



**PROGRAM NAPRAWCZY
DLA
ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W WĄGROWCU**

Wągrowiec, wrzesień 2018 r.

WPROWADZENIE

Program naprawczy dla Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu na lata 2018-20 został przygotowany 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 2017.

Celem strategicznym projektowanych działań jest uzyskanie przez ZOZ w Wągrowcu trwałej zdolności do rozwoju i efektywnego reagowania na zmiany w otoczeniu zewnętrznym (głównie prawnym) w oparciu o stabilną sytuację ekonomiczną. Planowane zmiany – w wymiarze rachunkowym - mają następująco zdefiniowane cele:

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

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

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

Wyszczególnienie	2018	2019	2020
A. Przychody netto ze sprzedaży	29.650.392,00 zł	30.937.556,00 zł	31.068.614,00 zł
B. Koszty działalności operacyjnej	33.087.570,00 zł	34.430.676,00 zł	35.844.064,00 zł
B.I. Amortyzacja	1.100.000,00 zł	1.580.000,00 zł	2.750.000,00 zł
C. Zysk/strata ze sprzedaży	- 3.437.178,00 zł	- 3.493.119,00 zł	- 4.775.450,00 zł
Zysk/strata netto	- 2.721.678,00 zł	- 2.244.919,00 zł	- 2.262.420,00 zł

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 2018r., poz. 160 z późn. zmianami),
- Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (t.j. Dz.U. z 2018 r., poz. 1510 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. 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 zostaną wszelkie niezbędne prace projektowe, rozbiórkowe, remontowo-budowlane oraz wykończeniowe. Zakończenie prac i przekazanie obiektu po modernizacji planowane jest na koniec marca 2020 r. Zadanie o wartości 16.549.650 zł brutto finansowane jest ze środków budżetu Powiatu wągrowieckiego.

1. Działalność medyczna ZOZ-u.

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”), uległ zmianie mechanizm finansowania działalności leczniczej poprzez przekazywanie przez NFZ środków w kwotach zryczałtowanych. Zachowano jednak zarazem regułę rozliczeniową udzielonych świadczeń wg JGP. Nowy sposób rozliczania świadczeń nie wpływa istotnie na ograniczenie zdolności ZOZ-u do udzielania świadczeń, w szczególności szpitalnych. Liczba hospitalizowanych w Szpitalu pacjentów w latach 2011-2018 wynosiła odpowiednio:

- w 2013 r.: 16 820 osób,
- w 2014 r.: 16 893 osób,
- w 2015 r.: 15 877 osób,
- w 2016 r.: 15 980 osób,
- w 2017 r.: 15 023 osób,
- w I półroczu 2018 r.: osób

Średnia roczna liczba hospitalizowanych w latach 2015-2017 przekracza zatem 15,5 tys. osób.

Rodzaje świadczeń zdrowotnych udzielanych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu:

- 1) Leczenie szpitalne – świadczenia w Oddziale:
 - a. chorób wewnętrznych,
 - 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.
- 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 Gabinetzie 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 pielęgniarska,
 - 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 Gołębiewie.
- 6) Profilaktyka i promocja zdrowia – Szkoła rodzenia.

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 pierwszego półrocza 2018 roku ujęto w zestawieniu tabelarycznym (załącznik nr 2.)

Tabela 1. Ilość łóżek na poszczególnych oddziałach wraz ze stopniem ich wykorzystania w 2017 roku w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu.

L.p.	Oddział	Liczba łóżek (szt.)	Współczynnik obłożenia łóżek (dni)	Stopień wykorzystania łóżek (w %)	Średni czas hospitalizacji (dni)
1	CHIRURGICZNY	40	211,6	58,0	5,5
2	DZIECIĘCY	25	132,6	36,3	4,2
3	GINEKOLOGIA	9	174,9	47,9	2,6
4	NOWORODKOWY	3	477,3	130,8	2,8
5	ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	4	207,3	56,8	9,3
6	POŁOŻNICTWO	16	147,3	40,4	3,2
7	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	5	149,4	40,9	0,1
8	WEWNĘTRZNY	52	188,9	51,8	7,9
9	ZOL	38	349,3	95,7	89,1

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 2017 r. certyfikatu jakości wg nowej normy PN-EN ISO 9001:2015 (załącznik nr 3).

Tabela 2. Liczba pacjentów leczonych w roku 2016-2017 w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu

L.p.	Jednostka organizacyjna	Ilość pacjentów leczonych ogółem (osób) w 2016r.	Ilość pacjentów leczonych ogółem (osób) w 2017r.
1	O.CHIRURGICZNY	1 704	1 550
2	O.DZIECIĘCY	800	790
3	O.GINEKOLOGIA	589	599
4	O. NOWORODKOWY	494	517
5	O.ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	73	89
6	O.POŁOŻNICTWO	723	745
7	O.WEWNĘTRZNY	1 555	1 244
8	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	10 048	9 489
9	ZOL	158	149
10	NPL	10 948	13 245
11	PORADNIA POŁ.-GIN.	3 361	3 013
12	PORADNIA CHIRURGICZNA	12 464	12 000

Tabela 3. Koszt leczenia pacjenta na oddziale w 2017 roku.

L.p.	Oddział	Przychód z NFZ (zł)	Wynik finansowy (zł)	Liczba hospitalizacji (leczonych z przesunięciami)	Wynik finansowy w przeliczeniu na pacjenta (zł)	Wykonanie kontraktu (%)
1	WEWNĘTRZNY	3 644 679	-477 528	1 244	-383,86	76,85
2	CHIRURGICZNY	4 739 989	-1 004 609	1 550	-648,13	95,85
3	OIOM	1 681 620	-214 821	89	-2 413,72	113,01
4	DZIECIĘCY	2 006 092	157 217	790	199,01	98,64
5	POŁ.-GIN.	2 373 190	-1 011 632	1 344	-752,70	98,98
6	NOWORODKÓW	832 421	-214 316	517	-414,54	100,00
7	SOR	3 640 784	-425 789	9 489	-44,87	100,00
8	ZOL	1 322 428	-657 132	149	-4 410,28	106,83
9	RAZEM	20 241 203	-3 848 610	15 172	-253,67	-

Nie w pełni adekwatna do faktycznych kosztów działalności wycena świadczeń i procedur medycznych dokonywana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji

skutkuje wyraźnym zróżnicowaniem efektywności finansowej jednostek organizacyjnych działalności podstawowej ZOZ-u. Rzutuje to na wynik finansowy działalności całego Zespołu. Jak wynika z poniższych zestawień, jedynie działalność Oddziału Dziecięcego jest działalnością rentowną. Pozostałe Oddziały Szpitala generują w związku ze swoją działalnością stratę operacyjną.

Tabela 4. Koszt pacjenta na oddziale w okresie od stycznia do czerwca 2018 r.

L.p.	Oddział	Przychód z NFZ (zł)	Wynik finansowy (zł)	Liczba hospitalizacji (leczonych z przesunięciami)	Wynik finansowy w przeliczeniu na pacjenta (zł)	Wykonanie kontraktu (%)
1	WEWNĘTRZNY	2 140 914	-121 589	822	-147,92	119,37
2	CHIRURGICZNY	2 511 448	-613 421	837	-732,88	111,61
3	OIOM	862 819	-250 727	43	-5 830,86	93,54
4	DZIECIĘCY	1 149 171	176 354	418	421,90	111,54
5	POŁ.-GIN.	1 088 935	-720 273	636	-1 132,50	102,14
6	NOWORODKÓW	360 355	-153 400	212	-723,58	100,00
7	SOR	1 873 481	-168 820	5 002	-33,75	100,00
8	ZOL	660 830	-323 041	81	-3 988,16	101,46
9	RAZEM	10 647 953	-2 174 917	8 051	-270,14	0,00

Tabela 5. Zysk/strata na oddziałach w 2017 roku.

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	KOSZTY CAŁKOWITE ODDZIAŁU	PRZYCHODY ODDZIAŁU		ZYSK/STRATA ODDZIAŁU
	WYKONANE	NFZ	POZOSTAŁE	
ODDZ. WEWNĘTRZNY	4 122 207	3 644 679	0	-477 528
ODDZ. CHIRURGICZNY	5 760 113	4 739 989	15 515	-1 004 609
ODDZ. ANEST.i INT.TERAPII	2 842 641	1 681 620	946 200	-214 821
ODDZ. DZIECIĘCY	1 870 813	2 006 092	21 938	157 217
ODDZ. POŁOŻ.-GINEKOL.	3 384 822	2 373 190	0	-1 011 632
ODDZ. NOWORODKÓW	1 046 737	832 421	0	-214 316
SOR	4 114 976	3 640 784	48 403	-425 789
ZOL	2 341 235	1 322 428	361 675	-657 132
RAZEM ODDZIAŁY	25 483 544	20 241 203	1 393 731	-3 848 610

W roku 2017 największą stratę na działalności przyniosły oddziały: położniczo-ginekologiczny i chirurgiczny oraz Zakład Opiekuńczo-Lecznicy. W roku bieżącym sytuacja jest podobna, przy czym ogólny wzrost cen i usług z jednej strony a z drugiej – brak wzrostu finansowania świadczeń przez NFZ powoduje, że łączna strata operacyjna przekroczy kwotę 4 mln zł.

Tabela 6. Zysk/strata na oddziałach w okresie I półrocza 2018 r.

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	KOSZTY CAŁKOWITE ODDZIAŁU	PRZYCHODY ODDZIAŁU		ZYSK/STRATA ODDZIAŁU
	WYKONANE	NFZ	POZOSTAŁE	
ODDZ. WEWNĘTRZNY	2 262 503	2 140 914	0	-121 589
ODDZ. CHIRURGICZNY	3 128 005	2 511 448	3 136	-613 421
ODDZ. ANEST. i INT.TERAPII	1 673 969	862 819	560 423	-250 727
ODDZ. DZIECIĘCY	987 792	1 149 171	14 975	176 354
ODDZ. POŁOŻ.- GINEKOL.	1 812 845	1 088 935	3 637	-720 273
ODDZ. NOWORODKÓW	513 755	360 355	0	-153 400
SOR	2 071 715	1 873 481	29 414	-168 820
ZOL	1 195 354	660 830	211 483	-323 041
RAZEM ODDZIAŁY	13 645 938	10 647 953	823 068	-2 174 917

2. Struktura zatrudnienia.

Liczebność oraz struktura zatrudnienia jest uwarunkowana czynnikami 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 01.01.2018 r. w ZOZ w Wągrowcu było zatrudnionych 213 osób na umowę o pracę (w tym jeden lekarz rezydent) oraz 153 osoby na umowę cywilno-prawną. Polityka kadrowa ZOZ-u w decydującym zakresie uwarunkowana jest określonymi prawnie wymaganiami w zakresie norm minimalnego zatrudnienia osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych oraz kompetencjach dodatkowych. 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. od dnia 1 stycznia 2019 r. 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 tę specjalizację, wdrożenie powyższego wymogu spowoduje konieczność wstrzymania działalności wielu oddziałów AILT w kraju.

Tabela 7. Stan zatrudnienia kadr medycznych w ZOZ na dzień 01.01.2018 r.

Grupa zawodowa	Pełno-etatowi	Niepełnoetatowi		Łącznie		Umowy cywilno-prawne
	I.osób	I.osób	I.etatów	osób	etatów	osób*
Lekarze	1	-	-	1	1	76
Fizjoterapeuci, farmaceuci, psychologowie i inni z wyższym wykształceniem	4	1	0,6	5	4,6	3
Pielęgniarki i położne	123	1	0,25	124	123,25	31
Ratownicy medyczni	18	-	-	18	18	29
Technicy medyczni, opiekunowie medyczni, operatorzy sterylizatorów i inni ze średnim wykształceniem	8	1	0,6	9	8,6	3
Sekretarki i rejestratorki medyczne	8	-	-	8	8	1
Administracja	23	1	0,3	24	23,3	2
Obsługa	23	-	-	23	23	8
Razem	208	4	1,75	212	209,75	153
Lekarze rezydenci	1	-	-	1	1	-
Ogółem	209	4	1,75	213	210,75	153

*liczba osób nie jest równa liczbie etatów przeliczeniowych.

Zgodnie z projektem "Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego" w roku przyszłym zostanie także wprowadzony nowy wskaźnik określający liczbę przeliczeniowych etatów pielęgniarek i położnych, jaka musi przypadać na jedno łóżko szpitalne. Wprowadzono ponadto obowiązek wyodrębnienia całodobowo personelu położniczego dedykowanego Sali porodowej. Opieka położnicza sprawowana na Sali porodowej nie powinna być łączona z jednoczesnym udzielaniem świadczeń w innych komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego.

Tabela 8. Potrzeby kadrowe w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych 2018-19.

Oddział	Liczba łóżek - stan obecny (2018 rok)	Liczba etatów pielęgniarskich, jaka musi przypadać na jedno łóżko	Liczba łóżek - stan po zmianach (od 2019 r.)	Liczba etatów pielęgniarskich, jaka musi przypadać na jedno łóżko
Wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek i położnych w wymiarze 0,6 na łóżko (dla oddziałów o profilu zachowawczym)				
Wewnętrzny	52	31,2	37	22,2
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	6,3	7	4,9
Położniczy	16	11,2	7	4,9
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	25	20
W Oddziale Noworodków zastosowanie mają minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. 0,44 etatu na łóżko (stanowisko) noworodkowe.				
Noworodków	12 łóżeczek na Rooming-in			
	4 łóżeczka w Oddziale Noworodków			
	4 inkubatory zamknięte w Oddziale Noworodków			
	3 inkubatory na Sali Porodowej			
	Ogółem: 16 x 0,44 etatu = 7,04 etatu			
W OAiIT zastosowanie mają minimalne normy wynikające z przepisów wydanych na podstawie „ ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 16 grudnia 2016 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii ” Na jedno stanowisko intensywnej terapii nie mniej niż równoważnik 2,2 etatu.				
OAiIT	Ogółem: 4 stanowiska x 2,2 = 8,8 etatu			
W Bloku Operacyjnym zastosowanie mają minimalne normy wynikające z „ ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 28 grudnia 2012 r. w sprawie sposobu ustalania minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami ”				

Blok Operacyjny	Jeden stół operacyjny powinien być zabezpieczony: 1 pielęgniarka operacyjna 1 pielęgniarka asystująca (tzw. brudna) 1 pielęgniarka anestezjologiczna na każde stanowisko znieczulenia
-----------------	---

Zmiany wynikające z powyższego projektu rozporządzenia w przypadku ZOZ w Wągrowcu będą miały charakter neutralny, pod warunkiem dokonania korekty liczby miejsc w oddziałach ZOZ-u adekwatnie do ich faktycznej liczby po zakończeniu modernizacji i rozbudowy obiektu. Zależność tą obrazuje poniższe zestawienie.

3. Sytuacja finansowa.

Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o rachunkowości oraz w ustawie o działalności leczniczej. Podstawowe źródło przychodów uzyskiwanych przez ZOZ w Wągrowcu stanowi kontrakt zawarty z WOW NFZ w Poznaniu na świadczenie usług medycznych. Odrębne źródło przychodów stanowią badania diagnostyczne wykonywane na rzecz niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej, innych podmiotów gospodarczych i osób fizycznych. Niewielki zakres działalności stanowią odpłatne usługi, takie jak między innymi dzierżawy pomieszczeń.

Sytuacja finansowa ZOZ-u uległa znacznemu pogorszeniu w 2016 roku, kiedy to jednostka na koniec roku obrotowego poniosła stratę netto w wysokości: - 2 450 551,63 zł, co daje ponad 204 tys. zł straty w miesiącu. W 2017 roku sytuacja uległa poprawie, jednakże w dalszym ciągu jest ona niezadawalająca. Brak zbilansowania wpływów i wydatków stanowi bezpośrednią przyczynę narastania zadłużenia. 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 2017 roku nastąpił wzrost wartości sprzedaży świadczeń zdrowotnych z NFZ o 1 089 147,00 zł. Działalność medyczna „pozostała” i działalność „niemedyczna” kształtuje się na podobnym poziomie w 2016 i 2017 roku. Koszty działalności operacyjnej w 2017 r. w stosunku do 2016 r. wzrosły o 541 395,00 zł , w tym zużycie materiałów i energii o 176 545,00 i koszty wynagrodzenia o 739 953,00 zł. Spadek kosztów w 2017 roku w stosunku do 2016 roku nastąpił w usługach obcych o 102 760,00 zł i amortyzacji 262 763,00 zł.

Tabela 9. Sprzedaży wg poszczególnych rodzajów świadczeń w latach 2016-2017.

I.p.	Przychody ze sprzedaży	2016	2017
I.	Usługi medyczne finansowane z NFZ	25 711 251,63	26 800 398,82
1.	Leczenie szpitalne	15 293 880,25	15 444 682,11
2.	SOR	3 124 840,92	3 628 785,57
3.	ZOL	1 227 793,35	1 497 174,99
4.	Poradnie specjalistyczne	1 011 617,80	1 006 594,55
5.	Tomograf komputerowy	283 233,53	332 584,91
6.	POZ	1 688 601,8	1 746 072,74
7.	Ratownictwo medyczne	3 081 283,98	3 144 503,95
II.	Usługi medyczne –pozostali płatnicy	448 445,24	452 885,26
1.	ZOL –dopłaty pacjentów	350 770,16	361 674 42
2.	Badania bakteriologiczne	19 594,00	19 912,50
3.	Badania lekarskie osób zatrzymanych	21 805,00	20 090,00
4.	Transport sanitarny	9 103,5	9 575,50
5.	Poradnia chirurgiczna	4 198,48	4 002,00
6.	Hospitalizacja-osoby nieubezpieczone	29 366,80	37 160,64
7.	Usługi medyczne pozostałe	13 607,30	470,00
III.	Usługi pozostałe	236 775,22	227 717,16

Tabela 10. Kształtowanie się kosztów działalności operacyjnej w latach 2016-2017.

Lp.	Koszty działalności operacyjnej	2016	2017
1.	Amortyzacja	1 346 322,65	1 083 558,81
2.	Zużycie materiałów i energii	3 945 911,07	4 122 456,99
3.	Usługi obce	11 067 122,35	10 964 361,82
4.	Podatki i opłaty	107 088,83	116 298,80
5.	Wynagrodzenie	10 826 212,,96	11 566 166,55
6.	Ubezpieczenia i inne świadczenia	2 226 031,67	2 224 329,06
7.	Pozostałe koszty rodzajowe	440 490,00	423 403,26
	Ogółem	29 959 180,00	30 500 575,29

Suma aktywów jednostki na 30 czerwca 2018 roku wyniosła: 6 443 935,52 zł, z czego majątek obrotowy stanowi nieco ponad 48,16 % ogólnej sumy majątku Zespołu. Majątek trwały, stanowiący około 51,84 % aktywów, tworzą rzeczowe aktywa trwałe w kwocie 3 340 724,46 zł, których dokładniejszą specyfikację zawiera tabela poniżej:

Tabela 11. Zestawienie rzeczowo-wartościowe aktywów trwałych.

L.p.	Rzeczowe aktywa trwałe ZOZ	Wartość (w zł)
1	Budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	1 199 407,45
2	Urządzenia techniczne i maszyny	427 763,82
3	Środki transportu	257 847,78
4	Inne środki trwałe	969 421,64
5	Środki trwałe w budowie	486 283,77
Razem		3 340 724,46

Kapitał własny ZOZ-u na dzień 30 czerwca 2018 roku był ujemny i wyniósł: – 4 532 237,41 zł. Na wartość tą składa się fundusz założycielski: 5 985 879,02 zł, pomniejszony o stratę z lat ubiegłych: - 8 975 488,58 zł oraz stratę netto bieżącego roku obrotowego w wysokości: - 1 542 627,85 zł.

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 30 czerwca 2018 roku rezerwy na zobowiązania przedstawiają się następująco:

- rezerwa na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne w kwocie: 1 359 807,84 zł
- rezerwa na odsetki w kwocie: 18 926,33 zł.

Na dzień 30 czerwca 2018 roku jednostka nie posiadała *zobowiązań długoterminowych*.

Bilansową pozycję zobowiązań krótkoterminowych w kwocie 6 289 662,88 zł tworzą:

- a/ kredyt w rachunku bieżącym w kwocie: 714 043,24 zł
- b/ zobowiązania z tytułu dostaw i usług w kwocie 3 680 262,88 zł
- c/ zobowiązania publiczno-prawne, w kwocie: 867 703,47 zł
- d/ niewymagalne zobowiązania z tytułu wynagrodzeń, wypłacane do 10 dnia następnego miesiąca, w kwocie: 668 219,27 zł

e/ pozostałe bieżące rozrachunki i fundusze specjalne, w kwocie: 344 636,84 zł.

Tabela 12. Szczegółowy wykaz zobowiązań wymagalnych.

L.p.	Zobowiązania wymagalne (w zł)	30.06.2018	31.12.2017
1	Leki i materiały medyczne	713 351,21	687 239,41
2	Energia i woda	212,421,48	96 394,92
3	Usługi medyczne	211 120,15	58924,54
4	Usługi żywienia	0,00	0,00
5	Utylizacja i pranie	18 939,51	38 934,59
6	Środki czystości	27 159,93	25 254,51
7	Pozostali dostawcy	288 254,87	166 298,66
Razem zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług		1 471 247,15	1 073 046,63
<i>Wymagalne zobowiązania wobec ZUS</i>		0,00	0,00
<i>Wymagalne zobowiązania wobec Urzędu Skarbowego</i>		0,00	0,00
<i>Pozostałe zobowiązania publiczno-prawne</i>		0,00	0,00
Zobowiązania wymagalne ogółem		1 471 247,15	1 073 046,63

Tabela 13. Wynik finansowy w latach 2016-2017.

Wynik finansowy (w zł)			
Lp.	Wyszczególnienie	Wartość	
		2016	2017
1	Przychody ze sprzedaży i zrównane z nimi	26 335 690,09	27 591 136,24
2	Koszty sprzedaży	29 959 180,08	30 500 575,29
3	Zysk/strata na sprzedaży	- 3 623 489,99	- 2 909 439,05
4	Przychody operacyjne	1 260 722,55	955 091,22
5	Koszty operacyjne	61 439,09	75 890,70
6	Zysk/strata na dz. operacyjnej	- 2 424 206,53	- 2 030 238,53
7	Przychody finansowe	2 375,7	12 354,72
8	Koszty finansowe	28 720,80	66 218,12

9	Wynik finansowy	- 2 450 551,63	- 2 084 101,93
----------	------------------------	-----------------------	-----------------------

Wyniki analizy wskaźnikowej wskazują na brak płynności, zyskowności, a także zadłużenie jednostki. Analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych pokazuje, że sytuacja finansowa Szpitala w Wągrowcu jest trudna. Z analizy sytuacji finansowej Szpitala wynika wniosek o konieczności dofinansowywania jednostki długoterminowym kapitałem. Skala zadłużenia, struktura zobowiązań oraz układ struktury zadłużenia, oznacza stałą utratę płynności finansowej która zagraża ciągłości udzielania przez Szpital świadczeń zdrowotnych.

Tabela 14. Analiza wskaźnikowa ZOZ-u w latach 2016-2017.

Grupa	Wskaźniki	Wartość wskaźnika na 2016	Wartość wskaźnika na 2017
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-8,86%	-7,33%
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-8,77%	-7,14%
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-29,83%	-30,65%

II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	Wskaźnik bieżącej płynności	0,60	0,48
	Wskaźnik szybkiej płynności	0,53	0,38

III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	37	31
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	37	39

IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	90%	103%
	Wskaźnik wypłacalności	-2,67	-2,02

Na mocy uchwały XLIVI/239/2018 Rady Powiatu Wągrowieckiego z dn.27.06.2018 roku, ZOZ otrzyma z budżetu Powiatu środki pieniężne na pokrycie straty netto za 2017 rok w wysokości 1 004 543,12 zł, dzięki którym Szpital będzie 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.

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 struktury popytowo-podażowej usług zdrowotnych mają następujące zmienne: liczebność populacji i jej zmiany 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 nr...).

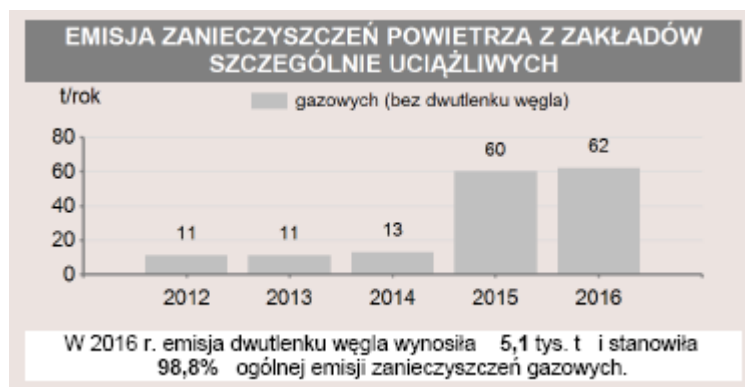
Tabela 15. Liczba ludności w województwie wielkopolskim w grupach wiekowych 2014-2050.

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
SUMA	3 467 016	3 472 017	3 476 220	3 490 368	3 490 361	3 470 875	3 434 693	3 389 025	3 339 625	3 287 926	3 287 926

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. 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 na skutek zanieczyszczenia powietrza).

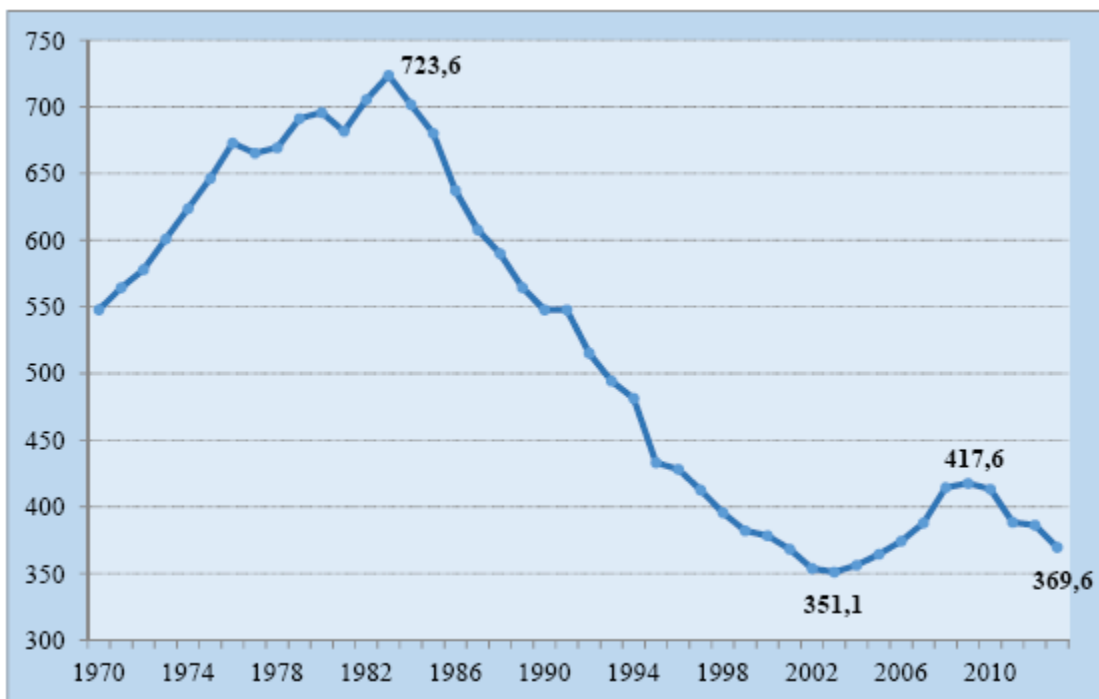
Wykres 1. Emisja zanieczyszczeń w Powiecie wągrowieckim.



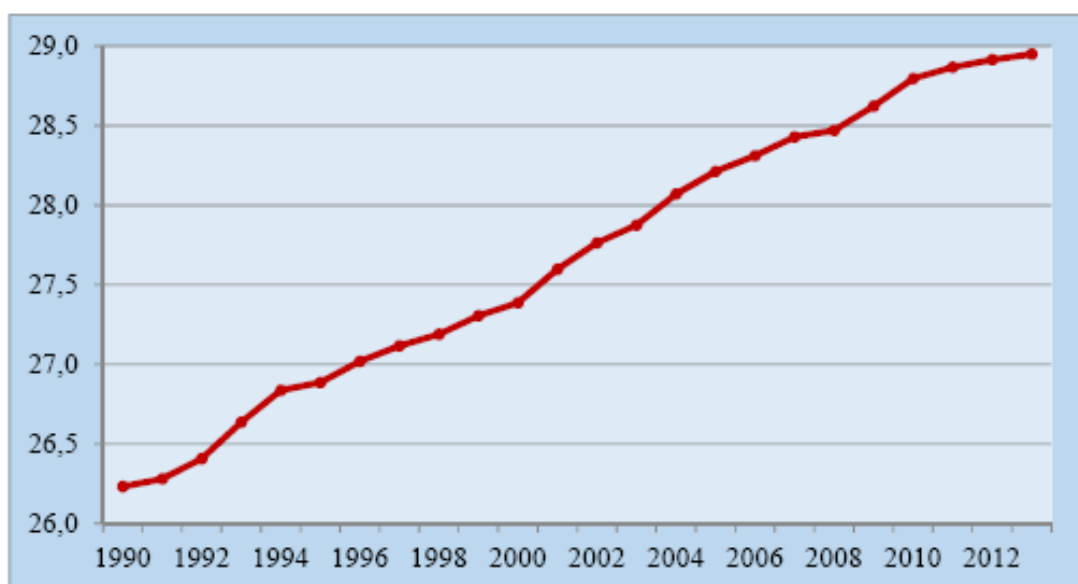
Źródło: US, Statystyczne vademecum samorządowca, Poznań 2017.

W stosunku do okresu sprzed kilku dekad relatywnie niska jest aktywność prokreacyjna. Począwszy od połowy lat 80-tych ub.w. obserwujemy systematyczny spadek liczby i natężenia urodzeń. Rokiem o rekordowo niskiej liczbie urodzeń był 2013 – 351 tys. Obserwowany jest także silny spadek natężenia urodzeń w grupie wieku 20-24 lat. Średni wiek rodzenia oscyluje wokół 29-30 lat.

Wykres 2. Urodzenia w Polsce w latach 1970-2013.



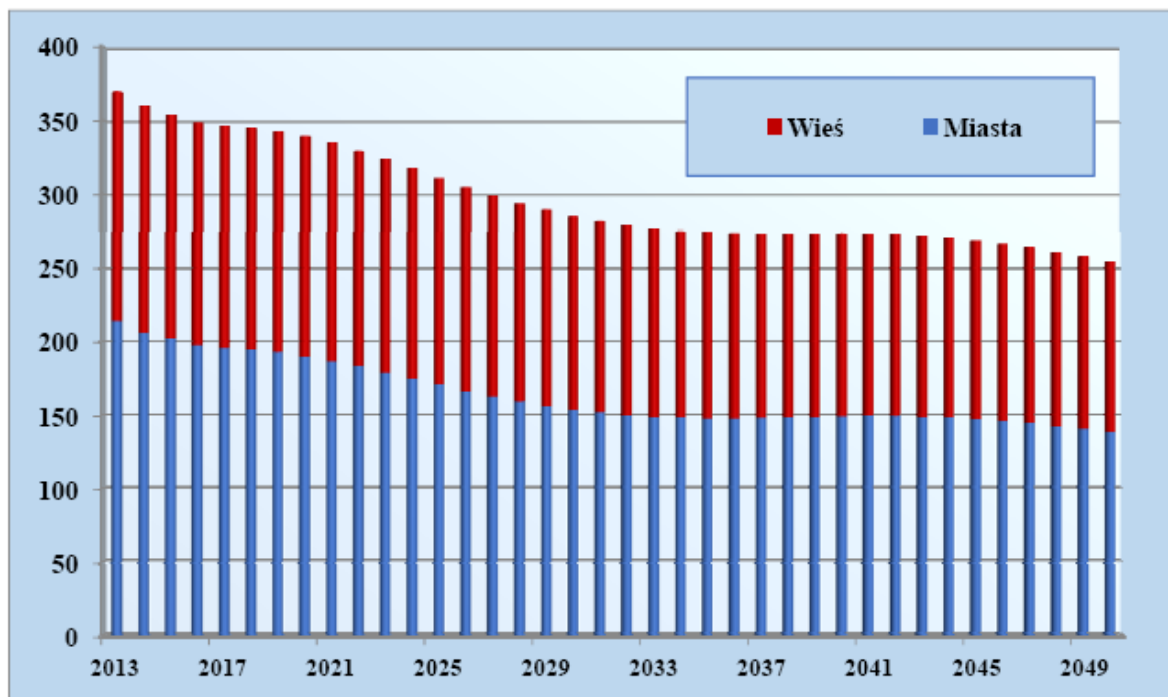
Wykres 3. Średni wiek rodzenia w Polsce.



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

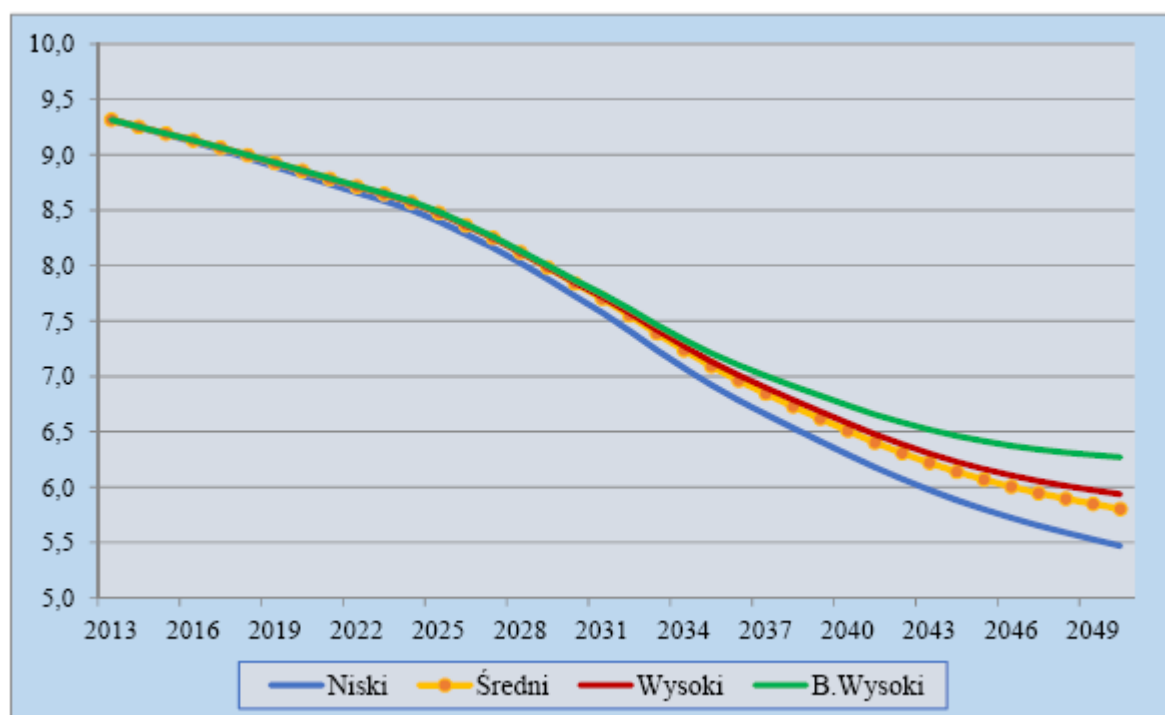
Do roku 2050 wg scenariuszy opracowanych przez demografów spadać będzie liczba kobiet w wieku rozrodczym, a tym samym również i prognozowana liczba urodzeń.

Wykres 4. Prognozowana liczba urodzeń (w tys.) w latach 2013-2050.



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

Wykres 5. Liczba kobiet w wieku prokreacyjnym w latach 2013-2050 wg czterech scenariuszy (w mln).



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

Przywołane dane epidemiologiczne jednoznacznie wskazują na konieczność dokonania analizy zasadności utrzymywania i finansowania w dotychczasowej liczbie i rozmieszczeniu - szczególnie kosztochłonnych - oddziałów położniczo (bloków porodowych) oraz neonatologicznych, ponieważ zapotrzebowanie na ten rodzaj opieki będzie się sukcesywnie obniżać.

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 zatwierdzonym przez Wojewodę Wielkopolskiego dokumencie pn. *Priorytety dla Regionalnej Polityki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego na okres do dnia 31 grudnia 2018 r.* określony został kształt polityki zdrowotnej dla lecznictwa szpitalnego. Wskazano, że kluczowymi priorytetami dla województwa wielkopolskiego, określonymi na podstawie zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia *Map potrzeb zdrowotnych*, są: nowy szpital dziecięcy, Zachodnie Centrum Chorób Serca oraz obszar onkologii i hematologii dziecięcej. Jak widać, w obszarze działań priorytetowych na rzecz ochrony zdrowia mieszkańców wielkopolski nie ujęto żadnych 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.2016, 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.

Tabela 16. Wybrane dane statystyczno-demograficzne populacji Powiatu w zestawieniu z populacją mieszkańców Wielkopolski w latach 2014-2016.

WYBRANE DANE STATYSTYCZNE	2014	2015	2016	Województwo 2016
Ludność	69887	69900	69960	3481625
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	57,6	58,6	59,6	61,3
Urodzenia żywe na 1000 ludności	10,4	10,9	11,0	11,0
Zgony na 1000 ludności	9,0	9,2	9,5	9,3
Przyrost naturalny na 1000 ludności	1,4	1,7	1,5	1,7
Saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały na 1000 ludności	-0,4	-1,2*	-1,2	0,3
Dochody ogółem budżetu powiatu na 1 mieszkańca w zł	1033	1006	1047	893
Wydatki ogółem budżetu powiatu na 1 mieszkańca w zł	1060	984	1009	873
Liczba uczniów przypadających na 1 oddział w szkołach:				
podstawowych	18	19	18	18
gimnazjalnych	20	21	20	21
ponadgimnazjalnych i policealnych	25	25	25	24
Turystyczne obiekty noclegowe ^b	9	10	9	694
Liczba ludności na 1 przychodnię	2912	2796	2499	1802
Mieszkania oddane do użytkowania na 10 tys. ludności	39	57	45	47
Odpady ^c wytworzone w ciągu roku w tys. t	9,8	3,8	3,8	5807,2
Odpady ^c dotychczas składowane (nagromadzone) na składowiskach własnych w tys. t	-	-	-	60279,2
Lesistość w %	19,0	19,0	19,1	25,7
Drogi publiczne o twardej nawierzchni (powiatowe i gminne) na 100 km ² w km	70,1	70,6	71,0	82,0
Samochody osobowe zarejestrowane na 1000 ludności	604	623	652	627
Pracujący ^d na 1000 ludności	157	161	163	271
Stopa bezrobocia rejestrowanego w %	15,5	10,6	8,6	4,9
Podmioty gospodarki narodowej w rejestrze REGON na 10 tys. ludności w wieku produkcyjnym	1366	1409	1420	1922
WYBRANE DANE DEMOGRAFICZNE W 2016 R.				
	Województwo	Powiat	Woj.=100	
Ludność	3481625	69960	2,0	
w tym miasta	1903630	32991	1,7	
Urodzenia żywe	38237	771	2,0	
Zgony	32327	665	2,1	
Przyrost naturalny	5910	106	x	
Saldo migracji ogółem	1059	-84	x	
Ludność w wieku:				
przedprodukcyjnym	667280	14250	2,1	
produkcyjnym	2158619	43844	2,0	
poprodukcyjnym	655726	11866	1,8	

Źródło: US, Statystyczne vademecum samorządowca, Poznań 2017.

2. Otoczenie prawne.

Na otoczenie każdego podmiotu gospodarującego 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 szczególnie 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 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 opieki zdrowotnej opisuje tzw. narodowy rachunek zdrowia. 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 (NRZ) 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 2015 wyniosły 114,1 mld zł i były wyższe niż w 2014 r. o ok. 6,7 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,34% PKB (6,25 w 2014 r.). Wzrost wydatków zaobserwowano zarówno w przypadku wydatków publicznych jak i prywatnych. Bieżące wydatki publiczne poniesione na

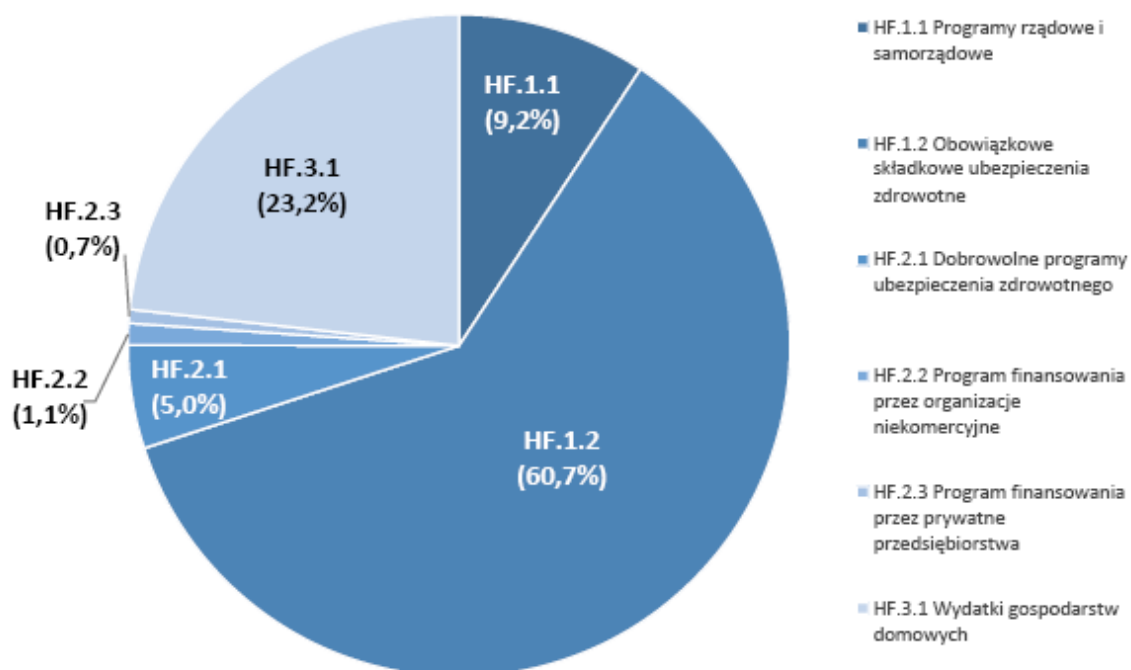
zdrowie i ochronę zdrowia wynosiły w 2015 r. 79,9 mld zł i stanowiły 4,44% PKB (4,42 w 2014 r.), natomiast bieżące wydatki prywatne wyniosły 34,3 mld zł i stanowiły 1,90% PKB (1,83% w 2014 r.).

Tabela 17. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2013-2015 (w mln zł) i ich udział w PKB.

Wyszczególnienie	2013		2014		2015	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	%PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 656 842,0	100,00	1 719 704,0	100,00	1 799 321,0	100,00
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem^{a)}	105 635,1	6,38	107 457,9	6,25	114 142,4	6,34
Wydatki publiczne	74 639,1	4,50	75 928,7	4,42	79 886,6	4,44
z tego:						
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	10 533,6	0,64	10 016,7	0,58	10 552,7	0,59
Instytucje rządowe	6 101,9	0,37	5 956,9	0,35	5 936,0	0,33
Instytucje samorządowe	4 431,7	0,27	4 059,8	0,24	4 616,7	0,26
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	64 105,5	3,86	65 912,0	3,83	69 333,9	3,85
Wydatki prywatne	30 996,0	1,87	31 529,2	1,83	34 255,8	1,90
z tego:						
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	24 978,0	1,51	24 850,2	1,45	26 533,9	1,47
inne wydatki prywatne	6 018,0	0,36	6 679,0	0,39	7721,9	0,43

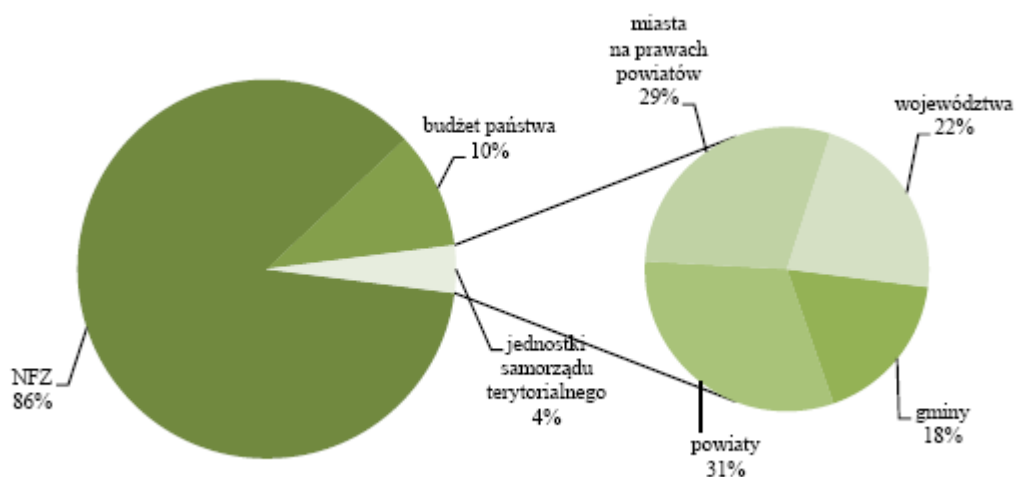
Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia przedstawiała się w Narodowym rachunku Zdrowia za rok 2015 następująco: wydatki publiczne stanowiły 70,0% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (w tym sektor instytucji rządowych i samorządowych 9,2%; obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne 60,7%), wydatki prywatne natomiast stanowiły pozostałe 30%.

Wykres 6. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. wg schematów finansowania.



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ w 2016 roku wyniosły 70.854 mln zł (o 5% więcej niż w roku wcześniejszym) i były przeznaczone głównie na lecznictwo szpitalne (49,5%), podstawową opiekę zdrowotną (13,4%) oraz refundację leków (11,4%). Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, w gestii których znalazło się łącznie 14% wydatków.

Wykres 7. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2016 r.



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

- 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.

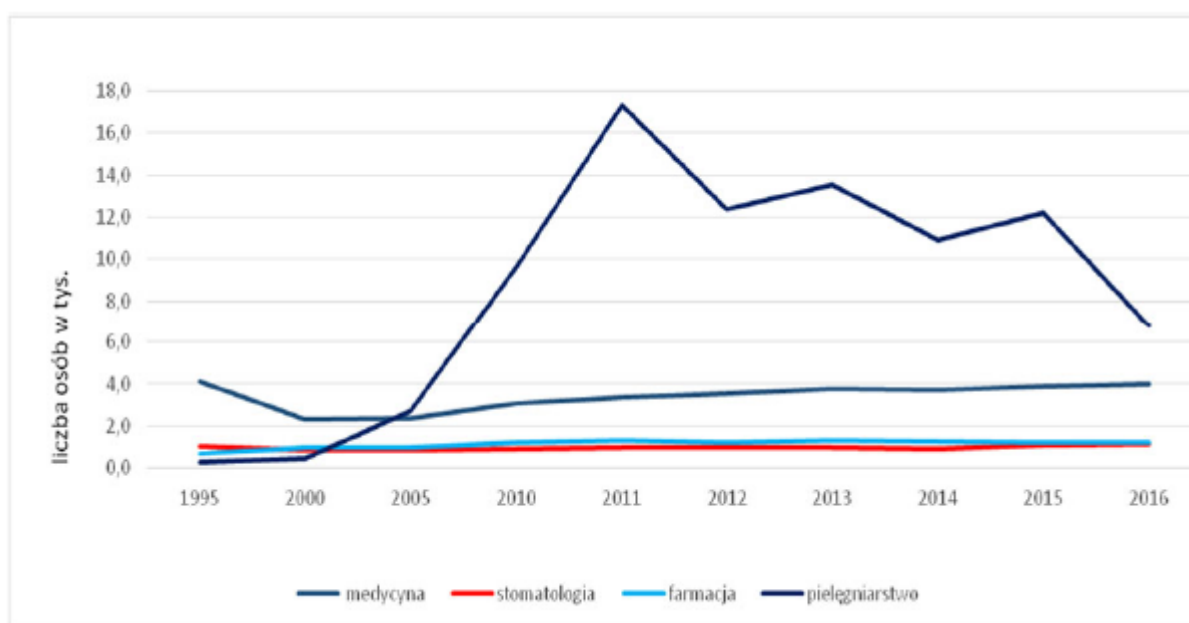
W ochronie zdrowia króluje obecnie „ręczne sterowanie”. Ustawa o płacy minimalnej w zdrowiu - mająca regulować kompleksowo wynagrodzenia w placówkach - zawiera niskie wskaźniki, więc pracownicy medyczni protestują i dostają podwyżki sterowane ręcznie - jak „Zembałowe” przyznane pielęgniarkom do podstawy wynagrodzenia, wywalczone przez ratowników „trzy razy po 400 zł”, dodatki do płac lekarzy. A w kolejce jest szereg innych grup. Przyznanie podwyżek jednej grupie, nawet gdy finansuje je NFZ, burzy w placówkach siatkę wynagrodzeń. Szpitale, zwłaszcza powiatowe alarmują, że ich sytuacja finansowa szybko się pogarsza i też apelują o dodatkowe środki.

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 zawodów medycznych. Zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez odpowiednie izby zawodowe, wg danych GUS w 2016 r. prawo wykonywania zawodu posiadało

niema 145 tys. lekarzy, 288 tys. pielęgniarek, 37 tys. położnych oraz 34 tys. farmaceutów. 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. Niestety do tej pory nie wdrożono skutecznych mechanizmów zachęcających odpowiednio liczne grupy młodych osób do kształcenia na kierunkach medycznych, tak aby zapewniona była zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego. Na poniższym wykresie zaprezentowano dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat.

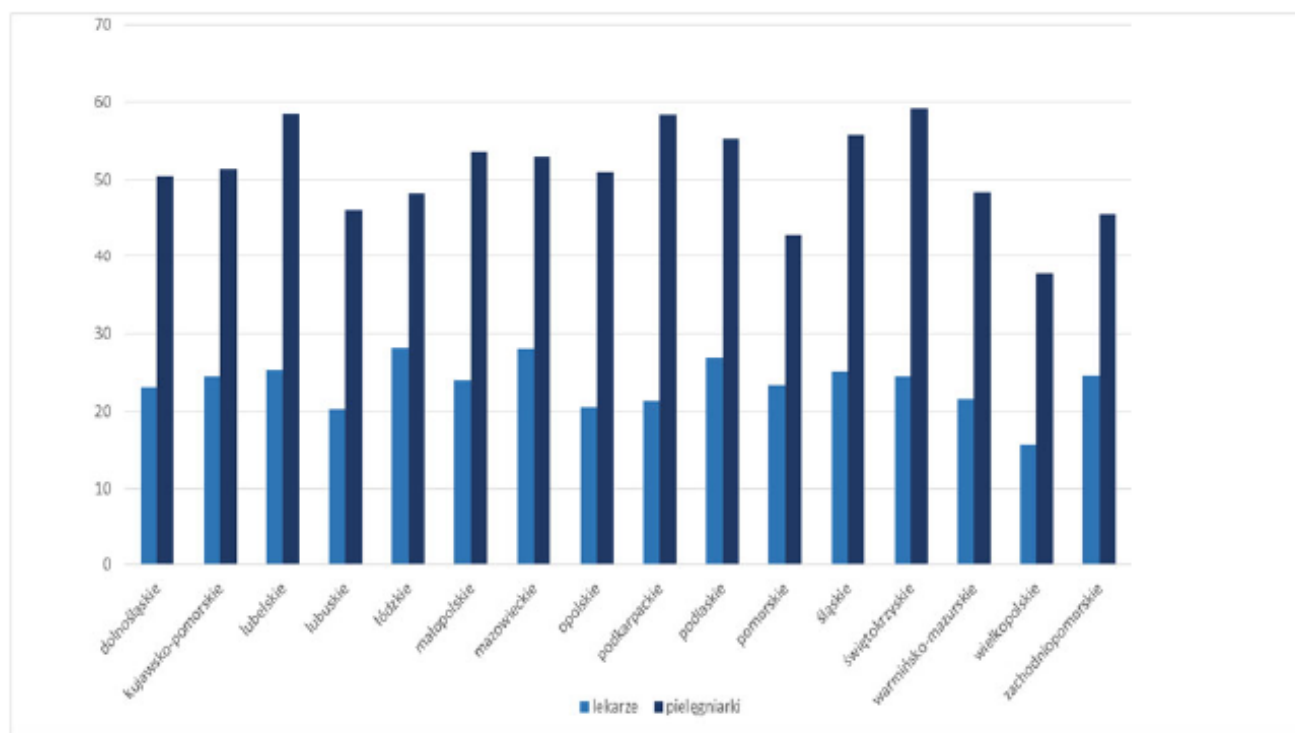
Wykres 8. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2016.



Źródło: GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Warszawa 2017.

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 (wg danych na rok 2016) przypadała w województwie łódzkim (28,1 na 10 tys. mieszkańców). Najmniejsza – w województwie wielkopolskim (15,7 na 10 tys. mieszkańców). Problem braku kadry medycznej jest szczególnie niekorzystny dla małych 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.

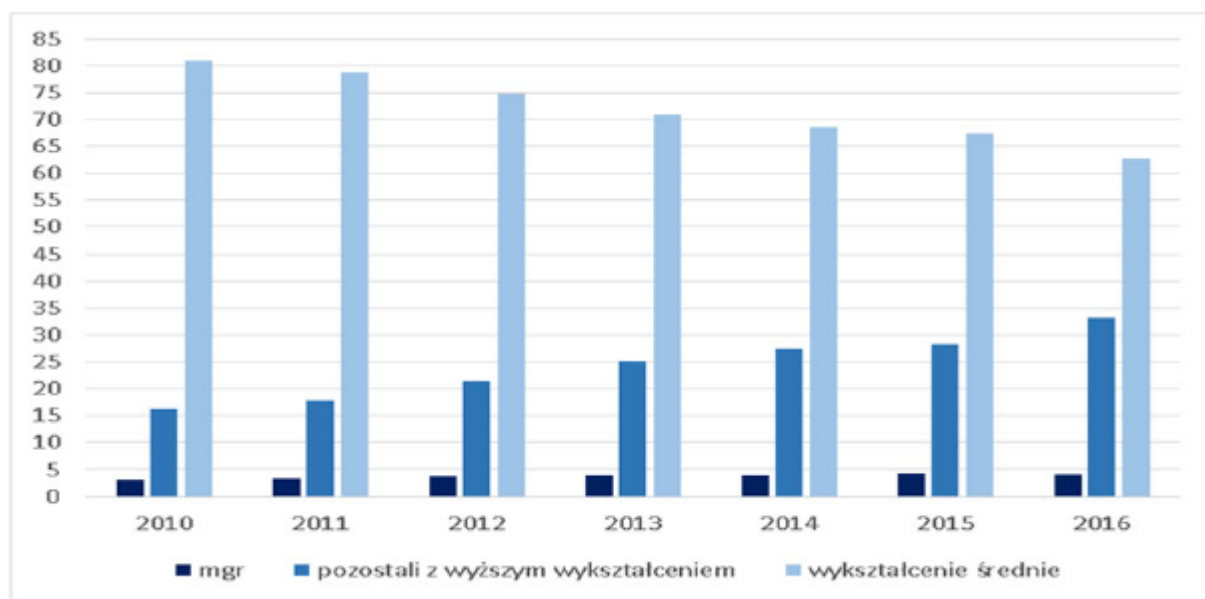
Wykres 9. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności wg województw (2016 r.).



Źródło: GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Warszawa 2017.

Narastającym w czasie i odczuwalnym problem kadrowym jest niedobór na rynku pracy osób wykonujących zawód ratownika medycznego. Obecnie zdobycie uprawnień zawodowych jest możliwe w drodze ukończenia studiów I stopnia na tym kierunku. Do niedawna dyplom ratownika medycznego można było uzyskać kończąc 2-letnią szkołę policealną. Ostatni nabór w takim trybie miał miejsce w roku szkolnym 2012/13. W 2016 roku w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,7 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wyższym wykształceniem było zaledwie 0,6 tys. osób. W ZOZ w Wągrowcu ratownicy medyczni wykonują zadania w SOR, zespołach ratownictwa medycznego oraz w transporcie sanitarnym. Popyt na pracę ratowników medycznych 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 prace przede wszystkim w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Wykres 10. Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010-2016.



Źródło: GUS, Zdrowie i ochrona zdrowia w 2016 r., Warszawa 2017.

III. PROPOZYCJE ORAZ PROJEKCJE DZIAŁAŃ NAPRAWCZYCH

1. ANALIZA SWOT.

Analiza SWOT jest powszechnie stosowaną metodą w planowaniu strategicznym i służy do porządkowania informacji. Umożliwia segregowanie dostępnych informacji na cztery grupy. Jej nazwa pochodzi od pierwszych liter angielskich nazw tych grup:

S (Strengths) - mocne strony organizacji

W (Weaknesses) - słabe strony

O (Opportunities) - szanse

T (Threats) - zagrożenia.

Pierwsze dwie grupy mówią o organizacji wewnętrznej analizowanego przedsięwzięcia, zaś następne dwie - o czynnikach zewnętrznych, mających wpływ na organizację.

Silne strony szpitala (S)

1. Doświadczona kadra medyczna i administracyjna.
2. Dostępna w lokalizacji niezbędna baza diagnostyczna.
3. Odpowiednie wyposażenie w sprzęt medyczny.

4. Krótkie okresy oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych.
4. Pełne zabezpieczenie w zakresie ratownictwa medycznego (Zespół S, Zespoły P, SOR).
5. Posiadanie uprawnień do prowadzenia specjalizacji lekarskich w dziedzinach chirurgii ogólnej, pediatrii oraz chorób wewnętrznych.
6. Wdrożony system zarządzania jakością - potwierdzony certyfikatem spełnienia normy ISO.

Słabe strony szpitala (W)

1. Niestabilna sytuacja finansowa jednostki.
2. Przestarzała infrastruktura oraz budynki, wymagające gruntownych remontów i przebudowy.
3. Znaczne utrudnienia, a praktycznie brak możliwości świadczenia usług komercyjnych.
4. Poziom utrzymania zasobów w gotowości oraz koszty bieżącego funkcjonowania niedostosowane do dostępnego poziomu finansowania przez płatnika.
5. Brak zdolności kredytowej z uwagi na występowanie znacznego zadłużenia oraz ujemnych kapitałów własnych.
6. Brak zintegrowanego systemu informatycznego generującego bieżącą informację zarządczą.

Szanse dla szpitala (O)

1. Zabezpieczenie trwałości finansowania ze względu na obecność jednostki w Systemie Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (tzw. „sieci szpitali”).
2. 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.
3. Wsparcie ze strony Organu Założycielskiego poprzez przyznanie dotacji na sfinansowanie zadania rozbudowy i dostosowania budynku szpitala do obowiązujących wymagań oraz doposażenie w sprzęt.
4. Determinacja Dyrekcji ZOZ-u w dążeniu do wdrażania mechanizmów ekonomizujących działalność podstawową i pomocniczą.
5. Rezerwy wytwórcze posiadanych zasobów.

Zagrożenia dla szpitala (T)

1. Ograniczony dostęp do kadry lekarskiej o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i etycznych.

2. Niestabilna sytuacja ekonomiczno-prawna w systemie ochrony zdrowia.
3. Konkurencja ze strony placówek położonych w sąsiedztwie w zakresie dostępnych zasobów kadrowych.
4. Całkowita utrata płynności finansowej na skutek zwiększenia zadłużenia lub zmiany zasad i rozliczania świadczeń z NFZ.
5. Wzrost kosztów funkcjonowania jednostki wynikający z uwarunkowań ustawowych (narzucone wymaganiami ustawowymi podwyżki dla personelu medycznego, konieczność wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej, wdrożenie nowych standardów jakości w ochronie zdrowia, jak również nowych obowiązków sprawozdawczych w zakresie planu kont oraz rachunku kosztów w podmiotach leczniczych).
6. Wstrzymanie infrastrukturalnych zadań inwestycyjnych na skutek zdarzeń po stronie Wykonawcy robót remontowo-budowlanych.

2. Istotne problemy w działalności ZOZ-u.

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

- brak zrównoważenia wpływów i wydatków jednostki, z uwagi na zbyt niską wartość umowy z NFZ w relacji do rosnących kosztów funkcjonowania (np. od listopada 2018 r. cena zakupu energii elektrycznej dla ZOZ-u wzrosła o 88%);
- wzrastający udział kosztów osobowych w łącznych kosztach funkcjonowania jednostki, przekraczający obecnie próg 70% wartości (winien wynosić nie więcej niż 65%);
- narastające zadłużenie wpływające bezpośrednio na pogarszanie możliwości płatniczych jednostki i problemy z utrzymaniem płynności finansowej będące skutkiem m.in. aktualnie obowiązującego schematu finansowania ryczałtowego świadczeń przez NFZ; (ZOZ otrzyma informację o wielkości przyznanego ryczałtu na II półrocze br. w dniu 15 października br.; jeżeli ryczałt będzie znacząco wyższy, zabraknie czasu na odpowiednie zwiększenie liczby przyjęć pacjentów do końca roku, co spowoduje ponowne obniżenie kwoty ryczałtu od 1 stycznia 2019 r.);
- brak wystarczających środków na finansowanie działalności bieżącej oraz niezbędne zakupy inwestycyjne, w tym zakupy koniecznego do uzupełnienia sprzętu medycznego;
- niespełniający obowiązujących norm, zły stan techniczny pomieszczeń i budynków, przestarzała infrastruktura;
- brak w pełni zintegrowanego systemu informatycznego, co utrudnia pozyskanie zagregowanych informacji zarządczych;
- brak alternatywnych wobec NFZ istotnych źródeł przychodów, ograniczona możliwość świadczenia usług komercyjnych (pełnopłatnych);

- brak kadry lekarskiej w liczbie zapewniającej swobodne możliwości rozwijania zakresów usług, a w sytuacjach kryzysowych - bieżące funkcjonowanie.

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 zadanie, nadrzędną funkcję jednostki, jaką jest zapewnianie ciągłości udzielania świadczeń medycznych, należy odpowiednio wspierać dobrą organizacją pracy oraz efektywnością finansową, które umożliwią codzienne funkcjonowanie ZOZ bez istotnych ograniczeń. Przywrócenie równowagi finansowej i zahamowanie 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 Centralę NFZ.

3. Propozycje działań naprawczych i restrukturyzacyjnych.

1. Obszar restrukturyzacji organizacyjnej:

- a) reorganizacja działalności ZOL poprzez zmianę liczby miejsc z 38 do 20, co spowoduje zmniejszenie straty na działalności w tym zakresie z dotychczasowych ok. 650 tys. zł rocznie do 350 tys. zł; jednocześnie na bazie „uwolnionych miejsc” utworzony zostanie ZOL dla osób dorosłych wentylowanych mechanicznie – 8 miejsc, co pozwoli na dywersyfikację oferty ZOZ-u w zakresie świadczeń opieki długoterminowej a zarazem na kontynuowanie zatrudnienia dotychczasowej kadry medycznej (pielęgniarki i opiekunowie medyczni). Planowany przychód z nowego zakresu działalności wyniósłby rocznie ok. 725 tys. (365 dni x 8 miejsc x 248 zł). Termin wprowadzenia zmiany: od 1 lipca 2019 r.
- b) przekształcenie ZRM typu „S” na typ „P”, co spowoduje zmniejszenie straty na działalności prowadzonego przez ZOZ ratownictwa medycznego o kwotę 200 tys. zł rocznie. Termin wprowadzenia zmiany: od 1 stycznia 2020 r.
- c) uruchomienie działalności Poradni Kardiologicznej oraz Poradni Leczenia Bólu: pierwsza z poradni podejmie działalność w ramach usług odpłatnych dla pacjenta od 1 stycznia 2019 r., a druga z nich po zawarciu stosownej umowy z NFZ – od 1 lipca 2019 r. Szacunkowy wartość zysku netto z tego zakresu działalności – 50 tys. zł rocznie.
- d) wprowadzenie wykonywania nowych, dotychczas nie realizowanych procedur medycznych:

- znieczulenia zewnątrzoponowe porodu; przyjęto, że procedura początkowo może dotyczyć rocznie ok. 200 pacjentek, co zwiększy przychody o kwotę ok. 80 tys. zł; zasadniczym celem jest jednak spowodowanie zwiększenia liczby przyjęć do porodu i odwrócenie trendu zmniejszania się zgłoszeń w tym zakresie usług. Roczny wzrost przyjęć oszacowany został na ok. 10%, co wygeneruje dodatkowy przychód rzędu 100 tys. zł. Termin wprowadzenia zmiany: od 1 stycznia 2019 r.
 - wprowadzenie zabiegów z dziedziny chirurgii i ortopedii ręki; zabiegi operacyjne dotyczące m.in. obszaru rozciągnięta dłoniowego będą stanowiły poszerzenie oferty oddziału chirurgicznego; rocznie planuje się wykonywanie ok. 150 tego typu dotychczas nie wykonywanych zabiegów, co wygeneruje dodatkowy przychód rzędu ok. 250 tys. zł. Termin wprowadzenia: od 1 stycznia 2019 r.
 - implantowanie portów naczyniowych nisko profilowych do umiejscowienia obwodowego lub w klatce piersiowej; procedura może być wykonywana u pacjentów ambulatoryjnych oraz hospitalizowanych; rocznie planuje się wykonać ok. 100 tego typu zabiegów generujących roczny przychód rzędu ok. 180 tys. zł (po odliczeniu kosztu zakupu portu); Termin wprowadzenia: od 1 stycznia 2019 r.
 - wdrożenie w oddziale chorób wewnętrznych oraz chirurgicznym procedur systemu doustnego żywienia dietą przemysłową; rocznie procedura może obejmować ok. 1/4 osób hospitalizowanych, co wygeneruje dodatkowy przychód rzędu 120 tys. zł.; Termin wprowadzenia: od 1 stycznia 2019 r.
- e) w związku z niedoborem kadr lekarskich w roku przyszłym Minister Zdrowia planuje wprowadzić zmiany w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych polegające na dywersyfikacji podmiotów szpitalnych na „ostrodyżurowe” i pozostałe; ze względu na posiadany i działający SOR oraz OIOM Szpital w Wągrowcu zostanie zapewne zakwalifikowany do jednostek ostrodyżurowych, stąd planujemy uzyskanie wzrostu ryczałtu rozliczeniowego z tego tytułu o kwotę 360 tys. zł.

2. Obszar restrukturyzacji kadrowej:

- a) kontynuowanie procesu substytucji w zakresie zatrudniania kadr pielęgniarских, tj. zastępowanie pielęgniarek w tych komórkach organizacyjnych, gdzie jest to możliwe i prawnie dopuszczalne – osobami o zbliżonych kwalifikacjach (opiekunowie medyczni, opiekunowie osób starszych); roczny zakładowy koszt etatu pielęgniarki wynosi ok. 45 tys. zł; roczny koszt pracy opiekuna medycznego – ok. 35 tys. zł; przyjęto, że w roku

2019 nastąpi substytucja kadrowa 10 etatów, co zmniejszy koszty pracy w tych grupach zawodowych o kwotę ok. 100 tys. zł.

b) ograniczenie łącznych kosztów zatrudnienia o kwotę 250 tys. zł rocznie poprzez:

- wygaszenie etatu z-cy dyrektora ds. inwestycyjno-eksploatacyjnych; zadania zostaną przejęte częściowo przez dyrektora zoz-u oraz w pozostałe części przez kierownika działu inwestycyjno-eksploatacyjnego; Termin wprowadzenia: od 1 lipca 2018 r.
- wygaszenie 1 etatu lekarza (kierującego i zarządzającego ZOL). Termin wprowadzenia: od 1 listopada 2018 r.
- wygaszenie 1 etatu technika elektroradiologii; zadania zostaną przejęte przez kadrę dotychczas zatrudnioną. Termin wprowadzenia: od 1 stycznia 2019 r.
- wygaszenie 2 etatów ratowników medycznych; zadania zostaną przejęte przez osoby zatrudnione na podstawie umów cywilno-prawnych; Termin wprowadzenia: od 1 kwietnia 2019 r.
- wygaszenie 4 umów cywilno-prawnych pielęgniarek udzielających świadczeń w rejonie działania NPL. Zadania zostaną przejęte przez pielęgniarki gabinetu NPL. Termin wprowadzenia: od 1 listopada 2018 r.
- bieżące i adekwatne dostosowanie obsady personelu medycznego do rzeczywistych potrzeb oddziałów, liczby łóżek, ilości pacjentów przy uwzględnieniu wysokości finansowania przez płatnika (NFZ).

3. Obszar restrukturyzacji finansowej i operacyjnej:

- podejmowanie wszelkich działań w kierunku zrównoważenia kosztów funkcjonowania z przychodami, aby wstrzymać dalsze zadłużanie się jednostki;
- podejmowanie negocjacji z wierzycielami w kwestii spłaty zobowiązań przeterminowanych w układzie ratalnym wraz z umorzeniem należnych odsetek;
- uzyskanie kredytu rewolwingowego umożliwiającego realizację zawartych porozumień spłaty z dostawcami;
- prowadzenie bieżących analiz wykorzystania zasobów poprzez monitorowanie wraz z korektą procesów:
 - wskaźników statystycznych działalności medycznej (wskaźnik obłożenia łóżek, długości pobytu), wykorzystania sal operacyjnych, czasu oczekiwania na zabieg, kolejek oczekujących, liczby zabiegów itp.
 - poziomu zużycia leków i materiałów medycznych
 - poziomu zapasów magazynowych

- rodzaju i ilości realizowanych badań diagnostycznych.
- kontynuowanie podjętego w roku ubiegłym wdrażania zintegrowanego systemu informatycznego, który łącząc informacje o zasobach (dane finansowo-księgowe, kadry, płace, środki trwałe) z informacjami o prowadzonej działalności medycznej i realizowanych świadczeniach medycznych, dostarczy istotne zagregowane dane na potrzeby zarządcze tj. koszt leczenia pacjenta, rentowność oddziału, czy procedury;
- podjęcie działań związanych z uzyskaniem przez ZOZ certyfikatu akredytacji CMJ, co wiąże się ze wzrostem wartości kwoty ryczałtu przekazywanego przez NFZ o 1 do 2%.

PODSUMOWANIE

Kondycja oraz zdolność każdego podmiotu leczniczego do sprawnego działania w realiach określonego środowiska demograficznego 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 opieki zdrowotnej.

Niniejszy Program 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. Ryczałtowe finansowanie świadczeń szpitalnych umożliwia 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 kosztochłonnnych oddziałów. Do takich należą przede wszystkim OIOM-y. Istnieje obawa, że szpitale będą ograniczać ich funkcjonowanie, by zmniejszyć koszty. Drugim, często przywoływanym przykładem możliwości ułatwienia działalności szpitali sieciowych jest żywienie dojelitowe i pozajelitowe pacjentów. Terapia

żywieniowa mocno obciąża budżet każdego szpitala – procedury te powinny zatem zostać wyłączone do odrębnego finansowania (tj. poza kwotą przyznanego ryczału).

Wobec powyższego trudno przewidzieć efekty wdrażanych zmian systemowych, a tym bardziej trudno prognozować na poziomie pojedynczej jednostki. Stąd też konstruując niniejszy Program naprawczy Dyrekcja ZOZ-u w Wągrowcu przyjęła trzy zasadnicze założenia:

1. o korzystnym wpływie ryczałtowego rozliczania świadczeń stacjonarnej opieki zdrowotnej – w sytuacji przekroczenia kwoty ryczału powyżej 102% jego wartości (możliwość wzrostu kwot ryczału w kolejnych okresach rozliczeniowych);
2. o możliwości zwiększania przychodów w okresie po zakończeniu prac dostosowawczych i modernizacyjnych (lepszą infrastrukturą i wyposażeniem w sprzęt medyczny spowoduje większe zainteresowanie pacjentów, w szczególności kobiet zgłaszających się do porodu);
3. o braku wyraźnie niekorzystnych dla ZOZ-u zmian w otoczeniu zewnętrznym (prawnych i makroekonomicznych).

Sukcesywna i systematyczna realizacja Programu zgodnie z przyjętymi założeniami i wskazanymi działaniami spowoduje, że działalność ZOZ-u stanie się bardziej stabilna, i możliwe będzie osiągnięcie dobrej kondycji finansowej. Tym samym ZOZ w Wągrowcu uzyska wyższą pozycję standingową na tle innych podmiotów szpitalnych operujących na wielkopolskim rynku usług zdrowotnych.

ZAŁĄCZNIKI:

1. **Schemat organizacyjny ZOZ-u.**
2. **Informacja o wykonaniu świadczeń opieki zdrowotnej w I półroczu 2018 r.**
3. **Certyfikat ISO.**