



**PROGRAM NAPRAWCZY
ZESPOŁU OPIEKI ZDROWOTNEJ
W WĄGROWCU
2019-2021**

Wągrowiec, wrzesień 2019 r.

Spis treści

WPROWADZENIE	3
I OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA PODMIOTU	4
1. Działalność medyczna	6
2. Struktura zatrudnienia	10
3. Sytuacja finansowa	13
II ZASADNICZE UWARUNKOWANIA DZIAŁALNOŚCI ZOZ-u	19
1. Czynniki demograficzno-społeczne	19
2. Otoczenie prawne	29
3. Rynek pracy kadr medycznych	33
III PROPOZYCJE ORAZ PROJEKCJE DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH NA OKRES 2019-2021 ..	37
1. Analiza SWOT/TOWS	37
2. Istotne problemy w działalności ZOZ-u	41
3. Propozycje działań naprawczych i restrukturyzacyjnych	42
PODSUMOWANIE	51

WPROWADZENIE

Program naprawczy Zespołu Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu na lata 2019-2021 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 2018. Stanowi on 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 dążenie do uzyskania przez ZOZ w Wągrowcu trwałej zdolności do rozwoju i efektywnego reagowania na zmiany w otoczeniu zewnętrznym (głównie prawnym) w oparciu o stabilną sytuację ekonomiczną, co umożliwia realizowanie misji (dewizy) ZOZ-u, która zawiera się w stwierdzeniu: **„Lecząc – pomagamy”**. Osiągnięciu celu strategicznego mają służyć możliwe do podjęcia i zrealizowania zadania związane z maksymalną ekonomizacją działalności bieżącej (poprzez m.in. restrukturyzację w zakresie koszyka udzielanych świadczeń) oraz jeszcze aktywniejszym pozyskiwaniem środków i zasobów ze źródeł zewnętrznych (poprzez np. udział w rządowym Programie wymiany ambulansów ratowniczych, ubieganie się o środki na modernizację z rezerwy budżetu państwa, czy z tworzonego krajowego Funduszu modernizacji szpitali).

Realizowane i planowane zmiany mają następująco zdefiniowane cele operacyjne:

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 osiągnięcia 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:

Wyszczególnienie	2019	2020	2021
A. Przychody netto ze sprzedaży	31 970 000,00	32 780 000,00	33 090 000,00
B. Koszty działalności operacyjnej	35 696 756,00	36 893 500,00	38 175 500,00
B.I. Amortyzacja	1 150 000,00	1 885 000,00	2 910 000,00
C. Zysk/strata ze sprzedaży	-3 726 756,00	-4 113 500,00	-5 085 500,00
Zysk/strata netto	-2 499 756,00	-2 332 220,00	-2 286 220,00

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. Obiekt ten został w bieżącym roku zmodernizowany poprzez dokonanie jego rozbudowy, dzięki czemu stało się możliwe uruchomienie w tej lokalizacji Dziennego Domu Opieki Medycznej.

Główny budynek szpitalny może służyć na potrzeby leczenia – 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 2020 r. Zadanie o wartości 16.549.650 zł brutto finansowane jest ze środków budżetu Powiatu wągrowieckiego.

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 łóżkowe szpitala wraz z niezbędnym zapleczem. Nowoprojektowany obiekt usytuowany będzie obok istniejącego budynku szpitala. Wykonany będzie w technologii tradycyjnej z podpiwniczeniem. Obiekt będzie czterokondygnacyjny wyposażony w windę, na parterze wykonany zostanie wkomponowany w kubaturę podjazd dla dwóch karetek.

Parametry techniczne nowego obiektu:

- powierzchnia użytkowa 2200 m²,
- kubatura 10.500m³,
- wysokość ok. 16 m.

Parametry określające wielkość obiektu:

- powierzchnia całkowita – 4 862,09 m², w tym: rozbudowa – 1 164,26 m², przebudowa – 3 697,83 m²,

- powierzchnia zabudowy – 2 119,23 m², w tym: rozbudowa – 636,14 m²,
- kubatura brutto obiektu – 15 989 m³, w tym: rozbudowa – 3 883 m³, przebudowa – 12 106 m³.

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 do pierwszego poziomu Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (tzw. „sieci szpitali”, na okres od 01.10.2017r. do 30.06.2021r.), uległ zmianie mechanizm finansowania działalności leczniczej poprzez przekazywanie przez NFZ środków w kwotach zryczałtowanych. Zachowano jednak zarazem regułę rozliczeniową udzielonych świadczeń wg JGP. 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 podstawy prawne do rozliczenia z NFZ i uzyskania zapłaty za tzw. „nadwykonania”. Funkcjonuje jedynie minimalny

próg wartości świadczeń do wykonania – 98% kwoty ryczału. Mniejsze wykonanie świadczeń skutkuje trwałym obniżeniem kwoty ryczału w kolejnym okresie rozliczeniowym (obecnie rocznym), natomiast wykonanie większej puli świadczeń nie stanowi podstawy do podwyższenia kwoty ryczału. Liczba hospitalizowanych w Szpitalu pacjentów w latach 2015-2018 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

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

- 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 – 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 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 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 Gołńczy.

6) Profilaktyka i promocja zdrowia – Szkoła rodzenia, realizacja programu pilotażowego „Dieta Mamy” oraz współrealizacja projektu DDOM.

Szczegółowy wykaz i strukturę jednostek działalności podstawowej i pomocniczej ZOZ-u ilustruje schemat organizacyjny (załącznik nr 1). Potencjał bazy łóżkowej oraz poziom wykonania świadczeń objętych umowami z WOW NFZ za okres 2018 roku ujęto w zestawieniu tabelarycznym.

Tabela 1. Ilość łóżek na poszczególnych oddziałach wraz ze stopniem ich wykorzystania w 2018 roku w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu.

L.p.	Oddział	Liczba łóżek (n)	Współczynnik obłożenia łóżek (dni)	Stopień wykorzystania łóżek (w %)	Średni czas hospitalizacji (dni)
1	CHIRURGICZNY	40	204,5	56,0	5,1
2	DZIECIĘCY	25	113,8	31,2	3,9
3	GINEKOLOGICZNY	9	164,9	45,2	2,4
4	NOWORODKOWY	3	396,7	108,7	2,7
5	ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	4	205,8	56,4	9,7
6	POŁOŻNICZY	16	124,6	34,1	3,0
7	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	5	176,2	48,3	0,1
8	WEWNĘTRZNY	52	203,0	55,6	6,6
9	ZOL	38	354,6	97,2	110,5

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 2). Rozumiejąc potrzebę i konieczność doskonalenia systemu jakości, w styczniu 2019 r. zawarte zostało Porozumienie 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.).

Uzyskanie Certyfikatu CMJ/MZ to nie tylko kwestia nobilitacji, ale także możliwość otrzymania dodatkowym środków finansowych ze strony WOW NFZ.

Tabela 2. Liczba pacjentów leczonych w roku 2017-2018 w Zespole Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu

L.p.	Jednostka organizacyjna	Ilość pacjentów leczonych ogółem (osób) w 2017r.	Ilość pacjentów leczonych ogółem (osób) w 2018r.
1	O.CHIRURGICZNY	1550	1616
2	O.DZIECIĘCY	790	734
3	O.GINEKOLOGICZNY	599	629
4	O. NOWORODKOWY	517	436
5	O.ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII	89	85
6	O.POŁOŻNICZY	745	670
7	O.WEWNĘTRZNY	1 244	1603
8	SZPITALNY ODDZIAŁ RATUNKOWY	9 489	10 168
9	ZOL	149	122
10	NiSOZ	13 245	11 450
11	PORADNIA POŁ.-GIN.	3 013	3 060
12	PORADNIA CHIRURGICZNA	12 000	11 387
13	PORADNIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO	-	76
14	PORADNIA REHABILITACYJNA	-	76

Tabela 3. Zysk/strata na 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	-54 833
ODDZ. CHIRURGICZNY	6 352 251	5 099 164	6 275	-1 246 812
ODDZ. ANEST.i INT.TERAPII	3 500 974	1 823 108	1 089 294	-588 572
ODDZ. DZIECIĘCY	2 001 047	2 184 907	25 079	208 939
ODDZ. POŁOŻ.- GINEKOL.	3 724 237	2 346 634	6 971	-1 370 632
ODDZ. NOWORODKÓW	1 079 782	761 528	0	-318 254
SOR	4 564 906	4 047 847	60 533	-456 526
ZOL	2 476 642	1 439 615	448 760	-588 267
RAZEM ODDZIAŁY	28 251 007	22 199 138	1 636 912	-4 414 957

Zróźnicowany poziom wyceny świadczeń oraz wielkość kwoty ryczału (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 zróźnicowane. W roku 2018 największą stratę na działalności przyniosły oddziały: położniczo-ginekologiczny i chirurgiczny. W roku bieżącym największą stratę na działalności przynoszą oddziały: położniczo-ginekologiczny oraz anestezjologii i intensywnej terapii, przy czym ogólny wzrost cen i usług z jednej strony a z drugiej – brak wzrostu finansowania świadczeń przez NFZ powoduje, że łączna strata operacyjna wszystkich oddziałów przekroczy w roku 2019 kwotę 4 mln zł.

Tabela 4. Zysk/strata na oddziałach w okresie I półrocza 2019 r.

KOMÓRKA ORGANIZACYJNA	KOSZTY CAŁKOWITE ODDZIAŁU	PRZYCHODY ODDZIAŁU		ZYSK/STRATA ODDZIAŁU
	WYKONANE	NFZ	POZOSTAŁE	
ODDZ. WEWNĘTRZNY	2 560 793	2 562 005	0	1 212
ODDZ. CHIRURGICZNY	2 727 869	2 713 985	2 265	-11 619
ODDZ. ANEST. i INT.TERAPII	1 855 020	933 111	484 998	-436 911
ODDZ. DZIECIĘCY	1 103 203	1 157 205	6 216	60 218
ODDZ. POŁOŻ.- GINEKOL.	1 920 836	1 220 095	1430	-699 311
ODDZ. NOWORODKÓW	593 364	346 180	0	-247 184
SOR	2 453 590	1 997 321	29 647	-426 622
ZOL	1 390 669	795 624	244 609	-350 436
RAZEM ODDZIAŁY	14 605 344	11 725 526	769 165	-2 110 653

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 01.01.2019r. w ZOZ w Wągrowcu było zatrudnionych 200 osób na umowę o pracę oraz 178 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 zatrudnienie 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 AiIT w kraju.

Tabela 5. Przeciętne zatrudnienie w ZOZ w 2018 r. (umowy o pracę).

WYSZCZEGÓLNIENIE	PRZECIĘTNA LICZBA ZATRUDNIONYCH W ROKU OBROTOWYM (w etatach)	KOBIETY	MĘŻCZYŹNI	PRZECIĘTNA LICZBA ZATRUDNIONYCH W POPRZEDNIM ROKU OBROTOWYM (w etatach)
Pracownicy ogółem w tym:	198,15	169,25	28,90	211,75
Lekarze medycyny	3,00	1,00	2,00	2,00
Inni z wyższym wykształceniem medycznym	3,00	3,00	0,00	4,60
Pielęgniarki	107,25	107,25	0,00	110,25
Położne	13,00	13,00	0,00	14,00
Technicy medyczni	2,00	2,00	0,00	2,00
Ratownicy medyczni	16,60	0,00	16,60	18,00
Pozostały średni personel medyczny	13,00	13,00	0,00	13,60
Niższy personel medyczny	3,00	1,00	2,00	3,00
Obsługa	16,00	13,00	3,00	20,00
Administracja	21,30	16,00	5,30	24,30

Tabela 6. Potrzeby kadrowe w zakresie zatrudnienia pielęgniarek i położnych 2018-19.

Oddział	Liczba łóżek - stan obecny (2018 rok)	Liczba etatów pielęgniarskich, jaka winna przypadać na jedno łóżko	Liczba łóżek - stan po zmianach (od 2019 r.)	Liczba etatów pielęgniarskich, jaka winna 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			

Zgodnie z projektem "Rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie ws. świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego" w roku 2020 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. 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.

Tabela 7. Projektowana liczba miejsc w oddziałach po zakończeniu prac modernizacyjnych budynku głównego Szpitala.

L.p.	Oddział	Liczba łóżek
1	Wewnętrzny	35
2	Chirurgiczny	25
3	Położniczo-Ginekologiczny	14
4	Noworodkowy	6
5	Dziecięcy	15
6	Anestezjologii i IT	4
7	Szpitalny Oddział Ratunkowy	5

3. Sytuacja finansowa

Zespół Opieki Zdrowotnej w Wągrowcu jest podmiotem wykonującym działalność leczniczą niebędącym przedsiębiorcą, działającym na podstawie obowiązujących aktów prawnych, a organem prowadzącym jest samorząd Powiatu Wągrowieckiego. ZOZ w Wągrowcu jako szpital I poziomu PSZ (tzw. szpital powiatowy) prowadzi działalność związaną z udzielaniem świadczeń zdrowotnych polegających na zachowaniu i ratowaniu zdrowia i życia, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz podejmowaniem innych działań medycznych wynikających z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonania.

ZOZ w Wągrowcu prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o rachunkowości oraz w ustawie o działalności leczniczej. Podstawowe źródło przychodów uzyskiwanych przez ZOZ w Wągrowcu stanowią umowy zawarte 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. Umowy z WOW NFZ stanowią ponad 97% wszystkich przychodów ZOZ-u.

Sytuacja finansowa ZOZ-u uległa znacznemu pogorszeniu. Na koniec roku obrotowego 2018 jednostka poniosła stratę netto w wysokości: - 2 942 584,16 zł, co daje ponad 245 tys. zł straty w miesiącu. 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 2018 roku nastąpił wzrost wartości sprzedaży świadczeń zdrowotnych z NFZ oraz wartość pozostałych usług medycznych. Działalność pozostała „niemedyczna” kształtuje się na podobnym poziomie w 2017 roku. Szczegółowe źródła przychodów w ZOZ w Wągrowcu przedstawia poniższa tabela.

Tabela 8. Sprzedaży wg poszczególnych rodzajów świadczeń w latach 2017-2018.

L.p.	Źródło przychodów	2018	2017
1	Usługi medyczne - płatnik NFZ	28 831 667,91	26 800 398,82
	leczenie szpitalne + SOR	20 829 199,54	19 073 467,68
	Zakład Opiekuńczo Leczniczy	1 439 615,10	1 497 174,99
	Poradnie specjalistyczne Tomograf Komputerowy	1 370 731,99	1 339 179,46
	Podstawowa Opieka Zdrowotna + Ratownictwo med.	5 192 121,28	4 890 576,69
2	Usługi medyczne - pozostali płatnicy	544 141,36	452 885,26
	ZOL - pobyty na koszt pacjenta	447 259,96	361 674,42
	badania bakteriologiczne	8 286,50	19 912,50
	badania lek. osób zatrzymanych dla KPP w Wągrowcu	21 193,60	20 090,00
	transport sanitarny	13 936,11	9 575,50
	poradnia chirurgiczna	6 755,20	4 002,20
	poradnie specjalistyczne	2 200,00	0,00
	leczenie szpitalne - os. nieubezpieczone	41 169,99	37 160,64
	usługi medyczne pozostałe	3 340,00	470,00
3	Usługi pozostałe niemedyczne	220 916,07	227 717,16
Razem przychody netto ze sprzedaży		29 596 725,34	27 481 001,24

Tabela 9. Kształtowanie się kosztów działalności operacyjnej w latach 2017-2018.

Lp.	Koszty działalności operacyjnej	2018	2017
1.	Amortyzacja	1 138 346,49	1 083 558,81
2.	Zużycie materiałów i energii	4 441 783,21	4 122 456,99
3.	Usługi obce	12 573 458,13	10 964 361,82
4.	Podatki i opłaty	112 842,11	116 298,80
5.	Wynagrodzenie	12 457 849,18	11 566 166,55
6.	Ubezpieczenia i inne świadczenia	2 442 670,08	2 224 329,06
7.	Pozostałe koszty rodzajowe	412 043,71	423 403,26
	Ogółem	33 578 992,91	30 500 575,29

Suma aktywów jednostki na 31 grudnia 2018 roku wyniosła: 6 035 648,24 zł, z czego majątek obrotowy stanowi nieco ponad 39,19 % ogólnej sumy majątku Zespołu. Majątek trwały, stanowiący około 60,81 % aktywów, tworzą rzeczowe aktywa trwałe w kwocie 3 670 119,38 zł, których dokładniejszą specyfikację zawiera tabela poniżej.

Tabela 10. Rzeczowe aktywa trwałe ZOZ (2018r.)

L.p.	Wyszczególnienie	Wartość (w zł)
1	Budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	1 017 690,08
2	Urządzenia techniczne i maszyny	421 611,88
3	Środki transportu	217 506,17
4	Inne środki trwałe	1 381 212,48
5	Środki trwałe w budowie	632 098,77
Razem		3 670 119,38

Kapitał własny ZOZ-u na dzień 31 grudnia 2018 r. był ujemny i wyniósł - 4 931 650,40 zł. Na wartość tą składa 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.

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 2018 r. rezerwy na zobowiązania przedstawiają się następująco:

- rezerwa na nagrody jubileuszowe i odprawy emerytalne w kwocie 1 505 744,00 zł
- rezerwa na odsetki w kwocie 35 982,76 zł.

Na dzień 31 grudnia 2018 roku jednostka nie posiada *zobowiązań długoterminowych*.

Bilansową pozycję zobowiązań krótkoterminowych w kwocie 6 528 548,48 zł tworzą:

- a/ kredyt w rachunku bieżącym w kwocie 501 142,62zł
- b/ zobowiązania z tytułu dostaw i usług w kwocie 4 073 042,22 zł
- c/ zobowiązania publiczno-prawne, w kwocie 923 260,83 zł
- d/ niewymagalne zobowiązania z tytułu wynagrodzeń, wypłacane do 10. następnego miesiąca, w kwocie 784 590,66 zł
- e/ pozostałe bieżące rozrachunki i fundusze specjalne, w kwocie 246 512,15 zł.

Tabela nr 11. Szczegółowy wykaz zobowiązań wymagalnych.

L.p.	Zobowiązania wymagalne (w zł)	31.12.2018	31.12.2017
1	Leki i materiały medyczne	844 154,52	687 239,41
2	Energia i woda	177 855,37	96 394,92
3	Usługi medyczne	511 544,96	58 924,54
4	Usługi żywienia	41 484,23	0,00
5	Utylizacja i pranie	39 299,86	38 934,59
6	Środki czystości	25 609,42	25 254,51
7	Pozostali dostawcy	521 890,39	166 298,66
Razem zobowiązania wymagalne z tytułu dostaw i usług		2 161 838,65	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		2 161 838,65	1 073 046,63

Analiza wskaźników ekonomiczno-finansowych pokazuje, że sytuacja finansowa Szpitala w Wągrowcu jest trudna. Z analizy sytuacji finansowej Szpitala wynika wnioski o konieczności dofinansowywania jednostki długoterminowym kapitałem. Skala zadłużenia, struktura

zobowiązań oraz układ struktury zadłużenia oznacza stałą utratę płynności finansowej, która w zbiegu szczególnie niekorzystnych okoliczności może zagrażać ciągłości udzielania przez Szpital określonego rodzaju świadczeń zdrowotnych.

Tabela 12. Wynik finansowy w latach 2017-2018.

Wynik finansowy (w zł)			
Lp.	Wyszczególnienie	Wartość	
		2018	2017
1	Przychody ze sprzedaży i zrównane z nimi	29 524 111,34	27 591 136,24
2	Koszty sprzedaży	33 578 992,91	30 500 575,29
3	Zysk/strata na sprzedaży	-4 054 881,57	- 2 909 439,05
4	Przychody operacyjne	1 269 924,71	955 091,22
5	Koszty operacyjne	63 612,12	75 890,70
6	Zysk/strata na dz. operacyjnej	-2 848 568,98	- 2 030 238,53
7	Przychody finansowe	2 354,40	12 354,72
8	Koszty finansowe	1 482,57	66 218,12
9	Wynik finansowy	-2 942 584,16	- 2 084 101,93

Na mocy uchwały XI/89/2019 Rady Powiatu Wągrowieckiego, ZOZ otrzyma z budżetu Powiatu środki pieniężne na pokrycie straty netto za 2018 rok w wysokości 1 804 237,67 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 (w tym medycznych). Zakładając dotrzymanie terminu zakończenia inwestycji polegającej na dostosowaniu głównego budynku szpitala do aktualnych wymagań (poprzez jego rozbudowę o „nową” część oraz przebudowę i modernizację części „starej”) oraz zapowiadaną przez Ministra Zdrowia i Prezesa NFZ waloryzację świadczeń opieki zdrowotnej – być może począwszy od roku 2021 nie będzie zachodziła konieczność pokrywania straty netto ze strony podmiotu prowadzącego ZOZ.

Tabela 13. Analiza wskaźnikowa ZOZ-u w latach 2017-2018.

Grupa	Wskaźniki	Wartość wskaźnika na 2018	Wartość wskaźnika na 2017
I. WSKAŹNIKI ZYSKOWNOŚCI	Wskaźnik zyskowności netto (%)	-9,53%	-7,33%
	Wskaźnik zyskowności działalności operacyjnej (%)	-9,23%	-7,14%
	Wskaźnik zyskowność aktywów (%)	-49,41%	-30,65%

II. WSKAŹNIKI PŁYNNOŚCI	Wskaźnik bieżącej płynności	0,33	0,48
	Wskaźnik szybkiej płynności	0,26	0,38

III. WSKAŹNIKI EFEKTYWNOŚCI	Wskaźnik rotacji należności (w dniach)	21	31
	Wskaźnik rotacji zobowiązań (w dniach)	42	39

IV. WSKAŹNIKI ZADŁUŻENIA	Wskaźnik zadłużenia aktywów (%)	134%	103%
	Wskaźnik wypłacalności	-1,64	-2,02

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).

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, jej struktura i 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 14).

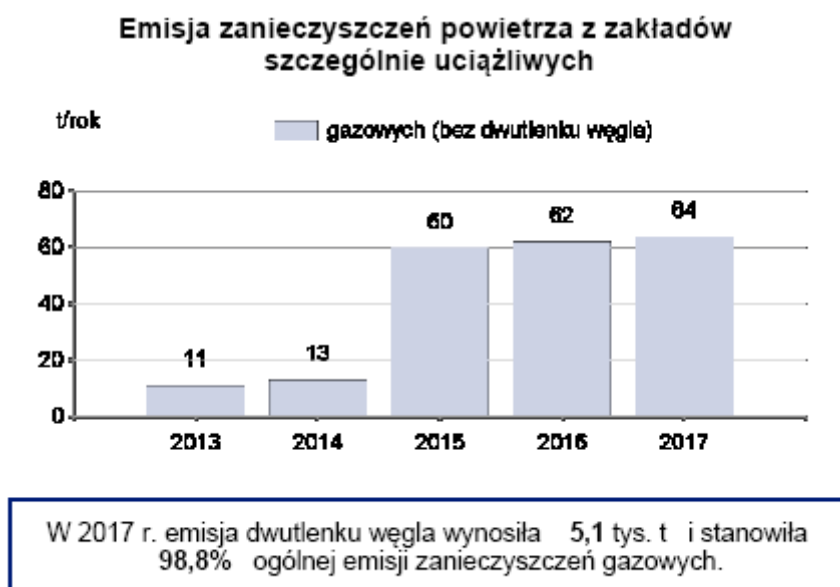
Tabela 14. Liczba ludności w województwie wielkopolskim w grupach wiekowych 2014-2050.

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). Emisja zanieczyszczeń powietrza stanowi obecnie problem globalny a ich ograniczenie to jedno z zasadniczych wyzwań dla zdrowia publicznego. 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 szacunki mówią o ok. 45 tys. przedwczesnych zgonów rocznie z powodu zanieczyszczeń powietrza.

Wykres 1. Emisja zanieczyszczeń powietrza w Powiecie wągrowieckim w latach 2013-2017.



Źródło: US, Statystyczne vademecum samorządowca, Poznań 2018.

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, czego dowodzi następujący przykład. W drugim półroczu br. 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 przyczyniać się to do "pogłębienia trudności w dostępie do świadczeń NFZ" przez zwiększenie kolejek do specjalistów.

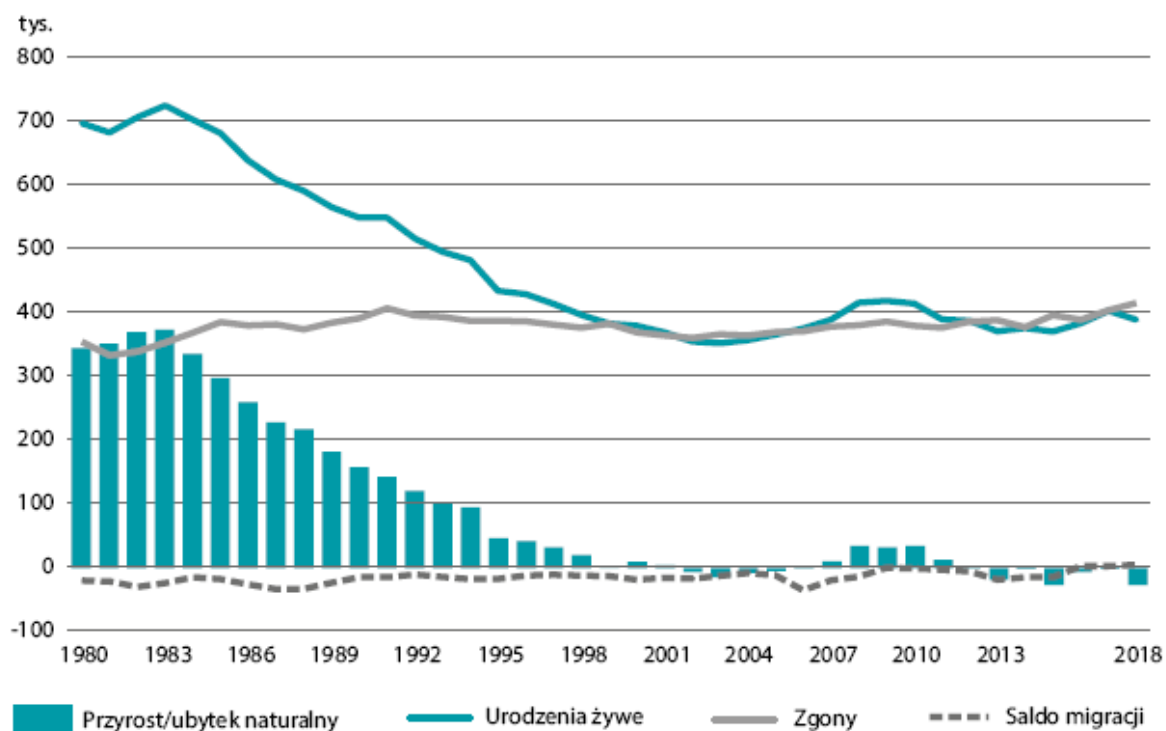
Kolejnym populacyjnie kluczowym czynnikiem wpływającym na liczbę i strukturę ludności są urodzenia. Aby zapewnić stabilny rozwój demograficzny kraju, to w danym roku na każde 100 kobiet w wieku 15-49 lat powinno przypadać ok. 210 urodzonych dzieci. Obecnie przypada ok. 145. W stosunku do okresu sprzed 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 2013 – 351 tys. 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.

Stan „depresji” urodzeniowej trwa już w Polsce niemal 30 lat - od 1990 roku. Wielkość współczynnika dzietności kształtuje się poniżej 2, czyli nie gwarantuje prostej zastępowalności

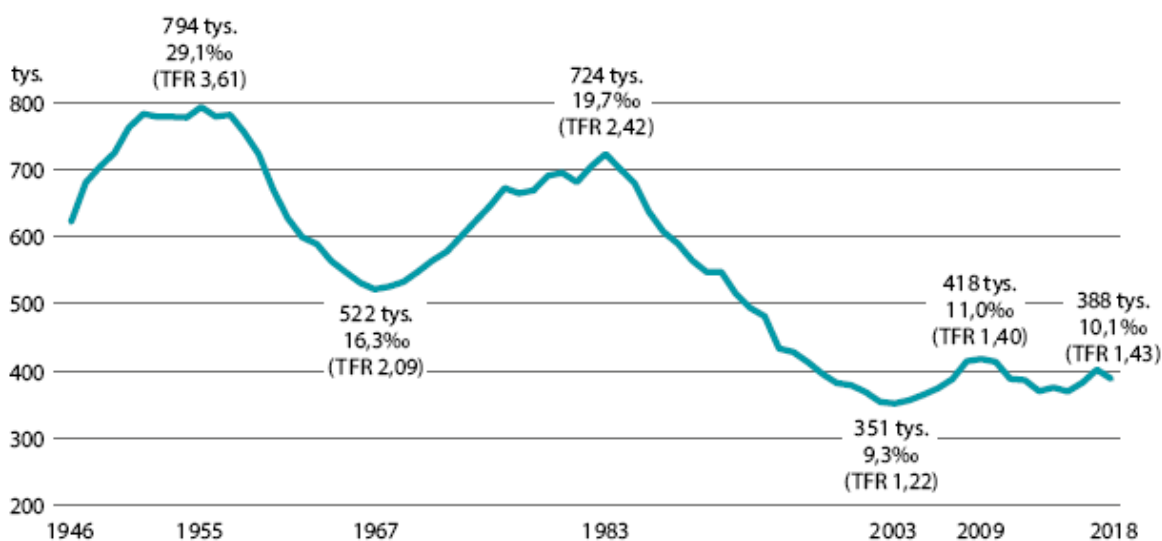
pokoleń. Z roku na rok zmniejsza się liczba urodzeń. Najmniej w całym okresie powojennym urodziło się dzieci w 2003 roku – 351 tys.

Wykres 2. Ruch naturalny i migracje w latach 1980-2018.



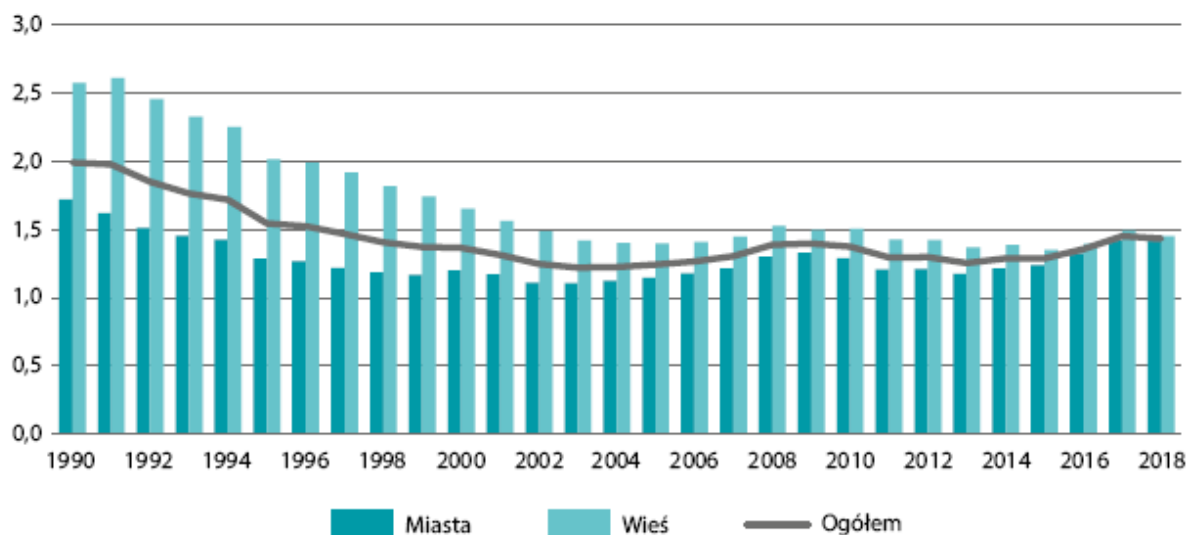
Źródło: GUS. Sytuacja demograficzna Polski do 2018 r. Tworzenie i rozpad rodzin Warszawa, 2019.

Wykres 3. Urodzenia żywe w latach 1946-2018. Wyże i niże demograficzne.



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

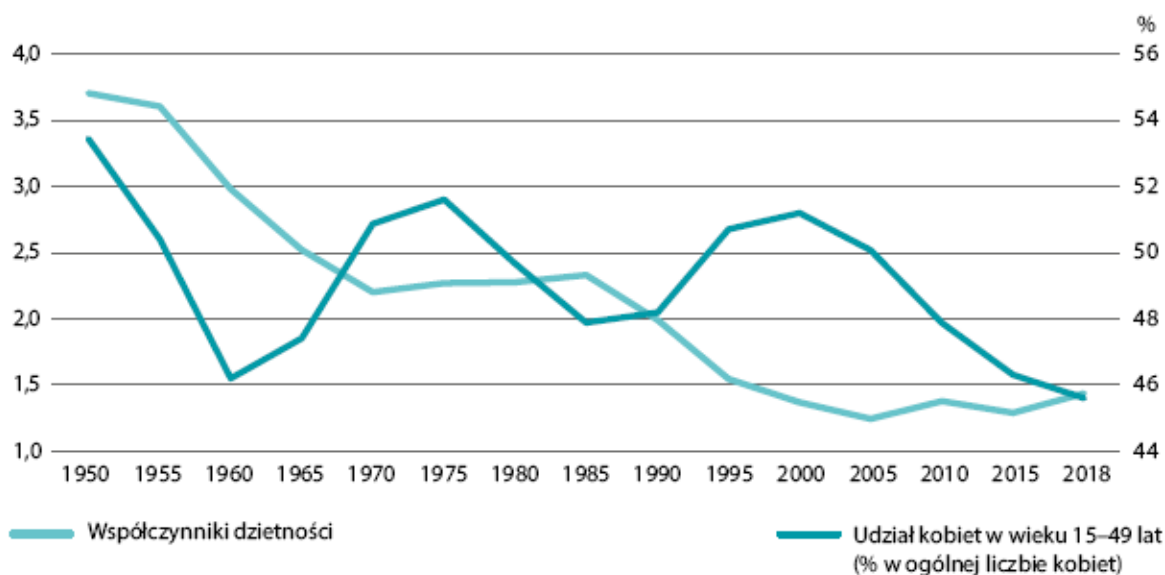
Wykres 4. Współczynniki dzietności w latach 1990-2018.



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

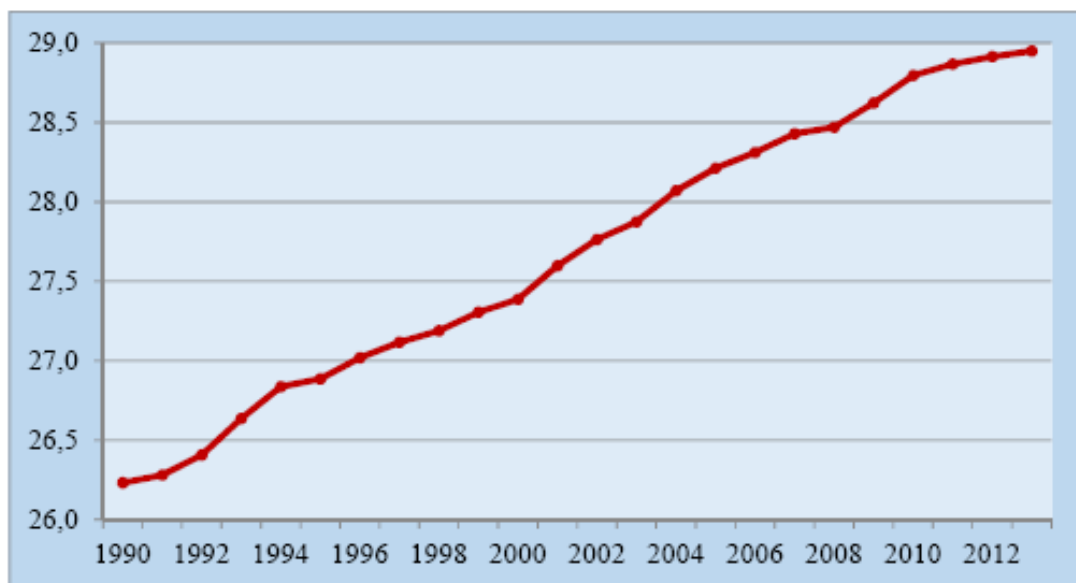
W omawianym okresie obserwuje się wzrost liczby urodzeń pozamałżeńskich – ze związków nieformalnych rodzi się obecnie co czwarte dziecko. Od roku 2000 udział ten zwiększył się ponad dwukrotnie, na początku lat 90-tych ub.w. wynosił ok. 6-7%. Odsetek dzieci urodzonych ze związków pozamałżeńskich jest wyższy w miastach i wynosi 29%, podczas gdy na wsi – 22%.

Wykres 5. Kobiety w wieku rozrodczym oraz ich dzietność (TFR).



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

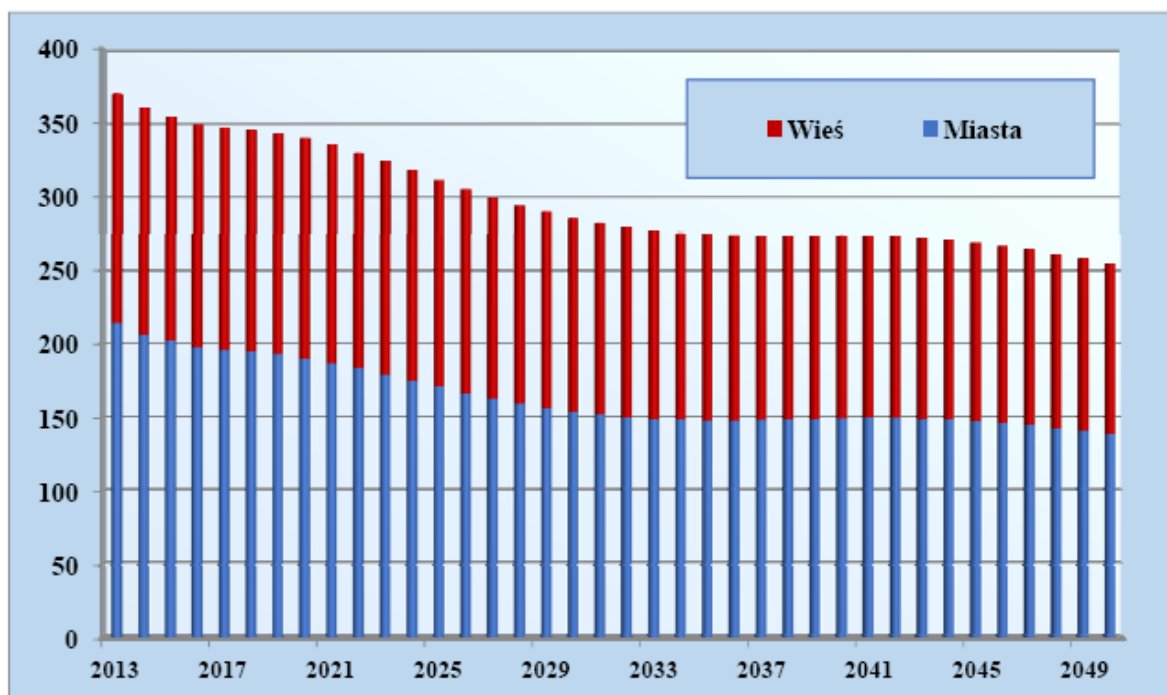
Wykres 6. Średni wiek rodzenia w Polsce.



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

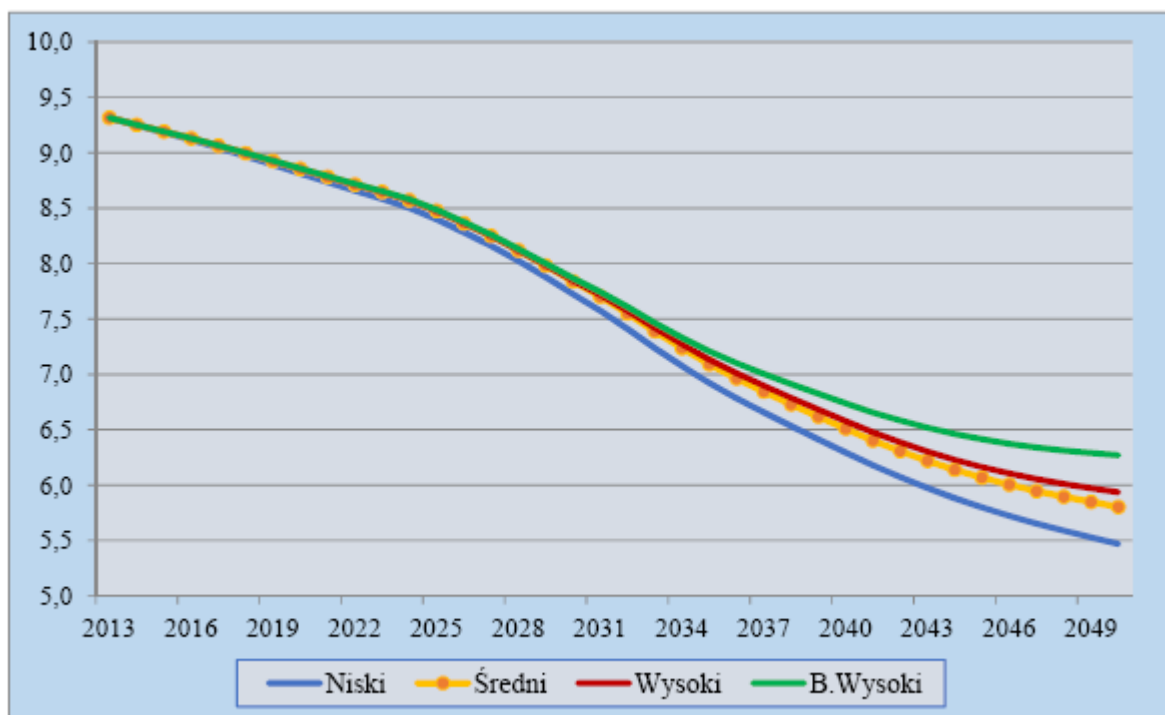
Do roku 2050 wg scenariuszy opracowanych przez demografów spadać będzie w Polsce liczba kobiet w wieku rozrodczym, a tym samym również i prognozowana liczba urodzeń. Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania – relatywnie więcej dzieci rodzi się na terenach wiejskich (w roku 2018 – 10,4‰), niż w miastach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

Wykres 7. Prognozowana liczba urodzeń (w tys.) w latach 2013-2050.



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

Wykres 8. Liczba kobiet w wieku prokreacyjnym w latach 2013-2050 wg czterech scenariuszy (w mln).



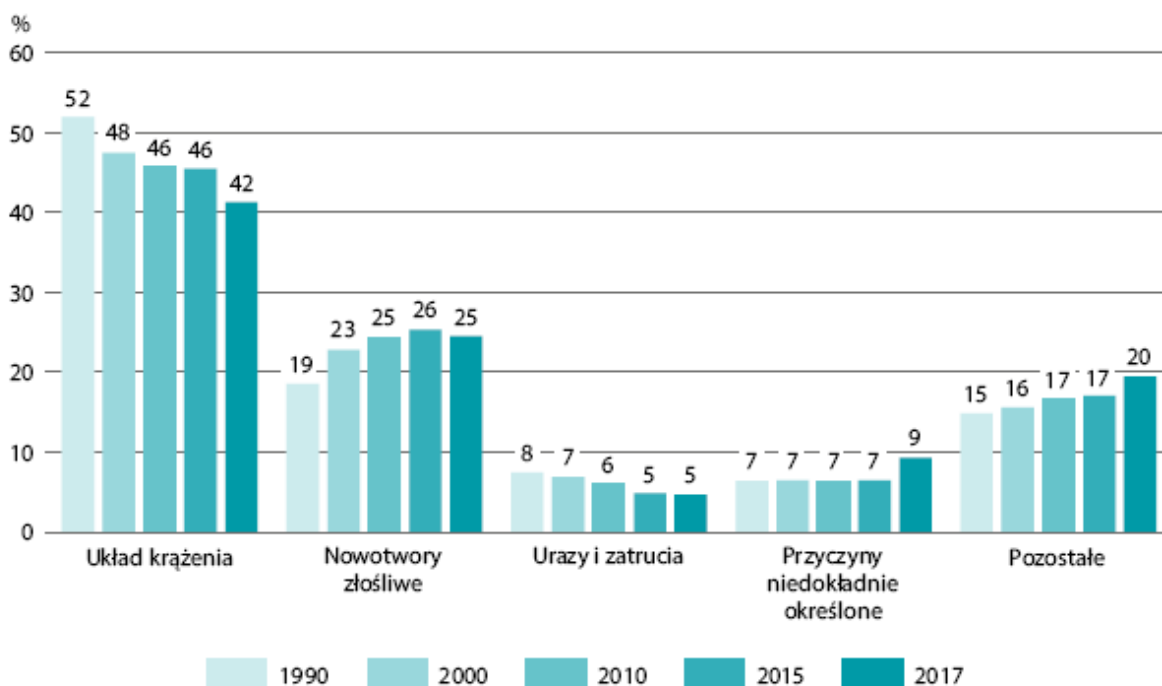
Źródło: GUS. Prognoza ludności na lata 2014-2050. Warszawa, 2014.

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

Długość trwania życia, zgony i umieralność to kolejna kategoria zmiennych epidemiologicznych istotnych z perspektywy projektowania zapotrzebowania na świadczenia systemu ochrony zdrowia. Natężenie współczynnika zgonów w Polsce w ostatnich latach nie zmienia się istotnie. Rośnie, ale tempo wzrostu jest niewielkie i w miarę jednostajne. 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. Niepokojącym zjawiskiem jest wzrastająca liczba zachorowań i zgonów na choroby onkologiczne. W 2017 r.

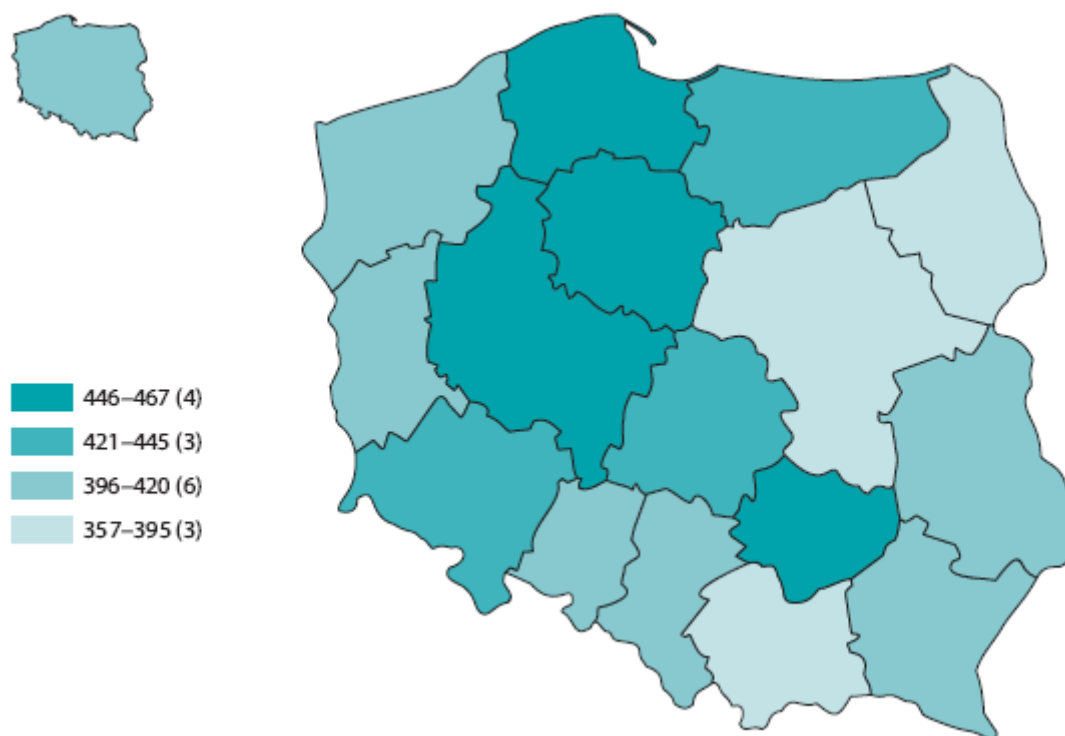
były one odpowiedzialne za niemal 25% wszystkich zgonów. Wielkopolska należy do województw o najwyższym dla mieszkańców prawdopodobieństwie zachorowania na nowotwór.

Wykres 9. Zgony wg przyczyn w latach 1990-2017.



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

Mapa nr 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2015 r. na 100 tys. ludności.



Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017r. Warszawa-Kraków, 2018.

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.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.

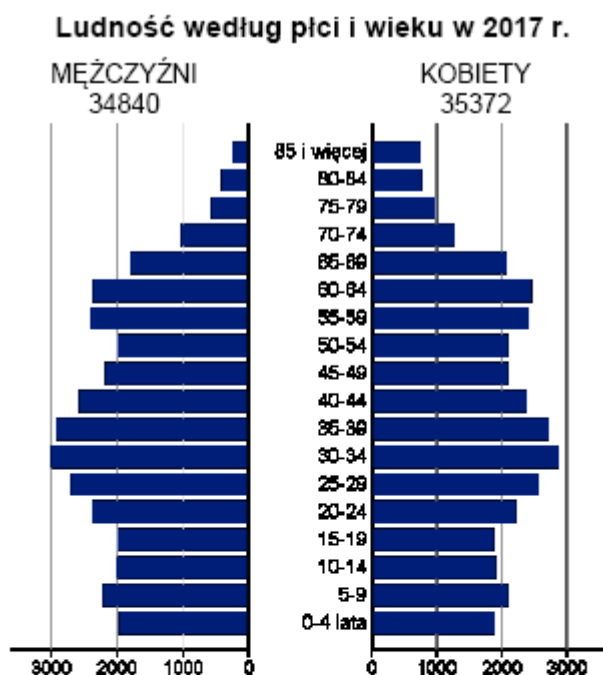
Zasadnicze dane demograficzno-epidemiologiczne dotyczące populacji mieszkańców Powiatu wągrowieckiego, kształtujące popyt na usługi ochrony zdrowia i lecznictwa ujęto w poniższej tabeli. Zwraca uwagę trend wzrostu liczby ludności powiatu w wieku nieprodukcyjnym w stosunku do liczebności osób aktywnych zawodowo, a także relatywnie niski wskaźnik pracujących (166 osób na 1000 mieszkańców w roku 2017 w stosunku do średniej wojewódzkiej wynoszącej 277). Urodzeń żywych na terenie powiatu w roku 2017 odnotowano 843, natomiast zgonów w tym samym okresie – 628.

Tabela 15. Wybrane dane statystyczno-demograficzne populacji Powiatu w zestawieniu z populacją mieszkańców Wielkopolski w latach 2015-2017.

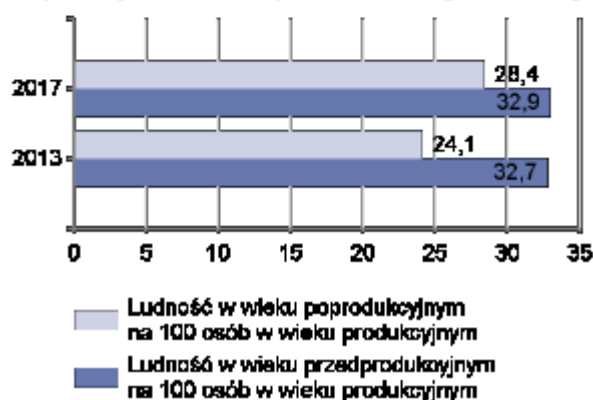
Wybrane dane statystyczne	2015	2016	2017	Województwo 2017
Ludność	69900	69960	70212	3489210
Ludność w wieku nieprodukcyjnym na 100 osób w wieku produkcyjnym	58,6	59,6	61,3	63,1
Urodzenia żywe na 1000 ludności	10,9	11,0	12,0	11,6
Zgony na 1000 ludności	9,2	9,5	9,0	9,5
Przyrost naturalny na 1000 ludności	1,7	1,5	3,1	2,1
Saldo migracji wewnętrznych i zagranicznych na pobyt stały na 1000 ludności	-1,2 ^a	-1,2	-0,8	0,3
Dochody ogółem budżetu powiatu na 1 mieszkańca w zł	1006	1047	1083	954
Wydatki ogółem budżetu powiatu na 1 mieszkańca w zł	984	1009	1085	966
Turystyczne obiekty noclegowe ^b	10	9	8	687
Liczba ludności na 1 przychodnię	2796	2499	2600	1807
Mieszkania oddane do użytkowania na 10 tys. ludności	57	45	47	54
Odpady ^c wytworzone w ciągu roku w tys. t	3,8	3,8	3,6	4150,3
Lesistość w %	19,0	19,1	19,1	25,8
Drogi publiczne o twardej nawierzchni (powiatowe i gminne) na 100 km ² w km	70,6	71,0	72,4	83,7
Samochody osobowe zarejestrowane na 1000 ludności	623	652	671	648
Pracujący ^d na 1000 ludności	161	163	166	277
Stopa bezrobocia rejestrowanego w %	10,6	8,6	6,4	3,7
Podmioty gospodarki narodowej w rejestrze REGON na 10 tys. ludności w wieku produkcyjnym	1409	1420	1449	1973

Wybrane dane demograficzne w 2017 r.	Województwo	Powiat	Województwo=100
Ludność	3489210	70212	2,0
w tym miasta	1903380	33215	1,7
Urodzenia żywe	40450	843	2,1
Zgony	33261	628	1,9
Przyrost naturalny	7189	215	x
Saldo migracji ogółem	1143	-57	x
Ludność w wieku:			
przedprodukcyjnym	672300	14337	2,1
produkcyjnym	2139386	43529	2,0
poprodukcyjnym	677524	12346	1,8

Źródło: US, Statystyczne vademecum samorządowca, Poznań 2018.



Współczynniki obciążenia demograficznego



Źródło: US, Statystyczne vademecum samorządowca, Poznań 2018.

2. Otoczenie prawne

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 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.). Pod koniec kwietnia 2019 r. dokonano bieżącej aktualizacji Wieloletniego Planu Finansowego Państwa. Dokument ten zawiera wszystkie kluczowe wskaźniki makroekonomiczne oraz prognozy dotyczące gospodarki, przychodów i wydatków sektora finansów publicznych. W najnowszej edycji WFPF wydatki na ochronę zdrowia rozbite są na dwie pozycje: ochrona zdrowia oraz opieka długookresowa (wcześniej podawana jako składowa opieki zdrowotnej). W 2030 roku wydatki na opiekę zdrowotną mają wynieść 4,5 proc. PKB, 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”) ma osiągnąć w 2024 roku. Wieloletni Plan Finansowy Państwa zakłada, że łączne wydatki na opiekę zdrowotną i opiekę długookresową

osiągną 6 proc. PKB w 2050 roku (w tym 5 proc. wydatki na opiekę zdrowotną, 1 proc. na opiekę długookresową).

Tabela 16. 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	7 721,9	0,43

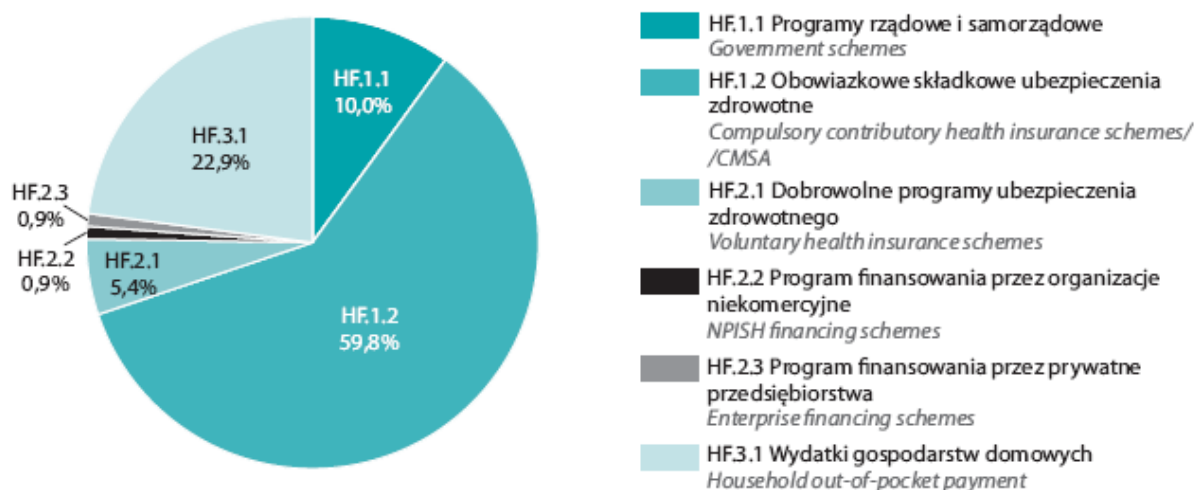
Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia przedstawiała się w Narodowym Rachunku Zdrowia za rok 2016 następująco: wydatki publiczne stanowiły 69,8% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (70,1% w 2015 r.), w tym

- a) schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych 10% (9,2% w 2015 r.)
- b) schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na składkach 59,8% (60,7% w 2015 r.);

wydatki prywatne natomiast stanowiły pozostałe 30,2% (w 2015 r. – 23,2% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia).

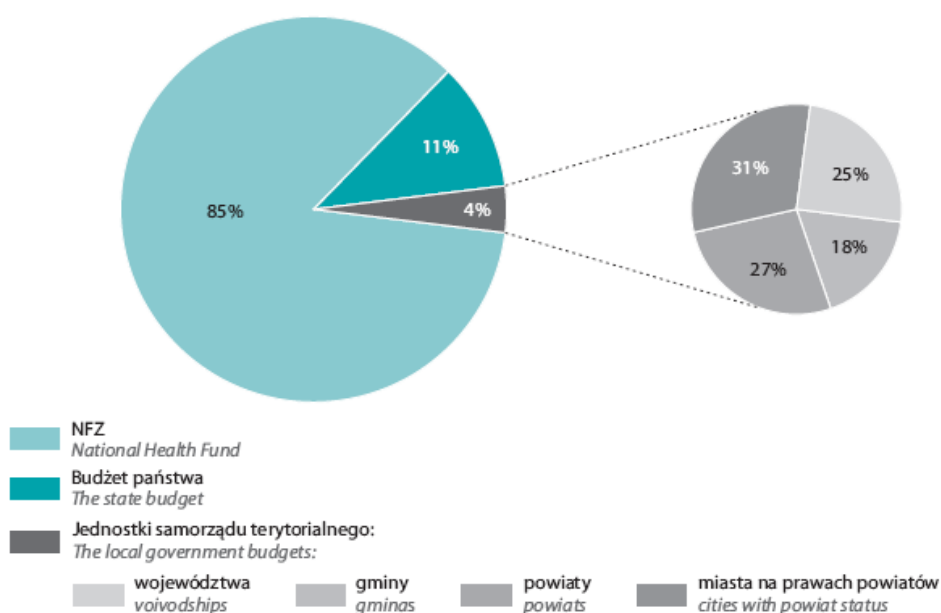
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ w 2017 roku wyniosły 76.290 mln zł (o 7,6% więcej niż w roku wcześniejszym) i były przeznaczone głównie na lecnictwo szpitalne (50,7%), podstawową opiekę zdrowotną (13,4%) oraz refundację leków (10,8%). Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, w gestii których znalazło się łącznie 15% wydatków.

Wykres 10. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. wg schematów finansowania.



Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017r. Warszawa-Kraków, 2018.

Wykres 11. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2017 r.



Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017r. Warszawa-Kraków, 2018.

Niezwykle istotną kwestią jest kontynuowanie wdrożonej reformy systemu „sieci szpitali” w kierunku wzrostu efektywności tego systemu. W szczególności wyrażane są oczekiwania dyrektorów/prezesów szpitali, 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.

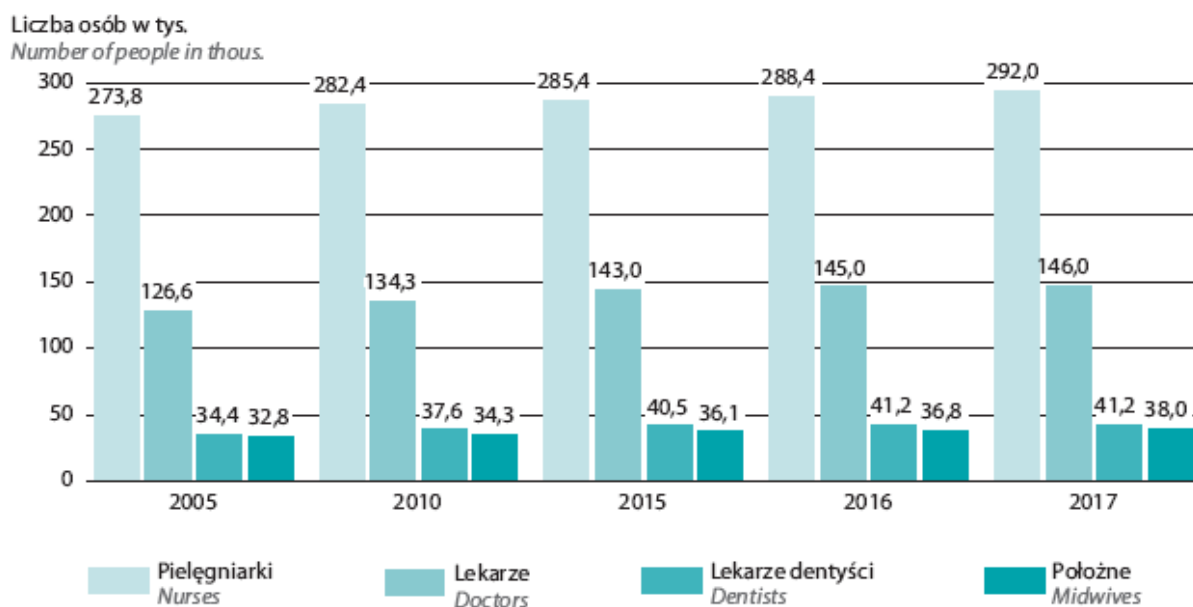
Zasadniczo - przekazywane w ostatnich miesiącach (głównie szpitalom) wzrosty nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej nie są proporcjonalne i adekwatne do ogólnego poziomu wzrostu kosztów działalności w okresach minionych. Co więcej – planowane są kolejne działania proinflacyjne (np. znaczący wzrost 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 zawodów medycznych. 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. 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 12. Osoby uprawnione do wykonywania zawodów medycznych w latach 2005-2017.



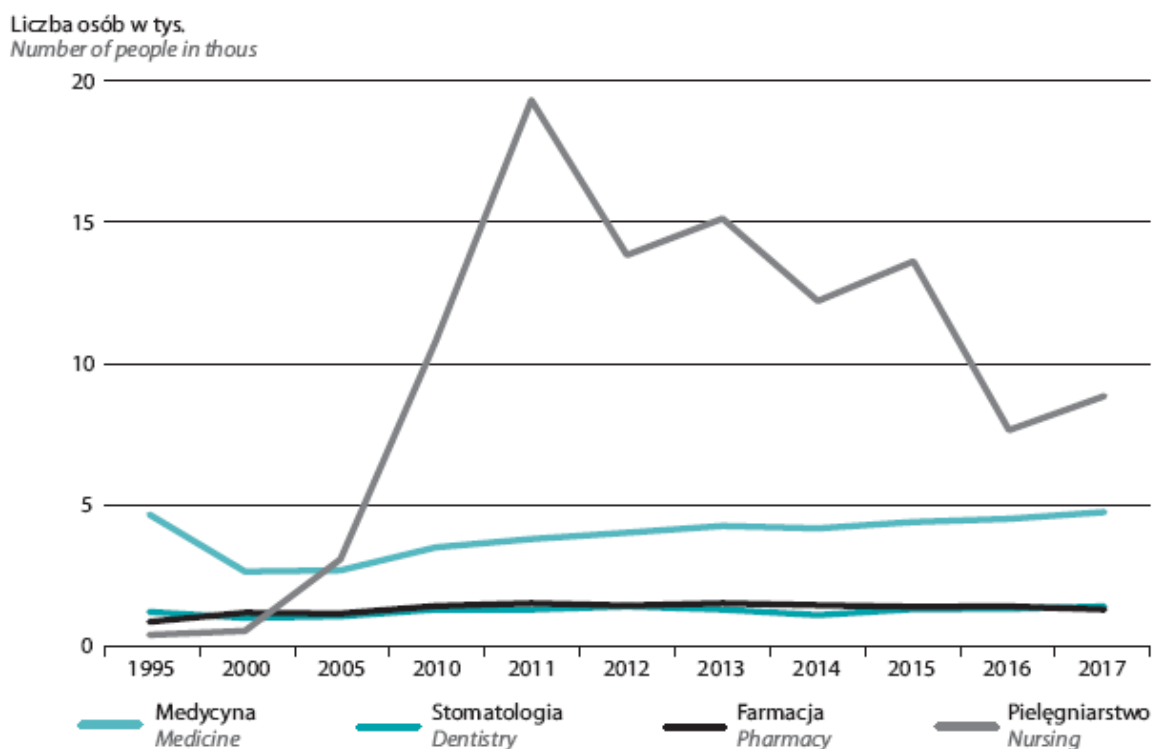
Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017r. Warszawa-Kraków, 2018.

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 za rok 2017) przypadła w województwie łódzkim oraz mazowieckim (27,0 na 10 tys. mieszkańców). Najmniejsza – w województwie wielkopolskim (16,0 na 10 tys. mieszkańców). Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem w roku 2017 była najniższa w województwie wielkopolskim (38,6/10 tys. mieszkańców) oraz w województwie pomorskim (41,1/10 tys. mieszkańców), natomiast najwięcej pielęgniarek było w województwie świętokrzyskim – niemal 60 na 10 tys. mieszkańców. Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że w 2017 r. spośród pielęgniarek i położnych bezpośrednio pracujących z pacjentem, tytuł magistra posiadało 14,6% ogółu.

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.

Wykres 13. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2017.

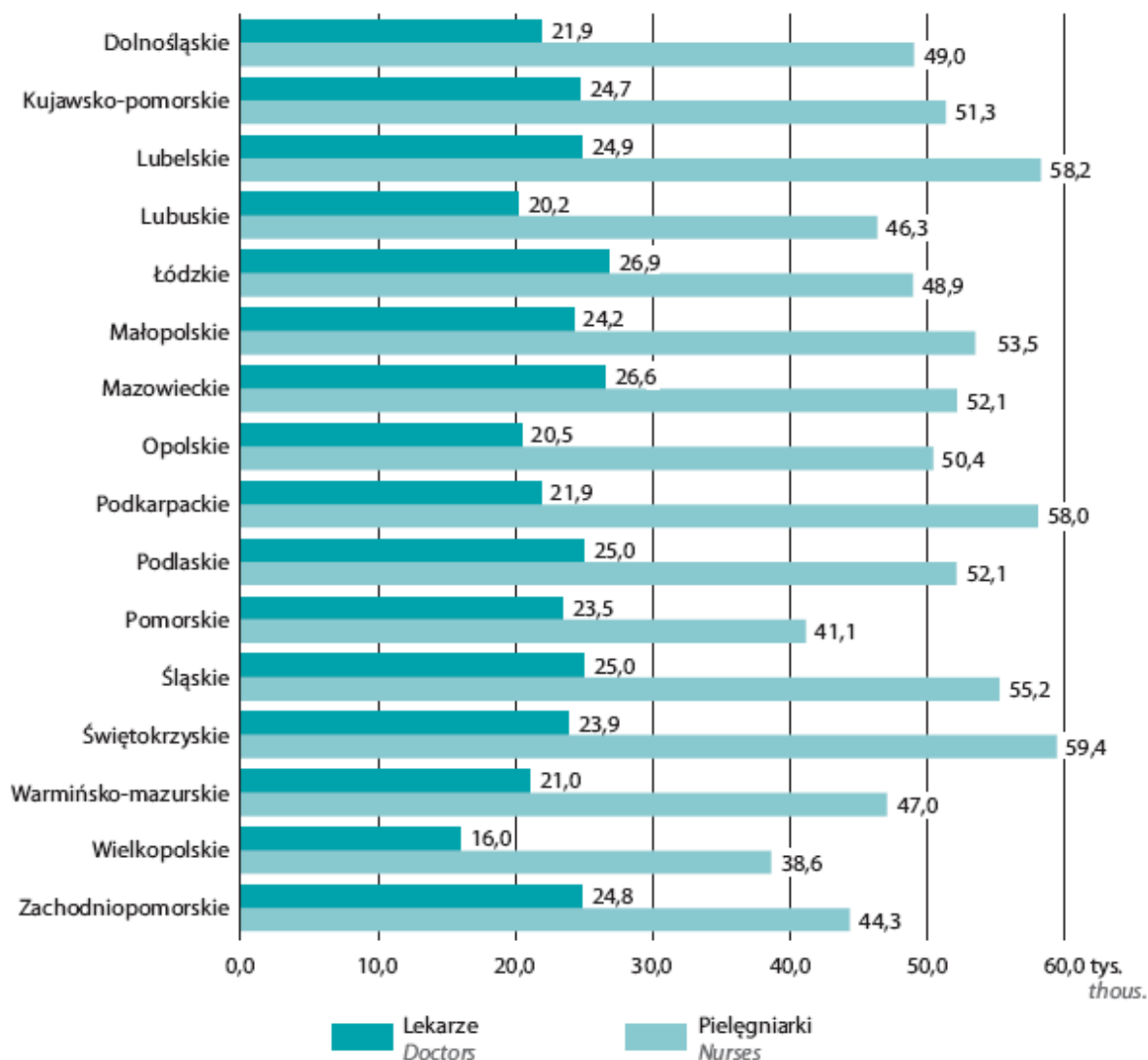


Źródło: GUS. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017r. Warszawa-Kraków, 2018.

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 2017 roku w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,8 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wyższym wykształceniem magisterskim było zaledwie 0,5 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 pracę przede wszystkim w szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Wykres 14. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności wg województw (2017 r.).



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

Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania doraźne 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 (o 315 miejsc więcej niż w roku ubiegłym). Największy limit miejsc przewidziano na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach oraz na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. W sumie przyszli lekarze mogą się kształcić na 19 uczelniach. Odczuwalne efekty tych działań pojawią się jednak dopiero za ok. 10 lat. Tematem drażliwym 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 wynosi ok. 200 euro miesięcznie).

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

III. PROPOZYCJE ORAZ PROJEKCJE DZIAŁAŃ STRATEGICZNYCH NA OKRES 2019-2021

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. Spotykaną w literaturze przedmiotu odmianą analizy SWOT jest analiza TOWS. Nazwa TOWS powstała przez przestawienie liter w skrótownicy 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.

Silne 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 niezbędny w działaniach bezpośrednio ratujących życie i zdrowie.
4. Pełne zabezpieczenie w zakresie ratownictwa medycznego (Zespół S, Zespoły P, SOR).
5. Dobra współpraca z podmiotami lecznictwa specjalistycznego (wyższego poziomu referencyjnego).
6. Wdrożony system zarządzania jakością - potwierdzony certyfikatem spełnienia normy ISO.
7. Brak w bezpośredniej bliskości podmiotu prowadzącego działalność konkurencyjną (szpital).
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 szkolących się w szpitalu (rezydentów).
4. Przestarzała infrastruktura techniczna oraz budynki, wymagające kosztownych remontów, przebudowy i dostosowania.
5. Znaczne utrudnienia, a praktycznie brak możliwości świadczenia usług zdrowotnych komercyjnych (płatnych przez pacjenta).
6. Konieczność utrzymania na wymaganym poziomie zasobów w gotowości (głównie kadrowych), co generuje wysokie koszty bieżącego funkcjonowania.
7. Brak zdolności kredytowej z uwagi na występowanie znacznego zadłużenia oraz ujemnych kapitałów własnych.
8. Brak zintegrowanego systemu informatycznego generującego bieżącą informację zarządczą oraz umożliwiającego pełne wdrożenie 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 leczenia pacjentów i 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 pozyskania 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 ryczałtu 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. Planowany wzrost nakładów państwa na ochronę zdrowia w relacji do wysokości PKB.

Zagrożenia (T)

1. Niestabilna sytuacja prawna (reforma sektora ochrony zdrowia).
2. Niepewna sytuacja w zakresie poziomu finansowania jednostki ze środków publicznych.
3. Utrudniony dostęp do kapitałów obcych (m.in. niska zdolność kredytowa), brak rentowności (ujemny 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. Niekorzystna struktura wiekowa pracowników wykonujących zawody medyczne.
6. Ryzyko przerw w prowadzeniu działalności medycznej (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. Wzrost postaw roszczeniowych pacjentów i ich rodzin.

Tabela 17. 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 przewyższać 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 przyjęcie 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 rozstrzyganie 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 umowy z NFZ (w tym kwoty ryczałtu PSZ) w relacji do rosnących kosztów funkcjonowania (np. od listopada 2018 r. cena zakupu energii elektrycznej dla ZOZ-u wzrosła o 88%);
- 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; (np. ZOZ otrzymał informację o wielkości przyznanego ryczałtu na II półrocze 2018r. w dniu 15 października 2018r.);
- wysoki udział kosztów osobowych w łącznych kosztach funkcjonowania jednostki, przekraczający obecnie próg 70% wartości (winien wynosić nie więcej niż 65%);
- 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 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 lekarskiej 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 dużej części pracowników z misją ZOZ-u oraz słaba potrzeba ustawicznego doskonalenia zawodowego i podnoszenia kwalifikacji.

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 Prezesa NFZ.

3. Propozycje działań naprawczych i restrukturyzacyjnych

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, wzrost liczby 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. Przekształcenie Oddziału Noworodków w Pododdział przy Oddziale Położniczo-Ginekologicznym.

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 były by 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 oraz wykorzystanie drugiej Sali operacyjnej na Bloku, która aktualnie jest wykorzystywana tylko raz w tygodniu – zabiegi ortopedyczne). Brak konieczności wydzielania dyżuru lekarza ginekologa – nadzór nad pacjentkami po zabiegach ginekologicznych może sprawować dyżurny lekarz chirurg.

Zasadnicze uwarunkowanie: zgoda 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).

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). Podczas ostatniego posiedzenia Podzespołu woj. ochrony zdrowia Rady Dialogu Społecznego, Prezes NFZ p. A. Jacyna stwierdził:

„Przygotowujemy pewne wymogi, które będą musieli spełnić świadczeniodawcy, woj. w położnictwie – zapowiedział. Jak mówił, utrzymywanie oddziałów realizujących mniej niż woj. 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 (prognoza) – 350

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 o wartości 50 tys. zł, czy przystąpienie do programu pilotażowego „Dieta Mamy”), kadra Oddziału nie jest w stanie doprowadzić do 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
Koszty całkowite	1.070.459 zł	1.178.387 zł	1.251.139 zł
Przychód	670.086 zł	717.255 zł	797.635 zł
Wynik	- 400.373 zł	- 461.132 zł	- 453.504 zł
Liczba porodów	186	137	111

Oddział Noworodkowy

zmienna	Okres porównawczy		
	I-IV 2017	I-IV 2018	I-IV 2019
Koszty całkowite	346.606 zł	340.587 zł	394.813 zł
Przychód	241.424 zł	245.663 zł	205.207 zł
Wynik	- 105.182 zł	- 94.924 zł	- 189.606 zł

Strata łącznie: Oddział Położniczo-Ginekologiczny + Noworodkowy

zmienna	Okres porównawczy		
	I-IV 2017	I-IV 2018	I-IV 2019
Wynik	- 505.555 zł	- 556.056 zł	- 643.110 zł

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. W ostatnim czasie szeroko komentowana była sprawa jednego ze szpitali w woj. łódzkim, który zostanie poddany egzekucji komorniczej, bo nie jest w stanie natychmiast wypłacić sięgającego 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 którego 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 woj.) plus miesięczna renta sięgająca nierzadko kilkunastu tysięcy złotych (opieka, rehabilitacja, leczenie, woj.). 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. 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.);
- Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. Wielkopolskiego (2018);
- Narodowa Służba Zdrowia. Strategia zmian w systemie ochrony zdrowia w Polsce (2016).

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 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 pójciem 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.

We wrześniu 2018 r. Minister Zdrowia wydał Rozporządzenie w sprawie *określenia priorytetowych dziedzin medycyny* (Dz.U. 2018.0.1738). 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 priorytetowych dziedzin medycyny.

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

Działanie II.

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 sierpnia br. 120 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 33 specjalistyczne i 87 podstawowych. Podstawowym 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. 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 br. 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 Chorzowie, Rybniku, Chełmnie, Grudziądzu, Żninie). 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 tylko 514. 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). We wrześniu br. w Rządowym Centrum Legislacji ukazał się 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. wynosił 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 nowo wprowadzone Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2019, poz. 1213).

Drugim istotnym problemem jest sposób 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. 150 tys. zł rocznie.

Termin wprowadzenia zmiany: od 1 stycznia 2021 r.

Działanie III.

Uruchomienie działalności Poradni Internistycznej oraz Poradni Pediatricznej finansowanych ze środków WOW NFZ.

Zasadnicze uwarunkowanie: udział w postępowaniu konkursowym i zawarcie umowy z WOW NFZ.

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 pediatricznej, 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 dopiero we wrześniu br. ogłosił odpowiednie postępowania konkursowe. ZOZ w Wągrowcu złożył oferty i oczekujemy na wyniki rozstrzygnięcia postępowań. Planowany wzrost dochodu – 50 tys. zł rocznie.

Termin wprowadzenia zmiany: I kwartał 2020 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: 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. Obecnie ZOZ w Wągrowcu jest uczestnikiem projektu finansowanego ze środków Funduszy Europejskich pn. „Wsparcie szpitali we wdrażaniu standardów jakości i bezpieczeństwa opieki”. Przewidywany termin wizyty

akredytacyjnej – I kwartał 2020 r. 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 160 do 320 tys. zł rocznie.

Termin wprowadzenia zmiany: II kwartał 2020 r.

Działanie II.

Wydzielenie ze struktury organizacyjnej Sekcji utrzymania czystości – outsourcing usługi sprzątania 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 zmiany w zakresie wzrostu od stycznia 2020 roku 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 wzrosną niepomrotnie. Aktualnie pracę w Sekcji wykonuje 21 osób, a miesięczny koszt utrzymania tych miejsc pracy przekracza 85 tys. zł. Proponowana zmiana przyniesie następujące korzyści:

- a) ograniczenie nakładów finansowych ZOZ-u na ten zakres działalności o ok. 100 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.

Termin wprowadzenia zmiany: II kwartał 2020 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, a także w momencie dalszego przekształcania systemu ratownictwa medycznego. 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 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). Przed takim rozstrzygnięciem stoi także Organ Prowadzący ZOZ w Wągrowcu.

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 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”;

2. o możliwości zwiększania przychodów w okresie po zakończeniu prac dostosowawczych i modernizacyjnych (lepszą infrastrukturą 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).

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

Obszar planowanych zmian naprawczych w pionie działalności podstawowej (medycznej)	
Działanie	Wartość (ok.)
I	1.500.000 zł
II	150.000 zł
III	50.000 zł
Obszar planowanych zmian naprawczych w pionie działalności pomocniczej	
Działanie	Wartość (ok.)
I	160.000 zł
II	100.000 zł
RAZEM:	ok. 1.960.000 zł

Dyrekcja ZOZ-u stoi na stanowisku, że sukcesywna oraz systematyczna realizacja Programu naprawczego w okresie 2019-2021 - zgodnie z przyjętymi założeniami i wskazanymi działaniami - spowoduje, że działalność ZOZ-u stanie się bardziej stabilna, i możliwe będzie osiągnięcie istotnej 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.