaniem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu jest zapewnienie mieszkańcom Powiatu wągrowieckiego dostępu do stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki medycznej, a w szczególności ratowanie zdrowia i życia ludzkiego w stanach nagłych. Aby wypełnić to zadanie, kadra zarządcza ZOZ-u niemal codziennie musi się mierzyć z licznymi

problemami i zagrożeniami, których rozwiązywanie i rozstrzygnięcie umożliwia realizację nadrzędnej funkcji jednostki, jaką jest zapewnianie ciągłości udzielania świadczeń medycznych i sprawne codzienne funkcjonowanie bez krytycznie znaczących ograniczeń.

Podstawowe problemy obiektywnie wpływające na bieżące funkcjonowanie Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu to:

- brak zrównoważenia wpływów i wydatków jednostki, z uwagi na zbyt niską wartość procedur medycznych objętych umowami z NFZ (w tym kwoty ryczałtu PSZ) w relacji do rosnących kosztów funkcjonowania (np. planowany jest w roku 2022 kolejny wzrost ceny zakupu energii elektrycznej, nawet o 40%);
- wzrastający udział kosztów osobowych w łącznych kosztach funkcjonowania jednostki, przekraczający obecnie próg 74% wartości (winien wynosić nie więcej niż 65%);
- utrzymujące się zadłużenie ograniczające możliwości płatnicze jednostki i problemy z utrzymaniem płynności finansowej będące skutkiem m.in. aktualnie obowiązującego schematu finansowania ryczałtowego świadczeń przez NFZ;
- brak wystarczających środków na finansowanie działalności bieżącej oraz niezbędne zakupy środków trwałych, w tym zakupy koniecznego do uzupełnienia sprzętu medycznego;
- niespełniany obowiązków norm, zły stan techniczny części pomieszczeń i budynków, przestarzała infrastruktura techniczna;
- brak w pełni zintegrowanego systemu informatycznego, co utrudnia pozyskanie w krótkim czasie zagregowanych informacji zarządczych;
- brak alternatywnych wobec NFZ istotnych źródeł przychodów, ograniczona możliwość świadczenia usług komercyjnych (pełnopłatnych);
- brak kadry lekarzy specjalistów w liczbie zapewniającej swobodne możliwości rozwijania zakresów usług, a w sytuacjach kryzysowych – podtrzymanie bieżącego funkcjonowania;
- konieczność poniesienia dodatkowych wydatków związanych z dostosowaniem do licznych nowych wymogów organizacyjno-prawnych (np. obowiązek wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej, czy nowego zunifikowanego rachunku kosztów w podmiotach leczniczych),
- niska identyfikacja części pracowników z misją ZOZ-u oraz słaba potrzeba ustawicznego doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji.

Przywrócenie równowagi finansowej i podtrzymanie odwróconego trendu zadłużania się jednostki to zasadniczy priorytet działania zarządu Szpitala, niezwykle trudny do osiągnięcia w obliczu narastających oczekiwań płacowych kadr medycznych ZOZ-u oraz wzrastających wymagań określanych przez podmioty regulacyjne dla sektora ochrony zdrowia – Ministerstwo Zdrowia oraz Prezesa NFZ.

### 3. Propozycje działań naprawczych i restrukturyzacyjnych

W zasadniczych wymiarach propozycje działań naprawczych i restrukturyzacyjnych nie ulegają zmianie w stosunku do propozycji zawartych w ubiegłorocznym Programie naprawczym ZOZ, nie zaistniały bowiem okoliczności wymuszające radykalną zmianę perspektywy zarządczej, takiej jak np. przekształcenie na długi okres całego podmiotu – w związku z epidemią – w tzw. szpital jednoimienny, czy odstąpienie przez organ założycielski od zadania inwestycyjnego dostosowującego infrastrukturę budynku głównego szpitala do aktualnie obowiązujących wymogów ogólnoprzestrzennych i ogólnobudowlanych. Należy także wspomnieć, że rok 2022 będzie rokiem ważnym z perspektywy kadrowego zarządzania jednostką, co może rzutować na sposób i zakres realizacji *Programu naprawczego*. Z końcem grudnia 2021 r. wygasa bowiem powołanie do funkcji Naczelnej Pielęgniarki ZOZ-u, z końcem czerwca 2022 roku kończą się kadencje wszystkich Pielęgniarek Oddziałowych, a z końcem października 2022 roku wygasa zatrudnienie aktualnego Dyrektora ZOZ-u.

#### **Obszar planowanych zmian naprawczych w pionie działalności podstawowej (medycznej)**

##### **Działanie I.**

**Ze względu na opisane w rozdziale I uwarunkowania populacyjno-epidemiologiczne (spadek liczby kobiet w wieku reprodukcyjnym, wzrost wieku rodzenia pierwszego dziecka, spadek liczby porodów, ujemny przyrost naturalny) oraz ekonomiczne (poziom finansowania świadczeń przez NFZ, wysoka liczba porodów rozwiązywanych cięciem cesarskim, ryzyka odszkodowawcze), a także wynik analizy SWOT/TOWS, należy rozważyć restrukturyzację w zakresie jednostek działalności podstawowej ZOZ-u w odniesieniu do funkcjonowania Oddziałów Ginekologiczno-Położniczego oraz Noworodkowego.**

#### **Możliwe warianty zmian:**

1. Inkorporacja Oddziału Noworodków w Oddział Dziecięcy z utrzymaniem dotychczasowych zakresów świadczeń pediatrycznych i neonatologicznych.

Efekt: utrzymanie zakresu świadczeń „porody”, racjonalizacja wykorzystania kadry pielęgniarek i położnych (zmniejszenie zatrudnienia o 6 etatów, co będzie wystarczające do spełnienia

aktualnie obowiązujących norm zatrudnienia), likwidacja stanowiska Lekarza kierującego Oddziałem Noworodkowym oraz Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Noworodkowego.

2. Przekształcenie Oddziału Ginekologiczno-Położniczego w Oddział Ginekologiczny, likwidacja Oddziału Noworodków.

Efekt: wstrzymanie udzielania świadczeń „porodowych” i związanych z opieką okołoporodową. Zmniejszenie zatrudnienia o 18 etatów (wszystkie położne i pielęgniarki Oddziału Noworodkowego) oraz likwidacja stanowiska Lekarza kierującego Oddziałem Noworodkowym oraz Pielęgniarki Oddziałowej Oddziału Noworodkowego.

3. Przekształcenie Oddziału Chirurgicznego w Oddział Chirurgii i Ginekologii Operacyjnej, co wiąże się z likwidacją w strukturze ZOZ-u Oddziału Położniczo-Ginekologicznego oraz Noworodkowego (uwolnione miejsce można przeznaczyć na powiększenie bazy ZOL lub utworzenie innego oddziału, np. rehabilitacji poudarowej).

Efekt: wstrzymanie udzielania świadczeń „porodowych” i związanych z opieką okołoporodową z jednoczesną kontynuacją udzielanych dotychczas w ramach Oddziału Ginekologiczno-Położniczego świadczeń zabiegowych (operacyjnych). Zmniejszenie zatrudnienia o 18 etatów (wszystkie położne i pielęgniarki) oraz likwidacja stanowisk funkcyjnych (Lekarz kierujący, Pielęgniarka oddziałowa). Ponadto bardziej optymalne wykorzystanie sal operacyjnych (zabiegi ginekologiczne wykonywane byłyby w ramach Bloku operacyjnego, a nie jak dotychczas na Sali zabiegowej traktu porodowego), co oznacza lepsze wykorzystanie czasu pracy kadry lekarzy anestezjologów (bardziej efektywne planowanie operatywy). Sala pierwotnie projektowana w ramach inwestycji modernizacyjnej jako operacyjna dedykowana do „cięć cesarskich”, zostałaaby przeznaczona dla wymagających separacji i podwyższonej aseptyki zabiegów ortopedycznych. Aktualnie Szpital dysponuje kadrą lekarską przygotowaną do zabiegów „ostrych” i „planowych” z zakresu chirurgii urazowej i ortopedii, jednak konieczność długotrwałego przygotowywania Sali operacyjnej ogólnochirurgicznej wyraźnie ogranicza możliwości wykonywania większej liczby tego typu operacji. Ponadto w przypadku tego wariantu zachodzi brak konieczności wydzielania dyżuru lekarza ginekologa – nadzór nad pacjentkami po zabiegach ginekologicznych może sprawować dyżurny lekarz chirurg, ze wsparciem konsultacyjnym lekarza ginekologa w trybie dyżuru „pod telefonem”.

**Zasadnicze uwarunkowanie:** otrzymano zgodę WOW NFZ na zakończenie udzielania świadczeń „porodowych i neonatologicznych” z jednoczesnym zachowaniem możliwości dalszego wykonywania (głównie zabiegowych) świadczeń ginekologicznych w ramach „ryczałtu”, w zakresie ich dotychczasowej wielkości (roczna wartość – ok. 600 tys. zł), jednak w miejsce wygaszonego zakresu świadczeń NFZ nie proponuje substytucyjnego zakresu innych świadczeń o zbliżonej wartości; uzyskano także w sierpniu br. zgodę Lekarza - konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie neonatologii na wstrzymanie (a docelowo na wygaszenie) działalności w zakresie świadczeń opieki nad noworodkami.

**Uzasadnienie:**

1. Bezpieczeństwo pacjentów: zgodnie z publicznie wygłaszanymi opiniami przez Konsultantów krajowych oraz wojewódzkich w dziedzinie położnictwa i ginekologii, mała liczba porodów w oddziale skutkuje podwyższonym ryzykiem ze względu na brak możliwości podtrzymania swoich umiejętności fachowych przez osoby sprawujące opiekę nad ciężarną, rodzącą, położnicą i noworodkiem. Personel pozbawiony możliwości praktykowania odpowiednio dużej liczby procedur nie jest w stanie w stopniu pożądanym (kompleksowo) spełnić wszystkich wymaganych standardów organizacji opieki okołoporodowej oraz udzielać świadczeń o odpowiedniej jakości (np. w Oddziale Położniczo-Ginekologicznym dotychczas nie udało się zatrudnić położnej anestezjologicznej, a wśród obecnie zatrudnionej kadry żadna z 14-tu położnych nie wykazuje zainteresowania uzyskaniem dodatkowych kwalifikacji w tym zakresie). Dotychczas nie określono jednoznacznie „granicy bezpieczeństwa”, jak wynika jednak z wypowiedzi Prezesa NFZ, podjęto działania mające na celu wprowadzenie kolejnych dodatkowych wymagań dla świadczeniodawców, których efektem będzie likwidacja części Oddziałów (ze względu na brak możliwości spełnienia tych nowych obostrzeń). Już w roku 2019, podczas jednego z posiedzeń Podzespołu woj. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego, b.Prezes NFZ p. A. Jacyna stwierdził: „Przygotowujemy pewne wymogi, które będą musieli spełnić świadczeniodawcy w położnictwie”. Jak wówczas stwierdził, utrzymywanie oddziałów realizujących mniej niż np. 200 porodów jest nieporozumieniem. – To niebezpieczne rodzić w szpitalu, gdzie jest poniżej 200, a może poniżej 500 porodów i trzeba w tej sprawie rozpocząć różne działania.” (źródło: Polityka Zdrowotna, 14 maja 2019 r.).

Liczba porodów w ZOZ Wągrowiec:	2017 rok – 511	2018 rok – 433
	2019 rok – 418	2020 rok – 417

Równie istotną kwestią w powyższym kontekście są wzrastające wymagania kadrowe wynikające z określonego przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ „standardu organizacyjnego



opieki okołoporodowej”. Aktualnie obowiązujący standard wymaga m.in. zatrudnienia w min. 1/2 wymiaru czasu pracy dodatkowo w każdym Oddziale Położniczo-Ginekologicznym psychologa klinicznego. Zmiana ta wprowadzona została przez NFZ w związku z informacją Najwyższej Izby Kontroli po otrzymaniu wyników kontroli "Opieka nad pacjentkami w przypadkach poronień i martwych urodzeń", opublikowanych na początku lutego 2021 r. Niestety w ślad za wzrostem wymagań kadrowych nie dokonano przeszacowania wartości procedur medycznych, zatem koszt zatrudnienia psychologa, szacowany rocznie na kwotę ok. 40 tys. zł (wraz z pochodnymi), dodatkowo będzie obciążał budżet Oddziału i Szpitala.

2. Czynniki ekonomiczne: zapewnienie świadczeń opieki porodowej i okołoporodowej generuje w porównaniu do pozostałych zakresów świadczeń nieproporcjonalnie dużą stratę, która rzutuje na kondycję finansową całego ZOZ-u. Pomimo silnego wsparcia ze strony Dyrekcji ZOZ-u (poprzez np. dodatkowe zatrudnienie położnych, doposażenie Oddziału w nowy aparat USG, nowy inkubator oraz trzy bezprzewodowe zestawy KTG, czy przystąpienie do programu pilotażowego „Dieta Mamy”), kadra Oddziału nie jest w stanie doprowadzić do znaczącego wzrostu liczby przyjętych pacjentek (tj. wykonywania nielimitowanych przez NFZ świadczeń zdrowotnych - porody).

#### Oddział Położniczo-Ginekologiczny

zmienna	Okres porównawczy				
	I-IV 2017	I-IV 2018	I-IV 2019	I-IV 2020	I-IV 2021
Koszty całkowite	1.070.459 zł	1.178.387 zł	1.251.139 zł	1.402.996 zł	1.345.533,16 zł
Przychód	670.086 zł	717.255 zł	797.635 zł	890.907 zł	759 621,73 zł
Wynik	- 400.373 zł	- 461.132 zł	- 453.504 zł	- 512.089 zł	- 585 911,43 zł
Liczba porodów	186	137	111	130	83

#### Oddział Noworodkowy

zmienna	Okres porównawczy				
	I-IV 2017	I-IV 2018	I-IV 2019	I-IV 2020	I-IV 2021
Koszty całkowite	346.606 zł	340.587 zł	394.813 zł	416.127 zł	349.374,69 zł
Przychód	241.424 zł	245.663 zł	205.207 zł	239.135 zł	213.660,95 zł
Wynik	- 105.182 zł	- 94.924 zł	- 189.606 zł	- 176.992 zł	- 135.713,74 zł

#### Strata łącznie: Oddział Położniczo-Ginekologiczny + Noworodkowy

zmienna	Okres porównawczy				
	I-IV 2017	I-IV 2018	I-IV 2019	I-IV 2020	I-IV 2021
Wynik	- 505.555 zł	- 556.056 zł	- 643.110 zł	- 692.081 zł	- 721.625,17 zł

Problem ten dotyka również inne podmioty, niektóre z nich już zdecydowały o zaprzestaniu udzielania świadczeń porodowych, np. od 1 stycznia 2021 r.

3. Ryzyko odszkodowawcze za okołoporodowy błąd medyczny: od kilku lat obserwuje się wyraźną tendencję do zasądzania coraz wyższych odszkodowań za błąd medyczny. W szczególności dotyczy to obszaru opieki okołoporodowej. Fakt ten powoduje konieczność zakupu przez ZOZ coraz droższych polis obowiązkowego ubezpieczenia OC. Do tej pory szeroko komentowana jest sprawa jednego ze szpitali w woj. łódzkim, który został poddany egzekucji komorniczej, bo nie był w stanie natychmiast wypłacić sięgającego kilku milionów złotych odszkodowania za błąd medyczny. Ryzyko wypłaty tak dużych sum dotyczy wielu innych podmiotów leczniczych. W przypadku Kutnowskiego Szpitala Samorządowego Sp. z o.o. Sąd Apelacyjny nakazał wypłacenie ponad 2 mln zł odszkodowania rodzicom i opłacanie dożywotniej renty dziecku, które z powodu niedotlenienia, do jakiego doszło podczas porodu ma ciężkie uszkodzenie mózgu. Rodzice dziecka za pośrednictwem swojego pełnomocnika poinformowali, że natychmiast domagają się spłaty należności w całości.

- Szpital w krótkim czasie nie jest w stanie zgromadzić wnioskowanej kwoty, co spowoduje uruchomienie egzekucji komorniczej i dodatkowe koszty dla szpitala. Rodzice otrzymali blisko 500 tys. zł od ubezpieczyciela oraz bieżącą rentę – ok.12 tys. zł (miesięcznie) i mogą na bieżąco zaspokajać potrzeby poszkodowanego. Szpital, bez znacznego uszczerbku dla jego działalności spłaciłby zasądzoną należność w ratach, w okresie 3-4 lat – mówi Andrzej Pietruszka, prezes zarządu Kutnowskiego Szpitala Samorządowego Sp. z o.o., przedstawiając sytuację w jakiej znalazła się placówka. Mecenasa Jolanta Budzowska przypomina, że największym ryzykiem obarczone są porody. – Tu suma roszczeń dla poszkodowanego przez błąd okołoporodowy dziecka może sięgać 1,5 mln z zadośćuczynienia, do tego kilkaset tysięcy odszkodowania (na pomoce rehabilitacyjne i dostosowanie mieszkania) plus miesięczna renta sięgająca nierzadko kilkunastu tysięcy złotych (opieka, rehabilitacja, leczenie). Przy założeniu, że dziecko będzie żyło kilkadziesiąt lat, kwoty są bardzo wysokie. A do tego należy doliczyć zadośćuczynienie dla najbliższych członków rodziny: 100-300 tys. zł dla rodzica. To wszystko, w myśl definicji – to „jedno zdarzenie” – opisuje praktykę procesową w tej sprawie (źródło: Rynek Zdrowia, 27 maja 2019 r.).

4. Czynniki związane z polityką zdrowotną i kształceniem kadr: stacjonarne świadczenia położniczo-ginekologiczne nie są traktowane zarówno przez władze centralne (Ministerstwo Zdrowia, Wojewodowie) jak i przez NFZ jako krytycznie ważny obszar zdrowia publicznego. Priorytety zdecydowanie bardziej lokowane są w obrębie organizacji i zapewnienia opieki

geriatrycznej, niż opieki neonatologicznej/perinatologicznej. Potwierdzają to zapisy w Mapach Zdrowotnych oraz opracowanych na ich podstawie dokumentach strategicznych dla ochrony zdrowia, takich jak:

- Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej województwa wielkopolskiego (załącznik do Zarządzenia Wojewody Wielkopolskiego Nr 95/2019 z dnia 28 lutego 2019 r.);
- Mapy potrzeb zdrowotnych 2022-2026 (Obwieszczenie Ministra Zdrowia z 27 sierpnia 2021 r.);
- Polityka zdrowotna województwa wielkopolskiego w zakresie zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowotnej na lata 2021-2030 (załącznik do uchwały ZWW nr 3080/2020 z dnia 23 grudnia 2020 r.).

Należy także mieć na uwadze fakt, że ZOZ w Wągrowcu, będący szpitalem I poziomu w sieci PSZ, ma ograniczone możliwości rozwoju w zakresie organizowania opieki nad kobietą i dzieckiem, co wynika z tradycyjnym już podziałem ośrodków (oddziałów) położniczo-ginekologicznych na poziomy referencyjne. Przykładowo – w myśl Zarządzenia Prezesa NFZ nr 49/2019/DSOZ DOZ z dnia 6 maja 2019 r. – organizację udzielania świadczeń opieki zdrowotnej zapewniającą stacjonarną opiekę perinatalną odpowiednią do stanu zdrowia ciężarnej oraz przebiegu ciąży lub porodu realizuje się na trzech poziomach: I poziom opieki perinatalnej – to poziom jednostek zapewniających opiekę perinatalną nad fizjologicznie przebiegającą ciążą, porodem i położeniem oraz zdrowym noworodkiem, a także krótkotrwałą opiekę nad niespodziewanie występującą patologią ciąży. Zatem tylko jednostki II i III poziomu są uprawnione do udzielania wysokospecjalistycznych świadczeń perinatologicznych – odpowiednio wysoko płatnych, co zapewnia takim jednostkom wystarczające w stosunku do ponoszonych kosztów przychody.

W czerwcu 2020 r. Minister Zdrowia wydał Rozporządzenie w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz.U. z 2020r. poz.1156). Położnictwo i ginekologia oraz ginekologia onkologiczna nie zostały wskazane tam jako dziedziny priorytetowe. Gdy lekarze wybiorą dziedziny priorytetowe jako specjalizację, wtedy mogą liczyć na dodatkowe wynagrodzenie. Wykaz zawiera dwadzieścia dwie priorytetowe dziedziny medycyny i stomatologii. Warto także wskazać, że Plan Transformacji dla województwa wielkopolskiego na lata 2022-2026 przewiduje koncentrację świadczeń pediatrycznych (w tym neonatologicznych), co wiąże się m.in. z uruchomieniem działalności Szpitala dziecięcego im. Krysiewicza w Poznaniu w nowej lokalizacji, gdzie możliwe będzie kompleksowe leczenie dzieci i młodzieży.

**Termin wdrożenia:** do końca pierwszego okresu funkcjonowania ZOZ-u w systemie PSZ.

## Działanie II.

### Uruchomienie możliwości przyjęć pacjentów w trybie tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej – realizowanie „pakietu onkologicznego”

**Zasadnicze uwarunkowanie:** spełnienie wymogów realizacji pakietu onkologicznego w zakresie leczenia radykalnego, a następnie złożenie wniosku do WOW NFZ i zawarcie umowy (w tym przypadku zawarcie umowy następuje na wniosek podmiotu leczniczego, tzn. nie jest poprzedzone ogłoszeniem przez NFZ postępowania konkursowego).

**Uzasadnienie:** w celu poprawy wyników leczenia choroby nowotworowej, m.in. poprzez przyspieszenie procesu diagnozowania, a następnie rozpoczęcia i zapewnienia kompleksowego leczenia, w 2015 r. wprowadzony został tzw. pakiet onkologiczny. Początkowo realizowany był w profilowych szpitalach onkologicznych, aktualnie może być realizowany w każdym szpitalu, który we wskazanym zakresie będzie mógł spełnić określone wymagania. Zgodnie z jego założeniami, w przypadku podejrzenia wystąpienia nowotworu złośliwego, lekarz POZ kieruje pacjenta do onkologa lub do innego specjalisty właściwego dla danego umiejscowienia nowotworu (np. pulmonologa). W tym celu wydaje pacjentowi kartę diagnostyki i leczenia onkologicznego (Kartę DiLO), która uprawnia go do uzyskania świadczeń w ramach tzw. szybkiej ścieżki onkologicznej. Karta DiLO umożliwia zapisanie pacjenta na odrębną listę oczekujących na diagnostykę onkologiczną, a także dokumentuje proces diagnostyki oraz leczenia pacjenta, aż do momentu ponownego przekazania jej do lekarza POZ po zakończeniu terapii. Lekarz specjalista, uwzględniając informacje zgromadzone przez lekarza POZ, kieruje pacjenta na badania diagnostyczne, które potwierdzą albo wykluczą nowotwór (diagnostyka wstępna). Pacjent, u którego potwierdzono nowotwór, jest kierowany na pogłębioną diagnostykę, w celu określenia stopnia zaawansowania nowotworu, w tym liczby i miejsc przerzutów oraz zakwalifikowania do leczenia radykalnego. Na podstawie tych danych wielodyscyplinarny zespół (konsylium) podejmuje decyzje terapeutyczne oraz określa plan leczenia onkologicznego. Świadczenia wykonywane w ramach pakietu onkologicznego nie są limitowane. ZOZ w Wągrowcu dokonał już szczegółowych uzgodnień z WOW NFZ w Poznaniu w powyższym zakresie, jednak wprowadzenie stanu epidemii koronawirusa oraz ograniczenie w dostępności do sal operacyjnych (remont i modernizacja) czasowo powstrzymały proces uruchomienia tej nowej działalności. W przyszłości należałoby rozważyć możliwość poszerzenia realizowanego pakietu onkologicznego o świadczenia z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej (realizowanej np. w miejscu aktualnie przeznaczonym na wykonywanie świadczeń opieki porodowej i poporodowej). Roczny szacunkowy wzrost przychodów z tego tytułu będzie wynosił ok. 150 tys.

zł. **Termin wprowadzenia:** po zniesieniu stanu epidemii i wyłączeniu szpitala z systemu zabezpieczenia dla „pacjentów covidowych”.

### **Działanie III.**

#### **Przekształcenie stacjonującego w Wągrowcu zespołu ratownictwa medycznego (ZRM) typu „S” na typ „P”**

**Zasadnicze uwarunkowanie:** uzyskanie zgody Wojewody Wielkopolskiego na zmianę (aktualizację) *Planu działania systemu PRM dla województwa wielkopolskiego*. Zgodnie z zapisami ustawy o PRM, wojewoda przekazuje projekt aktualizacji WPDS do zaopiniowania właściwym powiatowym i wojewódzkim jednostkom samorządu terytorialnego, które przedstawiają swoją opinię w terminie 14 dni. Następnie wojewoda przekazuje projekt aktualizacji planu ministrowi właściwemu ds. zdrowia, który w terminie do 30 dni zatwierdza lub odmawia zatwierdzenia wprowadzonych zmian.

**Uzasadnienie:** Zespoły ratownictwa medycznego dzielą się na a) zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu, oraz b) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. W Wielkopolsce funkcjonuje od dnia 1 lipca br. 121 zespołów ratownictwa medycznego - 33 specjalistyczne i 88 podstawowych. Wskaźnikiem sprawności działania zespołów ratownictwa medycznego jest czas dojazdu na miejsce zdarzenia od chwili zgłoszenia. W mieście powyżej 10 tys. mieszkańców mediana czasu dotarcia nie powinna być większa niż 8 min. (maksymalnie – 15 min.), natomiast do zdarzeń poza miastem 15 min. (maksymalnie – 20 min.). Głównym problemem w działalności systemu PRM jest brak wystarczającej liczby kadry lekarskiej o wymaganych uprawnieniach do pracy w systemie PRM. Zarazem szeroki zakres uprawnień i kwalifikacji osób wykonujących zawód ratownika medycznego sprawia, że (jak wskazują liczne analizy w tym zakresie), tzw. „wartość dodana” działania lekarza w karetce w porównaniu z działaniem ratownika medycznego to zaledwie 2%. W efekcie zachodzi bardzo wyraźny w skali kraju trend przekwalifikowywania karetek specjalistycznych na karetki podstawowe. W momencie tworzenia systemu PRM 40% karetek było karetkami specjalistycznymi. Aktualnie ten wskaźnik w skali kraju nie przekracza 27%. Symptomatycznym przykładem jest obecna sytuacja w aglomeracji miasta stołecznego Warszawy – po zmianach od sierpnia ub.r. rejon zamieszkiwany przez niemal 2 mln osób obsługuje tylko osiem zespołów

specjalistycznych. W wielu miastach powiatowych i na prawach powiatu nie stacjonują już karetki typu „S” (np. w Żninie, Chorzowie, Rybniku, Chełmnie, Grudziądzu). Tworząc system PRM przyjęto założenie, że do zabezpieczenia sprawności jego działania potrzeba 2500-2800 lekarzy specjalistów medycyny ratunkowej. Przez ostatnie dwadzieścia lat zostało wykształconych ok. 1200, a w systemie pracuje ich ok. 700. Stąd coraz większa uwaga skupia się na stworzeniu możliwości, aby w karetkach jeździli tylko dobrze wyszkoleni ratownicy medyczni, co wymaga wprowadzenia pewnych dodatkowych rozwiązań w zakresie kształcenia i rozwoju zawodowego (np. recertyfikacja umiejętności co 2-3 lata). W grudniu 2019 r. przekazano do konsultacji społecznych projekt ustawy o zawodzie ratownika medycznego oraz samorządzie ratowników medycznych. Celem projektu jest wprowadzenie przepisów regulujących w sposób kompleksowy wykonywanie zawodu ratownika medycznego oraz utworzenie ram prawnych dla działania samorządu oraz zasad odpowiedzialności zawodowej ratowników medycznych. Zgodnie z danymi przekazanymi przez NFZ, liczba ratowników medycznych w kraju na dzień 1 kwietnia 2019 r. wynosiła 23.419 (jest to liczba etatów lub równoważników etatów przeliczeniowych wykazanych w umowach ze świadczeniodawcami). Jeśli uwzględnić ratowników medycznych wykonujących zawód także w pozostałych podmiotach (tj. poza systemem PRM), to całkowitą liczbę osób w tej grupie zawodowej szacuje się na ok. 25 tys. Do kwestii wykonywania zawodu przez ratowników medycznych odnosi się także Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2019, poz. 1213).

Drugim istotnym problemem jest poziom finansowania zespołów ratownictwa medycznego. Ustalono, że kwota wartości ryczałtu dobowego finansującego działalność zespołu podstawowego będzie stanowić 75% wartości ryczałtu przeznaczanego na sfinansowanie pracy zespołu specjalistycznego. W efekcie – koszty funkcjonowania zespołów specjalistycznych zostały niedoszacowane. Przekwalifikowanie zatem zespołu typu „S” na „P” wiąże się z wyraźną poprawą rentowności w tym zakresie świadczeń. Taka zmiana spowoduje zwiększenie dochodu na działalności prowadzonej przez ZOZ w zakresie ZRM o kwotę ok. 100 tys. zł rocznie. Warto także wskazać, że Plan Transformacji dla województwa wielkopolskiego na lata 2022-2026 przewiduje przekształcenie dziesięciu ZRM typu „S” w typ „P”. Jak wskazano w uzasadnieniu dla tego działania: „obecna struktura udzielanych świadczeń wskazuje na adekwatność ZRM P do ich realizacji”.

**Termin wprowadzenia:** II kwartał 2022 r.

## **Działanie IV.**

### **Rozwinięcie działalności Poradni Internistycznej oraz Poradni Pediatrycznej finansowanych ze środków NFZ.**

**Zasadnicze uwarunkowanie:** terminowe zakończenie przez Generalnego Wykonawcę prac remontowo-budowlanych w głównym budynku Szpitala i przekazanie pomieszczeń do użytku.

**Uzasadnienie:** opublikowane w marcu 2018 r. Zarządzenie Prezesa NFZ nr 22/2018/DSOZ wprowadziło nową kategorię realizowanych ambulatoryjnie specjalistycznych procedur medycznych, określonych jako „świadczenia pohospitalizacyjne” oraz „świadczenia kontrolne pohospitalizacyjne”. Są to świadczenia realizowane w poradni przyszpitalnej internistycznej i pediatrycznej, w okresie nie dłuższym niż 30 dni od zakończenia hospitalizacji, których celem jest ocena przebiegu leczenia szpitalnego. Świadczenia ujęto w Katalogu zakresów, stanowiącym zał. nr 1 do Zarządzenia (lp. 66 lub 67). ZOZ w Wągrowcu z odpowiednim wyprzedzeniem przygotował się do skorzystania z takiej możliwości poszerzenia zakresu usług (zmiana Statutu oraz dokonanie wpisu nowych poradni do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą). Wielkopolski Oddział Wojewódzki NFZ ogłosił odpowiednie postępowania konkursowe. ZOZ w Wągrowcu złożył oferty i zawarł odpowiednie umowy. Wprowadzony stan epidemii nie pozwolił jednak na uruchomienie świadczeń w tych zakresach. Planowany wzrost dochodu – 50 tys. zł rocznie. **Termin wprowadzenia:** II-III kwartał 2022 r.

## **Działanie V.**

### **Rozwijanie działalności w obszarze już wykonywanych zakresów świadczeń opieki zdrowotnej oraz uruchamianie nowych rodzajów świadczeń**

**Zasadnicze uwarunkowanie:** nawiązanie i/lub podtrzymanie współpracy z lekarzem specjalistą posiadającym kompetencję w wykonywaniu odpowiednich świadczeń opieki zdrowotnej.

**Uzasadnienie:** a) nieodwracalna elektroporacja (IRE) to wysokospecjalistyczna procedura zabiegowa nie finansowana w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Jest wykonywana z użyciem urządzenia (tzw. NanoKnife) wykorzystującego unikalną formę efektu biologicznego określanego mianem nieodwracalnej elektroporacji. Szpital korzysta z użyczonego aparatu. Nieodwracalna elektroporacja jest nietermalną metodą ablacji polegającą na przepływie krótkich impulsów elektrycznych przez tkankę, powodujących powstawanie nieodwracalnych otworów (porów) w błonie komórkowej, prowadząc do jej zwiększonej

przepuszczalności, a ostatecznie do śmierci komórki. Przepływ zmiennego pola elektrycznego przez komórki żywego organizmu powoduje w nich zmiany zależne od doboru parametrów fizycznych płynącego prądu. W zależności od przyłożonego napięcia, ilości impulsów oraz czasu trwania poszczególnego impulsu w komórce dochodzi do zmian jej przepuszczalności o charakterze odwracalnym (ang. reversible electroporation, RE; przyłożone napięcie wynosi 300–600 V) lub nieodwracalnym (ang. irreversible electroporation, IRE; przyłożone napięcie wynosi 1500–3000 V). Właściwości różniące IRE od termicznych form ablacji (krioterapia, termoterapia), pozwoliły na zastosowanie metody w niszczeniu w szczególności ognisk nowotworowych w trudno dostępnych obszarach narządów mięszkowych człowieka, a przede wszystkim w przypadkach szczególnie skomplikowanych (z uwagi na sąsiedztwo krytycznych struktur, jak naczynia, nerwy, drogi żółciowe) lokalizacji guza. Zabieg IRE może zostać wykonany u ok. 15 pacjentów rocznie, co zwiększy przychody operacyjne o kwotę ok. 200 tys. zł.

**Termin wprowadzenia:** pierwsze zabiegi wykonano w II kwartale 2020 r.

**b)** kriolezja (krioanalgeza) to czasowe, odwracalne wyłączenie funkcji czuciowych obwodowego układu nerwowego. Jest to metoda interwencyjnego leczenia bólu. Zabieg ten nie powoduje zniszczenia nerwu, blokada jest odwracalna. Efekt przeciwbólowy trwa zazwyczaj od kilku tygodni do kilku miesięcy. Aplikator, przypominający igłę wprowadzany jest przezskórnie w pobliże określonego nerwu, po czym następuje oziębianie nerwu. Kriolezja stosowana jest w różnych rodzajach bólu przewlekłego. Najczęstszym wskazaniem są neuralgie w obrębie czaszki w zakresie unerwienia nerwu trójdzielnego. Inne wskazania do kriolezji to bolesne nerwiaki, zespół cieśni nadgarstka, bóle neuralgiczne w obrębie kończyny dolnej, zwyrodnienia stawów międzykręgowych. Kriolezja jest również wykorzystywana w uśmierzaniu bólów fantomowych, bólów stawu krzyżowo biodrowego i w bólach pooperacyjnych po torakotomii i po operacjach przepukliny. Procedura jest finansowana przez NFZ w ramach zakresu świadczeń oddziału chirurgicznego; może zostać wykonana u ok. 50 pacjentów rocznie, co zwiększy wykonanie ryczałtu PSZ o kwotę ok. 100 tys. zł. **Termin wprowadzenia:** II kwartał 2022 r.

**c)** wprowadzenie nowych zabiegów z dziedziny chirurgii ręki i nadgarstka. Zabiegi operacyjne dotyczące obszaru rozciągniętego dłoniowego, znoszenia neuropatii uciskowych czy złamań, zwichnięć lub urazów więzadłowych ręki będą stanowiły poszerzenie oferty oddziału chirurgicznego. Do leczenia zabiegowego planowego będą przyjmowani pacjenci z rozpoznaniem m.in. choroby Dupuytrena, zespołu de Quervaina czy choroby Kienböcka. Doraźnie wykonywane będzie zaopatrywanie złamań kości kończyny górnej z zastosowaniem płyt, gwoździ śródszpikowych i stabilizatorów zewnętrznych. Rocznie planuje się wykonywanie



ok. 100 tego typu dotychczas nie wykonywanych zabiegów, co wygeneruje dodatkowy przychód w ramach ryczałtu NFZ rządu ok. 150 tys. zł. **Termin wprowadzenia:** pierwsze zabiegi wykonano w I kwartale 2020 r.

**d)** wprowadzenie wykonywania zabiegów artroskopowego leczenia schorzeń stawu kolanowego, jako poszerzenie zakresu świadczeń oddziału chirurgicznego. Corocznie odnotowuje się wzrost częstości występowania chorób stawów kolanowych (urazowych oraz zwyrodnieniowych). Zwyrodnienie stawów kolanowych jest problemem rozpowszechnionym, stanowi czwartą przyczynę niepełnosprawności wśród kobiet oraz ósmą wśród mężczyzn. Problem narasta wraz z wiekiem oraz często występuje u osób z nadwagą (mechaniczne przeciążenie stawów). Wykazano także związek zwyrodnienia stawu kolanowego z nikotynizmem. Artroskopię wykonuje się w warunkach sali operacyjnej w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym. Rocznie planuje się wykonywanie ok. 50 procedur artroskopii diagnostycznych oraz 50 procedur artroskopii operacyjnych. Zakupiono odpowiednie instrumentarium. Uruchomienie tych zabiegów generuje dodatkowy przychód w ramach ryczałtu rządu ok. 100 tys. zł. **Termin wprowadzenia:** pierwsze zabiegi wykonano w III kwartale 2020 r.

**e)** uruchomienie specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie reumatologii; nawiązanie od dnia 1 września 2021 r. współpracy z lekarzem specjalistą reumatologiem pozwala planować uruchomienie przyjęć w ramach Oddziału Wewnętrznych pacjentów do diagnostyki i leczenia w zakresie takich chorób jak: reumatoidalne zapalenie stawów, łuszczycowe zapalenie stawów, choroba zwyrodnieniowa stawów, toczeń rumieniowaty układowy, zespół Sjögrena, zapalenie wielo- i skórno-mięśniowe, polimialgia reumatyczna, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa, reaktywne zapalenia stawów, twardzina układowa, ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń i inne zapalenie naczyń, dna moczanowa, choroba zwyrodnieniowa stawów, bóle stawowe i mięśniowe. Uruchomienie leczenia tych chorób wygeneruje dodatkowy przychód w ramach ryczałtu rządu ok. 300 tys. zł rocznie.

**Termin wprowadzenia:** po zakończeniu przez Generalnego Wykonawcę prac remontowo-budowlanych w głównym budynku Szpitala i oddaniu do użytku pomieszczeń Oddziału Wewnętrznego w nowej lokalizacji (I kwartał 2022r).

**f)** uruchomienie Pracowni Rezonansu Magnetycznego - znacząco poprawi potencjał diagnostyczny Szpitala i standard opieki, szczególnie dla pacjentów hospitalizowanych w SOR oraz w pozostałych oddziałach (brak konieczności ich transportowania do pracowni okolicznych). Uruchomienie Pracowni wymagać będzie poniesienia nakładów inwestycyjnych

budowlanych oraz zakupu wyposażenia, co wiąże się z kosztami szacowanymi wstępnie na ok. 2,5 mln zł. Stąd zakłada się możliwość powierzenia prowadzenia Pracowni operatorowi zewnętrznemu. Warunkiem koniecznym dla realizacji tego zadania jest zawarcie przez ZOZ umowy na udzielanie świadczeń diagnostyki MRI z WOW NFZ, ponieważ szacowany wolumen sprzedaży usług wyłącznie na zasadach pełnej odpłatności (tj. komercyjnych) byłby zbyt niski. Równie istotnym warunkiem jest uzyskanie przez dostęp do dodatkowego źródła zasilania w energię elektryczną o mocy 120KV. Dyrekcja ZOZ-u podjęła już i prowadzi w tych kwestiach rozmowy. Uruchomienie Pracowni może wygenerować dodatkowy zysk netto w kwocie 100 tys. zł rocznie. **Termin wprowadzenia:** I kwartał 2023 r.

**Obszar planowanych zmian naprawczych w pionie działalności pomocniczej**  
**(obsługi administracyjnej oraz techniczno-gospodarczej)**

**Działanie I.**

**Kontynuowanie podjętych prac związanych z uzyskaniem certyfikatu akredytacji CMJ/MZ.**

**Zasadnicze uwarunkowanie:** pozytywny wynik wizyty akredytacyjnej.

**Uzasadnienie:** Akredytacja jest to zewnętrzny proces oceny, który dotyczy instytucji opieki zdrowotnej dobrowolnie poddającej się ocenie opartej na określeniu stopnia zgodności z wcześniej znanymi standardami akredytacyjnymi, wykonywany przez bezstronny i niezależny w decyzjach profesjonalny ośrodek akredytacyjny. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o akredytacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2009 nr 52 poz. 418) wprowadziła rozwiązania umożliwiające potwierdzenie jakości systemu udzielania świadczeń przez podmioty ochrony zdrowia – poprzez ocenę dokonywaną przez instytucję zewnętrzną, którą jest Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz działająca przy Ministrze Zdrowia Rada Akredytacyjna. Najważniejszym etapem dla szpitala ubiegającego się o akredytację jest wdrożenie wymagań standardów akredytacyjnych *Programu Akredytacji Szpitali*. Standardy dotyczą istotnych elementów udzielania świadczeń, stawiają wysokie wymagania dla placówek podejmujących wysiłki wprowadzania zmian. Cennym elementem systemu akredytacji jest to, iż pojedyncza placówka, taka jak szpital, ma możliwość dokonania samooceny poprzez porównanie się z wzorcami dobrego postępowania jakimi są przyjęte standardy akredytacyjne oraz określenie w ten sposób własnych, słabych stron. Pozwala to na poszukiwanie sposobów poprawy funkcjonujących

wewnątrz jednostki procesów. Wymagania standardów akredytacyjnych obejmują funkcjonowanie szpitala jako całości, tj. jego części medycznej, administracyjnej i technicznej. Obecnie ZOZ w Wągrowcu jest uczestnikiem projektu finansowanego ze środków Funduszy Europejskich pn. „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”. Akredytacji udziela się na okres lat trzech, a jej dodatkowym walorem jest wzrost wartości kwoty ryczałtu przekazywanego przez NFZ o 1 do 2%, tj. od 150 do 300 tys. zł rocznie. Główną przeszkodą w sprawnym wdrożeniu projektowanego rozwiązania jest niechęć do zmiany ze strony części kadr medycznych, wymaga to bowiem dodatkowego zaangażowania oraz odstąpienia od części dotychczasowych, rutynowych zachowań zawodowych i organizacyjnych.

**Termin wprowadzenia:** I kwartał 2023 r.

## **Działanie II.**

### **Wydzielenie ze struktury organizacyjnej Sekcji utrzymania czystości – outsourcing usługi sprzątnięcia i utrzymania higieny pomieszczeń ZOZ-u.**

**Zasadnicze uwarunkowanie:** wyłonienie w postępowaniu przetargowym oferenta na wykonanie usługi wraz z przejęciem części pracowników ZOZ-u w trybie art. 23 (1) par. 1 Kodeksu pracy.

**Uzasadnienie:** przyjęte regulacje w zakresie kolejnego wzrostu w roku 2022 wysokości płacy minimalnej oraz wysokości minimalnej stawki godzinowej, a także skutek wynikający z przyjęcia nowelizacji ustawy o minimalnym wynagrodzeniu dotyczący wyłączenia dodatku stażowego z podstawy wymiaru wynagrodzenia powodują, że koszty utrzymania w strukturze organizacyjnej ZOZ-u Sekcji Utrzymania Czystości wzrosły niepomiaralnie. Aktualnie pracę w Sekcji wykonuje 21 osób, a miesięczny koszt utrzymania tych miejsc pracy przekracza 100 tys. zł. Proponowana zmiana przyniesie następujące korzyści:

- a) ograniczenie nakładów finansowych ZOZ-u na ten zakres działalności o ok. 50 tys. zł rocznie;
- b) uporządkowanie relacji pracowniczych (część pracowników Sekcji wykonuje swoją pracę na podstawie umowy cywilno-prawnej),
- c) ograniczenie kosztów kadrowej obsługi administracyjnej oraz obsługi związanej z zakupem środków czystości i pozostałego niezbędnego wyposażenia,
- d) możliwość odroczenia terminu płatności za wykonaną usługę (wypłata wynagrodzeń pracowniczych – do 10 każdego miesiąca za miesiąc poprzedni, płatność faktury – do 60 dni).

Outsourcing jest sprawdzoną metodą kontrolowania wzrostu kosztów działalności własnej podmiotów szpitalnych. Skala outsourcingu w szpitalach w dalszym ciągu wzrasta. Szacuje się, że już niemal 30% kosztów działalności pomocniczej zlecana jest firmom zewnętrznym. Placówki zlecają nie tylko usługi prowadzenia kuchni, pralni czy diagnostyki laboratoryjnej, ale także usługi wysokospecjalistyczne – prowadzenie księgowości, kadr oraz informatykę. Zgodnie z wyrokiem NSA z 19 grudnia 2018 r., sygn. akt I FSK 2118/16, usługa utrzymania czystości w szpitalu – jako bezpośrednio związana z udzielaniem świadczeń zdrowotnych – jest zwolniona z VAT. **Termin wprowadzenia zmiany:** I kwartał 2023 r.

### **Działanie III.**

#### **Uruchomienie instalacji niezależnego generatora tlenu medycznego oraz wdrożenie w obiektach ZOZ-u systemu oszczędzania wody .**

**Zasadnicze uwarunkowanie:** uzyskanie finansowania zewnętrznego.

**Uzasadnienie:** prognozy epidemiologiczne wskazują, że infekcje koronawirusem lub innym patogenem wywołującym zapalenie płuc staną się trwałym problemem zdrowia publicznego. Zasadniczym lub istotnie wspomagającym sposobem leczenia tego typu schorzeń jest tlenoterapia. Aktualnie Szpital korzysta z tlenu medycznego dostarczanego do zbiornika przez dostawcę zewnętrznego. Przy wysokim zużyciu tlenu nie tylko występują wysokie koszty zakupu, ale także ryzyko braku dostawy na czas, co bezpośrednio może stwarzać zagrożenie dla zdrowia i życia hospitalizowanych pacjentów. Rozwiązaniem jest uruchomienie zapasowego/wspomagającego systemu instalacji generatora tlenu medycznego, co przynosi m.in. następujące korzyści: brak potrzeby pilnego transportu ciekłego tlenu do szpitala; brak strat gazu dzięki dekompresji niewykorzystanego ciekłego tlenu w zbiornikach kriogenicznych; tlen medyczny dostępny jest w dowolnym czasie, w dowolnej ilości i bezpośrednio na miejscu; możliwość nabijania butli pod ciśnieniem 138 bar; możliwość podłączenia do istniejącej instalacji (jako stacja awaryjna); redukcja kosztów operacyjnych - zwrot inwestycji po upływie 36 miesięcy. Koszt systemu – ok. 450 tys. zł. Uruchomienie tej instalacji może wygenerować dodatkowe oszczędności w kwocie ok. 40 tys. zł rocznie.

Równoległe podjęte zostały prace w zakresie wdrożenia systemu oszczędzania wody bieżącej. Montaż odpowiednich urządzeń (aeratory, reduktory przepływu, głowice umywalkowe i prysznicowe) powoduje zmniejszenie zużycia wody o ok. 20-30%. Rocznie wpłynie to na zmniejszenie wydatków z tytułu dostawy wody i odprowadzania ścieków o ok. 50 tys. zł. Zwrot z

inwestycji następuje po ok. 8 miesiącach. Obecnie system jest testowany w budynku Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego.

**Termin wprowadzenia zmiany:** I-III kwartał 2022 r.

## **PODSUMOWANIE**

Kondycja oraz zdolność każdego podmiotu leczniczego do sprawnego działania w realiach określonego środowiska demograficznego i prawnego warunkowana jest wypadkową czterech zasadniczych czynników:

- wielkość środków finansowych wpływających do systemu opieki zdrowotnej,
- kadry medycznej - jej liczebności, kwalifikacji, przestrzennego rozmieszczenia i mobilności,
- technologii medycznych - wyposażenia w nową aparaturę, sprzęt, leki i wyroby medyczne,
- sprawności działania kadry zarządzającej i administracyjnej.

Zarazem powyższe czynniki kształtują dostępność oraz jakość i bezpieczeństwo opieki zdrowotnej.

Niniejszy Program naprawczy został przygotowany i będzie realizowany w okresie szczególnie trudnym dla sektora ochrony zdrowia – w okresie dokonywania pierwszych podsumowań i ocen dobrych oraz złych stron funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w momencie dalszego przekształcania systemu ratownictwa medycznego, a także – a może przede wszystkim – w okresie trwania pandemii koronawirusa. Ryczałtowe finansowanie świadczeń szpitalnych umożliwi swobodne decydowanie o kierunku przepływu strumienia środków w ramach jednostki – nie ma już konieczności uzgadniania z NFZ przesunięć środków np. między oddziałami. Więcej zatem środków można przeznaczyć dla oddziałów wykonujących liczne świadczenia, mniej środków przeznaczać dla oddziałów, które świadczeń wykonują niewiele. Takie rozwiązanie rodzi jednak zarazem obawy. Zryczałtowana kwota przeznaczana na cały szpital może doprowadzić do ograniczenia pracy wyjątkowo kosztochłonnych oddziałów. Do takich należą przede wszystkim Oddziały Położniczo-Ginekologiczne czy OIOM-y. Istnieje obawa, że szpitale będą ograniczać ich funkcjonowanie, by zmniejszyć ryzyko wstrzymania działalności (upadłości). Tym bardziej, że zgodnie z orzeczeniem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 20 listopada 2019 r. (sygn. akt K 4/17) podmioty prowadzące samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej zostały zwolnione z obowiązku pokrywania części straty netto (ujemnego wyniku finansowego). Trybunał

Konstytucyjny stwierdził jednoznacznie, że ciężar finansowania świadczeń opieki zdrowotnej spoczywa w całości wyłącznie na NFZ. Wobec powyższego trudno przewidzieć efekty wdrażanych zmian systemowych, a tym bardziej trudno prognozować na poziomie pojedynczej jednostki. Stąd też rekonstruując niniejszy Program naprawczy Dyrekcja ZOZ-u w Wągrowcu podtrzymuje przyjęte trzy zasadnicze założenia:

1. o możliwości kontynuowania działalności podstawowej w oparciu o finansowanie ze środków ryczałtu PSZ, PRM oraz POZ-NPL także w kolejnym okresie „sieciowym” (tj. od 1 lipca 2022 r.);
2. o możliwości zwiększania przychodów w okresie po zakończeniu prac dostosowawczych i modernizacyjnych (lepsza infrastruktura i doposażenie w sprzęt medyczny spowoduje większe zainteresowanie płatnika zakupem świadczeń);
3. o braku wyraźnie niekorzystnych dla ZOZ-u zmian w otoczeniu zewnętrznym (prawnych i makroekonomicznych), będących np. następstwem spadku koniunktury gospodarczej i PKB czy zmniejszeniem puli dostępnych środków z budżetu UE.

Mając na uwadze możliwe do uzyskania w skali roku korzyści, stanowiące efekty wdrożenia wszystkich wskazanych zmian organizacyjno-finansowych, można wskazać na następujące podsumowanie:

Obszar planowanych zmian naprawczych w pionie działalności podstawowej (medycznej)	
Działanie	Wartość (ok.)
I	1.000.000 zł
II	150.000 zł
III	100.000 zł
IV	50.000 zł
V	950.000 zł
Obszar planowanych zmian naprawczych w pionie działalności pomocniczej	
Działanie	Wartość (ok.)
I	150.000 zł
II	50.000 zł
III	90.000 zł
<b>RAZEM:</b>	<b>ok. 2.540.000 zł</b>

Dyrekcja ZOZ-u stoi w dalszym ciągu na stanowisku, że sukcesywna oraz systematyczna realizacja *Programu naprawczego* w okresie 2021-2023 - zgodnie z przyjętymi założeniami i wskazanymi działaniami - spowoduje, że funkcjonowanie ZOZ-u zyska przymiot stabilności oraz że możliwe będzie osiągnięcie dalszej poprawy kondycji finansowej. Warunkiem wdrożenia dużej części zaproponowanych zmian jest jednak ich akceptacji ze strony podmiotów zewnętrznych – Rady Społecznej ZOZ-u, Zarządu i Rady Powiatu Wągrowieckiego, Dyrektora WOW NFZ oraz Wojewody Wielkopolskiego.